

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Cultural Adaptation of Acceptance and Commitment Therapy Matrix Protocol for Health Behaviors in the Iranian Population with Obesity

Saman Nonahal¹, Shahram Mohammadkhani², Jafar Hasani^{2*}, Mehdi Akbari³

¹ Ph.D. in Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran .

² Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.

³ Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran .

Correspondence

Jafar Hasani

Email: hasanimehr57@khu.ac.ir

How to cite

Nonahal, S., Mohammadkhani, SH., Hasani, J & Akbari, M. (2024). The Cultural Adaptation of Acceptance and Commitment Therapy Matrix Protocol for Health Behaviors in the Iranian Population with Obesity. Quarterly Journal Of Health Psychology, 13(1). 21-42.

ABSTRACT

Objective: Given cultural differences, therapies that prove effective in one context may not be equally effective in others. Therefore, our study aimed to culturally adapt the acceptance and commitment therapy matrix protocol for health behaviors (eating and exercise) in the Iranian population with obesity. **Method:** The cultural adaptation study was conducted in five stages: Protocol Translation, Information Gathering, Preliminary Adaptation, Preliminary Test, and Final Adaptation. In stage 2, three professionals specializing in third-wave behavior therapy, one nutritionist, and one bodybuilding coach participated. In stage 4, five individuals with obesity were involved, and, in stage 5, seven professionals in third-wave behavior therapy participated. Data were analyzed quantitatively (mean and content validity index) and qualitatively. **Results:** A protocol consisting of 12 sessions was developed, assigning two sessions to each of the six steps of the acceptance and commitment therapy matrix. The adapted protocol differed from the original protocol in terms of metaphors, exercises, and materials. We added three metaphors: The Compass, the Noticing Muscle, and the Monsters on the Bus. Additionally, Matrix cards were introduced, including Goals & Directions, The Magic Wand, Who Is Important, Important, Stuff That Shows Up, Behavior, Toward Moves, Toward & Away, Surfing The Waves, Am I Important, Choosing My Life, Psychological Flexibility, Noticing Muscle, Practice, Stuck Loops, Monster Tug-Of-War, Don't Think of It, Don't Feel It, The 2 Rules, Dead Person's Goals, Hooks, Catch & Release, Verbal Aikido, U-Turn, Monsters on the Bus, Two Friends, Texting My Future Self. We also

included four worksheets: The Compass, Who or What Is Important, Two Friends, and Texting My Future Self. Excluded items were The Hooky Words Game and Sorting Five-Senses and Inner Experience. The Monster Tug-Of-War metaphor was used instead of the Man in The Hole metaphor; for an experiential exploration of controlling thoughts, the term “pink elephant” was used instead of “purple unicorn;” the new version of the Verbal Aikido Worksheet was used instead of the existing one; and the Two Friend metaphor was replaced with the Mother Cat Exercise. Furthermore, a short video about physical aikido was added, and the perspective-taking dialogue shifted from verbal format to writing format. The content validity index for each session in the adapted protocol, as well as for the entire adapted protocol, was excellent. **Conclusion:** The study provides valuable insights into the use of the acceptance and commitment therapy matrix in the Iranian population with obesity. It underscores the importance of considering cultural nuances during intervention design.

KEY WORDS

Acceptance and Commitment Therapy, Cultural Adaptation, Health Behavior, Obesity.

نشریه علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

انطباق فرهنگی پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی برای رفتارهای مرتبط با سلامت در جمعیت ایرانی مبتلا به چاقی*

سامان نونهال^۱، شهرام محمدخانی^۲، جعفر حسنی^۳، مهدی اکبری^۴

چکیده

مقدمه: تفاوت‌های فرهنگی ممکن است سبب شود درمان معینی که نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی آن در بافتار خاصی است در بافتار دیگری مؤثر واقع نشود. هدف پژوهش حاضر انطباق فرهنگی پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی برای رفتارهای مرتبط با سلامت (سالم‌خوردن و ورزش کردن) در جمعیت ایرانی مبتلا به چاقی بود.

روش: پژوهش در پنج مرحله انجام شد: ترجمه پروتکل، گردآوری اطلاعات، انطباق مقدماتی پروتکل، آزمایش مقدماتی، و انطباق نهایی پروتکل. در مرحله ۲، سه متخصص موج سوم رفتاردرمانی، یک متخصص تغذیه، و یک مربی بدن‌سازی، در مرحله ۴، پنج مبتلا به چاقی، و در مرحله ۵، هفت متخصص موج سوم رفتاردرمانی شرکت کردند. داده‌ها به‌صورت کمی (میانگین و شاخص روایی محتوایی) و کیفی تحلیل شد.

یافته‌ها: پروتکلی مشکل از ۱۲ جلسه آماده شد، که به هریک از شش گام ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی دو جلسه اختصاص یافت. تغییراتی در محتوای ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی از نظر استعاره‌ها، تمرین‌ها، و ابزارها صورت گرفت. نتایج شاخص روایی محتوایی حاکی از روایی محتوایی عالی تک‌تک جلسات و کل پروتکل بود.

نتیجه‌گیری: برای آنکه بتوان از پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی استفاده مؤثری در جمعیت ایرانی مبتلا به چاقی کرد، انطباق فرهنگی ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی

انطباق فرهنگی، چاقی، درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی، رفتار مرتبط با سلامت.

^۱ دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

^۲ استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

^۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:

جعفر حسنی

ایانامه: hasanimehr57@khu.ac.ir

استناد به این مقاله:

نونهال، سامان، محمدخانی، شهرام، حسنی، جعفر و اکبری، مهدی (۱۴۰۳). انطباق فرهنگی پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی برای رفتارهای مرتبط با سلامت در جمعیت ایرانی مبتلا به چاقی. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۳(۱)، ۴۲-۲۱.

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

اصطلاح «رفتار مرتبط با سلامت»^۱ به رفتاری اطلاق می‌شود که ممکن است بر سلامت جسمی اثر بگذارد یا شخص معتقد است که ممکن است سلامت جسمی او را تحت تأثیر قرار دهد (سادن، ۲۰۰۴). رفتارهای مرتبط با سلامت بر دو قسمند: رفتارهای سالم^۲ یا سلامت‌افزا^۳ (مانند خوردن غذاهای سالم، ورزش کردن منظم، و بستن کمربند ایمنی) و رفتارهای ناسالم^۴ یا سلامت‌کاه^۵ (مانند کشیدن سیگار، مصرف کردن مشروبات الکلی، و خوردن غذاهای پرچرب) (استروب، ۲۰۱۴). چاقی^۶ از جمله مسائل جسمی جدی است که رفتارهای مرتبط با سلامت نقش اساسی در شکل‌گیری و تداوم آن دارند (اگدن، ۲۰۱۲).

چاقی محصول نامتوازنی انرژی دریافتی و مصرفی است — یعنی، انرژی دریافتی بیشتر از انرژی مصرفی است — اما فرض بر این است که این نامتوازنی چندوجهی و حاصل عوامل ژنتیکی، هورمونی، رفتاری، و اجتماعی-اقتصادی است. در وجه رفتاری، تمرکز نظریه‌ها بر رفتار خوردن^۷ و رفتار ورزش کردن^۸ و توسعاً فعالیت بدنی^۹ است. بر همین اساس، تاکنون برنامه‌های آموزشی و درمانی مختلفی برای چاقی تدوین شدند که آماج مداخله آنها این دو نوع رفتارند (اگدن، ۲۰۱۲). با توجه به نقش تعیین‌کننده عوامل روانی در رفتار سالم‌خوردن و ورزش کردن (استروب، ۲۰۱۴)، مداخلات روانی مختلفی برای افزایش و تداوم این رفتارها، در مبتلایان به چاقی، تدوین شده است، که می‌توان آنها را در دو دسته عمده قرار داد. در دسته اول، تمرکز بر تغییرات مبتنی بر سبک زندگی^{۱۰} است و به تغییرات مرتبط با عادات‌های غذایی و ورزشی (مانند محاسبه کالری، هدف‌گزینی^{۱۱}، و مسأله‌گشایی) پرداخته می‌شود. در دسته دوم، تمرکز بر سلامت جسمانی، بهزیستی، افکار، هیجانات، و هرگونه تغییر رفتار است (لیلیس و لی-بگلی، ۲۰۲۳).

درمان‌های رفتاری کاهش وزن^{۱۲} (BWL)، که در دسته اول جای می‌گیرند، درمان معیار به شمار می‌روند (فرمن، باترن،

مناسا، و بردلی، ۲۰۱۵). این درمان‌ها چهار مؤلفه اصلی دارند: (۱) هدف‌گزینی، (۲) خودپایی^{۱۳}، (۳) کنترل محرک^{۱۴}، و (۴) مداخلات شناختی^{۱۵} (لیلیس و کندرا، ۲۰۱۴). درمان‌های رفتاری کاهش وزن در کوتاه‌مدت نسبتاً اثربخش‌اند و به‌طور متوسط کمک می‌کنند که درمانجویان ۷ الی ۱۰ درصد از وزن خود را کم کنند و، بدین طریق، خطر ابتلا به بیماری قلبی و دیابت را کاهش دهند. با این حال، در درازمدت، چندان اثربخش نیستند، چون ۲ الی ۵ سال بعد از درمان وزن تقریباً به همان عدد قبل از درمان برمی‌گردد. از سوی دیگر، عده کثیری از درمانجویان، در مجموع، بسیار کمتر از افرادی وزن کم می‌کنند که برای رعایت برنامه غذایی و ورزشی خود، به کنترل محیط پیرامونی‌شان روی می‌آورند (چویل، سالا، و فرمن، ۲۰۲۲).

در خصوص محدودیت‌های مذکور تبیین‌های مختلفی مطرح شده است، که یکی از پژوهش‌بنیان‌ترین آنها را متخصصان درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی^{۱۶} (ACT)^{۱۷} مطرح کردند، درمانی که در دسته دوم مداخلات روانی چاقی جای می‌گیرد. به‌زعم آنان، دلیل یا حداقل یکی از دلایل اصلی نوع برخورد درمان‌های رفتاری کاهش وزن با دنیای بیرونی و درونی درمانجویان — یعنی، مؤلفه سوم و چهارم آنها — است. از همین رو، در مقوله چاقی و اضافه‌وزن^{۱۸}، رویکرد متفاوتی را در پیش می‌گیرند: (۱) به‌جای کاهش وزن یا جلوگیری از بازگشت وزن، ارزشمندزیستن^{۱۹} را هدف اصلی درمان در نظر می‌گیرند؛ (۲) به‌جای محتوای دنیای بیرونی، کارکرد آن را بررسی می‌کنند؛ و (۳) به‌جای اجتناب از سرخ‌های ناسالم‌خوری، رویارویی مبتنی بر پذیرش با آنها را آماج قرار می‌دهند (لیلیس و کندرا، ۲۰۱۴).

بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای چاقی و اضافه‌وزن، تاکنون دو رویکرد تدوین شده است: رویکرد تسهیل رفتاری^{۲۰} و رویکرد تسهیل ارزش‌ها^{۲۱}. نماینده رویکرد نخست درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش^{۲۲} (ABT) و نماینده رویکرد دوم سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها^{۲۳} (VHL) است (لیلیس، دال، و

13. self-monitoring

14. stimulus control

15. cognitive interventions

16. Acceptance and Commitment Therapy

۱۷. در ادامه متن، از سرواژه «درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی» استفاده شده است؛ البته،

به‌صورت فارسی‌نوشت: اکت.

