



اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحدساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحدساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحدساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

فرشته خطیبی*

ارسلان خان محمدی اطاقسرا

شعبان حیدری

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۰ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۲ ایمیل نویسنده مسئول: fereshtehkhatibi686@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۲۰-۳۴
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(خطیبی، خان محمدی اطاقسرا و حیدری،
۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

خطیبی، فرشته، خان محمدی اطاقسرا، ارسلان، و حیدری، شعبان. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۵ پیاپی ۱۴): ۲۰-۳۴.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر نیمه تجربی با گروه آزمایش و گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، ۲۰۰ نفر از زنان چاقی بودند که برای درمان روانشناختی به یکی از مراکز روانشناختی مراجعه کرده بودند، ۵۰ نفر به شیوه هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۲۵ نفری آزمایشی و گواه قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) جمع‌آوری شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری رایت، براون، تاسی و باسکو (۲۰۱۷) قرار گرفت؛ سپس هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به وسیله پرسشنامه‌های تاب‌آوری و تنظیم هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های مکرر در نرم‌افزار SPSS-21 تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر درمان پردازش درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری ($F=4/37$ ، $P=0/19$) و تنظیم هیجان ($F=5/92$ ، $P=0/05$) در مرحله پس‌آزمون و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج به نظر می‌رسد که درمان گروهی شناختی رفتاری در افزایش تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان تأثیر دارند. بنابراین پیشنهاد می‌شود روان‌درمانگران در کنار دیگر اقدامات روانی و اجتماعی از این شیوه درمانی برای افزایش تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان چاق استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، تاب‌آوری، تنظیم هیجان، چاقی.

مقدمه

اضافه وزن و چاقی^۱ 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 معنی داری با سطح سلامت آن جامعه دارد (اسلام، سیدیکویی، سندپ، مادهو، ۲۰۱۸). پیش بینی می‌شود با وجود پیشرفت‌های فراوان در درمان بسیاری از بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی، چاقی اولین علت کاهش امید در ۱۰۰ سال آینده خواهد بود (سوالدی، نیومن، ترنتووسک، لاکنر، ۲۰۱۳). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اضافه وزن و چاقی به عنوان تجمع غیرطبیعی یا بیش اندازه چربی در بدن که سلامتی فرد را مختل می‌کند شناخته می‌شود. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، ۳۹ درصد بزرگسالان ۱۸ سال به بالا اضافه وزن داشتند و ۱۳ درصد چاق بودند. آمارها حاکی از رشد نرخ چاقی بوده بطوری که این رقم همچنان روند رو به رشدی را طی می‌کند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ به ۵۳۷ میلیون نفر افزایش یابد (گونستاد، لاهوسکی، وندل، فروسی و زوندرمن، ۲۰۱۰). در همین راستا یک مطالعه مقطعی که توسط آقاعلی نژاد و همکاران در چندین شهر بزرگ ایران انجام گردید، حاکی از آن بود که شیوع افزایش وزن در مردان ۴۹ درصد و در زنان ۵۳ درصد بود (آقا علی نژاد، قره خانلو، فرزاد، بیاتی، ۱۳۹۲). افزایش وزن بر روند زندگی روزانه فرد و احساس وی در مورد خود، تاثیرات مختلفی مانند عدم احساس خوشحالی و عدم رضایت از زندگی را به جا می‌گذارد (پاهل، پترسون، دی پیر، لودیک و هادلز، ۲۰۱۳). بنابراین زنان با افزایش وزن نه تنها با اثرات جسمی، بلکه با پیامدهای روانی و اجتماعی حاصل از افزایش وزن، نیز روبرو هستند. از سوی دیگر وجود این چالش‌ها در مراکز سلامت، مانع عمده ارائه خدمات به این افراد است و هم چنین مانع تلاش در جهت پیشگیری و تشخیص مشکلات سلامتی در آنان می‌شود که در صورت عدم دریافت مراقبت و حمایت‌های کافی در معرض آسیب‌های جانبی نیز قرار می‌گیرند (روند دانی و ساوی، ۲۰۱۴).

یکی از متغیرهای قابل توجه در چگونگی رویارویی با چالش‌های زندگی در افراد مبتلا به اضافه وزن، مفهوم تاب‌آوری^۲ است (حسین عباسی، مهرداد و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۹۷). تاب‌آوری به عنوان فرآیندی پویا و محافظتی باعث می‌شود که افراد با موقعیت‌های تنش‌زا در زندگی به طور مناسب روبرو شوند. به بیان دیگر، تاب‌آوری منجر می‌شود که فرد خود را با جهان پیرامون سازگار نماید و با دیگران با آرامش و صفا زندگی کرده و در جامعه جایگاه مناسب کسب نماید (والکر، ۲۰۲۰). در واقع توسعه تاب‌آوری، فرآیندی است که افراد را قادر می‌سازد تا رفتار دیگران را درک کرده، رفتار خود را کنترل نموده و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم نمایند (ستفانوسی، پوتنز و پاتریزاک، ۲۰۲۰). دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان شناختی خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روان شناختی هستند (لگیدو کوالی، متیوز گارسیا، کامپوز، گیا سانچز، مونتانر و مک کی، ۲۰۲۰). تاب‌آوری از طریق افزایش ظرفیت، مشارکت، بهبودی و سازگاری با حداقل آشفتگی و حفظ شایستگی منجر به سازگاری با تغییرات، به ویژه تغییرات رفتاری مربوط به سلامتی می‌شود (سازمان جهانی بهداشت^۳، ۲۰۲۰).

