

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا در جمعیت درگیر با کاهش وزن*

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

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۲۲

چکیده

هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا در افرادی بود که مشغول کاهش وزن یا حفظ وزن کاهش یافته بودند. در این پژوهش توصیفی، ۴۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری متوالی انتخاب شدند و به پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا و مقیاس شفقت به خود پاسخ دادند. برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی) و روایی همگرا استفاده شد. پایایی پرسشنامه بر اساس همسانی درونی بررسی شد. تحلیل عاملی اکتشافی گویه‌های نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا دو عامل تمایل و پذیرش را آشکار ساخت، اما با مدل اصلی پرسشنامه، در سطح گویه، تفاوت داشت. ضرایب آلفای کرونباخ عامل‌های آشکار شده در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۷۴ قرار داشت که حاکی از مناسب بودن پایایی پرسشنامه بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی از ساختار عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی حمایت کرد و شاخص‌های برازش حاکی از برازش قابل قبول مدل بود. روایی همگرای پرسشنامه نیز مطلوب بود. نتایج این پژوهش نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا پایایی و روایی مطلوبی در جمعیت ایرانی دارد و ابزار خودسنجی مناسبی برای موقعیت‌های بالینی و پژوهشی است.

واژگان کلیدی: روان‌سنجی، کاهش وزن، حفظ وزن بدن، تحلیل عاملی، خودسنجی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Mohammadkhani@khu.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

چاقی^۱ و اضافه‌وزن^۲ با مسائل متعدد جسمی (مانند بیماری قلبی-عروقی و دیابت نوع ۲؛ باترین، کریگان، آریگو، راگیو و فرمن^۳، ۲۰۱۸) و روانی (مانند عزت نفس پایین و افسردگی؛ گرگ، لیلیس و اشمیت^۴، ۲۰۱۵) ارتباط دارد، مسائلی که هزینه‌های پزشکی سنگینی را موجب می‌شوند (بارلو، دورند و هافمن^۵، ۲۰۱۸). با این حال، شیوع چاقی و اضافه‌وزن رو به افزایش (اگدن^۶، ۲۰۱۲) و بالاست (رحیمی اردبیلی، رینلدز، وطنیان، مک‌لود و زوار^۷، ۲۰۱۸)، به طوری که، برای مثال، طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی^۸ (۲۰۱۹)، در سال ۲۰۱۶، ۱۸ درصد کودکان و نوجوانان ۵ الی ۱۹ سال و ۳۹ درصد مردان و زنان ۱۸ سال و بالاتر چاق بودند ($BMI \geq 30$). این مسائل درمان چاقی و اضافه‌وزن را به یکی از اولویت‌های سلامت مبدل کرده است (اگدن، ۲۰۱۲).

با توجه به نقش تعیین‌کننده عوامل روانی در کاهش وزن (جوآراشو، فرمن، تیمکو، باترین و گودوین، ۲۰۱۱) تا کنون درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای چاقی و اضافه‌وزن شکل گرفته است که از میان آنها درمان‌های شناختی-رفتاری، اصطلاحاً درمان‌های رفتاری کاهش وزن^۹ (BWL)، درمان معیار محسوب می‌شوند (فرمن، باترین، ماناسه و بردلی^{۱۰}، ۲۰۱۵). مؤلفه‌های درمان‌های رفتاری کاهش وزن، در حال حاضر، عبارت‌اند از هدف‌گزینی (تعیین هدف‌های خوردن، فعالیت بدنی، و وزن‌کشی)، خودپایی (ثبت کالری مصرفی، فعالیت بدنی، و وزن بدن)، کنترل محرک (تغییر سرنخ‌های محیطی برای احتمال‌تر کردن اجرای رفتار سالم)، و مداخلات شناختی (شناسایی راه‌اندازهای شناختی و هیجانی رفتار ناسالم، یادگیری چالش با افکار مخرب، و تغییر حالت‌های هیجانی مسئله‌ساز به منظور اجرای رفتارهای سالم همسو با هدف‌های کاهش وزن) (لیلیس و کندرا^{۱۱}، ۲۰۱۴).

مداخلات رفتاری کاهش وزن در کوتاه‌مدت نسبتاً مؤثر واقع می‌شوند و به‌طور متوسط کاهش ۷ الی ۱۰ درصدی وزن را به همراه دارند، کاهشی که عوامل خطرناک بیماری قلبی و دیابت را کاهش می‌دهد (باترین، وب و وادن^{۱۲}، ۲۰۱۱). با وجود این، در درازمدت، چندان مؤثر واقع نمی‌شوند و ظرف دو الی پنج سال تقریباً تمام وزن کاهش‌یافته برمی‌گردد (فرمن و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، عده قابل توجهی از شرکت‌کنندگان در مداخلات رفتاری به مزایای بالینی چشمگیری دست پیدا نمی‌کنند، و شرکت‌کنندگان، در مجموع، بسیار کمتر از افرادی وزن کم

1. obesity
2. overweight
3. Butryn, Kerrigan, Arigo, Raggio, & Forman
4. Gregg, Lillis, & Schmidt
5. Barlow, Durand, & Hofmann
6. Ogden
7. Rahimi-Ardabili, Reynolds, Vartanian, McLeod, & Zwar
8. World Health Organization
9. behavioral weight loss
10. Forman, Butryn, Manasse, & Bradley
11. Lillis & Kendra
12. Butryn, Webb, & Wadden

می‌کنند که محیط کنترل شده تبعیت^۱ آنان از برنامه‌های غذایی و فعالیت بدنی را تضمین می‌کند (فرمن و همکاران، ۲۰۱۵).

نتایج درازمدت ناامیدکننده ناشی از درمان‌های رفتاری معیار از دشوار بودن ایجاد و/یا حفظ تغییرات توصیه شده در خصوص رفتار خوردن و فعالیت بدنی - دو رفتار مرتبط با سلامت^۲ اصلی در کاهش وزن - نشأت می‌گیرد؛ به عبارت دیگر، افراد قادر به تبعیت از هدف‌های سالم‌خوری و فعالیت بدنی نیستند (لو^۳، ۲۰۰۳). تبعیت از این هدف‌ها وابسته به توانایی افراد در خودتنظیمی^۴ در برابر آمادگی‌های زیستی (مانند رانه^۵ مصرف غذاهای پرکالری) و نشانه‌های بیرونی (محیطی) و درونی (مانند وجود غذا، تلویزیون، ولع‌ها، اضطراب، خستگی) است که پرخوری و کم‌حرکی را تسهیل می‌کنند (فرمن و همکاران، ۲۰۱۵). این در حالی است که نتایج پژوهش‌ها، محض نمونه، نشان می‌دهد راهبردهای شناختی و هیجانی متمرکز بر کنترل که در مداخلات رفتاری آموزش داده می‌شوند مقابله با ولع‌های^۶ غذایی را برای مبتلایان به چاقی و اضافه‌وزن دشوارتر می‌کند و منجر به دریافت کالری بیشتر می‌شود (لیلیس و همکاران، ۲۰۱۶).