18. overweight

19. valued living

20. Behavioral Facilitation Approach

21. Values Facilitation Approach

22. Acceptance-Based Behavioral Treatment

23. values-based healthy living

1. health behavior (or health-related behavior)

2. healthy behaviors

3. health-enhancing behaviors

4. unhealthy behaviors

5. health-compromising behaviors

6. obesity

7. eating behavior

8. exercise behavior

9. physical activity

10. lifestyle

11. goal setting

12. behavioral weight loss

نتایج برخی پژوهش‌ها حتی حاکی است که درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش و سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها تأثیر به‌مراتب بهتر و بیشتری از روان‌درمانی معیار برای کنترل وزن دارند. در یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی یک‌ساله، فرمن و همکاران (۲۰۱۳)، درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش را با درمان رفتاری معیار^۹ (SBT) برای کاهش وزن در ۱۲۸ مبتلا به اضافه‌وزن مقایسه کردند. در نتیجه هر دو درمان، کاهش وزن چشمگیری مشاهده شد، اما وقتی مداخله را متخصص اجرا کرده بود، وزن در پس‌درمان^{۱۰} (۱۳/۱۷ در برابر ۷/۵۴ درصد) و پیگیری ۶ ماهه (۱۰/۹۸ در برابر ۴/۸۳ درصد)، در نتیجه درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش، به‌طور چشمگیری بیشتر از درمان رفتاری معیار کاهش یافته بود. به‌علاوه، کسانی که نسبت به سرخ‌های خوردن در محیط پیرامونی خود بسیار آسیب‌پذیر بودند (برای مثال، مبتلایان به افسردگی یا خوردن هیجانی^{۱۱} شدید)، در نتیجه درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش، بیشتر وزن کم کرده بودند. فرمن و همکاران (۲۰۱۶) پژوهش فوق را در ۱۹۰ مبتلا به اضافه‌وزن تکرار کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که شرکت‌کنندگان تحت درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش به‌طور قابل توجهی بیشتر از شرکت‌کنندگان درمان رفتاری معیار وزن کم کردند (۱۳/۳ در برابر ۹/۸ درصد). به‌علاوه، نشان داد که میانجی‌گر و تبیین‌گر مزایای درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش تغییر در پذیرش روانی و انگیزه درونی است. لیلیس و همکاران (۲۰۱۶) سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها را با درمان رفتاری معیار در ۱۶۲ بزرگسال مبتلا به اضافه‌وزن یا چاقی مقایسه کردند. نتایج نشان داد که وزن شرکت‌کنندگان در موقعیت سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها بیشتر از شرکت‌کنندگان در موقعیت درمان رفتاری معیار کاهش یافته است. نتایج پیگیری ۱۲ ماهه نیز نشان داد که افزایش مجدد وزن در شرکت‌کنندگان سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها به‌طور چشمگیری کمتر از شرکت‌کنندگان درمان رفتاری معیار است. ماتریکس^{۱۲} اکت یکی از روش‌های نسبتاً جدیدتر اجرای اکت است (پلک و همکاران، ۲۰۱۶). ماتریکس اشاره به نموداری دارد که الگوهای رفتار (اقدامات پیش‌رفتن و دورشدن^{۱۳}) در بافتارهای مختلف (بیرونی و درونی) را نشان می‌دهد. ماتریکس از دو خط منصف تشکیل شده است. خط عمودی تفاوت دو بافتار عمده

فرمن، ۲۰۲۰). در درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش، یا به‌زعم چویل و همکاران (۲۰۲۲)، ABT متمرکز بر کاهش وزن^۱، راهبردهای پذیرش، تصمیم‌گیری لحظه‌آگاهانه^۲، و عمل ارزش‌خاست^۳ آموزش داده می‌شود. در سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها، یا به‌زعم چویل و همکاران (۲۰۲۲)، ABT متمرکز بر ارزش‌ها^۴، نیز همان راهبردها آموزش داده می‌شود، اما هدف اصلی چیز دیگری است: تغییر رفتار همسو با ارزش‌های شخصی. بر این اساس، کاهش وزن فقط در صورتی هدف درمان است که به زندگی همسو با ارزش‌ها کمک کند؛ برای مثال، عملکرد تحصیلی را بهبود بخشد. دلیل تدوین سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها تا حدودی این بود که مشاهده شد هدف کاهش وزن اغلب در مقوله انعطاف‌ناپذیری روانی^۵ جای می‌گیرد؛ به عبارت دیگر، انگیزه درمانجویان برای کاهش وزن عمدتاً اجتنابی^۶ است، مانند ندیدن بدن چاق هنگام قرارگرفتن جلوی آینه. در واقع، حداقل یکی از دلایل بی‌اثری روش‌های معیار کاهش وزن در درازمدت این است که بر پایه دستورالعمل اجتنابی و انعطاف‌ناپذیری شکل گرفتند (لیلیس و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش و سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها درمان‌های مؤثری برای چاقی و اضافه‌وزن هستند. نتایج یک کارآزمایی باز ۱۲ هفته‌ای نشان داد که در نتیجه درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش، شرکت‌کنندگان به‌طور متوسط ۸/۱ درصد (۷/۹ کیلوگرم) وزن کم کردند و پیگیری ۶ ماهه حاکی از تداوم پیامد درمان بود (شرکت‌کنندگان ۲/۲ درصد یا ۱/۷ کیلوگرم دیگر نیز وزن کم کردند) (فرمن و همکاران، ۲۰۰۹). در آزمایشی مقدماتی، مبتلایان به اضافه‌وزن یا چاقی و کسانی که به‌تازگی وزن کم کرده بودند با گروه کنترل فهرست انتظار مقایسه شدند. مداخله کارگاه یک‌روزه سالم‌زیستی مبتنی بر ارزش‌ها بود. نتایج ارزیابی ۳ ماه بعد کاهش یا حفظ وزن درصد زیادی از شرکت‌کنندگان گروه مداخله را نشان داد (۹۵ در برابر ۷۰ درصد). همچنین، نشان داد که کیفیت زندگی آنان بهبود بیشتری و بدنامی^۷ مرتبط با وزن و اجتناب از تجربه^۸ آنان کاهش بیشتری یافته است (لیلیس و همکاران، ۲۰۰۹).

1. weight loss focused ABT

2. mindful decision making

3. values-driven

4. values focused ABT

5. psychological inflexibility

6. avoidant

7. stigma

8. experiential avoidance

9. standard behavioral treatment

10. posttreatment

11. emotional eating

12. matrix

13. toward and away moves

همچنین، اعمالی را نشان می‌دهد که (با میانجی‌گری کلامی) تحت کنترل خوشایندند (اقدامات پیش‌رفتن)؛ برای مثال، رفتن به سمت یک دوست (شکل ۱) (شندرف، ۲۰۲۰). ماتریکس اکت ۶ گام اساسی دارد که عبارت‌اند از دیدگاه ماتریکس، اقدامات دورشدن، قلاب‌ها^۱ و مسائل مربوط به تلاش‌های کنترل‌مدار، آی‌کی‌دوی کلامی^۲، شفقت‌به‌خود^۳ و دیدگاه‌گزینی^۴ (جدول ۱). هر گام را می‌توان در یک جلسه اجرا کرد (پلک و همکاران، ۲۰۱۶؟)

تجربه را نشان می‌دهد: ۱) بافتار تجربه بیرونی (تجاریبی که برای دیگران قابل مشاهده است) و ۲) بافتار تجربه درونی (تجاریبی که فقط خود فرد متوجه آنها می‌شود). خط افقی خط رفتار (یا خط کارکردی) است. این خط اعمالی را روی نمودار نشان می‌دهد که (با میانجی‌گری کلامی) تحت کنترل ناخوشایندند (اقدامات دورشدن)؛ برای مثال، دورشدن از ترس.

جدول ۱. پروتکل اصلی ماتریکس اکت

گام	هدف	محتوا
۱	معرفی ماتریکس اکت	فهمیدن تجربه درمانجو؛ معرفی نمودار ماتریکس اکت؛ تعیین هدف‌های کلی درمان؛ معرفی دو زندگی و درخواست از درمانجو برای انتخاب یکی از آنها و مطرح کردن سؤال انعطاف‌پذیری روانی؛ معرفی استعاره «موج‌سواری»؛ بررسی مسأله درمانجو از طریق نمودار ماتریکس؛ تعیین فعالیت خارج از جلسه
۲	ایجاد ناامیدی سازنده ^۱	اجرای تمرین کوتاه پی‌بردن؛ بررسی فعالیت خارج از جلسه قبل؛ تحلیل کارکردی اقدامات دورشدن؛ معرفی استعاره «فرد افتاده در چاه»؛ تعیین فعالیت خارج از جلسه
۳	پرداختن به آمیختگی (هم‌آمیزی) ^۱	اجرای تمرین کوتاه پی‌بردن؛ بررسی فعالیت خارج از جلسه قبل؛ معرفی استعاره «اسب شاخ‌دار ارغوانی»؛ معرفی استعاره «دروغ‌سنج»؛ پرداختن به قواعد مختلف دنیای تجربه درونی و بیرونی؛ معرفی استعاره «قلاب‌ها»؛ معرفی کاربرد «قلاب‌ها»؛ معرفی استعاره «گرفتن ماهی و بازگرداندن آن به آب»؛ تعیین فعالیت خارج از جلسه
۴	آموزش گسلش ^۱ (ناهم‌آمیزی)	اجرای تمرین کوتاه پی‌بردن؛ بررسی فعالیت خارج از جلسه قبل؛ معرفی آی‌کی‌دوی کلامی؛ تعیین فعالیت خارج از جلسه
۵	آموزش شفقت‌به‌خود	اجرای تمرین کوتاه پی‌بردن؛ بررسی فعالیت خارج از جلسه قبل؛ معرفی تمرین «گره مادر»؛ ^۱ تعیین فعالیت خارج از جلسه
۶	آموزش بافتار انگاری خویشتن ^۱	اجرای تمرین کوتاه پی‌بردن؛ بررسی فعالیت خارج از جلسه قبل؛ اجرای گفت‌وگوی دیدگاه‌گزینی؛ تعیین فعالیت خارج از جلسه



شکل ۱. نمودار ماتریکس اکت

1. hooks
2. verbal aikido
3. self-compassion
4. perspective-taking

پژوهشگر-تدوین‌گر^۳ (تدوین ساختار مبتنی بر نظریهٔ بنیادی برای مداخله توسط پژوهشگر و افزودن عناصر فرهنگی به آن توسط اعضای جامعه؛^۴ ۳) چارچوب‌های بومی جامعه‌تدوین‌گر^۴ (تدوین مداخله توسط اعضای جامعه و سازمان‌های آنها و سپس ارزیابی مداخله توسط پژوهشگران؛^۵ و ۴) انطباق فرهنگی^۵ مداخلات مبتنی بر شواهد.

در آثار علوم رفتاری، قابلیت فرهنگی^۶، تواضع فرهنگی^۷، و انطباق فرهنگی درمان سه سازهٔ عمده‌ای هستند که اهمیت اجرای یکسان درمان اثربخش برای درمانجویان دارای زمینه‌های اجتماعی-فرهنگی گوناگون را برجسته می‌کنند (مسودا و همکاران، ۲۰۲۳). مبحث روان‌درمانی منطبق با فرهنگ^۸ بعد از جنبش قابلیت فرهنگی مطرح شد (هوآنگ، ۲۰۲۰). هدف از انطباق فرهنگی این است که مداخلات با الگوها، معناها، و ارزش‌های فرهنگی جامعهٔ موردنظر هماهنگ شوند و در عین حال، مؤلفه‌های بنیادین آنها حفظ گردند (سیدانی و همکاران، ۲۰۱۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که روان‌درمانی‌های منطبق با فرهنگ، حتی انطباق‌های فرهنگی ساده (مانند همانندسازی زبانی و قومی)، اثربخشی بیشتری دارند (گراینر و اسمیت، ۲۰۰۶؛ بنیش، کوییتانا، و ومپلد، ۲۰۱۱؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۱).

زنکو و همکاران (۱۹۹۹) دو نوع حساسیت فرهنگی^۹ را مطرح می‌کنند که کمک می‌نمایند درمأ برای جمعیت‌های قومی-فرهنگی مختلف بهبود پیدا کند: روستا^{۱۰} و ژرف‌ساخت^{۱۱}. روستا^{۱۰} انطباق‌های سطحی‌تر را شامل می‌شود، مانند اجرای درمان به زبان مادری درمانجو، فراهم کردن درمانگران هم‌قومیت با درمانجو، طراحی کلینیک‌های دارای زیبایی‌های فرهنگی، و دایر کردن کلینیک‌ها در مکان‌های با دسترسی آسان. ژرف‌ساخت^{۱۱} به ادغام انگاره‌ها^{۱۲}، باورها، و ارزش‌ها در درمان اشاره دارد. پدید آوردن چنین انطباقی به‌مراتب سخت‌تر است، اما هم‌ارزی فرهنگی روان‌درمانی و وضعیت درمانجو را افزایش می‌دهد و در نتیجه، قبول درمان^{۱۳} و پیامدهای درمان را بهبود می‌بخشد

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد ماتریکس اکت، که آن را می‌توان نمایندهٔ دیگر رویکرد تسهیل ارزش‌ها تلقی کرد، نیز به افزایش رفتار سالم‌خوردن و ورزش کردن کمک می‌کند (لوین، پیئرس، و شتندرف، ۲۰۱۷؛ برتو، ترن، و گینر، ۲۰۱۹؛ لوین و همکاران، ۲۰۲۰)؛ با این حال، درمان معینی که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد در بافتار اجتماعی-فرهنگی خاصی مؤثر است لزوماً در بافتارهای اجتماعی-فرهنگی دیگر مؤثر واقع نمی‌شود (چنگ و سو، ۲۰۱۴). این امر ممکن است ناشی از مؤلفه‌های آن درمان نباشد، بلکه ناشی از بی‌توجهی به متغیرهای فرهنگی و خرده‌فرهنگی بافتار مقصد باشد (باررا و همکاران، ۲۰۱۳).

ماتریکس اکت برخاسته از فرهنگ غرب است. این روش در نتیجهٔ تلاش‌های علمی پلک و هامبرایت، در ایالات متحده، و وبستر، در بریتانیا، پدید آمده است (شتندرف، ۲۰۲۰)؛ اما کشورهای غربی و شرقی، از جمله ایران، تفاوت‌های فرهنگی مهمی با هم دارند. زبان (اعم از شعر، استعاره، تمثیل، ضرب‌المثل، زبازد، و جز اینها)، به‌عنوان مؤلفهٔ اصلی فرهنگ، تأثیر نظریه‌ری در دیدگاه افراد دربارهٔ مسائل و اختلالات جسمانی و روانی می‌گذارد، دیدگاهی که نوع مقابله با آنها را تعیین می‌کند (لاغوئی و همکاران، ۲۰۲۱). در دنیای روان‌درمانی، این مسأله سبب می‌شود که، پس از ترجمهٔ درمان موردنظر برای به‌کارگیری در کشوری با زبان متفاوت، شباهت لفظی زبان تخصصی با زبان مقصد سوءتعبیرهایی ایجاد کند و به یکی از موانع اثربخشی درمان تبدیل شود. از سوی دیگر، تفاوت‌های زبانی ممکن است فهم مفاهیم تخصصی در زبان مقصد را زمان‌برتر از فهم آنها در زبان مبدأ کند. افزون بر اینها، برخی از عناصر یا نمادهای زبان مبدأ ممکن است هیچ‌گونه معادلی در زبان مقصد نداشته باشد و در نتیجه، برای درمانجوی آن زبان قابل فهم نباشد. از این رو، یافتن زبان و مدت‌زمان مناسب برای اجرای مؤثر درمان برخاسته از فرهنگ متفاوت بسیار حائز اهمیت است (درسل و همکاران، ۲۰۱۴).

