






مقایسه اثربخشی بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی با بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خوردن هیجانی در زنان دارای اضافه وزن

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد خوراسگان (اصفهان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
استاد، گروه روانشناسی، واحد خوراسگان (اصفهان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد خوراسگان (اصفهان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

اعظم حاجی رستمی 
محسن گل پرور* 
فلور خیاطان 

دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۷ | پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۸ | ایمیل نویسنده مسئول: drmgolparvar@hotmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۵ پایانی | ۱۹-۲۰۶
زمستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(حاجی رستمی و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

حاجی رستمی، اعظم، گل پرور، محسن، و خیاطان، فلور. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی با بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خوردن هیجانی در زنان دارای اضافه وزن. خانواده درمانی کاربردی، ۴(۵)، ۲۰۶-۲۲۱.

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی با بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خوردن هیجانی در زنان دارای اضافه وزن اجرا شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با دوره پیگیری بود. از بین زنان دارای اضافه وزن در شهر اصفهان مراجعه کننده به مراکز و مطب های کنترل و کاهش وزن در سال ۱۳۹۹، تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های پژوهش گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه رفتارهای خوردن هلندی و استرین و همکاران (۱۹۸۶) بود. هر کدام از گروه های ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی از حاجی رستم (۱۳۹۹) و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس رویکرد تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) تحت هشت جلسه درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ درمانی دریافت ننمود. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته ها:** یافته ها نشان داد بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میل به خوردن ($F=7/15$)، رفتار خوردن ($F=0/01$) و رفتار خوردن ($F=5/74$)، $P=0/002$) در زنان دارای اضافه وزن تأثیر مثبت ماندگار داشته اند. **نتیجه گیری:** به این ترتیب می توان به منظور بهبود میل به خوردن و رفتار خوردن در زنان دارای اضافه وزن از بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمود.

کلیدواژه ها: اضافه وزن، بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی، بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، خوردن هیجانی.

مقدمه

اضافه وزن^۱، اختلالی مزمن و عامل خطری برای بروز طیفی از بیماری‌ها نظیر دیابت نوع ۲، بیماری‌های قلبی-عروقی، برخی از انواع سرطان و پرفشاری خون است (کرو، راندوا، تسیگوس، کالتاساس و مارتین، ۲۰۱۸). این معضل بهداشتی از نیمه اول قرن بیستم رو به افزایش است و به عنوان مهم‌ترین عارضه تغذیه‌ای و معضل اجتماعی در سطح جهان از آن یاد می‌شود (لین و لی، ۲۰۲۱؛ سرکاتو و فونسکا، ۲۰۱۹) و شیوع آن در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از جمله ایران در حال افزایش است (عزیزی، حسینی و حسینی، ۱۴۰۰؛ تای، بارسلونا و گاندرسون، ۲۰۱۸). اهمیت بررسی این موضوع از آن جهت است که اضافه وزن صرفاً زمینه ساز بروز مشکلات جسمانی نیست، بلکه به عنوان یکی از تداخل‌های بین جسم و روان و از عوامل بروز مشکلات رفتاری نیز از آن یاد شده است (سوبل-گولدرگ و رایبینوویتز، ۲۰۱۶). به عبارتی اضافه وزن دارای ارتباطی دو سویه با آشفتگی‌های روان‌شناختی و وضعیت روان‌پزشکی شخص است به طوری که بسیاری از مسائل روان‌شناختی به صورت عوامل اولیه و ثابت می‌توانند سبب پدیدایی چاقی شوند و از دیگر سو، اضافه وزن نیز به بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی نامساعد و نارضایتی از زندگی منجر می‌شود (نریمانی و نعمتی، ۱۳۹۹). بنابراین لازم است تا افراد دارای اضافه وزن ترغیب گردند تا برای کاهش وزن اقدام نمایند و در این راستا توجه به برخی از سازه‌های مرتبط با کاهش وزن حائز اهمیت هستند.

