

The Effectiveness of Diagnostics Educational Package Based on Acceptance and Commitment Therapy, Compassion Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy on the Eating Behavior and the Weight- Efficacy of life style in the Overweight and Obese Woman

Mandana Abdolkarimi¹, *Shohreh Ghorbanshirud², Javad Khalatbari³, Mohamadreza Zarbakhsh⁴

Author Address

1. PhD student of psychology, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
 2. PhD in Consultation, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
 3. PhD in Public Psychology, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
 4. PhD in Exceptional Children Psychology, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
 *Corresponding Author Address: Tonekabon, ValiAbad, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
 Email: Shohreshiroudi@gmail.com

Received: 2018 January 27; Accepted: 2018 February 19

Abstract

Background & Objective: One of the most serious worldwide health problems is overweight and obesity, especially is associated with significantly different somatic and psychological problems (such as heart attack, blood pressure, arthritis, type 2 diabetes, heart failure, stroke, increased all-cause mortality, higher rates of depression, anxiety, reduced quality of interpersonal relationships), Additionally overweight and obesity reflecting negative self-evaluations of one's weight and physical appearance and perceived discrimination, so it causes to impair of quality of life and self-efficacy. Also when the most common obesity interventions have focused primarily on weight loss like low-calorie diet and physical activity prescription, without full consideration of psychological factors, not surprisingly weight gain following these interventions is common; however, by 3–5 years post-treatment, most patients have returned to or exceeded their pretreatment weight. Due to the important role of psychological factors in overweight and obesity, the aim of this research was to study the effect of diagnostic's educational package based on acceptance and commitment therapy, Compassion Focused Therapy and dialectical behavior therapy on the eating behavior and the Weight-Efficacy of lifestyle in overweight and obese women.

Methods: This study was experimental with pretest, posttest and control group that was conducted on 20 women suffering from overweight and obesity (Body Mass Index more than 25) referring to the nutrition clinic in Tonkabon in 2016-2017. The women were selected by random sampling and were randomly classified into the experimental group (n=10) and the control group (n=10). The overweight and obese women into two groups were matched in some demographic variables and completing two scales Dutch Eating behavior questionnaire and weight efficacy lifestyle questionnaire as a pretest, posttest and follow up to assessment after three months. The intervention consisting of twelve sessions of training diagnostic's educational package based on acceptance and commitment therapy, Compassion Focused Therapy and dialectical behavior therapy was given to the experimental group at three months. The obtained data were analyzed statistical tests of MANCOVA by SPSS20.

Results: The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that the ratio of pre-test and post-test differences in the rates of eating behavior in the test and control groups was equal to (34.140), F ratio obtained between the two groups GD related test and followed the equal rates of eating behavior (F=67.331) analysis of variance and differences related to pretesting scores and Weight- Efficacy of lifestyle in the test groups and control test was F=53. 639 and analysis of variance related to differences steps after the step follow-up test related to Weight-Efficacy of lifestyle test and control groups was equal to (F=73.353). Data analysis showed that diagnostic's educational package caused the increase of Weight- Efficacy of lifestyle (p<0.001). And the decrease of eating behavior of the experimental group of women in comparison with the control groups (p<0.001).

Conclusion: According to the finding from this study, use of diagnostic's educational package based on acceptance and commitment therapy, Compassion Focused Therapy and dialectical behavior therapy allow overweight and obese women to step out of the trap of stigma, self-critical, negative affect and emotional eating by basic and advanced mindfulness skills, emotion regulation, acceptance, self-compassion strategies and helps them to clarify their personal values and following meaningfulness behavior and becoming the self-compassion with yourself. Also, Participants learn to tolerate aversive states related to eating (cravings, boredom, discomfort) while continuing to engage in the desired behaviors such as removal, or 'experiential avoidance' of aversive urges or feelings by overeating or eating unhealthful foods. Additionally, the intervention helps overweight and obese women to increase awareness of the perceptual, cognitive and affective experiences and being more present-centered and aware, thereby reducing "mindless" eating. These skills interrupt automatic, non-conscious influences on eating behavior that can lead to overeating and/or sedentary so improving the quality of lifestyle of overweight and obese women. Due to the increasing overweight and obesity, the use of diagnostic's educational package based on acceptance and commitment therapy, Compassion Focused Therapy and dialectical behavior therapy improves the well-being of society.

Keywords: Diagnostic's Educational Package Based on Acceptance and Commitment Therapy, Dialectical Behavior Therapy and Compassion Focused Therapy, Eating Behavior, Weight- Efficacy of Lifestyle.

اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتار خوردن و خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی

ماندانا عبدالکریمی^۱، *شهره قربان شیرودی^۲، جواد خلعتبری^۳، محمدرضا زربخش^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛
 ۲. دکترای مشاوره، دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛
 ۳. دکترای روانشناسی عمومی، دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛
 ۴. دکترای روانشناسی کودکان استثنایی، استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
- *آدرس نویسنده مسئول: تنکابن، ولیآباد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ایران.
Shohreshiroudi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۷ بهمن ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۳۰ بهمن ۱۳۹۶

چکیده

هدف: چاقی و اضافه وزن به عنوان مشکلی جدی و جهانی به شمار می‌رود. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتار خوردن و خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه شامل زنان مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه شهر تنکابن در سال ۱۳۹۵-۹۶ بود که از بین آن‌ها ۲۰ زن مبتلا به اضافه وزن و چاقی (هر گروه دهنفر) از طریق انتساب تصادفی ساده به روش قرعه‌کشی، در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. این افراد پرسشنامه‌های خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن (کلارک، ۱۹۹۱) و رفتار خوردن هلندی (فورمن، ۲۰۰۹) را پیش از شروع جلسات و دو هفته بعد از پایان جلسه دوازدهم و سه ماه پس از آموزش تکمیل کردند. داده‌ها از طریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره پیش‌آزمون خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن گروه آزمایش برابر با ۸۵/۱۰ و ۱۱۸/۸۰ است. درحالی‌که میانگین پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن به ترتیب برابر با (۱۴۵/۳۰ و ۱۵۱/۲۰) و (۸۴ و ۷۸/۶۰) است. همچنین میانگین پیش‌آزمون خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن گروه گواه برابر با ۷۰/۸۰ و ۱۲۸/۶۰ است و میانگین پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن گروه گواه به ترتیب برابر با (۶۶/۹۰ و ۶۶/۲۰) و (۱۱۹/۹۰ و ۱۲۵/۵۰) است. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد بسته فراتشخیصی مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش رفتار خوردن مؤثر بوده است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، کاربرد بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند در ارتقای بهزیستی جامعه مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی، خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، رفتار خوردن.

سرزنش و خودانتقادگری که الگوی اجتناب تجربه‌ای مرتبط با وزن را منعکس می‌کند و با کاهش کیفیت زندگی و خودکارآمدی پایین همراه می‌گردد) به افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی کمک می‌کند با رفتار خوردنشان، وزن و تجارب مربوط به وزن، جهت بالابردن کیفیت زندگی و خودکارآمدی‌شان ارتباط سالم‌تر و قابل پذیرش‌تری برقرار کنند (۱۲). در واقع اجتناب تجربه‌ای مربوط به وزن، به معنای عدم تمایل به ماندن در شرایط سخت و پذیرش تجارب درونی مربوط به خوردن و وزن (همچون ولع مصرف، خستگی، خودبرچسب‌زنی منفی مربوط به وزن) است. در این شرایط افراد سعی می‌کنند آن‌ها را کنترل کنند یا تغییر دهند یا از موقعیت بگریزند (۱۲). مهارت‌های مبتنی بر پذیرش به‌طور ویژه کاهش الگوهای اجتناب تجربه‌ای را با افزایش تمایل و پذیرش برای تجارب ناخواسته درونی هدف قرار می‌دهد. مهارت‌های تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانات به‌عنوان مؤلفه‌های مشترک و فراتشخیصی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی، انجام اعمال متعهدانه را در راستای ارزش‌های مهم زندگی، بهبود می‌بخشد. علاوه بر آن توسعه مهارت‌های ذهن‌آگاهی به‌عنوان مؤلفه‌های مشترک رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان متمرکز بر شفقت از اهمیت بسزایی برخوردار است. ذهن‌آگاهی شامل هشیاری به تجارب زمان حال با نگرشی غیرقضاوتی همراه با پذیرش و گشودگی است. تمرین‌های ذهن‌آگاهی هشیاری به هیجانات و حس‌های بدنی (گرسنگی، سیری) را افزایش می‌دهد و منجر به انتخاب‌های سالم‌تری می‌گردد. همچنین به افراد کمک می‌کند ارتباط مثبت‌تری با غذا برقرار کنند و همین امر موجب تغییر وزن می‌گردد (۱۲). فیشر و همکاران در مطالعه فراتحلیلی خود مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان مؤلفه مشترک در رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، جهت درمان اختلالات خوردن، کنترل وزن و ولع مصرف را بررسی کردند. نتایج مطالعه حاکی از رابطه منفی بین مهارت‌های ذهن‌آگاهی و خوردن برانگیخته‌شده و خوردن هیجانی بود، همچنین افزایش تنظیم هیجان و کاهش خودگویی‌های منفی تمایل دایمی و تمایل به خوردن را نشان داد (۱۳). نتایج یک پژوهش نشان داد که ذهن‌آگاهی به‌عنوان مهارت مشترک در رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثرات مخرب افکار منفی معمول را از طریق دو فرآیند تسکین می‌دهد: اولاً هشیاری به زمان حال عادت‌های ذهنی خودکار را قطع می‌کند. ثانیاً پذیرش غیرقضاوتی افکار منفی که درباره سختی یا دشواری کاهش وزن است را کاهش می‌دهد (۱۴). همچنین لیلیسا و همکاران نشان دادند، تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش با هدف کاهش تقویت منفی رفتار خوردن در کوتاه مدت (یا اجتناب تجربه‌ای) و افزایش اعمال متعهدانه در راستای ارزش‌ها و اهداف، دنبال کردن بیشتر فعالیت‌های فیزیکی و رفتارهای خوردن سالم‌تر را پیش‌بینی می‌کند (۱۵). اسلوان و همکاران نشان دادند تنظیم هیجانات، موجب کاهش کورتیزل در کوتاه مدت و افزایش رفتارهای سالم در طولانی مدت می‌شود (۱۶). همچنین مطالعه بالینی گسترده‌ای اثربخشی آموزش مهارت‌های شفقت‌به‌خود را به‌عنوان مؤلفه مشترک در رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان

چاقی و اضافه‌وزن به‌عنوان مشکلی جدی و جهانی در حوزه سلامتی به شمار می‌رود، به‌ویژه با بیماری‌های جسمی بیشماری همچون دیابت، فشارخون، کلسترول بالا، ناراحتی‌های قلبی و کبد، درد مفاصل، آپنه خواب و اختلالات روان‌شناختی ارتباط دارد (۱) و کیفیت سبک زندگی و خودکارآمدی را کاهش می‌دهد (۲). نشان داده شده، درمان‌های چاقی که به‌طور ویژه، محدود به رژیم‌های غذایی محدودکننده و نسخه‌های فعالیت‌های ورزشی می‌شود، فقط به مدت کوتاهی در کاهش وزن مؤثر است و شمار بسیاری از افراد دوباره به وزن اولیه خود در طی ۵ سال برمی‌گردند (۳). شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های اثرگذار بر کاهش وزن نقش مهمی در افزایش اثربخشی برنامه‌های کاهش وزن دارد، از جمله شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده کاهش وزن و پیش‌بینی‌کننده موفقیت مداخلات کنترل وزن، خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و اصلاح رفتار خوردن هستند (۴،۵). ساختار اولیه خودکارآمدی به نظریه شناختی-اجتماعی بندورا برمی‌گردد که با نظریه‌های مختلف تغییر رفتار ادغام شده است. خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، به ادراک فرد از این‌که می‌تواند به‌طور مؤثر رفتارهایی را انجام دهد که منجر به کاهش وزن یا نگهداری آن شود، اشاره دارد (۶). باس و همکاران در پژوهشی نشان دادند که ارتباط معناداری بین خودکارآمدی بالا و موفقیت در کاهش وزن وجود دارد (۷). نتایج یک پژوهش نشان داد که افزایش خودکارآمدی موجب بهبود رفتارهای تغذیه‌ای و افزایش فعالیت‌های فیزیکی می‌شود (۸). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که الگوهای ناسالم رفتار خوردن در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی بیشتر از سایر افراد است (۹). ناگل و همکاران نشان دادند، احساسات منفی مانند عصبانیت، احساس گناه و ناامیدی، میل به پرخوری را در افراد مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن افزایش می‌دهد (۱۰). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که سبک‌های رفتار خوردن میزان ولع مصرف در خوردن و اضطراب تجربه‌شده در افراد مبتلا به اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کنند (۱۱)؛ بنابراین به نظر می‌رسد تنها تمرکز بر روی کاهش وزن جهت افزایش سلامتی و بهزیستی افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی مؤثر نیست؛ بنابراین هدف قراردادن فرآیندهای روان‌شناختی در این راستا در بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک می‌کند (۱). در این راستا مهارت‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، پذیرش، شفقت به خود، شناسایی ارزش‌ها به‌عنوان مؤلفه‌های مشترک و فراتشخیصی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی در جهت افزایش خودکارآمدی و اصلاح رفتار خوردن نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی بازی می‌کند (۱۲). پالمیرا، پروتکل درمانی خود را بر مبنای تلفیقی از تکنیک‌های درمان‌های موج سوم رفتاری در زمینه درمان چاقی و اضافه‌وزن و مشکلات مرتبط به سلامتی به‌عنوان رویکرد جدیدی به این مشکلات معرفی کرد (۱۲). در حقیقت این طرح درمانی تلفیقی با در نظر گرفتن چندین عامل روان‌شناختی در کسب دوباره وزن (همچون خوردن هیجانی، کنترل و محدودیت‌های سفت و سخت و خوردن‌های تکانشی در اثر