باررا، کاسترو، و هلران استیکر (۲۰۱۱) چهار رویکرد عمده را شناسایی کردند که به‌منظور تدوین برنامه‌های پیشگیرانه برای گروه‌های متعلق به فرهنگ‌های مختلف، مینا قرار می‌گیرند: (۱) فرایند پژوهش‌خاستهٔ ترتیبی^۱ (اجرای پژوهش‌های بنیادی (مولد) جهت شناسایی عوامل خطرناک برای جمعیت موردنظر و سپس طراحی مداخله، اجرای پیامدپژوهی^۲، و انتشار نتایج)؛ (۲) رویکرد

3. investigator-initiated approach
4. community-initiated indigenous frameworks
5. cultural adaptation
6. cultural competence
7. cultural humility
8. culturally adapted psychotherapy
9. cultural sensitivity
10. surface structure
11. deep structure
12. ideas
13. treatment acceptability

1. sequential research-driven process
2. outcome research

به تجارب حاصل از موردپژوهی‌ها یا تحقیقات مقدماتی، اصلاحاتی در محتوا و فرایند مداخله صورت می‌گیرد و نسخه اصلاح‌شده، در مصاحبه با شرکت‌کنندگان و درمانگران، بررسی می‌شود. هدف از این مصاحبه‌ها آگاهی از اصلاحات موردنیاز دیگر است (باررا و کاسترو، ۲۰۰۶).

بر مبنای بافتارباوری کارکردی^۹، فلسفه زیربنایی اکت، برای شناخت رفتار انسان، باید بافتار فعلی و گذشته آن را شناخت. هیچ‌کس، حتی خود فرد، قادر به شناسایی تمام جنبه‌های این بافتار نیست. در عوض، تفکر کارکردی فقط نیازمند کسب اطلاعات کافی درباره بافتارهای فرهنگی و اجتماعی و بافتارهای دیگر است تا بتوان مداخلات را با شرایط درمانجو متناسب کرد. این متناسب‌سازی کمک می‌کند که هدف‌های مرتبط با ارزش‌های درمانجو تعیین شود. از دیدگاه بافتارباوری کارکردی، فرهنگ به دو مقوله اشاره دارد: (۱) رواج تدریجی رفتارها در گروه و (۲) ویژگی‌هایی که نحوه افزایش یا تداوم این رفتارها در آن گروه را تعیین می‌کنند (لوما، هیز، و والزر، ۲۰۱۷).

افزایش انعطاف‌پذیری روانی در درمانجویان هدف کلی اکت است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). وابستگی‌های اجتماعی-فرهنگی^{۱۰} همسو با جهان‌بینی فردگرایانه^{۱۱} احتمالاً انعطاف‌پذیری روانی را به اشکال خاصی افزایش می‌دهند. به‌طور اختصاصی‌تر، هر رفتار تحت وابستگی‌های مذکور که ارزش‌های فردگرایی، عدالت، و خودمختاری، مثل ابراز وجود^{۱۲}، را انعکاس دهد به‌عنوان بخشی از انعطاف‌پذیری روانی افزایش می‌یابد. به‌عکس، برای درمانجویانی که ارزش‌های‌شان برخاسته از فرهنگ جمع‌گرا و وابسته‌به‌هم^{۱۳} است، آن دسته از وابستگی‌های اجتماعی-فرهنگی که حامی و حافظ هماهنگی و هم‌رنگی با جمع‌اند احتمالاً انعطاف‌پذیری روانی را به اشکال جمع‌گرایانه افزایش می‌دهند. در فرهنگ جمع‌گرا، تلاش‌های رفتاری برای افزایش خودکارآمدی^{۱۴} و اتکابه‌نفس^{۱۵} ممکن است شکل فرهنگی‌شده انعطاف‌پذیری روانی نباشد، مگر اینکه خویشتن^{۱۶} را به‌عنوان بخشی از کل مشتری منعکس کنند (برای مثال، «به‌عنوان عضوی از خانواده‌ام و برای رفاه آن تحصیل می‌کنم») (مسودا و همکاران، ۲۰۲۳).

(رزنکو و همکاران، ۱۹۹۹). مدل‌های عمده از نوع ژرف‌ساخت عبارت‌اند از چارچوب روایی بوم‌شناختی و حساسیت فرهنگی^۱، مدل فرایند انطباق فرهنگی^۲ (CAP)، چارچوب یافتاری^۳، انطباق داده‌خاست^۴، مدل انطباق فرهنگی^۵ (CAM)، چارچوب اصلاح و انطباق روان‌درمانی^۶ (PAMF)، و رویکرد تکوینی برای انطباق روان‌درمانی^۷ (FMAP) (برای کسب اطلاعات بیشتر، رجوع کنید به نعییم و همکاران، ۲۰۲۳).

مدل چارچوب یافتاری را باررا و کاسترو (۲۰۰۶) تدوین کردند. در این مدل، چهار مرحله برای انطباق فرهنگی درمان روانی پیشنهاد می‌شود: (۱) گردآوری اطلاعات؛ (۲) طرح مقدماتی انطباق؛ (۳) آزمایش‌های مقدماتی انطباق؛ و (۴) نسخه اصلاح‌شده انطباق. در مرحله نخست، محققان فعالیت‌های هم‌زمان مختلفی انجام می‌دهند تا آگاهی بیشتری از شکل و محتوای انطباق‌های موردنیاز پیدا کنند. محض نمونه، برای یافتن انگاره‌های نویدبخش، کتب و مقالات مربوط را جست‌وجو می‌کنند و با شرکت‌کنندگان بالقوه و متخصصانی که تجربه کافی کار با گروه‌های هدف را دارند پژوهش‌های کیفی انجام می‌دهند. در مرحله دوم، انگاره‌های حاصل از مرحله قبل به انطباق مقدماتی درمان می‌انجامد. در این مرحله نیز از پژوهش‌های کیفی استفاده می‌شود تا نظر شرکت‌کنندگان بالقوه و متخصصان درباره ابزارهای موردنیاز و توصیفات مربوط به فعالیت‌های مداخله جمع‌آوری شود. در مرحله سوم، محققان، با استفاده از درمان انطباق‌یافته، اقدام به موردپژوهی^۸ یا پژوهش‌های مقدماتی با گروه‌های کوچک می‌کنند. شرکت‌کنندگان و اجراکنندگان مداخله، در حین و انتهای درمان، از طریق ابزارهای اندازه‌گیری کمی و مصاحبه ارزیابی می‌شوند تا مشخص شود که آیا هدف‌های موردانتظار انطباق حاصل شده است یا خیر. به‌علاوه، موارد زیر شناسایی می‌شود و درباره آنها بحث و تبادل نظر صورت می‌گیرد: الف) علل نامناسب بودن درمان؛ ب) مشکلات اجرا؛ و پ) مشکلات مربوط به محتوا یا فعالیت‌های درمان. رضایت از عناصر درمان نیز بررسی می‌شود و از افراد خواسته می‌شود که پیشنهادهایی برای بهبود درمان بدهند. در مرحله پایانی، با توجه

9. functional contextualism

10. sociocultural contingencies

11. individualistic

12. self-assertiveness

13. collective and interdependent culture

14. self-efficacy

15. self-worth

16. self

1. Ecological Validity and Cultural Sensitive Framework

2. cultural adaptation process model

3. heuristic framework

4. data-driven adaptation

5. cultural accommodation model

6. psychotherapy adaptation and modification framework

7. Formative Method for Adapting Psychotherapy

8. case study

درمانگرانی که اکت را در بافتارهای زبانی غیرانگلیسی-امریکایی به کار می‌گیرند ممکن است متوجه دشواری‌هایی در استفاده از اصطلاحات تخصصی این درمان شوند. احتمال دارد که این اصطلاحات ترجمه‌های برابری در جامعه موردنظر نداشته باشند. بنا بر این، به چند دلیل، ممکن (و اغلب لازم) است که هنگام اجرای اکت، اصطلاحات تخصصی آن به کار برده نشود. نخست اینکه قرار نیست درمانجو با واژگان جدیدی آشنا شود که نهایتاً بتواند فقط با درمانگر خود در میان بگذارد، خاصه وقتی که معلوم نیست علاقه به ارتباط با درمانگر، از طریق این واژگان، به رفتار مؤثر در خارج از جلسه درمان می‌انجامد یا خیر. دوم اینکه درمانگران اکت می‌خواهند مهارت‌ها به بافتاری تعمیم پیدا کند که واژگان تخصصی ممکن است معنای منفی داشته باشند؛ برای مثال، «پذیرش»^۱ «تسلیم» برداشت شود. سوم اینکه هدف اکت نشان‌دادن روابط رفتار-بافتار به درمانجویان بر اساس سنجش خود آنان است. در اکت، درمانجویان رفتارهایی را امتحان می‌کنند که ممکن است آنان را به سمت آرزوهای درازمدت و ارزش‌های گسترده‌شان ببرد. همین‌طور که درمانجویان رفته‌رفته مؤثر زندگی می‌کنند (یعنی، به‌گونه‌ای که خودشان مشخص کردند زندگی می‌کنند)، نیاز به درمانگر کمتر و کمتر می‌شود (درسل و همکاران، ۲۰۱۴). به همین دلایل است که در ماتریکس اکت، از اصطلاحات انتزاعی، که واژگان مدل مرسوم اکت محسوب می‌شوند (مانند ارزش، گسلش، پذیرش، پای‌بندی، و لحظه‌آگاهی (حال‌آگاهی)^۵)، به‌ندرت استفاده می‌شود (پلک و همکاران، ۲۰۱۶). سؤال متخصص اکت، در واقع، این است که آیا رفتار خاصی، با توجه به ویژگی کارکردی و انطباقی آن، با انعطاف‌پذیری روانی درمانجو، در بافتار اجتماعی-فرهنگی معینی، ارتباط دارد؟ (مسودا، ۲۰۲۰).

بر اساس آنچه مطرح شد، می‌توان دو رویکرد برای انطباق فرهنگی مداخلات مبتنی بر شواهد قائل شد: رویکرد جامعه‌نگر و رویکرد فردنگر. بر اساس این تقسیم‌بندی، مدل‌هایی که در زیرمجموعه ژرف‌ساخت معرفی شدند مبتنی بر رویکرد جامعه‌نگر و مدل اکت مبتنی بر رویکرد فردنگر محسوب می‌شوند. چنانکه از نام دو رویکرد پیداست، در رویکرد جامعه‌نگر، غالب افراد ملاک قرار می‌گیرد، اما در رویکرد فردنگر، فرد — یعنی، یک نفری که حتی ممکن است انحراف زیادی از غالب افراد جامعه داشته باشد — ملاک قرار می‌گیرد. نمونه بارز مطلب اخیر مبحث

البته، به اعتقاد هیز، موتو، و مسودا (۲۰۱۱)، هنگام انطباق درمان، نباید صرفاً به دانش تفاوت‌های فرهنگی اتکا کرد. برای مثال، رایج‌بودن روش‌های اجتنابی کنارآمدن در امریکایی‌های آسیایی‌تبار (هل و همکاران، ۲۰۱۱)، از یک سو، بدین معنی است که آنچه، در یک فرهنگ، ناسازگارانه و اجتنابی است ممکن است، در فرهنگ دیگر، این‌گونه نباشد؛ اما، از سوی دیگر، احتمال دارد که روش‌های خاصی از کنارآمدن اجتنابی، با وجود برخورداری از حمایت فرهنگی، آسیب‌زا باشند، خاصه اگر به‌طور نامنعطفی به کار روند. به همین دلیل، از دیدگاه اکت، بهتر است مفاهیم بالینی به اصول رفتاری بنیادی پیوند زده شود (مسودا، ۲۰۱۶).

