



The Effectiveness of Motivational Interviewing on Adherence to Treatment and Quality of Life in Individuals with Binge Eating Disorder and Depression

Elnaz Sadeghi Chookami¹ , Abbas Abolghasemi² , Seyed Mousa Kafi²

1. MSc of General Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Guilan University, Rasht, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Gilan University, Rasht, Iran

Corresponding Author: Abbas Abolghasemi

E-mail: abasabolghasemi@gmail.com

Received: 24 December 2024

Revised: 23 February 2025

Accepted: 03 March 2025

Citation: Sadeghi Chookami, E., Abolghasemi, A. and Kafi, S. M. (2025). The Effectiveness of Motivational Interviewing on Adherence to Treatment and Quality of Life in Individuals with Binge Eating Disorder and Depression. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(78), 160-172. doi: [10.22034/jmpr.2025.64838.6566](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.64838.6566)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Treatment adherence and quality of life are two essential factors in enhancing the mental and physical health of individuals with psychological disorders. Research indicates that non-adherence to treatment can exacerbate symptoms and diminish overall well-being. Binge eating, particularly when coexisting with depression, presents a complex challenge, affecting both psychological and physiological health. Studies have demonstrated that binge eating can serve as a self-soothing mechanism for depressive symptoms, yet it may also lead to feelings of guilt, shame, and self-disgust. The interplay between depression and binge eating remains significant; some researchers attribute binge eating to disturbances in emotional regulation, where individuals misinterpret negative emotions as hunger rather than expressing them appropriately. Furthermore, binge eating disorder not only impacts physical health but also undermines overall quality of life, influencing physiological, psychological, and functional domains. Reduced treatment adherence among individuals with binge eating disorder poses a serious issue, resulting in increased healthcare costs, wasted economic and social resources, and lower treatment efficacy.

Recent findings suggest that traditional approaches to binge eating treatment, despite being costly and demanding, yield only moderate success rates. Failure in these treatments can negatively impact self-esteem and self-efficacy, discouraging patients from pursuing recovery. In response, motivational interviewing has emerged as an effective intervention aimed at enhancing individuals' motivation for behavior change and dietary adjustment. This technique employs strategies such as reflection, open-ended questions, empathy, affirmation of self-efficacy, and structured behavioral change plans to help individuals reduce binge eating tendencies.

Given the rising global application of motivational interviewing in treating addictive behaviors—including excessive eating—studies indicate a significant gap in related domestic research. Furthermore, increasing prevalence rates of binge eating disorder and its comorbidity with depression in Iran highlight the urgent need for psychological

interventions tailored to these individuals. This study aims to investigate the impact of motivational interviewing on improving treatment adherence and quality of life in individuals with binge eating disorder and depression.

Method: This study employs a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest structure to examine the effects of motivational interviewing. The research population consisted of individuals who sought treatment at the Nutrition Clinic of Basat, Rasht, in 2021. Among them, 20 participants were selected through purposive sampling based on the diagnosis of a nutritionist and DSM-5 diagnostic interviews for eating disorders and depression, supplemented by the Beck Depression Inventory. Inclusion criteria included meeting DSM-5 diagnostic criteria for both binge eating disorder and depression, being between the ages of 25 and 50, and providing informed consent. Exclusion criteria involved incomplete questionnaire responses, comorbidity with other eating disorders or medical conditions affecting appetite, receiving current pharmacological or psychological treatment, or missing more than two therapy sessions. Initially, 23 individuals met the criteria, but 3 were excluded during the course of the study, leaving a final sample of 20 participants (13 women and 7 men).

For assessment, the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ; Van Strien et al., 1996), the Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), the Adherence to Treatment Modanlou Scale (ATMS; Modanlou, 2013), the Quality of life of the World Health Organization - short form (1996), and structured DSM-5 interviews were used. The intervention consisted of six weekly one-hour individual therapy sessions conducted online via WhatsApp between April 24 and June 10, 2021.

Post-tests were administered immediately after the final session, and a two-month follow-up assessment was conducted. Data were analyzed using repeated measures ANOVA to evaluate the effectiveness of motivational interviewing on treatment adherence and quality of life.

Results: To assess the effectiveness of the intervention, repeated measures ANOVA was employed. The findings of this study demonstrate that motivational interviewing resulted in meaningful psychological and behavioral changes. Participants showed notable improvements in binge eating symptoms, depression, treatment adherence, and quality of life from pre-test to post-test and follow-up. The intervention leveraged intrinsic motivation, goal clarification, and self-efficacy enhancement to encourage lasting behavioral transformation. Effect sizes were particularly high in domains such as emotional eating, depression, and psychological well-being, suggesting strong intervention impact. Treatment adherence also improved significantly across multiple subscales, such as treatment engagement, integration with life, and willingness to participate. These improvements reinforce the value of a motivational approach, especially when traditional behavioral methods may face resistance or dropout. However, limited changes in dimensions like commitment to treatment and treatment implementation strategy may reflect individual variability or structural limitations in the intervention design. Table 1 summarizes the core statistical results for each variable assessed.

Table 1. Descriptive Results of Pre-Test, Post-Test, and Follow-Up for Bulimia Nervosa, Depression, the Components of Treatment Adherence and Quality of Life

Variable	F	p	η^2	Power
Depression	372.79	0.001	0.95	1.0
Emotional Eating	75.63	0.001	0.79	1.0
Restrained Eating	9.04	0.007	0.32	0.81
External Eating	88.83	0.001	0.82	1.0
Total Eating	107.17	0.001	0.84	1.0
Treatment Engagement	18.19	0.001	0.48	0.98
Willingness to Participate	23.71	0.026	0.55	0.99
Adaptability	10.65	0.004	0.35	0.87
Integration with Life	21.87	0.001	0.53	0.99
Treatment Adherence	21.96	0.001	0.53	0.99
Commitment to Treatment	0.5	0.488	0.26	0.1
Implementation Strategy	0.32	0.577	0.17	0.84
Total Adherence	66.09	0.001	0.77	1.0
Physical Health	36.59	0.001	0.65	1.0
Psychological Health	127.7	0.001	0.87	1.0
Social Relationships	4.18	0.055	0.18	0.5
Environmental Health	25.48	0.001	0.57	0.99
Total Quality of Life	38.43	0.001	0.66	1.0

The table shows that motivational interviewing significantly improved various psychological and behavioral outcomes. Strong effect sizes in variables such as depression, emotional eating, and psychological quality of life highlight the robustness of the intervention. Subscales within treatment adherence, particularly engagement and integration, were among the most responsive dimensions. In contrast, minimal changes in commitment or implementation strategies suggest possible limitations in personal readiness or external factors. High statistical power across several variables, including depression and external eating, indicates the sample size and intervention strength were sufficient to detect meaningful differences. Overall, the table supports the conclusion that motivational interviewing is a structured, brief, and effective therapeutic strategy for addressing binge eating disorder co-occurring with depression. It offers a promising addition to treatment programs aiming to enhance adherence and psychological well-being in affected individuals.

Discussion: The findings from this study demonstrated that motivational interviewing significantly enhances treatment adherence and quality of life among individuals with binge eating disorder and depression. These effects appear to be facilitated through mechanisms such as boosting self-efficacy, increasing motivation, reducing resistance to treatment, and regulating maladaptive eating behaviors. Motivational interviewing provided a framework for participants to connect with their intrinsic motivations, enabling them to address emotional eating and depressive symptoms more effectively.

One of the most persistent challenges in managing binge eating disorder is low adherence to treatment protocols, often due to prior treatment failures or discouragement. This study confirms that motivational interviewing improves commitment to treatment by reducing ambivalence, evaluating behavioral costs and benefits, aligning behavior with personal values, and empowering patients psychologically. These results support previous research by Richards et al. (2021) and Hildebrandt et al. (2017), who found similar improvements in treatment compliance and reduced resistance through motivational approaches.

In terms of quality of life, individuals with binge eating disorder often suffer from psychological distress, physical health complications, and impaired social relationships. The study found that motivational interviewing reduced reliance on maladaptive coping strategies such as binge eating, leading to measurable improvements in emotional regulation and social and physical well-being. These findings are consistent with those of Sphir et al. (2019), Bedrasawi & Zidan (2019), and Agh et al. (2015), all of whom emphasized the negative impact of binge eating on quality of life and the need for comprehensive treatment.

Despite these promising results, the study has several limitations. The use of a single-group design limited the ability to compare intervention effects across genders or with a control group. Furthermore, the relatively short follow-up period did not allow assessment of long-term behavioral change. Future studies should explore gender differences, assess long-term effects of motivational interviewing, examine its impact on related psychological variables like anxiety and self-esteem, and evaluate its integration with cognitive-behavioral therapy for optimized outcomes.

