



Comparison of the Effectiveness of Group Therapies based on Acceptance and Commitment and Schema on Coping Style Avoidance and Body Mass Index in Obese and Overweight People with Emotional Eating

Iman Najar Kakhaki¹ , Maryam Kalhorniya Golkar^{2*} , Atefeh Nezhad Mohammad Nameghi³ , Fatemeh Mohammadi Shiri Mahaleh⁴ , Majid Valizadeh⁵ 

1. Department of Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: iman.najjar@gmail.com
2. Corresponding Author, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: ma.kalhornia@iau.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: nezhadmohamad@kia.ac.ir
4. Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: fatemeh.mohammadi@kia.ac.ir
5. Endocrinology and Metabolism Research Institute, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: valizadeh@edocrine.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 5 May 2021
Revised: 22 May 2022
Accepted: 31 Oct 2024
Published: 2 Jul 2024

Keywords:
Avoidance Coping Style, Emotional Eating, Group Therapy Based on Acceptance and Commitment, Group Therapy Based on Schema.

ABSTRACT

The aim of this study was to compare the effectiveness of group therapies that were based on acceptance and commitment, as well as schema on coping-avoidance style, in individuals who were obese or overweight and were experiencing emotional eating. The present study was a quasi-experimental design that included a control group and a pretest-posttest. The research population included all men and women between the ages of 21 and 50 who visited nutrition and obesity clinics in Tehran during the summer and autumn of 2019. A sample of 60 individuals was randomly assigned to three groups of 20 individuals (acceptance and commitment therapy, schema treatment, and control) using the cluster sampling method and based on entry and exit criteria. The subjects completed the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) and the General and Exclusive Avoidance Questionnaire (GASQ) in three stages: pre-test, on-test, and post-test. The data were analyzed using SPSS version 24 software, which included covariance analysis and Bonferroni's post hoc test. The results indicated that group therapies based on acceptance and commitment and schema therapy were effective in reducing the avoidance of coping styles in obese and overweight individuals with emotional excess. The experimental groups exhibited a lower level of avoidance compared to the control group. The results suggest that overweight and obese individuals can decrease their reliance on coping style avoidance through group therapy that is based on acceptance, commitment, and schema therapy.

Cite this article: Najar Kakhaki, I., Kalhorniya Golkar, M., Nezhad Mohammad Nameghi, A., & Mohammadi Shiri Mahaleh, F., & Valizadeh, M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Group Therapies based on Acceptance and Commitment and Schema on Coping Style Avoidance and Body Mass Index in Obese and Overweight People with Emotional Eating. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(2), 17-32. doi: 10.22059/japr.2023.323269.643831.



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.323269.643831>

© The Author(s).



مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره بر سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی

ایمان نجار کاخکی^۱، مریم کلهرنیا گلکار^{۲*}، عاطفه نژادمحمدنامقی^۳، فاطمه محمدی شیری محله^۴، مجید ولی زاده^۵

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: iman.najjar@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: ma.kalhornia@iau.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: nezhadmohamad@kia.ac.ir

۴. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: fatemeh.mohammadi@kia.ac.ir

۵. استاد، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: valizadeh@edocrine.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره بر سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه پژوهش شامل همه مردان و زنان ۲۱ تا ۵۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه و چاقی شهر تهران در تابستان و پاییز ۱۳۹۹ بود. براساس ملاک‌های ورود و خروج، نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر از افراد، به روش در دسترس انتخاب و به روش تناسب تصادفی به سه گروه ۲۰ نفری (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی و گواه) تخصیص یافتند. ابزار پژوهش مشتمل بر پرسشنامه رفتار خوردن (DEBQ) و پرسشنامه اجتناب خاص و عام (GASQ) بود که آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به آن‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان‌های گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به پرخوری هیجانی مؤثر بوده و موجب کاهش اجتناب گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. مبتنی بر یافته‌ها می‌توان این‌گونه استنباط کرد که گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی می‌تواند استفاده از سبک مقابله‌ای اجتناب را در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی کاهش دهد.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۴/۱۲

کلیدواژه‌ها:

خوردن هیجانی، سبک مقابله‌ای اجتناب، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره.

استناد: نجار کاخکی، ا.، کلهرنیا گلکار، م.، نژادمحمدنامقی، ع.، محمدی شیری محله، ف. و، ولی زاده، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره بر سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۵(۲)، ۱۷-۳۲.

doi: 10.22059/japr.2023.323269.643831

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.323269.643831>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

یکی از اختلالات شایع روان‌تنی اختلالات خوردن^۱ است که به کاهش سازگاری اجتماعی، ایجاد مشکلاتی در ارتباط و پایین آمدن کیفیت زندگی منجر می‌شود، بر سلامت جسمانی و کارکرد روانی-اجتماعی افراد تأثیر زیادی می‌گذارد و در نهایت موجب مرگومیر می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۲۲). این اختلالات به‌طور معمول در طول سال‌های نوجوانی و جوانی روی می‌دهد و با نرخ مرگومیر بالا مرتبط است (باباخانو و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات انجام‌شده در حوزه مشکلات مرتبط با خوردن، عمدتاً رفتارهایی مانند پرخوری افراطی و رفتارهای پاک‌سازی را مدنظر قرار داده‌اند. از جمله این رفتارها می‌توان به محدود کردن مصرف غذا^۳، خوردن هیجانی^۴ و خوردن در پاسخ به نشانه‌های بیرونی^۵ (خوردن بیرونی) اشاره کرد. گرچه سه الگوی فوق جزو رفتارهای بالینی خوردن بیمارگونه به حساب نمی‌آیند، از آن جهت که در سطح افراطی، شاخصی برای مشکلات بالینی محسوب می‌شوند مورد توجه هستند (کچویی و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از انواع این رفتارهای خوردن مختل، خوردن هیجانی است.

خوردن هیجانی را می‌توان گرایش به پرخوری در پاسخ به هیجانات منفی از قبیل اضطراب و تحریک‌پذیری تعریف کرد (بساکنژاد و همکاران، ۱۳۹۷). خوردن هیجانی در بین افرادی که با اضافه‌وزن خود چالش دارند، بسیار شایع است؛ به طوری که شصت درصد یا بیشتر از افرادی که اضافه‌وزن دارند یا چاق‌اند، هم‌زمان به خوردن هیجانی نیز مبتلا هستند (کاهیل و همکاران^۶، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به خوردن هیجانی با احتمال بیشتری در پاسخ به هیجان منفی غذاهای چرب و شیرین مصرف می‌کنند (داوین و همکاران^۷، ۲۰۱۹؛ دروست و کرجسی^۸، ۲۰۱۸؛ لپانن و همکاران^۹، ۲۰۲۲). ایرکایا و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۸) عنوان کردند که این افراد نسبت به دیگران، چالش بیشتری با کاهش وزن دارند.