1. obesity

2. Resilience

3. World Health Organization

گرایش نسبت به خوردن توسط عوامل چندگانه ای نظیر عوامل روان شناختی و هیجانات مشخص می‌شود و متغیر تنظیم هیجان در شکل‌گیری و گسترش اختلالات خوردن از جمله چاقی نقش بسیار مهمی دارد (رینلت، پیتزمان، باثور و باثور، ۲۰۲۰). گراس تنظیم هیجان را این‌گونه تعریف کرده است فرایندی که در آن افراد بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه زمانی آن را تجربه کنند و چگونه آن را تجربه و بیان کنند تاثیر می‌گذارند (گراس، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان سازگارانه مستلزم آگاهی و تجربه هیجان‌ها، ارزیابی سالم و کارآمد از تجارب هیجانی و واکنش‌های رفتاری مناسب به هیجان‌ها است (پرسی، بسرا، رایبسنون، دندی و آلن، ۲۰۱۸). اگر شخصی از لحاظ هیجانی، ناهشیار باشد و در تنظیم و تعدیل عواطف و هیجان‌های خود به نحوی اشکال داشته باشد، در کنترل میزان خوردن غذا نیز دچار مشکل شده و عواملی از جمله تحریک‌پذیری شدید نسبت به غذا، تمایل به فریبه بودن و فرار از مشکلات، باعث پرخوری در او می‌شود (دبوف، وربکن، بولنز، ولکارت، مالدرن و میچل، ۲۰۲۰). در همین راستا، هادلی و همکاران در پژوهشی نشان دادند افرادی که نمی‌توانند خوردن خود را کنترل و مدیریت کنند و دارای اضافه وزن هستند، بیشتر از راهبردهای نامطلوب هیجانی استفاده می‌کنند (هادلی، هوک، بارکر، ویکام و بوگنر، ۲۰۲۰).

جهت بهبود تنظیم هیجانات و افزایش تاب‌آوری درمان‌های متعددی به کار گرفته شده است (یاسینسکی، هایس، رآدی، آبل، جورجی و کویکان، ۲۰۲۰؛ چنگ، کاسمنت، کالمیچ، کاستلن و دراک، ۲۰۲۱). اما یکی از درمان‌ها و مشاوره‌های رایج، درمان شناختی رفتاری است. رویکرد شناختی - رفتار تفریقی از دو رویکرد رفتار درمانی و شناخت درمانی است. این درمان، شامل شناخت منابع استرس، تغییر واکنش فرد به استرس، یافتن روش‌هایی برای کنترل استرس و خودکنترلی است. در این روش درمانی به بیماران آموزش داده می‌شود که افکار خودآیند منفی خود را یادداشت کنند و بعد تعیین کنند که چگونه این افکار منجر به احساسات ناخوشایند، علائم جسمی و رفتارهای ناسازگارانه می‌شوند. سپس بیماران می‌آموزند که صحت این افکار را به چالش بکشند و به صورت تجربی آن‌ها را بیازمایند و به دنبال آن، افکار و باورهای متعادل و سازگارانه‌تر را جایگزین آنها سازند (شاهکرم، لطفیان، مجاهد، فرهنگیان و مددجو، ۲۰۲۰). در بخش رفتاری که اصطلاحاً فعال‌سازی رفتاری نام دارد، سستی و رکود بیماران مورد هدف قرار می‌گیرد. بدین منظور بیماران به انجام فعالیت‌های لذت‌بخش که تقویت مثبت به دنبال دارند، تشویق می‌شوند (صدری دمیرچی و آقازاده اصل، ۱۳۹۶). در این بخش مهارت‌هایی نظیر مهارت حل مسأله به عنوان یک تکنیک رفتاری آموخته می‌شود. در واقع درمان شناختی رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی موجب کاهش خلق منفی و افسرده و متعاقب آن افزایش تاب‌آوری در افراد می‌شود (چنگ و همکاران، ۲۰۲۱). در همین راستا، چرمچی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی یک روش موفق برای کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری روانی در زنان یائسه است (چرمچی، عسگری، حافظی، مکاوندی و بختیارپور، ۱۳۹۵). همچنین چنگ و همکاران در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب‌آوری روانی در زنان مبتلا به بیماری کووید-۱۹ را نشان دادند (چنگ و همکاران، ۲۰۲۱).

از طرفی درمان شناختی رفتاری با ایجاد تغییرات قابل توجه در رفتار خوردن، پاکسازی، و نگرش‌های غیرطبیعی در مورد شکل بدن و وزن منجر به ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا و افزایش مهارت تنظیم هیجان در افراد می‌شود (طوافی، حاتمی، احدی، همتی و صرافی زاده، ۱۳۹۹). در همین راستا، طوافی و

همکاران در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر تنظیم هیجان در زنان چاق نشان دادند (طوافی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین شوستری و همکاران در پژوهشی به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری زنان مطلقه اشاره داشتند (شوستری و همکاران، ۱۳۹۵).

