

اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی به شیوه‌ی گروهی، بر کاهش خوردن هیجانی و کاهش اضطراب در افراد چاق: نقش تعدیل‌گر تکانش‌گری

محمدجواد ربانی پارسا^۱، *علی مشهدی^۲، ایمان‌الله بیگدلی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد.

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

۳. استاد روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۶/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۵/۲۸)

The effectiveness of group motivational interviewing in reducing emotional eating and anxiety in obese people: the moderator role of impulsiveness

Mohammad Javad Rabbani Parsa¹, *Ali Mashhadi², Imanollah Bigdeli³

1. M.A. in Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad.

2. Associate Professor in Psychology, Ferdowsi University of Mashhad.

3. Professor in Psychology, Ferdowsi University of Mashhad.

(Received: Sept. 11, 2017 - Accepted: Aug. 19, 2018)

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the effectiveness of motivational interviewing in reducing emotional eating and anxiety considering the moderator role of impulsivity in obese people. **Method:** This is a quasi-experimental study with pretest-posttest and control group. 20 obese patients, who had referred to Jooyandegane Salamat, Dr. Sobhani and Rosha diet therapy clinics at Mashhad, selected voluntarily regarding inclusion criteria. **Results:** ANCOVA results showed that levels of emotional eating ($F_{(1,15)}=5/89, P \leq 0/05$) and anxiety ($F_{(1,17)}=6/87, P \leq 0/05$) have significantly reduced in examination group. Also, it was found that impulsivity has not a moderator role in the effect of motivational intervention on emotional eating. **Conclusion:** the Motivational interviewing is an effective method to reduce emotional eating and anxiety in obese people and so is a way to help them control their weight.

Keywords: Obesity, Motivational interviewing, Emotional eating, Anxiety, Impulsivity.

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش خوردن هیجانی و اضطراب، با توجه به نقش تعدیل‌گر تکانش‌گری در افراد چاق، بود. **روش:** پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۲۰ فرد چاق از مراجعان کلینیک جویندگان سلامت، کلینیک سبحانی، و کلینیک روشا در مشهد، به‌صورت داوطلبانه و مطابق معیارهای ورود، انتخاب شدند. **یافته‌ها:** تحلیل کوواریانس نشان داد که میزان خوردن هیجانی ($F_{(1,15)}=5/89, P \leq 0/05$) و سطح اضطراب ($F_{(1,17)}=6/87, P \leq 0/05$) افراد گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته بود همچنین مشخص شد که تکانش‌گری، در تأثیر مصاحبه انگیزشی بر خوردن هیجانی، نقش تعدیل‌گر ندارد. **نتیجه‌گیری:** مصاحبه‌ی انگیزشی روشی مؤثر بر کاهش خوردن هیجانی و کاهش اضطراب است، و لذا شیوه‌ای برای کمک به کنترل وزن می‌باشد.

واژگان کلیدی: چاقی، مصاحبه‌ی انگیزشی، خوردن هیجانی، اضطراب، تکانش‌گری.

مقدمه

چاقی، به معنای زیاد بودن بافت چربی بدن است که معمولاً با شاخص توده‌ی بدنی، یعنی عدد حاصل از تقسیم وزن بر مجذور قد، سنجیده می‌شود. با توجه به این شاخص، چاقی را به صورت $BMI \geq 30$ تعریف نموده‌اند (ویلیامسون^۱، نیوتون^۲ و والدن^۳، ۲۰۰۶؛ نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۸۹). برآوردهای اضافه‌وزن (شاخص توده‌ی بدنی بین ۲۵ تا ۳۰)، چاقی (شاخص توده‌ی بدنی بین ۳۰ تا ۳۴/۹) و چاقی شدید و مرضی (شاخص توده‌ی بدنی بین ۳۵ و ۳۹/۹ و بیشتر از ۴۰) در ایران، به ترتیب، میزان‌های شیوع ۲۸/۶ درصد، ۱۰/۸ درصد و ۳/۴ درصد را نشان داده‌اند (بقایی، ۱۳۸۷). همچنین در یک پژوهش گسترده که در آن ۹۹۱ مرد و ۱۱۸۸ زن از شهرستان‌های اردبیل، اصفهان، اهواز، تهران، رشت، کرمان و مشهد شرکت داشتند، شیوع اضافه‌وزن در مردان ۴۹ درصد و در زنان، ۵۳ درصد گزارش شد. به علاوه، ۱۰/۲ درصد مردان و ۱۸/۶ درصد زنان، چاق بودند (آقاعلی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۲؛ نقل از رنجبر نوشری، بشرپور، حاجلو و نریمانی، ۱۳۹۶). چاقی، یکی از تهدیدهای مهم برای سلامتی است. برخی بیماری‌های مرتبط با چاقی، عبارت‌اند از: بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های تنفسی (مانند آپنه‌ی انسدادی)، بیماری‌های متابولیک (مانند دیابت و مقاومت به انسولین)، کبد چرب، انواع سرطان‌ها (به‌ویژه سرطان‌های روده، پستان و پروستات) و بیماری‌های اسکلتی مانند آرتروز و ساییدگی مفاصل (نامی^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

چاقی، تنها ناشی از عوامل فیزیولوژیکی نیست، بلکه پیامد برهم‌کنش‌های عوامل روان‌شناختی و

فیزیولوژیکی است (موسویان و همکاران، ۱۳۸۹). درمان قطعی افراد چاق، دشوار است، ولی کاهش وزن پایدار برای این گروه، موجب بهبودی معنادار در بیماری‌ها و مشکلات ناشی از چاقی، افزایش کیفیت زندگی، و افزایش طول عمر می‌شود. این اطلاعات، روان‌شناسان را بر آن داشته است تا راه‌حل‌هایی را برای کاهش چاقی و حفظ وزن طبیعی پس از انجام برنامه‌ی لاغری بیابند (صالحی فدردی، مداح شورچه، و نعمتی، ۱۳۹۰).

درباره‌ی ریشه‌های روان‌شناختی پدیده‌ی چاقی، تا کنون پژوهش‌های بسیاری انجام پذیرفته است. یکی از مهم‌ترین زمینه‌های رفتاری که موجب افزایش وزن و چاقی، و همچنین چاق ماندن افراد می‌شود، رفتارهای خوردن^۵ افراد است. در زمینه‌ی سبک‌ها و عادات خوردن در افرادی که دچار اضافه‌وزن و چاقی هستند، سه نظریه‌ی اصلی وجود دارد. نخستین نظریه، نظریه‌ی روان‌تنی^۶ است. بر پایه‌ی این نظریه، برخی افراد، گرسنگی واقعی را تشخیص نمی‌دهند و بیشتر در پاسخ به حالت‌های هیجانی، شروع به خوردن می‌کنند. به این سبک خوردن، هیجانی^۷ می‌گویند. نظریه‌ی دوم که نظریه‌ی برونی بودن نام گرفته است، می‌گوید که افراد چاق، بیشتر تحت تأثیر محرک‌های محیطی، دست به خوردن می‌زنند و نه با توجه به گرسنگی واقعی‌شان. به این سبک خوردن، برونی^۸ گفته می‌شود. سومین نظریه که نظریه‌ی بازداری یا منع^۹ نام دارد، رفتار نابهنجار خوردن در افراد چاق را، به علت رژیم گرفتن‌شان می‌داند. به دیگر سخن، این افراد به آن علت که از خوردن برخی از خوراکی‌ها منع شده‌اند، نسبت به خوردن آن غذاها تمایل بیشتری پیدا می‌کنند. این سبک خوردن، بازداری

5. eating behaviours
6. Psychosomatic Theory
7. emotional
8. external
9. restraint

1. Williamson, D. A.
2. Newton, R. L.
3. Walden, H. M.
4. Nammi, S.

اپلهانس^۸ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که سبک مقابله با پرخاشگری، در تغییر میزان انرژی دریافتی از غذا مؤثر است و برخی از افراد در هنگام عصبانیت، دست به پرخوری می‌زنند. پژوهش تورس و نوسان^۹ (۲۰۰۷) نشان داد که تنیدگی، می‌تواند موجب کاهش یا افزایش خوردن شود؛ و تنیدگی‌های درازمدت، ضمن افزایش خوردن، موجب می‌شوند که فرد، خوراکی‌های پرانرژی‌تر، یعنی خوراکی‌های شیرین و چرب را ترجیح دهد. همچنین، نقش میانجی‌گر افسردگی در رابطه‌ی میان دل‌بستگی و سبک فرزندپروری با چاقی و اضافه‌وزن، مشخص شده است (علی‌بخشی، علی‌پور، فرزاد و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۴).