اختلالات خوردن و از جمله پرخوری هیجانی به‌عنوان راهبردهایی در نظر گرفته شده‌اند که برای مدیریت حالات هیجانی منفی مورد استفاده قرار می‌گیرند. قبل از آنکه رفتار خوردن اتفاق بیفتد، این افراد عواطف منفی بسیاری را تجربه می‌کنند که تنظیم این عواطف فراتر از توانایی آن‌ها است و همین امر سبب می‌شود پرخوری به‌عنوان راهبردی به‌شدت ناسازگارانه انتخاب شود (پادمالا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۹). از این‌رو برخی از درمان‌هایی که برای خوردن هیجانی به‌کار می‌روند، بر پذیرش حالات هیجانی منفی متمرکز شده‌اند. درمان افراد مبتلا به چاقی که خوردن هیجانی بالایی دارند، باید بیش از رژیم‌های محدودکننده کالری، باید بر مهارت‌های تنظیم هیجان تمرکز داشته باشد. در همین راستا سنتوس^{۱۲} (۲۰۱۸) استدلال می‌کنند که تنظیم هیجانی سازگارانه به افزایش احساس عمومی کارآمدی^{۱۳} منجر می‌شود که این خود به اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر مثل برنامه رژیم سالانه می‌انجامد. در عوض، تنظیم هیجان ناسازگارانه، با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به هیجانات منفی همراه است که در آن، غذا به‌عنوان مقابله با هیجان منفی، پاسخی که با عنوان خوردن هیجانی شناخته می‌شود، در نظر گرفته می‌شود. آن‌ها دریافتند که سطوح بالایی از سرکوب^{۱۴} با خوردن هیجانی زیاد در هر دو جنس در ارتباط است.

یکی از درمان‌های همسو با این نوع نگاه درباره خوردن هیجانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۵} است (عبدالکریمی و

1. eating disorder
2. American Psychiatric Association (APA)
3. restrained eating
4. emotional eating
5. external eating
6. Cahill et al.
7. Daawin et al.
8. Deroost & Cserjési
9. Leppanen et al.
10. Erkaya et al.
11. Padmala et al.
12. Santos
13. general feelings of efficacy
14. suppression
15. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)

همکاران، ۱۳۹۷؛ قنبری و همکاران، ۱۳۹۸؛ خلعتیری و همکاران، ۱۳۹۹؛ لیناردون و همکاران^۱، ۲۰۱۹؛ فوگل کیست و همکاران^۲، ۲۰۲۰؛ کاراکل و همکاران^۳، ۲۰۲۲). براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انسان‌ها از آن‌رو که بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی‌شان را آزاردهنده می‌دانند، همواره بر آن‌اند که در وهله نخست آن‌ها را کنترل کنند و در صورت عدم موفقیت از آن‌ها اجتناب کنند (رتروپ و همکاران^۴، ۲۰۲۲). تلاش برای مهار یا اجتناب از رویدادهای درونی خاص مانند احساسات، افکار و احساسات بدنی منفی، اجتناب تجربه‌ای نام دارد (ریچاردز و همکاران^۵، ۲۰۲۲). تجربه شدید هیجانات و همچنین مشکل در شناسایی آن‌ها، افراد را بر آن می‌دارد که احساس کنند نمی‌توانند با آن احساسات کنار بیایند؛ بنابراین برای اجتناب از ناراحتی سعی می‌کنند با خوردن خود را آرام کنند. به سخن دیگر، خوردن هیجانی در پاسخ به هیجانات منفی رخ می‌دهد. شواهد نشان می‌دهد خوردن هیجانی می‌تواند کوششی برای کاهش یا منحرف کردن توجه از این احساسات باشد. به این ترتیب می‌توان از خوردن هیجانی به‌عنوان نمونه‌ای از اجتناب تجربه‌ای نام برد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در چندین برنامه کاهش وزن به‌کار گرفته شده است. پروژه «مراقب سلامت خود باشید»^۶ این درمان را با درمان استاندارد رفتاری^۷ مقایسه کرده است. نتیجه این مطالعه نشان داد خورنده‌های هیجانی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۴ درصد وزن بیشتری را نسبت به گروه دیگر کاسته‌اند و در مطالعات پیگیری شش‌ماهه نیز وزن خود را بهتر حفظ کرده‌اند (فورمن و همکاران^۸، ۲۰۱۳). تحمل نشانه‌های درونی مانند هیجانات و نشانه‌های بیرونی مانند غذا را تقویت می‌کند. مروین و همکاران^۹ (۲۰۲۱) پیشنهاد می‌کنند سه مهارت روان‌شناختی برای کنترل وزن به‌صورت موفقیت‌آمیز در این شکل از درمان لازم است: روشن‌سازی ارزش‌ها، ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی.

با توجه به مزمن بودن مشکل چاقی و به تبع آن رفتارهای خوردن مثل خوردن هیجانی، مدل‌های روان‌شناختی مخصوص مشکلات رفتاری مزمن، می‌توانند کمک‌کننده باشند (میوستی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۸). یکی از مدل‌های دیگری که برای مشکلات مزمن مانند چاقی مطرح شده، مدل طرحواره‌درمانی است (امام زمانی و همکاران، ۱۳۹۸). به‌طور کلی می‌توان اذعان داشت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هیجان‌های منفی و به‌خصوص شرم ارتباط دارند. طرحواره انزوای اجتماعی به‌طور معناداری شرم را در افراد مبتلا به خوردن پیش‌بینی کرده است (پوگ^{۱۱}، ۲۰۱۵).

در گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره^{۱۲} برای اختلالات خوردن، دو نوع اجتناب مطرح شده است که این دو نوع اجتناب می‌تواند به تمایز بین انواع اختلالات خوردن منجر شود. براساس این مدل، سبب‌شناسی^{۱۳} اختلالات خوردن محدودساز همچون بی‌اشتهایی عصبی با مکانیسم جبران^{۱۴} (اجتناب اولیه) مرتبط است که در آن فرد طوری فکر یا عمل می‌کند که دقیقاً نقطه مقابل طرحواره زیربنایی است تا از فعال شدن طرحواره جلوگیری کند؛ برای مثال رفتارهای ایثارگرایانه فرد می‌تواند به‌دلیل جلوگیری از فعال شدن طرحواره رهاشدگی باشد، اما سبب‌شناسی رفتارهای بولیمیک با مکانیسم اجتناب (اجتناب ثانویه) همراه است؛ برای نمونه پرخوری می‌تواند به‌عنوان تلاشی تکانشگرایانه^{۱۵} برای کاهش یا متوقف کردن عاطفه‌ای که قبل از آن توسط طرحواره فعال شده است بروز یابد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸). براین اساس و با توجه به اینکه اجتناب از هیجان، هسته اصلی خوردن هیجانی است، باید براساس مدل طرحواره‌درمانی، آن را به‌عنوان اجتناب ثانویه یعنی تلاش فرد برای کاهش یا بلوکه کردن هیجان در نظر

1. Linardon et al.
2. Fogelkvist et al.
3. Karekla, Nikolaou & Merwin
4. Rentrop et al.
5. Richards et al.
6. mind your health
7. Standard Behavioral Treatment (SBT)
8. Forman et al.
9. Merwin et al.
10. Musetti et al.
11. Pugh, M.
12. schema-based group therapy
13. pathology
14. compensation
15. impulsive attempt

گرفت. هرچند مطالعات زیادی درباره رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و چاقی وجود دارد (شمس آزر و همکاران، ۲۰۱۸؛ پورجباری و دشت‌بزرگی، ۲۰۱۹؛ پاک‌اندیش و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایرانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ باسیل و همکاران^۱، ۲۰۱۹)، اما بیشتر تحقیقات صورت‌گرفته در زمینه اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اختلالات خوردنی مثل بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی بوده است. از این رو با توجه به شیوع فراوان خوردن هیجانی و نظر به اینکه در زمینه مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره روی خوردن هیجانی تحقیقی انجام نگرفته است، هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا اثربخشی اعمال گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با طرحواره بر سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی تفاوت دارد یا خیر.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل همه مردان و زنان ۲۱ تا ۵۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه و چاقی شهر تهران در تابستان و پاییز ۱۳۹۹ بود. برای انتخاب نمونه، پس از کسب مجوزهای لازم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از بین کلینیک‌های تغذیه و چاقی شهر تهران، دو کلینیک مهربادی و بهپویان به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و فهرست بیمارانی با حجم ۲۰۰ نفر که برای بهبود چاقی و اضافه‌وزن خود به این کلینیک‌ها مراجعه کرده بودند، تهیه شد. سپس افراد براساس پرسشنامه رفتار خوردن داچ و شاخص توده بدنی غربال شدند. پس از گردآوری اطلاعات، ۸۰ نفر از افراد دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند. با توجه به آنکه حداقل حجم نمونه آماری در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی برای هر زیرگروه ۱۵ نفر است (بهیوندی، خیاطان و گل‌پرور، ۱۴۰۱)، نمونه پژوهش شامل ۴۵ فرد چاق مبتلا به خوردن هیجانی بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس در کلینیک‌های تغذیه و چاقی مهربادی و بهپویان انتخاب شدند و پس از انتخاب اعضای نمونه، افراد انتخاب‌شده به شیوه تصادفی (قرعه‌کشی) در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. پس از نمونه‌گیری در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، بسته گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) و طرحواره‌درمانی گروهی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) برای گروه‌های آزمایش اجرا شد، ولی گروه کنترل نیز هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود شامل سن ۲۱ تا ۵۰، شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۵، نمره حداقل ۳/۲۵ در زیرمقیاس خوردن هیجانی و تحصیلات دیپلم بود. ملاک‌های خروج نیز شامل زنان در حال شیردهی یا باردار، ابتلا به اختلالات خوردن و مشکلات پزشکی جدی مانند دیابت نوع ۱ یا مشکلات تیروئید و سوء‌مصرف مواد، مصرف هم‌زمان داروهای ضدسایکوتیک و هر نوع داروی مؤثر بر وزن و عمل جراحی مربوط به چاقی بود.

۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان را تکمیل کردند و شاخص توده بدنی آن‌ها اندازه‌گیری و ثبت شد. سپس روی گروه آزمایشی اول به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد لیلیس و همکاران^۲ (۲۰۱۴) و روی گروه آزمایشی دوم، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، طرحواره‌درمانی گروهی براساس پروتکل طرحواره‌درمانی گروهی محمودیان دستنایی و همکاران (۱۳۹۷) به‌صورت جلسات هفتگی اجرا شد، ولی گروه کنترل هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی را دریافت نکرد. پس از پایان جلسات هفتگی، در مرحله پس‌آزمون بار دیگر گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان را تکمیل کردند و شاخص توده بدنی آن‌ها اندازه‌گیری و ثبت شد. شایان ذکر است ارزیابی توسط همکاری انجام شد که در جریان پژوهش نبود و اطلاعی از گروه‌های آزمایش و کنترل نداشت. همچنین با همکار پژوهشگر درباره شیوه اجرا هماهنگی‌های لازم انجام شد و اگر آموزشی درمورد اجرای ابزارهای مورد نظر نیاز داشت، به ایشان ارائه شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف، درخواست از حاضران که خود را معرفی کنند و ارزیابی بیماران دارای چاقی و پرخوری هیجانی
دوم	ارزیابی‌های فردی: مصاحبه فردی، بررسی دنیای بیرون و قانون آن در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است، نه راه‌حل
سوم	ادامه مبحث تمایل یا استفاده از استعاره مهمانی و گدا، معرفی ارزش‌ها و شناسایی ارزش‌های افراد، ارتباط‌دادن و تفهیم مفهوم تمایل در کنار مفهوم ارزش، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار درباره مشکلات
چهارم	ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد، تصریح ارزش‌ها، اهداف، اعمال و موانع درونی و بیرونی و تعمیق این مفاهیم
پنجم	همجوشی شناختی: تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای بیماران، آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه را که نمی‌توانیم تغییر دهیم بپذیریم
ششم	مشاهده افکار: توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با دیگران، معرفی انواع آمیختگی، مفهوم خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن، اشاره‌ای به ارزش‌ها و بررسی نمره انطباق، تمرین ذهن آگاهی، آموزش نومیادی خلاقانه
هفتم	انتخاب جهت ارزش‌ها: کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی برای ارزش‌های زندگی، معرفی واقعیت در مقابل ذهنیت، استعاره قطار ذهن، اشاره به ارزش‌ها و لزوم تعهد داشتن به ارزش‌ها
هشتم	یادآوری جلسه قبل، شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود: بازبینی کاربرد ارزش‌ها در مورد موانع ارزش‌های زندگی
نهم	یادآوری جلسه قبل، ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه: معرفی تعامل، فرایند تفکر و فرایند مشاهده تفکر، تمرین دیدگاه مشاهده‌گر
دهم	یادآوری جلسه قبل، خود به‌عنوان زمینه در این رابطه: طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه‌داشتن بیماران در خود به‌عنوان زمینه رابطه، ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها
یازدهم	پذیرش و اقدام متعهد: بازبینی تعامل عاطفی در زمینه عمل متعهد، ارزش عمل محور، گزینش در برابر تصمیم‌گیری و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد، تعیین تکلیف خانگی
دوازدهم	خلاصه کردن جلسات قبل و تأکید بر فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی پذیرش، معرفی مفهوم خود مشاهده‌گر و بیان استعاره صفحه شطرنج