بنابراین، با توجه به درصد بالای افراد دارای اضافه وزن در ایران، آسیب پذیری زیاد آنان و تاثیر غیرقابل انکار سلامت آنان در سلامت جامعه و نسل‌های آینده، ضرورت دارد تا به طور جدی تری به پیامدهای روانشناختی نامطلوب این اختلال پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روانی بیماران به کار گرفته شود، لذا با استناد به یافته‌ها و ادبیات پژوهش و اهمیت بررسی علمی بیشتر، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل برای آزمون سؤال‌های زیر اجرا شد:

۱. آیا درمان گروهی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان چاق شهر آمل در مرحله پس آزمون مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

۲. آیا درمان گروهی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل در مرحله پس آزمون مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش، ۲۰۰ نفر از زنان چاقی بودند که برای درمان روانشناختی به یکی از مراکز روانشناختی مراجعه کرده بودند، ۵۰ نفر به شیوه هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۲۵ نفری آزمایشی و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن شاخص بدنی ۲۵ به بالا، داشتن حداقل مدرک سیکل، اعلام رضایت شخصی جهت مشارکت در مطالعه معیارهای خروج از پژوهش دو جلسه غیبت در جلسات، عدم تمایل به شرکت در مطالعه و داشتن مشکلات جسمی و روانی حاد بود. پس از توضیح در مورد مراحل تحقیق، مفاهیم مورد نیاز و پس از کسب رضایت آگاهانه از آنان، فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و نیز در مورد گمنام بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم شخصی به واحدهای مورد پژوهش در طول دوره مداخله، اطمینان کافی داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بودند از:

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱. پرسشنامه تاب‌آوری را کانر و دیویدسون در ۲۰۰۳، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱، تهیه کردند. این پرسشنامه یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره وی ۱۰۰ است و میانگین نمره ۵۰ است. نمره کمتر از ۵۰ نشانه تاب‌آوری کمتر و نمره بیشتر از ۵۰ نشانه تاب‌آوری بیشتر است. برای محاسبه روایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۰/۸۹ بود و پایایی آن به شیوه تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ بوده است (کانر، دیویدسون، ۲۰۰۳). روایی این

1. Connor & Davison Resilience Questionnaire

پرسشنامه، توسط کیهانی و همکاران به‌روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی اسپیرمن-برون به ترتیب، ۰/۶۶۹ و ۰/۶۶۵ به‌دست آمد (کیهانی، تقوایی، رجبی، امیرپور، ۲۰۱۵).

۲. پرسشنامه تنظیم هیجان- فرم کوتاه^۱. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۶ به وسیله گارنفسکی و کرایچ تهیه شد و دارای ۳۶ ماده می‌باشد که ۹ راهبرد شناختی شامل: ملامت خویشتن، پذیرش، نشخوارگی، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است، به این صورت که نمره (۱) به معنای آن است که فرد کاملاً با جمله مخالف، و نمره (۵) به معنای آن است که فرد با آن جمله، کاملاً موافق است. پایایی و روایی آن توسط روش بازآزمایی‌آزمون نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای شناختی از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی عالی مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تأیید شده است (گارنفسکی، کرایچ، ۲۰۰۶). در ایران نیز نتایج مطالعه حسنی نشان داد که ۹ زیرمقیاس نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی، همسانی درونی خوبی داشتند. دامنه آلفای کرونباخ از ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود (حسنی، ۱۳۹۰).

۳. پروتکل درمان گروهی شناختی رفتاری. درمان شناختی - رفتاری براساس پروتکل درمان شناختی - رفتاری رایت، براون، تاسی و باسکو^۲ (۲۰۱۷) و آموزش‌های رفتاری برای تغییر نگرش فرد به غذا و سبک خوردن در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (به صورت هفتگی) تنظیم گردید.

جلسه اول. انجام پیش‌آزمون، آشنایی شرکت‌کنندگان با هم و با درمانگر و ایجاد رابطه درمانی مؤثر با همه، آشنایی با گروه و قوانین گروه، آشنایی با مبانی درمان گروهی شناختی رفتاری، گوش دادن به شرکت‌کنندگان برای بیان خویشتن.

جلسه دوم. در این جلسه پس از ایجاد تفاهم درمانبخش به شناسایی عوامل مؤثر بر زندگی سالم، زندگی در حال و پذیرش شرایط زندگی؛ نقش باورها در پیامدهای احساسی و رفتاری، آموزش جدول سه ستونی (افکار، احساسات و رفتارها) پرداخته شد. در ادامه مدل CBT با تمرکز بر رابطه بین رفتارهای خوردن و الگوهای شناختی و رفتاری که بر تنظیمات وزن بدن و چاقی تأثیر می‌گذارد، ارائه شد.