اختیار داشتن مواد غذایی چرب و شیرین، فشار اجتماعی مانند تشویق و ترغیب دیگران برای خوردن، مثلاً در مهمانی‌ها، ناراحتی جسمانی مانند خوردن در مواقع درد، بیماری و خستگی و فعالیت‌های مثبت نظیر خوردن در حین مطالعه، تماشای فیلم و شادی است. همه گویه‌ها به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات آن بین ۰ تا حداکثر ۱۸۰ متغیر است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا، اعتبار بیرونی، بازآزمایی و همسانی درونی تایید شده است. به‌طوری‌که مقادیر ضرایب همبستگی درونی برای فشار اجتماعی (۰/۶۵)، دسترسی به غذا (۰/۷۳)، هیجان مثبت (۰/۶۶)، هیجان منفی (۰/۷۲)، ناراحتی جسمی و کل پرسشنامه (۰/۸۸) و ضریب همبستگی به روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۵۷، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۰ تعیین شده است (۲۰). همچنین باس و همکاران در پژوهش خود اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ برای همسانی درونی را معادل ۰/۹۲ گزارش کردند (۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ برای همسانی درونی معادل ۰/۹۲ محاسبه شده است.

پرسشنامه رفتارهای خوردن هلندی: فورمن و همکاران در سال ۲۰۰۹، این پرسشنامه را که به‌منظور ارزیابی میزان میل به‌خوردن و عمل به‌خوردن افراد در پاسخ به برانگیختگی هیجانی، طراحی کردند، ۱۱ سؤال دارد و از افراد خواسته می‌شود در دو موقعیت آن را پاسخ دهند. یک‌بار در رویارویی با رفتار و بار دیگر در رویارویی با امیال. این پرسش‌ها در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (هرگز تا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود (۲۰). فورمن و همکاران، اعتبار درونی بالایی (α=۰/۹۶) را نشان دادند (نقل از ۲۰). از آنجا که این پرسشنامه در ایران ترجمه و تطبیق داده نشده بود، ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه به‌شیوه 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 روایی پرسشنامه را تأیید کردند و ضریب آلفای کرونباخ آن در آزمون مقدماتی که بر ۳۰ فرد انجام شد، در هر دو خرده‌مقیاس میل به‌خوردن و عمل به‌خوردن، ۰/۹۵ به دست آمد (۲۰). در پژوهش حاضر نیز ضریب اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ برای همسانی درونی معادل ۰/۹۳ محاسبه شده است.

پس از قرارگیری تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه، تمامی آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های رفتارهای خوردن هلندی و پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را تکمیل کردند. گروه آزمایش بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت گروهی را در ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌مدت سه ماه دریافت کرد، درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پروتکل درمانی استفاده‌شده در این پژوهش برگرفته از طرح درمانی پالمیرا (۱۲) بود. در انجام این پژوهش ملاحظات اخلاقی پژوهش، از جمله رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش و اخذ رضایت نامه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت شده است. در پایان جلسات درمانی بازآزمایی مجدد از هر دو گروه، جهت اثربخشی بسته فراتشخیصی درمان مبتنی بر