انطباق فرهنگی هماهنگ با اکت با انطباق فرهنگی متمرکز بر محتوا متفاوت است (مسودا، ۲۰۱۶). عیب اساسی انطباق فرهنگی متمرکز بر محتوا این است که اجرای مکان‌نگر^۱ تمرین تجربه‌ای، استعاره، یا اقدامات درمانی دیگر به‌خودی‌خود اثربخشی آنها را تعیین نمی‌کند (مسودا، ۲۰۲۰). این عیب در صورتی شدیدتر می‌شود که درمانگر برای اجرای پروتکل درمانی، رویکرد گام‌به‌گام «کتاب آشپزی» را در پیش گیرد، بی‌آنکه توجه دقیقی به هدف‌های درمان یا پیشرفت درمانجو بکند (مسودا، ۲۰۱۶). اثربخشی اقدام درمانی معینی را بیشتر تعامل درمانگر و درمانجو، که به‌طور فرهنگی شکل می‌گیرد و تثبیت می‌شود، تعیین می‌کند (هیز، استروسال، و ویلسن، ۲۰۱۲). برای مثال، استعاره «مسافران در اتوبوس»^۲ در صورتی اثربخش خواهد بود که درمانجو بتواند روایت استعاره (محض نمونه، نحوه واکنش راننده به مسافران دشوار) را، به‌صورت درونی‌یافتی^۳ و تجربه‌ای، به تجربه کنونی خویش (محض نمونه، نحوه برخورد با افکار و احساسات سخت‌اش) ربط دهد و سپس بینشی پیدا کند (یعنی، آگاه شود که می‌تواند واکنش‌پذیری به رویدادهای درونی سخت خود نشان دهد) (مسودا، ۲۰۲۰). از همین رو، می‌توان اکت را بدون استفاده از استعاره‌ها یا تمرینات معرفی‌شده در راهنماهای درمان اجرا کرد (درسل و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع، از دیدگاه بافتارباوری کارکردی، ملاک مهم برای انطباق فرهنگی مؤثر اکت مؤثربودن^۴ است، به این معنا که آیا استعاره، فعالیت، یا دیدگاه درمانی موردنظر برای رسیدن به هدف خاصی، در کار با درمانجوی خاصی، مؤثر است یا خیر (مسودا و همکاران، ۲۰۲۳).

1. topographical
2. passengers on the bus
3. intuitively
4. workability

سپس، در صورت نبود ابزار مناسب یا برای افزایش کاربردپذیری مداخله، سعی می‌گردد که از امکانات فرهنگی جامعه هدف استفاده شود (مسودا، ۲۰۱۴).

با وجود شواهد پژوهشی روزافزون درباره اثربخشی اکت برای مسائل جسمی و روانی مختلف، دانش و پژوهش در زمینه انطباق فرهنگی این درمان هنوز در ابتدای راه است (مسودا، ۲۰۲۰). طبق بررسی نویسندگان این مقاله، در ایران، پژوهش‌چندانی درباره انطباق فرهنگی اکت صورت نگرفته است. زمستانی و همکاران (۲۰۲۲)، قبل از اجرای پژوهش اصلی خود، راهنمای درمان را تغییراتی دادند تا با ویژگی‌های فرهنگی جامعه هدف — یعنی، دختران نوجوان مضطرب — انطباق هرچه بیشتری پیدا کند. اما حتی در این پژوهش نیز از هیچ مدل عمده، از نوع ژرف‌ساخت، استفاده نشد. افزون بر این، جامعه هدف آن نوجوانان دختر و مسئله آماجی اضطراب بود. از این رو، سؤالی که در پژوهش حاضر مطرح شد این بود که پروتکل ماتریکس اکت، از نظر ساختاری و محتوایی، لازم است چه تغییراتی بکند تا قابلیت اجرای آن در جمعیت ایرانی مبتلا به چاقی افزایش یابد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش انطباق فرهنگی با اقتباس از چارچوب یافتاری (باررا و کاسترو، ۲۰۰۶)، در پنج مرحله، انجام شد: (۱) ترجمه پروتکل؛ (۲) گردآوری اطلاعات؛ (۳) انطباق مقدماتی پروتکل؛ (۴) آزمایش مقدماتی؛ و (۵) انطباق نهایی پروتکل. دلیل استفاده از چارچوب یافتاری امکان‌پذیری آن در شرایط سخت‌افزاری و نرم‌افزاری نویسندگان این مقاله بود. در میزگردی که در مرحله ۲ برگزار شد، علاوه بر نویسندگان، سه تن از متخصصان موج سوم رفتاردرمانی، یک متخصص تغذیه، و یک مربی بدن‌سازی حضور داشتند. متخصصان موج سوم رفتاردرمانی سابقه کار بالینی و پژوهشی در زمینه کاهش وزن داشتند و یکی از آنان در زمینه ماتریکس اکت آموزش دیده بود. به علاوه، به لحاظ نظری و عملی با مؤلفه‌های فرهنگی تأثیرگذار در روان‌درمانی آشنا بودند. در مرحله ۴، پنج مبتلا به چاقی شرکت کردند (جدول ۲). جامعه هدف تمامی مبتلایان به چاقی بودند که در بازه زمانی اواخر اسفند ۹۸ الی اوایل فروردین ۱۳۹۹ در شبکه اجتماعی اینستاگرام حساب کاربری داشتند و آگهی شرکت در این پژوهش را در صفحه‌های مختلف می‌دیدند. علت انتخاب اینستاگرام گستردگی استفاده از آن بود. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان مرحله ۴ عبارت بودند از حداقل ۱۸ سال؛ حداقل

ارزش‌هاست. در رویکرد جامعه‌نگر، ارزش‌های مسلط بر جامعه در نظر گرفته می‌شوند، اما در رویکرد فردنگر ارزش‌های شخصی ملاک قرار می‌گیرند (فلکسمن، بلک‌لج، و باند، ۲۰۱۵).

چنین به نظر می‌رسد که برای انطباق فرهنگی روان‌درمانی، لازم است از تلفیق هر دو رویکرد و با تأکید بر مؤثر بودن مفاهیم و راهبردها بهره جست. به بیان دیگر، لازم است از رویکرد جامعه‌نگر برای ساخت‌بندی انطباق فرهنگی و از رویکرد فردنگر برای کاربردپذیری فردویژه روان‌درمانی استفاده کرد. در سطح کلان، مفاهیم و راهبردهایی وجود دارد که برای بسیاری از افراد یک جامعه نامؤثر یا حتی مضرند یا اثربخشی آنها مستلزم زمان بیشتری است. محض نمونه، برای فهماندن فرایندهای عمل ارزش‌راهنما^۱ و هدف‌دار و معنادارزیستن به درمانجویان ژاپنی یا امریکایی ژاپنی‌تبار، از ضرب‌المثل‌ها و شعارهایی استفاده می‌شود که برای بسیاری از ژاپنی‌ها آشناست، مانند 吉日 (مسودا و همکاران، ۲۰۲۳)، ضرب‌المثلی که برای بسیاری از ایرانی‌ها نیز آشناست: کار امروز را به فردا مینداز (ذوالفقاری، ۲۰۱۳). به همین صورت، در سطح خرد، مفاهیم و راهبردهایی وجود دارند که صرفاً برای فرد یا جامعه کوچکی نامؤثر یا حتی مضرند یا اثربخشی آنها مستلزم زمان بیشتری است (مسودا، ۲۰۱۶).

در پژوهش‌های انطباق فرهنگی اکت، تلفیق رویکرد جامعه‌نگر و فردنگر مشاهده می‌شود. نتایج پژوهش پری و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که با تأکید بر ارزش و بافتار — یعنی، دو اصل اساسی مدل اکت — می‌توان این درمان را برای جمعیت‌هایی مثل ترک‌زبانان شرق لندن انطباق فرهنگی داد؛ البته، با در نظر گرفتن مواردی همچون ساختار جمع‌گرایانه و باورهای مذهبی چنین جمعیت‌هایی. در پژوهش فانگ (۲۰۲۰)، همه زنان کامبوجی جلسات انفرادی را ناخوشایند و جلسات گروهی را خوشایند ارزیابی کردند. به علاوه، با حکایت‌های بودایی ارتباط بیشتری برقرار کردند. افزون بر اینها، چند تمرین مرسوم اکت برای آنان مفید بود. در سلسله پژوهش‌های کامیت اند اکت^۲ (CAA)، ابتدا تجارب شرکت‌کنندگان از کار با افراد مختلف، در سطح کلان، بررسی و پس از شناسایی مفاهیم و راهبردهای مناسب، استفاده از آنها در سطح فردی ترغیب شد. نکته قابل‌توجه در پژوهش‌های فوق این است که ابتدا آن دسته از ابزارهای مرسوم اکت که برای افراد جامعه خاصی مناسب به نظر می‌رسد انتخاب می‌شود و

1. values-directed action
2. Commit and Act

بیماری تنفسی، بیماری گوارشی، درد حاد و مزمن، به این دلیل که هدف روان‌درمانی یا اولویت‌بندی هدف‌های آن را تغییر می‌دهند و، خاصه، فعالیت بدنی را محدود می‌سازند؛ و داشتن کم‌کاری یا پرکاری تیروئید، به این دلیل که بر فعالیت‌های فیزیولوژیکی و بدنی و، در نتیجه، وزن اثر چشمگیری می‌گذارند. در مرحله ۵، هفت تن از متخصصان موج سوم رفتاردرمانی شرکت کردند که سابقه روان‌درمانی و فعالیت‌های پژوهشی در زمینه کاهش وزن داشتند و به‌لحاظ نظری و عملی با مؤلفه‌های فرهنگی تأثیرگذار در روان‌درمانی آشنا بودند.

تحصیلات دیپلم؛ و $BMI \geq 30$ (m/kg) و ملاک‌های خروج آنان عبارت بودند از سن بیشتر از ۵۰؛ بارداری یا برنامه‌ریزی برای بارداری، به این دلیل که بارداری اثر چشمگیری در تغذیه، فعالیت بدنی، و وزن می‌گذارد؛ مصرف داروهای روان‌گردان یا متاثرکننده وزن؛ ابتلا به اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن؛ شرکت هم‌زمان در جلسات روان‌درمانی یا برنامه دیگر مربوط به چاقی؛ ابتلا به بیماری قلبی-عروقی، دیابت، سرطان،

جدول ۲. مشخصات مبتلایان به چاقی

شرکت‌کننده	سن	جنسیت	تحصیلات	وضعیت تأهل	وضعیت شغلی	BMI
۱	۴۵	زن	کارشناسی ارشد	مجرد	خانه‌دار	۳۷/۵
۲	۳۵	مرد	کارشناسی	مجرد	آزاد	۳۱/۰۴
۳	۲۶	زن	کارشناسی	مجرد	دانشجو	۳۰/۲۹
۴	۳۹	زن	کارشناسی	متاهل	خانه‌دار	۳۲/۷۲
۵	۴۰	زن	کارشناسی ارشد	متاهل	آزاد	۳۳/۹۶

سپس متن ترجمه را دو بار مطالعه کرد و اصلاحات لازم، از نظر فارسی‌نویسی و واژه‌گزینی، را انجام داد. در تمام فرایند ترجمه و اصلاح آن، نویسنده اول از نظرهای فردی که در زمینه ماتریکس اکت آموزش دیده بود بهره جست.

مرحله ۲: گردآوری اطلاعات. در این مرحله، ابتدا میزگرد متخصصان برگزار شد. ۳ هفته قبل از آغاز جلسه، متن ترجمه به متخصصان داده و خواسته شد که ماتریکس اکت را از نظر ساختاری و محتوای بررسی کنند و نتیجه بررسی خود را در جلسه بیان نمایند. هنگام ارسال متن ترجمه، به آنان اطلاع داده شد که هدف منطبق‌سازی فرهنگی ماتریکس اکت به‌منظور استفاده از آن برای افزایش و تداوم دو رفتار مرتبط با سلامت سالم‌خوردن و ورزش کردن در مبتلایان به چاقی است. پس از برگزاری میزگرد، منابع مکتوب مناسب جهت اصلاحات ساختاری و محتوایی ماتریکس جست‌وجو شد. در این خصوص، از نظرات متخصصان دیگر، خاصه شئندرف، یکی از مؤلفان کتاب The Essential Guide to the ACT Matrix، نیز بهره برده شد. در ارتباط شخصی با شئندرف، درباره سایر منابع ماتریکس اکت و مسائل اجرای آن در جامعه ایرانی راهنمایی گرفته شد.

مرحله ۳: انطباق مقدماتی پروتکل. در این مرحله، بر اساس

روند اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها به شرح زیر بود:

مرحله ۱: ترجمه پروتکل. از آنجا که اکت در بافتارهای انگلیسی‌زبان تدوین شده است، ترجمه کتاب‌های راهنما و پروتکل‌های انگلیسی‌نویشت به زبان معیار جامعه موردنظر از تلاش‌های عمده برای اشاعه و انطباق آن به شمار می‌رود. هنگام ترجمه چنین آثاری، مهم است که انطباق کارکردی و بافتاری، نه ترجمه تحت‌اللفظی، را ملاک قرار دهیم. به بیان دیگر، درمانگران باید از هدف راهبرد درمانی معینی (یعنی، کارکرد آن)، نه تطابق واژه‌به‌واژه، آگاه باشند (مسودا، ۲۰۱۴).

کتاب The Essential Guide to the ACT Matrix: A Step-by-Step Approach to Using the ACT Matrix Model in Clinical Practice (پلک و همکاران، ۲۰۱۶) از دو بخش تشکیل شده است: The Matrix and the Social و Six Basic Steps. در بخش اول، گام‌های این درمان شرح داده شده است. نویسنده اول، با توجه به سابقه ۷ ساله در زمینه ترجمه متون موج سوم رفتاردرمانی، این بخش از کتاب را ترجمه کرد و متن ترجمه را با متن اصلی مقابله نمود تا از درک صحیح مطالب و نبود جالفتادگی اطمینان یابد.

کدام جنبه‌های مداخله را دوست داشتند و کدام جنبه‌های مداخله را دوست نداشتند؟ میزان دشواری درک و اجرای مؤلفه‌های مداخله چقدر بود؟ بهترین و بدترین جنبه‌های مداخله کدام بود؟ چه پیشنهادهایی برای بهبود مداخله دارند؟

پرسش‌نامه قبول درمان. این پرسش‌نامه با اقتباس از پرسش‌نامه قبول درمان باترن و همکاران (۲۰۱۸) تدوین شد. در پرسش‌نامه قبول درمان، از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود مداخله را از سه بُعد درجه‌بندی کنند: مؤثر بودن مداخله، رضایت‌بخش بودن رویکرد مداخله، و تداوم تغییر در نتیجه مداخله. این پرسش‌نامه ۸ گویه دارد که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای (۱ = اصلاً تا ۵ = خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود.