جلسه سوم. در این جلسات معنای رویداد آسیب‌زای آزمودنی‌ها، شناسایی و مواجهه‌سازی نوشتاری بر اساس توصیف حادثه‌ی آزمودنی‌ها انجام شد و از روش ABC در شناسایی ارتباط بین افکار و احساسات آزمودنی‌ها استفاده گردید. در ادامه توضیحاتی در باره شناخت و رفتارهای ناکارآمد غذا خوردن ارائه شد. **جلسه چهارم.** در این جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد، تنش‌زدایی از طریق آموزش آرمیدگی به روش آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده عضلانی را یاد بگیرند در ادامه با استفاده از تکنیک آگاهی‌آموزی، تکنیک تمثیل حوزه‌های نگرانی در مورد وزن و بدن شناسائی شدند.

جلسه پنجم. در این جلسه پس از مرور جلسات قبل و آموزش روش مبارزه با افکار منفی از طریق ردیابی منبع افکار، چالش کشیدن افکار منفی و توقف آن‌ها انجام شد. در ادامه با استفاده از تکنیک وکیل مدافع به چالش با باورهای پنجگانه بیماران اختلال خوردن پرداخته شد. در نهایت، معیارهای افراد برای ارزیابی ادراک خود در مورد شناخت بهبود در تشخیص ناکارآمد و رفتارهای خوردن پرسیده شد.

1. cognitive emotional regulation questionnaire (CERQ-Short)

2. Wright, Brown, Thase, Basco

جلسه ششم. در این جلسه به تحلیل رابطه بین رویدادهای ناگوار، باورها و تغییرات خلقی ناشی از آنها پرداخته شد. سپس روش‌های مقابله با "محرک‌های" موقعیتی که ممکن است منجر به الگوهای رفتاری شناختی و رفتارهای نامناسب خوردن شود، در دستور کار قرار گرفت.

جلسه هفتم. در این جلسه، ضمن مرور جلسات قبل و اصلاح اسنادی و سبک‌های تبیین بدبینانه به سبک‌های تبیین خوش بینانه و تقویت تغییرات مثبت در رفتارهای خوردن با استفاده از تکنیک‌های سناریوسازی به مسئله اجتناب شناختی پرداخته شد و در ادامه منطق زیربنایی اجتناب و خنثی‌سازی آموزش داده شد. جلسه هشتم. در این جلسه راهبردهای مربوط به کاهش نگرانی در مورد وزن و بدن به افراد ارائه شد. سپس با استفاده از تکنیک مناظره با خود (شواهد تفسیر خود، تفسیرهای دیگر و بررسی سودمندی باورها)، برنامه ریزی آینده انجام گرفت.

جلسه نهم. در این جلسه پس از مرور جلسات قبل و آشنایی با فنون پذیرش خود، خود باوری، تمرکز بر توانمندی‌ها و محدود تلقی کردن ناتوانی‌ها، آزمودنی‌ها نحوه بکارگیری راهبردهای آموزش داده شده در زندگی نشان داده شد.

جلسه دهم. در این جلسه راهبردهای که بیمار در طی درمان یاد گرفته با کمک درمانگر مرور گردید. مرور نگهداری عادات ایجاد شده انجام شد. در انتها به عنوان حسن ختام، پس از آزمون اجرا گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۳۲/۴۳ (۴/۵۲) و میانگین و انحراف معیار گروه گواه ۳۱/۵۶ (۴/۴۲) بود. شرکت کنندگان گروه آزمایش ۲۴ درصد (۶ نفر) مجرد، ۷۶ درصد (۱۹ نفر) متاهل و شرکت کنندگان گروه گواه ۲۸ درصد (۷ نفر) مجرد و ۷۲ درصد (۱۸ نفر) متاهل بودند. همچنین؛ شرکت کنندگان گروه آزمایش ۶۴ درصد (۱۶ نفر) دارای مدرک دیپلم، ۱۲ درصد (۳ نفر) دارای مدرک فوق دیپلم و ۲۴ درصد (۶ نفر) دارای مدرک لیسانس و شرکت کنندگان گروه گواه ۵۶ درصد (۱۴ نفر) دارای مدرک دیپلم، ۱۶ درصد (۴ نفر) دارای مدرک فوق دیپلم و ۲۸ درصد (۷ نفر) دارای مدرک لیسانس بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

متغیر	مرحله آزمون	گروه CBT		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	پیش آزمون	۶۵/۹۶	۴/۷۲	۶۵/۸	۴/۶۴
	پس آزمون	۷۲/۸	۴/۵۷	۶۷/۷۶	۴/۶۹
	پیگیری	۷۳/۶	۴/۳۷	۶۷/۸۸	۴/۷۴
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۳۴/۱۶	۷/۱۶	۳۴/۲۱	۶/۳۱
	پس آزمون	۲۶/۱۶	۷/۹۴	۳۳/۲۴	۶/۵۷
	پیگیری	۲۵/۸	۷/۹۷	۳۱/۰۸	۶/۱۲

اطلاعات جدول ۱ حاکی از افزایش نمره تاب آوری و تنظیم هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	کولموگراف -	آزمون لوین	موخلی
-------	------	-------------	------------	-------

