

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاق

سعیده فنایی^۱، ایلناز سجادیان^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اجتناب تجربی، الگویی رفتاری است که رفتار پرخوری را در افراد دارای اضافه وزن و چاق افزایش می‌دهد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاق در شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه تجربی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، همراه با گروه شاهد و به صورت دوسوکور و چند مرکزی انجام گرفت. جامعه پژوهش را کلیه افراد دارای اضافه وزن و چاق دارای شاخص توده بدنی (BMI یا Body mass index) بیشتر از ۲۵ مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی در زمستان سال ۱۳۹۳ تشکیل دادند. سپس ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند (هر گروه ۲۰ نفر). آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۴۵ روز بعد) به پرسش‌نامه پذیرش و عمل برای مشکلات مربوط به وزن (Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties یا AAQW) و Lillis و Hayes پاسخ دادند. پایایی ابزار به روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۱ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی آن توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت نمودند. گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش را در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی‌داری کاهش داد و این اثر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود ($P < ۰/۰۵۰$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاق را کاهش دهد که پیامد این مسأله، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد می‌باشد. بنابراین، می‌توان از این روش درمانی در کنار سایر مداخلات مربوط به کنترل وزن استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اضافه وزن

ارجاع: فنایی سعیده، سجادیان ایلناز. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاق. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۲): ۱۴۶-۱۵۳

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۲۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۵

مقدمه

اضافه وزن (Overweight) و چاقی (Obesity) یکی از مسایل مزمن سلامتی است که عوارض ناشی از آن، باعث کاهش طول عمر فرد می‌گردد و به عنوان دومین عامل قابل پیشگیری از مرگ (بعد از سیگار) معرفی شده است که وضعیت آن در جامعه، رابطه معنی‌داری با سطح سلامت آن جامعه دارد (۱). چاقی، به زیادی چربی بدن یا توده بدنی بیش از حد با توجه به قد اشاره دارد که خطر ابتلا به بیماری‌های پزشکی را در فرد افزایش می‌دهد (۲). روشی که به طور گسترده برای تعریف چاقی پذیرفته شده است، شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI) می‌باشد که عبارت از تقسیم وزن (بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب متر) است (۳). سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، محدوده BMI اضافه وزن و چاقی را به ترتیب ۲۹/۹-۳۵ و ≥ ۳۰ تعریف کرده است. بر اساس آمار WHO

در سال ۲۰۱۴، ۳۹ درصد بزرگسالان ۱۸ سال به بالا اضافه وزن داشتند و ۱۳ درصد چاق بودند (۴). چاقی می‌تواند باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مانند دیابت نوع دو، بیماری‌های قلبی - عروقی، آرتروز، برخی از انواع سرطان، اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت گردد (۵-۷). در نظریه‌های اخیر به خصوص نظریه پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی (Experiential avoidance) عامل مهمی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود (۸). اجتناب تجربی به ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها اطلاق می‌گردد (۹) و شامل مجموعه‌ای از سازه‌های مرتبط به هم از جمله فرونشانی تفکر (۱۰)، فرونشانی هیجانی (۱۱)، مقابله اجتنابی (۱۲) و ارزیابی مجدد (۱۳) می‌باشد. پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که اجتناب تجربی با

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: ایلناز سجادیان

Email: i.sajadian@khu.ac.ir

قوانین شخصی ایجاد شده‌اند (۱۷). بر اساس مفهوم‌سازی مبتنی بر پذیرش، وفاداری زیاد به این قوانین شخصی، ممکن است منجر به اشتغال ذهنی با وزن و اجتناب از صمیمیت در ارتباطات گردد. وقتی تصویر بدنی به طور نامناسبی اهمیت داشته باشد، بر رفتارهایی که با کیفیت زندگی تداخل دارند، تأثیر می‌گذارد و این مسأله باعث تداوم رفتارهای اجتنابی، نارضایتی و نگرش‌های ناکارآمد در رابطه با بدن می‌شود (۳۱).

