MEJDS. 2018; 8:3.
Published online 2018 Jun. **Research Article**

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 Abdolkarimi[1], *Shohreh Ghorbanshirud[2], Javad Khalatbari[3], Mohamadreza Zarbakhsh[4]

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 obsess 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 SPPSS20.

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 obsess 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 fallowing 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 obsessed 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 obsessed 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۳.

انتشار برخط خردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی 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 دکترای 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 نویسندهٔ مسئول: تنکابن، ولی‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ایران.

*رایانامه: Shohreshiroudi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۷بهمن ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۰بهمن۱۳۹۶

چکیده

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

روش‌بررسی: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه شامل زنان مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیهٔ شهر تنکابن در سال ۱۳۹۵-۹۶ بود که از بین آن‌ها ۲۰ زن مبتلابه اضافه‌وزن و چاقی (هر گروه ده‌نفر) از طریق انتساب تصادفی ساده به‌روش قرعه‌کشی، در دوگروه 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 دوهفته بعد از پایان جلسهٔ دوازدهم و سه ماه پس از آموزش تکمیل کردند. داده‌ها ازطریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرهٔ پیش‌آزمون خودکارآمدی سبک‌زندگی مربوط به وزن و رفتار خوردن گروه آزمایش برابربا 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 به‌ترتیب برابر با (۶۶/۹۰ و۶۶/۲۰) و (۱۱۹/۹۰ و ۱۲۵/۵۰) است. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر شفقت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالیکتیکی در افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش رفتار خوردن مؤثر بوده است (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، کاربرد بستهٔ آموزشی فراتشخیصی مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی می‌تواند در ارتقای بهزیستی جامعه مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی، خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، رفتارخوردن.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]

۱ مقدمه

چاقی و اضافه‌وزن به‌عنوان مشکلی جدی و جهانی در حوزهٔ سلامتی به شمار می‌رود، به‌ویژه با بیماری‌های جسمی بیشماری همچون دیابت، فشارخون، کلسترول بالا، ناراحتی‌های قلبی و کبد، درد مفاصل، آپنه خواب و اختلات 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 به‌مدت کوتاهی در کاهش‌وزن 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، ازجمله شاخص‌های پیش‌بینی‌کنندهٔ کاهش وزن و پیش‌بینی‌کنندهٔ موفقیت مداخلات کنترل وزن، خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و اصلاح رفتار خوردن هستند (۴،۵). ساختار اولیهٔ خودکارآمدی به نظریهٔ شناختی‌ـ 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 منجربه 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 مبتلابه اضافه‌وزن و چاقی‌بیشتر از سایر افراد است (۹). ناگل و همکاران نشان دادند، احساسات منفی مانند عصبانیت، احساس گناه و ناامیدی، میل به پرخوری را در افراد مبتلابه 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 مبتلابه 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 روان‌شناختی‌در این‌راستا در بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک می‌کند (۱). در این راستا مهارت‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، پذیرش، شفقت به خود، شناسایی ارزش‌ها به‌عنوان مؤلفه‌های مشترک و فراتشخیصی درمان‌های مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی در جهت افزایش خودکارآمدی و اصلاح رفتار خوردن نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلابه اضافه وزن و چاقی بازی می‌کند (۱۲). پالمیرا، پروتکل درمانی خود را برمبنای تلفیقی از تکنیک‌های درمان‌های موج سوم رفتاری در زمینهٔ درمان چاقی و اضافه‌وزن و مشکلات مرتبط به سلامتی به‌عنوان رویکرد جدیدی به این مشکلات معرفی کرد (۱۲).

