

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Eating among Obese Women

Leili Nourian. M.A.

department of clinical psychology, humanity faculty, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Isfahan

Asghar Aghaei. Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)

Maryam Ghorbani. Ph.D.

Psychology, University of Payamenoor Tehran

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق

لیلی نوریان

کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان

اصغر آقایی*

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

مریم قربانی

عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور تهران، ایران

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional eating of obese women in Isfahan. The research used a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a one month follow up. Through convenience sampling method, 30 women with an obesity diagnosis were selected and then, were randomly assigned into experimental and control groups. All participants completed the Dutch Eating Behaviors Questionnaire (Forman & Herbert, 2009) before intervention, at the end of the intervention and one month after intervention. The intervention involved 8 sessions of acceptance and commitment therapy, each lasting for 90 minutes, which were administered only to the experimental group. Results of covariance analysis showed a significant decrease in the amount of emotional eating in the eating behavior subscale at the post-test, and follow up stages ($P < 0.05$). In the eating desire subscale, there was a significant difference between the mean of experimental group and control group only in the follow up stage ($P < 0.05$). The findings of this study confirmed the efficacy of acceptance and commitment therapy on emotional eating of obese women.

Keywords: acceptance and commitment therapy, emotional eating, obese women.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق شهر اصفهان انجام شد. در این تحقیق، یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه به کار گرفته شد. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ زن دارای تشخیص چاقی به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. کلیه آزمودنی‌ها قبل از مداخله، در پایان مداخله و یک ماه بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه رفتارهای خوردن هلندی (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹)، پاسخ دادند. مداخله شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که تنها به گروه آزمایش ارائه شد. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از کاهش خوردن هیجانی در زیرمقیاس رفتار خوردن در مرحله پس‌آزمون بود و این کاهش تا یک ماه پس از درمان پایدار بود ($P < 0.05$). در زیرمقیاس میل به خوردن بین میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه تنها در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$). یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی زنان چاق بود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خوردن هیجانی، زنان چاق.

مقدمه

افراد با اضافه وزن، در مقایسه با افرادی که وزن طبیعی دارند، سطح بالاتری از خوردن هیجانی را گزارش کرده‌اند (هارچنر، توینبریجر و کلدر^{۱۵}، ۲۰۰۲؛ گلیبتر و آورسا^{۱۶}، ۲۰۰۳) و در پاسخ به هیجانات منفی میل به خوردن بیشتری دارند (گلیبتر و آورسا، ۲۰۰۳؛ بورتون، اسمیت و لایتولر^{۱۷}، ۲۰۰۷). پژوهش ویدمن و سائولز^{۱۸} (۲۰۱۳)، نشان داد که دختران جوانی که دچار اضافه وزن نیستند، ولی بر این عقیده هستند که اضافه وزن دارند ممکن است در معرض خطر خوردن هیجانی قرار بگیرند که در درازمدت تأثیر منفی بر وزن آنها می‌گذارد. افراد دارای خوردن هیجانی، به آشفتگی‌های هیجانی خود به‌صورت افزایش پرخوری، به‌خصوص خوراکی‌های شیرین و پرچرب، پاسخ می‌دهند (اولیور، واردل و گیسون^{۱۹}، ۲۰۰۰؛ وناسترین و اونز^{۲۰}، ۲۰۰۳؛ مچت، ۲۰۰۸؛ کونتینن، مانیسستو، ساریلو-لاهتینکورو و هاگالا^{۲۱}، ۲۰۱۰؛ توفام، هابس - تیت، روتلدج، پیچ، کندی^{۲۲} و همکاران، ۲۰۱۱). در نتیجه این رفتار پرخوری، خطر ابتلای به چاقی در این افراد بالا می‌رود (هیز، باتالون، مک‌کروری، روبناف، لیپمن^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۲؛ اوزیر، کندریک، لیپر، کنول، پرکو^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۸؛ نگوین - رودریگوز، چو، آنگر و اسپروبیجت - متر^{۲۵}، ۲۰۰۸؛ کونتینن، هاگالا، ساریلو-لاهتینکورو، سیلونتوینن و جوسیلاhti^{۲۶}، ۲۰۰۹؛ سونگ، لی، سونگ^{۲۷}، لی و لی، ۲۰۱۰)، و کاهش وزن دشوار می‌شود (الفهاگ و راسنر^{۲۸}، ۲۰۰۵). در نهایت کاهش در خوردن هیجانی با کاهش وزن بیشتر در زنان دارای اضافه وزن همراه است (تیکسیرا، سیلوا، کوتیهو، پالمیرا، ماتا^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین به نظر می‌رسد درمانی که بتواند باعث کاهش خوردن هیجانی در فرد شود، ممکن است در درازمدت به کاهش وزن منجر گردد.