برگه شاخص روایی محتوایی. در این برگه، از ارزیاب خواسته می‌شود هر یک از جلسات پروتکل و کل پروتکل را، با توجه به هدف استفاده از پروتکل، از بُعد مرتبط بودن^۲ درجه‌بندی کند. این بعد بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای (۱ = اصلاً تا ۴ = بسیار) نمره‌گذاری می‌شود.

برای اعمال تغییرات ساختاری و محتوایی در پروتکل ماتریکس اکت، از دیدگاه اکت درباره انطباق فرهنگی استفاده شد. از این رو، کارکرد مفهوم‌ها، استعاره‌ها، و تمرین‌ها ملاک قرار گرفت. به‌منظور بررسی قبول درمان، میانگین محاسبه شد. میانگین ۴ یا بیشتر، در هر گویه پرسش‌نامه قبول درمان، حاکی از قبول زیاد درمان، از نظر محتوای آن گویه، است (باترن و همکاران، ۲۰۱۸). برای محاسبه CVI هر جلسه (I-CVI)، تعداد ارزیاب‌هایی که به آن نمره ۳ یا ۴ دادند جمع و بر تعداد کل ارزیاب‌ها تقسیم شد. CVI ۰/۷۸ یا بیشتر حاکی از روایی عالی^۳ جلسه، از نظر محتوا، است (پلت و همکاران، ۲۰۰۷). برای محاسبه CVI کل پروتکل (S-CVI)، CVI جلسات جمع و بر تعداد کل جلسات تقسیم شد. CVI ۰/۹ یا بیشتر حاکی از روایی عالی پروتکل، از نظر محتوا، است (پلت و همکاران، ۲۰۰۷). از آنجا که در CVI اتفاقی بودن توافق ارزیاب‌ها نادیده گرفته می‌شود، لازم است شاخص کاپای اصلاح‌شده^۴ نیز محاسبه و گزارش شود (زمان‌زاده و همکاران، ۲۰۱۴). برای محاسبه این شاخص، ابتدا، احتمال توافق اتفاقی^۵ (PC) با استفاده از فرمول $0.5N * [N!/A!(N - A)!]$ محاسبه شد. N تعداد کل ارزیاب‌ها و A تعداد ارزیاب‌هایی است که به هر جلسه نمره ۳ یا

اقدامات صورت‌گرفته در مرحله ۲، پروتکل ماتریکس اکت متناسب با جامعه ایرانی مبتلا به چاقی تدوین شد.

مرحله ۴: آزمایش مقدماتی. در این مرحله، پروتکل تدوین‌شده در مرحله ۳ در پنج مبتلا به چاقی، در قالب موردپژوهی، اجرا شد. برای انتخاب افراد، از روش نمونه‌گیری متوالی استفاده شد. ملاک‌های ورود و خروج (به‌غیر از اختلالات روانی و مشکلات بیماری‌های جسمی) از طریق دایرکت اینستاگرام بررسی شد. سپس، از طریق تماس تلفنی، به افراد واجد شرایط توضیحات بیشتری درباره هدف و فرایند پژوهش داده شد. بعد از آن، با افراد علاقه‌مند به شرکت در پژوهش مصاحبه بالینی شد. مصاحبه بالینی برای اختلالات روانی مندرج در ملاک‌های خروج را یک کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی، بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، انجام داد. مصاحبه بالینی برای مشکلات و بیماری‌های جسمی مندرج در ملاک‌های خروج را یک پزشک عمومی انجام داد. در طول مصاحبه، پزشک شرح‌حال گرفت و نشانه‌های بالینی موردنظر را بررسی کرد. مصاحبه‌های بالینی به‌صورت آنلاین و با استفاده از اپلیکیشن اسکایپ انجام شد.

مداخله ماتریکس اکت را نویسنده اول به‌صورت آنلاین و از طریق اپلیکیشن اسکایپ انجام داد. با شرکت‌کنندگان، در حین و پس از درمان، مصاحبه شد تا ساختار و محتوای پروتکل بررسی شود. در انتهای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته پس از درمان، لینک پرسش‌نامه قبول درمان برای شرکت‌کنندگان ارسال شد.

دلیل اجرای فرایند نمونه‌گیری، مداخله، و سنجش به‌صورت آنلاین همه‌گیری ویروس کووید-۱۹ و لزوم رعایت پروتکل‌های بهداشتی مربوط به آن بود. نتایج پژوهش‌ها حاکی است که اکت در بستر اینترنت نیز اثربخش است (لپالین و لپالین، ۲۰۲۰).

مرحله ۵: انطباق نهایی پروتکل. در این مرحله، پروتکل بر اساس نتایج حاصل از موردپژوهی‌ها اصلاح و برای ۷ متخصص، به‌همراه برگه شاخص روایی محتوایی^۱ (CVI)، ارسال شد. CVI یکی از روش‌های کمی رایج برای بررسی روایی محتوایی است و حداقل تعداد قابل قبول ارزیاب برای بررسی آن سه نفر است (پلت، بک، و اون، ۲۰۰۷).

در این پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شد:

مصاحبه نیمه‌ساختاریافته. در این مصاحبه، از شرکت‌کنندگان پرسیده شد: چه مزایا و تغییراتی را در نتیجه مداخله تجربه کردند؟

2. relevance

3. excellent

4. modified Kappa statistic

5. probability of chance agreement

1. Content Validity Index

چاه» این بود که استفاده از آن ضرورتی ندارد و می‌توان به چرخه‌های گرفتارکننده^۶، که از مفاهیم مهم در تحلیل کارکردی اقدامات دورشدن است، اکتفا کرد. اما دربارهٔ تمرین «گربهٔ مادر»، معتقد بود که چنانچه واکنش هیجانی ایرانی‌ها به گربه‌ها مانند فرهنگ‌های دیگر نیست، گونه‌های دیگر پستانداران بررسی گردد تا گونه‌ای یافت شود که برای اغلب ایرانی‌ها بامزه و مایهٔ دلگرمی باشد.

در مرحلهٔ ۳ انطباق فرهنگی، بر اساس نتیجهٔ میزگرد متخصصان و ارتباط شخصی با شئندرف، پروتکل ماتریکس اکت برای رفتارهای مرتبط با سلامت انطباق مقدماتی یافت. در نتیجهٔ این انطباق، تغییرات ساختاری عبارت بودند از گام ۱ یک جلسه؛ گام ۲ دو جلسه؛ گام ۳ یک جلسه؛ گام ۴ دو جلسه؛ گام ۵ دو جلسه؛ گام ۶ یک جلسه. تغییرات محتوایی نیز بدین شرح بود: استفاده از کارت‌های ماتریکس؛ اضافه‌شدن استعارهٔ «عضلهٔ پی‌بردن»؛ اضافه‌شدن کارت ماتریکس «تمرین»؛ استفاده از استعارهٔ «مسابقهٔ طناب‌کشی با دیو»^۷ به جای استعارهٔ «فرد افتاده در چاه»؛ استفاده از «فیل صورتی» به جای «اسب شاخ‌دار ارغوانی» برای تمرین تجربه‌ای کنترل افکار؛ حذف تمرین دسته‌بندی تجربهٔ حواس پنج‌گانه و تجربهٔ درونی؛ حذف بازی کلماتِ قلاب‌مانند؛ استفاده از نسخهٔ جدید کاربرگ «آی‌کی‌دوی کلامی»؛ تبدیل گفت‌وگوی دیدگاه‌گزینی از حالت کلامی به حالت نوشتاری، با استفاده از کاربرگ «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام».

در مرحلهٔ ۴ انطباق فرهنگی، تجربهٔ درمانگر از اجرای مداخله نشان داد که درک «نشان می‌دهند» برای شرکت‌کنندگان در این سؤال دشوار است؛ با اجرای اقدامات پیش‌رفتن موردنظر نشان می‌دهند چه کسی و / یا چه چیزی برای آنان مهم است؟ به‌علاوه، نشان داد که درک رفتن «به‌سمت» افراد و چیزهای مهم و خود «چیزهای مهم» برای شرکت‌کنندگان دشوار است و برای آشنایی بیشتر با آی‌کی‌دوی ورزشی، لازم است ویدئویی از این ورزش نمایش داده شود.

در مرحلهٔ ۴ انطباق فرهنگی، در پی اجرای پروتکل انطباق‌یافته و مصاحبه با شرکت‌کنندگان در حین و پس از مداخله، مشخص شد که مزایا و تغییرات در نتیجهٔ مداخله عبارت‌اند از کاهش وزن؛ کاهش انتخاب غذاهای ناسالم؛ افزایش انتخاب غذاهای سالم؛ افزایش فعالیت بدنی؛ سوزاندن کالری بیشتر؛ افزایش شادمانی؛

۴ دادند. سپس، با استفاده از فرمول $(I-CVI - PC)/(1 - PC)$ شاخص کاپای اصلاح‌شده محاسبه شد. شاخص کاپای اصلاح‌شدهٔ بیشتر از ۰/۷۴، ۰/۶ الی ۰/۷۴، و ۰/۴ الی ۰/۵۹، به‌ترتیب، حاکی از توافق عالی، خوب، و متوسط ارزیاب‌هاست (زمان‌زاده و همکاران، ۲۰۱۴).

یافته‌ها

در نتیجهٔ میزگرد متخصصان در مرحلهٔ ۲ انطباق فرهنگی، پیشنهادهای زیر برای اصلاح پروتکل داده شد: به‌جای «برای رفتن به‌سمت کسی یا چیزی که برای شما مهم است، چه کاری می‌کنید یا می‌توانید بکنید؟»، پرسیده شود «برای اینکه نشان دهید ... (در جای خالی، نام شخص خاصی بیان شود) یا ... (در جای خالی، نام چیز خاصی بیان شود) برای شما مهم است، چه کاری می‌کنید یا می‌توانید بکنید؟»؛ به‌جای استعارهٔ «فرد افتاده در چاه» استعاره‌هایی مانند استعارهٔ «دست‌وپازدن در باتلاق»^۱ به کار رود؛ تمرین دسته‌بندی تجربهٔ حواس پنج‌گانه و تجربهٔ درونی انجام نشود؛ بازی کلماتِ قلاب‌مانند انجام نشود؛ کاربرگ «آی‌کی‌دوی کلامی» استفاده نشود؛ به‌جای تمرین «گربهٔ مادر» از راهبردهای دیگر شفقت‌به‌خود، که در آثار متخصصانی مانند راس هریس یا کریستین نف معرفی شده است، استفاده شود؛ گفت‌وگوی دیدگاه‌گزینی از حالت کلامی به حالت نوشتاری تبدیل شود؛ از مفاهیم و نمادهای اصلی در سالن‌های بدن‌سازی، مانند «پرورش عضلات»، استفاده شود؛ برای گام ۱ ماتریکس اکت، یک جلسه، برای گام ۲، دو جلسه، برای گام ۳، یک جلسه، برای گام ۴، دو جلسه، برای گام ۵، دو جلسه، و برای گام ۶ یک جلسه در نظر گرفته شود.

در نتیجهٔ ارتباط شخصی با شئندرف، در مرحلهٔ ۲ انطباق فرهنگی، فایل تصویری نحوهٔ اجرای آنلاین ماتریکس (۲۰ مارس، ۲۰۲۰) و کارت‌های ماتریکس^۲، محصول مؤسسهٔ روان‌شناسی بافتاری^۳، به‌انضمام کاربرگ‌های «جهت(قطب)‌نمای زندگی»^۴ نسخهٔ جدید «آی‌کی‌دوی کلامی» و «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام»^۵ (۲۹ مارس، ۲۰۲۰) دریافت شد. با توجه به نتایج میزگرد متخصصان، دربارهٔ استعارهٔ «فرد افتاده در چاه» و تمرین «گربهٔ مادر» سؤال شد. نظر شئندرف (۳ آوریل، ۲۰۲۰) دربارهٔ استعارهٔ «فرد افتاده در

1. struggling in quicksand
2. Matrix cards
3. Contextual Psychology Institute
4. life compass
5. texting your future self

6. stuck loops

7. tug-of-war with a monster

مصاحبه با شرکت‌کنندگان در حین و پس از مداخله، این پیشنهادها برای بهبود مداخله مطرح شد: تعداد جلسات بیشتر شود تا هر گام برای فرد خوب جا بیفتد؛ جلسات پیگیری اضافه شود؛ تعداد جلسات بیشتر شود تا هر گام بیشتر تمرین گردد؛ نمودار ماتریکس برای سه جلسه اول کافی است؛ جلسات مربوط به قلاب‌ها و تمرین «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام» بیشتر شود؛ خلاصه مطالب جلسه به شرکت‌کننده داده شود؛ بین جلسات، پیام یادآوری برای تمرینات ارسال شود؛ تعداد جلسات افزایش یابد تا مؤلفه‌ها بیشتر تمرین شوند؛ هر گام دو جلسه شود؛ بین جلسات از فرد درباره اجرای تمرینات سؤال شود تا مسائل احتمالی رفع گردد. نتایج پرسش‌نامه قبول درمان، در مرحله ۴ انطباق فرهنگی، در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

در جدول ۳، میانگین تمام گویه‌ها بیشتر از ۴ است، که حاکی از قبول زیاد درمان از هر سه نظر مؤثر بودن مداخله، رضایت‌بخش بودن رویکرد مداخله، و تداوم تغییر در نتیجه مداخله است.