یکی از عوامل روان‌شناختی مهم این زمینه، خوردن هیجانی^۲ است (لیمبر و سامرز، ۲۰۲۱). خوردن هیجانی به معنای تمایل به خوردن در پاسخ به حالات هیجانی (بونگرس و جانسن، ۲۰۱۶) و به صورت گرایش به خوردن در پاسخ به یک سری از هیجان‌های منفی به منظور غلبه بر عاطفه منفی تعریف شده است (ریکا، فیواوانتیب، سوروا، روتلا و اوالدین، ۲۰۱۲). تصویربرداری مغز مدل‌های حیوانی نشان داده‌اند که مصرف بیش از حد مواد غذایی، تغییراتی را در سیستم‌های دوپامینرژیک و افیونی ایجاد می‌کنند که مشابه با تغییراتی است که به وسیله داروها و مواد مخدر ایجاد می‌شوند. مواجهه مکرر با خوراکی‌های لذیذ و کم ارزش، همانند مواجهه با مواد مخدر باعث از بین رفتن تعادل مدارهای انگیزشی رفتار و مدارهای پاسخ‌ها می‌شوند که ناتوانی در غلبه بر میل به غذا و در نتیجه خوردن هیجانی می‌شود (ولکو، ونگ، توماسی و بالر، ۲۰۱۳). به طور کلی، خوردن هیجانی به عنوان راهبردهایی شناخته می‌شوند که افراد از آن‌ها برای مدیریت حالات هیجانی منفی استفاده می‌کنند. پیش از آنکه خوردن اتفاق بیافتد، افراد عواطفی منفی را تجربه می‌کنند که توان تنظیم کردن آنها را ندارند و همین امر باعث می‌شود که خوردن به عنوان راهبردی انتخاب شود که به شدت ناسازگارانه است (بساک نژاد، عارفی و ارشدی، ۱۳۹۷). افراد با پرخوری هیجانی، افراد بلندپروازی هستند که به فشارهای اجتماعی برای لاغر شدن واکنش نشان می‌دهند و به همین دلیل مستعد خلق افسرده هستند که بر خانواده‌های آنان نیز تأثیر بسزایی دارد. همچنین مشخص شده است در این خانواده‌ها میزان صمیمیت کمتر و تعارض‌ها بیشتر است؛ چراکه این افراد پدر و مادر خود را سهل‌انگار، بی‌توجه و طردکننده توصیف می‌کنند (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۴۰۱).

این سازه در پژوهش حاضر از این بابت از جمله مسأله‌های حائز توجه است که در تلاش افراد در اجرای برنامه‌های غذایی و ورزشی نقش به‌سزایی دارد. بنابراین درمانی که بتواند موجب بهبود خوردن هیجانی

1. Overweight

2. Emotional eating

شود؛ قطعاً می‌تواند منجر به کاهش وزن افراد مبتلا به اضافه وزن در طولانی مدت شود. به علاوه نتایج مایوس‌کننده درمان‌های سنتی چاقی، برخی متخصصان را بر آن داشت تا کمتر به طور صرف روی کاهش وزن تمرکز کنند و بیشتر به تغییرات روان‌شناختی مثبت با به کارگیری روان‌درمانی‌های گوناگون متوسل شوند (باکر، سوپریا، دوتیل و گائو، ۲۰۲۲). یکی از درمان‌های معرفی شده در این زمینه، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است (مارکادو، رابینسون، گوردون، ورتمن، کمپل و همکاران، ۲۰۲۱؛ معصومی‌الموت، رحمانیان، آقا محمدی، محمدی و نصیری، ۲۰۲۰؛ سلطانی زاده، ۲۰۲۲؛ موسوی، خادمی، حسینی فرد، پورحسین و جعفریان، ۱۳۹۸). بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بردارنده اجزایی از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده توسط کابات-زین و شناخت درمانی بک می‌باشد و در قالب یک درمان گروهی برای کار با افراد دارای تاریخچه افسردگی و در نتیجه آسیب‌پذیر در برابر دوره‌های بعدی توسعه داده شده است (لی هی، تیرچ و ناپولیتونو، ۲۰۱۴). این درمان بر اساس تحلیل ابتکاری سودمندی شناخت درمانی، به افراد آموزش می‌دهد که چگونه به طور متفاوت‌تری از قبل با تفکرات و احساسات منفی خود بدون تمرکز به تغییر اعتقاد در مورد محتوای تفکر ارتباط یابد (سگال، ویلیامز و تیزد، ۲۰۱۳). به ویژه بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد آموزش می‌دهد چگونه الگوی نشخوار، عادت‌ها و خودکارآمدی ذهن را به محض شناسایی به الگوی متفکرانه و عمدی ذهن تبدیل سازند، به گونه‌ای که تفکرات و احساسات منفی از چشم انداز وسیع‌تری به عنوان رخداد‌های ساده گذرنده در ذهن شناخته شوند (کرین، ۱۴۰۰).