شواهد نشان می‌دهد که خوراکی‌ها خلق و احساسات را در افراد تحت تأثیر قرار می‌دهند. خوردن لذت‌بخش و پاداش‌دهنده است و باعث ایجاد راحتی و احساسات مثبت می‌شود (داویس، لویتان، کاپلان، کارتر، رید^۱ و همکاران، ۲۰۰۸؛ گیسون^۲، ۲۰۰۶؛ کلی^۳، ۲۰۰۴). هیجانات بر انتخاب غذا و رفتارهای خوردن به‌شدت تأثیر می‌گذارند و رفتارهای خوردن نیز تأثیر زیادی بر هیجانات دارند (لویتان^۴ و داویس، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هیجاناتی مانند استرس (زلنر، لویزا، گونزالز، پیتا، مورالس^۵ و همکاران، ۲۰۰۶؛ گیسون، ۲۰۰۶؛ مچت^۶، ۲۰۰۸)، افسردگی (گیسون، ۲۰۰۶)، کسالت (کوبال، میرز، استورفر-ایسر، داماف، موشر-ایزنمن^۷، ۲۰۱۲) و عصبانیت (اپلهانز، وایتد، اسکیندر، اولسکی و پگوتو^۸، ۲۰۱۱)، موجب افزایش رفتارهای خوردن می‌شود. افراد هنگام تجربه سطوح بالاتر استرس، گرسنگی بیشتری را گزارش می‌کنند (گروسز، مک‌کوی، کارل، ساسلاو، استوارت^۹ و همکاران، ۲۰۱۲؛ والیس و هترینگتون^{۱۰}، ۲۰۰۹). هم مطالعات خودگزارشی و هم مطالعات تجربی نشان داده‌اند که سطح بالاتر استرس با مصرف بیشتر غذا همراه است (تورس و نوسون^{۱۱}، ۲۰۰۷). مچت (۲۰۰۸) دریافت که ۳۰ درصد افراد هنگام استرس خوراکی بیشتری مصرف می‌کنند که این رفتار خوردن ممکن است به اضافه شدن وزن منجر شود. خوردن هیجانی^{۱۲}، به‌عنوان تمایل به خوردن در پاسخ به حالات هیجانی منفی مانند خشم، ترس و یا اضطراب تعریف شده است و پاسخی غیرمعمول به پریشانی است (آرنو، کناردی و آگراس^{۱۳}، ۱۹۹۲؛ ون استرین، سبولا، اتچمندی، گوتیرز-مالدونادو، فرر-گارسیا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۳).