نسل جدید تکنیک‌های شناختی-رفتاری (معروف به «موج سوم»^۷)، از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی^۸ (ACT)، تمرکز را از تغییر افکار و احساسات درونی به پذیرش^۹ افکار و احساسات و تمایل^{۱۰} نشان دادن به آنها تغییر داده‌اند تا اجرای رفتارهایی که همسو با ارزش‌های شخصی و هدف‌های زندگی است افزایش یابد (لیلیس و همکاران، ۲۰۱۵). پذیرش موضع روانی پذیرا بودن نسبت به هرگونه تجربه، از جمله افکار، هیجانات، و تجارب فیزیولوژیکی، بدون تلاش برای کنترل، تغییر، سرکوب، یا اجتناب از آنهاست (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱). تمایل نیز توانایی انتخاب رفتارهای همسو با ارزش‌ها یا هدف‌های مبتنی بر ارزش‌هاست، حتی زمانی که افکار و احساسات پریشان‌ساز را فرامی‌خوانند (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی، تمایل مترادف با پذیرش نیز هست (هریس^{۱۱}، ۲۰۱۹). پذیرش و تمایل، روی هم رفته، یکی از فرایندهای انعطاف‌پذیری روانی^{۱۲} را تشکیل می‌دهند که نقش مهمی در رفتارهای خوردن دارد (برن، کوپر و فریرن^{۱۳}، ۲۰۰۳). مقصود از انعطاف‌پذیری روانی این است که فرد بتواند فعالیت انتخابی و اجرا کند که حتی در صورت وجود موانع درونی و بیرونی کمک نماید به سمت کسی یا چیزی که برای او مهم است برود (پولک، شوئندورف، وبستر و الاز^{۱۴}، ۲۰۱۶).

1. adherence
2. health behavior
3. Lowe
4. self-regulation
5. drive
6. cravings
7. third wave
8. Acceptance and Commitment Therapy
9. acceptance
10. willingness
11. Harris
12. psychological flexibility
13. Byrne, Cooper, & Fairburn
14. Polk, Schoendorff, Webster, & Olaz

نتایج پژوهش‌هایی که از اوایل قرن ۲۱ آغاز شد نشان داد افرادی که در حفظ وزن کاهش‌یافته موفق هستند، از راهبردهای منعطف‌تری برای کنار آمدن با ولع‌های غذایی استفاده می‌کنند (برای مثال، برن و همکاران، ۲۰۰۳) و ناتوانی در پذیرش ولع‌ها و کشانه‌های^۱ غذایی و تلاش برای کنترل یا کاهش آنها با پرخوری و افزایش وزن ارتباط دارد (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱). به بیان دیگر، اجتناب از تجربه^۲ (یعنی، تمایل به کاهش یا کنترل افکار و احساسات پریشان‌ساز)، که یکی از ضلع‌های انعطاف‌ناپذیری روانی را تشکیل می‌دهد و نقطه‌مقابل پذیرش روانی است، با دشواری در حفظ وزن کاهش‌یافته ارتباط دارد (لیلیس، هیز، بانتینگ و ماسودا^۳، ۲۰۰۹). بنا بر این، راهبردهایی که پذیرش افکار و احساسات پریشان‌ساز را افزایش و استفاده از راهبردهای کنترل یا اجتناب را کاهش می‌دهند می‌توانند به کاهش وزن و حفظ قابل توجه آن کمک کنند (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱).

تا کنون ابزارهای مختلفی برای سنجش پذیرش و تمایل ساخته شده است که پرسشنامه پذیرش و عمل^۴ (AAQ) یکی از پرکاربردترین آنهاست و این فرآیندها را، به‌طور کلی، می‌سنجد (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱). با این حال، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد ابزارهایی که پذیرش و تمایل را به‌طور اختصاصی و برای مسأله خاصی (مانند سیگار کشیدن) می‌سنجند موفقیت در درمان آن مسأله را بسیار بیشتر پیش‌بینی می‌کنند (برای مثال، لیلیس و هیز، ۲۰۰۷). به همین دلیل، جوآراشو و همکاران (۲۰۱۱) پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا (FAAQ) را ساختند. فرض آنان این بود که ابزار سنجش انعطاف‌پذیری روانی، که پذیرش و تمایل به تجربه افکار و احساسات مربوط به غذا را بسنجد، برای بررسی ارتباط بین پذیرش و خوردن مشکل‌ساز و درک سازوکارهای عمل درمان‌های اثربخش برای چاقی، بسیار مفید خواهد بود (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱).

پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا ابزار خودسنجی^{۱۰} گویه‌ای است که دو خرده‌مقیاس دارد: تمایل (۶ گویه) و پذیرش (۴ گویه). این پرسشنامه پذیرش تجارب درونی پریشان‌ساز و تمایل به سالم‌خوری، حتی زمانی که تجربه درونی ناخوشایند را به‌همراه دارند، می‌سنجد. در پژوهش جوآراشو و همکاران (۲۰۱۱)، سه بررسی انجام شد. هدف بررسی اول ارزیابی روایی سازه، همگرا، و واگرایی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مدل دو عاملی را مطلوب نشان داد. این مدل ۶۲/۴۸ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. همچنین، نشان داد پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا با ابزارهایی که شباهت نظری دارد (شامل آزمون نگرش‌های مربوط به خوردن^۵ (EAT)، پرسشنامه شکل بدن^۶ (BSQ)، مقیاس قدرت غذا^۷ (PFS)، پرسشنامه رفتارهای خوردن هلندی^۸ (DEBQ)، و پذیرش و عمل-ویراست دوم (AAQ-II)) همبستگی معنادار متوسط دارد و با متغیرهایی که

1. urges
2. experiential avoidance
3. Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda
4. Acceptance and Action Questionnaire
5. Eating Attitudes Test
6. Body Shape Questionnaire
7. Power of Food Scale
8. Dutch Eating Behaviors Questionnaire

شبهات نظری ندارد (شامل مقیاس عزت نفس رزنبرگ^۱ (RSE)، مقیاس الکسیثیمیای تورنتو^۲ (TAS)، و مقیاس استرس اضطراب افسردگی^۳ (DASS))، یا همبستگی معناداری ندارد یا همبستگی معنادار به مراتب کمتری از متغیرهایی دارد که با آنها از لحاظ نظری مشابه است. در بررسی دوم، پایایی آزمون-بازآزمون و همسانی درونی ارزیابی شد که، به ترتیب، حاکی از قابل قبول و عالی بودن آنها بود. در بررسی سوم نیز تغییر در پاسخگویی به پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا، در درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش^۴ برای کاهش وزن، ارزیابی شد. به علاوه، بررسی شد که آیا این پرسشنامه می‌تواند کاهش وزن را پیش‌بینی کند یا خیر. نتایج حاکی از افزایش معنادار میانگین نمره پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا پس از درمان بود و نشان داد که این پرسشنامه کاهش وزن را پیش‌بینی می‌کند.

تا کنون در پژوهش‌های مختلفی از پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا استفاده شده است. برای مثال، فرمن و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی که هدف آن مقایسه درمان رفتاری معیار با درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش برای چاقی بود، پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا را در ۱۹۰ مبتلا به اضافه‌وزن یا چاقی اجرا کردند که نتایج حاکی از همسانی درونی رضایت‌بخش این پرسشنامه بود. یا شوماکر، گادفری، فرمن و باترین^۵ (۲۰۱۹) در پژوهشی با هدف بررسی سازوکارهای عمل در درمان رفتاری کاهش وزن مبتنی بر پذیرش، پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا را در ۲۸۳ مبتلا به اضافه‌وزن یا چاقی اجرا کردند که همسانی درونی این پرسشنامه در آن نیز رضایت‌بخش بود. با این حال، تا کنون پژوهشی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا، چه در جمعیت‌های انگلیسی‌زبان و چه در جمعیت‌های غیرانگلیسی‌زبان، انجام نشده است.