هر چند این رویکرد برای جلوگیری از عود در بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر می‌برند، ساخته شده است (ماسودا و هیل، ۲۰۱۳) با این حال پژوهش‌هایی اثربخشی آن را در اختلالات دیگر مثل اختلالات خوردن تاکید کرده‌اند (قادری، غلامرضایی و رضایی، ۱۳۹۵). در همین راستا موسویان، مرادی، میرزایی، شیدفر، محمودی و طاهری (۱۳۸۹) گزارش نمودند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق کاهش مشکلات روانشناختی و خوردن هیجانی در کاهش چاقی موثر است و نتایج حاصل از پیگیری یک ماهه، پایداری نتایج را نشان می‌دهد. کریر، خوری، گوناک و کناپر (۲۰۱۸) نیز اعلام نمودند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش وزن اثرات مثبتی دارد. همانطور که ملاحظه می‌شود اغلب مطالعات انجام شده، اثرات این درمان را بر چاقی و شاخص توده بدنی سنجیده‌اند و مطالعه‌ای اثرات این درمان را بر سازه‌های روان‌شناختی دخیل در کاهش وزن موفق مانند خوردن هیجانی مورد توجه قرار نداده است که این موضوع خلا پژوهشی موجود در این زمینه را نشان می‌دهد. همچنین با آنکه این درمان در کاهش وزن، موفق عمل نموده است؛ لیکن این درمان ویژگی‌های خاص افراد دارای اضافه وزن را در نظر نمی‌گیرد. به همین ترتیب پژوهش حاضر سعی داشت برای نخستین بار با شناسایی مشکلات خاص زنان دارای اضافه وزن و تلفیق تکنیک‌های دو مداخله شفقت درمانی^۱ و ذهن آگاهی^۲، بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی را به منظور کمک به زنان دارای اضافه وزن طراحی کند.

انتخاب تکنیک‌های شفقت درمانی در راستای کاهش اضافه وزن و بهبود اختلالات خوردن، از سوی طاهرپور، سهرابی و زمستانی (۱۳۹۷) پیشنهاد شده است. سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود

1. Compassion Therapy
2. Mindfulness

هیجان‌های منفی، در درمان‌های شناختی-رفتاری ریشه دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹) و اصول پایه در آن به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد این درمان با هدف نهایی افزایش شفقت به خود، بتواند از طریق کاهش سخت‌گیری نسبت به خود، قضاوت خود کمتر و تسهیل پذیرش وقایع منفی زندگی و ایجاد خودارزیابی‌ها و واکنش‌های دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان، از خودانتقادی اغراق‌آمیز افراد دارای اضافه وزن کاسته و آنان را به سمت افزایش نقش و مسئولیت در حوادث منفی و تسهیل توانایی در مقابله با عواطف منفی سوق دهد (طاهرپور و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهش‌های انجام شده در این راستا نشان می‌دهند که این درمان بر کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دارای اختلالات خوردن (طاهرپور و همکاران، ۱۳۹۷) که از سازه‌های موثر در کاهش وزن موفق است، موثر می‌باشد. در همین راستا پژوهش استیند، باچانان، گوس و آلان (۲۰۱۷) تاثیر شفقت درمانی بر اختلالات خوردن را تایید نمود.

همچنین هابینگر (۲۰۱۹) توضیح می‌دهد تکنیک‌های ذهن آگاهی به منظور کمک به افراد دارای اضافه وزن مفید است. اخیراً ذهن آگاهی توجه بسیاری در زمینه استفاده از این رویکرد در سبک خورد و خوراک به ویژه چاقی و اضافه وزن را به خود جلب کرده است. ذهن آگاهی با افزایش آگاهی از افکار، هیجانات، اعمال و همچنین نشانه‌های درونی (زیستی) در لحظه حال می‌تواند باعث افزایش رفتارهای خوردن سالم‌تر شود. افراد ذهن آگاه میزان مصرف کمتری از غذاهای پرکالری را گزارش می‌دهند و ترجیح بیشتری به سمت میوه نسبت به شیرینی دارند (جوردن، وانگ، دوناتونی و میر، ۲۰۱۴). خوردن آگاهانه می‌تواند موجب کاهش جذابیت غذاهای ناسالم و ایجاد عادات غذایی سالم‌تر و همچنین مانع اثر هیجان‌های منفی بر میزان مصرف غذا شود. خوردن ذهن آگاهانه به فرایند غذا خوردن متمرکز است و همچون مداخلات سنتی مدیریت وزن بر نوع و مقدار غذایی که خورده می‌شود، متمرکز نیست (مور، اسکات و مک اینتوش، ۲۰۱۳). در این راستا دالن، اسمیت، شلی، لی اسلوان، لی‌های و همکاران (۲۰۱۰) گزارش نمودند مداخله ذهن آگاهی متمرکز بر خوردن بر بهبود رفتارهای خوردن در افراد چاق موثر است. نتایج پژوهش کریستلر و وولور (۲۰۱۱) نیز نشان داد آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود احساس خودکنترلی در برابر غذا خوردن تاثیر مثبت دارد. پژوهش پیرسون، فولت و هیز (۲۰۱۲) نیز اثر مثبت آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهانه در کاهش رفتارهای نامطلوب خوردن را تایید نمود. کاترمن، گلدشتاین، بوتترین، فورمن و لائو (۲۰۱۴) نیز گزارش نمودند آموزش ذهن آگاهی در پرخوری و خوردن هیجانی در افراد درگیر با این رفتارها تاثیر مثبت دارد.

