

اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی  
ماندانا عبدالکریمی<sup>۱</sup>، شهره قربان‌شیرودی<sup>۲</sup>، جواد خلعتبری<sup>۳</sup>، محمدرضا زربخش<sup>۴</sup>

## Effectiveness of meta diagnosis package of acceptance and commitment therapy, Self-Compassion therapy and dialectic behavioral therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women

Mandana Abdolkarimi<sup>1</sup>, Shohreh Ghorban Shirodi<sup>2</sup>, Javad Khalatbari<sup>3</sup>, Mohammad Reza Zarbakhsh<sup>4</sup>

### چکیده

**زمینه:** چاقی فرآیندهای روان‌شناختی و هیجانی افراد را با آسیب مواجه می‌سازد. **هدف:** هدف این پژوهش بررسی تأثیر بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه در سال ۱۳۹۶ بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان مراجعه کننده به دو کلینیک تغذیه شهر تنکابن بود که از بین آنها ۲۰ زن مبتلا به اضافه وزن و چاقی با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۰ زن). گروه آزمایش مداخله آموزشی فراتشخیصی را طی سه ماه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (گراتز و رومر، ۲۰۰۴) و رفتار خوردن (نورمن و همکاران، ۲۰۰۹) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس آمیخته توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله آموزشی فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی تأثیر معناداری داشته است ( $p < 0.001$ ). **نتیجه‌گیری:** مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان از بسته آموزشی فراتشخیصی جهت بهبود تنظیم هیجان و رفتار خوردن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی بهره برد. **واژه کلیدی‌ها:** بسته فراتشخیصی، تنظیم هیجان، رفتار خوردن، چاقی

**Background:** Obesity causes the psychological and emotional processes of individuals to be damaged. **Aims:** The objective of the present study was to investigate the effectiveness of meta diagnosis package of acceptance and commitment therapy, Self-Compassion therapy and dialectic behavioral therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women who referred to nutrition clinics in 2017. **Method:** The research method was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and three-month follow up stage. The statistical population of the present study included women referring to nutrition clinics in the city of Tonekabon from whom 20 overweight and obese women were selected through non-random sampling method and replaced into experimental and control groups. The experimental group received twelve ninety-minute meta diagnosis teaching interventions during three months. The applied questionnaires in the current study included the questionnaire of difficulty in emotion regulation (Geratz and Romer, 2004) and eating behavior (Norman, et.al, 2009). The data from the study were analyzed through mixed ANOVA via SPSS 23 software. **Results:** The results showed that meta diagnosis teaching intervention has significantly influenced emotion regulation and eating behavior in overweight and obese women ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** According to the findings of the present study meta diagnosis teaching package can be employed to improve emotion regulation and eating behavior in overweight and obese women. **Key words:** Meta diagnosis package, emotion regulation, eating behavior, obesity

Corresponding Author: shohreshiroudi@gmail.com

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

<sup>۱</sup> Ph.D. Student, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

<sup>۲</sup> دانشیار و عضو هیئت علمی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Associate Professor, Faculty Member, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> دانشیار و عضو هیئت علمی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

<sup>۳</sup> Associate Professor, Faculty Member, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

<sup>۴</sup> استادیار و عضو هیئت علمی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

<sup>۴</sup> Assistant Professor, Faculty Member, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

## مقدمه

چاقی حالت پیچیده و چندوجهی است که در آن چربی‌های اضافی بدن، فرد را در معرض مشکلات سلامتی متعددی قرار می‌دهد (چارالامپاکیس، اسکالاکیس، برتسیاس و پاپاداکیس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). بسیاری از پژوهشگران چاقی را مهمترین بیماری تغذیه‌ای در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه دانسته و بیان می‌کنند. می‌توان چاقی را به تجمع بیش از حد و غیرمعمول چربی در بافت چربی، تا حدی که سلامت شخص به خطر بیفتد تعریف کرد. برای اندازه‌گیری چربی بدن از روش نمایه توده بدن<sup>۲</sup> می‌شود (پاپکین، آدایر و نگگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ آگوستونی، براگر، دکسی، کولاکک، کولتزکو، میهانسچ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). چاقی با مشکلات سلامتی و هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی سالیانه و همچنین با مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال خوردن و کاهش فعالیت‌های بدنی همراه است (پال و هییر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ کاولی و میرهوفر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). افرادی که سعی بر کاهش وزن دارند به طور معمول بعد از مدتی به علت خستگی و ناامیدی دست از تلاش بر می‌دارند. علاوه بر این باید ذکر کرد برنامه‌های کاهش وزن محدود به رژیم غذایی و فعالیت‌های بدنی فقط حدود هفت تا ده درصد در کاهش وزن و بهبودی سلامتی مؤثر است و بسیاری از افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی بعد از ۶ ماه رژیم غذایی و ورزش دوباره به سبک زندگی قبلی خود و چاقی بر می‌گردند (مک‌لین، وینگ، داویدسون، اپستین، گودپاستر، هال<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