در مرحله ۵ انطباق فرهنگی، بر اساس تجارب درمانگر از اجرای پروتکل انطباق یافته و مصاحبه با شرکت‌کنندگان در حین و پس از مداخله، پروتکل ماتریکس اکت برای رفتارهای مرتبط با سلامت انطباق نهایی یافت (جدول ۴).

بر اساس جدول ۵، CVI هر جلسه، CVI کل پروتکل، و شاخص کاپای اصلاح شده ۱ به دست آمد، که حاکی از روایی محتوایی عالی و توافق عالی ارزیاب‌ها است.

کاهش خودسرزنش‌گری^۱ بابت انجام‌ندادن رفتار سالم‌خوردن و ورزش کردن؛ کاهش نشخوار فکری^۲ در زمینه خوردن و ورزش کردن؛ کاهش خستگی روانی؛ افزایش انرژی جسمانی؛ پی‌بردن به نقاط قوت و ضعف خود؛ آگاهی‌یافتن از جنبه‌های روانی تغذیه و ورزش؛ افزایش انگیزه برای ورزش؛ کاهش احساس گناه در زمینه ورزش؛ افزایش آگاهی در زمینه خوردن ناسالم؛ برخورد مؤثرتر با نوسانات خلقی منجر به خوردن؛ افزایش آگاهی درباره اقدامات قابل مشاهده مربوط به تغذیه و ورزش؛ برخورد مؤثرتر با موانع درونی مرتبط با تغذیه و ورزش.

در مرحله ۴ انطباق فرهنگی، در پی اجرای پروتکل انطباق یافته و مصاحبه با شرکت‌کنندگان در حین و پس از مداخله، مشخص شد که جنبه‌های دوست‌داشتنی مداخله عبارت‌اند از نمودار ماتریکس؛ تحلیل کارکردی اقدامات دورشدن؛ تمرین «قلاب‌ها»؛ آی‌کی‌دوی کلامی؛ تمرین «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام»؛ موانع درونی در نمودار ماتریکس، استعاره «موج‌سواری»؛ تمرین «قلاب‌ها»؛ استعاره «گرفتن ماهی و بازگرداندن آن به آب»؛ کارت‌های ماتریکس، خاصه موج‌سواری و تمرین «قلاب‌ها»؛ و استعاره «مسابقه طناب‌کشی با دیو». جنبه‌های دوست‌داشتنی مداخله نیز عبارت بودند از استفاده از نمودار ماتریکس در تمام جلسات و تمرین «گره مادر».

در مرحله ۴ انطباق فرهنگی، در پی اجرای پروتکل انطباق یافته و مصاحبه با شرکت‌کنندگان در حین و پس از مداخله، مشخص شد که درک و اجرای نمودار ماتریکس، تحلیل کارکردی اقدامات دورشدن، و تمرین «قلاب‌ها» در یکی دو جلسه اول، و تجسم گره مادر و بچه‌گره‌ها سخت بود و درمانجویان بیشتر با مادر انسان ارتباط برقرار کردند. همچنین، مشخص شد درک مؤلفه‌هایی که کارت ماتریکس داشت راحت‌تر بود.

در مرحله ۴ انطباق فرهنگی، در پی اجرای پروتکل انطباق یافته و مصاحبه با شرکت‌کنندگان در حین و پس از مداخله، مشخص شد که بهترین جنبه‌های مداخله کارت‌های ماتریکس، نمودار ماتریکس، تمرین «قلاب‌ها»؛ آی‌کی‌دوی کلامی، استعاره «مسابقه طناب‌کشی با دیو»، استعاره «عضله پی‌بردن»، استعاره «موج‌سواری»، استعاره «گرفتن ماهی و بازگرداندن آن به آب»، تمرین «پی‌بردن کوتاه»، افراد و چیزهای مهم، و موانع درونی بودند. مداخله جنبه بدی نداشت.

در مرحله ۴ انطباق فرهنگی، در پی اجرای پروتکل انطباق یافته و

جدول ۳. درجه‌بندی قبول درمان

گوپه	میانگین	انحراف معیار
مؤثر بودن مداخله برای افزایش فعالیت بدنی	۴/۲	۰/۸۳
مؤثر بودن مداخله برای سالم غذا خوردن	۴/۴	۰/۸۹
رضایت‌بخش بودن رویکرد برای سالم غذا خوردن	۴/۴	۰/۵۴
رضایت‌بخش بودن رویکرد برای افزایش فعالیت بدنی	۴/۴	۰/۸۹
اطمینان از تداوم تغییر در برنامه غذایی در یک سال آینده	۴/۲	۰/۴۴
اطمینان از تداوم تغییر در فعالیت بدنی در یک سال آینده	۴/۲	۰/۴۴

جدول ۴. پروتکل انطباق‌یافته ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی برای رفتارهای مرتبط با سلامت

گام	تغییرات ساختاری	تغییرات محتوایی
۱	۲ جلسه	اضافه‌شدن کاربرگ «افراد و چیزهای مهم» و «جهت‌نما» اضافه‌شدن استعاره «جهت‌نما» اضافه‌شدن کارت‌های ماتریکس: «هدف‌ها و جهت‌ها»، «جویدستی سحرآمیز»، «چه کسی مهم است؟»، «مهم»، «چیزهایی که ظاهر می‌شوند»، «رفتار»، «اقدامات پیش‌رفتن»، «اقدامات دورشدن»، «پیش‌رفتن و دورشدن»، «موج‌سواری»، «آیا من مهم هستم؟»، «انتخاب زندگی‌ام»، «انعطاف‌پذیری روانی»، «عضله پی‌بردن»، «تمرین» اضافه‌شدن استعاره «عضله پی‌بردن»
۲	۲ جلسه	اضافه‌شدن کارت‌های ماتریکس: «چه کسی مهم است؟»، «مهم»، «چیزهایی که ظاهر می‌شوند»، «رفتار»، «اقدامات پیش‌رفتن»، «اقدامات دورشدن»، «آیا من مهم هستم؟»، «چرخه‌های رفتارکننده»، «مسابقه طناب‌کشی با دیو» استفاده از استعاره «مسابقه طناب‌کشی با دیو»، به جای استعاره «فرد افتاده در چاه» استفاده از استعاره «مسابقه طناب‌کشی با دیو» فقط در جلسه دوم
۳	۲ جلسه	اضافه‌شدن کارت‌های ماتریکس: «چه کسی مهم است؟»، «مهم»، «چیزهایی که ظاهر می‌شوند»، «رفتار»، «اقدامات پیش‌رفتن»، «اقدامات دورشدن»، «آیا من مهم هستم؟»، «چرخه‌های رفتارکننده»، «به‌اش فکر نکن!»، «احساسش نکن!»، «دو قاعده»، «هدف‌های آدم مرده»، «قلاب‌ها»، «گرفتن و بازگرداندن به آب» استفاده از «فیل صورتی»، به جای «اسب شاخ‌دار ارغوانی»، برای تمرین تجربه‌ای کنترل افکار حذف تمرین دسته‌بندی تجربه حواس پنج‌گانه و تجربه درونی حذف بازی کلمات قلاب‌مانند استفاده از استعاره «گرفتن ماهی و بازگرداندن آن به آب» فقط در جلسه دوم
۴	۲ جلسه	اضافه‌شدن کارت‌های ماتریکس: «چه کسی مهم است؟»، «مهم»، «چیزهایی که ظاهر می‌شوند»، «رفتار»، «اقدامات پیش‌رفتن»، «اقدامات دورشدن»، «آیا من مهم هستم؟»، «چرخه‌های رفتارکننده»، «آی کی دوی کلامی»، «چرخش ۱۸۰ درجه»، «دیوها در اتوبوس» اضافه‌شدن ویدئوی کوتاهی درباره آی کی دوی ورزشی استفاده از نسخه جدید کاربرگ «آی کی دوی کلامی»، به جای نسخه موجود در اثر پلک و همکاران (۲۰۱۶) اضافه‌شدن استعاره «دیوها در اتوبوس»
۵	۲ جلسه	اضافه‌شدن کارت‌های ماتریکس: «چه کسی مهم است؟»، «مهم»، «چیزهایی که ظاهر می‌شوند»، «رفتار»، «اقدامات پیش‌رفتن»، «اقدامات دورشدن»، «آیا من مهم هستم؟»، «چرخه‌های رفتارکننده»، «آی کی دوی کلامی»، «دو دوست» استفاده از استعاره «دو دوست»، به جای تمرین «گره مادر» اضافه‌شدن کاربرگ «دو دوست»
۶	۲ جلسه	اضافه‌شدن کارت‌های ماتریکس: «چه کسی مهم است؟»، «مهم»، «چیزهایی که ظاهر می‌شوند»، «رفتار»، «اقدامات پیش‌رفتن»، «اقدامات دورشدن»، «آیا من مهم هستم؟»، «چرخه‌های رفتارکننده»، «آی کی دوی کلامی»، «دو دوست»، «پیام فرستادن برای خود آینده‌ام»، «دیوها در اتوبوس» تبدیل گفت‌وگوی دیدگاه‌گزینی از حالت کلامی به حالت نوشتاری اضافه‌شدن کاربرگ «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام»

جدول ۵. شاخص روایی محتوایی

جلسه	ارزیاب ۱	ارزیاب ۲	ارزیاب ۳	ارزیاب ۴	ارزیاب ۵	ارزیاب ۶	ارزیاب ۷	CVI
۱	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۲	۴	۴	۴	۳	۴	۴	۴	۱
۳	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۵	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۶	۴	۳	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۷	۴	۳	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۸	۴	۳	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۹	۴	۳	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۱۰	۴	۳	۴	۴	۴	۴	۴	۱
۱۱	۴	۴	۴	۳	۴	۴	۴	۱
۱۲	۴	۴	۴	۳	۴	۴	۴	۱

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر انطباق فرهنگی پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای رفتارهای مرتبط با سلامت (سالم‌خوردن و ورزش کردن) در جمعیت ایرانی مبتلا به چاقی بود. این پژوهش در نهایت به پروتکلی متشکل از ۱۲ جلسه انجامید که سهم هر گام دو جلسه بود. تفاوت‌های این پروتکل با پروتکل پلک و همکاران (۲۰۱۶) بدین شرح بود: اضافه‌شدن جلسه پیش‌نیازی برای معرفی دیدگاه ماتریکس؛ اضافه‌شدن کارت‌های ماتریکس؛ اضافه‌شدن کاربرگ «افراد و چیزهای مهم»، «جهت‌نما»، «دو دوست»، و «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام»؛ جایگزینی نسخه جدید کاربرگ «آی‌کی‌دوی کلامی»؛ اضافه‌شدن استعاره «جهت‌نما»، «عضله پی‌بردن»، و «دیوها در اتوبوس»؛ استفاده از استعاره «مسابقه طناب‌کشی با دیو»، به‌جای استعاره «فرد افتاده در چاه»؛ استفاده از «فیل صورتی»، به‌جای «اسب شاخ‌دار ارغوانی»؛ برای تمرین تجربه‌ای کنترل افکار؛ حذف تمرین دسته‌بندی تجربه حواس پنج‌گانه و تجربه درونی؛ حذف بازی کلمات قلاب‌مانند؛ اضافه‌شدن ویدئوی کوتاهی درباره آی‌کی‌دوی ورزشی؛ استفاده از استعاره «دو دوست»، به‌جای تمرین «گرچه مادر»؛ تبدیل گفت‌وگوی دیدگاه‌گزینی از حالت کلامی به حالت نوشتاری.

در میزگرد متخصصان، پیشنهاد شد که از مفاهیم و نمادهای اصلی در سالن‌های بدن‌سازی، مانند «پرورش عضلات»، استفاده شود. از همین رو، استعاره «عضله پی‌بردن» ساخته شد. راه‌اندازی

سالن‌های بدن‌سازی و به‌تبع آن استقبال از چنین فضاهایی برای کاهش وزن بیش از پیش روبه‌افزایش است. پرورش عضلات از مفاهیم اصلی در این سالن‌هاست و فیگور جلوبازو به نماد بدن ورزیده و عضلانی مبدل شده است. به‌زعم مک‌کاری و هیز (۱۹۹۲)، سخن استعاره باید ویژگی‌های زیر را داشته باشد: (۱) با سطح رشدی درمانجو (یعنی، توانایی شناختی او برای گذر از محتوای عینی به معنای انتزاعی) متناسب باشد؛ (۲) از رویدادهای روزمره سرچشمه بگیرد؛ (۳) واکنش خلاقانه و ادراکی غنی‌ای برانگیزاند؛ و (۴) با مسأله موردنظر تناسب داشته باشد. بر این اساس، پی‌بردن، که هدف اصلی ماتریکس اکت است، به عضله تشبیه شد و استفاده از نمودار ماتریکس به تمرینات با وزنه. پلک و همکاران (۲۰۱۶) همسو با مطلب اخیر می‌گویند: «اتخاذ دیدگاه ماتریکس عضله خود مشاهده‌گر را پرورش می‌دهد» (ص. ۳۸). همچنین، کارتی با عنوان «عضله پی‌بردن» ساخته شد تا هنگام پرداختن به استعاره «عضله پی‌بردن» از آن استفاده شود. با همین قیاس، کارت ماتریکس «تمرین» ساخته شد تا به لزوم تمرین برای اکتساب مهارت‌های روانی، همانند تقویت عضلات، تأکید شود.

