

Comparison of the effectiveness of emotional regulation training and acceptance and commitment therapy on cognitive fusion, mindfulness, emotional regulation in obese women

Maryam Jalali Farahani¹, Mohsen Jadidi^{2*}, Bahram Mirzaian³

1. PhD Student in General Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahr-e-Qods Branch, Islamic Azad University, Shahr-e-Qods, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of General Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Abstract

Received: 20 Oct. 2020 Revised: 10 Nov. 2020 Accepted: 24 Nov. 2020

Introduction: Obesity is one of the diseases whose prevalence has been accelerating over the past decades. It is estimated that about 1.2 billion people in the world are obese or overweight. In Iran, 5.5% of children and adolescents under 18 years of age and 21.5% of people over 18 are obese. Recently, mindfulness has attracted much attention in the field of obesity and overweight. The intervention, along with mindfulness meditation, to increase overall psychological and physiological self-regulation is perfectly commensurate with the cognitive, emotional, physiological, and behavioral dysregulations observed in eating disorders, especially in the case of impulsive overeating. Considering the effect of negative thoughts and beliefs on overeating behaviors and subsequent overweight, and on the other hand, the role of cognitive fusion as an essential and determining factor in the negative evaluation of disturbing thoughts, the role of cognitive fusion can be added. Checked the weight. Recently, in line with health professionals's efforts, one of the effective ways to prevent and treat obesity and reduce its psychological, social, and economic consequences is to consider psychological treatment programs and other medical and sports treatments. In recent years, there has been a great deal of discussion about mindfulness-based therapeutic interventions. These treatments are known as the third wave of behavioral therapy. Acceptance and Commitment Therapy is one of the most common third-wave therapies for the behavioral therapy and aims to help clients achieve a rich, valuable, and satisfying life through psychological resilience. Emotion regulation training is one of the emotion-based therapies that can affect people's psychological symptoms with obesity and has been less considered by researchers so far. This study aimed to compare the effectiveness of group therapy based on ACT and emotional regulation on cognitive fusion, mindfulness, and emotional regulation in obese women.

Methods: The present study was an interventional study with a pre-test/post-test design that was conducted in 2019 on obese patients referred to psychiatric and psychology clinics in the west of Tehran. The selection of the intervention group was as follows: The subjects were invited to participate in the study in coordination and consultation with the clinic officials and according to the inclusion criteria. Then, 45 patients were selected by purposive sampling method and randomly divided into three groups of 15 (acceptance and commitment based experimental group, emotion regulation training experimental group, and control group). First, the necessary information about the study's objectives was provided to the patients, and they entered the study of their own free will. Finally, informed consent was obtained from all subjects. Criteria for entering this study include age over 16 years, being overweight, not having a psychological disorder, and not receiving any other psychological treatment. Exclusion criteria were unwillingness to continue cooperation and a maximum of two sessions of absence for the patient. Then, 12 120-minute sessions of emotion regulation training and acceptance and commitment therapy were performed in the experimental groups. Data were collected using the Cognitive Fusion Questionnaire, Mindfulness Questionnaire, and Emotion Regulation Difficulty Scale. Data were analyzed using analysis of covariance with SPSS-21 software. The Kolmogorov-Smirnov test checked the normality of data distribution. Then, analysis of covariance was used to examine the differences between the two groups in terms of research variables.

Results: The covariance analysis results showed that the difficulty in regulating emotion, mindfulness, and cognitive fusion after therapeutic interventions was significantly different between the three groups ($P=0.0001$). Then, the Fisher post hoc test was used to examine which of the two groups are different. These test results showed that the difference between each of the groups of emotion regulation training and treatment based on acceptance and commitment with the control group is significant, but the results of the two types of treatment are not significantly different.

Conclusion: The research results showed that emotion regulation training and acceptance and commitment-based therapy effectively reduce cognitive fusion and improving emotion regulation and mindfulness in obese people. Therefore, considering the confirmation of the effect of emotion regulation training based on acceptance and commitment in the treatment of obesity, it is suggested that therapists consider these two therapies in reducing cognitive fusion and improving emotion regulation and mindfulness of overweight people.