بنابراین به علت شیوع چاقی و عدم موفقیت در حفظ و مهار وزن، مطالعات عظیمی در راستای رفتار خوردن و علل زیربنایی آن انجام شده است. بخش عظیمی از ادبیات پژوهشی تأکید دارند که رفتار خوردن تحت تأثیر محرک‌های محیطی و بیرونی قرار دارد. محیط مدرن امروزی با غذاهای لذیذ و پرکالری آماده، راه را برای چاقی و اضافه وزن هموار می‌کند (فورمن و باترین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). همچنین وجود زیستی انسان به طور طبیعی تمایل به

کم‌حرکی و پرخوری دارد. بدین جهت که پرخوری پاسخی است به محرک‌های درونی (تجارب هیجانی) و بیرونی (وجود غذاهای لذیذ و پرکالری) و کم‌حرکی نیز به علت ضعف در فرآیندهای خودتنظیمی است (گروسنس، مالدرن، دارم و بیرت<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷).

عامل دیگری که محققان در سبب‌شناسی رفتار خوردن به آن پرداخته‌اند، دشواری در تنظیم هیجانات است. مدیریت اطلاعات برانگیخته شده هیجانی توسط راهبردهای شناختی هشیار را می‌توان «تنظیم هیجان» تعریف نمود (زلومک و هاهن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). فرآیندهای تنظیم هیجان افراد، بر دریافت و ادراک اینکه چه هیجان‌هایی را تجربه می‌کنند، چه موقع آنها را تجربه می‌کنند و چگونه آنها را بیان می‌نمایند، تأثیر می‌گذارد (زنگی، بازنی و بازینسکا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲) و این فرآیند به صورت ساختار وسیعی در نظر گرفته می‌شود که تعدادی از فرآیندهای تنظیمی خصیصه‌های زیربنایی و اساسی هیجانات مثل واکنش‌پذیری فیزیولوژیایی، اجتماعی، رفتاری، فرآیندهای شناختی و نیز تنظیم تجربه هیجانات را در خود جای می‌دهد (زلومک و هاهن، ۲۰۱۰). تنظیم هیجان یک ساختار چند بعدی است که راهکارهای تلفیقی انعطاف‌پذیری همچون مهار رفتاری، هشیاری نسبت به هیجانات و تحمل آشفتگی را در بر می‌گیرد. دشواری در تنظیم هیجان در رفتارهایی که واکنش‌پذیری‌های خودکار دایمی به پیامدهای رفتاری ناسالم همچون پرخوری و اعتیاد منجر می‌شود، آشکار است (هریسون، میتچوسن، ریگر، رودگرز و موند<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶). با توجه به سبب‌شناسی رفتار خوردن، به نظر می‌رسد تنها تمرکز بر روی رژیم غذایی محدود کننده و فعالیت‌های فیزیکی جهت افزایش سلامتی و رواندستی افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی مؤثر نمی‌باشد. بنابراین مورد هدف قرار دادن فرآیندهای روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند ارتباط سالم‌تر و قابل پذیرش‌تری با رفتار خوردن شان برقرار کنند (تایلکو، آنانزیاتو، بارگارد، دانلسدوتیر، شامان، داویس<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

8. Forman, Butryn

9. Goossens, Malderen, Durme, Braet

10. Zlomke, Hahn

11. Szczygie, Buczny, Bazinska

12. Harrison, Mitchison, Rieger, Rodgers, Mond

13. Tylka, Annunziato, Burgard, Daníelsdóttir, Shuman, Davis

1. Charalampakis, Dskalakis, Bertsiass, Papadakis

2. Body Mass Index

3. Popkin, Adair, Ng

4. Agostoni, Braegger, Decsi, Kolacek, Koletzko, Mihatsch

5. Puhl & Heuer

6. Cawley & Meyerhoefer

7. MacLean, Wing, Davidson, Epstein, Goodpaster, Hall

مقابل، هیجان‌نا منفی آنان را کاهش داده و منجر به پذیرش خود و اصلاح رفتارهای مختلف همچون رفتار خوردن شود.

از طرفی بدنه اصلی تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیک، حول یادگیری، بکارگیری و تعمیم توانش‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به فرد برای شکستن و فایق آمدن بر این چرخه معیوب است (بورنوالووا و دافترس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷). این روش بر سه پایه رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذن<sup>۱۴</sup> استوار است. رفتاردرمانی دیالکتیک شیوه درمانی یکپارچه‌نگر است. در این رویکرد به افراد آموخته می‌شود تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آنها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد (سوالز و هیرد<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹).