خوردن هیجانی^{۱۰}، به صورت ((میل به خوردن، در پاسخ به هیجان‌های منفی مانند خشم، ترس، یا اضطراب)) تعریف شده است، و پاسخی غیرمعمول به پریشانی است. یکی از سریع‌ترین راه‌ها برای رسیدن به ((احساس بهتر))، وقتی که فردی با افکار و هیجان‌های ناخوشایند روبرو می‌شود، گریختن یا اجتناب از آن است. این اثر سریع و سودمند، باعث می‌شود که همه‌ی انسان‌ها، اجتناب‌کنندگان هیجانی با درجات گوناگون باشند. یکی از راه‌ها برای اجتناب از ناراحتی و هیجان ناخوشایند، ((خوردن)) است (نوریان، آقایی، و قربانی، ۱۳۹۴).

نکته‌ای که اهمیت خوردن هیجانی در افزایش وزن را نشان می‌دهد، در نتایج پژوهش‌های هارچنر^{۱۱}، توینبریجر^{۱۲} و کلدر^{۱۳} (۲۰۰۲) و گلابیتر^{۱۴} و آورسا^{۱۵} (۲۰۰۳) آشکار گردیده است. در این

شده^۱ نام دارد. شناسایی سبک خوردن افراد، می‌تواند علاوه بر طرح‌ریزی برنامه‌ی درمانی مناسب، عاملی برای پیش‌بینی رفتار خوردن فرد و برآورد اندازه‌ی موفقیت او در کاهش وزن، در نظر گرفته شود. سبک خوردن هیجانی، پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای پرخوری در موقعیت‌های هیجانی است (صالحی فدردی، مداح شورچه و نعمتی، ۱۳۹۰).

شواهد حاصل از بررسی‌های عصب-فیزیولوژیکی نشان می‌دهد که خوراکی‌ها، بر خلق و احساسات افراد تأثیر می‌گذارند. خوردن، لذت‌بخش و پاداش‌دهنده است و موجب آرامش و احساسات مثبت می‌شود (دیویس^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). هیجان‌ها، بر گزینش خوراکی‌ها و رفتارهای خوردن، تأثیر می‌گذارند، و رفتارهای خوردن نیز، بر هیجان‌ها اثرگذارند (لویتان^۳ و دیویس، ۲۰۱۰). مچت^۴ (۲۰۰۸)، نشان داد که تنیدگی، می‌تواند موجب افزایش خوردن شود. او همچنین الگویی پنج‌راهه^۵ را برای تبیین تعامل هیجان‌ها با رفتارهای خوردن، پیشنهاد می‌دهد. بر پایه‌ی این الگو، تغییرات خوردن ناشی از هیجان، می‌تواند پیامد تداخل هیجان‌ها در خوردن، یا محصول جانبی هیجان‌ها، و یا پیامد فرآیند نظم‌جویی هیجان باشد.

گیبسون^۶ (۲۰۰۶) با پژوهش بر روی گذرگاه‌های مغزی و سطوح پیام‌رسان‌های عصبی، نشان داد که روان‌رنجورخویی، افسردگی و ملال پیش از قاعدگی، موجب افزایش گرایش افراد به خوردن خوراکی‌های چرب و شیرین می‌شوند. کسالت و احساس بی‌حوصلگی، مهم‌ترین علت خوردن هیجانی و پرخوری است (کوبال^۷ و همکاران، ۲۰۱۲).

8. Appelhans, B. M.
9. Torres, S. & Nowson, C.
10. emotional eating
11. Horchner, R.
12. Tuinebreijer, W.
13. Kelder, H.
14. Geliebter, A.
15. Aversa, A.

1. restrained eating behaviour
2. Davis, C.
3. Levitan, R. D.
4. Macht, M.
5. five-way model
6. Gibson, E. L.
7. Koball, A.

بر همین پایه، مداخلات را تنظیم نمایند. هدف اصلی مصاحبه‌ی انگیزشی این است که انگیزه‌ی درونی برای تغییر را افزایش دهد و انگیزه‌ی درونی، بیشتر از اهداف و ارزش‌های شخصی فرد سرچشمه می‌گیرد تا از منابعی مانند تلاش دیگران برای تشویق، فریب و اجبار فرد برای تغییر (آرکویتز^۷ و همکاران، ۱۳۸۹). مصاحبه‌ی انگیزشی، روشی مراجع‌محور و رهنمودی به‌منظور تقویت و افزایش انگیزه‌ی درونی برای تغییر، از راه کشف، شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی‌هاست (نویدیان و همکاران، ۱۳۸۹-آ).

در سال‌های اخیر، مصاحبه‌ی انگیزشی، برای بیماران دچار بیماری‌های مزمن، به کار گرفته شده است. بیشتر بیماران مزمن، نیازمند تغییرات رفتاری بسیار گسترده در سبک زندگی‌شان هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ نمایند. با این که متخصصان حوزه‌ی سلامت به این بیماران آموزش‌هایی در راستای تغییر رفتارهای زیان‌بارشان می‌دهند، اما الگوهای عملی اندکی وجود دارد که به مراجعان و متخصصان در راه ایجاد محیطی مناسب برای تغییر، کمک کند (نویدیان و همکاران، ۱۳۸۹-آ). با این که درمان‌های شناختی-رفتاری، در درمان اختلالات بالینی، موفق بوده‌اند، اما آنجا که سخن از تغییر سبک زندگی، و پایبندی به برنامه‌های درمانی درازمدت و همیشگی به میان می‌آید، درمان‌های معمول و از جمله درمان شناختی-رفتاری، پاسخ درمانی خوبی نمی‌دهند (رولنیک^۸، میلر و باتلر^۹، ۲۰۰۸).

از سوی دیگر، برای افراد دچار بیماری‌های مزمن، مشکلاتی مانند ترک زود هنگام درمان، پایبند نبودن به مصرف داروها و پیروی از رژیم‌های درمانی، کمبود مشارکت بیماران و آمادگی ناچیز ایشان برای تغییر، بازگشت دوباره‌ی مشکل یا اختلال، حضور

پژوهش‌ها، افراد دچار اضافه‌وزن و چاقی، سطح بالاتری از خوردن هیجانی را در مقایسه با افراد دارای وزن طبیعی، گزارش نموده‌اند.