با توجه به مؤثرتر بودن راهبردهای پذیرش و تمایل در مقایسه با راهبردهای شناختی و هیجانی متمرکز بر کنترل در کاهش وزن و حفظ وزن کاهش یافته و لزوم بررسی اختصاصی مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روانی در این زمینه (شوماکر و همکاران، ۲۰۱۹)، همچنین، با عنایت به اینکه استفاده از ابزار سنجش فاقد روایی و پایایی قابل قبول در جمعیت ایرانی اعتبار نتایج را مخدوش می‌کند، در پژوهش حاضر، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا بررسی شد. هدف از این بررسی فراهم‌سازی نسخه فارسی قابل قبولی از پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا بود.

روش

الف) جامعه و نمونه: پژوهش حاضر توصیفی بود و با توجه به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا و روش گردآوری داده‌ها، به طرح‌های همبستگی تعلق داشت. این پژوهش از آبان تا بهمن ۱۳۹۸ در بستر شبکه‌های اجتماعی، مانند اینستاگرام، انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه افرادی بود که مشغول کاهش وزن یا حفظ وزن کاهش یافته

1. Rosenberg Self-Esteem Scale
2. Toronto Alexithymia Scale-20
3. Depression Anxiety Stress Scale
4. acceptance-based behavioral treatment
5. Schumacher, Godfrey, Forman, & Butryn

بودند. به اعتقاد براون^۱ (۲۰۱۵)، برای بررسی اعتبار مدل به‌دست آمده در تحلیل عاملی اکتشافی، با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، باید از نمونه مجزا و متفاوت با نمونه‌ای که در تحلیل عاملی اکتشافی به کار رفته است استفاده شود. از همین رو، از روش واریس روایی^۲ استفاده شد، به این صورت که ابتدا برای بررسی تحلیل عاملی اکتشافی و سپس تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا حجم نمونه مجزا تعیین شد. میرز، گامست و گوآرینو^۳ (۲۰۱۶) پیشنهاد می‌کنند که نسبت گویه به شرکت‌کننده ۱ به ۱۰ باشد و حجم نمونه کمتر از ۲۰۰ نباشد. از همین رو، حجم نمونه برای تحلیل عاملی اکتشافی ۲۲۰ نفر تعیین شد. برای تحلیل عاملی تأییدی نیز از پیشنهاد‌های مایرز، آن و جین^۴ (۲۰۱۱) استفاده شد ($N \geq 200$). بر این اساس، با استفاده از روش نمونه‌گیری متوالی، ۴۲۰ نفر در این پژوهش شرکت کردند: میانگین سنی ۳۲/۴۸ با انحراف معیار ۹/۰۵؛ میانگین شاخص توده بدنی^۵ (BMI) ۲۷/۲۷ با انحراف معیار ۵/۵۱؛ و ۳۵۴ نفر زن (۸۴/۳ درصد).

ب) ابزار: پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا (FAAQ): این پرسشنامه ۱۰ گویه‌ای را جوآراشو و همکاران (۲۰۱۱) با هدف ساختن ابزاری که با استفاده از آن بتوان پذیرش و تمایل را به‌طور اختصاصی برای رفتار خوردن سنجید، تدوین کردند. پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا ۲ خرده‌مقیاس دارد: تمایل (برای مثال، «حتی زمانی که میل به پرخوری یا انتخاب غذاهای ناسالم دارم، به خوردن غذای سالم ادامه می‌دهم») و پذیرش (برای مثال، «باید میل شدیدم به غذا را کنترل کنم تا بتوانم تغییرات غذایی مهمی ایجاد کنم»). نمرات خرده‌مقیاس تمایل نمودار توانایی برای اجرای رفتارهای همسو با ارزش‌های مرتبط با وزن و خوردن، حتی با وجود افکار یا احساسات ناخواسته یا پریشان‌ساز، و نمرات خرده‌مقیاس پذیرش نمودار پذیرش تجارب شناختی، عاطفی، و فیزیولوژیکی مرتبط با غذا و خوردن، بدون تلاش برای ناسالم‌خوری یا تغییر آنها، هستند. نمره‌گذاری گویه‌ها بر مبنای مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ (خیلی به‌ندرت این‌طور می‌شود) تا ۶ (همیشه این‌طور می‌شود) صورت می‌گیرد و گویه‌های ۴، ۶، ۷، و ۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

مقیاس شفقت به خود^۶ (SCS): این مقیاس ۲۶ گویه دارد که شفقت به خود را در شش خرده‌مقیاس می‌سنجد: مهربانی با خود^۷، قضاوت منفی درباره خود^۸، مشترک در انسان‌ها^۹، انزوا^{۱۰}، لحظه آگاهی^{۱۱}، و همانندسازی بیش از حد^{۱۲}. هر گویه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس نمودار

1. Brown
2. cross-validation
3. Meyers, Gamst, & Guarino
4. Myers, Ahn, & Jin
5. Body Mass Index
6. Self-Compassion Scale
7. self-kindness
8. self-Judgment
9. common humanity
10. isolation
11. mindfulness
12. over-identification

شفقت‌ورزی بیشتر به خود است. در پژوهش نف^۱ (۲۰۰۳)، نتایج نشان داد که مقیاس شفقت به خود از همسانی درونی خوبی برخوردار است (آلفای کرونباخ مهربانی با خود، قضاوت منفی درباره خود، مشترک در انسان‌ها، انزوا، لحظه آگاهی، و همانندسازی بیش از حد، به ترتیب، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۵، و ۰/۸۱ بود). همچنین، نشان داد روایی همگرایی مناسبی با ابزارهای اندازه‌گیری خودسرزنش‌گری، ارتباط اجتماعی، و هوش هیجانی، شامل پرسشنامه تجارب افسرده‌ساز^۲ (DEQ)، مقیاس ارتباط اجتماعی^۳، و مقیاس فراخلق صفت^۴، و روایی واگرایی مناسبی با پرسشنامه افسردگی بک^۵ و پرسشنامه اضطراب صفت اسپیلبرگر^۶ دارد. در این پژوهش، از نسخه فارسی مقیاس شفقت به خود که روایی و پایایی مناسبی دارد (حسنی و پاسدار، ۱۳۹۶) استفاده شد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی عالی آن بود.