چنان‌که مبتنی بر این مبانی نظری، نتایج پژوهش پاور، الیورا، هیل، بک، هاپوود، گارسیا<sup>۱۶</sup> و همکاران (۲۰۱۶)؛ نف و داهم (۲۰۱۵)؛ کاترمن، گلدستین، باترین، فورمن و لاو<sup>۱۷</sup> (۲۰۱۴)؛ ماسون، ون‌رانسون، والاک و سافر<sup>۱۸</sup> (۲۰۱۳) و کروگر، اسپیگر، سیوس، کلابم و آرنولد<sup>۱۹</sup> (۲۰۱۱) نشان داده که تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند منجر به تغییر در فرآیندهای خوردن و تغذیه-ای افراد مبتلا به چاقی و اضافه وزن گردد.

در نهایت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرآیند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرآیندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد است (لانس، مک کارکن، ساتو و تیلور<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۳). پژوهش‌های پژوهشگران مختلف همچون الینبرگ، هافمن، جنسن و

بنابراین به نظر می‌رسد درمانی که بتواند منجر به شناسایی و تنظیم هیجان‌ها، پذیرش و شفقت به خود، افزایش ذهن آگاهی و شناسایی ارزش‌ها و اقدام به عمل متعهدانه در آن راستا شود به طبع موجب کاهش و مهار وزن می‌شود. در این راستا اخیراً محققان به این نتیجه رسیدند که مداخلاتی که بر پایه تکنیک‌های مختلف در درمان‌های متمرکز بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در راستای این مسئله کمک کننده باشد (تول و کرایگهد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶؛ پالمیرا، گوآویا و گانها<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). چنان‌که امروزه کارآیی این مداخلات در پژوهش‌های تجربی شواهد چشمگیری را نشان داده‌اند (هیز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ فیشر، مید، لاتیمرمالینوسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ لوین، پوتز، هیگر و لیلیس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸).

در بررسی اجمالی می‌بایست اشاره کرد که درمان مبتنی بر شفقت به خود، سبب ایجاد یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود شده و از سه مؤلفه اصلی برخوردار است: در وهله اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده نابسندگی‌هاست. دوم شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی، رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد و سرانجام آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود می‌باشد (نف، کیرک‌پاتریک و راد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش پژوهشگرانی همچون بلاث و ایزنلور-ماول<sup>۷</sup> (۲۰۱۷)؛ تاننبا، آدامز، گونالز، هانس و هود<sup>۸</sup> (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین<sup>۹</sup> (۲۰۱۷)؛ تول و کرایگد (۲۰۱۶)؛ الین و هالینز<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۵) و هیلبرت، براهلر، اسمیدت، لاو، هاسر و زنگلر<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۵) نشان داده که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به طور معناداری سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در

11. Soysa, Wilcomb

12. Hilbert, Braehler, Schmidt, Löwe, Häuser & Zenger

13. Bornovalova & Daughters

14. zen practice

15. Swales & Heard.

16. Power, Olivera, Hill, Beck, Hopwood, Garcia

17. Katterman, Goldstein, Butryn, Forman & Lowe

18. Masson, Von Ranson, Wallace, Safer

19. Kröger, Schweiger, Sipos, Kliem, Arnold

20. Lance, McCracken, Sato, Taylor

1. Toole, Craighead

2. Palmeira, Gouveia, Cunha

3. Hayes

4. Fisher, Mead, Lattimore, Malinowski

5. Levin, Potts, Haeger, Lillis

6. Neff, Kirkpatrick, Rude

7. Bluth, Eisenlohr-Moul

8. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood

9. Wan, Chen, Poon, Teng, Jin

10. Elaine & Hollins

متقاضی با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش مورد بررسی و ۲۰ نفر از آنان انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. معیارهای ورود به گروه شامل قرار داشتن در رده سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن تحصیلات دیپلم به بالا، عدم بارداری، دارا بودن سلامت جسمانی و سکونت در شهرستان‌های رامسر و تنکابن بود که سلامت جسمانی افراد با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده پزشکی آنها مورد راستی آزمایی قرار گرفت. هم‌چنین ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات آموزشی، غیبت در دو جلسه آموزشی و ابتلا به یک اختلال جسمی و یا روان‌شناختی حاد در طول انجام فرآیند پژوهش بود.