اضطراب و چاقی، روی هم اثرگذار و با هم در ارتباطند. از یک سو، اضطراب، یک هیجان منفی است که در برخی افراد، ایجادکننده‌ی رفتار خوردن هیجانی است (دورتلند^۱ و همکاران، ۲۰۱۳؛ فاکس^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، افزایش وزن، موجب افزایش اضطراب می‌شود (گراندى^۳ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ودین^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، میزان بالاتر اضطراب در آغاز رژیم‌درمانی، با نتایج ضعیف‌تر در کاهش وزن، مرتبط است (شیپمن و پلسیت^۵، ۱۹۶۳).

چندین دهه است که مفهوم انگیزش، نقش بسیار مهمی در پژوهش‌های یادگیری ایفا کرده است، ولی به شکل حیرت‌آوری، کمترین اهمیت و موضوعیت را در زمینه‌ی روان‌درمانگری داشته است. میلر (۱۹۸۵) پژوهشی در زمینه‌ی ارتباط متغیرهای انگیزشی با اثربخشی درمان، انجام داد. مطالعه‌ی وی، اهمیت متغیرهای انگیزشی در درمان را کاملاً نمایان ساخت و راه را برای ایجاد و گسترش مصاحبه‌ی انگیزشی^۶، فراهم نمود. مصاحبه‌ی انگیزشی، بر پایه‌ی این پیش‌فرض عمل می‌کند که بسیاری از مراجعان در جست‌وجوی درمان، در باره‌ی تغییر، حالت دوسوگرایی دارند و میزان انگیزه‌شان در طول دوره‌ی درمان ممکن است کاهش یابد و دوباره افزایش پیدا کند. پس درمانگران باید خود را با این تغییرات هماهنگ نموده و به جای این‌که علیه آن کار کنند، در راستای آسان‌سازی حل دوسوگرایی، حرکت کنند و

7. Arkowitz, H.
8. Rollnick, S.
9. Butler, C. C.

1. Dordland, V. R.
2. Fox, C. K.
3. Grundy, A.
4. Wedin, S.
5. Shipman, W. G. & Plesset, M. R.
6. motivational interviewing

(آپوداکا^۱ و لانگاباوا^۲، ۲۰۰۹). مصاحبه‌ی انگیزشی می‌تواند به کاهش وزن زنان مبتلا به دیابت نوع ۲، بینجامد (وست^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین نویدیان و همکاران (۱۳۸۹-آ) و مصطفوی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش‌های خود نشان دادند که مصاحبه‌ی انگیزشی روی افراد چاق، به کاهش وزن بیشتر می‌انجامد.

از سوی دیگر، در سبب‌شناسی رفتار خوردن هیجانی و اختلال پرخوری مهارگسیخته^۴ بر نقش تکانش‌گری^۵، به عنوان یک ویژگی پایدار شخصیتی، تأکید شده است (سادوک^۶، سادوک و روئیز^۷، ۱۳۹۴). پژوهش‌های انجام شده بر روی کسانی که به گونه‌ای با رفتارهای اعتیادگونه، دست به گریبان بودند، نشان داد که در نظام پردازش شناختی این افراد، سامانه‌ی تکانه‌مدار تقویت شده، و سامانه‌ی اندیشه‌مدار تضعیف گردیده است (کوپتز^۸ و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج یادشده، برای افراد چاق یا دارای اضافه‌وزن نیز تأیید شده است (استیسی^۹ و وایرز^{۱۰}، ۲۰۱۰). لذا این واقعیت که وجود ویژگی شخصیتی تکانش‌گری، می‌تواند نتایج برآمده از این پژوهش را متأثر نماید، پژوهشگر را بر آن داشت که تکانش‌گری را به عنوان متغیر تعدیل‌کننده در نظر گرفته و اثر تعاملی آن بر مداخله‌ی درمانی را بررسی نماید.

این پژوهش از سه جنبه، دارای نوآوری است. نخست از این دیدگاه که پژوهش‌های پیشین، به بررسی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش وزن یا کاهش توده‌ی بدنی پرداخته‌اند، در حالی که این

نامرتب در جلسات درمانی، تعهد و انگیزه‌ی پایین برای پایدار نگه‌داشتن تغییرات، سطح بالای دوسوگرایی، مقاومت، ترس و نگرانی از تکنیک‌های درمانی، انجام ندادن تکالیف درمانی شناختی-رفتاری، و سطح پایین انتظار موفقیت، در برنامه‌های درمانی کنونی، بسیار بالاست، و روش‌های شناختی-رفتاری و شیوه‌های آموزش‌محور سنتی، در حل مشکلات بالا، چندان موفق نیستند (آرکوویتز و همکاران، ۱۳۸۹).

با توجه به مطالب پیش‌گفته، دلایل بسیاری برای جذابیت مصاحبه‌ی انگیزشی و تمایل بیشتر نسبت به آن در مقایسه با روش‌های سنتی و شیوه‌های معمول شناختی-رفتاری، وجود دارد. نخست این که، مشکل مهم و معمول در همه‌ی درمان‌ها، یعنی مقاومت در برابر تغییر را به‌طور مستقیم مطرح نموده و آن را برطرف می‌کند. دوم، روشی انعطاف‌پذیر است و می‌تواند به عنوان رویکردی مستقل، و یا در ترکیب و همراه با دیگر درمان‌ها، به کار گرفته شود. سوم، حجم بزرگی از شواهد پژوهشی وجود دارد که از کارآمدی و اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی در درمان اعتیاد و مشکلات مربوط به بهداشت و سلامت جسمی و روان‌شناختی، حمایت می‌کند. چهارم، پژوهش‌ها نشان داده است که مصاحبه‌ی انگیزشی، یادگیری‌پذیر است و در جلسات نسبتاً کمی، به اثرات درمانی معناداری می‌توان دست یافت (آرکوویتز و همکاران، ۱۳۸۹).

در زمینه‌ی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی در تغییر رفتارهای پرخطر برای بیماران مزمن، پژوهش‌های فراوانی انجام شده است. از جمله دهقانی فیروزآبادی و همکاران (۱۳۹۲)، اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر افزایش خودکارآمدی معتادان به مواد را نشان دادند. همچنین ثابت شده است که مصاحبه‌ی انگیزشی، درمانی مؤثر برای اختلالات سوء‌مصرف مواد است

1. Apodaca, T. R.
2. Longabaugh, R.
3. West, D. S.
4. binge eating disorder
5. impulsivity
6. Sadock, B. J.
7. Ruiz, P.
8. Köpetz, C. E.
9. Stacy, A. W.
10. Wiers, R. W.

انگیزشی را دریافت کرده، و افراد گروه کنترل، در فهرست انتظار قرار گرفتند. در طی فرآیند پژوهش، سه نفر از اعضای گروه آزمایش و دو نفر از گروه گواه، ریزش نمودند. بدین ترتیب، در هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه، ۱۰ نفر تا پایان پژوهش باقی ماندند. همچنین، در راستای پایبندی به اخلاق پژوهش، پس از پایان مداخله‌ی درمانی بر روی گروه آزمایش و گردآوری داده‌های مورد نیاز برای پژوهش، افراد گروه گواه نیز درمان مصاحبه‌ی انگیزشی را دریافت نمودند. معیارهای رعایت اصول اخلاق پژوهش مورد تایید شورای تحصیلات تکمیلی گروه روانشناسی قرار گرفت. همچنین از کلیه شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه اخذ شد.

معیارهای ورود به پژوهش، جنسیت زن، ابتلا به چاقی، داشتن رژیم غذایی، داشتن رفتارهای خوردن هیجانی، سن ۲۰ تا ۴۵ سال و حداقل سطح تحصیلات دیپلم، و معیارهای خروج از پژوهش، وابستگی به مواد، الکل، و داروهای روان‌پزشکی، باردار بودن، دچار بودن به اختلالات شدید و ناتوان‌کننده‌ی روان‌شناختی و بودن در فرآیند درمان با روان‌شناس دیگر، بود.