«دورشدن» از فکر و احساس ناخواسته برای ایرانی‌ها قابل‌فهم و حتی پرکاربرد است. حرف‌هایی مانند «این فکرهای ناجور را از خودت دور کن» برای مردم ایران آشناست. اما «رفتن به سمت» فرد و چیز مهم، آن‌گونه که در ماتریکس اکت به کار می‌رود، برای مخاطب ایرانی قابل‌فهم و رایج نیست. محض نمونه، فرد متوجه

است و ۲) می‌خواهم ورزش کنم، چون ... برای من مهم است. برای اینکه به فرد کمک شود تا چیزهای مهم خود را شناسایی کند، در انتهای کاربرگ «افراد و چیزهای مهم» فهرستی برگرفته از ویراست دوم ACT made simple (هریس، ۲۰۱۹) درباره ارزش‌های شخصی قرار داده شد. کارت ماتریکس «چوبدستی سحرآمیز» نیز، با هدف روشن‌سازی چیزهای مهم، از ورای هدف‌های فرد، به انطباق نهایی پروتکل افزوده شد.

استعاره «فرد افتاده در چاه» یکی از استعاره‌های کلاسیک در اکت محسوب می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۹)؛ اما پیچیده و طولانی است (هریس، ۲۰۱۹). به‌علاوه، تجربه بالینی متخصصان حاضر در میزگرد نشان داده بود که مخاطب ایرانی را سردرگم می‌کند. بنا بر این دلایل، پیشنهاد شد که از استعاره کوتاه‌تر و ساده‌تری مانند استعاره «دست‌وپازدن در باتلاق» استفاده شود. عنوان یکی از کارت‌های ماتریکس^۱ «مسابقه طناب‌کشی با دیو» است، که اشاره به استعاره‌ای با همین عنوان دارد. با توجه به پیشنهاد فوق و وجود موجودی به نام دیو در ادبیات حماسی فارسی، که برای اغلب ایرانیان آشناست (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲)، از استعاره «مسابقه طناب‌کشی با دیو» و کارت مربوط به آن، به‌جای استعاره «فرد افتاده در چاه» استفاده شد. این استعاره، در انطباق نهایی پروتکل، صرفاً در جلسه دوم گام دوم (جلسه ۴) گنجانده شد تا فرد اقدامات دورشدن خود را کمی بسنجد و آگاهی بیشتری از مؤثر بودن آنها پیدا کند و سپس، با استفاده از استعاره فوق، کمک شود که شناخت بیشتری از اقدامات دورشدن خویش کسب نماید. آزمایش مقدماتی نشان داد که شرکت‌کنندگان به‌راحتی با استعاره «مسابقه طناب‌کشی با دیو» ارتباط برقرار می‌کنند و حتی آن را یکی از نقاط قوت پروتکل قلمداد می‌نمایند.

در انطباق مقدماتی پروتکل، برای اجرای تمرین تجربه‌ای درباره توانایی انسان در کنترل افکار، از «فیل صورتی» به‌جای «اسب شاخ‌دار ارغوانی» استفاده شد. این اقدام بدین دلیل صورت گرفت که در کارت ماتریکس مربوط به تمرین تجربه‌ای فوق، از تصویر فیل صورتی استفاده شده بود.

نظر اکثر متخصصان حاضر در میزگرد این بود که برای کمک به فرد در متمایزسازی تجربه درونی از تجربه بیرونی، نمودار ماتریکس کفایت می‌کند و نیازی به اجرای تمرین مربوط به

نخواهد شد که با دویدن روی تردمیل یا خوردن سالاد به‌سمت شخص و چیز مهمی می‌رود. از همین رو، در میزگرد متخصصان، پیشنهاد شد که، به‌جای «رفتن به‌سمت»، از «نشان‌دادن» استفاده شود و، مثلاً، پرسیده شود با دویدن روی تردمیل یا خوردن سالاد فرد نشان می‌دهد چه کسی یا چه چیزی برای او مهم است. با وجود این تغییر، نتایج آزمایش مقدماتی نشان داد که شرکت‌کنندگان در درک این نوع سؤال نیز مشکل دارند. آنان بارها منظور سؤال را جویا می‌شدند. به همین دلیل، برای زمینه‌سازی جهت فهم «رفتن به‌سمت» افراد و چیزهای مهم و «اقدامات پیش‌رفتن» در انطباق نهایی پروتکل، از استعاره «جهت‌نما» استفاده شد. این اقدام با توجه به امکانات اکت و ماتریکس اکت صورت گرفت. استعاره «جهت‌نما» از استعاره‌های مدل مرسوم اکت (هیز و همکاران، ۲۰۱۱) است. این به کنار، در کارت‌ها و کاربرگ‌هایی که از شئندرف دریافت شد، کارت و کاربرگ مخصوص به خود داشت.

هنگام آزمایش مقدماتی، شرکت‌کنندگان در بیان چیزهای مهم مشکل داشتند و مدام به هدف‌هایی مانند خوش‌اندام‌بودن و اعتمادبه‌نفس‌داشتن اشاره می‌کردند. اینکه افراد در تمیزدهی ارزش‌ها و هدف‌ها مشکل داشته باشند امری طبیعی و جهانی است (لوما و همکاران، ۲۰۱۷)، اما یکی از انتقادهایی که می‌توان به اثر پلک و همکاران (۲۰۱۶) کرد این است که در آن، به‌قدر کافی به روشن‌سازی ارزش‌ها پرداخته نشده است. در ماتریکس اکت، برای روشن‌سازی ارزش‌ها از این سؤال استفاده می‌شود که «چه کسی یا چه چیزی برای شما مهم است؟»، اما شرح داده نمی‌شود که چگونه به فرد کمک شود تا چیزهای مهم خود را روشن‌سازی کند. دلیل دیگر افزودن استعاره «جهت‌نما» به انطباق نهایی پروتکل همین بود. در نیمه دوم این استعاره، درباره چستی چیزهای مهم توضیح داده می‌شود. در متون مختلف اکت (برای مثال، لیلیس، دال، و وینلند، ۲۰۱۸؛ لوین و همکاران، ۲۰۱۷)، برای پرداختن به ارزش‌ها، به چرایی اهمیت رفتار موردنظر اشاره می‌شود. در پژوهش برتو و همکاران (۲۰۱۹) نیز این اقدام صورت گرفته است. بنا بر این، کاربرگ «افراد و چیزهای مهم» تدوین شد. در این کاربرگ، از فرد خواسته می‌شود دو جمله ناتمام را با افراد و چیزهای مهم خود تکمیل کند: ۱) می‌خواهم سالم غذا بخورم، چون ... برای من مهم

کلامی» طراحی پیچیده‌ای دارد و در نتیجه، ممکن است کارایی لازم را نداشته باشد؛ به همین دلیل، معتقد بودند که بهتر است صرفاً هفت سؤال آی‌کی‌دوی کلامی مطرح و با استفاده از آنها، به موقعیت‌های رفتارکننده مختلف در زمینه رفتار سالم‌خوردن و ورزش کردن پرداخته شود. یکی از کاربرگ‌هایی که در نتیجه ارتباط شخصی با شئندرف دریافت شد نسخه جدید کاربرگ «آی‌کی‌دوی کلامی» بود. این کاربرگ طراحی به‌مراتب ساده‌تری از کاربرگ «آی‌کی‌دوی کلامی» در کتاب پلک و همکاران (۲۰۱۶) دارد. از همین رو، به جای حذف کاربرگ «آی‌کی‌دوی کلامی» از پروتکل، از نسخه جدید آن استفاده شد. در آزمایش مقدماتی، شرکت‌کنندگان از کاربرگ جدید استقبال کردند و در موقعیت‌های رفتارکننده مختلف به کار بستند.

در انطباق نهایی پروتکل، در امتداد استفاده از استعاره «جهت‌نما» و با توجه به وجود موجودی به نام دیو در ادبیات حماسی فارسی و ارتباط برقرارکردن شرکت‌کنندگان در آزمایش مقدماتی با آن، در جلسه دوم مربوط به آی‌کی‌دوی کلامی، برای پرداختن به انعطاف‌پذیری روانی، استعاره «دیوها در اتوبوس» افزوده شد. کارت مربوط به این استعاره از جمله کارت‌هایی بود که در ارتباط شخصی با شئندرف دریافت شد.

تجربه بالینی متخصصی که در زمینه ماتریکس اکت آموزش دیده بود حاکی از آن بود که مراجعان ایرانی با تمرین «گره مادر» ارتباط برقرار نمی‌کنند و بهتر است از تکنیک‌های دیگر شفقت‌به‌خود استفاده شود. در فرهنگ‌های انگلیسی‌زبان، وجود حیواناتی مانند سگ و گربه در خانواده‌ها امر نسبتاً رایجی است، اما در خانواده‌های ایرانی این‌گونه نیست. هنگام استفاده از استعاره‌ها و تمرینات اکت، باید به این نکته توجه داشت که از عناصر آشنا برای افراد آن بافتار استفاده شود (مک‌کاری و هیز، ۱۹۹۲؛ مسودا، ۲۰۱۴). بر این اساس و با توجه به نظر شئندرف (ارتباط شخصی، ۳ آوریل، ۲۰۲۰)، قرار شد هنگام آزمایش مقدماتی، از شرکت‌کننده سؤال شود با کدام گونه از پستانداران آشناست و حتی تجربه نگهداری از آن را داشته است یا دارد تا از گونه‌ای استفاده شود که با آن آشنایی دارد. نتایج آزمایش مقدماتی نشان داد که شرکت‌کنندگان با تمرین «گره مادر» ارتباط برقرار نمی‌کنند یا، به‌جای بچه‌گربه یا بچه‌گونه دیگری از پستانداران، نوزاد انسان را تجسم می‌کنند. از همین رو، با توجه به پیشنهاد میزگرد متخصصان، یکی از راهبردهای شفقت‌به‌خود در کتاب ACT

دسته‌بندی این دو تجربه نیست. این نظر همسو با نظر پلک و همکاران (۲۰۱۶) است که معتقدند دسته‌بندی با ماتریکس اغلب کافی است تا درمانجویان بتوانند تجربه درونی را از تجربه بیرونی تمیز دهند. بنا بر این، تمرین دسته‌بندی در پروتکل انطباق‌یافته قرار نگرفت. نتایج آزمایش مقدماتی نیز نشان داد که استفاده مکرر از نمودار ماتریکس کافی است تا شرکت‌کنندگان بتوانند تجربه درونی و بیرونی را از هم متمایز کنند.

در انطباق نهایی پروتکل، در جلسه ۵، برای جمع‌بندی مبحث دو قاعده و کمک به درک بهتر این موضوع که قاعده مربوط به تجربه بیرونی برای تجربه درونی کارایی ندارد، پرداختن به تفاوت انسان زنده و مرده (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۵) گنجانده شد. به همین منظور، از کارت ماتریکس «هدف‌های آدم مرده» استفاده شد. این کارت از جمله کارت‌هایی است که در پی ارتباط شخصی با شئندرف دریافت شد.

در انطباق نهایی پروتکل، استعاره «گرفتن ماهی و بازگرداندن آن به آب» صرفاً در جلسه دوم مربوط به قلاب‌ها (جلسه ۶) لحاظ شد. دلیل این اقدام آن بود که فرد کمی تمرین مربوط به قلاب‌ها را انجام دهد تا با قلاب‌ها آشنا شود و سپس، با استفاده از استعاره فوق، به او نوید داده شود که رهایی از آنها امکان‌پذیر است.

در میزگرد متخصصان، پیشنهاد شد که بازی کلمات قلاب‌مانند به دو دلیل انجام نشود. اول اینکه، چون فرد تازه با مفهوم قلاب آشنا می‌شود، تشخیص کلماتی که مانند قلاب عمل می‌کنند ممکن است بسیار دشوار باشد و در نتیجه، انتهای جلسه را برای او ناخوشایند کند. دوم اینکه کاربرگ «قلاب‌ها» کمک می‌کند فرد چنین کلماتی را به‌مرور زمان شناسایی کند. به همین دلایل، بازی کلمات قلاب‌مانند در پروتکل انطباق‌یافته گنجانده نشد و چنانکه نتایج آزمایش مقدماتی نشان داد، کاربرگ «قلاب‌ها» کافی بود تا شرکت‌کنندگان بتوانند قلاب‌های درونی خود را شناسایی کنند.

در نتیجه آزمایش مقدماتی، به نظر رسید که برای فهم سریع‌تر و بهتر آی‌کی‌دوی کلامی، بهتر است هنگام معرفی آی‌کی‌دوی ورزشی، ویدیوی کوتاهی درباره نحوه اجرای این ورزش نشان داده شود. از همین رو، در انطباق نهایی پروتکل، در جلسه ۷، قبل از معرفی آی‌کی‌دوی ورزشی، پخش ویدیوی مذکور گنجانده شد.

نظر متخصصان میزگرد این بود که کاربرگ «آی‌کی‌دوی

۶ نیاز به جلسه دومی دارند تا مهارت آموخته شده، در جلسه اول، تمرین شود و در خصوص مسائل پیش آمده در حین تمرین بحث و تبادل نظر صورت گیرد.