یکی از راه‌های مواجهه با اجتناب تجربی، افزایش دادن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مورد افکار و احساسات است. اجتناب تجربی، به توانایی فرد برای آگاهی نسبت به لحظه حاضر بر اساس آنچه موقعیت ایجاد می‌کند و تغییر یا ادامه دادن رفتار برای دستیابی به اهداف شخصی، حتی در حضور افکار و هیجانات یا احساسات بدنی مزاحم اطلاق می‌گردد (۱۷). در واقع، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، دو بعد یک پیوستار هستند که هر چقدر فرد به یکی از آن‌ها نزدیک شود، از دیگری دور می‌شود (۳۲). دستیابی به این توانمندی روان‌شناختی که فرد به جای فرار از افکار و هیجانات یا احساسات بدنی مزاحم و یا تلاش مفرط و بی‌نتیجه در جهت کنترل آن‌ها، این تجربیات را بپذیرد و با آن‌ها مواجه شود، هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۳۳).

درمان پذیرش و تعهد، تاکنون برای متغیرهای مختلف مرتبط با حیطه‌های سلامت و آسیب‌شناسی روانی به کار رفته و اثربخشی آن تأیید شده است (۳۷-۳۴). این درمان در پژوهش Pearson و همکاران بر خجالت از وزن و کاهش وزن (۳۸)؛ در مطالعه Weineland و همکاران بر بی‌نظمی غذا خوردن، نارضایتی بدنی، کیفیت زندگی و پذیرش وزن (۳۹)؛ در تحقیق Forman و همکاران بر شرم مرتبط با اضافه وزن و حفظ وزن (۴۰) و در مطالعه Petersen بر رفتار اجتنابی (۴۱)، اثربخش گزارش شده است. با در نظر گرفتن شیوع اضافه وزن و چاقی و با توجه به این که مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای گرایش به رفتارهای با سبک اجتنابی (اجتناب تجربی)، تمایل بیشتری به خوردن در پاسخ به هیجانات (۴۲)، پرخوری (۲۷) و پرهیز از رژیم گرفتن و ورزش کردن (۴۳) دارند و از آن‌جا که تاکنون در ایران پژوهشی تأثیر درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اجتناب تجربی افراد مبتلا به اضافه وزن و چاق بررسی نکرده است، مطالعه حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی در افراد دارای اضافه وزن و چاق انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی بود که همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه شاهد و انجام پیگیری بعد از ۴۵ روز در تابستان سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری مطالعه را همه افراد دارای اضافه وزن و چاق (با BMI بیشتر از ۲۵) ساکن در شهر اصفهان تشکیل دادند. به منظور انتخاب نمونه‌ها، ۴۰ نفر (۲۰ زن و ۲۰ مرد) از افراد مراجعه کننده به سه کلینیک تغذیه و رژیم درمانی شهر اصفهان که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با توجه به جنسیت، به طور تصادفی (با روش قرعه‌کشی توسط فردی که از اهداف تحقیق بی‌اطلاع بود)، ۱۰ زن و ۱۰ مرد در هر گروه قرار گرفتند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه شاهد). آزمودنی‌ها در سه مرحله (قبل، بعد و ۴۵ روز بعد در مرحله پیگیری) به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. لازم به ذکر است که برای انجام تحقیقات تجربی، حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر می‌باشد (۴۴).

هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای بیشتر، رابطه دارد (۱۴). افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند، از خودتخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و خودسرزنی بیشتری استفاده می‌نمایند (۱۵) و تجارب هیجانی شدیدتری را نسبت به محرک‌های خوشایند و ناخوشایند تجربه می‌کنند (۱۶).

شواهد علمی حاکی از آن است که اجتناب تجربی، اساس بسیاری از مشکلات سلامت روانی و جسمانی است (۱۸، ۱۷). درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌گردد تا به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که با شش فرایند اصلی «پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه» صورت می‌گیرد (۱۹).

در مفهوم‌سازی مبتنی بر پذیرش از چاقی، اجتناب تجربی به عنوان یک عامل نگهدارنده برای رفتارهای مشکل‌زا در نظر گرفته شده است (۲۰). رویکرد تعهد و پذیرش برای چاقی، عوامل اساسی مشاهده شده در الگوی اختلالات خوردن و اشتغالات ذهنی بدن مانند عدم تمایل به داشتن افکار و احساسات منفی که منجر به بروز رفتارهای ناسالم و بدون انعطاف می‌شود را به طور مستقیم هدف قرار می‌دهد (۲۱). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، زمانی است که فرد با تجربیات دشوار مرتبط با بدن و خوردن مواجه می‌شود (۲۲).