(۱) ترازوی دیجیتال و دستگاه سنجش قد: این دستگاه‌ها، در کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی، وجود داشت.

(۲) پرسشنامه‌ی رفتارهای خوردن داچ: این پرسشنامه‌ی خودسنجی دارای ۳۳ پرسش است که در سال ۱۹۸۶ به دست وکناشترین و همکاران، ساخته شد. پرسشنامه‌ی یادشده، دارای سه خرده‌مقیاس برای سنجش سبک‌های خوردن برونی^۱ (۱۰ پرسش)، هیجانی (۱۳ پرسش)، و بازداری‌شده^۲ (۱۰ پرسش) می‌باشد. این پرسشنامه از اعتبار بازآزمایی، همسانی

پژوهش، به بررسی کاهش رفتار خوردن پرداخته و کاهش وزن را ملاک قرار نداده است. دومین نوآوری این پژوهش، بررسی نقش متغیر تکانش‌گری، به عنوان متغیر تعدیل‌گر در اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر خوردن هیجانی است. همچنین، سومین نوآوری این پژوهش، بررسی تأثیر مستقیم مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش اضطراب است، زیرا با توجه به جستجوهای پژوهشگر تا لحظه‌ی انجام این پژوهش، تأثیر مستقیم مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش اضطراب در جمعیت افراد چاق، بررسی نشده بود.

با توجه به یافته‌های پیشین که نشانگر اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی و سبک زندگی هستند، و با عنایت به شیوع چاقی، به عنوان یک مشکل مزمن، ناتوان‌کننده و وابسته به سبک زندگی، در این پژوهش، تأثیر افزودن مصاحبه‌ی انگیزشی به برنامه‌ی رژیم‌درمانی، با توجه به نقش تعدیل‌گر تکانش‌گری، بر کاهش خوردن هیجانی و کاهش اضطراب افراد چاق، بررسی می‌شود.

روش

این پژوهش، از نوع کاربردی شبه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش شامل زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله‌ی مبتلا به چاقی بود که در پاییز ۱۳۹۵ به کلینیک‌های درمان چاقی و رژیم‌درمانی دکتر سبحانی، جویندگان سلامت و روشا، در شهر مشهد مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از میان این افراد، ۲۵ نفر بر اساس مصاحبه‌ی شرح حال، معیارهای ورود، و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۳ و ۱۲ نفری، به ترتیب برای تشکیل گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم شدند. افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش، مداخله‌ی مصاحبه‌ی

1. external eating
2. restrained eating

درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهشی که بک و همکاران بر روی ۱۶۰ بیمار انجام دادند، ثبات درونی ($\alpha=0/92$) و اعتبار آزمون - بازآزمون برابر با $0/75$ بدست آمد (بک، اپشتاین^۴، براون^۵ و استیر، ۱۹۸۸). در پژوهشی دیگر نیز داده‌های به دست آمده، کاربردپذیری، روایی و اعتبار این پرسشنامه را تأیید نمود (عثمان^۶ و همکاران، ۱۹۹۷). برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران، پژوهشی با عنوان ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه‌ی اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی، انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این پرسشنامه دارای روایی ($r=0/72$)، پایایی ($r=0/83$) و ثبات درونی مناسب ($\alpha=0/92$) می‌باشد (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷).

۴) مقیاس تکانش‌گری بارات: نخستین نسخه‌ی این آزمون در سال ۱۹۵۰ توسط ارنست بارات ساخته شده و از آن زمان به بعد، بارها مورد تجدید نظر قرار گرفته است که در پژوهش کنونی، از یازدهمین ویرایش آن استفاده می‌شود. این پرسشنامه همبستگی بالایی با پرسشنامه‌ی تکانش‌گری آیزنک دارد. این مقیاس، دارای ۳۰ آیتم است که در طیف لیکرت چهار درجه‌ای، نمره‌گذاری می‌شوند و ابعاد گوناگون تکانش‌گری، شامل تکانش‌گری شناختی، تکانش‌گری حرکتی، و تکانش‌گری بی‌برنامگی را می‌سنجند (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۳). پاتون^۷، استنفورد^۸ و بارات (۱۹۹۵) در پژوهش خود روی آخرین نسخه‌ی این مقیاس (BIS-11)، اعتبار و روایی آن را در همه‌ی نمونه‌ها، بالا گزارش نموده‌اند. اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) طی پژوهشی برای تعیین روایی و

درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸ تا ۰/۹۵) و روایی عاملی مناسب برخوردار است (ون‌اشتراین و همکاران، ۱۹۸۶). ون‌اشتراین و همکاران (۱۹۸۶) روایی پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی بررسی نمودند. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که همه‌ی پرسش‌های این پرسشنامه از بار عاملی بالای ۰/۴۵ برخوردارند. این پرسشنامه نخستین بار توسط صالحی فدردی به فارسی ترجمه، و در پژوهش‌ها به کار گرفته شد (صالحی فدردی و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهش‌های گوناگون، آلفای کرونباخ بالا (از $\alpha=0/82$ تا $\alpha=0/93$) را برای این پرسشنامه گزارش نموده‌اند (صالحی فدردی، مداح شورچه و نعمتی، ۱۳۹۰). همسانی درونی (آلفا) برای سه خرده‌مقیاس این پرسشنامه در ایران عبارت‌اند از: ۰/۹۱ برای خوردن بازداری‌شده، ۰/۹۵ برای خوردن هیجانی، و ۰/۸۵ برای خوردن برونی (کچویی، مرادی، کاظمی و قنبری، ۱۳۹۵). در این پژوهش، اعتبار پرسشنامه با روش روایی همزمان با مقیاس خوردن هیجانی^۱ (آرنو، کناردی و آگراس، ۱۹۹۵) بررسی شد. نتایج همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی ۰/۸۹ را میان زیرمقیاس خوردن هیجانی پرسشنامه‌ی رفتارهای خوردن داچ، با مقیاس خوردن هیجانی، نشان داد. این ضریب همبستگی، تاییدکننده‌ی اعتبار زیر مقیاس خوردن هیجانی پرسشنامه‌ی رفتارهای خوردن داچ است.

۳) پرسشنامه‌ی اضطراب بک: بک^۲ و همکارانش این پرسشنامه را که از ۲۱ آیتم تشکیل می‌شود و علائم شایع اضطراب را در برمی‌گیرد، در سال ۱۹۹۰ برای استفاده‌ی بالینگران منتشر نمودند (بک و استیر^۳، ۱۹۹۰). هر آیتم این پرسشنامه در یک مقیاس ۴

4. Epstein, N.
5. Brown, G.
6. Osman, A.
7. Patton, J. H.
8. Stanford, M. S.

1. Emotional Eating Scale
2. Beck, A. T.
3. Steer, R.

۵) پروتکل مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی فیلدز: این پروتکل، یک شیوه‌نامه‌ی استاندارد برای انجام مصاحبه‌ی انگیزشی به شیوه‌ی گروهی در پنج جلسه‌ی گروه‌درمانی است. عناوین این پنج جلسه عبارت است از: آشنایی، احساسات، سودها و زیان‌ها، ارزش‌ها، و چشم‌انداز (فیلدز، ۲۰۰۴)