درحقیقت این طرح درمانیِ تلفیقی با درنظرگرفتن چندین عامل‌روان‌شناختی درکسب دوبارهٔ وزن (همچون خوردن هیجانی، کنترل و محدودیت‌های سفت و سخت و خوردن‌های تکانشی در اثر 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). درواقع اجتناب تجربه‌ای مربوط به وزن، به‌معنای 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 راکنترل کنند یا تغییر دهند یا از موقعیت بگریزند (۱۲). مهارت‌های مبتنی‌بر پذیرش به‌طور ویژه کاهش الگوهای اجتناب تجربه‌ای را با افزایش تمایل و پذیرش برای تجارب ناخواستهٔ درونی هدف قرار می‌دهد. مهارت‌های تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانات به‌عنوان مؤلفه‌های مشترک و فراتشخیصی درمان‌های مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی، انجام اعمال متعهدانه را در راستای ارزش‌های مهم زندگی، بهبود می‌بخشد. علاوه‌برآن توسعهٔ مهارت‌های ذهن‌آگاهی به‌عنوان مؤلفه‌های مشترک رفتاردرمانی دیالیکتیکی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد 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 افزاش می‌دهد و منجربه 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 مطالعهٔ فراتحلیلی خود مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان مؤلفهٔ مشترک در رفتاردرمانی دیالیکتیکی و درمان مبتنی‌بر پذیرش وتعهد، جهت درمان اختلالات خوردن، کنترل وزن و ولع مصرف را بررسی کردند. نتایج مطالعه حاکی از رابطهٔ 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 دیالیکتیکی و درمان مبتنی‌بر 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 پذیرش‌غیرقضاوتی افکار منفی که دربارهٔ سختی یا دشواری کاهش وزن است راکاهش می‌دهد (۱۴). همچنین لیلیسا و همکاران نشان دادند، تکنیک‌های مبتنی‌بر پذیرش با هدف کاهش تقویت منفی رفتارخوردن درکوتاه‌مدت (یا اجتناب تجربه‌ای) و افزایش اعمال متعهدانه درراستای ارزش‌ها و اهداف، دنبال‌کردن بیشتر فعالیت‌های فیزیکی و رفتارهای خوردن سالم‌تر را پیش‌بینی می‌کند (۱۵). اسلوان و همکاران نشان دادند تنظیم هیجانات، موجب کاهش کورتیزل درکوتاه‌مدت و افزایش رفتارهای سالم در طولانی‌مدت می‌شود (۱۶). همچنین مطالعهٔ بالینی‌گسترده‌ای اثربخشی آموزش مهارت‌های شفقت‌به‌خود را به‌عنوان مؤلفهٔ مشترک در رفتاردرمانی دیالیکتیکی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]

متمرکز بر شـــفقت، جهت افزایش بهزیســـتی و کـاهش الگوهـای خودانتقادگری و شرم نشان داده‌اند (۱۷). شفقت شامل حساسیت و توجـه بـه‌رنج خود و میـل بـه آرام‌کردن خود اســـت (۱۷). مفهوم شـــفقت‌بـه‌خود، نگرش حمـایـت و مهربـانی‌بـه خود را جـایگزین خودانتقادگری، تحقیر و احساس شرم می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند شـــفقت‌به‌خود با کاهش نارضـــایتی از بدن و افزایش بهداشـــت روان عمومی همراه بوده اســـت و در ارتباط بین خودبرچســـب‌زنی منفی و سـلامت افراد مبتلابه اضـافه‌وزن و چاقی نقش میانجی و واسـطه‌گر را داشته است (۱۸). دراین‌راستا با توجه به مشکل اضافه‌وزن و چاقی و نادیده‌گرفتن فرآیندهای روان‌شـــناختی در حوزهٔ درمان، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بستهٔ فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شـــفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی 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 نوع‌آزمایشی 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≤۳۰) و دارای اضافه وزن (شاخص تودهٔ بدنی معادل ۲۵ـ۲۹/۹) مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیهٔ شهرستان تنکابن پرسشنامه‌های رفتارهای خوردن هلندی و خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را پر کردند، پس از جمع‌آوری نتایج پرسشنامه، زنانی‌که 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 باتوجه به این که بهتر است تعداد افراد هر گروه در پژوهش آزمایشی حداقل بین ۸ تا ۱۲ نفر باشد (۱۹) تعداد هر گروه۱۰ نفر انتخاب شد. شرایط ورود به مطالعه شامل شاخص تودهٔ بدنی ۳۰ـ ۲۵ و رضایت زنان برای شرکت در مطالعه بودند و ملاک‌های خروج عدم تمایل به ادامهٔ شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه از ۱۲جلسهٔ درمانی بود.

ابزار سنجش: پرسشنامهٔ 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 درزمینهٔ 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، دردسترس‌بودن مواد غذایی و خوراکی‌ها مانند مسافرت، دیدن و در اختیار داشتن موادغذایی چرب وشیرین، 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 وشادی است. همهٔ گویه‌ها به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و دامنهٔ نمرات آن بین ۰ تا حداکثر ۱۸۰ متغیرست. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا، اعتبار بیرونی، بازآزمایی و همسانی‌درونی تایید شده است. به‌طوری‌که مقادیر ضرایب همبستگی درونی برای فشار اجتماعی (۰/۶۵)، دسترسی به غذا (۰/۷۳)، هیجان مثبت (۰/۶۶)، هیجانات منفی (۰/۷۲)، ناراحتی جسمی وکل 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.