بر اساس مبانی نظری و شواهد تجربی ارائه شده، تکنیک‌های ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر خوردن هیجانی در افراد با اضافه وزن اثرات مثبتی دارند، اما خلأیی که در این زمینه وجود عدم توجه به ویژگی‌های خاص زنان دارای اضافه وزن بود که موجب می‌شد در برخی مواقع از اثربخشی این تکنیک‌ها در طولانی مدت بکاهد. بنابراین محقق در این پژوهش سعی نمود با شناسایی ویژگی‌های خاص زنان دارای اضافه وزن، و چینش تکنیک‌های این دو درمان بر اساس ویژگی‌های شناسایی شده، بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی، را طراحی نماید تا ماندگاری اثر تکنیک‌های دو درمان را بر خوردن هیجانی زنان دارای اضافه وزن را تضمین نماید. از سوی دیگر با توجه به شواهد تجربی مبنی بر مفید بودن بسته شناخت درمانی

مبتنی بر ذهن‌آگاهی به منظور کمک به زنان دارای اضافه وزن، این بسته درمانی به عنوان مبنایی برای تعیین اثربخشی بسته تدوین شده استفاده شد. بنابراین با توجه به شیوع اضافه وزن در زنان ایرانی و تاثیر پذیری اضافه وزن از خوردن هیجانی، پژوهش حاضر قصد داشت به این سوال پاسخ دهد که:

(۱) آیا بسته ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقتی در بهبود خوردن هیجانی زنان دارای اضافه وزن موثر است،

(۲) آیا اثربخشی بسته ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود خوردن هیجانی زنان دارای اضافه وزن تفاوت معناداری دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با دوره پیگیری بود. جامعه‌ی آماری این تحقیق را زنان دارای اضافه وزن در شهر اصفهان مراجعه کننده به مراکز و مطب‌های کنترل و کاهش وزن در سال ۱۳۹۹، تشکیل دادند که تعداد دقیقی از آنان در دسترس نیست. از بین این زنان، شامل ۴۵ (برای هر یک از سه گروه مطالعه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است) نفر بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج به شیوه هدفمند برای اجرای طرح نیمه‌آزمایشی سه گروهی سه مرحله‌ای انتخاب شدند. در نظر گرفتن ۱۵ نفر برای هر یک از سه گروه پژوهش، بر مبنای توصیه ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌ها در مطالعات آزمایشی بوده است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۴۰۱).

ملاک‌های ورودی شامل موارد زیر بود: ۱. تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش؛ ۲. زنان دارای اضافه وزن (شاخص توده بدنی بزرگتر از ۲۵)؛ ۳. دارای دامنه سنی ۱۸-۶۵ سال؛ ۴. عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (که توسط روانپزشک و یا روانشناس بالینی مورد تایید قرار گرفته باشد)؛ ۵. عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی همزمان؛ ۶. عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی از ۳ ماه قبل (از طریق پرسش از مراجعین)؛ ۷. عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی (که توسط پزشک تشخیص داده شده و مراجع به آن اذعان دارد) که مانع از اجرای درمان روان‌شناختی باشد. ملاک‌های خروجی نیز عبارت بودند از: ۱. مصرف انواع مواد مخدر و الکل؛ ۲. عدم همکاری و یا عدم تمایل به ادامه پژوهش؛ ۳. عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه گواه پس از اتمام درمان گروه‌های آزمایش بود. ابزار پژوهش که در سه مرحله پژوهش مورد سنجش قرار گرفت، در ادامه ارائه شده است.

ابزار پژوهش

۱. نسخه ویرایش شده پرسشنامه رفتارهای خوردن. این پرسشنامه توسط ون استرین، فریجترز، برگرز و دفارس (۱۹۸۶)، به منظور ارزیابی میزان خوردن افراد در پاسخ به برانگیختگی هیجانی، طراحی و ساخته شد. جهت توانایی در تمایز امیال به خوردن با رفتارهای مربوط به خوردن، فورمن و هربرت (۲۰۰۹)، پرسشنامه را اصلاح کردند. پرسشنامه اصلاح شده شامل ۱۱ سؤال در دو موقعیت می‌باشد که از افراد خواسته می‌شود یک بار در مواجهه با رفتار که در این موقعیت عمل خوردن را می‌سنجد و بار دیگر در مواجهه با