- | | |
|---|--|
| 1. Davis, Levitan, Kaplan, Carter, Reid | 2. Gibson |
| 3. Kelley | 4. Levitan |
| 5. Zellner, Loaiza, Gonzalez, Pita, Morales | 6. Macht |
| 7. Koball, Meers, Storfer-Isser, Domoff, Musher-Eizenman | 8. Appelhans, Whited, Schneider, Oleski & Pagoto |
| 9. Groesz, McCoy, Carl, Saslow, Stewart | 10. Wallis & Hetherington |
| 11. Torres & Nowson | 12. emotional eating |
| 13. Arnou, Kenardy & Agras | |
| 14. Van Strien, Cebolla, Etchemendy, Gutiérrez-Maldonado & Ferrer- García | |
| 15. Horchner, Tuinebreijer & Kelder | 16. Geliebter & Aversa |
| 17. Burton, Smit & Lightowler | 18. Wiedemann & Saules |
| 19. Oliver, Wardle & Gibson | 20. Ouwens |
| 21. Konttinen, Mannisto, Sarlio-Lahteenkorva, Silventoinen & Haukkala | |
| 22. Topham, Hubbs-Tait, Rutledge, Page, Kennedy | 23. Hayes, Bathalon, McCrory, Roubenoff, Lipman, |
| 24. Ozier, Kendrick, Leeper, Knol, Perko | 25. Nguyen-Rodriguez, Chou, Unger, Spruijt-Metz |
| 26. Konttinen, Haukkala, Sarlio-Lahteenkorva, Silventoinen & Jousilahti | |
| 27. Sung, Lee & Song | 27. Elfahg & Rössner |
| 28. Teixeira, Silva, Coutinho, Palmeira, Mata | |

ممکن است یک دلیل پرخوری باشد که به احساسات منفی منجر می‌شود و چرخه‌ای از احساسات منفی، اجتناب و پرخوری ایجاد می‌شود (هیلبرت، تاسچن - کافیر^{۱۱}، ۲۰۰۷). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشند، و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده باشد (فورمن و هربرت^{۱۲}، ۲۰۰۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی؛ پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد ایجاد می‌شود. این فرایندها با یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر یکدیگر تأثیرگذارند (هیز و استروساهل، ۲۰۱۰). بنابراین از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مستقیماً بر کاهش اجتناب تجربه‌ای اشاره دارد، می‌توان عنوان کرد که این درمان در کاهش خوردن هیجانی مؤثر است (تاپر و همکاران، ۲۰۰۹).

در یک تجربه آزمایشگاهی، مهارت‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (گسلش و پذیرش) با مهارت‌های رفتاری سستی (پرت کردن حواس و بازسازی شناختی) برای مقایسه اثر بخشی آنها بر روی ولع خوردن شکلات مورد استفاده قرار گرفتند. گروهی که از مهارت پذیرش استفاده کرده بودند در مقایسه با گروهی که از راهبردهای کنترلی استفاده کرده بودند، کاهش بیشتری را در ولع مصرف شکلات نشان دادند (فورمن، هافمن، مک‌گرات، هربرت و براندسما^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۷). فورمن و همکاران (۲۰۰۹)، در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن مؤثر است. همچنین این درمان باعث بهبود متغیرهای روان‌شناختی مورد هدف در مداخله، مانند خوردن هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، میل شدید به خوردن و انگیزه در شرکت‌کنندگان شد. دالن، اسمیت، شلی، اسلوان، لیهی^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۰)، نشان دادند که مداخله ذهن‌آگاهی متمرکز بر خوردن اثر معنادار بر بهبود کاهش وزن، رفتارهای خوردن و پریشانی روان‌شناختی در

از جمله درمان‌های مؤثر برای افراد چاقی که در پاسخگویی به افکار و احساسات خود اقدام به خوردن می‌کنند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است (فورمن و بوتترین، هافمن و هربرت^۲، ۲۰۰۹).

یکی از سریع‌ترین راهها برای «احساس بهتر» وقتی که فرد با افکار و هیجانات ناخوشایند روبه‌رو می‌شود، فرار کردن و یا اجتناب از آن است. این اثر سریع مفید، بسیار قدرتمند است و باعث می‌شود که همه انسان‌ها اجتناب‌کنندگان هیجانی در درجات متفاوت باشند (هیز، استروساهل، ویلسون^۳، ۱۹۹۹). از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی‌شان را آزاردهنده می‌دانند. بنابراین تلاش می‌کنند که آنها را تغییر دهند و یا از آنها اجتناب کنند (هیز، استروساهل و ویلسون، ۲۰۰۴).