In conclusion, this study highlights motivational interviewing as a promising psychological intervention for individuals with binge eating disorder and comorbid depression. By reducing resistance to treatment and enhancing emotional and behavioral regulation, motivational interviewing offers a viable path to improved treatment adherence and better quality of life.

KEYWORDS

adherence to treatment, binge eating, depression, motivational interview, quality of life





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرخوری دارای افسردگی

الناز صادقی چوکامی^۱ , عباس ابوالقاسمی^۲  , سید موسی کافی^۲ 

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نویسنده مسئول: عباس ابوالقاسمی

رایانامه: abasabolghasemi@gmail.com

استناددهی: صادقی چوکامی، الناز، ابوالقاسمی، عباس و کافی، سید موسی.

(۱۴۰۴). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در افراد

مبتلا به پرخوری دارای افسردگی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی،

۲۰ (۷۸)، ۱۶۰-۱۷۲. doi: [10.22034/jmpr.2025.64838.6566](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.64838.6566)

تاریخ دریافت: ۰۴ دی ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۰۵ اسفند ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳ اسفند ۱۴۰۳

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

امروزه اختلال پرخوری عصبی یکی از معضلات بهداشت و سلامت و عامل خطر برای بسیاری از بیماری‌ها است. پرخوری عصبی نه تنها از نظر سلامتی و تأثیرات منفی آن در بعد جسمی اهمیت دارد بلکه از لحاظ روانی، اقتصادی و اجتماعی و صرف هزینه‌های پزشکی نیز قابل توجه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرخوری دارای افسردگی بود. روش پژوهش از نوع نیمه تجربی است که در آن از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به بخش تغذیه و رژیم‌درمانی کلینیک بحث شهر رشت، در سال ۱۴۰۰ بود که ۲۰ نفر شرکت‌کننده بر اساس تشخیص متخصص تغذیه و مصاحبه تشخیصی مبتنی DSM-5 برای اختلالات خوردن به صورت هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کننده‌ها به مدت ۶ جلسه درمان مصاحبه انگیزشی دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس رفتار خوردن داچ (ون استرین، فریجترز، برگرز و دفارس، ۱۹۹۶)، افسردگی (بک، ۱۹۹۶)، تبعیت درمان (مدانلو، ۱۳۹۲) و مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مداخله مصاحبه انگیزشی موجب افزایش مؤلفه‌ها می‌شود به طوری که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در تبعیت از درمان و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود داشت که این تغییر در مرحله پس‌آزمون از پیش‌آزمون و پیگیری بیشتر بود ($P < 0/005$). بنابراین با توجه به تأثیر مصاحبه انگیزشی از این روش می‌توان به عنوان یک مداخله درمانی جایگزین و مکمل در کنار سایر روش‌ها استفاده کرد. یافته‌ها نشان دادند مصاحبه انگیزشی منجر به افزایش تبعیت از درمان و بهبود کیفیت زندگی در افراد تحت درمان خواهد شد.

افسردگی، پرخوری، تبعیت از درمان، کیفیت زندگی، مصاحبه انگیزشی



مقدمه

تحقیقات بر وجود نقص در تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به پرخوری تأکید کرده‌اند (بوترا و همکاران^{۲۰۲۰}؛ هاتسون، بالودیس و پوتنزا^{۱۲}، ۲۰۱۸).

عدم تبعیت بیمار می‌تواند تهدیدی گسترده برای سلامتی فرد و جامعه باشد و منجر به هدر رفتن انرژی اقتصادی و اجتماعی جامعه شود. در برخی شرایط (بیش از ۴۰ درصد بیماران) با سوءتفاهم، فراموشی و بی‌توجهی به توصیه‌های مراقبت‌های بهداشتی خطرات قابل توجهی را تحمل می‌کنند (اوسیکا، کوته و ریکاردلی^{۱۳}، ۲۰۱۵) که عدم توجه به آن می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری به وجود آورد. از سوی دیگر منطقی است که اختلالات خلقی مانند اضطراب و افسردگی که تمرکز شناختی، انرژی و انگیزه فرد را کاهش می‌دهد، بر تمایل و توانایی بیماران برای تبعیت از درمان^{۱۴} اثرگذار باشد (نیارکو، رابرتز و ناتون^{۱۵}، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر شواهد حاکی از آن است که پرخوری منجر به بروز مشکلاتی در سلامتی افراد (چاقی، بیماری‌های قلبی و گوارشی و غیره) و به‌طور کلی، کیفیت پایین زندگی در ابعاد مختلفی مانند جنبه‌های فیزیولوژیکی، روانی و عملکردی افراد می‌شود (بدراساوی و زیدان، ۲۰۱۹). نیز تأیید کرده‌اند که پرخوری یک اختلال جدی است که کیفیت زندگی^{۱۶} فرد را مختل کرده و منجر به افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های درمانی می‌شود. کیفیت زندگی به چگونگی درک مردم از سلامتی و بیماری و به‌طور کلی شامل ارزیابی شناختی افراد از شرایط زندگی می‌شود (اسفیر و همکاران، ۲۰۱۹). سازمان جهانی بهداشت^{۱۷} نیز از آن به‌عنوان درک افراد از شرایط زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای انتظارات، اهداف، استانداردها و علایق فرد یاد می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). شواهد حاکی است که اختلالات خوردن مسئول کاهش کیفیت زندگی هستند و افراد دارای پرخوری در کیفیت زندگی خود دارای نقص قابل توجهی هستند (اوسیکا و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین مطالعه فاکنبریج^{۱۸} و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که پرخوری باعث افزایش خطر افسردگی و کیفیت پایین زندگی می‌شود. افسردگی نیز تا حدی ارتباط بین اختلال پرخوری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را واسطه‌گری می‌کند (هاولز و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۴).

علاوه بر این موانع مرتبط با تبعیت از درمان باعث کاهش مدت‌زمان اثربخشی درمان‌های مورد استفاده می‌شود که این امر خود منجر به کاهش انگیزه و پیگیری درمان می‌شود. روش‌های فعلی برای درمان و تبعیت از درمان اختلالات تغذیه تنها به‌طور متوسط مؤثر هستند و ۳۰ تا ۵۰ درصد افراد در پایان درمان از پرخوری کامل پرهیز می‌کنند. درنهایت، درمان‌های متمرکز بر کاهش میزان مصرف غذا، اغلب گران‌قیمت هستند و نیازمند

تبعیت از درمان و کیفیت زندگی دو مفهوم اساسی و مهم در ارتقاء سلامت روانی و جسمی افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی هستند. عدم تبعیت از درمان می‌تواند بر بهبود وضعیت فرد تأثیر منفی بگذارد و کیفیت زندگی را کاهش دهد. افراد مبتلا به پرخوری و افسردگی به دلیل شرایط پیچیده و چالش‌های مربوط به این اختلالات اغلب با مشکلات زیادی روبه‌رو هستند (آق^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). پرخوری به این علت که تا حدی در تمام اختلالات خوردن از جمله کم‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی وجود دارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و سبب‌شناسی پیچیده‌ای دارد (لی، راسل، و دلوسیا^۲، ۲۰۲۴). این اختلال با برخی از تشخیص‌های روان‌پزشکی از جمله افسردگی همراه است که به‌عنوان یک عامل شناختی مؤثر در رفتارهای پرخوری عصبی از آن یاد می‌شود (کیم^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعه باتول و همکاران^۴ (۲۰۲۰) ارتباط قوی بین افسردگی و اختلال خوردن پرخوری را تأیید کرده است به‌طوری‌که نشان داده‌اند افراد مبتلا به پرخوری ممکن است از پرخوری جهت تسکین علائم افسردگی استفاده کنند و به‌عنوان روشی برای اجتناب از تفکر در مورد مشکلات خود از آن بهره ببرند (گریلو^۵، ۲۰۱۷). علاوه بر این در مواردی افسردگی به‌طور خاص با افزایش اشتها، منجر به رفتار پرخوری غیرمعمول شده است (ویلیامز-کرور^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). اگرچه شواهدی از بروز هم‌زمان افسردگی و پرخوری وجود دارد اما مشخص نیست که آیا پرخوری باعث افسردگی می‌شود یا افسردگی منجر به پرخوری می‌شود (لیرول^۷، ۲۰۲۱). برخی پرخوری را به آشفتگی در سیستم خود مرتبط می‌دانند که عملکردهای تسکین‌دهنده و تنظیم‌کننده هیجان را حفظ می‌کند برای مثال فرد ممکن است به‌جای به اشتراک گذاشتن و ابراز غم و تنهایی آن‌ها را به‌عنوان گرسنگی تفسیر کند (جوئل^۸ و همکاران، ۲۰۲۱).