ج) شیوه اجرا: به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا و بر اساس رهنمودهای کمیسیون بین‌المللی آزمون^۷ (ITC) (۲۰۱۷)، از تکنیک توافق و ترجمه مضاعف^۸ استفاده شد. از همین رو، دو دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، که به هر دو زبان فارسی و انگلیسی مسلط بودند و در حوزه کاهش وزن تجربه پژوهشی و بالینی داشتند، پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا را، به فارسی، ترجمه کردند. سپس اختلافات بین ترجمه‌ها، در بحث گروهی، شناسایی و رفع شد و نسخه واحدی آماده گردید. در بحث گروهی، سه تن از اعضای هیئت علمی گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران، سه دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت از دانشگاه خوارزمی تهران و دانشگاه تهران، یک کارشناس ارشد زبان و ادبیات فارسی، یک کارشناس ارشد زبان و ادبیات انگلیسی، یک متخصص تغذیه، و یک مربی بدنسازی حضور داشتند. سپس یک متخصص زبان و ادبیات انگلیسی، که هیچ اطلاعی درباره پرسشنامه اصلی نداشت، گویه‌ها را مجدداً به انگلیسی برگرداند. پس از مطابقت نسخه ترجمه‌شده و نسخه اصلی، اشکالات موجود رفع و پرسشنامه برای بررسی مقدماتی آماده شد.

در بررسی مقدماتی، نسخه فارسی اصلاح‌شده در ۳۰ نفر که مشغول کاهش وزن یا حفظ وزن کاهش یافته بودند و به روش نمونه‌گیری متوالی انتخاب شده بودند اجرا شد. هدف از این پژوهش بررسی همسانی درونی اولیه گویه‌ها و گرفتن بازخورد از پاسخ‌دهندگان در خصوص دستورالعمل، فهم محتوای گویه‌ها، و دلیل پاسخ‌گویی و در نهایت، اصلاح مسائل احتمالی گویه‌ها بود. این پژوهش نیز منجر به اصلاحات زبانی چند گویه شد. سرانجام، نسخه فارسی نهایی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا، برای اجرای اصلی، آماده شد.

1. Neff
2. Depressive Experiences Questionnaire
3. Social Connectedness Scale
4. Trait Meta-Mood Scale
5. Beck Depression Inventory
6. Spielberger Trait Anxiety Inventory
7. International Test Commission
8. double-translation and reconciliation technique

پژوهشگران نسخه نهایی را همراه با مقیاس شفقت به خود وارد اپلیکیشن Google Docs کردند و لینک آماده شده اپلیکیشن را در شبکه‌های اجتماعی منتشر نمودند. نسخه اینترنتی به گونه‌ای طراحی شده بود که صرفاً افراد درگیر با کاهش وزن می‌توانستند به گویه‌ها پاسخ دهند. به علاوه، قبل از گویه‌ها قسمتی برای رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش تهیه شده بود که شرکت کنندگان در صورت موافقت با مفاد آن می‌توانستند به گویه‌ها پاسخ دهند. ملاحظات اخلاقی بر اساس مجوز کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تهران (شناسه IR.KHU.REC.1399.006) رعایت شد.

د) تجزیه و تحلیل آماری: برای محاسبه همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد. به اعتقاد هانزلی و مش^۱ (۲۰۰۸)، $0/79 < \alpha < 0/89$ ، $0/7 < \alpha < 0/89$ ، $0/8 < \alpha < 0/9$ و $\alpha \leq 0/9$ ، به ترتیب، نمودار همسانی درونی مناسب، خوب، و عالی است.

به منظور سنجش کفایت داده‌ها برای تحلیل‌های عاملی از آزمون کفایت نمونه‌برداری کیسر/می‌یر/الکین^۲ (KMO) و آزمون کرویت بارتلت^۳ استفاده شد. KMO بالای ۰/۶ نمودار کفایت داده‌ها برای عامل شدن گویه‌هاست (باباکوس، فرگوسن و جورسکک^۴، ۱۹۸۷). با توجه به زیربنای نظری پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا، که عامل هایش با یکدیگر ارتباط دارند، همانند پژوهش جوآراشو و همکاران (۲۰۱۱)، از تحلیل عاملی اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۵ با چرخش پرومکس^۶ استفاده شد. برای تحلیل عاملی تأییدی، از روش حداکثر درست‌نمایی در سطح ماتریس واریانس کواریانس استفاده شد. در تحلیل عاملی تأییدی، برای تعیین برازش مدل از چند شاخص استفاده شد: آزمون مجذور خی^۷ (χ^2)، ریشه استاندارد باقیمانده مجذور میانگین^۸ (SRMR)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۹ (RMSEA)، شاخص هنجارنشده برازندگی^{۱۰} (NNFI)، و شاخص برازندگی تطبیقی^{۱۱} (CFI). به دلیل آنکه χ^2 تحت تأثیر حجم نمونه و نقض فرض نرمال بودن چندمتغیری قرار می‌گیرد، نسبت مجذور خی به درجه آزادی (χ^2/df)، SRMR، RMSEA، NNFI، و CFI نیز محاسبه شد (اسکرمله-انگل، موسبرگر و مولر^{۱۲}، ۲۰۰۳). به اعتقاد اسکرمله-انگل و همکاران (۲۰۰۳)، $0 \leq \chi^2/df \leq 2$ ، $0 \leq SRMR \leq 0/5$ ، $0 \leq RMSEA \leq 0/5$ ، $0 \leq NNFI \leq 1$ ، $0/97 \leq CFI \leq 1$ و $0/95 \leq NNFI \leq 1$ ، $0/97 < CFI < 0/97$ ، $0/5 < RMSEA \leq 0/8$ ، $0/5 < SRMR \leq 1$ ، $2 < \chi^2/df \leq 3$ از برازش خوب و $0/95 \leq NNFI \leq 1$ ، $0/97 < CFI < 0/97$ حاکی از برازش قابل قبول است.

به منظور بررسی روایی همگرا، از همبستگی‌های پیرسون استفاده شد تا ارتباط بین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا با شاخص توده بدنی و نمره کلی

1. Hunsley & Mash
2. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy
3. Bartlett's Test of Sphericity
4. Babakus, Ferguson, & Jöreskog
5. principal component analysis
6. Promax rotation
7. chi-square test
8. standardized root mean square residual
9. root mean square error of approximation
10. Non-Normed Fit Index
11. Comparative Fit Index
12. Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller

مقیاس شفقت به خود و خرده‌مقیاس‌های آن بررسی شود. علت انتخاب مقیاس شفقت به خود ارتباط معنادار شفقت به خود با رفتارهای سلامت‌افزا (گدیک^۱، ۲۰۱۹) و خودتنظیمی (سیروس^۲، ۲۰۱۵) بود. برای بررسی روایی همگرا، از داده‌های کل نمونه (۴۲۰ نفر) استفاده شد. به اعتقاد کوهن^۳ (۱۹۹۲)، ضریب همبستگی ۰/۱ و بالاتر نمودار اندازه اثر کم، ۰/۳ و بالاتر نمودار اندازه اثر متوسط، و ۰/۵ و بالاتر نمودار اندازه اثر زیاد است.

برای بررسی همسانی درونی، تحلیل عاملی اکتشافی، و روایی همگرا، از نسخه ۲۵ نرم‌افزار SPSS و برای تحلیل عاملی تأییدی از نسخه ۸/۵۴ نرم‌افزار LISREL استفاده شد.