### ابزار

شاخص توده بدنی: این شاخص از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) به دست می‌آید. قبل از مداخله جهت انجام پژوهش، در دو گروه آزمایش و کنترل برای تعیین قد، شخص بدون کفش و در حالت کاملاً ایستاده و مستقیم به دیوار تکیه داده، به نحوی که پاشنه پا، باسن، شانه‌ها و سر در تماس با دیوار بود. آن‌گاه قد با استفاده از متر نواری اندازه‌گیری گردید. جهت تعیین وزن از ترازوی دیجیتالی با حساسیت بالا استفاده شد (ساخته شده توسط شرکت توزین توان سنجش). همچنین بعد از اجرای روش آموزشی و یک ماه بعد از آن نیز مجدداً قد و وزن دو گروه گرفته شد. کسانی که دارای BMI بالای ۲۵ بودند به عنوان افراد چاق در نظر گرفته شدند (علائینی و همکاران، ۲۰۱۲).

پرسشنامه رفتارهای خوردن هلندی: فورمن و همکاران (۲۰۰۹) این پرسشنامه را که به منظور ارزیابی میزان میل به خوردن و عمل به خوردن افراد در پاسخ به برانگیختگی هیجانی، طراحی کردند. این پرسشنامه ۱۱ سؤال دارد و از افراد خواسته می‌شود در دو موقعیت آن را پاسخ دهند. یک بار در رویارویی با رفتار و بار دیگر در رویارویی با امیال. این پرسش‌ها در طیف پنج درجه‌ای لیکرت (هرگز تا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه، درستی و قابلیت اعتماد درونی بالایی (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶) را در پژوهش فورمن و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد. ابتدا نسخه اصلی

فروستهولم<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)؛ یو، نورتن و مک کریکن<sup>۲</sup> (۲۰۱۷)؛ لیلیس، توماسا، نیمریب و وینگ<sup>۳</sup> (۲۰۱۷)؛ ورسب، لیب، مایر، هویر، ویچن و آندرو<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) و فورمن و بوتترین (۲۰۱۵) نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند فرآیندهای هیجانی، روان‌شناختی و ارتباطی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این نتایج پژوهش واینلند، آرویدسون، کاکلیدیس و داهل<sup>۵</sup> (۲۰۱۲)؛ پیرسون، فولت و هیز<sup>۶</sup> (۲۰۱۲) و یاداوی، هیز و ویلارداگا<sup>۷</sup> (۲۰۱۴) نشان داده که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند خوردن هیجانی افراد چاق را کاهش دهد.

حال با عطف نظر به آسیب‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارآیی درمان‌های چندگانه در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی جامعه‌های آماری مختلف و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی مداخله آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی، مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا آموزش بسته فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی تأثیر دارد؟

### روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزنی بود که جهت کاهش وزن به کلینیک‌های تغذیه شهرستان رامسر و تنکابن در سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۰ زن دارای تشخیص چاقی  $BMI \geq 30$  و دارای اضافه وزن با شاخص توده بدنی معادل ۲۹/۹-۲۵ بود که بر اساس نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند ( $n_1 = 10, n_2 = 10$ ). شیوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که با مراجعه به کلینیک‌های تغذیه و فراخوان شرکت در پژوهش، زنان

5. Weineland, Arvidsson, Kakiulidis & Dahl

6. Pearson, Follette, Hayes

7. Yadavaia, Hayes, Vilardaga

1. Eilenberg, Hoffmann, Jensen, Frostholm

2. Yu, Norton, McCracken

3. Lillis, Thomasa, Niemeierb, Wing

4. Wersebe, Lieb, Meyer, Hoyer, Wittchen, Andrew

روند اجرای پژوهش: جهت انجام پژوهش با مراجعه به مراکز تغذیه شهرستان‌های رامسر و تنکابن و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و گمارش آنها در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله آموزشی فراتشخیصی انجام شد، در حالی که گروه گواه این مداخله را در طول انجام فرآیند پژوهش دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات آموزشی مرحله پس‌آزمون اجرا گردید. هم‌چنین مرحله پیگیری نیز سه ماه پس از آخرین جلسه آموزشی اجرا شد. خلاصه جلسات بسته فراتشخیصی مبتنی بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این شرح است: جلسه اول: آشنایی شرکت‌کنندگان با ساختار بسته آموزشی فراتشخیصی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و درمان متمرکز بر شفقت؛ آموزش درماندگی خلاقانه؛ معرفی خوردن آگاهانه. جلسه دوم: آموزش توانش‌های ذهن آگاهی از طریق درخت ذهن آگاهی و تقویت خوردن آگاهانه. جلسه سوم: درک نقش هیجان‌های مختلف در زندگی و آموزش مدل‌های تنظیم هیجان. جلسه چهارم: آموزش شناسایی ارزش‌ها و اعمال متعهدانه. جلسه پنجم: آموزش پذیرش و ناهمجوشی. جلسه ششم: آموزش تمایل و تحمل آشفتگی؛ تقویت توانش‌های ذهن آگاهی پیشرفته. جلسه هفتم: درک مفهوم درد طبیعی و رنج مصنوعی؛ آموزش پذیرش بنیادین، آموزش فنون پذیرش رنج. جلسه هشتم: نقش شرم و خود انتقادگری در چاقی و اضافه وزن؛ آموزش مغز مبتنی بر غم و مبتنی بر شفقت. جلسه نهم: آموزش شفقت به خود به صورت پیشرفته (آموزش خود مشفق، دعای شفقت، رنگ‌آمیزی مشفقانه). جلسه دهم: آموزش شفقت به خود و خود مشاهده‌گر (نوشتن نامه مشفقانه، ایجاد یک مکان امن، دریافت شفقت از سوی دیگران و دادن شفقت نسبت به دیگران،