امیال که میل به خوردن را می‌سنگد. این سؤال‌ها در غالب طیف لیکرت از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) نمره گذاری می‌شود. پرسشنامه اصلی (اولیه) ضریب اعتبار کافی ($\alpha=0.79$) را نشان می‌دهد. نسخه اصلاح شده اعتبار درونی بالایی ($\alpha=0.96$) را در پژوهش فورمن و هربرت (۲۰۰۹) نشان داد. از آنجا که این پرسشنامه در ایران ترجمه و تطبیق داده نشده بود، ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه به شیوه وارو- وارون ترجمه شد. سپس مقابله ترجمه فارسی و انگلیسی توسط سه نفر متخصص (استادیار و دانشیار دانشگاه) مسلط به زبان انگلیسی و زبان تخصصی علوم رفتاری و روان شناسی انجام و پس از ویراستاری ادبی نسخه نهایی آن تنظیم شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای هر دو خرده مقیاس میل به خوردن و عمل به خوردن، 0.95 به دست آمد.

۲. بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی. جلسات بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هر هفته یکبار اجرا شد. این بسته درمانی برای نخستین بار در پژوهش حاجی رستم (۱۳۹۹) تدوین و اعتباریابی شد. به این صورت که ابتدا برای کشف نیازها و مسائل مورد نیاز برای گنجاندن در بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی، تعداد ۴۰ منبع تا مرز رسیدن به اشباع اطلاعاتی مطالعه شد و سپس اقدام به استخراج نیازها و مسائل مطرح برای زنان دارای اضافه وزن شد. پس از دستیابی به شبکه مضامین نیازها و مسائل زنان دارای اضافه وزن، فنون و تکنیک‌های ذهن آگاهی و شفقت درمانی از کتب، مقالات، رساله‌ها و پایان نامه‌ها استخراج و بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی تدوین شد. ضریب توافق پنج داور، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کفایت درمانی بین 0.8 تا 1 در نوسان بود که حکایت از روایی مناسب درمان داشت.

۳. بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز طی هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هر هفته یکبار اجرا شد. این بسته درمانی توسط تیزدل، سگال و ویلیامز (۱۹۹۵) مطرح شد و در تحقیقات لطفی کنگرشاهی، دهقانی آرانی، رستمی، اشرف تالش و ابوالحسنی (۱۳۹۸) و موسوی و همکاران (۱۳۹۸) مورد استفاده قرار گرفته است. در جدول ۱، خلاصه جلسات دو درمان ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی	محتوای جلسات بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
اول	خوش آمد گویی، معرفی درمانگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای ارتباط با مشاور، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با قوانین کلی درمان، توضیح در مورد آسیب‌های روانشناختی اضافه وزن بر زنان، معرفی ذهن آگاهی، آشناسازی اعضا با مراقبه متمرکز بر آگاهی، بحث در مورد هدایت خودکار و اهمیت زندگی در زمان حال، آموزش واریسی بدن و تنفس آرام‌بخش، ارائه تکلیف خانگی.	معارفه و مفهوم سازی اختلال، آماده سازی گروه برای شروع درمان، توضیح در مورد بیش فعالی و اثرات آن بر خانواده، مفاهیم خانواده و ارتباطات خانوادگی. ایجاد رابطه درمانی، اطمینان بخشی، گرفتن تعهد از مراجع که در صورت تمایل به ادامه، نسبت به انجام تکالیف و تکمیل دوره متعهد شود، پرواز بر روی خلبان خودکار، تمرین خوردن کشمش، ذهن آگاهی خوردن کشمش، ذهن آگاهی تنفس
دوم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی (ارزیابی افکار و احساسات خود)، بررسی نوع	مبارزه با افکار خودکار، آموزش ذهن آگاهی دقیقه‌ای فضای تنفس، آموزش ذهن آگاهی قدم زدن، آموزش ذهن آگاهی