Keywords: Emotion regulation, Acceptance and commitment therapy, Cognitive fusion, Mindfulness, Emotional regulation

*Corresponding author: Mohsen Jadidi, Associate Professor, Department of Psychology, Shahr-e-Qods Branch, Islamic Azad University, Shahr-e-Qods, Tehran, Iran
Email: Jadidi.mohsen@gmail.com

doi.org/10.30514/icss.23.1.62



مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تنظیم هیجانی بر تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و همجواری شناختی در زنان مبتلا به چاقی

مریم جلالی فراهانی^۱، محسن جدیدی^{۲*} ID، بهرام میرزاییان^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
 ۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر قدس، ایران
 ۳. گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

چکیده

مقدمه: چاقی از جمله مشکلاتی است که شیوع آن طی دهه‌های گذشته، روند رو به شتابی داشته است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و تنظیم هیجانی بر همجواری شناختی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به چاقی انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر از زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در غرب تهران به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (آموزش تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه گواه قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). سپس ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایشی انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه همجواری شناختی، پرسشنامه ذهن آگاهی و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماري تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS-21 انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش همجواری شناختی و بهبود تنظیم هیجان و ذهن آگاهی افراد مبتلا به چاقی موثر است ($P < 0/05$). اما بین این دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تایید اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان چاقی پیشنهاد می‌شود که درمانگران، این دو درمان را در کاهش همجواری شناختی و بهبود تنظیم هیجان و ذهن آگاهی افراد دارای اضافه وزن مد نظر قرار دهند.

دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۹

اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۸/۲۰

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۰۴

واژه‌های کلیدی

آموزش تنظیم هیجان
 درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
 همجواری شناختی
 ذهن آگاهی
 تنظیم هیجان

نویسنده مسئول

محسن جدیدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر قدس، ایران

ایمیل: Jadidi.mohsen@gmail.com



doi.org/10.30514/ics.23.1.62

Citation: Jalali Farahani M, Jadidi M, Mirzaian B. Comparison of the effectiveness of emotional regulation training and acceptance and commitment therapy on cognitive fusion, mindfulness, emotional regulation in obese women. *Advances in Cognitive Sciences*. 2021;23(1):62-72.

مقدمه

(WHO) چاقی به انباشت فراگیر چربی در بدن گفته می‌شود (۲). اضافه وزن می‌تواند غیر از دلایل متابولیکی و ژنتیکی، ناشی از دلایل محیطی و روان‌شناختی باشد. یکی از عوامل موثر بر اضافه وزن ناتوانی در تنظیم هیجان می‌باشد. تنظیم هیجان (Emotion Regulation) به اعمالی اطلاق می‌شود که

چاقی از جمله امراضی است که شیوع آن طی دهه‌های گذشته، روند رو به شتابی داشته است. تخمین زده شده که در حدود ۱/۲ میلیارد نفر از جمعیت جهان دچار چاقی یا اضافه وزن هستند. در ایران ۵/۵ درصد از کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال و ۲۱/۵ درصد از افراد بالاتر از ۱۸ سال مبتلا به چاقی هستند (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت

آموزش‌های روانی به بهبود حالات انسانی کمک کنند (۱۳، ۱۴). به تازگی در راستای تلاش متخصصان سلامت، یکی از راهکارهای مؤثر برای پیشگیری و درمان چاقی و کاهش پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی آن، در نظر گرفتن برنامه‌های درمانی روان‌شناختی در کنار سایر روش‌های درمانی پزشکی و ورزشی است. در سال‌های اخیر، بحث زیادی درباره مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مطرح شده است. این درمان‌ها به عنوان موج سوم رفتار درمانی شناخته می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment therapy (ACT)) یکی از رایج‌ترین درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است و هدف آن، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی فرد برای ارتباط آگاهانه با زمان حال با وجود تمام احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی که در لحظه تجربه می‌کند و انجام رفتارهایی در خدمت اهداف و ارزش‌های انتخابی فرد است (۱۵).

از جمله درمان‌های هیجان‌مدار که می‌تواند بر علایم روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی تأثیر داشته باشد و تاکنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، آموزش تنظیم هیجان (Emotion Regulation training) است (۱۶). آموزش تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندها اشاره دارد که افراد از طریق آنها به دنبال نظارت، ارزیابی و هدایت مجدد جریان خودکار هیجانات، مطابق با نیازها و اهداف خود هستند. این مداخله، با آموزش شیوه‌های سازگارانه مقابله با هیجان‌های منفی، منجر به این می‌شود که افراد به جای این که به غذا خوردن به عنوان راهی برای فرار از هیجان‌های منفی پناه ببرند، ارزش غذا و خوردن را در جایگاه اصلی آن، یعنی برطرف کردن نیاز فیزیولوژیکی فرد به هنگام گرسنگی برای ایجاد تعادل زیستی، در نظر بگیرند (۱۷). پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تنظیم هیجان بر تنظیم هیجان، همجوشی شناختی و ذهن‌آگاهی را در بیماران مختلف نشان داده‌اند. به عنوان مثال؛ برادران و همکاران در پژوهش خود به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر همجوشی شناختی و شاخص‌های سلامت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی اشاره کردند (۱۸). همچنین یراقچی و همکاران در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌شود (۱). حیدریان سامانی و همکاران نیز بیان داشتند که برای افزایش ذهن‌آگاهی و بهبود پذیرش مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌توان از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرد (۱۹). طوافی و همکاران نیز در پژوهشی اثربخشی درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی در