پرسشنامه در پژوهش نوریان، آقایی و قربانی (۲۰۱۵) به شیوه وارو- وارون ترجمه شد. سپس سه نفر متخصص مسلط به زبان انگلیسی و زبان تخصصی علوم رفتاری و روانشناسی مقابله ترجمه فارسی و انگلیسی را انجام دادند و پس از ویراستاری ادبی نسخه نهایی آن تنظیم شد. استادان متخصص درستی و قابلیت اعتماد پرسشنامه را تأیید کردند و ضریب آلفای کرونباخ آن در یک آزمون مقدماتی که بر ۳۰ فرد انجام شد، در هر دو خرده‌مقیاس میل به خوردن و عمل به خوردن ۰/۹۵ به دست آمد (نوریان، آقایی و قربانی، ۲۰۱۵).

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان: پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان یک مقیاس ۳۶ گویه‌ای است که توسط گراتز و رومر<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، طراحی شده است و دارای یک نمره کلی و شش نمره اختصاصی در مقیاس‌هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجان شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری در مهار تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها در این مقیاس از طریق یک درجه‌بندی لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجان است. گراتز و رومر (۲۰۰۴) پایایی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده-مقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. درستی و قابلیت اعتماد سازه و درستی و قابلیت اعتماد پیش بین این مقیاس نیز تأیید شده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). عسگری و همکاران (۲۰۱۰) پایایی نسخه فارسی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند و داده‌های حاصل از همبستگی این مقیاس با مقیاس هیجا خواهی ذاکرمن نیز روایی همگرایی مقیاس را تأیید کرده است. درستی و قابلیت اعتماد این پرسشنامه در پژوهش حاضر، از طریق ثبات درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه گردید که ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۱ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

1. Gratz, Roemer

برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### داده‌ها و یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که از تعداد ۲۰ نفر افراد شرکت کننده در این تحقیق، ۹ نفر (۴۵ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۵۵ درصد) متأهل بودند. همچنین ۳ نفر (۱۵ درصد) دیپلمه، ۵ نفر (۲۵ درصد) دارای فوق دیپلم، ۹ نفر (۴۵ درصد) دارای لیسانس و ۳ نفر (۱۵ درصد) نیز دارای مدرک فوق لیسانس بودند. حال یافته‌های توصیفی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) مؤلفه‌های رفتار خوردن و تنظیم هیجان در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در مراجعه کنندگان به مراکز تغذیه رامسر و تنکابن در جدول ۱ ارائه شده است.

تمرین رفتار کردن با خود مانند یک دوست؛ شناسایی موانع شفقت. جلسه یازدهم: آموزش ذهن خردمند، آموزش پل دردساز، تقویت توانش‌های پذیرش و تمایل نسبت به تجارب درونی ناخواسته؛ آموزش زندگی در زمان حال. جلسه دوازدهم: چسبندگی به اعمال متعهدانه، کنار آمدن با شکست‌ها و توسعه اعمال متعهدانه و زندگی با حلقه هدف.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته

جدول ۱. نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رفتار خوردن	گروه آزمایش	۱۱۶/۶۰	۱۶/۲۰	۸۲/۲۰	۹/۲۷	۷۹/۹۰
	گروه گواه	۱۲۲/۵۰	۱۴/۸۴	۱۱۸/۸۰	۱۸/۰۸	۱۲۱/۶۰
تنظیم هیجان	گروه آزمایش	۱۱۷/۳۰	۱۷/۶۸	۶۷/۷۰	۱۰/۲۲	۶۱/۸۰
	گروه گواه	۱۱۳/۹۰	۱۹/۳۱	۱۱۶/۶۰	۱۷/۹۶	۱۱۹/۹۰

آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0.05$ ). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی) معنادار نبوده است ( $p > 0.05$ ). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی رعایت شده است ( $p > 0.05$ ).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌های داده‌ها در متغیرهای رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ( $p > 0.05$ )،  $f = 0.62$ ؛ ( $p > 0.05$ )،  $f = 0.42$ . همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج

جدول ۲. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای مؤلفه‌های رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مرحله
۱	۰/۸۱	۰/۰۰۰۱	۷۹/۳۵	۲۵۸۸/۵۱	۲	۵۱۷۷/۰۳	مرحله
۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۶۶/۶۸	۱۲۶۷۳/۰۶	۱	۱۲۶۷۳/۰۶	گروه‌بندی
۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۶۴/۲۱	۲۰۹۴/۶۱	۲	۴۱۸۹/۲۳	تعامل مراحل و گروه‌بندی
۱	۰/۹۳	۰/۰۰۰۱	۲۶۰/۳۱	۳۸۸۰/۵۱	۲	۷۷۶۱/۰۳	مرحله
۱	۰/۸۸	۰/۰۰۰۱	۱۳۹/۰۶	۱۷۸۸۸/۲۶	۱	۱۷۸۸۸/۲۶	گروه‌بندی
۱	۰/۹۵	۰/۰۰۰۱	۳۹۶/۰۶	۵۵۰۱/۸۱	۲	۱۱۰۰۳/۶۳	تعامل مراحل و گروه‌بندی

رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با گروه گواه تأثیر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی حاکی از آن است که آموزش بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) مؤلفه های رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۷۸ و ۹۵ درصد از تغییرات متغیرهای وابسته (رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی) توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال جهت بررسی این نکته که این تأثیر در کدامیک از مراحل آزمون بوده است به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی پرداخته می‌شود.

نتایج جدول تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (آموزش بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی) فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی دارای تأثیری معنادار بوده است. بدین معنا که اثر آموزش بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، در مان متمرکز بر شفقت و

جدول ۳. بررسی تفاوت‌های دو به دو در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه	مراحل آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
رفتار خوردن	پس آزمون	۱۹/۰۵	۲/۰۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲۰/۳۰	۱/۸۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۱۹/۰۵	۲/۰۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۲۵	۱/۴۴	۰/۹۱
تنظیم هیجان	پس آزمون	۲۳/۴۵	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲۴/۷۵	۱/۴۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۲۳/۴۵	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۳۰	۰/۳۷	۰/۰۰۷

فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی در حالی که بر میانگین نمرات رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی در مرحله پس آزمون تأثیر معنادار داشته، توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید که این تأثیر در مؤلفه دشواری تنظیم هیجان برجسته‌تر بوده است.

چنانکه از نتایج جدول ۴ مشخص است نمرات میانگین تعدیل شده رفتار خوردن و دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی در گروه آزمایش از میانگین نمرات گروه گواه کمتر است.

همانگونه نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری مؤلفه‌های رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی معنادار است. این در حالی است که بین میانگین نمرات پس آزمون با پیگیری مؤلفه تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی تفاوت معنادار وجود دارد. ولی بین میانگین نمرات پس آزمون با پیگیری مؤلفه رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی تفاوت معنادار مشاهده نشد. این یافته‌ها بدین معنا است که میانگین مؤلفه دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون دچار کاهش معنادار شده است. اما تفاوت میانگین نمرات مؤلفه رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نبود. در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان بیان نمود که آموزش بسته آموزشی

جدول ۴. میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته (رفتار خوردن و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی)			
متغیرها	گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد
رفتار خوردن	گروه آزمایش	۹۱/۹۰	۲/۵۱
	گروه گواه	۱۲۰/۹۶	۲/۵۱
تنظیم هیجان	گروه آزمایش	۸۲/۲۶	۲/۰۷
	گروه گواه	۱۱۶/۸۰	۲/۰۷

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بسته آموزشی فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی تأثیر معنادار داشته و توانسته این تأثیر را در طول زمان حفظ نماید.

همسو با نتایج پژوهش حاضر پالمیرا و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان دادند، بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت در کاهش خودبرچسب زنی منفی، مشکلات روان‌شناختی و رفتار خوردن مؤثر است. فیشر و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند مداخلات بر پایه ذهن آگاهی در کاهش خوردن هیجانی و تنظیم هیجانات، کاهش ولع مصرف و مدیریت وزن مؤثر است. تول و کرایگد (۲۰۱۶) و هیلبرت و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند مداخلات مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت موجب کاهش نارضایتی از تصویر بدن و افزایش پذیرش خود و اصلاح رفتار خوردن می‌شود. لیلیس و همکاران (۲۰۱۷)، فورمن و بوتترین (۲۰۱۵) نشان دادند که چطور تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (آموزش توانش‌های ذهن آگاهی، توانش‌های پذیرش به جای فرار یا مبارزه با افکار ناخوشایند و شناسایی ارزش‌ها و دنبال کردن آنها) موجب افزایش تنظیم هیجان و اصلاح رفتار خوردن و مهار وزن می‌شود. مطالعه نوریان و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد چاقی که در پاسخگویی به افکار واحساسات خود اقدام به خوردن می‌کنند، مؤثر است. پژوهش وینلند و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خوردن هیجانی را در افراد چاقی که جراحی چاقی انجام