Kingston و همکاران اظهار داشتند که اجتناب تجربی، پیش‌بینی کننده پرخوری کردن است. همچنین، اجتناب تجربی ارتباط میان هیجانات منفی و پرخوری را میانجی‌گری می‌کند (۸). از آن جایی که اجتناب کردن، قدرت افکار و هیجاناتی را که مورد اجتناب قرار گرفته‌اند، افزایش می‌دهد؛ بنابراین، اثر متناقضی برای اجتناب تجربی وجود دارد (۲۳). مطالعات نشان داده است که تلاش برای فکر نکردن در مورد غذا اثر عکس دارد و در واقع، افکار مرتبط با غذا خوردن را افزایش می‌دهد (۲۴). فرونشانی افکار مرتبط با غذا، میل شدید به غذا، پرخوری و سایر نشانگان اختلال خوردن مانند نگرانی در مورد شکل بدن را پیش‌بینی می‌کند (۲۵، ۲۳). برگشت فرونشانی هیجانی، ممکن است یک از دلایلی باشد که پرخوری منجر به تجارب منفی بیشتر می‌شود و چرخه احساسات منفی، اجتناب و پرخوری را ایجاد می‌کند (۲۶).

خوردن در پاسخ به نشانه‌های هیجانی و شناختی مثال بسیار خوبی از اجتناب تجربی می‌باشد که به تنظیم عاطفه و شناخت کوتاه مدت برای احساس بهتر در همان لحظه کمک می‌کند که این به بهای سلامتی کمتر و افزایش علایم روان‌شناختی در بلند مدت است (۲۷). بنابراین، در خصوص اضافه وزن و چاقی، پرخوری نوعی الگوی رفتاری است که در طبقه عملکردی اجتناب تجربی قرار می‌گیرد. سایر الگوهای رفتاری اجتناب تجربی شامل افکار نارضایتی بدنی اجتنابی، باعث تلاش برای کنترل کردن یا تغییر بدن می‌شود (۲۲). اجتناب از رویارویی با بدن خود و چک کردن بدن، در میان بیماران چاق در جستجوی درمان، معمول است (۲۸). ترس از ارزیابی‌های منفی به وسیله دیگران با کاهش فعالیت‌های جسمانی، اجتماعی و جنسی مورد اجتناب واقع می‌شود (۲۹). بیمار ممکن است بدنش را با لباس‌های خاص بپوشاند (۳۰) یا از آینه یا صمیمیت با همسر اجتناب کند (۲۹). تمایل به تجربیات اجتنابی، تا حد زیادی به وسیله

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	شرح درمان
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، صحبت در مورد درمان و اهداف آن و بستن قرارداد درمانی
جلسه دوم	بررسی شیوه‌های کنترل بر خود توسط مراجع، آموزش مفهوم درماندگی خلاق، استعاره چاه، آموزش استعاره ببر گرسنه، غذا خوردن با توجه و آگاهی، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف
جلسه سوم	معرفی کنترل به عنوان یک مسأله، آموزش در مورد دنیای درون و بیرون، آموزش در مورد تعهد رفتاری، آموزش استعاره پلی گراف، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف
جلسه چهارم	ادامه کنترل به عنوان یک مسأله، استعاره دو مقیاس برای ایجاد تمایل، استعاره مهمان، اشاره به احساس پاک و ناپاک، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف
جلسه پنجم	ایجادگسلش، آموزش استعاره اعداد و اتوبوس، بررسی افکار ناخوشایند به عنوان واقعیت، تعهدات رفتاری، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف
جلسه ششم	خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده گر)، بررسی ارزش‌ها، بررسی فرم شرح ارزش‌ها، تمرین ارزش‌ها، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف
جلسه هفتم	ادامه خود به عنوان زمینه، ادامه صحبت از خود به عنوان زمینه با گفتن استعاره شطرنج، تمرین کیک شکلاتی، تمرین قطبیت ذهنی و تمرین پرش، بررسی ارزش‌ها، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف
جلسه هشتم	ارزیابی تعهد به عمل، استعاره حباب و نهال، آموزش تمرین محتوا روی کارت، ارزیابی تعهد به عمل و جمع بندی جلسات

مداخله، پس از گذشت ۴۵ روز از اتمام مداخله، اعضای هر دو گروه در مرحله پیگیری نیز به پرسش‌نامه پژوهش پاسخ دادند.