به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود (۳). افراد با فقدان راهبردهای مؤثر برای پاسخ‌دهی به آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها بیشتر به سمت خوردن هیجانی، روی می‌آورند (۴، ۵). بر اساس مطالعات، تغییر رفتار در راستای راهبردهای تنظیم هیجان مانند خوردن با کنترل ذهن بر رفتار خوردن افراد، مؤثر است؛ به این معنا که افراد به منظور کاهش و تقلیل احساس نامطلوب به رفتار خوردن می‌پردازند. بنابراین تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (۶).

اخیراً ذهن‌آگاهی (Mindfulness) توجه بسیاری در زمینه چاقی و اضافه وزن به خود جلب کرده است. مداخله همراه با مراقبه ذهن‌آگاهی، با هدف افزایش خودنظم‌جویی کلی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی، کاملاً متناسب با بدتنظیمی‌های شناختی، هیجانی، فیزیولوژیکی و رفتاری مشاهده شده در اختلالات خوردن به ویژه در مورد پرخوری تکانشی است (۷). ذهن‌آگاهی به توجه هوشیارانه بر روی افکار، هیجانات و تجارب به گونه‌ای که فرد قضاوت خوب یا بد در مورد این تجارب نداشته باشد، اشاره دارد (۸). در واقع ذهن‌آگاهی می‌تواند با تعدیل کردن افکار منفی و فشارهای روان‌شناختی مرتبط با رفتارهای پرخوری به کاهش نشانه‌های این اختلال منجر شود (۹). در این راستا مطالعات نشان داده‌اند آموزش ذهن‌آگاهی با استفاده از فنونی مانند یوگا، مدیتیشن، شناخت درمانی و هوشیاری نسبت به خوردن می‌تواند در درمان چاقی و اختلالات خوردن مؤثر واقع شود (۱۰).

با توجه به تأثیر افکار و باورهای منفی در رفتارهای پرخوری و به دنبال آن اضافه وزن و از طرفی نقش همجوشی شناختی (Cognitive Fusion) به عنوان یک عامل مهم و تعیین‌کننده در ارزیابی منفی از افکار مزاحم می‌توان نقش همجوشی شناختی را در اضافه وزن بررسی کرد (۱۱). افرادی که همجوشی شناختی در آنها بالا باشد، بیشتر مستعد اختلالات روانی خواهند بود. همجوشی شناختی یک فرآیند کلیدی است که انعطاف‌پذیری روانی را تهدید می‌کند. به عبارت دیگر منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً داخلی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (۱۲). در مورد افراد چاق همجوشی شناختی موجب می‌شود فرد دائماً درگیر افکار منفی در مورد تناسب اندام و رسیدن به وزن ایده‌آل در خود شود تا حدی که هیچ امیدوی برای کاهش وزن ندارد و این هدف را نادیده می‌گیرد (۱۱).

نظریه‌ها و رویکردهای روانی سعی کرده‌اند به ارائه روان‌درمانی‌ها و

تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن را نشان دادند (۲۰). پژوهش‌های اندکی در زمینه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تنظیم هیجانی بر ویژگی‌های روان‌شناختی مبتلا به چاقی در دسترس است که نیاز به انجام پژوهش در این حیطه را ضروری می‌نماید. از طرفی در صورت تایید موثر بودن روش‌های درمانی فوق پس از بررسی در پژوهش حاضر، گزینه‌های بیشتری برای درمان‌گران در جهت درمان این افراد وجود خواهد داشت. بنابراین با توجه به پیامدهای روانی رفتاری فوق در مورد اضافه وزن توجه به علل و درمان این اختلال از ضرورت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. علاوه بر این، با توجه به درصد بالای افراد دارای اضافه وزن در ایران، آسیب‌پذیری زیاد آنان و تاثیر غیرقابل انکار سلامت آنان در سلامت جامعه و نسل‌های آینده، مطالعه حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی گروه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تنظیم هیجانی بر تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و همجوشی شناختی در افراد مبتلا به چاقی می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون/پس‌آزمون با گروه گواه بود که در سال ۱۳۹۸ بر روی زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در غرب تهران انجام شد. انتخاب گروه مداخله بدین صورت بود آزمودنی‌ها طی هماهنگی و مشورت با مسئولین درمانگاه‌ها و با توجه به ملاک‌های ورود مطالعه به شرکت در پژوهش دعوت شدند. سپس از میان آنان ۴۵ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان و گروه گواه) قرار گرفتند. پیش از شروع پژوهش ابتدا اطلاعات لازم در زمینه اهداف مطالعه به بیماران ارائه گردید و آنها با تمایل و اختیار خود وارد مطالعه شدند. در نهایت از تمام بیماران رضایت نامه آگاهانه دریافت شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن بالای ۱۶ سال، داشتن اضافه وزن، نداشتن اختلال روان‌شناختی، عدم دریافت درمان روان‌شناختی دیگر بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم تمایل افراد به ادامه همکاری و حداکثر دو جلسه غیبت برای بیمار بود. برای جمع‌آوری اطلاعات شرکت‌کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه استاندارد همجوشی شناختی *Guillanders* و همکاران، پرسشنامه ۵ عاملی ذهن‌آگاهی و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان *Roemer* و *Gratz* استفاده شد. ابتدا هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در مرحله مداخله هر دو گروه آزمایش به صورت ۱۲ جلسه ۲ ساعته به صورت هفته‌ای یک