منبع: لیلیس، دال و وینلند، ۲۰۱۴

جدول ۲. خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی گروهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره‌درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی صورت‌بندی می‌شود.
دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و درباره جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفت‌وگو می‌شود.
سوم	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده می‌شود.
چهارم	تجربه عناصر هیجانی، شناختی و جسمی طرحواره (تجربه کودک آسیب‌پذیر)، آموزش سه نوع ذهنیت کودک و شناسایی آن
پنجم	حالات ناکارآمد پدر و مادر (شناسایی و مداخله)، آموزش دو نوع ذهنیت ناکارآمد پدر و مادری (والد تنبیه‌گر و والد پرتوقع)، شناسایی افراد اثرگذار در شکل‌گیری آن
ششم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت می‌شود، نیازهای هیجانی ارضاننده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون‌ریختن عواطف بلوکه‌شده آموزش داده می‌شود.
هفتم	برقراری ارتباط سالم و آموزش گفت‌وگوی خیالی
هشتم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها
نهم	آموزش رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن، برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران
دهم	آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
یازدهم	آموزش مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
دوازدهم	مرور مطالب جلسات قبل به‌صورت اجمالی و تمرین راهکارهای یادگرفته‌شده

منبع: محمودیان دستنایی و همکاران، ۱۳۹۷

۲-۳. ابزار سنجش

۲-۳-۱. پرسشنامه رفتار خوردن داچ^۱ (DEBQ)

این پرسشنامه اولین بار توسط وان استرین و همکاران^۲ در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. این ابزار به منظور سنجش رفتار خوردن برای بزرگسالان مناسب است و ۳۳ گویه دارد که براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴ و بسیار زیاد=۵). دامنه امتیازهای قابل کسب ۱۶۵-۳۳ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده رفتارهای نامناسب خوردن و نمرات پایین نشان‌دهنده رفتارهای خوردن سالم است (وان استرین و همکاران، ۱۹۸۶). این پرسشنامه سه مؤلفه غذاخوردن هیجانی^۳ (۱۳ گویه)، محرک‌های خارجی^۴ (۱۰ گویه) و بازداری در غذاخوردن^۵ (۱۰ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. وان استرین و همکاران (۱۹۸۶) پایایی این پرسشنامه را با استفاده آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها و نمره کلی ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ برآورد کردند. در ایران، نجاتی و همکاران (۱۳۹۶) پایایی پرسشنامه را به روش همسانی درونی برای مؤلفه‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ و به روش بازآزمایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ محاسبه کردند. در پژوهش دیگری روایی واگرا (و پایایی آلفای کرونباخ) این پرسشنامه با پرسشنامه خوردن ذهن آگاهانه برای مؤلفه غذاخوردن هیجانی ۰/۲۷- (۰/۸۹)، محرک‌های خارجی ۰/۱۸- (۰/۹۱) و بازداری در غذاخوردن ۰/۳۸ (۰/۸۳) برآورد شد (پونده‌نژادان و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

۲-۳-۲. پرسشنامه اجتناب خاص و عام^۶ (GSAQ)

این پرسشنامه توسط استیتم و همکاران^۷ (۲۰۱۵) طراحی شد. این پرسشنامه ۴۳ آیتم دارد و به صورت جواب‌های صحیح و غلط طراحی شده است. تحقیق در زمینه مقابله با نواقص روان‌سنجی مقیاس‌های مقابله همراه است که معمولاً از اعتبار ظاهری^۸ استفاده می‌کند و به استخراج عوامل زیاد یا فقدان تحلیل عاملی منجر شده است. در اعتبار ظاهری، آیتم‌ها از نظریه و یا دیگر مقیاس‌های موجود استخراج می‌شود، اما در این پرسشنامه از تکنیک سناریو^۹ استفاده شده است. برای به دست آوردن آیتم‌های اولیه، از پاسخ‌دهندگان خواسته شد که در ۳۵ سناریو بگویند چطور فکر خواهند کرد، چطور عمل خواهند کرد و چه احساسی خواهند داشت. پرسشنامه جدید اجتناب خاص و عام از سه عامل اجتناب عمومی^{۱۰}، اجتناب از هیجان^{۱۱} و اجتناب از تعارض تشکیل شده است (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۵). ضریب پایایی بازآزمون^{۱۲} برای زیرمقیاس‌های اجتناب عمومی، اجتناب هیجانی و اجتناب از تعارض و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۴۴، ۰/۷۸۰، ۰/۸۲۲ و ۰/۸۷۳ است (نجانر کاخکی و همکاران، ۱۴۰۲). ضریب آلفای کرونباخ نیز به همان ترتیب ۰/۹۱۵، ۰/۸۱۸، ۰/۸۱۷ و ۰/۹۳۳ گزارش شده است (استیتم و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

۲-۳-۳. شاخص توده بدنی

برای اندازه‌گیری دقیق وزن آزمودنی‌ها از وزنه دیجیتال بیورر^{۱۳} آلمان، به منظور اندازه‌گیری قد آزمودنی‌ها از قدسنج سکا^{۱۴} و برای به دست آوردن شاخص توده بدنی از فرمول آدولف کوئتل^{۱۵} استفاده شد.

1. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)
2. Van Strien et al.
3. emotional eating
4. external stimules
5. Inhibition of eating
6. the General and Specific Avoidance Questionnaire (GSAQ)
7. Stemmet et al.
8. face-value
9. scenario technique
10. General Avoidance
11. Emotional Avoidance
12. Test-retest reliability coefficients
13. Beurer
14. seca
15. Adolphe Quételet

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار)، آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بنفرونی و روش آلفای کرونباخ برای محاسبه ضریب پایایی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. ضمناً سطح معنی‌داری در این تحقیق، ۰/۰۵ تعیین شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

طبق یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش، میانگین سن گروه مداخله طرحواره‌درمانی گروهی ۳۰/۶۰، گروه مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۱ و گروه کنترل ۳۲/۶۷ بود. آزمودنی‌ها در گروه مداخله طرحواره‌درمانی گروهی ۶ نفر (۴۰ درصد) مرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) زن بودند. ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) مجرد و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) متأهل بودند. همچنین از نظر تحصیلات ۴ نفر دیپلم (۲۶/۶۰ درصد)، ۷ نفر لیسانس (۴۶/۸۰ درصد) و ۴ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس (۲۶/۶۰ درصد) بودند. در گروه مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، از نظر جنسیت ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مرد و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) زن بودند. از نظر تأهل ۶ نفر (۴۰ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) متأهل بودند. همچنین از نظر تحصیلات ۳ نفر دیپلم (۲۰ درصد)، ۷ نفر لیسانس (۴۶/۸۰ درصد) و ۵ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس (۳۲/۲۰ درصد) بودند. در نهایت در گروه کنترل ۶ نفر مرد (۴۰ درصد) و ۹ نفر زن (۶۰ درصد) بودند. از نظر تأهل ۵ نفر مجرد (۴۰ درصد) و ۱۰ نفر متأهل (۶۶/۶۷ درصد) بودند. همچنین از نظر تحصیلات ۵ نفر دیپلم (۳۴/۴۰ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۴ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس (۲۶/۶۰ درصد) بودند.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

میانگین و انحراف معیار نمره‌های سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در سه گروه طرحواره‌درمانی گروهی، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در متغیرهای دشواری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی

سبک مقابله‌ای اجتناب						
آزمون	درمان مبتنی بر طرحواره		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۲۳/۵۳	۴/۲۲	۲۳/۵۳	۳/۴۸	۲۰	۴/۷۲
پس‌آزمون	۱۵/۶۷	۳/۷۷	۱۵/۶۷	۳/۷۷	۱۹/۴۷	۵/۱۱
پیگیری	۱۵/۶۷	۳/۷۳	۱۴/۶۰	۲/۵۰	۱۹/۱۳	۴/۷۸
شاخص توده بدنی						
آزمون	درمان مبتنی بر طرحواره		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۳۰/۲۰	۱/۷۰	۳۰/۲۰	۱/۶۱	۳۰/۳۳	۱/۷۹
پس‌آزمون	۲۸/۴۰	۱/۱۸	۲۷/۴۷	۱/۶۸	۲۹/۹۳	۱/۶۶
پیگیری	۲۷/۴۷	۱/۴۵	۲۶/۶۰	۱/۶۸	۲۹/۶۷	۱/۷۱

براساس جدول ۳، دو گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی گروهی نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی تغییرات کاهشی بیشتری را نشان داده‌اند. در جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر میانگین نمرات پس‌آزمون سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده‌ بدنی افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری p	مجذور اتا	توان آماری
سبک	پیش‌آزمون	۳۸۱/۰۱	۱	۳۸۱/۰۱	۶۲/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
مقابله‌ای	گروه	۳۶۱/۳۴	۲	۱۸۰/۶۷	۲۹/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
اجتناب	خطا	۲۳۶/۴۶	۳۹	۶/۰۶				
شاخص توده بدنی	پیش‌آزمون	۵۱/۱۸۳	۱	۵۱/۱۸۳	۴۳/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۶	۱
	گروه	۳۳/۶۰	۲	۱۶/۸۰	۱۴/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
	خطا	۴۶/۱۰	۳۹	۱/۱۸				

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون بین افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سبک مقابله‌ای اجتناب، تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($F = 29/80$; $p < 0/0001$)؛ بنابراین حداقل بین یکی از گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت ۰/۶۱ است. به عبارت دیگر، ۶۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سبک مقابله‌ای اجتناب مربوط به تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (عضویت گروهی) است. توان آماری برابر با ۱ است. همچنین با کنترل پیش‌آزمون بین افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = 14/21$; $p < 0/0001$). به این ترتیب حداقل بین یکی از گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت ۰/۴۲ است. به عبارت دیگر، ۴۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مربوط به تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (عضویت گروهی) است. توان آماری برابر با ۰/۹۹ است. معنی‌دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان نمی‌دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد؛ بنابراین به دنبال این تحلیل، از تحلیل تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی بین نمرات میانگین پس‌آزمون سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

مراحل	متغیر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
سبک مقابله‌ای اجتناب	سبک مقابله‌ای اجتناب	طرحواره‌درمانی گروهی-کنترل	-۶/۴۰	۰/۹۵۶	۰/۰۰۰۱
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد-کنترل	-۲/۲۵	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون	شاخص توده بدنی	طرحواره‌درمانی گروهی-درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۲۱۵	۰/۹	۰/۸۹
		طرحواره‌درمانی گروهی-کنترل	-۱/۳۴	۰/۴۲۲	۰/۰۰۹
شاخص توده بدنی	شاخص توده بدنی	درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد-کنترل	-۲/۲۵	۰/۴۲۳	۰/۰۰۰۱
		طرحواره‌درمانی گروهی-درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۹۱۱	۰/۳۹	۰/۰۸

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، بین میانگین پس‌آزمون سبک مقابله‌ای اجتناب افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه آزمایش ۱ (گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره) و آزمایش ۲ (گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره با توجه به میانگین نمرات سبک مقابله‌ای اجتناب افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب گروه‌های آزمایش شده است. بین گروه‌های آزمایشی دوگانه (گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) از لحاظ نمرات سبک مقابله‌ای اجتناب تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه آزمایش ۱ (گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره) و آزمایش ۲ (گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره با توجه به میانگین شاخص توده

بدنی افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش شاخص توده بدنی گروه‌های آزمایش شده است. بین گروه‌های آزمایشی دوگانه گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از لحاظ شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شاخص توده بدنی است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی انجام شد. یافته‌ها نشان داد اثر گروه‌ها بر سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن معنادار است ($P < 0.001$). به عبارت دیگر، بین گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره، در مراتب اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن، در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره بیشتر است. این یافته با یافته‌های عبدالکریمی و همکاران (۱۳۹۷)، قنبری، تونزنده‌جانی و نجات (۱۳۹۸)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)، لیناردون و همکاران (۲۰۱۹)، فوگل کیست و همکاران (۲۰۲۰)، کاراکل، نیکولو و مروین (۲۰۲۲)، شمس آزر و همکاران (۲۰۱۸)، پورجباری و دشت‌بزرگی (۲۰۱۹)، پاک‌اندیش، کراسکیان و جمهری (۲۰۲۰)، ایرانی و همکاران (۲۰۲۰) و باسیل، تنور و مانکینی (۲۰۱۹) هم‌راستا است.