شیوه درمانی مورد استفاده در پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در این شیوه درمانی، تلاش می‌شود تا به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی Hayes و همکاران (۴۶) و Hayes و Smith تدوین شد (۴۷). همچنین، به منظور تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش، با توجه به این که این بسته درمانی استاندارد بود و در مجامع و مؤسسه‌های روان‌شناسی بالینی خارج از کشور مورد تأیید قرار گرفته است، متن آن در اختیار ده نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی مسلط به زبان انگلیسی و آشنا با موضوع قرار داده شد تا صحت ترجمه بسته درمانی تأیید گردد. سپس متن آن برای چند نفر از افراد دارای اضافه وزن در قالب یک کلاس غیر رسمی ارایه شد تا صحت فهم آن تأیید شود. بعد از این مرحله، بسته درمانی به طور مستقیم مورد استفاده قرار گرفت که شرح جلسات آن در جدول ۱ خلاصه شده است.

به دلیل برقرار بودن شرایط مربوط به آزمون‌های پارامتریک، از آزمون تحلیل کواریانس در سطح آمار استنباطی و از میانگین و انحراف معیار در سطح آمار توصیفی استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, SPSS Inc., Chocago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

ابتدا شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات اجتناب تجربی آزمودنی‌ها شامل میانگین و انحراف معیار نمرات هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارایه گردید. به منظور تعیین معنی‌دار بودن تفاوت میان گروه‌های آزمایش و شاهد در زمینه اجتناب تجربی و کنترل اثر پیش‌آزمون، نتایج تحلیل کواریانس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در قسمت آمار استنباطی آورده شد. بر اساس نتایج جدول ۲، میانگین نمرات اجتناب تجربی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون، کاهش محسوسی را در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون نشان داد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به همکاری در جلسات، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، محدوده BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹ برای اضافه وزن و ۳۰ و بالاتر برای چاقی و حداقل داشتن تحصیلات دیپلم و معیارهای خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی به طور هم‌زمان بر اساس ملاک‌های DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition) مصرف داروهای کاهش وزن، بارداری (در مورد زنان)، عدم تمایل به همکاری در جلسات درمانی و غیبت بیش از دو جلسه بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه پذیرش و عمل برای مشکلات مربوط به وزن (Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties یا AAQW) استفاده شد. این پرسش‌نامه توسط Lillis و Hayes برای اندازه‌گیری پذیرش و احساسات و افکار مرتبط با وزن طراحی شده است که اجتناب تجربی و پذیرش و قبول اضافه وزن را نشان می‌دهد. این ابزار دارای ۲۲ عبارت می‌باشد که به صورت طیف لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره قابل اکتساب، ۲۲ و حداکثر، ۱۵۴ است. نمرات کمتر در این ابزار نشان دهنده اجتناب تجربی کمتر و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر می‌باشد (۴۵). Hayes و همکاران ضریب پایایی پرسش‌نامه AAQW را ۰/۸۸ گزارش کردند (۴۶). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به شیوه ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۱ محاسبه گردید.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب نمونه‌های مورد نظر و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به روش قرعه‌کشی و به تفکیک جنسیت در دو گروه آزمایش و شاهد، پرسش‌نامه AAQW پژوهش در قالب مرحله پیش‌آزمون برای اعضای هر دو گروه تکمیل گردید. به منظور دوسویه کور بودن مطالعه، جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مدت ۸ جلسه و هر هفته دو ساعت، توسط یک متخصص روان‌شناس بالینی که از اهداف تحقیق بی‌اطلاع بود، برای گروه آزمایش اجرا می‌شد. لازم به ذکر است که گروه شاهد در طول این مدت، در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند و در لیست انتظار قرار داشتند. پس از اتمام جلسات مداخله، اعضای هر دو گروه دوباره در مرحله پس‌آزمون به پرسش‌نامه پاسخ دادند. به منظور بررسی پایداری اثربخشی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاق

گروه‌ها	مراحل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
آزمایش		۱۱۵/۱۴ $\pm$ ۱۴/۲۸	۷۴/۵۹ $\pm$ ۸/۳۳	۷۳/۷۵ $\pm$ ۹/۶۸
شاهد		۱۱۲/۶۰ $\pm$ ۱۳/۹۹	۱۰۸/۸۰ $\pm$ ۱۳/۵۲	۱۰۷/۵۰ $\pm$ ۱۲/۲۲

جدول ۳. نتایج آزمون Levene و Kolmogorov-Smirnov برای متغیر اجتناب تجربی در افراد دارای اضافه وزن و چاق

متغیر	آزمون Levene		آزمون Kolmogorov-Smirnov	
	F	P	Z	P
اجتناب تجربی (پس آزمون)	۰/۶۸	*۰/۴۱۰	۰/۸۵	*۰/۴۶۰
اجتناب تجربی (پیگیری)	۱/۳۲	*۰/۲۶۰	۱/۱۵	*۰/۱۴۰

* $P > ۰/۰۵۰$

بنابراین، به منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و تعیین معنی‌داری و همچنین، به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. لازم به ذکر است که پیش از اجرای این آزمون، همبستگی میان متغیرهای جمعیت‌شناختی با متغیر وابسته بررسی گردید و عدم وجود رابطه میان آن‌ها تأیید شد. بنابراین، نیازی به کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی نبود. همچنین، پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها (آزمون Levene) و نرمال بودن (آزمون Kolmogorov-Smirnov) برای متغیر اجتناب تجربی تأیید شد. در ادامه، نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش در جدول ۴ آورده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴، مقدار توان آماری نیز که با حجم نمونه رابطه مستقیمی دارد و می‌تواند معرف بودن نمونه و امکان تعمیم نتایج را مشخص سازد، ۱ بود که بیانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد. همچنین، نتایج بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار بعد از کنترل متغیر پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و شاهد در نمرات اجتناب تجربی در مرحله پس آزمون بود و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پایداری اثر مداخله درمانی را نشان داد. این امر نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش اجتناب تجربی در شرکت کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی در افراد دارای اضافه وزن بود. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله تأثیر معنی‌داری بر کاهش اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن دارد. بر اساس بررسی‌های محققان پژوهش حاضر، تاکنون پژوهش‌هایی در جمعیت افراد دارای اضافه وزن و چاق انجام نشده است، اما این نتایج را می‌توان در یک

بافت کلی با نتایج پژوهش‌های Pearson و همکاران (۳۸)، Weineland و همکاران (۳۹)، Forman و همکاران (۴۰) و Petersen (۴۱) همسو دانست. افراد دارای اضافه وزن و چاق با استفاده از راهبردهای اجتنابی مانند رژیم بیشتر و اجتناب از خوردن غذا، هیجان منفی بیشتری احساس می‌کنند. بنابراین، وقتی که در برنامه رژیم کاهش وزن قرار دارند، باید راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانات را یاد بگیرند؛ چرا که برخی از افراد یاد گرفته‌اند تا به عنوان مکانیسم رویارویی برای رهایی کوتاه مدت از هیجانات دردناک، غذا بخورند. از آن‌جا که راهبردهای تنظیم هیجان و پیامدهای روان‌شناختی توسط اجتناب تجربی میانجی‌گری می‌شود (۱۴)، هیجانات منفی با افزایش اجتناب تجربی همراه می‌باشد که این مسأله باعث افزایش رفتارهای مربوط به پرخوری می‌شود و اجتناب تجربی نیز خود باعث افزایش هیجانات منفی و کاهش رفتارهای مرتبط با سلامت می‌گردد و این چرخه تکرار می‌شود. بنابراین، باید در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش هیجانات منفی و اجتناب تجربی و از بین بردن این سیکل معیوب مد نظر قرار گیرد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاق، می‌توان به جنبه‌های مختلفی از این درمان اشاره نمود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی هستند. آنچه که افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار می‌باشد (۴۸) وقتی که فردی طبق محتوای یک فکر «برای مثال وقتی سرم درد می‌کند، نمی‌توانم جلوی خوردنم را بگیرم» عمل می‌کند، یعنی عمل خوردن با محتوای آن فکر آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، پرخوری می‌باشد که خود الگویی از اجتناب تجربه‌ای محسوب می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی، در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نشوند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که به طور مستقیم تجربه می‌شود، بیابند (۴۹).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات کل اجتناب تجربی گروه‌های آزمایش و شاهد بعد از کنترل متغیر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون و پیگیری (نتایج تحلیل کواریانس)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	P	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب تجربی (پس آزمون)	پیش‌آزمون	۱۵۸۲/۵۴	۱	۱۵۸۲/۵۴	۱۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
عضویت گروهی		۱۲۴۰۶/۴۴	۱	۱۲۴۰۶/۴۴	۱۴۳/۰۸	*۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
اجتناب تجربی (پیگیری)	پیش‌آزمون	۱۰۹۹/۸۹	۱	۱۰۹۹/۸۹	۱۱/۵۷	۰/۰۰۲	۰/۲۴	۰/۹۱
عضویت گروهی		۱۱۹۵۰/۴۰	۱	۱۱۹۵۰/۴۰	۱۲۵/۷۳	*۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰

* $P < ۰/۰۵۰$

تمامی تجارب خود در هر لحظه، به جای سرمایه‌گذاری شناختی، رفتاری و هیجانی، بر کنترل مفرد تجارب منفی و یا اجتناب از آن‌ها در جهت ارزش‌ها و اهداف مشخص خود گام خواهد برداشت. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل افکار و احساسات مقابله می‌کند و با تأثیر بر توانایی فرد در جهت تنظیم هیجانات خود، منجر به کاهش اجتناب تجربی می‌گردد. این حالت، همان چیزی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحت عنوان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این شیوه درمانی می‌تواند اجتناب تجربی این افراد را به طور معنی‌داری کاهش دهد و این مسأله منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد دارای اضافه وزن و چاق می‌شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. علاوه بر این، پژوهش به صورت گروهی انجام گرفت. بنابراین، در تعمیم نتایج آن به صورت فردی باید احتیاط نمود. همچنین، در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری ۴۵ روزه انجام شد که پیشنهاد می‌شود به منظور تعیین میزان تداوم تأثیرات درمان، آزمون‌های پیگیری بلندمدت‌تری به عمل آید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی این درمان بر سایر متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر اضافه وزن و چاقی مورد بررسی قرار گیرد. از آنجایی که اضافه وزن و چاقی یک مسأله جسمانی، روانی و اجتماعی است و افکار و احساسات فرد در میزان پرخوری وی نقش دارد، یافته‌های پژوهش حاضر، لزوم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی را برای افراد دارای اضافه وزن و چاق نشان می‌دهد. بنابراین، می‌توان از این شیوه درمانی در تکنیک‌های تخصصی تغذیه، به منظور حل مشکلات روان‌شناختی این افراد سود برد. همچنین، پیشنهاد می‌گردد که این روش درمانی در پژوهش‌های آتی، بر روی سایر جمعیت‌های بالینی همچون مبتلایان به اختلالات خوردن و بدشکلی بدن که مشکلاتی را در ارتباط با تصویر بدنی دارند، مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسؤولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش و مسؤولان مراکزی که نویسندگان را در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجع بیاموزد تا افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را تنها احساسات بدنی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، به طور ذاتی برای سلامتی انسان مضر نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که به صورت تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده می‌شوند که آنچه ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین، باید کنترل و حذف شوند (۵۰). همچنین، از جمله تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان، کاهش آمیختگی شناختی می‌باشد. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد؛ یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و بیان می‌کند که فرد توانسته است یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت و در نتیجه، طبق آن فکر عمل نمی‌کند (گسلش). در نتیجه، اجتناب تجربی فرد کاهش می‌یابد که پیامد آن، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است.

درمان پذیرش و تعهد ابتدا از طریق آموزش مستقیم، فضایی را برای نگرش مثبت‌تر به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب مربوط به تصویر بدن فراهم می‌آورد و سپس از طریق تمرین‌های مبتنی بر آگاهی، زمینه را برای ایجاد درماندگی خلاق (Creative hopelessness) نسبت به راه‌حل‌های کنترلی فرد در رابطه با افکار و احساسات منفی خود فراهم می‌کند (۴۶، ۴۷). به عبارت دیگر، درمان، موقعیتی را به وجود می‌آورد که طی آن، مراجع نسبت به راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی در مورد اضافه وزن و اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس درماندگی نماید. این حالات زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان یک راه‌حل جایگزین فراهم می‌کند و با این پذیرش، مجالی برای مراجع ایجاد می‌شود تا به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی حول اضافه وزن، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود از جمله سلامت بپردازد.