جلسه تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵) و آموزش تنظیم هیجانی (۲۱) قرار گرفتند، اما گروه گواه درمانی دریافت نکردند (خلاصه جلسات در جدول ۱ و ۲ قابل مشاهده است). در نهایت دو هفته پس از درمان مجدد از آزمودنی‌های سه گروه پس‌آزمون عمل آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 صورت گرفت، بدین صورت که ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. سپس برای بررسی تفاوت دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد. قبل از به کارگیری آزمون تحلیل واریانس، مفروضه‌های آن به وسیله آزمون لون و شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت.

پرسشنامه استاندارد همجوشی شناختی *Guillanders* و همکاران (Standard Cognitive Fusion Questionnaire of *Guillanders et al*)

این پرسشنامه توسط *Guillanders* و همکاران در سال ۲۰۱۰ طراحی شده است. این پرسشنامه ابتدا دارای ۴۴ سوال بوده است که بعدها پس از نتایج تحلیل عاملی تعداد سوالات آن به ۲۸ سؤال تقلیل یافت که در نهایت در یک فرایند تجربی و با استفاده از تحلیل عاملی و آلفای کرونباخ، مقیاس همجوشی شناختی به ۱۳ سؤال تقلیل یافت (۱۲). زارع (۱۳۹۳) به بررسی اعتبار سازه پرسشنامه ۱۳ سؤالی همجوشی شناختی *Guillanders* پرداخت. نتایج استفاده از روش‌های اکتشافی به استخراج عامل‌ها نشان داد که بارهای عاملی مربوط به سوال‌ها به جز سوال ۱۳ بالاتر از ۰/۵۰ بود، دو عامل همجوشی و گسلش شناختی ۰/۴۹ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند. سوال ۱۳ به دلیل داشتن بار عاملی کمتر از ۰/۵۰ از پرسشنامه حذف شد و تعداد سوال‌ها از ۱۳ به ۱۲ سوال تقلیل یافت (۲۲). نسخه دارای ۱۲ سوال و دو مؤلفه همجوشی و گسلش شناختی می‌باشد و بر اساس طیف هفت گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (حتی وقتی افکار ناراحت‌کننده به سراغم می‌آید می‌دانم که این افکار در نهایت بی‌اهمیت می‌شوند) به سنجش همجوشی شناختی می‌پردازد. *Guillanders* و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند (۱۲). نتایج پژوهش زارع نشان داد پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۶ گزارش شد (۲۲).

پرسشنامه ۵ عاملی ذهن‌آگاهی (FFMQ) (Five Factor Mindfulness Questionnaire)

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان Roemer و Gratz (Difficulties in Emotion Regulation Scale)

این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط Roemer و Gratz ساخته شده است که ۳۶ سوال دارد که سوال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پرسشنامه دارای ۶ بعد: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی می‌باشد. نمره‌گذاری سوال‌های پرسشنامه لیکرت پنج درجه‌ای است (خیلی به ندرت=۱، گاهی=۲، تقریباً در نیمی از موارد=۳، بیشتر اوقات=۴، تقریباً همیشه=۵). نسخه اصلی پرسشنامه از همسانی درونی بالایی ۰/۹۳ برخوردار می‌باشد (۲۴). در ایران نیز بر اساس داده‌های حاصل از شمس و همکاران (۱۳۸۸) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شد (۲۵).