پذیرش بدون قضاوت و دفاع که یکی از اصول اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، در خوردن هیجانی، عنصری مهم به‌شمار می‌رود. هنگامی که افراد از پذیرش زیادی برخوردار باشند، بدون آنکه تلاشی برای مهار افکار و احساسات خود انجام دهند یا از آن اجتناب کنند، تنها متوجه برانگیختگی‌های روانی خود می‌شوند. از این‌رو افراد می‌توانند تأثیر افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری خود را کاهش دهند. در تبیین این موضوع می‌توان گفت پذیرفتن نه بیشتر و نه کمتر افکار، احساسات و هیجانات و به همان صورت که هستند، به گسلش شناختی می‌انجامد. از سوی دیگر، هنگامی که شخص در جنگ با پریشانی‌ها و آشفتگی‌هایش نیست، توانایی گسترش خزانه رفتاری‌اش را می‌یابد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود زمان بیشتری دارد و در همین راستا خود را به ارزش‌ها و هدف‌های موجود در زندگی‌اش متعهد می‌کند. نوریان، آقایی و قربانی (۱۳۹۴) عنوان کردند که افراد دارای پذیرش اندک، به‌منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتشان درگیر راهبردهای کنترلی می‌شوند.

از دیگر سو در ارتباط با تأثیر طرحواره‌ها پژوهش باسیل، تنور و مانکینی، (۲۰۱۹) نشان داد پرخوری و افزایش مصرف غذا با باورهای ناسازگارتری در حوزه محرومیت هیجانی افراد ارتباط دارد و به‌عنوان روشی برای دوری‌گزیدن از هیجان‌های منفی که در اثر فعال‌شدن طرحواره‌ها رخ می‌دهد، استفاده قرار می‌گیرد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد طرحواره‌درمانی روی کاهش وزن در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی اثر مثبت معناداری داشته است. در همین راستا ایرانی و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند ۱۲ درصد تغییرات پرخوری را شناخت‌های مربوط به خوردن و طرحواره محرومیت هیجانی تبیین می‌کنند. در تبیین این نتایج با استفاده از نظریه شناختی بک عنوان شد فعال‌شدن طرحواره‌های پردردگی و بی‌ارزشی موجب رنجش افراد دارای اضافه‌وزن می‌شود و لازم است این مسئله در درمان‌های روان‌شناختی کاهش وزن مورد استفاده قرار گیرد (پاک‌اندیش، کراسکیان و جمهری، ۲۰۲۰). همچنین نتایج یک پژوهش نشان داد در افراد چاق، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شدت رفتارهای پرخوری به‌طور مستقیم با هم ارتباط دارند. با توجه به اینکه فرایند تغییر طرحواره‌ها به‌طور کامل امکان‌پذیر نیست، باید تغییر ناچیز را از نظر بالینی معنی‌دار به‌شمار آورد و نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی بر کاهش وزن تأثیر مثبت دارد (پوگ، ۲۰۱۵).

یافته‌های دیگر نشان داد اثر زمان و همچنین اثرات تعاملی گروه و زمان بر شاخص توده بدنی در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به اختلال خوردن معنادار است ($P < 0.001$). به عبارت دیگر بین گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره در مراتب اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد کاهش شاخص توده بدنی در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن، در روش گروه‌درمانی

مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره بیشتر است.

در تبیین این یافته باید گفت ذهن‌آگاهی در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد که افکار واقعیت خارجی ندارند و تمام آنچه می‌توانند انجام دهند این است که یک قدم از همه افکار -چه مثبت و چه منفی- فاصله بگیرند و آن‌ها را بپذیرند، نه اینکه سعی در کنترل آن‌ها داشته باشند. افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه به افراد می‌آموزد که پذیرش موقعیت‌ها و تفکراتشان را جایگزین اجتناب از آن‌ها کنند. در همین زمان تصریح ارزش‌های ارتباطی و پایبندی برای فعالیت مطابق با آن ارزش‌ها، برای افراد این فرصت را فراهم می‌آورد تا به سمت رضایت از زندگی و توده‌بدنی پیش بروند و برای کاهش وزن در راستای ارزش‌ها خود قدم بردارند و به آن متعهد باشند.

همچنین گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مهارت‌هایی که به افراد می‌آموزد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها را نیز افزایش می‌دهد (مروین و همکاران، ۲۰۲۱). در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانایی برای ارتباط با زمان حال به‌طور پیوسته و به‌عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود که از جمله این ارزش‌ها در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به اختلال خوردن می‌توان به سلامت و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل و... اشاره کرد.

درباره محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت به دلایلی از قبیل دوری برخی از مراجعه‌کنندگان از محل برگزاری جلسات درمان، محدودیت‌های جسمانی و عدم توانایی مالی در برخی موارد سبب کاهش کیفیت حضور در جلسات می‌شد و به همین دلیل هم باید در تعمیم نتایج با احتیاط عمل کرد. همچنین به‌نظر می‌رسد در صورتی که دوره پیگیری چندماهه برای بررسی اثربخشی درمان در میان مدت در نظر گرفته می‌شد، احتمالاً تصویر بهتری از تفاوت‌های دو درمان در میان مدت به‌دست می‌آمد که به دلایل محدودیت زمانی این مسئله انجام نشد و این یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است که لازم است در تبیین نتایج به آن توجه کرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد می‌توان مداخله‌های مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی را به‌طور موفقیت‌آمیزی برای کاهش استفاده از سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی به‌کار گرفت و هیچ‌کدام از این دو درمان در مقایسه با دیگری برتری معناداری در اثربخشی درمانی نداشتند؛ بنابراین هر دو درمان می‌تواند در زمینه کار بالینی و مداخلات درمانی شواهدمحور در زمینه سبک مقابله‌ای اجتناب مورد استفاده قرار گیرد و بهتر است درمانگران به برتری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استفاده از سبک مقابله‌ای اجتناب که در این پژوهش ذکر شده با دیده تردید بنگرند و مطالعات فراتحلیل وسیع‌تری در این زمینه مورد نیاز است. در نهایت می‌توان استدلال کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی به شکل برابری به‌عنوان درمان‌های تکمیلی می‌توانند در کنار درمان‌های پزشکی به ارتقای کیفیت درمان منجر شوند.