پایایی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های تکانش‌گری آیزنک، بارات، دیکمن و زاگرن، ضریب آلفا را برای مقیاس تکانش‌گری بارات در افراد سالم، ۰/۸۳ و در مصرف‌کنندگان مواد، ۰/۸۴ گزارش نموده‌اند. ایشان در نتیجه‌گیری پایانی خود، مقیاس تکانش‌گری بارات را به عنوان یک پرسشنامه‌ی خوب برای سنجش ابعاد پدیده‌ی تکانش‌گری، معرفی کرده‌اند. اعظمی و همکاران (۱۳۹۳)، پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ برآورد نموده‌اند.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مداخله‌ی انگیزشی گروهی

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
نخست	آشنایی	جلسه‌ی آماده‌سازی مراجعان برای گروه درمانی مصاحبه‌ی انگیزشی است. در این راستا، مراجعان نخست با قوانین گروه آشنا می‌شوند. در ادامه، چشم‌اندازی از فرآیند گروه پیدا می‌کنند که شامل زمان بندی، مواد و کاربرگها، تمرین‌های هفتگی، و ... است. سطح انگیزه و اعتماد به نفس مراجعان ارزیابی می‌شود.
دوم	احساسات	در این جلسه، به مراجعان کمک داده می‌شود که از الزامات بیرونی برای تغییر، به سوی میل و انگیزه‌ی تغییر درونی حرکت کنند.
سوم	سودها و زیان‌ها	در این جلسه، بر دوسوگرایی مراجع، متمرکز می‌شویم و روی ((چیزهای خوب)) و ((چیزهای نه چندان خوب)) مرتبط با رفتارشان، بحث می‌کنیم.
چهارم	ارزش‌ها	در این جلسه، ارزش‌های مراجع بازشناسی شده و شفاف می‌گردند. با تأیید آن ارزش‌ها، انگیزه و تمایل درونی برای تغییر، پایه‌گذاری می‌شود. آگاهی مراجع از فاصله و تفاوت میان رفتارها و ارزش‌ها، افزایش می‌یابد. افزایش درک از مشکل و همچنین افزایش انگیزه‌ی درونی برای تغییر، دلایل شخصی و درونی مراجع برای تغییر را بیشتر می‌کند.
پنجم	چشم‌انداز/ ارزیابی پایانی	در این جلسه، سطح پایبندی، اعتماد به نفس و انگیزه‌ی مراجع برای تغییر، دوباره ارزیابی می‌شود. ایجاد چشم‌انداز، موجب برانگیختن قصد و نیت مراجع برای تغییر می‌شود و خوش‌بینی‌اش نسبت به امکان‌پذیر بودن تغییر را افزایش می‌دهد.

یافته‌ها

اند. پیش فرض دیگر مورد بررسی آزمون همگنی واریانس بود که از آزمون لون جهت بررسی استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد که هر دو متغیر اضطراب و خوردن هیجانی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیستند. این نتیجه نشان می‌دهد که فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است. پیش فرض اصلی تحلیل کوواریانس بررسی شیب رگرسیون است. همانطور که نتایج جدول ۳ و ۵ نیز نشان می‌دهد تعامل مداخله (گروه) با پیش آزمون‌ها معنادار نیست. بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است.

شرکت‌کنندگان این پژوهش، ۲۰ نفر از زنان چاق، با میانگین سنی ۳۲/۸۵ و انحراف استاندارد ۷/۲۵ و شاخص توده‌ی بدنی با میانگین ۳۴/۱۵ و انحراف استاندارد ۳/۸۱ بودند.

قبل از بررسی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که هر دو متغیر اضطراب و خوردن هیجانی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیستند. این نتیجه نشان می‌دهد که این دو متغیر دارای توزیع نرمال در جامعه مورد بررسی بوده

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر خوردن هیجانی در گروه‌های آزمایش و کنترل، و توصیف متغیر تکانش‌گری در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه آزمایش		گروه کنترل			
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
۴۴/۹۰	۱۲/۰۶	۴۵/۵۰	۱۲/۰۳	پیش آزمون	خوردن هیجانی
۳۲/۳۰	۱۰/۵۲	۴۳	۱۴/۸۴	پس آزمون	
۷۸/۷۵	۱۱/۸۷	۷۱/۶۰	۳/۵۷	گروه با تکانش‌گری بالا	تکانش‌گری
۶۰	۵/۰۲	۵۴/۲۰	۵/۴۵	گروه با تکانش‌گری پایین	
۶۷/۵۰	۱۲/۴۴	۶۲/۹	۱۰/۱۵	همه‌ی افراد گروه	

اطلاعات مربوط به متغیر تکانش‌گری نیز در این جدول آمده است.

در جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش خوردن هیجانی، و بررسی نقش تعدیل‌گر تکانش‌گری در این اثربخشی، آمده است.

در جدول ۲، نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان، در متغیر خوردن هیجانی، آورده شده است. همچنین از آنجا که برای بررسی نقش تعدیل‌گر متغیر تکانش‌گری، می‌بایست که آزمودنی‌ها به دو گروه دارای نمرات بالا و پایین در تکانش‌گری، تقسیم شوند و اثر مداخله بر این دو گروه بررسی شود،

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش خوردن هیجانی، و نقش تعدیل‌گر تکانش‌گری در آن اثربخشی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مداخله	۵۱۳/۵۸	۱	۵/۸۹	۰/۰۲۹	۰/۲۸۲
تکانش‌گری	۰/۴۱۴	۱	۰/۰۰۵	۰/۹۴	۰/۰۰۱
مداخله × تکانش‌گری	۱/۲۶	۱	۰/۰۱۵	۰/۹۰	۰/۰۰۱
مداخله × پیش‌آزمون خوردن هیجانی	۲۳۴/۲۴	۱	۳/۴۹	۰/۰۸	۰/۱۸
واریانس خطا	۱۳۰۶/۴۸	۱۵			
مجموع	۳۱۹۰۳	۲۰			

در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش و کنترل در نمره‌ی متغیر خوردن هیجانی، تفاوت معناداری وجود دارد. ($F_{(1,15)} = 5/89, p \leq 0/05$) پس نتیجه می‌شود که مداخله‌ی آزمایشی، موثر بوده است. برای این که مشخص شود این الگو در عمل چه اندازه موثر بوده است، از اندازه‌ی اثر استفاده می‌شود. با توجه به نتایج جدول، اندازه‌ی اثر در گروه آزمایش، ۰/۲۸ بوده است که این نتیجه به این معناست که ۲۸ درصد کاهش مشاهده شده در نمره‌ی خوردن هیجانی گروه آزمایش به علت مداخله‌ی

درمانی بوده است. همانطور که نتایج جدول نیز نشان می‌دهد، متغیر تکانش‌گری و تعامل مداخله با تکانش‌گری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این نتیجه نشان می‌دهد که با این مداخله‌ی درمانی، بین افراد با تکانش‌گری بالا و پایین، در اندازه‌ی خوردن هیجانی، تفاوت معناداری ایجاد نشده است. به دیگرسخن، افراد با تکانش‌گری‌های بالا و پایین، هر دو به یک اندازه از این مداخله‌ی درمانی سود برده‌اند. در جدول ۴، تغییرات نمره‌ی اضطراب شرکت‌کنندگان پژوهش، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، آمده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر اضطراب

اضطراب	گروه آزمایش	گروه کنترل
	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۲۱/۸۰	۱۲/۸۶
پس‌آزمون	۱۳/۳۰	۶/۲۱

مشاهده می‌شود که میانگین نمره‌ی اضطراب در گروه آزمایش، از ۲۱/۸۰ به ۱۳/۳۰ کاهش یافته است. برای بررسی معناداری این اندازه کاهش در نمره‌ی اضطراب، از آزمون تحلیل کوواریانس بهره می‌گیریم.