در بررسی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری، افزایش قابل‌ملاحظه‌ای نیز در همراهی دیگر اختلالات مانند افسردگی^۹ مشاهده شده است. به‌طور کلی پرخوری با احساس بی‌زاری از خود، افسردگی، یا احساس گناه و شرم پس از آن همراه است که با تمرکز بر افسردگی افراد پرخور تا حد زیادی می‌توان رفتارهای غیرقابل کنترل خوردن را کاهش داد (هیلبرت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

اگرچه درمان‌گران و درمان‌جویان انرژی و وقت فراوانی را صرف اقدامات مرتبط با تشخیص و درمان پرخوری می‌نمایند اما بسیاری از بیماران به علت خستگی ناشی از درمان طولانی‌مدت و ناامیدی از درمان، تبعیت از توصیه‌های درمانی را نادیده می‌گیرند (دالی و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۰).

11. Dalley
12. Hutson, Balodis, & Potenza
13. Osicka, Kothe, & Ricciardelli
14. Adherence to treatment
15. Niarchou, Roberts, & Naughton,
16. Quality of Life
17. World Health Organization
18. Falconbridge
19. Howells

1. Agh
2. Lee, Russell, & DeLucia
3. Kim
4. Batool
5. Grilo
6. Williams-Kerver
7. Leyrolle
8. Joel
9. Depression
10. Hilbert

روش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک گروهی است. جامعه آماری شامل افراد مراجعه‌کننده به بخش تغذیه کلینیک بعثت رشت در سال ۱۴۰۰ است. از بین این افراد، ۲۰ نفر بر اساس تشخیص متخصص تغذیه و مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-۵ برای اختلالات خوردن و افسردگی (با استفاده از پرسشنامه بک) و با توجه به شیوع کووید-۱۹ به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل داشتن معیارهای تشخیصی پرخوری عصبی و افسردگی، سن ۲۵-۵۰ سال و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، ابتلا به سایر اختلالات خوردن یا بیماری‌های مؤثر بر اشتها، دریافت درمان دارویی یا روان‌شناختی و غیبت بیش از دو جلسه درمان بود. ۲۳ نفر واجد شرایط بودند، اما در طی پژوهش ۳ نفر حذف شدند و در نهایت ۲۰ نفر (۱۳ زن، ۷ مرد) باقی‌ماندند. مداخله شامل ۶ جلسه ۱ ساعته هفتگی به صورت فردی و آنلاین از طریق واتساپ (از ۴ اردیبهشت تا ۱۰ خرداد ۱۴۰۰) بود. پس‌آزمون در انتهای درمان و مرحله پیگیری پس از ۲ ماه انجام شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه رفتار خوردن داچ^۴ (DEBQ): این پرسشنامه توسط ون استرین، فریجترز، برگرز و دفارس^۵ (۱۹۹۶) به منظور تعیین سبک‌های خوردن ساخته شده است و شامل ۳۳ سؤال و سه خرده‌مقیاس جهت سنجش سبک‌های خوردن هیجانی، خوردن بازداری شده و خوردن بیرونی است که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز - ۱، به ندرت - ۲، گاهی - ۳، اغلب - ۴ و بسیار زیاد - ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس رفتار خوردن عبارت‌اند از: ۰/۹۱ برای خوردن مهارشده، ۰/۹۵ برای خوردن هیجانی و ۰/۸۵ و برای خوردن بیرونی است همچنین هابنر^۶ و همکاران (۲۰۱۶) آلفای کرونباخ (۰/۸۲ تا ۰/۹۴) را برای مقیاس‌های آن گزارش نمودند. پرسشنامه‌ی رفتار خوردن داچ توسط صالحی فدردی، مدح شورچه و نعمتی در سال ۱۳۹۰ در ایران هنجاریابی شده است. آن‌ها این پرسشنامه را به فارسی ترجمه و مجدداً به زبان اصلی ترجمه معکوس کرده و به شرکت سازنده ارائه کردند و نشان دادند که نمره مقیاس‌های خوردن هیجانی و خوردن بازداری شده در افراد رژیم‌گیرنده و غیر رژیم‌گیرنده متفاوت است که این نشانگر روایی نسبی فرم فارسی است. علیپور، عبدخدایی و محمدی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن بازداری شده را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آوردند. همچنین پژوهشی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ گزارش شده است (پونده‌نژادان، عطاری و دوردانه، ۱۳۹۷) (نمره‌ی برش؛ ۱۸). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۵۹ بدست آمده است.

تلاش‌های فراوان و گاه ناخوشایند می‌باشند و وقتی شکست می‌خورند، به عزت‌نفس و خودکارآمدی افراد آسیب جدی می‌رسانند. از سویی دیگر، پرخوری مکرر باعث ناراحتی قابل‌توجهی در افراد مبتلا به پرخوری می‌شود و با اختلال در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی^۱ همراه است. بنابراین، نیاز به مطالعات روان‌شناختی در زمینه پرخوری و علل پرخوری و نیز درمان‌های متفاوت روان‌شناختی، بیشتر احساس می‌شود که تا به امروز نیز ادامه دارد. درمانی که افراد را ترغیب به ایجاد تغییر و حفظ انگیزه برای تداوم در مسیر تغییر سبک غذایی کند.

با در نظر گرفتن اهمیت مؤلفه‌های انگیزشی در پرخوری، سؤالی که اکنون به وجود می‌آید این است که آیا مداخلات انگیزشی مرتبط با خوردن می‌توانند بر گرایش به خوردن افراد مؤثر واقع شوند یا خیر. درمان مصاحبه انگیزشی^۲ مداخله‌ای فشرده برای درمان رفتارهای اعتیادی مانند غذا خوردن افراطی است که بر پایه تکنیک‌های انگیزشی شکل گرفته است. درواقع، درمان مصاحبه انگیزشی با فراخواندن پیچیدگی درونی (پیچیدگی ناشی از عواطف و دیدگاه‌های متضاد) فرد شامل دلایل ادامه مصرف غذا و دلایل ایجاد تغییر در سبک غذا خوردن، منجر به افزایش انگیزه تغییر می‌شود. به بیانی دیگر، درمان مصاحبه انگیزشی با استفاده از تکنیک‌هایی مثل انعکاس، سؤالات باز، همدلی، جملات خلاصه، افزایش مقاومت و تأیید خودکارآمدی و همچنین استراتژی‌هایی مانند مداخله مستقیم، تهیه اطلاعات و بازخورد، هدایت فرد به سمت ارزیابی پیچیدگی‌های مصرف غذا، جملات انگیزشی و تهیه برنامه‌های تغییر، کاهش مصرف غذا خوردن را در نظر دارد (پارک و پارک^۳، ۲۰۲۳). با توجه به رشد سریع کاربرد مصاحبه‌ی انگیزشی در جهان و نتایجی دال بر مؤثر بودن آن برای کنترل پرخوری عصبی، بررسی‌های اولیه نشان می‌دهد مطالعات صورت گرفته در این حوزه در داخل کشور بسیار اندک است و نیاز به مطالعه و تحقیق بیشتر احساس می‌شود. از سویی دیگر شواهد مبتنی بر شیوع روزافزون اختلال پرخوری عصبی در ایران و همبودی بالای آن با اختلالاتی همچون افسردگی وجود دارد، در همین راستا شناخت درمانی که عوامل روان‌شناختی را نیز در نظر بگیرد ضروری به نظر می‌رسد و در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود. با توجه به اینکه نظریه رفتارشناختی بر این اصل تأکید دارد که افکار، احساسات و رفتارها باهم ارتباط دارند و تغییر در یکی از این حوزه‌ها می‌تواند بر دوحوزه دیگر تأثیر بگذارد. در مصاحبه انگیزشی این نظریه به افراد کمک می‌کند تا الگوهای منفی درباره خود و توانایی‌هایشان را شناسایی کرده و با تغییر این افکار، بهبود تبعیت از درمان و کیفیت زندگی را تجربه کنند.

در این راستا اهداف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مصاحبه انگیزشی بر افزایش تبعیت از درمان و بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرخوری دارای افسردگی می‌باشد.