<p>احساسات ناخوشایند، استفاده از استعاره‌های مرد درون چاه، فرزند جیغ و جیغو، ثبت وقایع خوشایند یا لذت بخش (هر روز)، مراقبه نشسته ۱۱ تا ۱۵ دقیقه، ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>برخورد مراجع با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)، تمرین ذهن آگاهی برای شروع تغییر و هدایت مراجعان برای دیدن خود از زاویه دیگر، ارائه تکلیف خانگی</p>
<p>آموزش چند نمونه از ذهن آگاهی فعالیت‌های روزمره و بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، بازنگری ذهن آگاهانه، قدم زدن ذهن آگاهانه، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند، ارائه تکلیف خانگی.</p>	<p>بررسی تکلیف خانگی، توضیح مفهوم پذیرش، پذیرش نسبت به افکار و احساسات ناخوشایند، معرفی سیستم بازداری-فعال‌سازی، بررسی تاثیر ذهن مشفقانه بر هیجانات، ارائه تکلیف خانگی.</p>
<p>آموزش پذیرش، استفاده از استعاره‌های مهمانخانه، فرد دست شکسته، فنجانت را خالی کن...، ۱۵ دقیقه ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین، افکار خودکار، فضای تنفس ۳ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.</p>	<p>بررسی تکلیف خانگی، تکرار تمرینات واری بدن و تنفس، تمرین مراقبه نشسته ذهن آگاهانه، تمرین ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن آگاهانه، گوش دادن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بوییدن آگاهانه، دیدن آگاهانه)، آموزش ذهن آگاهی بخشش نسبت به خود و دیگران، ارائه تکلیف خانگی.</p>
<p>ذهن آگاهی نشستن آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاربمان ارتباط برقرار می‌کنیم؛ بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آنها بر بدن و واکنش به آنها، بازنگری تمرین، ذهن آگاهی فضای تنفس و بازنگری آن، تعیین تکلیف خانگی.</p>	<p>بررسی تکلیف خانگی، تکرار تمرین ذهن آگاهی بخشش، ارزیابی مهارت‌های مشفقانه در مراجعین، آموزش ذهن آگاهی مشفقانه، ارائه تکلیف خانگی.</p>
<p>آموزش رهایی از طریق بخشش؛ متافور مرد چاقو خورده، آموزش ذهن آگاهی رها کردن، افزایش خود ارزشمندی؛ متافور کوزه ترک برداشته، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، قبل از این که نسبت به افکار دید وسیع‌تری در مورد تنفس، تعیین تکلیف خانگی.</p>	<p>بررسی تکلیف خانگی، آموزش رسیدگی مشفقانه به مشکلات، ذهن آگاهی مشفقانه با مشکلات، آموزش نوشتن شکرگزاری روزانه، تعیین و انتخاب مسیرهای مهم در زندگی، آموزش گام‌های نیل به ارزش‌ها، ارائه تکلیف خانگی</p>
<p>دوستی و مهربانی با خود و دیگران، ایجاد رابطه با خود، ذهن آگاهی گوش دادن برای بهبود روابط، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده‌آیی می‌شود، برنامه ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، شناسایی نشانگان عود، شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود/بازگشت، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی، دادن تکلیف خانگی.</p>	<p>بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل بررسی افکار و هیجانات مراجعان در موقعیت‌های اجتماعی، طبقه بندی افکار در موقعیت‌های اجتماعی، آموزش تماشای افکار در موقعیت‌های اجتماعی، تصویرسازی ذهنی فضای امن، به کارگیری تصویرسازی ذهنی برای گرفتن مهربانی از سوی دیگران، ارائه تکلیف خانگی</p>
<p>صبر کردن قدردانی کردن، تأمل و تغییر، سیاست‌گذار هر روز باشید، تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن، بازنگری کل برنامه (آنچه که یاد گرفته شده)، بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفته گذشته؛ چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیر منظم ایجاد شده ادامه یابد، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس اجرا شد.</p>	<p>بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، آموزش ذهن آگاهی رها کردن، به کارگیری تصویرسازی ذهنی برای مهربانی کردن به دیگران، ارائه تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ تغییرات.</p>

شیوه اجرا. داده‌های مربوط به سه مرحله با استفاده از روش‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در سطح آمار توصیفی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین‌ها، انحراف معیار و خطای استاندارد) و در سطح آمار استنباطی نیز ابتدا با بررسی پیش‌فرض‌های لازم شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا و برقراری پیش‌فرض استقلال، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد. جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها، آزمون‌های تعقیبی متناسب (مانند آزمون بونفرونی) با روش‌های آماری به کار برده شده در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. این تحلیل‌ها با کمک نرم افزار SPSS (ویرایش ۲۳) انجام شد.