یک مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط Baer و همکاران تحول یافته است (۸). مولفه‌های این پرسشنامه شامل؛ مشاهده، عمل توأم با هشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن می‌باشد. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز و یا بسیار به ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ می‌باشد. از جمع نمرات هر زیرمقیاس یک نمره کلی به دست می‌آید که نشان می‌دهد که هر چه نمره بالاتر باشد ذهن آگاهی هم بیشتر است (۸). در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون‌بازآزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه ایرانی بین $r=0/57$ (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و $r=0/84$ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین $\alpha=0/05$ مربوط به عامل غیرواکنشی بودن و $\alpha=0/83$ مربوط به عامل توصیف) به دست آمد (۲۳).

جدول ۱. شرح جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، درک همجواری شناختی، ذهن آگاهی و هیجان از دیدگاه ACT، توزیع پرسشنامه
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، ایجاد ناامیدی خلاقانه، تقاضا از افراد جهت گفتگو درباره اضطراب‌هایشان، کارآمدی بررسی تمرین هفته بعد
سوم	معرفی تمایل به تجربه هیجان به این عنوان که یک جایگزین برای کنترل، درجه موفقیت ظاهری در کنترل احساسات، برنامه‌نویسی از رویدادهای درونی، تمرین اعداد
چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، استراحت و پذیرایی مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف اثتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مرور تکلیف و تعهد رفتاری مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود
ششم	سنجش عملکرد، کاربرد روش‌های ذهن آگاهی، تضاد بین تجربه و ذهن، استراحت و پذیرایی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند
هفتم	سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	شناسایی موانع، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم ACT، ثبت اهداف افراد
نهم	استدلال به عنوان علت‌ها، ادامه تمرین ذهن آگاهی، تمرین عینیت بخشیدن
دهم	آموزش هدف‌گزینی و اقدام متعهدانه
یازدهم	توضیح اسارت فکر، بررسی افکاری که به آنها چسبیده‌ایم و آن افکار نقش اساسی در زندگی را بازی می‌کنند و بررسی نقش و تاثیر آنها در هیجان‌ات به صورت بحث گروهی و نقشی که آنها در رفتار فعلی ما دارند، آموزش چگونگی جدا شدن از افکار، انجام تمرین‌های گروهی
دوازدهم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. شرح جلسات آموزش تنظیم هیجان

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، در زمینه آگاهی از هیجانات مثبت و منفی و انواع آنها (شادی، علاقه‌مندی، عشق و اضطراب و ...)
دوم	توجه به هیجانات مثبت و منفی و لزوم استفاده از آنها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی
سوم	پذیرش هیجانات مثبت و منفی و پیامدهای مثبت و منفی استفاده از این هیجانات
چهارم	تجربه ذهنی هیجانات مثبت به صورت تجسم ذهنی
پنجم	بازداری هیجانی
ششم	ابراز مناسب این هیجانات
هفتم	ابراز هیجانات منفی
هشتم	ارزیابی مجدد آنها به آزمودنی‌ها
نهم	ارائه مثال‌هایی در خصوص کنترل هیجان
دهم	قرار گرفتن در معرض هیجانات واقعی و نحوه برخورد با آنها
یازدهم	ارائه آموزش‌های لازم توسط آزمودنی‌ها به دیگران
دوازدهم	برگزاری پس‌آزمون

یافته‌ها

۹۰/۳۳ بوده است. همچنین میانگین نمرات پیش‌آزمون ذهن آگاهی در گروه آموزش تنظیم هیجان برابر با ۵۳/۸۷، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۹/۱۳ و در گروه گواه ۴۴/۲۰ بود و میانگین نمرات پیش‌آزمون همجوشی شناختی در گروه آموزش تنظیم هیجان برابر با ۲۹/۳۸، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۲/۴۳ و در گروه گواه ۳۰/۲۲ بود. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد، در مرحله پیش‌آزمون میانگین‌های متغیرهای پژوهش در سه گروه تقریباً با هم برابرند.

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۳/۴۴ سال بود. از نظر مدرک تحصیلی، ۹ نفر دیپلم، ۲۱ نفر کارشناسی، ۱۴ نفر کارشناسی ارشد و ۱ نفر دکتری داشتند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون تنظیم هیجان در گروه آموزش دشواری در تنظیم هیجان برابر با ۹۵/۲۲، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با ۸۸/۳۳ و در گروه گواه

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌ها در پیش‌آزمون

گروه متغیر	آموزش تنظیم هیجان		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گواه
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
دشواری در تنظیم هیجان	۹۵/۲۲	۲۲/۱۸	۸۸/۳۳	۱۸/۸۱	۱۹/۲
ذهن آگاهی	۵۳/۸۷	۱۱/۴۸	۴۹/۱۳	۹/۴۳	۴۴/۲۰
همجوشی شناختی	۲۹/۳۸	۶/۰۵	۳۲/۴۳	۶/۳۱	۳۰/۲۲