4. Dutch Eating Behaviour Questionnaire
5. Van Strien, Frijters, Bergers, & Defares
6. Hubner

1. Quality of Life
2. Motivational interviewing techniques
3. Park, & Park

پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویرایش دوم^۱ (BDI-II): این پرسشنامه، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده توسط بک، استیر و براون^۲ (۱۹۹۶) ساخته شده و دارای ۲۱ سؤال می‌باشد که سه عامل شناختی، عاطفی و جسمانی را می‌سنجد و آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت، روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای (صفر: فقدان افسردگی تا افسردگی خفیف تا ۳: افسردگی شدید) به آن پاسخ می‌دهند. در این ابزار از افراد خواسته می‌شود تا پاسخ دهند که در دو هفته‌ی گذشته کدام یک از موارد مربوط به افسردگی را داشته‌اند. نمره بیشتر (از صفر تا ۶۳) نشان‌دهنده‌ی افسردگی بالاتر می‌باشد. بک و همکاران ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند و روایی همگرایی پرسشنامه افسردگی بک با پرسشنامه افسردگی همیلتون ۰/۷۱ بدست آمده است. در ایران نیز دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) نیز پایایی باز آزمایی ۰/۹۳ را گزارش کردند. همچنین روایی سازه بر پایه محاسبه‌ی روش همگرا با ۶ گویه از آزمون مقیاس افسردگی، ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش اصغری، خان محمدی، عباسی و صادقی (۱۳۹۹) آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (نمره‌ی برش؛ ۱۹). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۵۴ بدست آمده است.

مقیاس تبعیت درمان مدانلو^۳ (ATMS): پرسشنامه تبعیت از درمان، توسط مدانلو در سال ۱۳۹۲ در زمینه بیماران مزمن طراحی و رواسازی شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال در حیطه‌های اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۵ سؤال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سؤال) می‌باشد. کم‌ترین و بالاترین در حیطه‌های اهتمام در درمان ۰-۴۵، تمایل به مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان با زندگی ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۰، تعهد به درمان ۰-۲۵ و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ می‌باشد که بر اساس دستورالعمل طراح پرسشنامه، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز

بین ۱۰۰-۰ می‌شود. بر اساس این پرسشنامه کسب امتیاز ۷۵-۱۰۰ درصد به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، امتیاز ۵۰-۷۴ درصد به معنای تبعیت از درمان خوب، امتیاز ۴۹-۲۱ درصد به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب امتیاز ۲۵-۰ درصد به معنای تبعیت از درمان ضعیف در نظر گرفته شد. مدانلو پایایی ابزار تبعیت از درمان را با استفاده از روش آزمون مجدد سنجید که در مطالعه ایشان ضریب همبستگی $r=0/257$ بود و در پژوهش پشت چمن و همکاران (۱۳۹۴) نیز ضریب همبستگی با استفاده از آزمون مجدد $r=0/73$ گزارش شد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۳۲ بدست آمده است.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه^۴ (WHOQOL-BREF): این مقیاس فرم کوتاه شده و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی سازمان جهانی بهداشت می‌باشد که توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ تدوین شده است و شامل ۲۶ سؤال است که کیفیت زندگی را در چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی می‌سنجد ک طیف لیکرت آن از ۱ (اصلاً) تا ۵ (بی نهایت) تنظیم گردیده است. دامنه نمرات به دست آمده‌ی آن از ۲۶ تا ۱۳۰ است و کسب نمره بالا به معنای کیفیت زندگی بیشتر است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در تحقیقات خارجی تأیید شده است (اسکوینگتون، لطفی و اوکل، ۲۰۰۴) و در ایران اولین بار توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی و اعتبار آن بررسی شده است. همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش پونده نژادان، عطاری، دردانه و حسین (۱۳۹۷) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۶۸ بدست آمده است.

معرفی جلسات درمانی مصاحبه انگیزشی

محتوای پروتکل مصاحبه انگیزشی استفاده شده در پژوهش بر اساس کتاب مهارت‌های مصاحبه انگیزشی روزنگرن^۵ (۲۰۰۹) و مبتنی بر اصول اولیه میلر (۲۰۰۲) تدوین شده که به شرح زیر است:

جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی برای اختلال پرخوری

جلسه	عنوان جلسات	محتوای جلسات
۱	آشنایی	معارفه، هنجارها و مقررات فرایند کار و فلسفه تسهیل‌گر
۲	چرخه‌ی تغییر	تمرین آزادی و داشتن حق انتخاب، تمرین ابعاد تأثیر رفتار، تمرین چرخه تغییر ارزیابی تعهد و اطمینان
۳	احساسات	تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی
۴	ابعاد مثبت و منفی رفتار	تمرین بارش ذهنی سود و زیان های کوتاه و بلندمدت، تمرین تکمیل جدول ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه های اصلاحی و جایگزین
۵	ارزش‌ها	تعریف ارزش ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت بندی ارزش‌های درجه یک، تمرین تعریف ارزش ها و تمرین تطابق ارزش و رفتار
۶	چشم‌انداز و سنجش پایانی	شناسایی موقعیت های وسوسه برانگیز و مقابله با آن ها، خلاصه و جمع‌بندی تمرین جلسات قبلی در قالب تمرین چشم انداز و آمادگی شروع تغییر رفتار

4. Quality of life of the World Health Organization - short form
5. Rosengren

1. Beck Depression Inventory—Second Edition
2. Beck, Steer, & Brown
3. Adherence to Treatment Modanlou Scale

یافته‌ها

جدول ۲: نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرخوری عصبی و افسردگی مولفه‌های تبعیت از درمان و کیفیت زندگی

متغیرها				پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
				SD	M	SD	M
پرخوری عصبی	خوردن هیجانی	۴۶/۵۰	۶/۳۴	۳۲/۱۵	۵/۶۹		
	خوردن بازدارنده	۲۷/۱۵	۵/۴۲	۲۳/۳۰	۳/۸۲		
	خوردن بیرونی	۴۲/۲۰	۵/۶۸	۲۷/۷۵	۵/۴۸		
	کل	۱۱۵/۸۵	۸/۸۹	۸۳/۲۰	۱۰/۰۶		
	اهتمام در درمان	۱۹/۳۵	۳/۰۹	۲۳/۹۵	۴/۶۵		
تبعیت از درمان	تمایل به مشارکت در درمان	۱۴/۵۵	۲/۲۸	۱۸/۶۰	۳/۸۷		
	توانایی تطابق	۱۴/۳۵	۳/۱۶	۱۷/۱۵	۲/۴۹		
	تلفیق درمان با زندگی	۸/۴۵	۲/۶۶	۱۱/۷۰	۲/۲۰		
	چسبیدن به درمان	۸/۹۰	۱/۸۶	۱۱/۸۰	۲/۴۴		
	تعهد به درمان	۱۳/۸۰	۳/۵۷	۱۴/۳۰	۲/۲۲		
کیفیت زندگی	تدبیر در اجرای درمان	۸/۷۵	۲/۵۵	۹/۲۰	۲/۰۴		
	کل	۸۸/۱۵	۹/۰۵	۱۰۶/۵۵	۷/۶۴		
	سلامت جسمانی	۱۵/۵۰	۲/۷۸	۲۲/۵۰	۲/۵۰		
	سلامت روان‌شناختی	۱۳/۳۵	۲/۴۵	۱۷/۴۰	۳/۰۳		
	روابط اجتماعی	۶/۹۰	۲/۱۲	۸/۱۵	۱۰/۵۴		
افسردگی	محیط اجتماعی	۲۰/۸۰	۲/۹۸	۲۲/۳۵	۵/۰۷		
	کل	۶۱/۶۵	۶/۲۵	۷۶/۹۰	۱۳/۲۵		
	کل	۴۰/۵۳	۴/۱۰	۲۲/۳۰	۷/۷۰		

با توجه به مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرهای فوق که کمتر از ± 2 بود (کلاین، ۲۰۱۵) توزیع نمرات پرخوری عصبی، افسردگی، تبعیت از درمان و کیفیت زندگی بهنجار است. بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود. یافته‌های پژوهش نشان داد مولفه‌های پرخوری عصبی،

افسردگی، تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در سطح 0.05 معنی دار هستند (با توجه به نتایج شاخص موچلی). بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح هاین-فلت در جدول زیر نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در مراحل مختلف گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر افسردگی، پرخوری، تبعیت از درمان، کیفیت زندگی

برای بررسی شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف درمان

متغیر	F	p	Eta	OP	متغیر	F	p	Eta	OP
افسردگی	۳۷۲/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱	خوردن هیجانی	۷۵/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
اهتمام در درمان	۱۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸	خوردن بازدارنده	۹/۰۴	۰/۰۰۷	۰/۳۲	۰/۸۱
تمایل به مشارکت در درمان	۲۳/۷۱	۰/۰۲۶	۰/۵۵	۰/۹۹	خوردن بیرونی	۸۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
توانایی تطابق	۱۰/۶۵	۰/۰۰۴	۰/۳۵	۰/۸۷	کل خوردن	۱۰۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
تلفیق درمان با زندگی	۲۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹	سلامت جسمانی	۳۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
چسبیدن به درمان	۲۱/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹	سلامت روان‌شناختی	۱۲۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱
تعهد به درمان	۰/۵۰	۰/۴۸۸	۰/۲۶	۰/۱۰	روابط اجتماعی	۴/۱۸	۰/۰۵۵	۰/۱۸	۰/۵۰
تدبیر در اجرای درمان	۰/۳۲	۰/۵۷۷	۰/۱۷	۰/۸۴	محیط اجتماعی	۲۵/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
کل	۶۶/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱	کل	۳۸/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱

یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌های روانشناسی تبعیت مراجعان از توصیه‌های درمانی می‌باشد که متخصصان به دنبال روش‌هایی برای ارتقای آن در مراجعان هستند. با توجه به دوره‌ی نسبتاً طولانی درمان افراد مبتلا به پرخوری، سن ابتلاء افراد به آن و لزوم پیروی از درمان‌های تعدیل‌کننده بیماری، استفاده از روش‌هایی به‌منظور کاهش استرس‌های بیماران، افزایش خودکارآمدی آن‌ها و همچنین افزایش تبعیت از درمان این افراد ضروری به نظر می‌رسد. این یافته با پژوهش ریچاردز و همکاران (۲۰۲۱) و هیلدبرانت و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. گرچه مداخلات موفق تبعیت از درمان نیز وجود دارد اما نیمی از مداخلات شکست می‌خورند و نظریه‌های تبعیت فاقد توضیح کافی می‌باشند. در نتیجه‌ی مشکلات متعدد تبعیت از درمان، تعداد قابل‌توجهی از بیماران حداکثر بهره را از درمان‌ها نمی‌برند (نیارکو و همکاران ۲۰۲۴) و این امر به نتایج بهداشتی ضعیف، کیفیت زندگی پایین و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی منجر می‌شود. به‌رغم بسیاری از پیشرفت‌های حاصله در زمینه تبعیت، میزان عدم تبعیت در دهه‌های گذشته تقریباً بدون تغییر مانده است (بوترا و همکاران ۲۰۲۰).

بسیاری از افراد مبتلا به پرخوری تجربه‌های شکست در رژیم و رعایت برنامه‌های کنترل خوردن را دارند. گاهی اوقات پرخوری نکردن برای بسیاری از افراد چالش برانگیز است. خارج شدن از مسیر برنامه ریزی شده، به‌ویژه هنگامی که افراد در حال تلاش برای کاهش وزن یا تبعیت از توصیه‌های درمانی هستند، می‌تواند ناامید کننده باشد. بسیاری از بیماران مبتلا به پرخوری عصبی بدون عارضه، نیازی به بستری شدن ندارند، آن‌ها باید الگوهای تغذیه‌ای خود را تغییر دهند و درمانگر با تغییر باورها و افکار منفی شخص مبتلا، رفتارهای ناسالم و باورهای اشتباه او را شناسایی کرده و به فرد کمک کند تا مجموعه‌ای از باورهای سالم را جایگزین کند میسر شدن این امر وابسته به میزان تبعیت از توصیه‌های درمانی‌ای است که توسط درمانگر به فرد داده می‌شود. همکاری فرد با درمانگر بسیار حائز اهمیت است و مراجع برای کنترل پرخوری و جلوگیری از پیشرفت آن و وخیم‌تر شدن اوضاع باید همکاری بالایی در انجام برنامه‌های درمانی داشته باشد چراکه همکاری ضعیف باعث پیشروی پرخوری، کاهش کیفیت زندگی و در نهایت شکست درمان می‌شود. این در حالی است که تبعیت از درمان، موفقیت‌آمیز بودن درمان را پیش‌بینی کرده و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد این یافته‌ها به پژوهش یو و همکاران (۲۰۲۱) و هربوزو و همکاران (۲۰۱۵) همسویی دارد.

اغلب مبتلایان به اختلالات خوردن نیازمند اصلاحاتی ضروری در رفتار و سبک زندگی‌شان هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ کنند. در سال‌های اخیر، مصاحبه انگیزشی به‌عنوان بخشی از پذیرش و تعهد به درمان‌های رفتاری، در طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن به کار گرفته شده است. درمانگران به طور معمول زمان قلیل توجهی را صرف تلاش برای متقاعد کردن بیماران به تغییر رفتارهای بالقوه آسیب‌زننده می‌کنند. اطلاعات به‌طور مداوم نشان می‌دهد که رفتار نمی‌تواند با موفقیت اصلاح شود مگر اینکه بیماران اهداف خود را تنظیم کنند و نیاز به تغییر را درونی کنند. مصاحبه انگیزشی به خودمختاری و استقلال فرد احترام می‌گذارد و

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری خوردن تفاوت وجود دارد ($p < 0/001$). مجذور اتا نشان می‌دهد ۷۹ درصد واریانس خوردن هیجانی، ۸۱ درصد واریانس خوردن بازدارنده، ۸۲ درصد واریانس خوردن بیرونی، ۸۴ درصد واریانس پرخوری عصبی و ۹۵ درصد از واریانس افسردگی تغییرات آنها ناشی از اثر آزمایشی (تفاوت بین مراحل) است همچنین نتایج آزمون نیومن کولز نشان می‌دهد که میانگین پیش‌آزمون خوردن هیجانی از پس‌آزمون و پیگیری بیشتر است ($p < 0/001$). میانگین پس‌آزمون خوردن هیجانی از پیگیری بیشتر است ($p < 0/001$). میانگین پیش‌آزمون خوردن بیرونی از پس‌آزمون و پیگیری، میانگین پس‌آزمون خوردن بیرونی از پیگیری بیشتر است و در افسردگی میانگین پیش‌آزمون از پس‌آزمون و پیگیری بیشتر و پس‌آزمون از پیگیری کمتر است ($p < 0/001$).

در رابطه با متغیر تبعیت از درمان بین مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد ($p < 0/001$). مجذور اتا نشان می‌دهد ۴۸ درصد واریانس اهتمام در درمان، ۵۵ درصد واریانس تمایل به مشارکت در درمان، ۳۵ درصد واریانس توانایی تطابق، ۵۳ درصد واریانس تلفیق درمان با زندگی، ۵۳ درصد واریانس چسبیدن به درمان، ۲۶ درصد از واریانس تعهد به درمان، ۱۷ درصد تدبیر در اجرای درمان و ۷۷ درصد واریانس تبعیت از درمان تغییرات آن‌ها ناشی از اثر آزمایشی (تفاوت بین مراحل) است.

همچنین مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد ($p < 0/001$). مجذور اتا نشان می‌دهد ۶۵ درصد واریانس سلامت جسمانی، ۸۷ درصد واریانس سلامت روان‌شناختی، ۱۸ درصد واریانس روابط اجتماعی، ۵۷ درصد واریانس محیط اجتماعی و ۶۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی تغییرات آن‌ها ناشی از اثر آزمایشی (تفاوت بین مراحل) است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی بر افزایش تبعیت از درمان در افراد مبتلا به پرخوری دارای افسردگی از طریق تقویت خودکارآمدی، افزایش امید و انگیزه ایجاد برنامه عملی مؤثر واقع شد ($p < 0/001$). در این پژوهش مصاحبه انگیزشی به افراد کمک کرد تا با استفاده از انگیزه‌های درونی خود به تغییر رفتار و بهبود وضعیت روانی بپردازند. این یافته‌ها به‌طور مستقیم نتایج پژوهش تحقیقات یو و همکاران (۲۰۲۱)، لیناردون و همکاران (۲۰۱۸)، براون (۲۰۱۶) و هربوزو و همکاران (۲۰۱۵) و به‌طور غیر مستقیم با یافته‌های سبجانی و همکاران (۱۳۹۵) هماهنگ است. در داخل کشور اثر بخشی مصاحبه انگیزشی بر بیماری‌های مختلف مانند دیابت و فشارخون مورد بررسی قرار گرفته اما شاید بتوان گفت این پژوهش از اولین پژوهش‌هایی است که اثربخشی مصاحبه انگیزشی را بر تبعیت از درمان افراد مبتلا به پرخوری دارای افسردگی را مورد بررسی قرار داده است.

بهبود در تمامی ابعاد تبعیت از درمان حاصل نشد اما می‌تواند به‌عنوان راهی مؤثر در بهبود پرخوری باشد.