متمرکز بر شفقت، جهت افزایش بهزیستی و کاهش الگوهای خودانتقادگری و شرم نشان داده‌اند (۱۷). شفقت شامل حساسیت و توجه به‌رنج خود و میل به آرام‌کردن خود است (۱۷). مفهوم شفقت به‌خود، نگرش حمایت و مهربانی به خود را جایگزین خودانتقادگری، تحقیر و احساس شرم می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند شفقت به‌خود با کاهش ناراضیاتی از بدن و افزایش بهداشت روان عمومی همراه بوده است و در ارتباط بین خودبرچسب‌زنی منفی و سلامت افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی نقش میانجی و واسطه‌گر را داشته است (۱۸). در این راستا با توجه به مشکل اضافه‌وزن و چاقی و نادیده‌گرفتن فرآیندهای روان‌شناختی در حوزه درمان، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان رفتار خوردن و خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی بود.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. برای انتخاب آزمودنی‌های این پژوهش، صد نفر از زنان مبتلا به چاقی ($BMI \leq 30$) و دارای اضافه وزن (شاخص توده بدنی معادل ۲۵-۲۹/۹) مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه شهرستان تنکابن پرسشنامه‌های رفتارهای خوردن هلندی و خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را پر کردند، پس از جمع‌آوری نتایج پرسشنامه، زنانی که کمترین خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و بیشترین رفتار خوردن را داشتند به‌عنوان افراد مطالعه انتخاب شدند. بدین‌صورت که ابتدا اسامی ۲۰ نفر مذکور براساس نمره‌های پیش‌آزمون (از زیاد به کم) خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و (از کم به زیاد) برای رفتار خوردن مرتب شد؛ آنگاه نام آن‌ها به‌صورت یک‌درمیان در دودسته قرار گرفت تا به روش انتساب تصادفی در دوگروه آزمایش و گواه قرار گیرند. همچنین متغیرهایی چون سن، میزان تحصیلات و شغل برای هم‌تاسازی دوگروه لحاظ گردید. لازم به ذکر است که با توجه به این که بهتر است تعداد افراد هر گروه در پژوهش آزمایشی حداقل بین ۸ تا ۱۲ نفر باشد (۱۹) تعداد هر گروه ۱۰ نفر انتخاب شد. شرایط ورود به مطالعه شامل شاخص توده بدنی ۳۰-۲۵ و رضایت زنان برای شرکت در مطالعه بودند و ملاک‌های خروج عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه از ۱۲ جلسه درمانی بود.

ابزار سنجش: پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۱ توسط کلارک و همکاران برای اندازه‌گیری توانایی خودمهارگری بین افراد چاق در جستجوی درمان ساخته شد. پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال در زمینه خودکارآمدی رفتار خوردن است که در آن آزمودنی‌ها میزان اعتماد و عدم اطمینان خود را در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن، در موقعیت‌های مختلف و وسوسه‌انگیز براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (از عدم اطمینان تا بسیار مطمئن) بیان می‌کنند. این پرسشنامه دارای پنج خرده‌مقیاس هیجان‌های منفی مانند خوردن در هنگام غمگینی، اضطراب، شکست و ناکامی، در دسترس بودن مواد غذایی و خوراکی‌ها مانند مسافرت، دیدن و در

پذیرش و تعهد، متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی انجام شد. دیالکتیکی و زمان اجرای آن آمده است. داده‌ها از طریق روش‌های آمار هم‌چنین شرکت‌کنندگان بعد از سه‌ماه نیز دوباره پیگیری شدند. در جدول ۱ خلاصه محتوای طرح درمانی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، رفتاردرمانی SPSS20 تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمانی بسته فراتشخیصی مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۲) و زمان اجرای آن