یافته‌ها

اغلب زنان شرکت کننده در پژوهش در هر سه گروه دارای مدرک لیسانس بوده‌اند. به علاوه در گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی، ۵ نفر تا ۳۰ سال، ۷ نفر تا ۳۱ تا ۳۵ سال و ۳ نفر تا ۳۶ سال و بالاتر بوده‌اند. در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ۶ نفر تا ۳۰ سال، ۴ نفر تا ۳۱ تا ۳۵ سال و ۵ نفر در گروه ۳۶ سال و بالاتر بوده‌اند و در گروه کنترل، ۶ نفر تا ۳۰ سال، ۷ نفر تا ۳۱ تا ۳۵ سال و ۲ نفر تا ۳۶ سال و بالاتر بوده‌اند. همچنین در گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خود شفقتی، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل همگی، ۱۲ نفر (معادل ۸۰ درصد) مجرد و ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) متاهل بوده‌اند. به علاوه نتایج آزمون‌های دو نشان می‌دهد که بین سه گروه در توزیع فراوانی تحصیلات، سن و وضعیت تاهل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیر خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) به تفکیک گروه‌های پژوهش و در سه مرحله پژوهش ارائه شده است. چنان‌که در این جدول مشاهده می‌شود، در خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن)، گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری را در میانگین داشته‌اند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) در سه گروه پژوهش

در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله	گروه ذهن آگاهی شفتت محور		شناخت درمانی مبتنی بر		گروه کنترل (گواه)
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
میل به خوردن	پیش‌آزمون	۳۵/۳۳	۳/۱۸	۳۵/۱۳	۲/۶۷	۳۵/۰۷
	پس‌آزمون	۳۱/۰۷	۲/۱۵	۳۳/۶۷	۳/۱۸	۳۴/۹۳
	پیگیری	۳۱	۱/۹۶	۳۳/۶۰	۲/۹۵	۳۴/۸۰
رفتار خوردن	پیش‌آزمون	۳۲/۹۳	۲/۳۷	۳۳/۹۳	۲/۲۸	۳۳/۹۳
	پس‌آزمون	۳۰/۸۰	۲/۵۷	۳۱/۵۳	۲/۳۶	۳۳/۷۳
	پیگیری	۳۰/۶۷	۲/۶۶	۳۱/۴۷	۱/۹۲	۳۴

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، در جهت بررسی پیش‌فرض‌های این تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توزیع داده‌ها نرمال بوده است ($p > 0/05$)، آزمون لوین نیز نشان داد برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده است ($p > 0/05$)، آزمون ام‌باکس نیز برابری ماتریس واریانس-کوواریانس را تایید نموده است ($p > 0/05$). لیکن پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی نشان داد که این پیش فرض رعایت نشده است ($p < 0/05$). بر این اساس با برآورده نشدن پیش‌فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین-هاوس-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای متغیر خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن)

متغیر	توان آماری	نوع تحلیل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معناداری	مجزور سهمی	توان آزمون
توان آماری	۱	با رعایت فرض کرویت	۱۲۰/۱۸	۲	۶۰/۰۹	۱۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱
		گرین-هاوس-گیزر	۱۲۰/۱۸	۱/۴۹	۸۰/۶۳	۱۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
		هاین-فلت	۱۲۰/۱۸	۱/۶۱	۷۴/۸۲	۱۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱
توان آماری	۱	حد پائین	۱۲۰/۱۸	۱	۱۲۰/۱۸	۱۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
		با رعایت فرض کرویت	۸۷/۸۲	۴	۲۱/۹۶	۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۹
		گرین-هاوس-گیزر	۸۷/۸۲	۲/۹۸	۲۹/۴۶	۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۷
توان آماری	۱	هاین-فلت	۸۷/۸۲	۳/۲۱	۲۷/۳۴	۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۸
		حد پائین	۸۷/۸۲	۲	۴۳/۹۱	۷/۱۵	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۰/۹۱
		با رعایت فرض کرویت	۷۳/۶۴	۲	۳۶/۸۲	۲۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
توان آماری	۱	گرین-هاوس-گیزر	۷۳/۶۴	۱/۴۶	۵۰/۴۷	۲۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
		هاین-فلت	۷۳/۶۴	۱/۵۷	۴۶/۹۲	۲۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
		حد پائین	۷۳/۶۴	۱	۷۳/۶۴	۲۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹۸
توان آماری	۱	با رعایت فرض کرویت	۳۴/۷۱	۴	۸/۶۸	۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۸
		گرین-هاوس-گیزر	۳۴/۷۱	۲/۹۲	۱۱/۹۰	۵/۷۴	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۹۳
		هاین-فلت	۳۴/۷۱	۳/۱۴	۱۱/۰۵	۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۴
توان آماری	۱	حد پائین	۳۴/۷۱	۲	۱۷/۳۶	۵/۷۴	۰/۰۰۶	۰/۲۱	۰/۸۴

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای عامل درون‌گروهی و تعامل عامل درون‌گروهی و عامل بین‌گروهی برای خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) ارائه شده است.