۵. ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به شماره IR.IAU.K.REC.1399.076 انجام گرفت. برای رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به‌دست‌آمده طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت.

۶. سپاسگزاری و حمایت مالی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بود و بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از مؤسسه یا سازمانی انجام شد. نویسندگان این مقاله از مدیران محترم کلینیک‌های همکاری‌کننده و شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه قدردانی می‌کنند.

۷. تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- امام زمانی، ز.، مشهدی، ع.، و سپهری شاملو، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. ۹(۱)، ۲۴-۵.
https://tpccp.um.ac.ir/article_33191.html
- باباخانلو، ا.، حقایق، س. ع.، مرادی‌منش، ف.، و دهقانی، ا. (۱۳۹۹). خوردن هیجانی و خودشفقت‌ورزی در افراد فربه: نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*. ۱۷(۶۶)، ۲۱۶-۲۰۵.
https://jip.stb.iau.ir/article_679813.html
- بساکن‌نژاد، س.، عارفی، ن.، و ارشدی، ن. (۱۳۹۷). بررسی الگوی خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجان، عزت‌نفس و تکانشگری در بروز اعتیاد غذایی دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*. ۷(۲۶)، ۱۴۵-۱۳۲.
https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4975.html
- خلعتبری، آ.، قربان شیروودی، ش.، زربخش، م. م.، و تیزدست، ط. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *روان‌شناسی سلامت*. ۹(۴)، ۲۴-۷.
https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_7223.html
- عبدالکریمی، م.، قربان شیروودی، ش.، خلعتبری، ج.، و زربخش، م. م. (۱۳۹۷). اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱۷(۷۰)، ۶۶۱-۶۵۱.
<https://psychologicalscience.ir/article-1-276-fa.html>
- قنبری، ح. ر.، تونزنده جانی، ح.، و نجات، ح. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (QOLT) بر رفتارهای خودتخریب‌گرایانه و تنظیم شناختی عاطفی در افراد با سوء‌مصرف مواد. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۲۳(۱)، ۵۵-۴۷.
https://jfmh.mums.ac.ir/article_15683.html
- کچویی، ح.، مرادی، ع.، کاظمی، آ. س.، و قنبری، ز. (۱۳۹۵). نقش متمایزکننده تنظیم هیجان و تکانشگری در انواع مختلف الگوهای خوردن ناسالم. *مجله فیض*. ۲۰(۴)، ۳۹۰-۳۸۳.
http://feyz.kaums.ac.ir/browse.php?a_id=3141&sid=1&slc_lang=fa
- محمدی، ح.، سپهری شاملو، ز.، و اصغری ابراهیم‌آباد، م. ج. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *مطالعات زن و خانواده*. ۷(۲)، ۱۳۶-۱۱۵.
https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_1481.html
- محمودیان دستنایی، ط.، امیری، ش.، نشاط‌دوست، ح. ط.، و منشئی، غ. ر. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به پراشتهایی روانی با توجه به پیوند والدینی. *روان‌شناسی معاصر*. ۱۲(۱)، ۳۸-۵۲.
<https://bjcp.ir/article-1-1107-fa.html>
- نجاتی، و.، علی‌پور، ف.، سعیدپور، ص.، و بدایقی، ا. (۱۳۹۶). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی سبک‌های پاسخ‌دهی به غذا. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۲۰(۱)، ۱۱-۳.
<https://doi.org/10.22038/jfmh.2017.10033>
- نجار کاخکی، ا.، کلهرنیا گل‌کار، م.، نژادمحمد نامقی، ع.، محمدی شیرمحلله، ف.، و ولی‌زاده، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی گروهی بر اجتناب و دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۱۰(۱)، ۸۹-۷۵.
https://shenakht.muk.ac.ir/browse.php?a_id=1666&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=0
- نوریان، ل.، و آقایی، ا.، و قربانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۶(۲)، ۲۳-۱۵.
https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533962.html

References

- Abdolkarimi, M., Ghorban Shiroudi, S., Khalatbari, J., & Zarbakhsh, M. R. (2018). Effectiveness of meta diagnosis package of acceptance and commitment therapy, Self-Compassion therapy and dialectic behavioral therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women. *Journal of Psychological Science, 17*(70), 651-662.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-276-en.html> (In Persian)
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR (TM)). American Psychiatric Association Publishing.
- Babakhanloo, A., Haghayegh, S. A., Moradi Manesh, F., & Dehghani, A. (2020). Emotional eating and self-compassion in people with obesity: the mediating role of emotional processing. *Journal of Developmental Psychology, 17*(66), 205-216. https://jip.stb.iau.ir/article_679813.html?lang=en (In Persian)
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon, 5*(9), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- Bassaknejad, S., Aarefi, N., & Ershadi, N. (2018). Testing a model of Emotional Eating, Emotional Dysregulation, Self-Esteem, and Impulsivity in Food Addiction among students. *Health Psychology, 7*(26), 132-145. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4975.html?lang=en (In Persian)
- Behvandi, N., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2022). Comparing of compassion-based emotion focused therapy with compassion-focused treatment on quality of life of primary headache patients. *IJPCP, 28*(2), 210-221. <http://yaftelums.ac.ir/article-1-3178-en.html> (In Persian)
- Cahill, A. G., Haire-Joshu, D., Cade, W. T., Stein, R. I., Woolfolk, C. L., Moley, K., ... & Klein, S. (2018). Weight control program and gestational weight gain in disadvantaged women with overweight or obesity: a randomized clinical trial. *Obesity, 26*(3), 485-491.
<https://doi.org/10.1002/oby.22070>
- Daawin, P., Kim, S., & Miljkovic, T. (2019). Predictive modeling of obesity prevalence for the US population. *North American Actuarial Journal, 23*(1), 64-81.
<https://ideas.repec.org/a/taf/uaajxx/v23y2019i1p64-81.html>
- Deroost, N., & Cserjési, R. (2018). Attentional avoidance of emotional information in emotional eating. *Psychiatry Research, 269*(5), 172-177. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.053>
- Emam Zamani, Z., Mashhadi, A., & Sepehri Shamloo, Z. (2019). The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on anxiety and emotional schemas on women with generalized anxiety disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling, 9*(1), 5-24.
<https://doi.org/10.22067/ijap.v9i1.69238> (In Persian)
- Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Çalik, K. Y. (2018). The effect of maternal obesity on self-esteem and body image. *Saudi Journal of Biological Sciences, 53*(4), 96-114.
<https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2018.02.003>
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image, 32*, 155-166.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Bradley, L. E., Lowe, M. R., Herbert, J. D., & Shaw, J. A. (2013). The mind your health project: a randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity. *Obesity, 21*, 1119-1126. <https://doi.org/10.1002/oby.20169>
- Ghanbari, H., Touzandeh Jani, H., & Nejat, H. (2019). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) and quality of life therapy (QOLT) on self-destructive behaviors and emotional cognitive regulation in substance abusers. *Journal of Fundamentals of Mental Health, 22*(1), 47-55. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2019.15683> (In Persian)