جلسه اول	معرفی و آشنایی گروه با هم، آشنایی گروه با انواع سبک‌های رفتار خوردن، توضیح نقش هیجان‌ها و افکار در رفتار خوردن، آموزش پذیرش نقش خود به‌عنوان انسان (ارائه کاربرگ خدا و عروسک)،
جلسه دوم	آموزش دیگرام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و الگوی آن، آموزش شناسایی حلقه هدف و کارکردن بر روی ارزش مهربانی با خود، شناسایی افکار انتقادگر و آموزش افکار خودتأییدگرایانه، آموزش دو مغز مبتنی بر غم و شفقت و بررسی و توضیح سیستم‌ها و توضیح افکار خودتأییدگرایانه بر سیستم آسودگی (ارائه کاربرگ پرورش خود مشفق و دعای شفقت به خود، تمرین خودگویی تأییدگرایانه).
جلسه سوم	آشنایی با مفاهیم خود مفهوم‌پردازی شده و بیدارکردن خود مشاهده‌گر، شناسایی ارزش‌ها و انجام عمل متعهدانه در راستای خود مشاهده‌گر (ارائه کاربرگ چسبندگی به مفهوم خود به‌عنوان فرد چاق، تمرین خود مشاهده‌گر، کاربرگ واضح‌سازی ارزش‌ها، کاربرگ عمل متعهدانه ویلسون)
جلسه چهارم	آموزش درخت ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ریشه صبر و ریشه مهربانی (ارائه کاربرگ خوردن کشمش، ماندن در صف نانویی، ماندن پشت چراغ زرد، رفتن به فروشگاه‌های شلوغ و ...، کاربرگ چگونه با دوست خود رفتار می‌کنید)، آموزش حالت انجام‌دادن و حالت بودن.
جلسه پنجم	آموزش درخت ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ریشه اعتماد، آموزش پیشرفت‌گرایی به جای کمال‌گرایی از طریق شناخت کمال‌گرایی و اثرات زیان‌بار آن به‌عنوان مانعی برای اعتمادبه‌خود (کاربرگ شناخت زمینه‌های کمال‌گرایی من، کاربرگ پیشرفت‌گرایی و قطب‌نمای ارزش‌ها)
جلسه ششم	آموزش درخت ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ریشه توصیف به جای قضاوت (ارائه کاربرگ تمرکز بر یک شیء، تمرین شناسایی و ثبت قضاوت‌های منفی، تمرین ناهمجوشی با قضاوت‌ها)، آموزش زندگی در زمان حال، بخش اول (تمرین تنفس تسکین‌دهنده مبتنی بر رویکرد شفقت، تمرین دسته نور مبتنی بر رویکرد مهارت ذهن‌آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیکی)، آموزش فن ناهمجوشی و گسلش با احساسات از طریق رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (تکنیک تیچنر، تکنیک ضبط صوت با دور تند و آرام و تکنیک شخصیت کارتونی)
جلسه هفتم	آموزش درخت ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ریشه ذهن‌آغازگر، آموزش زندگی در زمان حال، بخش دوم (تمرین تمرکز با تمام وجود در حین غذاخوردن، تمرین شیوه روبه‌روشدن با زمان‌های دشوار، آموزش فن ناهمجوشی و گسلش با افکار از طریق رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (فن موج دریا، ابرها و مزرعه، تابلوهای خیابان و رانندگی، نوشتن نامه و پاره‌کردن آن، فنون بادکنک، کف دست)، آموزش شناخت فکرها و عوض کردن رابطه با فکرها از طریق استعاره عابر وراج و انجام ایفای نقش در گروه.
جلسه هشتم	آموزش زندگی در زمان حال بخش سوم (تمرین ذهن‌الان کجاست؟، تمرین تمرکز بر بیرون و درون)، آموزش شفقت به خود از طریق رنگ‌آمیزی مشفقانه و نوشتن نامه مشفقانه
جلسه نهم	آموزش تنظیم هیجان‌ها (فن ذهن نجسب، فن تسمه نقاله، فن ۷ گام پذیرش هیجان‌ها به جای اجتناب هیجانی) آموزش شفقت به خود از طریق ایجاد مکان امن
جلسه دهم	آموزش ذهن خردمند، آموزش پل دردساز، تقویت مهارت‌های پذیرش و تمایل به تجارب درونی ناخواسته.
جلسه یازدهم	آموزش ارتباط بین فردی مؤثر (شناسایی سبک‌های بین فردی مخرب و رایج)، آموزش رفتار جرأت‌مندانه به‌صورت گام‌به‌گام، شناسایی بایداندیشی و سم‌های ارتباطی با خود و دیگران
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی.

واریانس و کوواریانس، داشتن رابطه خطی، فاصله‌ای بودن داده‌ها، نرمال بودن توزیع مفروضه یکسانی خطای واریانس و تصادفی بودن داده‌ها و همبستگی بین داده‌های متغیرهای وابسته، آزمون نرمالیتی کولموگروف - اسمیرنوف بررسی گردید، چون این مفروضه‌ها تأیید شدند، بنابراین می‌توان از تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل کواریانس (MANCOVA) استفاده کرد.

۳ یافته‌ها

میانگین وانحراف معیار سن زنان شرکت‌کننده به ترتیب ۳۶/۷۴ و ۰/۷۳ با تحصیلات لیسانس بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) که تمام عملیات آماری با نرم افزار SPSS20 بود، استفاده شده است. قبل از استفاده آزمون تحلیل کواریانس، مفروضه‌های آزمون باکس جهت بررسی ماتریس

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره

متغیر	آزمایش			گواه		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
میانگین	۵۸/۱۰	۱۷/۲۱۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۶۸/۹۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۱۷/۲۱۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۶۸/۹۰	۷۰/۸۰	۷۰/۸۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰
میانگین	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰
انحراف معیار	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰	۴۲/۲۰	۷۰/۸۰	۱۴۵/۳۰