برابر با ۸۵/۱۲، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با ۷۸/۱۳ و در گروه گواه ۸۹/۳۸ بوده است. همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون

همان‌طور که از اطلاعات جدول ۴ بر می‌آید، میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون دشواری در تنظیم هیجان در گروه آموزش تنظیم هیجان

ذهن‌آگاهی در گروه آموزش تنظیم هیجان برابر با ۷۴/۳۷، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۹/۲۳ و در گروه گواه ۴۵/۲۸ بود و میانگین نمرات پس‌آزمون همجوشی شناختی در گروه آموزش تنظیم هیجان برابر

با ۲۰/۱۸، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۱/۴۰ و در گروه گواه ۳۱/۲ بود. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد، در مرحله پس‌آزمون میانگین‌های متغیرهای پژوهش در سه گروه تقریباً با هم برابرند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌ها در پس‌آزمون

گروه متغیر	آموزش تنظیم هیجان		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گواه
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
دشواری در تنظیم هیجان	۸۵/۱۲	۱۷/۶۲	۷۸/۱۳	۱۴/۷۶	۱۹/۱
ذهن‌آگاهی	۷۴/۳۷	۱۴/۲۸	۶۹/۲۳	۱۱/۴۸	۷/۰۴
همجوشی شناختی	۲۰/۱۸	۵/۲۸	۲۱/۴۰	۶/۴۱	۶/۹۸

برای بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها به ترتیب از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و آزمون لون استفاده گردید. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($P < 0.05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال می‌باشند. نتایج آزمون

لون نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش در بین دو گروه با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($P < 0.05$). بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها نیز پذیرفته شد. سرانجام، آزمون یکسانی شیب رگرسیون نیز نشان داد که تعامل کوواریت‌ها (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل معنادار نیست ($P < 0.05$).

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر دشواری در تنظیم هیجان

مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	P	مجذور اتا
۴۲۸/۵۶	۲	۴۲۸/۵۶	۳۲/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
۳۵۶۴/۴۲	۱	۳۵۶۴/۴۲	۱۰۱/۱۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷
۲۵۶/۱۸۰	۴۱	۱۴/۵۴			
۴۸۶۱۰/۰۰۰	۴۵				

همان‌طور که از نتایج گزارش شده در جدول ۶ از آزمون تحلیل واریانس مشخص می‌شود تفاوت ذهن‌آگاهی در ۳ گروه معنادار است ($P = 0.0001$). برای این که بدانیم کدام دو گروه با هم تفاوت دارند از آزمون تعقیبی فیشر

استفاده شد که نتایج آن نشان داد تفاوت هر کدام از گروه‌های آموزش تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه معنادار است اما بین نتایج دو نوع درمان تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای متغیر ذهن‌آگاهی

مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	P	مجذور اتا
۴۲۲/۸۶	۲	۴۲۲/۸۶	۱۱/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱
۳۱۵۴/۲۸	۱	۳۱۵۴/۲۸	۶۹/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
۱۷۵/۴۲	۴۱	۹/۱۵			
۸۶۵۴۵/۰۰۰	۴۵				

همان‌طور که از نتایج گزارش شده در جدول ۷ از آزمون تحلیل واریانس مشخص می‌شود، تفاوت همجوشی شناختی در ۳ گروه معنادار است ($P=0/0001$). برای این که بدانیم کدام دو گروه با هم تفاوت دارند از

آزمون تعقیبی فیشر استفاده شد که نتایج آن نشان داد تفاوت هر کدام از گروه‌های آموزش تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه معنادار است اما بین نتایج دو نوع درمان تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای متغیر همجوشی شناختی

مجدور اتا	P	F	میانگین مجدورها	درجه آزادی	مجموع مجدورها	
۰/۳۵	۰/۰۰۰۱	۸/۳۶	۲۴۸/۱۶	۲	۲۴۸/۱۶	پیش آزمون
۰/۵۱	۰/۰۰۰۱	۴۲/۶۸	۲۸۵۷/۱۸	۱	۲۸۵۷/۱۸	گروه
			۷/۶۵	۴۱	۹۵/۱۲	خطا
				۴۵	۸۶۵۴۵/۰۰۰	کل