اجتناب تجربه‌ای^۴ به تلاش برای اجتناب و یا مهار رویدادهای درونی خاص مانند احساسات، افکار و احساسات بدنی منفی اشاره دارد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). هنگامی که افراد هیجانات شدیدی را تجربه می‌کنند و یا در شناسایی هیجانات خود مشکل دارند، ممکن است احساس کنند که نمی‌توانند با آن احساسات کنار بیایند، بنابراین تلاش می‌کنند برای اجتناب از این ناراحتی خود را با خوراکی‌ها آرام سازند (تایتز^۵، ۲۰۱۲). خوردن هیجانی در پاسخ به هیجانات منفی رخ می‌دهد، شواهد نشان می‌دهد که خوردن هیجانی ممکن است تلاشی برای کاهش و یا منحرف کردن توجه از این احساسات باشد (تیس و براتسلوسکی^۶، ۲۰۰۰). بنابراین می‌توان از خوردن هیجانی به‌عنوان نمونه‌ای از اجتناب تجربه‌ای نام برد (تاپر، شاو، ایلسلی، هیل، بوند^۷ و همکاران، ۲۰۰۹).

اجتناب تجربه‌ای یک پیش‌بینی‌کننده خوردن است و به‌عنوان واسطه‌ای بین هیجانات منفی و خوردن عمل می‌کند (کینگستون، کلارک و ریمینگتون^۸، ۲۰۱۰). در اجتناب تجربه‌ای یک اثر متناقض وجود دارد. هنگامی که از افکار و احساسات اجتناب می‌شود، شدت و فراوانی آنها بیشتر می‌شوند (بارنز و تانتلف - دان^۹، ۲۰۱۰). هنگامی که فرد تلاش می‌کند که به خوراکی‌ها فکر نکند، افکار مربوط به خوراکی‌ها و خوردن افزایش می‌یابد (سوتنز و برایت^{۱۰}، ۲۰۰۶). سرکوب هیجانی

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. Strosahl & Wilson
5. Taitz
7. Tapper, Shaw, Ilsley, Hill, Bond
9. Barnes & Tantleff-Dunn
11. Hilbert & Tuschen-Caffier
13. Hoffman, McGrath, Herbert, Brandsma

2. Forman, Butryn, Hoffman & Herbert
4. experimental avoidance
6. Tice & Bratslavsky
8. Kingston, Clark & Remington
10. Soetens & Braet
12. Forman & Herbert
14. Dalen, Smith, Shelley, Sloan, Leahigh

پژوهش شامل ۳۰ زن دارای تشخیص چاقی ($BMI \geq 30$) بود که براساس نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود (جنسیت مؤنث، محدوده سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، مبتلا نبودن به اختلالات روانی و مبتلا نبودن به اختلالات خوردن، دریافت نکردن هیچ‌گونه رژیم غذایی خاص) انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند ($n_1 = n_2 = 15$).

ابزار سنجش

پرسشنامه رفتارهای خوردن هلندی^۷: 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، 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، اعتبار درونی بالایی ($\alpha = 0.96$) را در پژوهش فورمن و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد. از آنجا که این پرسشنامه در ایران ترجمه و تطبیق داده نشده بود، ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه 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 روایی 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.

روش اجرا و تحلیل

پس از قرار گرفتن تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه، تمامی آزمودنی‌ها پرسشنامه رفتارهای خوردن هلندی را تکمیل کردند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه دریافت کرد، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در فهرست انتظار درمان قرار گرفت. پروتکل درمانی مورد استفاده در این پژوهش برگرفته از کتاب دام رژیم غذایی^۸ (لیلیس، داهل و وینلند، ۲۰۱۴) بود.