۴ بحث

نتایج پژوهش نشان داد بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش رفتار خوردن در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است، این نتیجه براساس پیگیری سه‌ماهه از ثبات برخوردار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پالمیرا همسو است (۱۲). همچنین نتایج این مطالعه با پژوهش سیکس و همکاران که نشان دادند، آموزش مهارت‌های شفقت به خود به‌عنوان مؤلفه مشترک درمان‌های متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش نارضایتی از تصویر بدن و افزایش پذیرش خود و اصلاح رفتار خوردن می‌شود، نیز همسو است (۱۷). در پژوهشی دیگر لیلیسا و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تکنیک‌های تنظیم هیجان به‌موجب کاهش رفتار خوردن هیجانی، افزایش رفتارهای مدیریت وزن می‌شود (۱۵). پژوهش ناومی و همکاران در مطالعه فراتحلیلی خود نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان مؤلفه مشترک در رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش دوره‌های پرخوری و خودگویی‌های منفی می‌شود (۱۳). پژوهش نوریان و همکاران نشان دادند تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش موجب کاهش خوردن هیجانی می‌شود (۲۰) و پژوهش روفولت و همکاران نشان داد که مهارت‌های آگاهی ذهن موجب کاهش رفتار خوردن می‌گردد که نتایج این مطالعات با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است (۱۴). همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز

با توجه به یافته‌های جدول ۲، مشاهده می‌شود که میانگین پیش‌آزمون خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن گروه آزمایش برابر با ۸۵/۱۰ و ۱۱۸/۸۰ است. درحالی‌که میانگین پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن به‌ترتیب برابر با (۱۴۵/۳۰ و ۱۵۱/۲۰) و (۷۸/۶۰ و ۸۴) است. همچنین میانگین پیش‌آزمون خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن برابر با ۷۰/۸۰ و ۱۲۸/۶۰ است و میانگین پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن گروه گواه به‌ترتیب برابر با (۶۶/۹۰ و ۶۶/۲۰) و (۱۱۹/۹۰ و ۱۲۵/۵۰) است. در واقع میانگین نمرات خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است و میانگین نمرات رفتار خوردن گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است؛ درحالی‌که در گروه گواه چنین تفاوتی مشاهده نمی‌شود. به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. سرانجام یافته‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار است. بدین‌معنا که بسته فراتشخیصی مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و $F=67/882, P<0/001$ و کاهش رفتار خوردن $(F=32/451, P<0/001)$ مؤثر بوده است.

روی زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی شهرستان تنکابن انجام شده است و باید در تعمیم نتایج حاضر به سایر جوامع آماری احتیاط گردد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی مشابه در ارتباط با اثربخشی آموزه‌ها و مداخلات مبتنی بر بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی در سایر جوامع آماری به‌خصوص مردان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی، انجام شود. همچنین توصیه می‌شود که در مراکز روان‌درمانی و تغذیه بر حمایت‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی تأکید گردد و جلسات ماهانه جهت ارائه خدمات سلامت روان تشکیل شود.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث می‌شود که زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی با پذیرش احساسات ناخوشایند، شفقت به خود و گام برداشتن در مسیر ارزش‌های خود، خودکارآمدی خویش را بالاتر برده و سبک زندگی سالم‌تری را انتخاب نمایند.

۶ تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با کد REC.1396.98 بوده و دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1396.98 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی آزمودنی‌هایی که در انجام این مطالعه محققین را یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را به‌جا آورند.

بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی مؤثرست. پالمیرا و همکاران نشان دادند که بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان با پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت در کاهش خودبرچسب‌زنی منفی، مشکلات روان‌شناختی و جسمانی مؤثرست که با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست (۱۲). نوریان و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش بر افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مؤثرست (۱۹). همچنین سیکس و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که مهارت‌های شفقت به خود به‌عنوان مهارت فراتشخیصی در کاهش برچسب‌های منفی به خود و بهبود تصویر بدنی و نگرانی‌های مربوط به وزن و افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن مؤثرست (۱۷) که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانست.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که در رفتار خوردن، مؤلفه پذیرفتن تصویر بدن خود بدون قیدوشرط، پذیرش احساسات ناخوشایند به جای فرار یا مبارزه با آن‌ها، دنبال کردن ارزش‌های اصلی با حضور ذهن، بسیار مهم است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت، بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی، رویکردی التقاطی است که از طریق آموزش مهارت‌های فراتشخیصی همچون ذهن‌آگاهی مبتدی و پیشرفته، ناهمجوشی با فکر و احساسات و پذیرش آن‌ها به جای فرار و اجتناب، آموزش تحمل پریشانی و تنظیم هیجانات، پرورش مؤلفه‌های شفقت، شناسایی و دنبال کردن ارزش‌ها به افراد کمک می‌کند متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود شوند، بدون آن‌که تلاشی برای مهار آن انجام دهند یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آن‌ها (خوردن) کاهش یابد و همراه شفقت و مهربانی که به خود دارند (با خود مشفق) در راستای ارزش‌های خود گام بردارند. پژوهش حاضر بر