پرسشنامهٔ رفتارهای خوردن هلندی: فورمن و همکاران در سال ۲۰۰۹، این پرسشنامه را که به‌منظور ارزیابی میزان میل‌به‌خوردن 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 باردیگر 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). ازآنجاکه این پرسشنامه در ایران ترجمه و تطبیق داده نشده بود، ابتدا نسخهٔ اصلی پرسشنامه به‌شیوهٔ وارو ـ وارون ترجمه شد. سپس سه نفر متخصص مسلط به زبان انگلیسی و زبان تخصصی علوم رفتاری و روان‌شناسی مقابلهٔ ترجمهٔ فارسی و انگلیسی را انجام دادند و پس‌از ویراستاری ادبی نسخهٔ نهایی آن تنظیم شد. استادان متخصص روایی پرسشنامه را تأیید کردند و ضریب آلفای کرونباخ آن در آزمون مقدماتی که بر۳۰ فرد انجام شد، در هر دو خرده‌مقیاس میل‌به‌خوردن و عمل‌به‌خوردن، 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 پرسشنامهٔ خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را تکمیل کردند. گروه آزمایش بستهٔ فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، رفتاردرمانی‌دیالیکتیکی به‌صورت گروهی را در ۱۲ جلسهٔ 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 بستهٔ فراتشخیصی درمان مبتنی‌بر

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]

پذیرش و تعهد، متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی انجام شد. همچنین شرکت‌کنندگان بعد از سه‌ماه نیز دوباره پیگیری شدند. در جدول ۱ خلاصهٔ محتوای طرح درمانی بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، رفتاردرمانی دیالیکتیکی و زمان اجرای آن آمده است. داده‌ها ازطریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و با استفاده ازنرم‌افزار SPSS20 تجزیه وتحلیل شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمانی بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر شفقت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالیکتیکی (۱۲) و زمان اجرای آن

جلسهٔ اول	معرفی و آشنایی گروه با هم، آشنایی گروه با انواع سبک‌های رفتار خوردن، توضیح نقش هیجانات و افکار در رفتار خوردن، آموزش پذیرش نقش خود به‌عنوان انسان (ارائهٔ کاربرگ خدا و عروسک)،
جلسهٔ دوم	آموزش دیاگرام درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و الگوی آن، آموزش شناسایی حلقهٔ هدف و کارکردن بر روی ارزش مهربانی با خود، شناسایی افکار انتقادگر و آموزش افکار خودتأییدگرایانه، آموزش دو مغز مبتنی‌بر غم و شفقت و بررسی و توضیح سیستم‌ها و توضیح افکار خودتأییدگرایانه بر سیستم آسودگی (ارائهٔ کاربرگ پرورش خود مشفق و دعای شفقت به خود، تمرین خودگویی تأییدگرایانه).
جلسهٔ سوم	آشنایی با مفاهیم خود مفهوم‌پردازی‌شده و بیدارکردن خود مشاهده‌گر، شناسایی ارزش‌ها و انجام عمل متعهدانه در راستای خود مشاهده‌گر (ارائهٔ کاربرگ چسبندگی به مفهوم خود به‌عنوان فرد چاق، تمرین خود مشاهده‌گر، کاربرگ واضح‌سازی ارزش‌ها، کاربرگ عمل متعهدانهٔ ویلسون)
جلسهٔ چهارم	آموزش درخت ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ریشهٔ صبر و ریشهٔ مهربانی (ارائهٔ کاربرگ خوردن کشمش، ماندن در صف نانوایی، ماندن پشت چراغ زرد، رفتن به فروشگاه‌های شلوغ و ...، کاربرگ چگونه با دوست خود رفتار می‌کنید)، آموزش حالت انجام‌دادن و حالت بودن.
جلسهٔ پنجم	آموزش درخت ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ریشهٔ 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)
جلسهٔ ششم	آموزش درخت ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ریشهٔ توصیف به جای قضاوت (ارائهٔ کاربرگ تمرکز بر یک شئ، تمرین شناسایی و ثبت قضاوت‌های منفی، تمرین ناهمجوشی با قضاوت‌ها)، آموزش زندگی در زمان حال، بخش اول (تمرین تنفس تسکین‌دهندهٔ مبتنی‌بر رویکرد شفقت، تمرین دستهٔ نور مبتنی‌بر رویکرد مهارت ذهن‌آگاهی در رفتاردرمانی دیالیکتیکی)، آموزش فن ناهمجوشی و گسلش با احساسات از طریق رویکرد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (تکنیک تیچنر، تکنیک ضبط صوت با دور تند و آرام و تکنیک شخصیت کارتونی)
جلسهٔ هفتم	آموزش درخت ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ریشهٔ ذهن آغازگر، آموزش زندگی در زمان حال، بخش دوم (تمرین تمرکز با تمام وجود در حین غذاخوردن، تمرین شیوهٔ روبه‌روشدن با زمان‌های دشوار، آموزش فن ناهمجوشی و گسلش با افکار از طریق رویکرد درمان مبتنی‌بر 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 عوض‌کردن رابطه با فکرها از طریق استعارهٔ عابر وراج و انجام ایفای نقش در گروه.
جلسهٔ هشتم	آموزش زندگی در زمان حال بخش سوم (تمرین ذهنت الان کجاست؟، تمرین تمرکز بر بیرون و درون)، آموزش شفقت به خود از طریق رنگ‌آمیزی مشفقانه و نوشتن نامهٔ مشفقانه
جلسهٔ نهم	آموزش تنظیم هیجانات (فن ذهن نچسب، فن تسمهٔ نقاله، فن ۷ گام پذیرش هیجانات به جای اجتناب هیجانی) آموزش شفقت به خود از طریق ایجاد مکان امن
جلسهٔ دهم	آموزش ذهن خردمند، آموزش پل دردساز، تقویت مهارت‌های پذیرش و تمایل به تجارب درونی ناخواسته.
جلسهٔ 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
جلسهٔ دوازدهم	جمع‌بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]