افراد چاق دارد. کریستلر و وولور^۱ (۲۰۱۱)، نیز در پژوهش خود نشان دادند که آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ دوره‌های پرخوری را کاهش می‌دهد، احساس خود-کنترلی فرد را در برابر غذا خوردن بهبود می‌بخشد و نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد. وینلند، آرویدسون، کاکولیدیس و داهل^۳ (۲۰۱۲)، در پژوهشی به بررسی نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در جلوگیری از افزایش مجدد وزن در بیمارانی پرداختند که جراحی چاقی انجام داده بودند. شرکت‌کنندگان بهبود قابل توجهی را در خوردن‌های هیجانی، نارضایتی از بدن و کیفیت زندگی نشان دادند. پیرسون، فولت^۴ و هیز (۲۰۱۲)، کارگاه یکروزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای زنانی که نگرانی تصویر بدن داشتند، اجرا کردند. پس از دو هفته پیگیری، نتایج نشان‌دهنده افزایش پذیرش تصویر بدن و کاهش رفتارهای خوردن آنها بود. کاترمن، گولدستین، بوتترین، فورمن و لاول^۵ (۲۰۱۴)، در پژوهش خود نشان دادند که مدیتیشن ذهن آگاهانه می‌تواند پرخوری و خوردن هیجانی را در افراد درگیر با این رفتارها کاهش دهد و به کاهش وزن منجر گردد.

بر این اساس با توجه به این جنبه از موضوع چاقی یعنی پرخوری هیجانی، که در پژوهش‌های قبلی اهمیت نقش آن در ایجاد چاقی مشخص شده، شناسایی درمانی که بر این متغیر تأثیرگذار باشد، بسیار مهم است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خوردن هیجانی (در دو زیرمقیاس میل به خوردن و عمل خوردن) زنان چاق در مرحله پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. در این راستا فرضیه‌های پژوهش به شکل زیر تدوین گردید:

- ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خوردن هیجانی را در زیرمقیاس میل به خوردن در زنان چاق در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد و نتایج در مرحله پیگیری پایدار است.
- ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خوردن هیجانی را در زیرمقیاس عمل خوردن در زنان چاق در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد و نتایج در مرحله پیگیری پایدار است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش همه زنان مبتلا به چاقی در بهار سال ۱۳۹۳ در شهر اصفهان بود. نمونه‌های

1. Kristeller & Wolever
3. Weineland, Arvidsson, Kakoulidis & Dahl
5. Katterman, Goldstein & lowe
7. Dutch Eating Behaviors Questionnaire (DEBQ)

2. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT)
4. Pessron, Follette
6. Body Mass Index (BMI)
8. the diet trap

در پایان جلسات درمانی با بازآزمایی مجدد از هر دو گروه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بررسی شد. پس از گذشت یک ماه به منظور سنجش پایا بودن اثر درمانی، تمامی آزمودنی‌ها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. داده از از طریق تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ داده‌های توصیفی نمرات مؤلفه‌های خوردن هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس مؤلفه‌های خوردن هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این شرح است: جلسه اول: آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی. جلسه دوم: بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، ایجاد درماندگی خلاق. جلسه سوم: معرفی دنیای درون و دنیای بیرون و قوانین حاکم بر آنها، بیان کنترل به‌عنوان مسأله. جلسه چهارم: معرفی احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل به‌عنوان جایگزینی برای کنترل. جلسه پنجم: معرفی ارزش‌ها، معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش‌ها و تعیین ارزش‌ها. جلسه ششم: درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش‌ها، جلسه هفتم: معرفی گسلش، آموزش و تمرین روش ذهن‌آگاهی. جلسه هشتم: معرفی خود به‌عنوان زمینه، جمع‌بندی درمان و پیگیری از عود.

جدول ۱- داده‌های توصیفی نمرات گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
میل به خوردن	گروه گواه	۱/۱۳	۳/۰۸	۱/۱۶	۳/۱۴	۱/۰۴	۳/۲۳
	گروه آزمایش	۰/۷۷	۳	۰/۷۲	۲/۶۶	۰/۳۸	۱/۹۱
عمل خوردن	گروه گواه	۱/۱۱	۲/۹۱	۱/۲۲	۲/۹۶	۱/۱۴	۳/۰۳
	گروه آزمایش	۰/۷۳	۲/۹	۰/۴۵	۲/۰۳	۰/۴۱	۱/۸۵