نتایج

مقدار KMO ۰/۸۱ به دست آمد که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی مرتبه صفر عنصری به مراتب بزرگتر از ماتریس همبستگی تفکیکی دارد و می‌توان از ماتریس عامل‌ها را استخراج کرد. آزمون کرویت بارتلت نیز در سطح $p=0/001$ معنادار بود و آزمون χ^2 ۶۲۲/۶۱۲ به دست آمد که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست و بنا بر این، عامل‌یابی قابل توجیه است (امیدی، اردستانی، و حسن‌آبادی، ۱۳۹۷). در نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا، با توجه به نمودار شیب دامنه عوامل (اسکری پلات) (شکل ۱)، همچنین، ارزش‌های ویژه و درصد واریانس تبیین‌شده توسط هر عامل (جدول ۱)، دو عامل استخراج شد.

جدول ۱. ارزش ویژه و درصد واریانس تبیین‌شده توسط هر عامل بعد از چرخش پرومکس

عامل	ارزش ویژه	درصد تبیین‌کنندگی واریانس	درصد تجمعی واریانس
۱	۳/۶۷۵	۳۶/۷۵۰	۳۶/۷۵۰
۲	۱/۶۰۲	۱۶/۰۱۹	۵۲/۷۶۹

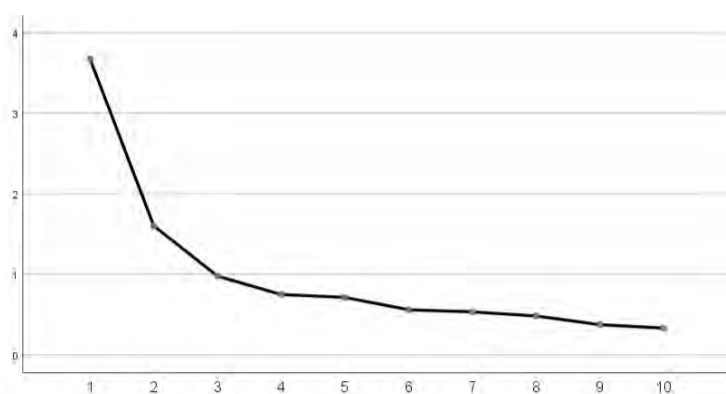
دو عامل استخراج‌شده، در مجموع، ۵۲/۷۶۹ درصد از واریانس کل را تبیین کردند که بیشتر از حداقل تعیین‌شده برای واریانس کلی است که عوامل استخراج‌شده تبیین می‌کنند ($\geq 50\%$)؛ استرینگر^۴ (۱۹۹۴). ماتریس الگو^۵ (ماتریس بارهای عاملی) نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا در جدول ۲ مشاهده می‌شود. بر اساس این جدول، گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۵، ۸، و ۱۰ تحت پوشش یک عامل و گویه‌های ۴، ۶، ۷، و ۹ تحت پوشش عامل دیگر قرار دارند. بررسی محتوای گویه‌ها در دو عامل به دست آمده نشان می‌دهد که عامل نخست تمایل و عامل دوم پذیرش را دربر می‌گیرد. به جز گویه ۵، در عامل نخست، سایر گویه‌های نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا از بار عاملی قابل قبول (≥ 32) تا باچنیک و فیدل^۶ (۲۰۱۳) برخوردارند. از همین رو، گویه ۵ به دلیل داشتن بار عاملی کم حذف شد. بر این اساس، نسخه

1. Gedik
2. Sirois
3. Cohen
4. Streiner
5. pattern matrix
6. Tabachnick & Fidell

به‌دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی نسخه ۹ گویه‌ای است که ۵ گویه در عامل نخست (تمایل) و ۴ گویه در عامل دوم (پذیرش) قرار می‌گیرند.

جدول ۲. ماتریس الگوی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا بعد از چرخش پرومکس

عامل ۲	عامل ۱	گویه
	۰/۷۱	۱) حتی زمانی که میل به پرخوری یا انتخاب غذاهای ناسالم دارم، به خوردن غذای سالم ادامه می‌دهم.
	۰/۶۹	۲) اگر وسوسه یا میل شدید به پرخوری داشته باشم، اشکالی ندارد، چون مجبور نیستم به آن توجه کنم.
	۰/۶۳	۳) برای اینکه بتوانم غذا خوردنم را کنترل کنم، لزومی ندارد که میل شدیدم به غذا را کنترل کنم.
۰/۸۵		۴) باید نهایت تلاشم را بکنم تا از شر میل شدیدم به خوردن غذاهای ناسالم خلاص شوم.
	۰/۱۷	۵) نباید پرخوری کنم، حتی زمانی که احساس می‌کنم می‌خواهم پرخوری کنم.
۰/۶۴		۶) کنترل میل شدیدم به خوردن غذاهای ناسالم برای من به اندازه کنترل غذا خوردنم، به‌طور کلی، مهم است.
۰/۷۱		۷) برای تغییر سبک غذا خوردنم، ابتدا باید افکار و احساساتم درباره غذا تغییر کنند.
	۰/۷۱	۸) با وجود اینکه وسوسه می‌شوم غذاهای ناسالم بخورم، به سالم‌خوری ادامه می‌دهم.
۰/۷۸		۹) باید میل شدیدم به غذا را کنترل کنم تا بتوانم تغییرات غذایی مهمی ایجاد کنم.
	۰/۶۶	۱۰) حتی اگر به خوردن غذای ناسالمی میل داشته باشم، باز هم می‌توانم غذای سالم بخورم.



شکل ۱. شیب دامنه عوامل نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا

برای بررسی پایایی عوامل استخراج شده از نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا، ضریب آلفای کرونباخ برای عامل نخست، یک بار با حذف گویه ۵ و یک بار بدون حذف گویه ۵، و برای عامل دو، یک بار، محاسبه شد. برای کل پرسشنامه نیز یک بار بدون نمره گذاری معکوس و یک بار با نمره گذاری معکوس محاسبه شد (جدول ۳).

جدول ۳. ضریب پایایی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا

ضریب آلفای کرونباخ	تعداد گویه	
۰/۷۳	۵	عامل ۱ بدون حذف گویه ۵
۰/۷۳	۵	عامل ۱ با حذف گویه ۵
۰/۷۴	۴	عامل ۲
۰/۷۸	۱۰	کل بدون نمره گذاری معکوس
۰/۳۲	۱۰	کل با نمره گذاری معکوس

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که عامل اول (تمایل)، با و بدون گویه ۵، و عامل دوم (پذیرش) از همسانی درونی مناسبی برخوردارند. همچنین، همسانی درونی کل پرسشنامه، بدون نمره گذاری معکوس گویه‌های مورد نظر، مناسب است، اما، با نمره گذاری معکوس، مناسب نیست.