داده‌اند، کاهش می‌دهد. پیرسون و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتارهای خوردن را در زنان دارای نگرانی تصویر بدنی، کاهش می‌دهد. فورمن و بوتترین (۲۰۱۴) در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای مهار وزن مؤثر دانستند. یاداوی و همکاران (۲۰۱۴) نیز تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در افزایش شفقت به خود و اصلاح رفتار خوردن مؤثر دانستند. پژوهش‌های لوین و همکاران (۲۰۱۷)، لیلیس و همکاران (۲۰۱۷) حاکی از آن است رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش را در درمان اختلال خوردن مؤثر است. اسلون، هال و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه فراتحلیلی خود ۶۷ تا پژوهش را مورد بررسی قرار دادند که حاکی از این یافته بود که ناتوانی در تنظیم هیجان با انواع اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد، پرخوری مرتبط است و مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان در درمان‌های فراتشخیصی رفتار درمانی دیالکتیکی، پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در کاهش و بهبود این اختلالات مؤثر است. تمامی این پژوهش‌ها با تأکید بر اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود رفتار خوردن و تنظیم هیجان با یافته‌های این پژوهش همسو است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های ماسن و همکاران (۲۰۱۳) و کروگر و همکاران (۲۰۱۱) که نشان دادند تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش وزن، اصلاح رفتار خوردن و تنظیم هیجان مؤثر است و پژوهش پاور و همکاران (۲۰۱۶) و نف و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی، دوره‌های پرخوری را کاهش می‌دهد و پژوهش کاترمن و همکاران (۲۰۱۴) که نشان دادند مدیتیشن ذهن آگاهانه پرخوری و خوردن هیجانی را در افراد درگیر با این رفتارها کاهش می‌دهد و به کاهش وزن منجر می‌گردد، همخوان است.



## منابع

عسگری، پرویز؛ پاشا، غلامرضا؛ امینان، مریم (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در

زنان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۴(۱۳)، ۷۸-۶۵.

Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Mihatsch, W., et al. (2011). Role of dietary factors and food habits in the development of childhood obesity: a commentary by the Espghan Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 52 (6):662-9.

Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.

Bornovalova, M.A., Daughters, S.B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 27, 923-943.

Cawley, J., Meyerhoefer, C. (2012). The medical care costs of obesity. An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics*, 31(1), 219-230.

Charalampakis, V., Dskalakis, M., Bertias, G., Papadakis, J.A. (2012). Validation of the Gareek translation of the obesity-specific Moorehrad- Ardelit Qualify of life Questionnaire II. *Obesity Surgery*, 22 (5), 690-696.

Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24-31.

Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.

Fisher, N.R., Mead, B.R., Lattimore, P., Malinowski, P. (2017). Dispositional mindfulness and reward motivated eating: The role of emotion regulation and mental habit. *Appetite*, 118, 41-48.

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, EM., Butryn, M.L. (2015). A new look at the science of weight control: How acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation, *Appetite*, 84, 171-180.

Goossens, L., Malderen, E.V., Durme, K.V., Braet, C. (2017). Loss of control eating in adolescents: Associations with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies, *Eating Behaviors*, 22, 156-163.

در رفتار خوردن مؤلفه پذیرفتن تصویر بدن خود بدون قید و شرط، پذیرش احساسات ناخوشایند به جای فرار یا مبارزه با آنها، دنبال کردن ارزش‌های اصلی با حضور ذهن، بسیار مهم است.

ذهن آگاهی و توانایی تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود شوند، بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آنها (خوردن) کاهش یابد و همراه با شفقت و مهربانی که به خود دارند، در راستای ارزش‌های خود گام بردارند. در بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت‌کنندگان با اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق می‌شوند و این شامل آموزش توانش‌های ذهن آگاهی مبتدی و پیشرفته، آموزش زندگی در زمان حال، آموزش توانش‌های ناهمگوشی با فکر و احساسات و پذیرش آنها به جای فرار و اجتناب، آموزش تحمل پریشانی و تنظیم هیجانات، آموزش پرورش دادن مؤلفه‌های شفقت و شناسایی و دنبال کردن ارزش‌ها می‌باشد.