مراجع، سلامت جسمی و روانی را به عنوان یک هدف اصلی و به اصطلاح رویکرد پذیرش و تعهد و یک ارزش تلقی می‌کند که هر چیزی که فرد را از آن دور کند، ارزش سرمایه‌گذاری جسمی و روانی نخواهد داشت. در چنین حالتی، فرد می‌تواند خود را به عنوان میزبان افکار و احساسات منفی در نظر بگیرد و لزوماً این تجارب را بخشی از خود نداند. بنابراین، فرد در مقابل تجربیات مختلف، نگرش باز و پذیرایی خواهد داشت و در عین آگاهی و درک و پذیرش

References

1. Counterweight Project Team. Influence of body mass index on prescribing costs and potential cost savings of a weight management programme in primary care. J Health Serv Res Policy 2008; 13(3): 158-66.
2. Marcus MD, Levine MD, Kalarchian MA, Wisniewski L. Cognitive behavioral interventions in the management of severe pediatric obesity. Cogn Behav Pract 2003; 10(2): 147-56.
3. Williamson DA, Newton RL, Walden HM. Obesity. In: Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Bruch M, Editors. Formulation and treatment in clinical health psychology. New York, NY: Routledge; 2006. p. 42-60.
4. World Health Organization. Obesity and overweight [Online]. [cited 2016]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
5. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA 2005; 293(15): 1861-7.
6. Barry D, Pietrzak RH, Petry NM. Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Ann Epidemiol 2008; 18(6): 458-66.

7. Nguyen NT, Nguyen XM, Wooldridge JB, Slone JA, Lane JS. Association of obesity with risk of coronary heart disease: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2006. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6(5): 465-9.
8. Kingston J, Clarke S, Remington B. Experiential avoidance and problem behavior: a mediational analysis. *Behav Modif* 2010; 34(2): 145-63.
9. Clark DA, Taylor S. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? *J Cogn Psychother* 2009; 23(1): 60-7.
10. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol* 2000; 51: 59-91.
11. Gross JJ, Levenson RW. Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *J Pers Soc Psychol* 1993; 64(6): 970-86.
12. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The Association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *J Behav Med* 2002; 25(6): 551-603.
13. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* 1993; 55(3): 234-47.
14. Kashdan TB, Breen WE, Afram A, Terhar D. Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *J Anxiety Disord* 2010; 24(5): 528-34.
15. Karkla M, Panayiotou G. Coping and experiential avoidance: unique or overlapping constructs? *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42(2): 163-70.
16. Sloan DM. Emotion regulation in action: emotional reactivity in experiential avoidance. *Behav Res Ther* 2004; 42(11): 1257-70.
17. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
18. Ruiz FJ. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *Int J Psychol Psychol Ther* 2010; 10(1): 125-62.
19. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag* 2011; 4: 41-9.
20. Lillis J, Levin ME, Hayes SC. Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: a pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *J Health Psychol* 2011; 16(5): 722-7.
21. Hayes S, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy, second edition: the process and practice of mindful change. New York, NY: Guilford Press; 2011.
22. Weineland S. A contextual behavioral approach for obesity surgery patients [Thesis]. Uppsala, Sweden: Faculty of Social Sciences, Uppsala University; 2012.
23. Barnes RD, Tantleff-Dunn S. Food for thought: examining the relationship between food thought suppression and weight-related outcomes. *Eat Behav* 2010; 11(3): 175-9.
24. Soetens B, Braet C. 'The weight of a thought': food-related thought suppression in obese and normal-weight youngsters. *Appetite* 2006; 46(3): 309-17.
25. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eat Behav* 2003; 3(4): 341-7.
26. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2007; 40(6): 521-30.
27. Lillis J, Wing RR. The role of avoidance-based coping in the psychosocial functioning of weight loss treatment-seeking adults. *Obesity Science & Practice* 2015; 1(1): 59-64.
28. Latner JD. Body checking and avoidance among behavioral weight-loss participants. *Body Image* 2008; 5(1): 91-8.
29. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *Obes Rev* 2001; 2(4): 219-29.
30. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(4): 651-4.
31. Shafran R, Fairburn CG, Robinson P, Lask B. Body checking and its avoidance in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2004; 35(1): 93-101.
32. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004; 35: 639-65.
33. Lassen EW. The effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety in people with psychosis [Thesis]. San Francisco, CA: California Institute of Integral Studies; 2011.
34. Ruiz FJ. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: a systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2012; 12(3): 333-57.
35. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(123): 159-69. [In Persian].