در ادامه بررسی روایی سازه، تحلیل عاملی تأییدی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا بررسی شد. در این بخش، بررسی شد که آیا ساختار عاملی به دست آمده در تحلیل عاملی اکتشافی در تحلیل عاملی تأییدی برازش دارد یا خیر. همچنین، از آنجا که ساختار عاملی به دست آمده در تحلیل عاملی اکتشافی با ساختار عاملی نسخه اصلی متفاوت بود، به منظور پاسخ به این سؤال که کدام مدل برازش بهتری دارد، مدل ساختاری نسخه اصلی نیز در تحلیل عاملی تأییدی بررسی و با مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی مقایسه شد. از همین رو، از شاخص‌های برازش نسبی^{۸۲} ملاک اطلاعات اکایک^{۸۳} (AIC) و شاخص واریانس روایی مورد انتظار^{۸۴} (ECVI) نیز استفاده شد. به زعم فنچ، فرنچ و امکس^{۸۵} (۲۰۱۶)، مدلی برازش بهتری

82. relative fit indices

83. Akaike Information Criterion

84. Expected Cross-Validation Index

85. Finch, French, & Immekus

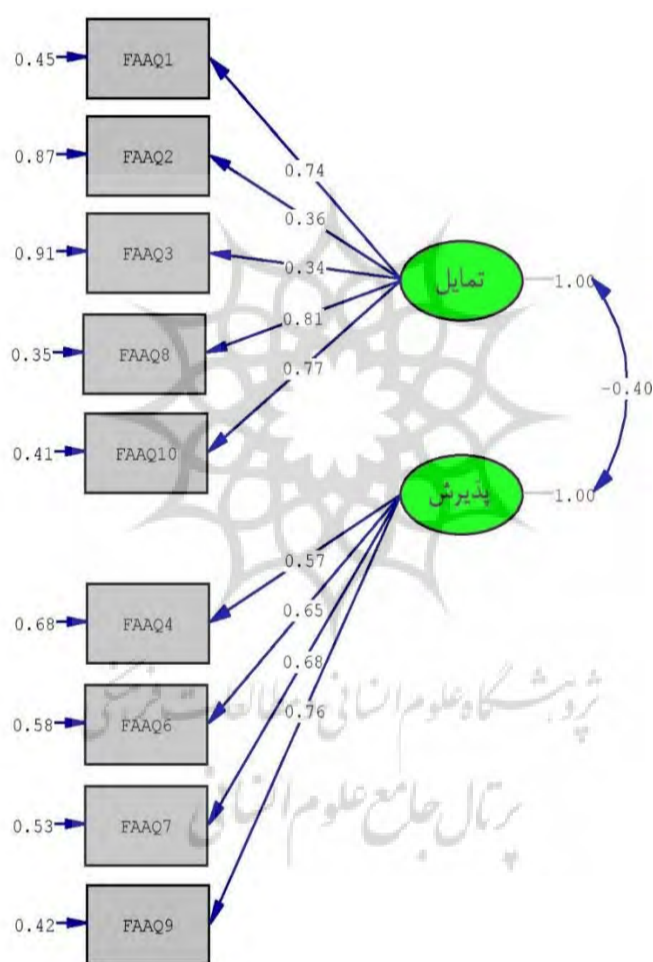
دارد که مقدار AIC و ECVI در آن کوچک‌تر باشد. شاخص‌های برازش دو مدل در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. شاخص‌های برازش در مدل اصلی و مدل به‌دست‌آمده از تحلیل عاملی اکتشافی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا

	مدل اصلی	مدل به‌دست‌آمده از تحلیل عاملی اکتشافی
ساختار عاملی	عامل ۱: گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۰ عامل ۲: گویه‌های ۶، ۷، ۹	عامل ۱: گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۰ عامل ۲: گویه‌های ۶، ۷، ۹
χ^2	۹۹/۶۵	۵۰/۷۹
df	۳۴	۲۶
χ^2/df	۲/۸۴	۱/۹۵
RMSEA	۰/۰۹	۰/۰۶
SRMR	۰/۰۹	۰/۰۷
NNFI	۰/۸۹	۰/۹۵
CFI	۰/۹۲	۰/۹۶
AIC	۸۸۵/۳۳	۶۹۵/۲۲
ECVI	۰/۷۰	۰/۴۵

نسبت مجذور خی به درجه آزادی (χ^2/df)، در مدل اصلی، کمتر از ۳ و در مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی کمتر از ۲ بود که، به ترتیب، حاکی از برازش قابل قبول و خوب مدل‌هاست. با این حال، چون در مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی کوچک‌تر بوده، نمودار برازش بهتر مدل دوم است. شاخص SRMR برای مدل اصلی ۰/۰۹ و برای مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی ۰/۰۷ به دست آمد که حاکی از برازش قابل قبول هر دو مدل است، اما کمتر بودن این شاخص در مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی نشان از برازش نسبتاً بهتر مدل دوم دارد. در شاخص RMSEA، که یکی از مفیدترین شاخص‌های نیکویی برازش معرفی شده است (دیامانتوپولوس و سیگو^{۸۶}، ۲۰۰۰)، در مدل اصلی ۰/۰۹ به دست آمد که حاکی از برازش غیرقابل قبول مدل است، اما در مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی ۰/۰۷ به دست آمد که حاکی

از برازش قابل قبول مدل است. شاخص‌های NNFI و CFI در مدل اصلی، به ترتیب، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ و در مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، به ترتیب، ۰/۹۵ و ۰/۹۶ به دست آمد که در مدل اصلی حکایت از برازش نامطلوب و در مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی حکایت از برازش قابل قبول مدل دارد. شاخص‌های برازش نسبی AIC و ECVI نیز در مدل اصلی، به ترتیب، ۸۸۵/۸۳ و ۰/۷۰ و در مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، به ترتیب، ۶۹۵/۲۲ و ۰/۴۵ به دست آمد که چون در مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی کوچک‌تر از مدل اصلی بود، حاکی از برازش بهتر مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی است. در نتیجه، تحلیل عاملی تأییدی مدل اصلی نیز نشان می‌دهد که گویه ۵ مناسب نیست و باید حذف شود. مدل ۹ گویه‌ای در شکل ۲ مشاهده می‌شود.



شکل ۲. ساختار عاملی نسخه فارسی پرسشنامه پرداختن به ارزش‌ها

جدول ۵. ماتریس ضرایب همبستگی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا، شاخص توده بدنی، و مقیاس شفقت به خود

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
تمایل (۱)										
پذیرش (۲)	۰/۲۳۵ ^{***}									
کل پرسشنامه (۳)	۰/۶۲۰ ^{***}	۰/۶۱۷ ^{***}								
شاخص توده بدنی (۴)	-۰/۱۲۴ ^{***}	-۰/۱۰۴ ^{***}	-۰/۱۸۵ ^{***}							
مهربانی با خود (۵)	۰/۳۶۰ ^{***}	-۰/۱۰۳ ^{***}	۰/۲۰۸ ^{***}	-۰/۰۵۵ ^{***}						
قضاوت منفی درباره خوردن (۶)	۰/۳۵۶ ^{***}	۰/۰۳۰ ^{***}	۰/۲۳۲ ^{***}	-۰/۰۶۶ ^{***}	۰/۶۲۹ ^{***}					
مشترک در انسان‌ها (۷)	۰/۲۵۲ ^{***}	-۰/۱۴۵ ^{***}	۰/۰۸۷ ^{***}	-۰/۰۳۵ ^{***}	۰/۵۴۵ ^{***}	۰/۲۸۳ ^{***}				
انزوا (۸)	۰/۲۶۳ ^{***}	۰/۰۲۰ ^{***}	۰/۱۹۷ ^{***}	۰/۰۸۴ ^{***}	۰/۵۷۷ ^{***}	۰/۲۹۰ ^{***}	۰/۲۹۰ ^{***}			
لحظه آگاهی (۹)	۰/۳۴۲ ^{***}	-۰/۱۵۶ ^{***}	۰/۱۵۱ ^{***}	-۰/۰۵۶ ^{***}	۰/۸۳۲ ^{***}	۰/۶۲۲ ^{***}	۰/۴۵۸ ^{***}	۰/۴۵۸ ^{***}		
همانندسازی بیش از حد (۱۰)	۰/۲۶۲ ^{***}	۰/۰۵۵ ^{***}	۰/۲۵۷ ^{***}	-۰/۰۵۷ ^{***}	۰/۶۵۹ ^{***}	۰/۸۷۷ ^{***}	۰/۲۴۵ ^{***}	۰/۲۴۵ ^{***}	۰/۵۰۴ ^{***}	
کل مقیاس شفقت به خود (۱۱)	۰/۳۵۸ ^{***}	-۰/۰۶۳ ^{***}	۰/۲۴۰ ^{***}	-۰/۰۷۵ ^{***}	۰/۵۵۵ ^{***}	۰/۵۵۴ ^{***}	۰/۵۹۷ ^{***}	۰/۵۹۷ ^{***}	۰/۷۷۱ ^{***}	۰/۵۵۹ ^{***}