خلاصه نتیجه‌ی تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی در کاهش اضطراب افراد چاق، در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی در کاهش اضطراب

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مداخله × پیش آزمون اضطراب	۲۹/۳۹	۱	۱/۴۳	۰/۲۴	۰/۰۸
مداخله	۲۰۳/۲۲	۱	۶/۸۷	۰/۰۱۸	۰/۲۹
واریانس خطا	۵۰۲/۷۴	۱۷			
مجموع	۶۶۴۱	۲۰			

برابر جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب، تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(1,17)} = 6/87, p \leq 0/05$). پس نتیجه می‌شود که مداخله‌ی آزمایش، مؤثر بوده است.

همچنین با توجه به نتایج جدول، اندازه‌ی اثر در گروه آزمایش ۰/۲۹ بوده است، به این معنا که ۲۹ درصد از کاهش مشاهده شده در نمره‌ی اضطراب گروه آزمایش، به علت مداخله‌ی درمانی بوده است.

نتیجه‌گیری و بحث

آزمون فرضیه‌ی نخست نشان داد که مصاحبه‌ی انگیزشی، موجب کاهش رفتار خوردن هیجانی در افراد چاق می‌شود. اگر در یک چارچوب کلی‌تر، به معنای این نتیجه، در زمینه‌ی تغییر رفتارهای آسیب‌رسان وابسته به سبک زندگی و اصلاح عادات نامطلوب رفتاری بنگریم، این یافته، به‌طور کلی با یافته‌های دهقانی فیروزآبادی و همکاران (۱۳۹۲)، آپوداکا و لانگاباو (۲۰۰۹)، وست و همکاران (۲۰۰۷)، نویدیان و همکاران (۱۳۸۹-آ)، مصطفوی و همکاران (۱۳۹۴)، نویدیان و همکاران (۱۳۸۹-ب)،

رزنیکوف و همکاران (۲۰۰۱)، ریچاردز، کتلن و رن (۲۰۰۶)، هاردکسیل و همکاران (۲۰۱۳)، کاسین و همکاران (۲۰۰۸)، فراتحلیل کامینگز، کوپر و کاسی (۲۰۰۹؛ نقل از نویدیان و پورشریفی، ۱۳۹۰)، فراتحلیل دان، درو و ریوارا (۲۰۰۱)، فراتحلیل بیورک، آرکوویتز و منکولا (۲۰۰۳)، فراتحلیل بیورک و همکاران (۲۰۰۴)، فراتحلیل هتِما، استیل و میلر (۲۰۰۵)، فراتحلیل روبک، سندبک، لاریتز و کریستنسن (۲۰۰۵)، و فراتحلیل مارتینز و مک‌نیل (۲۰۰۹؛ نقل از نویدیان و پورشریفی، ۱۳۹۰)، که همگی از اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی در تغییر

رفتارهای پرخطر و رفتارهای آسیب‌زای وابسته به سبک زندگی خبر داده‌اند، همراستا است.

در تبیین این اثربخشی می‌توان به این حقیقت استناد کرد که در مصاحبه‌ی انگیزشی، فرد با دلایل خودش برای تغییر کردن، آشنا می‌شود و انگیزه‌های درونی‌اش برای تغییر عادت‌ها و رفتارهای پرخطر، بیدار می‌گردد. و از آنجا که در مصاحبه‌ی انگیزشی، با مقاومت مراجع نسبت به تغییر، مدارا می‌شود و به جای تلاش در راستای رهنموددهی برای تغییر رفتار، به حل و فصل دوسوگرایی مراجع پرداخته می‌شود، مقاومتی در وی برانگیخته نمی‌شود و با تمایلی درونی در راستای تغییر رفتارش گام برمی‌دارد.

دومین نتیجه‌ای که از آزمون این فرضیه به دست آمد، این بود که صفت تکانش‌گری، در اثربخشی مداخله‌ی مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش خوردن هیجانی در افراد چاق، نقش تعدیل‌گر ندارد.

در زمینه‌ی بررسی نقش تعدیل‌گر تکانش‌گری در اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر رفتارهای خوردن، هیچ پژوهشی یافت نشد. لذا این یک یافته‌ی تازه و دست اول است. تا کنون بر پایه‌ی پژوهش‌های فراوان، مانند پژوهش‌های بکر، وند و پرندونک و مولروس (۲۰۰۴)، الفاگ و موری (۲۰۰۸) و ایبتیر، لئتر، رزوال و چیشولم (۲۰۱۲)، مشخص شده است که صفت تکانش‌گری در آسیب‌شناسی سبک خوردن هیجانی نقش دارد. پژوهش حاضر به این یافته رسیده است که افراد، فارغ از میزان تکانش‌گری‌شان، به یک اندازه از مصاحبه‌ی انگیزشی بهره می‌برند، و مصاحبه‌ی انگیزشی، اثر درمانی یکسانی بر افراد با تکانش‌گری بالا و پایین دارد.

در تبیین این یافته می‌توان به ماهیت مصاحبه‌ی انگیزشی اشاره نمود. مصاحبه‌ی انگیزشی اساساً یک مداخله‌ی رفتاری متمرکز بر تغییر رفتار نیست و قصد آن، ایجاد تغییرات سریع رفتاری نیست، بلکه هدف مصاحبه‌ی انگیزشی، فعال کردن سرچشمه‌ی انگیزه‌های درونی مراجعان و حل دوسوگرایی و تعارض درونی ایشان نسبت به تغییر رفتار است. لذا می‌توان گفت که تغییر رفتاری که از مصاحبه‌ی انگیزشی حاصل می‌شود، با تغییر رفتاری که از مداخله‌های رفتاری حاصل می‌شود، متفاوت است. اندازه‌ی تغییر رفتار حاصل از مصاحبه‌ی انگیزشی، گرچه در مقایسه با اندازه‌ی تغییر رفتار حاصل از روش‌های شناختی - رفتاری کمتر است، اما از راهی گذر کرده و به دست آمده است که با صفات شخصیتی افراد، همخوان است و در تعارض با چارچوب شخصیتی آنها قرار نمی‌گیرد. از این روست که در تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش رفتار خوردن هیجانی، صفت تکانش‌گری افراد، به عنوان یک مانع یا عامل مزاحم، وارد نمی‌شود.

آزمون دومین فرضیه‌ی پژوهش نشان داد که مصاحبه‌ی انگیزشی، موجب کاهش اضطراب در افراد چاق می‌شود. در جستجو میان پژوهش‌های داخلی و خارجی، در زمینه‌ی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش اضطراب، تنها یک پژوهش داخلی، یعنی پژوهش اقبالی، بختیاری و ارجمند (۱۳۹۵) یافت شد که اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش اضطراب معنادان تحت درمان را نشان می‌دهد. لذا یافته‌ی این فرضیه، با یافته‌ی اقبالی، بختیاری و ارجمند (۱۳۹۵)، هم‌سو است.