		اسمیرنف						
		W	%	F	Z			
		سطح معناداری	سطح معناداری	سطح معناداری	سطح معناداری			
تاب آوری	آزمایش	۰/۹۱	۲/۲۴	۱/۱۵	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۴	
	گواه	۰/۲۴	۰/۴۱۲	۰/۱۷	۰/۲۵	۰/۹۳	۰/۹۳	
تنظیم هیجان	آزمایش	۰/۸۷	۱/۸۶	۳/۰۳	۰/۸۵	۰/۸۵	۰/۸۵	
	گواه	۰/۱۵	۰/۱۲۲	۰/۲۴	۰/۲۲	۰/۹۱	۰/۹۱	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (تاب آوری و تنظیم هیجان) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرها تب آوری و تنظیم هیجان برقرار است و پیشفرض کرویت در این متغیر رعایت شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

متغیر	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تاب آوری	مراحل مداخله	۱۲۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰۰
	مراحل × گروه	۳۴/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰۰
	گروه	۴/۳۷	۰/۰۱۹	۰/۱۷	۰/۷۲۵
تنظیم هیجان	مراحل مداخله	۴۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰۰
	مراحل × گروه	۱۶/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰۰
	گروه	۵/۹۲	۰/۰۰۵	۰/۲۲	۰/۸۵۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره تاب آوری ($P=0/019$) با اندازه اثر $0/17$ و تنظیم هیجان ($P=0/005$) با اندازه اثر $0/22$ موثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش آزمون-پیگیری			پس آزمون-پیگیری		
	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح
تاب آوری	۳/۲۵	۰/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۰/۳۸	۰/۰۹
تنظیم هیجان	۳/۵۶	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۳۲	۰/۱

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات تاب آوری ($P=0/001$) و تنظیم هیجان ($P=0/001$) پیش آزمون با پیگیری معنادار است که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل بود. یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش تاب‌آوری زنان چاق شهر آمل بود. این یافته‌های با یافته پژوهش‌های چرمچی و همکاران (۱۳۹۵)؛ بیگی و

همکاران (۱۳۹۷) و چنگ و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر متغیر تاب‌آوری، می‌توان بیان داشت که در مداخلات شناختی رفتاری، بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره علت بروز مشکلات تأکید کرده و به مراجعان کمک می‌شود که مهارت‌هایی را یاد بگیرند که آن‌ها را قادر سازد تا مشکلات‌شان را حل کنند و مهارت‌هایی مانند عشق، مهربانی، تعلق، اعتماد، وفاداری، امنیت و لذت را فراگیرند. علاوه بر این، باید گفت که درمان شناختی رفتاری، رویکردی کوتاه مدت و متمرکز برای کمک به افراد با مشکلات متفاوت است (بیگی و همکاران، ۱۳۹۷). فرض بنیادی درمان شناختی رفتاری این است که فرآیندهای یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم درگیری‌های اجتماعی یا خانگی و در رویارویی با خشونت‌ها ایفا می‌کنند. لذا، از همین اصول می‌توان برای کمک به افراد در افزایش تاب‌آوری آن‌ها استفاده کرد. به بیان ساده‌تر، درمان شناختی رفتاری در شناسایی، اجتناب و مقابله به افراد کمک می‌کند. یعنی در شناسایی موقعیت‌هایی که احتمال درگیری و خشونت در آن‌ها زیاد است و پرهیز از این موقعیت‌ها در زمان مناسب و مقابله مؤثر با مسایل و رفتارهای مشکل‌آفرین است. درمان شناختی رفتاری ویژگی‌هایی دارد که آن را به درمانی مناسب برای بالا بردن سطح توانمندی در برابر مشکلات مبدل می‌نماید (چرمچی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین، درمان به شیوه گروهی با تقویت عواملی چون به هم پیوستگی گروهی و احساس عمومیت مشکل، نوعی شبکه ارتباطی را قوی می‌کند که فرد با همراه شدن در آن، امید، نوع دوستی و آرامش را در ارتباط متقابل تجربه می‌کند. در حقیقت روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند درمان می‌شود (چنگ و همکاران، ۲۰۲۱). از آنجائی که تاب‌آوری روانی به سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار اطلاق می‌شود و مفهومی شناختی است که قابل آموزش استکلیه روش‌های موجود در درمان شناختی رفتاری به نوعی مستقیم و یا غیرمستقیم بر این سازه شخصیتی تأثیرگذار است. در این درمان با تقویت روابط اجتماعی و بازبانی عوامل حمایت اجتماعی، تاب‌آوری زنان افزایش می‌یابد. چون بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری، تاب‌آوری با سلامت روان همبستگی معنی داری وجود دارد (بیگی و همکاران، ۱۳۹۷).