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

نتایج حاصل از بررسی روایی همگرا نشان داد که کل پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا و خرده‌مقیاس تمایل با نمره کلی مقیاس شفقت به خود و خرده‌مقیاس‌های آن همبستگی معناداری، با اندازه اثر کم تا متوسط، در جهت مثبت دارد، اما خرده‌مقیاس پذیرش صرفاً با خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، مشترک در انسان‌ها، و لحظه آگاهی همبستگی معنادار، با اندازه

اثر کم، در جهت منفی دارد. به علاوه، نشان داد که کل پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا و هر دو عامل تمایل و پذیرش با شاخص توده بدنی همبستگی معنادار، با اندازه اثر کم، در جهت منفی دارند. این نتایج تأییدی بر روایی همگرایی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذاست (جدول ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا در افرادی بود که مشغول کاهش وزن یا حفظ وزن کاهش یافته بودند. تحلیل عاملی اکتشافی ساختار دو عاملی را برای این پرسشنامه نشان داد که همسو با نتایج پژوهش اولیه جوآراشو و همکاران (۲۰۱۱) است: عامل اول تمایل و عامل دوم پذیرش. بررسی محتوای گویه‌های عامل‌های حاصل از این پژوهش نیز نشان داد که عامل نخست شامل گویه‌هایی است که نمودار توانایی برای اجرای رفتارهای مرتبط با وزن و خوردن همسو با ارزش‌ها، حتی با وجود افکار و/یا احساسات ناخواسته یا پریشان‌ساز، است و عامل دوم شامل گویه‌هایی است که نمودار پذیرش تجارب شناختی، عاطفی، و فیزیولوژیکی مرتبط با غذا و خوردن، بدون تلاش برای ناسالم‌خوری یا تغییر آنها، هستند. با این حال، تفاوتی بین نسخه اصلی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا و نسخه فارسی آن وجود داشت. گویه ۵، «نباید پرخوری کنم، حتی زمانی که احساس می‌کنم می‌خواهم پرخوری کنم»، که در نسخه اصلی به عامل تمایل تعلق دارد، به دلیل نداشتن بار عاملی قابل قبول حذف شد. یک علت احتمالی در تبیین یافته مذکور این است که به نظر می‌رسد محتوای این گویه، در فرهنگ ایرانی، جنبه تحکمی دارد، در صورتی که در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش بر انتخابی بودن رفتار تأکید می‌شود (لیلیس، دال و وینلند^{۸۷}، ۲۰۱۴).

در بُعد بررسی پایایی نسخه حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، ضریب آلفای کرونباخ عامل تمایل (۰/۷۳) و عامل پذیرش (۰/۷۴) حاکی از همسانی درونی مناسب است. این نتایج با یافته‌های پژوهش اولیه (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱) و پژوهش‌های دیگری مانند فرمن و همکاران (۲۰۱۵) و شوماکر و همکاران (۲۰۱۹) مطابقت دارد. ضریب آلفای کرونباخ کل نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا ۰/۳۲ به دست آمد که نشان می‌دهد همسانی درونی مناسبی ندارد. این یافته، از جهت کوچک‌تر بودن ضریب کل پرسشنامه از ضریب هر دو عامل، همسو با یافته پژوهش اولیه (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱) است، اما از جهت مقدار ضریب ناهم‌سوست. با این حال، وقتی که گویه‌های عامل پذیرش به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود، میزان ضریب کل نسخه فارسی پرسشنامه تا حد مناسب افزایش پیدا می‌کند. یکی از تبیین‌های احتمالی این یافته تسلط دستورالعمل^{۸۸} کنترل، به جای دستورالعمل پذیرش، برای تغییر رفتار در فرهنگ ایرانی است. چنانکه از محتوای گویه‌های عامل پذیرش پیداست، به نظر می‌رسد افراد بر این باورند که برای موفقیت در زمینه کاهش وزن و تداوم وزن کاهش یافته باید از افکار و احساسات ناخوشایند مربوط به غذا اجتناب کنند، آنها را تغییر دهند، سرکوب کنند، یا تحت

87. Lillis, Dahl, & Weinelnd

88. agenda

کنترل درآوردند، در صورتی که طی درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش، خاصه درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی، به افراد یاد داده می‌شود که این دستورالعمل اغلب در کوتاه‌مدت مؤثر است و در درازمدت تأثیرهای منفی بر جای می‌گذارد (پولک و همکاران، ۲۰۱۶). افزون بر این، جوآراشو و همکاران (۲۰۱۱)، با توجه به کوچک‌تر بودن شریب الفای کرونباخ کل پرسشنامه از دو عامل، این فرض را مطرح می‌کنند که شاید پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا دو سازه مجزا را می‌سنجد و استفاده از خرده‌مقیاس‌ها، به‌جای کل پرسشنامه، اطلاعات بیشتری فراهم کند.

نتایج تحلیل عاملی تأییدی از الگوی ۲ عاملی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا حمایت کرد. این نتایج با نتایج پژوهش اولیه (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱) همسوست. افزون بر این، به دلیل مشاهده تفاوت گویه‌ای در تحلیل عاملی اکتشافی، برازش هر دو مدل اصلی و مدل حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. نتایج این بررسی نشان داد که مدل به‌دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی، بر خلاف مدل اصلی، برازش قابل قبول دارد. این نتایج شاهد دیگری در تأیید این مدعا بود که گویه ۵ مناسب نیست و باید حذف شود.