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تنظیم هیجان بر تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و همجوشی شناختی افراد چاق انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که هر دو درمان بر همجوشی شناختی و بهبود تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی بیماری مراجعان تاثیر معناداری دارند. اما در مقایسه میزان اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتایج با یافته‌های یراقچی و همکاران (۱)؛ حیدریان سامانی و همکاران (۱۹)؛ گودرزی و همکاران (۲۶)؛ برادران و همکاران (۱۸) و محمدی و همکاران (۲۷) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و نتایج مطالعه طوافی و همکاران (۲۰)؛ Debeuf و همکاران (۲۸)؛ و قیاسوند و قربانی (۲۹) مبنی بر اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی افراد همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موقعیتی را به وجود می‌آورد که طی آن مراجع نسبت به راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی درباره اضافه وزن و اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس درماندگی خلاق می‌کند. این حالات، زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان یک راه حل جایگزین فراهم می‌کند و بدین وسیله، مجالی برای فرد 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. در واقع، یکی از بخش‌های مهم در ACT، درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از مداخلات مختلف از جمله ذهن‌آگاهی است. در واقع مهارت ذهن‌آگاهی، یکی از فنونی است که پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت در افراد است. چرا که این

مهارت از یکسو باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها، کاهش احساسات منفی، افزایش احساسات مثبت و رفتارهای سازگارانه می‌شود و در نهایت منجر به افزایش تنظیم شناختی هیجان می‌شود (۳۰). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی میزان تأثیری است که یک فکر (مثال میل به خوردن) روی رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر، در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش در هم می‌آمیزد، نمی‌تواند قضاوت ذهنی خود از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد. در نتیجه، در این درمان‌ها با آموزش ذهن‌آگاهی و عمل در زمان حال، به افراد آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آنها بتوانند این تجربیات را بپذیرند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند (۳۱). همچنین، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی با آگاهی دادن به افراد در مورد هیجان‌های مثبت و منفی آنها، پذیرش و کنار آمدن مؤثر با آنها، می‌تواند سلامت روان افراد را ارتقاء بخشد. در واقع در آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که می‌توان افزایش راهبردهای سازگارانه و کاهش راهبردهای کمتر سازگارانه را با آنها مرتبط دانست. مهارت‌های تنظیم هیجانی مرتبط با تشویق فرد برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش به طور روزانه و تمریناتی جهت مقابله با خشم و احساس گناه و ترس، می‌تواند آنها را برای پرورش یک زندگی سالم‌تر و پذیرش تغییر در زندگی و افزایش توانایی تنظیم هیجان توانمند سازد (۳۲). گسترش توجه به عنوان سومین خانواده از راهبردهای تنظیم هیجان برخی از راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته را شامل می‌شود.

پذیرش و تعهد بر کاهش همجوشی شناختی و بهبود تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی افراد مبتلا به چاقی موثر است. بنابراین، با توجه به تایید اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان چاقی پیشنهاد می‌شود که درمان‌گران، این دو درمان را در کاهش همجوشی شناختی و بهبود تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی افراد دارای اضافه وزن مد نظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه جهت اخذ PhD رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد. بدینوسیله از مساعدت کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می‌نمائیم.

ملاحظات اخلاقی

پیش از شروع پژوهش ابتدا اطلاعات لازم در زمینه اهداف مطالعه به بیماران ارائه گردید و آنها با تمایل و اختیار خود وارد مطالعه شدند. در نهایت از تمام بیماران رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد.

تعارض منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.

نشخوار، نگرانی و حواس‌پرتی به عنوان برخی از راهبردهای گسترش توجه شناخته می‌شوند که با ذهن‌آگاهی هم رابطه منفی دارند، بنابراین آموزش تنظیم هیجان با هدف کاهش راهبردهای ناسازگارانه (نشخوار، نگرانی و حواس‌پرتی) می‌تواند زمینه را برای افزایش ذهن‌آگاهی فراهم کند. علاوه بر این آموزش تنظیم هیجان از طریق توجه و اجازه دادن به همه هیجان‌ها به همان صورتی که تجربه می‌شوند و عدم واکنش تکانه‌ای (خودکار) منجر به افزایش ذهن‌آگاهی می‌گردد (۳۳).