همچنین، یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل بود. این یافته‌های با یافته پژوهش‌های طوافی و همکاران (۱۳۹۹)؛ شبیبانی و همکاران (۱۳۹۶)؛ شوشتری و همکاران (۱۳۹۵) و بومیا و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجان توسط افراد چاق، از قبیل نشخوار فکری در مورد بیماری اضافه وزن و فاجعه‌سازی از مشکلشان، نه تنها نگرانی، خشم و اضطراب را در آنها به وجود می‌آورد بلکه باعث استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان می‌شود و این افراد را همواره در رسیدن به اهدافشان در محیط با ناکامی مواجه می‌سازد که این خود می‌تواند تشدید بیماری و به خطر انداختن سلامت روانی آنها را در پی داشته باشد. (رینلت و همکاران، ۲۰۲۰) درمان شناختی - رفتاری باعث بهبود راهبردهای سازگارانه و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در افراد چاق می‌شود و به آن‌ها برای کاهش سرزنش خود و مقصر دانستن دیگران در ابتلا به چاقی کمک شایانی می‌کند. این درمان می‌تواند با آگاهی دادن و کمک به بازسازی شناختی، کنترل هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات منفی کند (یاسینسکی و همکاران، ۲۰۲۰). هیجانات مثبت منابع روان شناختی مهمی هستند که به

افراد کمک می‌کنند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده کنند و با تضمین سلامت جسمانی و روانی خود، بتوانند با حوادث استرس‌زای زندگی بهتر مقابله کنند. از آنجا که بین افکار، احساسات و رفتار افراد چاق ارتباط وجود دارد و افکار منفی باعث برانگیختگی هیجانی و اختلال در عملکردهای آن‌ها می‌شود، این افراد با یادگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان می‌آموزند تا با مشکلشان مواجه شوند، قضاوت خود را در مورد بیماریشان مورد ارزیابی مجدد قرار دهند، به جای سرکوب هیجانات خود خطاهای شناختی را بیاموزند، به صورت هشیارانه احساسات و افکار خود را بپذیرند و با جایگزین کردن افکار و موضوعات لذت بخش به جای تفکر درباره‌ی این رویداد منفی زندگیشان، تحمل بیشتری جهت مقابله با بیماری خود و عوارض ناشی از آن داشته باشند (طوافی و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به ماهیت پژوهش‌های میدانی این مقاله از این قاعده مستثنا نبوده و دارای محدودیت‌های زیر بود: جنسیت از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که محقق سعی نمود با تخصیص تصادفی نمونه آماری در هر دو گروه کنترل و آزمایش این محدودیت را به حداقل برساند. استفاده صرف از ابزار پرسشنامه از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر بود اما به علت زمان بر بودن و نبود امکانات کافی و همچنین عدم راغب بودن بسیاری از آزمودنیها جهت استفاده از ابزارهایی مانند مصاحبه، صرفاً از ابزار پرسشنامه استفاده گردید، لذا به سایر محققان پیشنهاد می‌گردد به منظور بالابردن غنای اطلاعات از سایر ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کنند. با توجه به اثربخش بودن اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان چاق، پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد می‌شود، روانشناسان، درمانگران و مشاوران تغذیه پس از طی نمودن دوره‌های آموزشی لازم، درمان شناختی رفتاری را به عنوان یکی از درمان‌های موثر در کنترل رژیم غذایی و کاهش مشکلات روان شناختی ناشی از چاقی بکار گیرند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله درمان پردازش شناختی قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است و همه نویسندگان نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

این پژوهش بین نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

آقاعلی نژاد، حمید، قراخانلو، رضا، فرزاد، بابک، و بیاتی، مهدی. (۱۳۹۲). هنجارهای اندازه‌های پیکری، ترکیب بدنی و شیوع اضافه وزن و چاقی در جمعیت‌های شهری ایران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۵(۶): ۱۸-۲۷.

بیگی، علی، نجفی، محمود، محمدی‌فر، محمدعلی، و عبداللهی، عباس. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان دارای علایم افسردگی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۱): ۴۷-۵۳.

چرمچی، نسترن، عسگری، پرویز، حافظی، فریبا، مکوندی، بهنام، و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۵). اثر "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۵(۵)، ۱۵-۲۲.

حسینی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴)، ۲۲۹-۲۴۰.

حسین عباسی، ناهید، مهرداد، ندا، نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، و آقامیری، مریم. (۱۳۹۷). تجربه زیسته تاب‌آوری در زنان با افزایش وزن. *پژوهش پرستاری*، ۱۳(۳)، ۱۱-۱۸.

شوشتری، آزاده، رضایی، علی‌محمد، و طاهری، الهام. (۱۳۹۵). اثر بخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر تنظیم هیجانی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۶)، ۳۲۱-۳۲۸. شیبانی، حسین، میکائیلی، نیلوفر، و نریمانی، محمد. (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر استرس، اضطراب، افسردگی و تحریک پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بد تنظیمی خلق مخرب. *روان پرستاری*، ۵(۶)، ۳۷-۴۴.

صدری دمیرچی، اسماعیل، و آقازاده اصل، مهناز. (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان رفتاری- شناختی به شیوه گروهی بر مولفه‌های خود کنترلی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *ارمغان دانش*، ۲۲(۶)، ۷۹۲-۸۰۳.

طوافی، مارال، حاتمی، محمد، احدی، حسن، و صرافی زاده، سارا. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی- رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۵(۵۵)، ۲۷-۳۶.

کیهانی، مهناز، تقوایی، داود، رجبی، ابوالفضل، و امیرپور، برزو. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانتر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱۰)، ۸۵۷-۸۶۵.