این نتایج با یافته‌های ریچاردز و همکاران (۲۰۲۱) و پژوهش‌هایی که تأثیر مصاحبه انگیزشی را بر تبعیت از درمان در بیماری‌های مختلف همچون چاقی، پرفشاری خون، دیابت نوع دو، ایدز، آسم و غیره همسویی دارد. به‌طور کلی، مصاحبه انگیزشی به دلیل کاهش مقاومت و تقویت اسنادها و انگیزه‌های درونی، ظرفیت و استعداد افزایش و تقویت نتایج درمانی در حیطه پیروی از درمان مطرح است و مصاحبه انگیزشی، میزان مشارکت و موفقیت روش‌های درمانی عمل‌گرای متعاقب خود را افزایش می‌دهد. فرضیه دوم پژوهش حاضر اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرخوری دارای افسردگی است ($p < 0.001$). با توجه به این یافته، فرضیه سوم پژوهش تأیید شد. این یافته به‌طور کلی با یافته‌های مارتینلی و همکاران (۲۰۲۱)، پروتی (۲۰۱۹)، اسفریر و همکاران (۲۰۱۹) همسویی داشت. در داخل کشور اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر کیفیت زندگی جوامع متفاوتی مورد بررسی قرار گرفت است و یافته‌های محمدیان، بازرگانی، لطیفی و مراد قلی (۱۳۹۸) رجبی پور، مداح، فلاحی و خشک‌ناب، زارعی و لنارکی (۱۳۹۳) تأیید می‌کند که مصاحبه انگیزشی بر افزایش کیفیت زندگی افراد مؤثر است اما شاید بتوان گفت این پژوهش اولین مطالعه‌ای است که اثربخشی مصاحبه انگیزشی را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به پرخوری دارای افسردگی مورد بررسی قرار داده‌است. رفتارهای خوردن و افسردگی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد دارای اختلال خوردن را دارد. به رفتار خوردن غیر معمول به‌عنوان تلاش‌هایی برای کنار آمدن با عواطف منفی به وسیله‌ای فراهم کردن راحتی کوتاه‌مدت یا حواس‌پرتی نگریسته می‌شوند که می‌تواند به چاقی و اضافه‌وزن منجر شده و در نتیجه سلامت جسمانی، روانی و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد و به کیفیت زندگی پایین و ناراضی‌تی از زندگی بیانجامد.

کیفیت زندگی به چگونگی درک مردم از سلامتی و بیماری و به‌طور کلی شامل ارزیابی شناختی افراد از وضعیت زندگی خود گفته می‌شود (اسفریر و همکاران، ۲۰۱۹). سازمان جهانی بهداشت نیز از آن به‌عنوان درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق فرد یاد می‌کند. همان‌طور که گفته شد افراد مبتلا به پرخوری احساس شرمساری و هیجان‌های ناخوشایند زیادی را تجربه می‌کنند که موجب شکل‌گیری پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد از جمله انزوای اجتماعی و خودانتقادی و پایین آمدن کیفیت ابعاد عاطفی و اجتماعی آن‌ها می‌شود که به‌طور مستقیم با کیفیت زندگی مبتلایان در ارتباط است. از سویی دیگر پرخوری که منجر به بروز مشکلاتی در سلامتی افراد (چاقی، بیماری‌های قلبی و گوارشی و غیره) و به‌طور کلی، کیفیت پایین زندگی در ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیکی و عملکردی افراد می‌شود، به‌عنوان عاملی اساسی در نظر گرفته می‌شود (بدراساوی و زیدان، ۲۰۱۹). این یافته‌ها همخوان با یافته‌ها آق و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشند که پرخوری کیفیت زندگی فرد را مختل کرده و منجر به افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های درمانی و هدر رفتن آن‌ها به علت عدم پایبندی می‌شود.

این موضوع را که این مراجع است که باید تصمیم بگیرد چگونه برای تغییر رفتار اقدام کند به رسمیت می‌شناسد. استفاده از این روش می‌تواند به تعامل و توانمندسازی مراجع در ایجاد یک ارتباط مناسب با درمانگر و رسیدن به اهداف شخصی آن‌ها کمک کند. مصاحبه انگیزشی این ظرفیت را دارد که هم‌زمان بر تغییر چند رفتار تأثیر بگذارد و بسیاری از موانع درمان‌های تغذیه‌ای معمول را از طریق به‌کارگیری تکنیک‌های انگیزشی مرتفع ساخته و بدین طریق موجب افزایش تبعیت از درمان شود این یافته‌ها همسو با یافته‌های گیریلو (۲۰۱۷) است. عوامل بسیار متعددی می‌تواند درمان‌جویان را از دنبال کردن برنامه‌های درمانی‌شان به‌صورت کامل و مستمر باز دارد. در پژوهش حاضر پژوهشگر در جلسات مصاحبه انگیزشی با رعایت اصول این جلسات، با ابراز همدلی با مراجعین بررسی سود و زیان‌های ماندن در وضعیت موجود یا تغییر کردن و برشمردن فواید تبعیت از درمان و در به حداکثر رساندن منافع آن و گوشزد کردن عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی موجب ایجاد تضاد بین رفتار فرد و رفتار صحیح درمانی شده و از این طریق انگیزه بیماران را در تبعیت از درمان افزایش داد. به عبارت دیگر مصاحبه انگیزشی جهت افزایش انگیزش درونی به‌طور مستقیم دوسوگرایی مراجع را برای تغییر، کشف و آن را حل می‌کند.

مصاحبه انگیزشی از طریق افزایش انگیزه‌ی درونی و آمادگی برای تغییر، افزایش مشارکت فعال‌تر، ماندگار و تبعیت بیشتر به برنامه‌ی درمان، تقویت رفتار مثبت، افزایش نگرانی در مورد رفتار ناسالم به‌طور غیر مستقیم و بدون فشار و اجبار، مشارکت در تنظیم برنامه‌ها، بررسی سود و زیان تغییر، تعیین ارزش‌های اصیل زندگی، افزایش تضاد بین ارزش‌ها و رفتار، ارائه اطلاعات، ارزیابی و تقویت اطمینان به تغییر و حملیت از خودکارآمدی به‌ویژه افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به رفتار خوردن، تأکید بر حس خودمختاری و آزادی عمل باعث بهبود تبعیت از درمان شد. در جلسات برگزار شده سعی در مدارا با مقاومت بیمار برای تغییر بوده و درمانگر حس خودکارآمدی بیمار برای تغییر را عمیقاً باور داشته و از آن حمایت کرده است. رفتار نمی‌تواند اصلاح شود مگر اینکه مراجعان اهداف خود را تنظیم کنند و نیاز به تغییر را درونی کنند. مصاحبه انگیزشی به خودمختاری و استقلال فرد احترام می‌گذارد و اینکه این مراجع است که باید تصمیم بگیرد چگونه برای تغییر رفتار اقدام کند. استفاده از این روش توانست به تعامل و توانمندسازی شرکت‌کننده‌ها در ایجاد یک ارتباط مناسب با پژوهشگر و رسیدن به اهداف شخصی آن‌ها کمک کند. عوامل بسیار متعددی می‌تواند مراجعان را از دنبال کردن برنامه‌های رژیم غذایی یا درمانی‌شان به‌طور مستمر و کامل بازدارد. پژوهشگر در جلسات مصاحبه انگیزشی با رعایت اصول اصلی این جلسات، با ابراز همدلی با شرکت‌کنندگان و برشمردن فواید تبعیت از درمان در به حداکثر رساندن منافع آن و گوشزد کردن عدم تبعیت از برنامه رژیم غذایی (که توسط خود شرکت‌کننده تهیه و تنظیم شده بود)، موجب ایجاد تضاد بین رفتار فرد و رفتار صحیح درمانی شده و انگیزه شرکت‌کنندگان را در تبعیت از درمان افزایش داد. احتمالاً به علت گفتگوی غیر مستقیم راجع به پیامد رفتارهای ناسالم و تنظیم برنامه رژیم غذایی طبق نظر هر شرکت‌کننده مداخله توانست در افزایش تبعیت درمان مؤثر واقع شود. اگرچه در پژوهش حاضر

تأکید بر توانایی و خودکارآمدی افراد پس از جلسات مداخله، کیفیت زندگی افراد از طریق ترغیب برای خارج شدن از وضع موجود و آگاهی‌ای که در جلسات حاصل شد افزایش پیدا کرد. مداخله موجب شد تا فرد زندگی خود را غنی، بامحتوا و بامعنا ببیند که این امر به ارتقاء کارکرد روزانه، سلامت جسمانی و درنهایت کیفیت بالای زندگی ختم می‌شود.