در تبیین این یافته، می‌توان به چند عامل مؤثر اشاره نمود. نخست این که مصاحبه‌ی انگیزشی، اساساً با

نتایج حاصل از بررسی فرضیه‌های این پژوهش، از اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی در کاهش رفتار خوردن هیجانی، به عنوان مرحله‌ای از مراحل درمان متمرکز بر تغییر سبک زندگی افراد چاق، حمایت می‌کند. همچنین نشان می‌دهد که مصاحبه‌ی انگیزشی می‌تواند با ایجاد فضای همدلی و پذیرش، حل دوسوگرایی، و ایجاد امید به تغییر، سطح اضطراب در افراد چاق را کاهش دهد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که نمونه‌ی این پژوهش، تنها از میان افراد چاقی که برای کاهش وزن‌شان به کلینیک‌های درمان چاقی مراجعه کرده بودند، برگزیده شد. لذا در تعمیم دادن یافته‌های این پژوهش به همه‌ی افراد چاق، باید جانب احتیاط را رعایت نمود. محدودیت دیگر، مربوط به ابزار پژوهش است. این پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی انجام شده است. لذا امکان سوگیری‌های فردی در پاسخ‌دهی به پرسش‌ها و یا برداشت‌های نادرست افراد از آن‌ها وجود داشته است. همچنین تعداد افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، ۲۰ نفر بوده‌اند. نتیجه‌ای که از این نمونه‌ی کوچک به دست آمده است، ممکن است با احتمال خطاهای روش‌شناختی ناشی از کوچک بودن حجم نمونه، همراه باشد. به علاوه، در این پژوهش، اضطراب شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه گرفته شد، اما امکان کنترل همه‌ی عوامل احتمالی مؤثر بر تغییر سطح اضطراب افراد در طول دوره‌ی مداخله‌ی درمانی وجود نداشت. لذا در زمینه‌ی تفسیر اثر مداخله بر کاهش اضطراب،

حل دوسوگرایی مراجع در باره‌ی تغییر، انگیزه‌ی تغییر را در وی افزایش می‌دهد. از سوی دیگر می‌دانیم که دوسوگرایی و تعارض، منبع اضطراب است. یعنی بخشی از اضطراب مراجعانی که درگیر مشکلات مزمن سلامتی هستند، به دوسوگرایی آنان نسبت به تغییر رفتار برمی‌گردد. پس می‌توان نتیجه گرفت که مصاحبه‌ی انگیزشی، با حرکت به سوی حل دوسوگرایی در مراجع، اضطراب او را کاهش می‌دهد.

عامل دیگری که در اثرگذاری مصاحبه‌ی انگیزشی در کاهش اضطراب مؤثر است، سبک همدلانه و انسان‌گرایانه‌ی همراه با پذیرش مراجع، در مصاحبه‌ی انگیزشی است. این که فرد، در یک ارتباط انسانی همراه با همدلی و پذیرش قرار گیرد، می‌تواند در کاهش اضطراب وی مؤثر باشد.

سومین عاملی که به نظر می‌رسد در اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش اضطراب، نقش مهم و بزرگی داشته باشد، ((کسب امید به امکان تغییر)) است. بیشتر افرادی که درگیر مشکلات مزمن سلامتی، مانند اعتیاد و چاقی هستند، بارها و بارها در پی تغییر رفتار خود برآمده و شکست خورده‌اند و از این رو، امید به امکان تغییر پایدار رفتار در آنان به شدت کاهش یافته است. ایشان معمولاً خود را محکوم به تحمل درد و رنج آن شرایط ناخوشایند می‌بینند و روزنه‌ی امیدی در چشم‌اندازشان نیست. مصاحبه‌ی انگیزشی، شیوه‌ای است که بطور ویژه، امید به تغییر رفتار و امکان‌پذیری تغییر را در چشم‌انداز مراجعان قرار می‌دهد و امکان تغییر را از یک آرزوی دست‌نیافتنی به یک هدف دسترس‌پذیر تبدیل می‌نماید، و از این رهگذر، به کاهش اضطراب مراجعان کمک می‌نماید.

پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آینده، پژوهش‌ها را روی نمونه‌های بزرگتر و با پیگیری چندماهه‌ی نتایج درمانی، انجام دهند. از سوی دیگر، به پزشکان و روان‌شناسانی که در حوزه‌ی درمان چاقی کار می‌کنند پیشنهاد می‌شود که چند جلسه مصاحبه‌ی انگیزشی را در کنار برنامه‌ی رژیم غذایی و تمرین‌های ورزشی برای مراجعان‌شان در دستور کار قرار دهند، و به افراد چاق جویای درمان پیشنهاد می‌شود که شرکت در مشاوره‌های انگیزشی را در کنار رژیم غذایی و ورزش، بطور جدی دنبال نمایند.

منابع

آرکوویتز، اچ؛ وسترا، اچ؛ آ؛ میلر، وی آر؛ رولنیک، اس. (۱۳۸۹). *مصاحبه‌ی انگیزشی در درمان مشکلات روان‌شناختی*. ترجمه‌ی ع، نویدیان؛ م، عابدی؛ ن، بخشانی؛ ح، پورشریفی. چاپ اول، مشهد: سخن‌گستر. (۲۰۰۸).

اختیاری، ح؛ صفایی، ه؛ اسماعیلی جاوید، غ؛ عاطف وحید، م؛ عدالتی، ه و مکرری، آ. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسش‌نامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاکرمن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانش‌گری. *مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۵۴، ۳۲۶-۳۳۶.

اعظمی، ی؛ سهرابی، ف؛ برجعلی، الف و چوپان، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانش‌گری در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصل‌نامه‌ی اعتیادپژوهی*، ۸، ۳۰، ۱۲۷-۱۴۱.

می‌بایست محتاط بود. از سوی دیگر، در آغاز تصمیم بر این بود که پژوهش بر روی هر دو جنس انجام پذیرد، اما تنها زنان برای شرکت در پژوهش داوطلب شدند. لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به مردان، رعایت احتیاط لازم است.

از آنجا که بسیاری از پژوهش‌های مربوط به چاقی، و از جمله این پژوهش، بر روی زنان انجام شده است، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی بر روی مردان و یا گروه‌هایی شامل هر دو جنس انجام پذیرد.

اقبالی، ح؛ بختیاری، ا و ارجمند، س. (۱۳۹۵). اثربخشی مصاحبه انگیزشی گروهی بر اضطراب، افسردگی، خودکارآمدی، دوز متادون و پیشگیری از عود در درمان متادون. *نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی)*، تهران، دبیرخانه کنگره بین‌المللی روان

درمانی- [http://www.civilica.com/Paper-](http://www.civilica.com/Paper-PSYCONGRESS09-SYCONGRESS09_035.html)

PSYCONGRESS09-SYCONGRESS09_035.html

بقایی، م. (۱۳۸۷). *تحلیلی آماری در باره‌ی بحران چاقی در ایران. ماهنامه‌ی علمی- اجتماعی دارو و درمان*، ۵۹، ۳۶-۳۷.

دهقانی فیروزآبادی، س؛ قاسمی، ح؛ صفری، س؛ ابراهیمی، ع؛ اعتمادی، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی جلسات گروهی مصاحبه‌ی انگیزشی بر ارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد. *فصل‌نامه‌ی اعتیادپژوهی*، ۲۶، ۱۴۵-۱۵۸.

رنجبر نوشری، ف؛ بشرپور، س؛ حاجلو، ن؛ نریمانی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله‌ی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودمهارگری، سبک‌های خوردن و شاخص توده‌ی بدنی در زنان دارای اضافه‌وزن. *فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۲۴ (۶)، ۸۷-۱۰۵.

سادوک، بی جی؛ سادوک، وی ای. و روئیز، پی. (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک بر اساس *DSM-5* ترجمه مهدی گنجی. جلد دوم. تهران: ساوالان (۲۰۱۵).

صادقی، خ؛ غرابی، ب؛ فتی، ل و مظهری، ض. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در درمان مبتلایان به چاقی. *مجله‌ی روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲، ۱۰۷-۱۱۷.