References

- Aslam, M., Siddiqui, A., Sandeep, G., Madhu, S. (2018). High prevalence of obesity among nursing personnel working in tertiary care hospital. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 12(3), 313-6.
- Bomyea, J., Ball, T.M., Simmons, A.N., Campbell-Sills, L., Paulus, M.P., Stein, M.B. (2020). Change in neural response during emotion regulation is associated with symptom reduction in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *J Affect Disord*, 15, 207-214.
- Cheng, P., Casement, M.D., Kalmbach, D.A., Castelan, A.C., Drake, C.L. (2021). Digital cognitive behavioral therapy for insomnia promotes later health resilience during the coronavirus disease 19 (COVID-19) pandemic. *Sleep*, 44(4), zsa258.

- Connor, K.M., Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2),76-82.
- Debeuf, T., Verbeken, S., Boelens, E., Volkaert, B., Van Malderen, E., Michels, N., et al.(2020). Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1),153-161.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6),1045-53.
- Gross, J.J.(2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1),130-7.
- Gunstad, J., Lhotsky, A., Wendell, C.R., Ferrucci, L., Zonderman, A.B.(2010). Longitudinal examination of obesity and cognitive function: results from the Baltimore longitudinal study of aging. *Neuroepidemiology*, 34(4),222-9.
- Hadley, W., Houck, C., Barker, D., Wickham, B., Bogner, J., Jelalian, E. (2020). Preliminary Impact of an Adapted Emotion Regulation Intervention for Adolescents with Overweight and Obesity Attempting to Lose Weight. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 41(9),706-15.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J.T., Campos, V.R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., McKee, M. (2020) The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The lancet public health*, 5(5), e251-e2.
- Organization, W. H.(2020). Achieving quality health services for all, through better water, sanitation and hygiene: lessons from three African countries.
- Preece, D.A., Becerra, R., Robinson, K., Dandy, J., Allan, A. (2018). Measuring emotion regulation ability across negative and positive emotions: The Perth Emotion Regulation Competency Inventory (PERCI). *Personality and Individual Differences*, 135, 229-41.
- Puhl, R.M., Peterson, J.L., DePierre, J.A., Luedicke, J. (2013) Headless, hungry, and unhealthy: a video content analysis of obese persons portrayed in online news. *Journal of health communication*, 18(6),686-702.
- Reinelt, T., Petermann, F., Bauer, F., Bauer, C.P. (2020). Emotion regulation strategies predict weight loss during an inpatient obesity treatment for adolescents. *Obesity Science & Practice*, 6(3),293-9.
- Runde Daniei F, Savoy Conor M.(2014). Resilience: A Critical framework for development: Center for Strategic& International Studies (CSIS); [cited 2018].
- Shahkaram, H., Lotfinia, S., Mojahed, A., Farhangian, E., Madadjoo, Y. (2020). The rational emotive behavioral group therapy for depression and anger of patients with multiple sclerosis. *SN Comprehensive Clinical Medicine*. 2,770-4.
- Stefanovics, E.A., Potenza, M.N., Pietrzak, R.H.(2020). Smoking, obesity, and their co-occurrence in the US military veterans: results from the national health and resilience in veterans study. *Journal of Affective Disorders*, 274, 354-62.
- Svaldi, J., Naumann, E., Trentowska, M., Lackner, H.K., Tuschen-Caffier. B. (2013). Emotion regulation and its influence on body-related distress in overweight women. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 529-45.
- Walker, B. (2020). Resilience: what it is and is not. *Ecology and Society*, 25(2).
- Wright, J.H., Brown, G.K., Thase, M.E., Basco, M.R.(2017). Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide: American Psychiatric Pub.
- Yasinski, C., Hayes, A.M., Ready, C.B., Abel, A., Görg, N., Kuyken, W. (2020). Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression:

psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. *Psychotherapy Research*, 30(8), 983-97.

تاب‌آوری

لطفاً مشخص کنید که عبارات زیر چقدر در مورد شما صدق می‌کند. اگر موردی هنوز برایتان رخ نداده است، پاسخ خود را طبق اینکه چه احساسی می‌داشتید اگر آن اتفاق می‌افتاد، بیان کنید.

ردیف	گویه	۰	۱	۲	۳	۴ همیشه
		کاملاً نادرست	به ندرت درست	گاهی درست	اغلب درست	درست
۱	وقتی تغییری رخ می‌دهد، می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.					
۲	حداقل یک نفر هست که رابطه نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک کند.					
۳	وقتی که راه‌حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا یا تقدیر می‌تواند کمک کند.					
۴	می‌توانم برای هر چیزی که سرراهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیابم.					
۵	موفقیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش رو برخورد کنم.					
۶	وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده‌دار آنها را ببینم.					
۷	لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.					
۸	معمولاً پس از بیماری، صدمه و سایر سختی‌ها به حال اولم باز می‌گردم.					
۹	معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بدی مصلحتی هست.					
۱۰	در هر کاری بیشترین تلاشم را می‌کنم، و به نتیجه هم کاری ندارم.					
۱۱	معتقدم که علیرغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم دست یابم.					
۱۲	حتی وقتی که امور ناامید کننده می‌شوند، مأیوس نمی‌شوم.					
۱۳	در لحظات استرس و بحران، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.					
۱۴	وقتی که تحت فشار هستم تمرکز را از دست نمی‌دهم و درست فکر می‌کنم.					
۱۵	ترجیح می‌دهم که خودم مشکلاتم را حل کنم تا اینکه دیگران تمامی تصمیمها را بگیرند.					
۱۶	اگر شکست بخورم به راحتی دل‌سرد نمی‌شوم.					
۱۷	وقتی با چالش‌ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می‌کنم، خود را فردی توانا می‌دانم.					
۱۸	در صورت لزوم می‌توانم تصمیمهای دشوار و غیرمنتظره‌ای بگیرم که دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.					
۱۹	می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل					