از محدودیت‌هایی این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی اشاره نمود که ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج ندهند. عدم وجود مرحله پیگیری و در نتیجه در دست نبودن اطلاعاتی از تداوم تغییر و یا ثبات نتایج محدودیت دیگر پژوهش است. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر

References

1. Yaragchi A, Jomehri F, Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and cognitive emotion regulation in obese individuals. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2019;7(2):192-201. (Persian)
2. World Health Organization. Suicide and attempted suicide. Geneva, WHO. 2006. Available from: URL:http://www.who.int/mental_health
3. Denollet J, Nyklicek I, Vingerhoets A. Introduction: Emotions, emotion regulation, and health. In: Vingerhoets A, Nyklicek I, Denollet J, editors. *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues*. New York:Springer;2011.
4. Spoor STP, Bekker MHJ, Van Strein T, Van Heck GL. Relations between negative affect, coping and emotional eating. *Journal of appetite*. 2007;48(3):368-376.
5. Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Journal of Eating Behaviors*. 2007;8(2):162-169.
6. Manwaring JL, Hilbert A, Wilfley DE, Pike KM, Fairburn CG, Dohm DA. Risk factors and patterns of onset in binge eating disorder. *Journal of Eating Disorder*. 2006;39(2):101-107.
7. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*. 2010;19(1):49-61.
8. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Us-

- ing self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27-45.
9. Masuda A, Wendell JW. Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors*. 2010;11(4):293-296.
10. Afshin H. Relationship between self-compassion, mindfulness and early maladaptive schemas with symptoms of eating disorders in female students of Shahid Chamran University of Ahvaz [MSc Dissertation]. Ahvaz:Shahid Chamran University;2016. (Persian)
11. Ines A, Trindade CF. The impact of body-image related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*. 2014;15(1):72-75.
12. Gillanders D, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*. 2014;45(1):83-101.
13. Azami E, Hajsadeghi Z, Yazdi-Ravandi S. The comparative study of effectiveness of training communication and emotional skills on parenting stress of mothers with autism children. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2017;18(56):1-11. (Persian)
14. Hajsadeghi Z, Yazdi-Ravandi S, Pirnia B. Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. *International Journal of Cancer Management*. 2018;11(11):e67019.
15. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. Hove:Routledge;2010.
16. Karimi A, Rezaei Dehnavi S, Moghtadaei K. The effectiveness of emotion regulation techniques on decreasing the psychopathological problems of women with obesity. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;15(1):52-58. (Persian)
17. Ranjbar Noushari F, Basharpour S, Hajloo N, Narimani M. The effect of emotion regulation skills training on self-control, eating styles and body mass index in overweight students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(2):125-133. (Persian)
18. Baradaran M, Zare H, Alipour A, Farzad V. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive fusion and physical health indicators in essential hypertensive patients. *Journal of Cognitive Psychology*. 2016;4(1-2):1-9. (Persian)
19. Heidarian A, Sajjadian I, Heidari S. Effectiveness of group-base acceptance and commitment therapy on mindfulness and acceptance in mothers of children with autism spectrum disorders. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017;7:28. (Persian)
20. Tavafi M, Hatami M, Ahadi H, Sarafizadeh S. Compare the effectiveness of emotional regulation group intervention and cognitive behavioral therapy on emotion regulation of overweight people. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2020;15(55):27-36. (Persian)
21. Berking M, Whitley B. Affect regulation training: A practitioners' manual. New York:Springer;2014.
22. Zare H. Standardization of the Gillanders cognitive fusion social scale based on the Boehrenstat model. *Quarterly Social Psychology Research*. 2014;4(15):17-28. (Persian)
23. Ahmadvand Z, Heidarinasab L, Shairi, M. Explaining psychological well-being based on the components of mindfulness. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2013;1(2):60-69. (Persian)
24. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41-54.
25. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*. 2010;13(1):11-18. (Persian)
26. Goodarzi F, Soltani Z, Hoseini Seddigh MS, Hamdami M, Ghsemi Jobaneh R. Effects of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and quality of life of mothers of children with intellectual disability. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017;7:22. (Persian)

27. Mohammadi L, Salehzade Abarghoei M, Nasirian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in men under methadone treatment. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2015;23(9):853-861. (Persian)
28. Debeuf T, Verbeken S, Boelens E, Volkaert B, Van Malderen E, Michels N, et al. Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: Protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):153.
29. Ghiasvand M, Ghorbani M. Effectiveness of emotion regulation training in improving emotion regulation strategies and control glycemic in type 2 diabetes patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2015;17(4):299-307. (Persian)
30. Wetherell JL, Liu L, Patterson TL, Afari N, Ayers CR, Thorp SR, et al. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*. 2011;42(1):127-134.
31. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012;40(7):976-1002.
32. Ramezanzadeh F, Moradi A, Mohammadkhani S. Effectiveness of the training of emotion regulation skills in executive functions and emotion regulation strategies in adolescents at risk. *Journal of Cognitive Psychology*. 2014;2(2):37-45. (Persian)
33. Ahmadi G, Sohrabe F, Borjali A. Effectiveness of emotion regulation training on reappraisal and emotional suppression in soldiers with opioid use disorder. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2018;9(34):191-209. (Persian)