صالحی فدردی، ج؛ مداح شورچه، ر؛ نعمتی، م. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی ساختار انگیزشی و سبک‌های خوردن در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی و دارای وزن طبیعی. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۲، ۱۷۰-۱۸۱.

صالحی فدردی، ج؛ مقدس‌زاده‌ی بزاز، م؛ امین‌یزدی، الف و نعمتی، م. (۱۳۹۲). بررسی سوگیری توجه، سبک‌های خوردن، و نمایه‌ی توده‌ی بدنی، در افراد رژیم‌گیرنده و عادی. *مجله‌ی روان‌شناسی بالینی*، ۱۷، ۵۷-۶۷.

علی‌بخشی، س ز؛ علی‌پور، ا؛ فرزاد، و؛ علی‌اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای افسردگی در رابطه بین دل‌بستگی و سبک فرزندپروری با چاقی و اضافه‌وزن دختران نوجوان. *فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۱۳ (۴)، ۴۱-۵۲.

کاوایانی، ح و موسوی، الف. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶، ۱۳۶-۱۴۰.

کچویی، م؛ مرادی، ع؛ کاظمی، آ. س و قنبری، ز. (۱۳۹۵). نقش متمایزکننده‌ی تنظیم هیجان و تکانش‌گری در انواع مختلف الگوهای خوردن ناسالم. *دوماه‌نامه‌ی فیض*، ۲۰ (۴): ۳۸۳-۳۹۰.

مصطفوی، ف؛ میرکریمی، ک؛ اوزونی دوجی، ر؛ وکیلی، م؛ عشقی‌نیا، س. (۱۳۹۴). اثر مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش وزن. *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۵۵، ۱۱-۱۷.

موسویان، ن؛ مرادی، ع؛ میرزایی، ج؛ شیدفر، ف؛ محمودی کهریز، ب؛ طاهری، ف. (۱۳۸۹). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر کاهش چاقی. *اندیشه و رفتار*، ۴، ۴۹-۵۸.

نویدیان، ع؛ عابدی، م؛ باغبان، الف؛ فاتحی‌زاده، م؛ پورشریفی، ح؛ هاشمی دهکردی، م. (۱۳۸۹-آ). تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر کاهش وزن افراد چاق یا دارای اضافه‌وزن. *مجله‌ی علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۲، ۴۵-۵۲.

نویدیان، ع؛ عابدی، م؛ باغبان، الف؛ فاتحی‌زاده، م؛ پورشریفی، ح. (۱۳۸۹-ب). تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در مردان با مشکل اضافه‌وزن و چاقی. *مجله‌ی علوم رفتاری*، ۲، ۱۴۹-۱۵۴.

- نوردیان، ع و پورشریفی، ح. (۱۳۹۰). مصاحبه‌ی انگیزشی: راهنمای عملی مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی. مشهد: سخن گستر.
- نوریان، ل؛ آقایی، الف؛ و قربانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خوردن هیجانی در زنان چاق. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۶۰، ۱۵-۲۳.
- Arnou, B.; Kenardy, J & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (1): 79 – 90.
- Apodaca, T. R. & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 104, 705–715.
- 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.
- Beck, A.; Epstein, N.; Brown, G. & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 893-897.
- Beck, A. T. & Steer R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Bekker, M. H. J.; Van de Meerendonk, C. & Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self – perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 461 – 469.
- Burke, B. L.; Arkowiz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843–861.
- Burke, B. L.; Dunn, C. W.; Atkinz, D. C. & Phelps, J. S. (2004). The emerging evidence base for motivational interviewing: a meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18(4): 309-322.
- Cassin, S. E.; Von Ranson, K. M.; Heng, K.; Brar, J. & Wojtowicz, A. E. (2008). Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3):417-425.
- 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.
- Dortland, V. R; Arianne, K. B.; Giltay, E. J.; Tineke, V.; Zitman, F. G.; Penninx, B. (2013). Longitudinal Relationship of Depressive and Anxiety Symptoms With Dyslipidemia and Abdominal Obesity. *Psychosomatic Medicine*, 75, 83-89.
- Dunn, C.; Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96(12): 1725 – 1742.
- Ebneter, D. ;Latner, J. ;Rosewall, J. & Chisholm, A. (2012). Impulsivity in restrained eaters: emotional and external eating are associated with attentional and motor impulsivity. *Eating and Weight Disorders*, 17(1): e62-65.
- Elfhag, K. & Morey, L. C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external

- eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9 (3): 285 – 293.
- Fields, A. (2004). *Curriculum-Based Motivational Group*. Washington: Hollifield Associates.
- Fox, C. K.; Gross, A. C.; Rudser, K. D.; Foy, A. M. H. & Kelly, A. S. (2016). *Depression, Anxiety, and Severity of Obesity in Adolescents*. *Clinical Pediatrics*, 12, 1120-1125.
- 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.
- Grundy, A.; Cotterchio, M.; Kirsh, V. A. & Kreiger, N. (2014). Associations between Anxiety, Depression, Antidepressant Medication, Obesity and Weight Gain among Canadian Women. *PLOS ONE*, 9(6), e99780.
- Hardcastle, S. J.; Taylor, A. H.; Bailey, M. P.; Harley, R. A. & Hagger, M. S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 40-55.
- Hettema, J.; Steele, J. & Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- 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.
- 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.
- Köpetz, C. E.; Lejuez, C. W.; Wiers, R. W. & Kruglanski, A. W. (2013). Motivation and Self-Regulation in Addiction: A Call for Convergence. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 3-24.
- Leviton, R. D. & Davis, C. (2010). Emotions and eating behavior: Implications for the current obesity epidemic. *University of Toronto Quarterly*, 79(2), 783-799.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating. A five way model. *Appetite*, 50(1), 1–11.
- Nammi, S.; Koka, S.; Chinnala, K. M. & Boini, K. M. (2004). Obesity: an overview on its current perspectives and treatment options. *Nutrition Journal*, 3 (1): 3 – 10.
- Osman, A.; Kopper, B.; Barrios, F.; Osman, J. & Wade, T. (1997). The beck anxiety inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 1, 7-14.
- Patton, J. H.; Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6): 768-774.
- Resnicow, K.; Jackson, A.; Wang, T.; De, A. K.; McCarty, F.; Dudley, W. N. & Baranowski, T. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health*, 91(10):1686-1693.

- Richards, A.; Kattelman, K. K. & Ren, C. (2006). Motivating 18- to 24-year-olds to increase their fruit and vegetable consumption. *Journal of American Diet Association*, 106(9):1405-1411.
- Rollnick, S.; Miller, W. R. & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. New York: Guilford.
- Rubak, S.; Sandbaek, A; Lauritzen, T & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Shipman, W. G. & Plesset, M. R. (1963). Anxiety and Depression in Obese Dieters. *Archive of General Psychiatry*, 8(6): 530-535.
- Stacy, A. W. & Wiers, R. W. (2010). Implicit Cognition and Addiction: A Tool for Explaining Paradoxical Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 551-575.
- Torres, S. & Nowson, C. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23, 887-894.
- Van Strien, T.; Frijters, J. E. R.; Bergers, G. P. A. & 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.
- Wedin, S.; Byrne, K.; Morgan, K.; LePage, M.; Goldman, R.; Crowley, N.; Galloway, S. & Borckardt, J. J. (2012). Presurgical Weight Is Associated with Pain, Functional Impairment, and Anxiety among Gastric Bypass Surgery Patients. *Pain Research and Treatment*, 41, 74-78.
- West, D. S.; DiLillo, V.; Bursac, Z.; Gore, S. A.; Green, P. G. (2007). Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1081 – 1087.