در پایان باید توجه داشت که این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از جمله بررسی نکردن برخی متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه‌های این پژوهش شامل زنان چاق بدون مشکلات سلامتی در شهرستان‌های تنکابن و رامسر بود. بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی (کودکان و نوجوانان)، مردان، افراد دارای اضافه وزن یا چاقی شدید، افراد چاقی که با سایر مشکلات سلامتی (روانی و جسمی) درگیرند، باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهش‌هایی با آزمودنی‌های زنان و مردان انجام شود و اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی در هر دو گروه جنسیتی مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر نمونه‌های بیشتر، سایر گروه‌های سنی افراد چاق و یا دارای اضافه وزنی که با سایر مشکلات سلامتی هم روبه‌رو هستند، اجرا شود تا قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش از این حیث بررسی شود.

تعارض منافع: در پژوهش حاضر هیچگونه تعارض منافع توسط

نویسندگان بیان نشده است.

- In B. Ostafin, M. Robinson, & B. Meier (Eds.) *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. New York: Springer.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K., Rude, S.S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Nourian, L., Aghaei, A., Ghorbani, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Eating among Obese Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 16 (2), 15-23.
- Palmeira, L., Gouveia J., Cunha, C. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial, *Appetite*, 112, 107-114.
- Pearson, A.N., Follette, V.M., Hayes, S.C. (2012). Apilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (1), 181-197.
- Popkin, B.M., Adair, L.S., Ng, S.W. (2012). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition Reviews*, 70(1), 3-21.
- Power, T.G., Olivera, Y.A., Hill, R.A., Beck, A.D., Hopwood, V., Garcia, K.S., et al. (2016). Emotion regulation strategies and childhood obesity in high risk preschoolers. *Appetite*, 107, 623-627.
- Puhl, R.M., Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019-1028.
- Soysa, C.K., Wilcomb, C.J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226.
- Swales, M.A., Heard, H.L. (2009). Dialectical Behavior Therapy. Description, research and future directions.. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 164-177
- Szczygie, D., Buczny, J., Bazinska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 52, 433-437.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(10), 1540-1541.
- Toole, A.M., Craighead, L.W. (2016). Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women, *Body Image*, 19, 104-112.
- Tylka, T.L., Annunziato, R.A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C. & Calogero, R.M. (2014). The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for
- Gratz, K.L., Roemer, L.(2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Harrison, C., Mitchison, D., Rieger, E., Rodgers, B., Mond, J. (2016). Emotion regulation difficulties in binge eating disorder with and without the over valuation of weight and shape. *Psychiatry Research*, 245, 436-442.
- Hayes, S.C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47 (6), 869-885.
- Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Löwe, B., Häuser, W., & Zenger, M. (2015). Self-Compassion as a Resource in the Self-Stigma Process of Overweight and Obese 16 Individuals. *Obesity Facts*, 8, 293-301.
- Katterman, S.N., Goldstein, S.P., Butryn, M.L., Forman, E.M., & Lowe, M.R. (2014). Efficacy of an acceptance based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3 (1), 45-50.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R. (2011). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 381-388.
- Lance, M., McCracken, L., Sato, A., Taylor, G. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results, *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-1406.
- Levin, M.E., Potts, S., Haeger, J., Lillis, J. (2017). Delivering Acceptance and Commitment Therapy for Weight Self-Stigma Through Guided Self-Help: Results From an Open Pilot Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 87-104.
- Lillis, J., Thomas, J.C., Niemeier, H.M., Wing, R.R. (2017). Exploring process variables through which acceptance-based behavioral interventions may improve weight loss maintenance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6 (4), 398-403.
- MacLean, P.S., Wing, R.R., Davidson, T., Epstein, L., Goodpaster, B., Hall, K.D., Ryan, D. (2015). NIH Working Group Report: Innovative Research to Improve Maintenance of Weight Loss. *Obesity*, 23 (1), 7-15.
- Masson, P.C., Von Ranson, K.M., Wallace, L.M., Safer, D.L. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behavior therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behavior Research and Therapy*, 51, 723-728.
- Neff, K.D., Dahm, K.A. (2015). *Self-Compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness*.

- Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *Journal of Obesity*, 1-18.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakiulidis, T., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research and Clinical Practice*, 6, 21-30.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A.H., Hoyer, J., Wittchen, H., Andrew, T. (2016). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1): 63-70.
- Yadavaia, J.E., Hayes, S.C., Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 248-257.
- Yu, L., Norton, S., McCracken, L.M. (2017). Change in "Self-as-Context" ("Perspective-taking") Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People with Chronic Pain and is Associated with Improved Functioning, *Journal of Pain*, 18(6), 664-672.
- Zlomke, K.R., Hahn, K.S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, 48, 408-413.