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس بر مؤلفه‌های خوردن هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری

ردیف	متغیر	موقعیت	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب معناداری	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
۱	میل به خوردن	پس‌آزمون	۰/۹۷	۱	۰/۹۷	۴/۰۶	۰/۱۸	۰/۴۸
	پیگیری	پیگیری	۱۰/۴۷	۱	۱۰/۴۷	۸۱/۴۱	۰/۷۹	۱
۲	عمل خوردن	پس‌آزمون	۵/۲	۱	۵/۲	۲۲	۰/۵۵	۰/۹۹
	پیگیری	پیگیری	۸/۹۳	۱	۸/۹۳	۴۰/۸۳	۰/۶۵	۱

مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد، در زیرمقیاس میل به خوردن در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد (P<۰/۰۵). بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خوردن هیجانی را در زیرمقیاس میل به خوردن در زنان چاق در

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، در زیرمقیاس میل به خوردن در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد (P<۰/۰۵). بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خوردن هیجانی را در زیرمقیاس میل به خوردن در زنان چاق در

فراوانی افکار و احساساتش می‌شود. مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهبردهای کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت‌کنندگان به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق می‌شوند و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی می‌شود. در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می‌شود. ممکن است درمانگر از مراجع بپرسد «این رفتار در خدمت چیست؟ آیا در خدمت اجتناب و پاسخ به ذهن است و یا در خدمت نزدیک شدن به ارزش‌ها؟» این روش شامل هر دو راهبرد پذیرش و تعهد رفتاری به تغییر می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). برای مثال از مراجع خواسته می‌شود، هنگامی که میل شدید به خوردن احساس می‌کند از خودش سؤال کند آیا این میل در راستای گرسنگی و نیاز بدن او به خوردن و ارزش سلامتی است و یا در راستای افکار، امیال، هیجانات و با علایم بدنی او است؟ از مراجع خواسته می‌شود در راستای ارزش سلامتی به خوردن سالم بپردازد و نه برای اجتناب از هیجان‌ها.

در زیرمقیاس میل به خوردن در خوردن هیجانی نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهش (فورمن و همکاران، ۲۰۰۹) که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میل به خوردن در افراد چاق و دارای اضافه وزن را کاهش می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون همسو نیست. ولی در مرحله پیگیری هر دو پژوهش کاهش معناداری را در میل به خوردن نشان دادند. تغییر در عملکرد به دلیل ارادی بودن، آسان‌تر از تغییر در میزان و یا فراوانی افکار است. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که در این پژوهش خرده‌مقیاس عمل خوردن در مرحله پس‌آزمون کاهش پیدا کرد، ولی خرده‌مقیاس میل به خوردن در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری را نشان نداد.

بازداری افکار ناخواسته، فراوانی این افکار را افزایش می‌دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجتناب را با تشویق به پذیرش، کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به نتایج اجتناب زیاد، کاهش می‌دهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین می‌توان گفت که افکار و احساسات و امیالی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آنکه مورد پذیرش قرار می‌گیرند، فراوانی آنها کمتر خواهد شد. ولی آنچه باید بیان شود، این است که این فرایند به مرور زمان ایجاد می‌شود و نتایج این پژوهش هم نشان‌دهنده زمانبر بودن این فرایند است، چرا که در مرحله پیگیری کاهش معناداری در میل به خوردن نشان داده شد. در تبیین ناهمسو بودن این پژوهش با پژوهش

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عمل خوردن را در زنان چاق در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد و نتایج در مرحله پیگیری پایدار است، تأیید شد.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش خوردن هیجانی در زیرمقیاس عمل خوردن در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. این نتیجه براساس پیگیری یک‌ماهه از ثبات برخوردار بوده است. در زیرمقیاس میل به خوردن کاهش معناداری در مرحله پس‌آزمون مشاهده نشد، ولی نتایج کاهش معناداری را در مرحله پیگیری نشان داد.