بر اساس مباحث نظری، مصاحبه انگیزشی حمایت زمینه‌ای لازم را برای ارتقاء سلامت فراهم می‌آورد. از جمله عناصری از مصاحبه انگیزشی که منجر به ارتقاء سلامت می‌گردد، می‌توان به اجتناب از اجبار، کنار آمدن با مقاومت مراجع، تشویق مراجع به گفتگوی تغییر اشاره کرد. افراد مبتلابه پرخوری در صورت احساس بهزیستی بالاتر، به صورت خودانگیخته و درونی، برای کنترل پرخوری اقدام می‌کنند. ولی چنانچه این کنترل از محیط بیرون بر فرد اعمال شود، در مواقعی که فشار و کنترل بیرونی حضور نداشته باشد، احتمال اتخاذ رژیم غذایی و عیادت‌های مغایر با سلامت توسط فرد، بالا می‌رود. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش اسفریر و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. نتایج مطالعات آن‌ها نشان داد که میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی بعد از مداخله مصاحبه انگیزشی روند کاهشی داشته و کاهش نمرات نشان‌دهنده بهبود کیفیت زندگی می‌باشد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. بیمارانی که درک بالاتر سطح مراقبت از خود - خود کارآمدی دارند به احتمال بیشتری سطح بالاتری از رضایت از زندگی داشته باشند و برداشت بیماران از توانایی مراقبت از خود و خود کارآمدی منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود. به همین دلیل است که مصاحبه انگیزشی با افزایش خود کارآمدی مراجع می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران شود. نتایج این پژوهش همخوان با یافته‌های کوشبیانتاری و همکاران (۲۰۲۰) است. در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت مصاحبه انگیزشی ترکیبی از اصول برگرفته شده از مدل‌های روان‌درمانی و تغییر رفتار است. یکی از اصول مهم مصاحبه انگیزشی، توانمندسازی است؛ یعنی کمک به فرد در زمینه‌ی کشف این مطلب که چگونه می‌تواند در وضعیت سلامتی خود تغییری ایجاد کند. مصاحبه انگیزشی با تأکید بر حس خودمختاری و آزادی عمل باعث افزایش امیدواری در مراجع می‌شود. این درمان، با تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی که چرخه پرخوری را آغاز کرده یا به آن‌ها تداوم می‌بخشد موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود.

از آنجایی که اغلب افراد مبتلابه اختلالات خوردن نیازمند تغییرات رفتاری و سبک زندگی در حد بسیار وسیعی هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ نمایند، مصاحبه انگیزشی با کمک به تغییر سبک زندگی به افزایش کیفیت زندگی کمک می‌کند. به علاوه مصاحبه انگیزشی به مراجع اجازه می‌دهد تا به طور آشکار، دوسوگرایی‌اش را بیان نماید و انگیزه‌های متعارض خود را شناسایی و به طور رضایت‌بخشی حل نماید، در این صورت فشارهای روان‌شناختی که فرد تجربه می‌کند و می‌تواند به اختلالات جسمانی و روان‌شناختی منجر گردند را کنترل نماید. همچنین با ایجاد انگیزه و امید، زمینه افزایش کیفیت زندگی را فراهم می‌کند. انگیزه فراپندگی شناختی است ولی تبعاتی هیجانی دارد، بنابراین انگیزه یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظه‌های تاریک زندگی پدیدار شود؛ بلکه

افرادی که فعالیت بدنی کمتری دارند، نمرات پایین‌تری در حوزه‌های کارکرد اجتماعی و جسمی به دست می‌آورند. کیفیت زندگی افرادی که درصدد کاهش وزن هستند، بیشتر در حوزه‌های درد بدنی، سطح انرژی و نشاط و سلامت عمومی آسیب دیده است که این نتایج همسو با مطالعه وولدریج، هربرت، دوچهات و آفراری (۲۰۲۱) است. در افرادی مبتلابه پرخوری عصبی ویژگی مراقبت از خود، خودکارآمدی و کیفیت زندگی دچار نقص است که این موارد باعث تشدید افسردگی در آن‌ها می‌شود. بنابراین افسردگی نیز تا حدی ارتباط بین اختلال پرخوری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را واسطه‌گری می‌کند. اختلالات خوردن اغلب با اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین و سوء مصرف مواد مرتبط هستند. بنابراین می‌توان گفت که این اختلال به طور محسوس‌تری باعث پایین آمدن کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌شود.

کیفیت زندگی به طور خاص، درک ذهنی فرد را نشان می‌دهد و دربرگیرنده روابط بین فردی مؤثر، توانایی انجام فعالیت‌های مثبت و هدفمند و احساس خوشبختی در زندگی است. کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر دارد. تأثیر پرخوری بر کیفیت زندگی و کاهش سطح کیفیت زندگی در افراد پرخور می‌تواند ناشی از رفتارهای تکراری مانند پرخوری، ترس از افزایش وزن، بیماری‌های قلبی، سابقه‌ی چاقی و یا مشکلات روانی باشد (میاموتو و همکاران، ۲۰۱۸). رخدادها و تحولات عصر حاضر در زمینه‌های مختلف بر لبعاد و جوانب مختلف زندگی تأثیر عمیق گذاشته است، به نحوی که سبک زندگی و طرز تفکر در پی آن تغییر کرده است. سبک زندگی، بدلیل قابلیت آن در پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای سطح کیفیت زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت جسم و روان از اهمیت والایی برخوردار است. بنابراین با توجه به این که سبک زندگی، می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها داشته باشد و الگوی سلامتی و بیماری را متأثر سازد ارتقاء سبک زندگی سالم در افراد مبتلابه پرخوری است نیازمند راهبردهایی است که در بهبود زندگی فردی و اجتماعی مؤثرند، که مصاحبه انگیزشی به عنوان یک راهبرد مؤثر توانست برای افراد مبتلابه پرخوری عصبی مورد استفاده قرار گیرد.

در پژوهش حاضر بیماران مبتلابه پرخوری پس از دریافت مصاحبه انگیزشی در متغیرهای عملکرد فیزیکی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت ذهنی و سرزندگی به طور معناداری بهبود یافته‌اند. در پژوهش از افراد خواسته شد با استفاده از کاربرگ زندگی ارزشمند به اولویت بندی ارزش‌های زندگی خود بپردازند (بار اول اولویت بندی بر اساس واقعیت و بار دوم به صورت آرمانی) و از طریق آن‌ها اولویت‌هایی را که از نظر آرمانی اهمیت بالایی دارد اما در زندگی واقعی به آن‌ها توجه کمتری داشته‌اند مشخص کنند سپس درباره دلایل کاهش فاصله واقعی و آرمانی همچنین پیامدهای رفتارهای ناسالم به صورت غیرمستقیم بحث شد. احتمالاً به علت تمرکز مصاحبه انگیزشی بر رفع دودلی و تردید افراد در راستای تلاش برای بهبود وضعیت موجود از طریق

مورد استفاده‌ی متخصصان قرار گیرد. تک گروهی بودن و عدم امکان مقایسه زنان و مردان در این پژوهش از محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری و حمایت نموده‌اند، صمیمانه قدردانی می‌نماییم. به‌ویژه از شرکت‌کنندگانی که با صرف وقت و انرژی، اطلاعات لازم را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، تشکر می‌شود. همچنین از اساتید و همکارانی که در طراحی، اجرا و تحلیل، داده‌های این مطالعه، راهنمایی‌های علمی و تخصصی ارزشمندی ارائه کردند نهایت سپاس را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع مالی، سازمانی یا فردی در رابطه با این پژوهش وجود ندارد.

منابع مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی از سوی هیچ سازمان دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شده‌اند؛ از جمله اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، تضمین محرمانگی اطلاعات، امکان انصراف آزادانه در هر مرحله از مطالعه و حفظ کرامت انسانی شرکت‌کنندگان. همچنین شرکت در این مطالعه به صورت داوطلبانه و بدون هیچ‌گونه اجبار صورت گرفته است.

دسترسی به داده‌ها

داده‌های این پژوهش از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله، با درخواست موجه در دسترس قرار خواهد گرفت.

فرایندی شناختی است که افراد به وسیله آن به‌صورت فعال برای دست یافتن به اهداف تلاش می‌کنند. لذا، انگیزه فرایندی است که طی آن، فرد هدف‌های خود را تعیین می‌کند، راهکارهایی برای رسیدن به آن‌ها می‌سازد و انرژی لازم را برای اجرای این راهکارها درطول مسیر حفظ می‌کند که منجر به بهبود سلامتی، ایجاد باور مثبت و تغییرات فیزیولوژی مثبت در انسان می‌گردد. بنابراین درمان مصاحبه انگیزشی منجر به ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و درنهایت کیفیت بالای زندگی ختم شد.