- Irani, S., Akbari, B., Abolghasemi, A., & Bakhshipour Roudsari, A. (2020). Comparison of the effectiveness of schema therapy and behavioral model-based diet therapy on emotional adjustment, body image, and weight loss among obese individuals with nervous overweight. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 8(1), 45–51. <http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-241-en.html>
- Kachooei, M., Moradi, A., Kazemi, A. S., & Ghanbari, Z. (2016). The discriminative role of emotion regulation and impulsivity in different unhealthy eating patterns. *Feyz Medical Sciences Journal*, 20(4), 383-390. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3141-en.html> (In Persian)
- Karekla, M., Nikolaou, P., & Merwin, R. M. (2022). Randomized clinical trial evaluating acceptance—a digital gamified acceptance and commitment early intervention program for individuals at high risk for eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1775. <https://doi.org/10.3390/jcm11071775>
- Khalatbari, A., Ghorbanshiroudi, S., Zarbakhsh, M., & Tizdast, T. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and treatment based on acceptance and commitment to craving, quality of life and psychological distress in patients with type 2 diabetes. *Health Psychology*, 9(36), 7-24. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.53961.4884> (In Persian)
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S., & Tchanturia, K. (2022). The Role of Emotion Regulation in Eating Disorders: A Network Meta-Analysis Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 793094. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.793094>
- Lillis, J., Dahl, J., & Weineland, S. M. (2014). *The diet trap: Feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., Murphy, K., & Brennan, L. (2019). Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: implications for eating disorder prevention. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(1), 15–38. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1517389>
- Mahmoudian Dastnani, T., Neshatdoust, H., Amiri, S., & Aanshaee, G. (2018). Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on eating disorder beliefs in anorexia and bulimia nervosa patients with regard to parental bonding. *Clinical Psychology and Personality*, 16(1), 33-48. https://bjcp.ir/browse.php?a_id=1107&sid=1&slc_lang=en (In Persian)
- Merwin, R. M., Moskovich, A. A., Babyak, M., Feinglos, M., Honeycutt, L. K., Mooney, J., ... & Sangvai, D. (2021). An open trial of app-assisted acceptance and commitment therapy (iACT) for eating disorders in type 1 diabetes. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00357-6>
- Mohammadi, H., Sepehri Shamloo, Z., & Asghari Ebrahim Abad, M. J. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on decreasing psychological distress and difficulty in emotional regulation in divorced women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 14(51), 27-36. https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_1481.html?lang=en (In Persian)
- Musetti, A., Cattivelli, R., Guerrini, A., Mirto, A. M., Riboni, F. V., Varallo, G., ... & Molinari, E. (2018). Cognitive-behavioral therapy: Current paths in the management of obesity. In *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. IntechOpen.
- Najjar Kakhki, I., Kalthornia Golkar, M., Nezhad Mohammad Nameghi, A., Mohammadi Shirmahaleh, F., & Valizadeh, M. (2023). Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 75-89. <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.75> (In Persian)
- Nejati, V., Alipour, F., Saeidpour, S., & Bodaghi, E. (2018). Psychometric properties of persian version of dutch eating behavior questionnaire. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(1), 5-13. https://jfmh.mums.ac.ir/article_10033.html?lang=en (In Persian)

- Nourian, L., Aghaei, A., & Ghorbani, M. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional eating among obese women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 16(2), 15-23. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533962.html?lang=en (In Persian)
- Padmala, S., Sambuco, N., & Pessoa, L. (2019). Interactions between reward motivation and emotional processing. *Progress in Brain Research*, 247(1), 1-21. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.023>
- Pakandish, S., Kraskyan, A., & Jomehri, F. (2020). Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on quality of life and body image of obese women. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 9(34), 20-32. https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_675551_5a1e182f13440321351588ad1c12878e.pdf
- Ponde Nejadan, A. A., Attari, Y., & Dordaneh, H. (2018). Evaluating the predicting model of life quality based on mindful eating with mediation of body-image and eating behaviors among married women with overweight and obesity. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 9(34), 141-170. https://qccpc.atu.ac.ir/article_8641_en.html (In Persian)
- Pourjaberi, B., & Dasht Bozorgi, Z. (2019). The effectiveness of schema therapy on eating disorder and rumination of obese adolescent girls. *Community Health Journal*, 13(1), 1-10. https://chj.rums.ac.ir/article_89635.html?lang=en (In Persian)
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
- Rentrop, V., Damerau, M., Schweda, A., Steinbach, J., Schüren, L. C., Niedergethmann, M., ... & Bäuerle, A. (2022). Predicting acceptance of e-mental health interventions in patients with obesity by using an extended unified theory of acceptance model: Cross-sectional study. *JMIR Formative Research*, 6(3), e31229. <https://doi.org/10.2196/31229>
- Richards, R., Jones, R. A., Whittle, F., Hughes, C. A., Hill, A. J., Lawlor, E. R., ... & Ahern, A. L. (2022). Development of a web-based, guided self-help, acceptance and commitment therapy-based intervention for weight loss maintenance: evidence-, theory-, and person-based approach. *JMIR Formative Research*, 6(1), e31801. <https://doi.org/10.2196/31801>
- Santos, F. (2018). Emotional processing in obesity: A systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*, 41(2), 31-46. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>
- Shams Azar, L., Ghahari, S., Shahbazi, A., & Ghezselflo, M., (2018). Effect of group schema therapy on physical self-concept and worry about weight and diet among obese women. *Journal of Research and Health*, 8(6), 548-554. <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-1471-en.html>
- Stemmet, L., Roger, D., Kuntz, J., & Borrill, J. (2015). General and specific avoidance: The development and concurrent validation of a new measure of avoidance coping. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(3), 222-230. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000220>
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)