در مجموع، با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که برای استفاده مؤثر از پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی برای جمعیت ایرانی مبتلا به چاقی، انطباق فرهنگی ضروری به نظر می‌رسد.

در انتها، لازم است به محدودیت‌های این پژوهش اشاره شود. اگرچه نمونه پژوهش در قالب موردپژوهی بررسی شد، مجموع نمونه‌ها (۵ نفر) تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. از همین رو، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، حجم نمونه بزرگتری تعیین شود. جامعه آماری این پژوهش مبتلایان ۱۸ الی ۵۰ سال را شامل می‌شد. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی نسل‌های مختلف در جامعه واحد (لاغوی و همکاران، ۲۰۲۱)، این دامنه سنی تعمیم نتایج به تمام مبتلایان به چاقی را با محدودیت مواجه می‌کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، انطباق فرهنگی پروتکل ماتریکس اکت در کودکان، نوجوانان، و سالمندان مبتلا به چاقی بررسی شود. جهت تأیید ضرورت انطباق فرهنگی، لازم است تحقیقات مداخله‌ای دارای گروه مقایسه اجرا شود تا اثربخشی نسخه انطباق یافته با نسخه اصلی روان‌درمانی مقایسه گردد (نعیم و همکاران، ۲۰۲۳). از این رو، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، در قالب کارآزمایی‌های برتری^۱، اثربخشی پروتکل انطباق یافته ماتریکس اکت با پروتکل اصلی ماتریکس اکت، در مبتلایان به چاقی، مقایسه شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول با کد اخلاق IR.KHU.REC.1399.006 از کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تهران است.

سپاسگزاری

نویسندگان از همه کسانی که در این پژوهش همکاری و شرکت کردند تشکر می‌کنند.

made simple (هریس، ۲۰۱۹) جایگزین شد: دو دوست. به همین منظور، کاربرگی با عنوان «دو دوست» ساخته شد تا فرد با استفاده از آن بتواند این راهبرد را در موقعیت‌های رفتارکننده مختلف تمرین کند. راهبرد «دو دوست» به سه دلیل انتخاب شد: (۱) نتایج آزمایش مقدماتی نشان داد که شرکت‌کنندگان با انسان ارتباط برقرار می‌کنند؛ (۲) در امتداد سؤالات آی‌کی‌دوی کلامی، خاصه سؤال ۵، قرار داشت؛ و (۳) مقدمات گام آخر، دیدگاه‌گزینی، را فراهم می‌کرد، چون در آن، از فرد خواسته می‌شود در جایگاه دوست خوب خود قرار گیرد و از زاویه او به موقعیت رفتارکننده بنگرد.

تجربه بالینی متخصصی که در زمینه ماتریکس اکت آموزش دیده بود نشان داده بود که چنانچه گفت‌وگوی دیدگاه‌گزینی صرفاً کلامی انجام شود، اثر چندانی نخواهد داشت و برای آنکه بتوان در جایگاه خود اکنون و آینده قرار گرفت و از دیدگاه آنان سخن گفت، لازم است گفت‌وگو مکتوب شود. یکی دیگر از کاربرگ‌هایی که در نتیجه ارتباط شخصی با شنیدرف دریافت شد کاربرگ «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام» بود. این کاربرگ برای گام ششم ماتریکس اکت طراحی و در آن، از تصویر تلفن همراه، وسیله عالم‌گیر دنیای امروز، استفاده شده است. کاربرگ «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام» همسو با نظر متخصص میزگرد بود، چون در آن، گفت‌وگوی بین خود اکنون و آینده، در قالب ارسال پیام، مکتوب می‌شود. از همین رو، کاربرگ «پیام‌فرستادن برای خود آینده‌ام» در پروتکل انطباق یافته گنجانده شد. در آزمایش مقدماتی، شرکت‌کنندگان از این کاربرگ استقبال کردند و در موقعیت‌های رفتارکننده مختلف به کار بستند.

نظر متخصصان میزگرد درباره تعداد جلسات موردنیاز برای هر گام ماتریکس این بود که گام‌های ۱، ۳، و ۶ در یک جلسه و گام‌های ۲، ۴، و ۵ در دو جلسه انجام شوند. در خصوص گام ۱، اعتقاد جمع بر این بود که نمودار ماتریکس، چون در گام‌های دیگر نیز به کار می‌رود، به کرات تمرین می‌شود و در نتیجه، یک جلسه برای معرفی آن کفایت می‌کند. در خصوص گام ۳ نیز اعتقاد جمع بر این بود که چون بحث قلاب‌ها در آی‌کی‌دوی کلامی مطرح می‌شود، یک جلسه کافی است. اما برای گام ۶، معتقد بودند با توجه به تمرین راهبردهای گسلش و شفقت‌به‌خود در گام‌های ۴ و ۵، یک جلسه کافی است تا فرد با راهبرد دیدگاه‌گزینی آشنا شود و آن را به کار گیرد. نتایج آزمایش مقدماتی نشان داد که هریک از گام‌های ماتریکس اکت به دو جلسه نیاز دارد. گام ۱ نیاز به یک جلسه زمینه‌سازی، قبل از جلسه دیدگاه‌آفرینی، دارد و گام‌های ۲ تا

References

- Barrera Jr, M., & Castro, F. G. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 311-316.
- Barrera, M., Castro, F. G., & Steiker, L. K. H. (2011). A critical analysis of approaches to the development of preventive interventions for subcultural groups. *American journal of community psychology*, 48(3), 439-454.
- Barrera Jr, M., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: A progress report. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(2), 196.
- Barreto, M., Tran, T. A., & Gaynor, S. T. (2019). A Single-Session of Acceptance and Commitment Therapy for Health-Related behavior change: An Open Trial with a nonconcurrent matched comparison group. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 17-26.
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279-289.
- Butryn, M. L., Kerrigan, S., Arigo, D., Raggio, G., & Forman, E. M. (2018). Pilot test of an acceptance-based behavioral intervention to promote physical activity during weight loss maintenance. *Behavioral Medicine*, 44(1), 77-87.
- Cheng, J. K. Y., & Sue, S. (2014). Addressing cultural and ethnic minority issues in the acceptance and mindfulness movement. In A. Masuda (Ed.). *Mindfulness and acceptance in multicultural competency: A contextual approach to sociocultural diversity in theory and practice* (pp. 21-37). New Harbinger Publications.
- Chwyl, C., Sala, M., & Forman, E. M. (2022). Obesity: Third Wave Case Conceptualization. In *Behavior Therapy: First, Second, and Third Waves* (pp. 437-462). Cham: Springer International Publishing.
- Drossel, C., McCausland, C., Schneider, N., & Cattivelli, R. (2014). Functional Adaptation of Acceptance- and Mindfulness-Based Therapies: An Ethical Imperative. In A. Masuda (Ed.), *Mindfulness & Acceptance in Multicultural Competency: A Contextual Approach to Sociocultural Diversity in Theory & Practice* (pp. 129-145). Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral practice*, 16(2), 223-235.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Bradley, L. E., Lowe, M. R., Herbert, J. D., & Shaw, J. A. (2013). The mind your health project: A randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity. *Obesity*, 21(6), 1119-1126.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., & Bradley, L. E. (2015). Acceptance-based behavioral treatment for weight control: a review and future directions. *Current opinion in psychology*, 2, 87-90.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Goldstein, S. P., Wyckoff, E. P., & Thomas, J. G. (2016). Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: Results from the mind your health randomized controlled trial. *Obesity*, 24(10), 2050-2056.
- Fung, K. (2015). Acceptance and commitment therapy: Western adoption of Buddhist tenets? *Transcultural Psychiatry*, 52(4), 561-576.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531-548.
- Hall, G. C. N., Hong, J. J., Zane, N. W. S., & Meyer, O. L. (2011). Culturally competent treatments for Asian Americans: The relevance of mindfulness and acceptance-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 215-231.

- Harris, R. (2019). ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy (2th ed.). New Harbinger Publications.
- Hwang, W. C. (2020). Culturally Adapted Psychotherapy. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Clinical, Applied, and Cross-Cultural Research*, 263-267.
- Hayes, S. C., Muto, T., & Masuda, A. (2011). Seeking cultural competence from the ground up. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 232-237.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Lappalainen, R., & Lappalainen, P. (2020). Implementing ACT Online. In M. E. Levin., M. P. Twohig., and J. Krafft (Eds.), *Innovations in Acceptance & Commitment Therapy* (pp. 319-335). Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Levin, M. E., Krafft, J., Seifert, S., & Lillis, J. (2022). Tracking valued and avoidant functions with health behaviors: A randomized controlled trial of the acceptance and commitment therapy matrix mobile app. *Behavior modification*, 46(1), 63-89.
- Levin, M. E., Pierce, B., & Schoendorff, B. (2017). The acceptance and commitment therapy matrix mobile app: A pilot randomized trial on health behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(3), 268-275.
- Lillis, J., Dallal, D. H., & Forman, E. M. (2020). Innovations in Applying ACT Strategies for Obesity and Physical Activity. In M. E. Levin., M. P. Twohig., and J. Krafft (Eds.), *Innovations in Acceptance & Commitment Therapy* (pp. 319-335). Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 58-69.
- Lillis, J., & Kendra, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of contextual behavioral science*, 3(1), 1-7.
- Lillis, J., & Lee-Baggley, D. (2023). Health Promotion and Weight Management for Obesity. In M. P. Twohig, M. E. Levin, and J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 391-406). Oxford University Press.
- Lillis, J., Niemeier, H. M., Thomas, J. G., Unick, J., Ross, K. M., Leahey, T. M., ... & Wing, R. R. (2016). A randomized trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss in people with high internal disinhibition. *Obesity*, 24(12), 2509-2514.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists* (2th ed.). New Harbinger Publications.
- Masuda, A. (2020). Adapting Acceptance and Commitment Therapy to Diverse Cultures. In M. E. Levin., M. P. Twohig., and J. Krafft (Eds.), *Innovations in Acceptance & Commitment Therapy* (pp. 319-335). Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Masuda, A. (Ed.). (2014). Mindfulness and acceptance in multicultural competency: A contextual approach to sociocultural diversity in theory and practice. New Harbinger Publications.
- Masuda, A. (2016). Principle-based cultural adaptation of cognitive behavior therapies: A functional and contextual perspective as an example. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 42(1), 11-19.
- Masuda, A., Morgan, L., Spencer, S. D., Qina'au, J., & Jo, D. (2023). Cultural Adaptations of Acceptance and Commitment Therapy. In M. P. Twohig, M. E. Levin, and J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 662-679). Oxford University Press.
- Naeem, F., Sajid, S., Naz, S., & Phiri, P. (2023). Culturally adapted CBT—the evolution of psychotherapy adaptation frameworks and evidence. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e10, 1-21.

- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook* (5th ed.). McGraw-Hill Education (UK).
- Perry, A., Gardener, C., Oliver, J. E., Taş, Ç., & Özenç, C. (2019). Exploring the cultural flexibility of the ACT model as an effective therapeutic group intervention for Turkish speaking communities in East London. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12(e2), 1–25.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health*, 30(4), 459-467.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., & Webster, M. (2016). The essential guide to the ACT matrix: A step-by-step approach to using the ACT matrix model in clinical practice. Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethnicity & disease*, 9(1), 10-21.
- Schoendorff, B. (2020). The ACT Matrix. In M. E. Levin., M. P. Twohig., and J. Krafft (Eds.), *Innovations in Acceptance & Commitment Therapy* (pp. 101-118). Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Sidani, S., Ibrahim, S., Lok, J., Fan, L., Fox, M., & Guruge, S. (2017). An integrated strategy for the cultural adaptation of evidence-based interventions. *Health*, 9(04), 738-755.
- Smith, T. B., Domenech Rodríguez, M., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 166–175.
- Straub, R. O. (2014). *Health psychology: A biopsychosocial approach* (4 th ed.). Worth Publishers.
- Sutton, S. (2004). Determinants of health-related behaviours: Theoretical and methodological issues. In S. Sutton., A. Baum., and M. Johnston (Eds.), *The Sage handbook of health psychology* (pp. 94-126). SAGE Publications.
- Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Majd, H. A., Nikanfar, A., & Ghahramanian, A. (2014). Details of content validity and objectifying it in instrument development. *Nursing Practice Today*, 1(3), 163-171.
- Zemestani, M., Hosseini, M., Petersen, J. M., & Twohig, M. P. (2022). A pilot randomized controlled trial of culturally-adapted, telehealth group acceptance and commitment therapy for Iranian adolescent females reporting symptoms of anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 145-152.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2015). *Acceptance and commitment therapy: Distinctive features* (M. Mirzaie & S. Nonahal, Trans.). Arjmand Publication. (Original work published 2011).
- Laghusi, D., Boudaghi, A., Abbaszadeh, M., & Qasemzadeh, D. (2021). An Analysis of Cultural Determinants of Health with A Qualitative Approach. *Health Psychology*, 9(36), 63-86. (in Persian)
- Lillis, J., Dahl, J., & Weineland, S. M. (2018). The diet trap: Feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy. (S. Nonahal Trans.). Arjmand Publication. (Original work published 2014).
- Zolfaghari, H. (2013). *Great Dictionary of Persian Proverbs (Volume II)*. Tehran: Elm Publication. (in Persian).