به‌طور کلی پژوهش حاضر اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در افراد مبتلابه پرخوری دارای افسردگی را تأیید می‌کند. با وجود اینکه این پژوهش شاید یکی از اولین پژوهش‌های داخلی‌ای است که اثربخشی مصاحبه انگیزشی را بر متغیرهای بالا در جامعه مد نظر، مورد بررسی قرار داده است. می‌توان گفت این یافته‌ها به‌طور کلی مغایرتی با پژوهش‌های پیشین ندارد علاوه براین با پژوهش‌های خارجی همسو است. باین‌حال بیشتر این پژوهش‌ها متغیرهای روان‌شناختی را به‌صورت کلی در اختلال‌های خوردن بررسی کرده‌اند و خیلی به بررسی نقش این سازها در پرخوری عصبی به تنهایی نپرداخته‌اند. از آنجایی که افرادی که دارای اختلال پرخوری هستند مستعد چاقی هستند و از نظر تناسب بدنی متفاوتند، این عامل در خلق آن‌ها تأثیر گذاشته و باعث می‌شود که آن‌ها برداشت منفی نسبت به خود کنند. همه این عوامل باعث افزایش احساس گناه و در ادامه باعث افسردگی و پرخوری می‌شود. این مداخله از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد، افزایش خودکارآمدی و برقراری ارتباط مراجع با زمان حال می‌تواند هیجانات منفی ادراک شده توسط مبتلایان را کاهش داده و توانایی تصمیم‌گیری در مورد درمانشان و همچنین تصمیم‌گیری جهت تغییر مؤثر بر افشای هیجانی، تبعیت درمان و کیفیت زندگی اثرات مثبتی را ایجاد نماید.

در پژوهش حاضر درواقع، درمان مصاحبه انگیزشی با فراخواندن پیچیدگی درونی (پیچیدگی ناشی از عواطف و دیدگاه‌های متضاد) فرد شامل دلایل ادامه مصرف غذا و دلایل ایجاد تغییر در سبک غذا خوردن، منجر به افزایش انگیزه تغییر شد. به بیانی دیگر، درمان مصاحبه انگیزشی با استفاده از تکنیک‌هایی همچون انعکاس، سؤالات باز، همدلی، جملات خلاصه، افزایش مقاومت و تأیید خودکارآمدی و همچنین استراتژی‌هایی مانند مداخله مستقیم، تهیه اطلاعات و بازخورد، هدایت فرد به سمت ارزیابی پیچیدگی‌های مصرف غذا، جملات انگیزشی و تهیه برنامه‌های تغییر، منجر به افزایش متغیرهای روان‌شناختی مد نظر در این پژوهش شد. به‌طور کلی این پژوهش نشان می‌دهد که بین ابعاد مختلف متغیرهای پژوهش و اختلال پرخوری رابطه وجود دارد. از آنجاکه درک بهتر متغیرهای روان‌شناختی برای اختلال پرخوری و چاقی و همچنین برنامه‌های درمانی و مداخلات مؤثرتر ضروری است، بنابراین یافته‌های این پژوهش در سطوح مختلف آموزشی و بالینی می‌تواند از راه سنجش متغیرهای روان‌شناختی که در این پژوهش مطرح شد به شناسایی و درمان افراد پرخور کمک مؤثری کند. مصاحبه انگیزشی در اکثر زیرمقیاس‌های متغیرهای مورد نظر نتیجه‌بخش بود و می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای اختلال پرخوری

References

- Agh, T., Kovács, G., Pawaskar, M., Supina, D., Inotai, A., & Vokó, Z. (2015). Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 1-12.
- Alipour, A., Abdokhodaei, E., & Mohammadi, H. (2016). The relationship between morningness, affect, eating behavior, and chocolate consumption in university students. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(2), 112-121. (In Persian) <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2599-fa.html>
- Asghari Soleimani, M., Khan Mohammadi, A., Abbasi Esfajir, A. A., & Sadeghi, J. (2021). The effectiveness of flourishing education on psychological capital of students. *Education in Medical Sciences*, 21(84), 523-532. (In Persian) <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-5346-fa.html>
- Bottera, A. R., Kambanis, P. E., & De Young, K. P. (2020). The differential associations of shame and guilt with eating disorder behaviors. *Eating Behaviors*, 39, 101427.
- Dalley, S. E., Bron, G. G., Hagl, I. F., Heseding, F., Hoppe, S., & Wit, L. (2020). Bulimic symptoms in a sample of college women: disentangling the roles of body size, body shame and negative urgency. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1357-1364.
- Dobson, K., Stephan, & Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric properties of Beck Depression Inventory. *Rehabilitation Quarterly*, 8(1), 82. (In Persian) <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
- Dutton, E., & Dovey, T. M. (2016). Validation of the Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) among Maltese women. *Appetite*, 107, 9-14.
- Faulconbridge, L. F., Wadden, T. A., Thomas, J. G., Jones-Corneille, L. R., Sarwer, D. B., & Fabricatore, A. N. (2013). Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric surgery versus lifestyle modification. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(5), 790-796.
- Grilo, C. M. (2017). Psychological and behavioral treatments for binge-eating disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(suppl 1), 16087.
- Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 33-43.
- Houazene, S., Leclerc, J. B., O'Connor, K., & Aardema, F. (2021). "Shame on you": The impact of shame in body-focused repetitive behaviors and binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, 138, 103804.
- Howells, R. L., Dunn, L. C., & Carter, J. C. (2024). The relationship between difficulties in the regulation of positive and negative emotions and binge-eating symptoms in young adults. *Eating Behaviors*, 52, 101839.
- Hübner, C., Baldofski, S., Crosby, R. D., Müller, A., de Zwaan, M., & Hilbert, A. (2016). Weight-related teasing and non-normative eating behaviors as predictors of weight loss maintenance. A longitudinal mediation analysis. *Appetite*, 102, 25-31.
- Joel, M. A., Cooper, M., Peebles, R., Albenberg, L., & Timko, C. A. (2024). Clinical characterization of Co-morbid autoimmune disease and eating disorders: a retrospective chart review. *Eating Disorders*, 1-16.
- Kim, A. J., Stewart, S. H., Sherry, S. B., McGrath, D. S., Mushquash, C. J., Olthuis, J. V., & Mushquash, A. R. (2024). Clarifying the pathway from anxiety sensitivity to binge eating: The mediating role of depressive symptoms in a 3-week, 3-wave longitudinal study of undergraduates. *Eating Behaviors*, 52, 101843.
- Lee, G., Russell, G., & DeLucia, B. (2024). Safe and Effective Treatment of Binge Eating Disorder With Lisdexamfetamine in a Patient With Co-occurring Bipolar II Disorder, Current Episode Depressed. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 44(1), 68-69.
- Leyrolle, Q., Cserjesi, R., Mulders, M. D., Zamariola, G., Hiel, S., Gianfrancesco, M. A., ... & Delzenne, N. M. (2021). Specific gut microbial, biological, and psychiatric profiling related to binge eating disorders: a cross-sectional study in obese patients. *Clinical nutrition*, 40(4), 2035-2044.
- Nejati, S., Montazeri, A., et al. (2006). Quality of life in patients with multiple sclerosis in Tehran. *Iranian Epidemiology*, 1(4), 19-24. (In Persian) <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-357-fa.html>
- Niarchou, E., Roberts, L. H., & Naughton, B. D. (2024). What is the impact of antidepressant side effects on medication adherence among adult patients diagnosed with depressive disorder: A systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 38(2), 127-136.
- Osicka, T., Kothe, E., & Ricciardelli, L. (2015). A systematic review of adherence to restricted diets in people with functional bowel disorders. *Appetite*, 92, 143-155.
- Park, Y., & Park, K. (2023). Health-related quality of life and depressive symptoms of patients with chronic diseases and the general population before and during the COVID-19 pandemic in Korea. *Frontiers in Psychology*, 14, 1117369.
- Pasht Chaman, Z., Jadid Milani, M., et al. (2015). Treatment adherence in patients after bypass surgery. *Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(4), 668-675. (In Persian) <http://journal.icns.org.ir/article-1-192-fa.html>
- Pondeh Nejad, A. A., Attari, Y., & Hossein, D. (2018). Mindful eating and quality of life. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 9(34), 141-170. (In Persian) <https://doi.org/10.22054/qccpc.2018.28840.1728>
- Rosengren, D. B. (2017). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. Guilford publications.
- Salehi Fedardi, J. (2011). Motivational structure and eating styles in women. *Principles of Mental Health*, 13(50), 81-170. (In Persian) <https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.1017>
- Van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. *Appetite*, 52(2), 380-387.
- Williams-Kerver, G. A., Schaefer, L. M., Hazzard, V. M., Cao, L., Engel, S. G., Peterson, C. B., ... & Crosby, R. D. (2021). Baseline and momentary predictors of ecological momentary assessment adherence in a sample of adults with binge-eating disorder. *Eating behaviors*, 41, 101509.