کنم.	
۲۰	در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می‌شود که صرفاً بر اساس حدس و گمان عمل کنی.
۲۱	در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.
۲۲	حس می‌کنم بر زندگی‌م کنترل دارم.
۲۳	چالشهای زندگی را دوست دارم.
۲۴	بدون در نظر گرفتن موانع پیش رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.
۲۵	بخاطر پیشرفت‌هایی که به خودم می‌بالم.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گرانفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶)

عبارت	هرگز	به ندرت	برخی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۱- احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم مقصوم.					
۲- فکر می‌کنم مجبورم آنچه که اتفاق افتاده است را بپذیرم.					
۳- به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته‌ام فکر می‌کنم.					
۴- به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.					
۵- به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم.					
۶- به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.					
۷- به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.					
۸- به این فکر می‌کنم که اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.					
۹- احساس می‌کنم دیگران مقصوم این اتفاق هستند.					
۱۰- حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم هستم.					
۱۱- فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش آمده را بپذیرم.					
۱۲- افکار و احساساتی که در جریان تجربه ناگواریم داشته‌ام مرا به خود مشغول می‌کند.					
۱۳- به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن، به آن‌ها نپرداخته‌ام.					
۱۴- به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش آمده به بهترین نحو کنار بیایم.					
۱۵- به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم.					
۱۶- به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده‌اند.					
۱۷- مرتب به میزان فاجعه آمیز بودن تجربه‌ای که داشته‌ام فکر می‌کنم.					
۱۸- احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.					
۱۹- به اشتباهاتی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.					
۲۰- فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.					
۲۱- تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته‌ام بفهمم.					

- ۲۲- در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای مطبوع فکر می‌کنم.
- ۲۳- به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.
- ۲۴- به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.
- ۲۵- به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاقات دیگر خیلی هم بد نبوده است.
- ۲۶- فکر می‌کنم اتفاقی که برایم رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.
- ۲۷- به اشتباهات دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم.
- ۲۸- فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاقات ناگوار و شرایط استرس‌زا خودم هستم.
- ۲۹- فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.
- ۳۰- گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.
- ۳۱- به تجارب خوب فکر می‌کنم.
- ۳۲- به نقشه‌ای برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.
- ۳۳- به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.
- ۳۴- به خودم می‌گویم در زندگی اتفاقات ناگوار وجود دارد که باید با آن روبرو شد.
- ۳۵- مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش آمده فکر می‌کنم.
- ۳۶- حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.

Effectiveness of Group Cognitive Behavioral therapy on Resilience and Emotion Regulation in Obese Women of Amol City

Fereshteh. Khatibi¹, Arsalan. Khanmohammadi Otaghsara^{*2}, & Shaban. Heydari³

Abstract

Aim: This study aimed to determine the effectiveness of cognitive behavioral group therapy on resilience and emotion regulation in obese women of Amol City. **Methods:** The present study was quasi-experimental with experimental and control groups and pretest-posttest design with one-month follow-up. The statistical population of the study was 200 obese women who had referred to one of the psychological centers for psychological treatment. 50 people were purposefully selected as a sample and randomly assigned to two groups of 25 experimental and control. Data were collected using the Connor & Davison (2003) Resilience Questionnaire and the Garnefski & Kraaij (2006) Emotion Regulation Questionnaire. The experimental group underwent 10 sessions of 90-minute cognitive-behavioral therapy by Wright, Brown, Thase, Basco(2017). Then both groups were evaluated in three stages of pre-test, post-test, and follow-up by Resilience and Emotion Regulation questionnaires. Data were analyzed using repeated measures mixed variance analysis in SPSS-21 software. **Results:** The results showed the effect of cognitive-behavioral therapy on the Resilience ($P=4.37$, $F = 0.019$), emotion regulation ($P=0.005$, $F = 5.92$) in the post-test stage and the stability of this effect was in the follow-up stage. **Conclusions:** Based on the results, it seems that cognitive-behavioral group therapy is effective in increasing resilience and emotion regulation in women. Therefore, it is recommended that psychotherapists, along with other psychological and social Actions, use this treatment to increase resilience and emotion regulation of obese women.

Keywords: *Cognitive Behavioral Therapy, Resilience, Emotion Regulation, obesity*

1.***Corresponding author:** PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: fereshtekhhatibi686@gmail.com

2. Assistant Professor of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

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