References

1. Forman EM, Butryn ML. A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*. 2015 Jan 1;84:171-80. [\[link\]](#)
2. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M, Carvalho S. Finding the link between internalized weight-stigma and binge eating behaviors in Portuguese adult women with overweight and obesity: The mediator role of self-criticism and self-reassurance. *Eating behaviors*. 2017;26:50-4. [\[link\]](#)
3. Lasikiewicz N, Myrissa K, Hoyland A, Lawton CL. Psychological benefits of weight loss following behavioural and/or dietary weight loss interventions. A systematic research review. *Appetite*. 2014 Jan 1;72:123-37. [\[link\]](#)
4. Armitage CJ, Wright CL, Parfitt G, Pegington M, Donnelly LS, Harvie MN. Self-efficacy for temptations is a better predictor of weight loss than motivation and global self-efficacy: Evidence from two prospective studies among overweight/obese women at high risk of breast cancer. *Patient education and counseling*. 2014 May 1;95(2):254-8. [\[link\]](#)
5. Tan CC, Chow CM. Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*. 2014 Aug 1;66:1-4. [\[link\]](#)
6. van Strien T, Koenders PG. How do life style factors relate to general health and overweight?. *Appetite*. 2012 Feb 1;58(1):265-70. [\[link\]](#)
7. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*. 2009 Feb 1;52(1):209-16. [\[link\]](#)
8. Annesi JJ, Vaughn LL. Directionality in the Relationship of Self-regulation, Self-efficacy, and Mood Changes in Facilitating Improved Physical Activity and Nutrition Behaviors: Extending Behavioral Theory to Improve Weight-Loss Treatment Effects. *Journal of nutrition education and behavior*. 2017 Jun 1;49(6):505-12. [\[link\]](#)
9. Annesi JJ, Mareno N. Indirect effects of exercise on emotional eating through psychological predictors of weight loss in women. *Appetite*. 2015 Dec 1;95:219-27. [\[link\]](#)
10. Escandón-Nagel N, Peró M, Grau A, Soriano J, Feixas G. Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018 Jan 1;18(1):52-9. [\[link\]](#)
11. Ferrer-Garcia M, Pla-Sanjuanelo J, Dakanalís A, Vilalta-Abella F, Riva G, Fernandez-Aranda F, et al. Eating behavior style predicts craving and anxiety experienced in food-related virtual environments by patients with eating disorders and healthy controls. *Appetite*. 2017 Oct 1;117:284-93. [\[link\]](#)
12. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*. 2017 May 1;112:107-16. [\[link\]](#)
13. Fisher NR, Mead BR, Lattimore P, Malinowski P. Dispositional mindfulness and reward motivated eating: The role of emotion regulation and mental habit. *Appetite*. 2017 Nov 1;118:41-8. [\[link\]](#)
14. Ruffault A, Czernichow S, Hagger MS, Ferrand M, Erichot N, Carette C, et al. The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity research & clinical practice*. 2017 Sep 1;11(5):90-111. [\[link\]](#)
15. Lillis J, Thomas JG, Niemeier HM, Wing RR. Exploring process variables through which acceptance-based behavioral interventions may improve weight loss maintenance. *Journal of contextual behavioral science*. 2017 Oct 1;6(4):398-403. [\[link\]](#)
16. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: a systematic review. *Clinical psychology review*. 2017 Sep 11; 58 (16):141-143. [\[link\]](#)
17. Seekis V, Bradley GL, Duffy A. The effectiveness of self-compassion and self-esteem writing tasks in reducing body image concerns. *Body image*. 2017 Dec 31;23:206-13. [\[link\]](#)
18. Raque-Bogdan TL, Piontkowski S, Hui K, Ziemer KS, Garriott PO. Self-compassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: An exploratory model. *Body image*. 2016 Dec 1;19:28-36. [\[link\]](#)
19. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015

- Apr 15;25(123):159-69. [Persian][[Link](#)]
20. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional eating among obese women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;16(2):15-23.[Persian][[link](#)]