36. Narimani M, Abbasi M, Abolghasemi A, Ahadi B. A study comparing the effectiveness of acceptance/ commitment by emotional regulation training on adjustment in students with dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities* 2013; 2(3): 154-88. [In Persian].
37. Gharaie-Ardekani S, Azad-Fallah P, Tavallaie A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain experience in women with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 4(2): 39-50. [In Persian].
38. Pearson AN, Follette VM, Hayes SC. A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cogn Behav Pract* 2012; 19(1): 181-97.
39. Weineland S, Arvidsson D, Kakoulidis TP, Dahl J. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obes Res Clin Pract* 2012; 6(1): e1-e90.
40. Forman E, Butryn M, Hoffman K, Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cogn Behav Pract* 2009; 16: 223-35.
41. Petersen CL. Treatment of comorbid depression and alcohol use disorders in an inpatient setting: comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual [Online]. [cited 2007 May]; Available from: URL: <http://soar.wichita.edu:8080/bitstream/handle/10057/1091/d07006.pdf?sequence=1>
42. Niemeier HM, Phelan S, Fava JL, Wing RR. Internal disinhibition predicts weight regain following weight loss and weight loss maintenance. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15(10): 2485-94.
43. Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol* 2008; 13(1): 131-8.
44. Molavi H. A practical guide of SPSS in behavioural sciences. Isfahan, Iran: Poyesh Andisheh Publications; 2007. [In Persian].
45. Lillis J, Hayes SC. Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *Int J Behav Consult Ther* 2008; 4(1): 30-40.
46. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Press; 1999.
47. Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2005.
48. Lillis J, Hayes SC, Bunting K, Masuda A. Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Ann Behav Med* 2009; 37(1): 58-69.
49. Izadi R. The study and investigation of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on obsessive symptoms and beliefs, quality of life, psychological flexibility, depression and anxiety in treatment resistant obsessive compulsive patients [Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2013. [In Persian].
50. Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA, Roubenoff R, Lipman R, Roberts SB. Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. *Am J Clin Nutr* 2002; 75(3): 476-83.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance in Overweight Individuals

Saeedeh Fanaee¹, Ilnaz Sajjadian²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Experiential avoidance is a behavior pattern that increases binge eating among overweight and obese individuals. The objective of this study was to investigate the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on experiential avoidance among overweight and obese individuals in Isfahan, Iran.

Methods and Materials: The present quasi-experimental research was conducted with a pretest-posttest, double-blind, and multicenter design with control group. The statistical population of the study consisted of all overweight and obese individuals a body mass index (BMI) of more than 25 referring to nutrition and diet therapy clinics in the winter of 2015. From among them, 40 individuals were selected through convenience sampling based on the study criteria and were randomly assigned to the experimental and control groups (each group = 20 individuals). Both groups completed the Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties (AAQW) designed by Lillis and Hayes, at pretest, posttest, and follow-up stages (45 days after the intervention). The reliability of the AAQW was calculated using Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = 0.91$) and its content validity was confirmed by experts. The experimental group received 8 60-minute sessions of ACT. The control group, however, received no intervention. Data were analyzed using ANCOVA in SPSS software.

Findings: There was a significant decrease in experiential avoidance among the experimental group participants ($P < 0.05$). Moreover, this effect was maintained until the follow-up stage.

Conclusions: According to the results, ACT can be considered as an efficient intervention for the reduction of experiential avoidance in overweight and obese individuals. The reduction in experiential avoidance results in the increasing of psychological flexibility in these individuals. Therefore, ACT can be used in conjunction with other weight control interventions.

Keywords: Acceptance and commitment therapy (ACT), Experiential avoidance, Psychological flexibility, Overweight

Citation: Fanaee S, Sajjadian I. **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance in Overweight Individuals.** J Res Behav Sci 2016; 14(2): 146-53.

Received: 24.02.2016

Accepted: 11.05.2016

1- Department of General Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian, Email: i.sajjadian@khuif.ac.ir