فورمن و همکاران (۲۰۰۹)، نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد چاقی که در پاسخگویی به افکار و احساسات 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. تمامی این پژوهش‌ها با تأکید بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خوردن هیجانی با یافته‌های این پژوهش همسو است.

همچنین یافته‌های این پژوهش با پژوهش دالن و همکاران (۲۰۱۰)، که نشان داد، مداخله ذهن‌آگاهی متمرکز بر خوردن اثر معنادار بر بهبود رفتارهای خوردن دارد و پژوهش کریستلر و همکاران (۲۰۱۱)، که نشان دادند آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن‌آگاهی، دوره‌های پرخوری را کاهش می‌دهد و پژوهش کاترمن و همکاران (۲۰۱۴) که نشان داد مدیتیشن ذهن آگاهانه پرخوری و خوردن هیجانی را در افراد درگیر با این رفتارها کاهش می‌دهد و به کاهش وزن منجر می‌گردد، همخوان است.

در خوردن هیجانی مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و دفاع، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود می‌شوند، 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. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به‌منظور تغییر شکل و

thought suppression and weight-related outcomes. *Eating Behaviors*, 11(3), 175-179.

Burton, P., Smit, H., & Lightowler, H. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49, 191-197.

Dalen, J., Smith, B.W., Shelley, B.M., Lee Sloan, A., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 260-264.

Davis, C., Levitan, R.D., Kaplan, A.S., Carter, J., Reid, C., Curtis, C., Patte, K., Hwang, R., & Kennedy, J.L. (2008). Reward sensitivity and the D2 dopamine receptor gene: A case-control study of binge eating disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 620-628.

Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85.

Forman, E.M., Butryn, M.L., Hoffman, K.L., & Herbert, J.D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 223-235.

Forman, E.M., & Herbert, D. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear*. In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 263-8.

Forman, E.M., Hoffman, K.L., McGrath, K.B., Herbert, J.D., Brandsma, L.L., & Lowe, M.R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2372-2386.

Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341-347.

Gibson, E.L. (2006). Emotional influences on food choice. Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89, 53-61.

Groesz, L., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., et al. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58, 717-721.

Hays, N., Bathalon, G., McCrory, M., Roubenoff, R., Lipman, R., & Roberts, S. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 years. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75(3), 476-483.

فورمن و همکاران (۲۰۰۹)، که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میل به خوردن را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد، می‌توان به تفاوت در تعداد جلسات مداخله در این دو پژوهش اشاره کرد. تعداد جلسات درمانی در این پژوهش ۸ جلسه و در پژوهش ناهمسو، ۱۲ جلسه بوده است. بنابراین به نظر می‌رسد افراد شرکت‌کننده در این پژوهش فرصت کافی برای تجربه میل و پذیرش هیجان‌ها در مقابل اجتناب و بازداری افکار و در نتیجه کاهش افکار و امیال و احساسات نداشته‌اند. در مرحله پیگیری به دلیل زمان کافی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست میل به خوردن را در آزمودنی‌ها کاهش دهد. با توجه به آنچه بیان شد، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کمک افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کاهش اجتناب تجربه‌ای و در نهایت کاهش خوردن هیجانی در مراجع منجر می‌شود.

در پایان باید توجه داشت که این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از جمله این موارد می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس و 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 شهر اصفهان بود. بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی (کودکان و نوجوانان)، مردان، افراد دارای اضافه وزن یا چاقی شدید (مرضی)، افراد چاقی که با سایر مشکلات سلامتی (روانی - جسمی) درگیرند، باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهش‌هایی با آزمودنی‌های زنان و مردان انجام شود و اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر دو گروه جنسیتی مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر نمونه‌های بیشتر، سایر گروه‌های سنی (کودکان و نوجوانان) و افراد چاق و یا دارای اضافه وزنی که با سایر مشکلات سلامتی (روانی - جسمی) هم‌روبرو هستند، اجرا شود تا قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش از این حیث بررسی شود.