۳ یافته‌ها

میانگین وانحراف معیار سن زنان شرکت‌کننده به‌ترتیب ۳۶/۷۴ و ۰/۷۳ با تحصیلات لیسانس بودند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) که تمام عملیات آماری با نرم‌افزار SPSS20 بود، استفاده شده است. قبل از استفادهٔ آزمون تحلیل کواریانس، مفروضه‌های آزمون باکس جهت بررسی ماتریس واریانس و کوواریانس، داشتن رابطهٔ خطی، فاصله‌ای بودن داده‌ها، نرمال‌بودن توزیع مفروضهٔ یکسانی خطای واریانس و تصادفی‌بودن داده‌ها و همبستگی بین داده‌های متغیرهای وابسته، آزمون نرمالیتی کولموگروف ـ اسمیرنوف بررسی گردید، چون این مفروضه‌ها تأیید شدند، بنابراین می‌توان از تحلیل کواریانس چندمتغیرهٔ تحلیل کواریانس (MANCOVA) استفاده کرد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره

متغیر	آزمایش						گواه						p	اندازه اثر
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن	۵۸/۱۰	۱۱/۲۱۰	۱۴۵/۳۰	۲۴/۱۰۴	۱۵۱/۲۰	۲۰/۵۲۰	۷۰/۸۰	۲۰/۶۷۱	۶۸/۹۰	۲۰/۱۲۴	۶۶/۲۰	۱۹/۷۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۸
رفتار خوردن	۱۱۸/۸۰	۱۶/۱۹۹	۸۴	۹/۲۷۴	۷۸/۶۰	۱۰/۲۸۷	۱۲۸/۶۰	۱۴/۸۴۱	۱۱۹/۹۰	۱۸/۰۷۷	۱۲۵/۵۰	۱۹/۸۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۴

با توجه به یافته‌های‌جدول۲، 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 به‌تر تیب 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 به‌ترتیب برابربا (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 مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است و میانگین نمرات رفتار خوردن گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است؛ درحالی‌که در گروه گواه چنین تفاوتی مشاهده نمی‌شود. به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه از لحظ آماری معنادارست، 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 خورن در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادارست. بدین‌معنا که بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر شفقت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالیکتیکی در افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن ($F=۶۷/۸۸۲, P<۰/۰۰۱$) و کاهش رفتار خوردن ($p<۰/۰۰۱$، $F=۳۲/۴۵۱$) مؤثر بوده است.

۴ بحث

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]

بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی در افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی مؤثرست. پالمیرا و همکاران نشان دادند که بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر 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 مطالعهٔ خود نشان دادند که تکنیک‌های مبتنی‌بر پذیرش بر افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مؤثرست (۱۹). همچنین سیکس و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که مهارت‌های شفقت‌به‌خود 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، مؤلفهٔ پذیرفتن تصویر بدن خود بدون قیدوشرط، پذیرش احساسات ناخوشایند به جای فرار یا مبارزه با آن‌ها، دنبال‌کردن ارزش‌های اصلی با حضور ذهن، بسیار مهم است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت، بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی، 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 دنبال‌کردن 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 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 مبتنی‌بر بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی 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 ارائهٔ خدمات سلامت روان تشکیل شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بستهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالیکتیکی باعث می‌شود که زنان مبتلابه اضافه‌وزن و چاقی با پذیرش احساسات ناخوشایند، شفقت‌به‌خود و گام‌برداشتن در مسیر ارزش‌های خود، خودکارآمدی خویش را بالاتر برده و سبک زندگی سالم‌تری را انتخاب نمایند.

۶ تشکر و قدردانی

مطالعهٔ 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]

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, Dakanalis 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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]

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]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.2.7]