تجزیه و تحلیل‌های مربوط به روایی همگرای نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا نشان داد که این پرسشنامه با شاخص توده بدنی ارتباط معنادار منفی دارد. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش اولیه (جوآراشو و همکاران، ۲۰۱۱) در زمینه روایی همگرا و پیش‌بین است و از اهمیت سازه‌های پذیرش و تمایل در کاهش وزن و حفظ وزن کاهش‌یافته حمایت می‌کند. نتایج همچنین نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا با مقیاس شفقت به خود ارتباط معناداری دارد. این یافته نشان می‌دهد که پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا ارتباط معناداری با یکی از سازه‌های فرآیندی مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی دارد و شاهد دیگری برای این پیشنهاد است که شفقت به خود وارد مدل انعطاف‌پذیری روانی بشود (مارشال و برکمن^{۸۹}، ۲۰۱۶). شفقت به خود مؤلفه‌ای است که در درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی برای چاقی و اضافه‌وزن به کار می‌رود تا افراد برای انگیزه‌افزایی جهت کاهش وزن، گرفتار تنفر از خود نشوند، چون در کوتاه‌مدت ممکن است مؤثر باشد، اما در درازمدت موجب احساس شرم و تنفر بیشتر از خود و ناموفق ارزیابی کردن خویش می‌شود و در نتیجه، پرخوری و رها کردن هدف‌های سالم خوردن و فعالیت بدنی را به همراه دارد (لیلیس و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط معنادار مثبت بین رفتارهای سلامت‌افزا (مانند سالم‌خوری و فعالیت بدنی) با شفقت به خود است (گردیک، ۲۰۱۹)، و شفقت‌ورزی به خود در خودتنظیمی افراد برای اجرای این‌گونه رفتارها نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (سیروس، کیتنر و هرش^{۹۰}، ۲۰۱۵). دلیل مطلب اخیر آن است که حالت دفاعی، حالت‌های هیجانی منفی، و خودسرزنش‌گری را کاهش می‌دهد (تری و لری^{۹۱}، ۲۰۱۱). نکته قابل توجه دیگر ارتباط منفی عامل پذیرش با عامل تمایل و شفقت به خود است. به‌نظر

89. Marshall & Brockman

90. Sirois, Kitner, & Hirsch

91. Terry & Leary

می‌رسد که این یافته نیز حاکی از تسلط دستورالعمل کنترل، به جای دستورالعمل پذیرش، برای تغییر رفتار در جمعیت ایرانی است.

به‌طور کلی، بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا در جمعیت ایرانی پایایی و روایی مناسبی دارد. بنا بر این، به پژوهشگران و متخصصان بالینی رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، خاصه درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی، که با افراد درگیر با کاهش وزن کار می‌کنند، پیشنهاد می‌شود از این پرسشنامه استفاده کنند. البته باید به محدودیت‌های پژوهش حاضر اشاره شود. بخش اعظم نمونه پژوهش زنان بودند که تعمیم‌پذیری نتایج به مردان را با محدودیت مواجه می‌کند. رفع این محدودیت در پژوهش‌های آینده، به‌گونه‌ای که به حفظ تعادل جنسیتی در نمونه بینجامد، می‌تواند به گسترش دامنه تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر منجر شود. در این پژوهش، پایایی آزمون-بازآزمون بررسی نشد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بررسی شود. در نهایت، پژوهش حاضر شامل ابزار خودسنجی‌ای نبود که به‌لحاظ نظری متفاوت از مبحث پذیرش و تمایل مربوط به ولع غذا در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش باشد. از همین رو، در این پژوهش، امکان نشان دادن شواهدی در خصوص روایی و اگرایی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا وجود نداشت. بنا بر این، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از سنجه‌هایی برای بررسی روایی و اگرایی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل مربوط به ولع غذا استفاده شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسندگان این مقاله از تمام شرکت‌کنندگان و کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری کردند تشکر می‌کنند.

منابع

- امیدی، عبدالله، اردستانی، سعید، و حسن‌آبادی، حمیدرضا. (۱۳۹۷). انطباق‌یابی و ساختار عاملی پرسشنامه ارزش‌گزینی در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۸ (۳۲)، ۸۵-۱۰۱.
- حسن، جعفری، و پاسدار، کتابون. (۱۳۹۶). بررسی ساختار عاملی تأییدی، روایی، و پایایی نسخه فارسی مقیاس خودشفقتی در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد در سال ۱۳۹۲. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۶ (۸)، ۷۲۷-۷۴۲.
- (ITC), I. T. C. (2017). ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134.
- Babakus, E., Ferguson Jr, C. E., & Jöreskog, K. G. (1987). The sensitivity of confirmatory maximum likelihood factor analysis to violations of measurement scale and distributional assumptions. *Journal of marketing research*, 24(2), 222-228.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal psychology: An integrative approach* (eight ed.): Nelson Education.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*: Guilford publications.
- 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.
- Butryn, M. L., Webb, V., & Wadden, T. A. (2011). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics*, 34(4), 841-859.
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International journal of obesity*, 27(8), 955-962.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Diamantopoulos, A., Siguaw, J. A., & Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL: A guide for the uninitiated*: Sage.
- Finch, H., French, B. F., & Immekus, J. C. (2016). *Applied psychometrics using SPSS and AMOS*. IAP.
- 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.
- Gedik, Z. (2019). Self-compassion and health-promoting lifestyle behaviors in college students. *Psychology, health & medicine*, 24(1), 108-114.
- Gregg, J. A., Lillis, J., & Schmidt, E. M. (2015). A functional contextual approach to obesity and related problems. *Current Opinion in Psychology*, 2, 82-86.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hasani, J., & Pasdar, K. (2017). The Assessment of Confirmatory Factor Structure, Validity, and Reliability of Persian Version of Self-Compassion Scale (SCS-P) in Ferdosi University of Mashhah in 2013. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 16(8), 727-742.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2008). Developing criteria for evidence-based assessment: An introduction to assessments that work. *A guide to assessments that work*, 3-14.
- Juarascio, A., Forman, E., Timko, C. A., Butryn, M., & Goodwin, C. (2011). The development and validation of the food craving acceptance and action questionnaire (FAQ). *Eating behaviors*, 12(3), 182-187.
- Lillis, J., Dahl, J., & Weineland, S. M. (2014). *The diet trap: Feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy*: New Harbinger Publications.
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2007). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(1), 30.
- 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(1), 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., Niemeier, H. M., Ross, K. M., Thomas, J. G., Leahey, T., Unick, J., . . . Wing, R. R. (2015). Weight loss intervention for individuals with high internal disinhibition: design of the Acceptance Based Behavioral Intervention (ABBI) randomized controlled trial. *BMC psychology*, 3(1), 17.
- 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.
- Lowe, M. R. (2003). Self regulation of energy intake in the prevention and treatment of obesity: is it feasible? *Obesity research*, 11(S10), 44S-59S.
- Marshall, E.-J., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60-72.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*: Sage publications.
- Myers, N. D., Ahn, S., & Jin, Y. (2011). Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: A Monte Carlo approach. *Research quarterly for exercise and sport*, 82(3), 412-423.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook*: McGraw-Hill Education (UK).

- Organization, W. H. (2019). Data and analysis on overweight and obesity. Retrieved from https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*: New Harbinger Publications.
- Rahimi-Ardabili, H., Reynolds, R., Vartanian, L. R., McLeod, L. V. D., & Zwar, N. (2018). A systematic review of the efficacy of interventions that aim to increase self-compassion on nutrition habits, eating behaviours, body weight and body image. *Mindfulness*, 9(2), 388-400.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74.
- Schumacher, L. M., Godfrey, K. M., Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2019). Change in domain-specific but not general psychological flexibility relates to greater weight loss in acceptance-based behavioral treatment for obesity. *Journal of contextual behavioral science*, 12, 59-65.
- Sirois, F. M. (2015). A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults. *Preventive medicine reports*, 2, 218-222.
- Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology*, 34(6), 661.
- Streiner, D. L. (1994). Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(3), 135-140.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*: International edition. *Pearson* 2012.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and identity*, 10(3), 352-362.