منابع

Appelhans, B.M., Whited, M.C., Schneider, K.L., Oleski, J., & Pagoto, S. (2011). Response style and vulnerability to anger-induced eating in obese adults. *Eating Behaviors*, 12, 9-14.

Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. (1992). Binge eating among the obese: a descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-70.

Barnes, R.D., & Tantleff-Dunn, S. (2010). Food for thought: Examining the relationship between food

- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business, Media Inc.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment therapy: An Experimental Approach to Behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 521-530.
- Horchner, R., Tuinebreijer, W., & Kelder, H. (2002). Eating patterns in morbidly obese patients before and after a gastric restrictive operation. *Obesity Surgery*, 12, 108-112.
- 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.
- Kelley, A.E. (2004). Ventral striatal control of appetitive motivation: Role in ingestive behavior and reward-related learning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 765-776.
- Kingston, J., Clarke, S., & Remington, B. (2010). Experiential Avoidance and Problem Behavior: A Mediation Analysis. *Behavior Modification*, 34(2), 145-163.
- Koball, A., Meers, M.R., Storfer-Isser, A., Domoff, S.E., & Musher-Eizenman, D.R. (2012). Eating when bored: Revision of the emotional eating scale with a focus on boredom. *Health Psychology*, 31(4), 521-524.
- Konttinen, H., Mannisto, S., Sarlio-Lahteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479.
- Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lahteenkorva, S., Silventoinen, K., & Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 53, 131-134.
- Kristeller, J.L., & Wolever, R.Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49-61.
- Leviton, R.D., & Davis, C. (2010). Emotions and eating behavior: Implications for the current obesity epidemic. *University of Toronto Quarterly*, 79(2), 783-799.
- Lillis, J., Dahl, J., & Weineland, S.M. (2014). *The diet trap*. New Harbinger Publication. Oakland, CA.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating. A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Nguyen-Rodriguez, S.T., Chou, C.P., Unger, J.B., & Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 9, 238-246.
- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E.L. (2000). Stress and food choice. A laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 853-865.
- Ozier, A.D., Kendrick, O.W., Leeper, J.D., Knol, L.L., Perko, M., & Burnham, J. (2008). Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(1), 49-56.
- Pearson, A.N., Follette, V.M., & Hayes, S.C. (2012). A pilot 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.
- Soetens, B., & Braet, C. (2006). The weight of a thought: Food-related thought suppression in obese and normal-weight youngsters. *Appetite*, 46(3), 309-317.
- Sung, J., Lee, K., Song, Y., Lee, M.K., & Lee, D. (2010). Heritability of eating behavior assessed using the DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) and weight-related traits. The healthy twin study. *Obesity*, 18, 1000-1005.
- Taitz, J. (2012). *End Emotional Eating: Using dialectical behavior therapy skills to cope with difficult emotions and develop a healthy relationship to food*. Oakland. New Harbinger Publications, Inc.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A.J., Bond, F.W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52, 396-404.
- Teixeira, P., Silva, M., Coutinho, S., Palmeira, A., Mata, J., & et al. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity*, 18(4), 725-735.
- Tice, D. M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: the place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11, 149-159.
- Topham, G.L., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J.M., Page, M.C., Kennedy, T.S., Shriver, L.H., & Harrist, A.W. (2011). Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite*, 56, 261-264.

- Torres, S., & Nowson, C. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23, 887-894.
- Van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C., & Banos, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20-25.
- Van Strien, T., & Ouwens, M.A. (2003). Counterregulation in female obese emotional eaters. Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited. *Eating Behaviors*, 3(4), 329-340.
- Wallis, D.J., & Hetherington, M.M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52, 355-362.
- 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.
- Wiedemann, A.A., & Saules, K.K. (2013). The relationship between emotional eating and weight problem perception is not a function of body mass index or depression. *Eating Behaviors*, 14, 525-528.
- Zellner, D.A., Loaiza, S., Gonzalez, Z., Pita, J., Morales, J., Pecora, D., & Wolf, A. (2006). Food selection changes under stress. *Physiology and Behavior*, 87, 789-793.

Archive of SID