چنان که در این جدول مشاهده می‌شود، نتایج مبتنی بر گرین‌هاوس-گیزر ($F=۱۹/۵۶$ ، $df=۱/۴۹$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در میل به خوردن بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. همچنین در میل به خوردن، تعامل زمان با گروه بر حسب نتایج مبتنی بر گرین‌هاوس-گیزر ($F=۷/۱۵$) معنادار است. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای تعامل زمان×عضویت گروهی برابر با $۰/۲۵$ و توان آزمون برابر با $۰/۹۷$ می‌باشد. همچنین نتایج مبتنی بر گرین‌هاوس-گیزر ($F=۲۴/۳۶$ ، $df=۱/۴۶$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در رفتار خوردن بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. در رفتار خوردن، نیز، تعامل زمان با گروه بر حسب نتایج مبتنی بر گرین‌هاوس-گیزر ($F=۵/۷۴$ ، $df=۲/۹۲$ و $p<۰/۰۱$) معنادار است. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای تعامل زمان×عضویت گروهی برابر با $۰/۲۱$ و توان آزمون برابر با $۰/۹۳$ می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن)

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
میل به خوردن	گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی	گروه MBCT	-۱/۶۸	۰/۸۹	۰/۲۰
	گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی	گروه کنترل (گواه)	-۲/۴۷	۰/۸۹	۰/۰۲
	گروه MBCT	گروه کنترل (گواه)	-۰/۸۰	۰/۸۹	۰/۰۱
رفتار خوردن	گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی	گروه MBCT	-۰/۸۴	۰/۷۵	۰/۸۱
	گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی	گروه کنترل (گواه)	-۲/۴۲	۰/۷۵	۰/۰۰۸
	گروه MBCT	گروه کنترل (گواه)	-۱/۵۸	۰/۷۵	۰/۰۱۳

در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی دو گروه آزمایش و گروه کنترل در خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) ارائه شده است. چنان که در این جدول مشاهده می‌شود، در میل به خوردن، بین گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$)، ولی بین گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی با گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$). در رفتار خوردن، نیز بین گروه ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی با گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$)، ولی بین ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی با بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) در زنان دارای اضافه وزن بود.

نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد بسته ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) در زنان دارای اضافه وزن اثرات مثبت و ماندگاری داشته‌اند. به عبارتی بسته ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) در زنان دارای اضافه وزن شده است. با توجه به این که بسته ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقتی در پژوهش حاضر برای نخستین بار توسط محقق تدوین شده است در نتیجه نمی‌توان به صورت مستقیم استنادی به همسویی و یا ناهمسویی آن با مطالعات گذشته انجام داد؛ با این حال می‌توان این بخش از نتایج را به صورت غیرمستقیم با پژوهش طاهرپور و همکاران (۱۳۹۷)، قادری و همکاران (۱۳۹۵)، دالن و همکاران (۲۰۱۰)، کریستلر و وولور (۲۰۱۱)، پیرسون و همکاران (۲۰۱۲)، کاترمن و همکاران (۲۰۱۴) و استیند و همکاران (۲۰۱۷) همسو دانست.

در تبیین اثربخشی مثبت بسته ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقتی بر خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) در زنان دارای اضافه وزن می‌توان گفت ارائه تکنیک‌های ذهن آگاهانه در بسته ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقتی باعث ایجاد تغییراتی در الگوی فکری و نگرش مراجعان در مورد افکار زنان دارای اضافه وزن شد. در این زمینه تیزدل و همکاران (۲۰۱۸) نیز معتقد است که آموزش ذهن آگاهی باعث عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و همچنین کاهش نشخوار فکری می‌گردد. بنابراین بسته ذهن-آگاهی مبتنی بر خودشفقتی، موجب آگاهی زنان از افکار مرتبط با اضافه وزن خود شد و از طریق جلب صداهای محیطی، باعث کاهش نشخوار فکری در حیطه اضافه وزن گردید. این بینش فراشناختی به دست آمده موجب آگاهی از کلیه رویدادهای هیجانی و شناختی آنگونه که رخ می‌دهند، گردید و در نتیجه خوردن هیجانی را کاهش داد. همچنین لازم است گفته شود خوردن هیجانی به صورت گرایش به خوردن در پاسخ به یک سری از هیجان‌های منفی به منظور غلبه بر عاطفه منفی تعریف شده است (ریکا و همکاران، ۲۰۱۲). نظریه پردازان در سبب‌شناسی خوردن هیجانی، معتقدند رفتارهای خوردن ناپه‌نجان به واسطه تنظیم عواطف منفی بروز می‌کند؛ یعنی خوردن به منزله‌ی یک مکانیزم مقابله‌ای برای کاستن از هیجان‌های منفی است که به واسطه رویدادهای استرس آور فراخوانده می‌شود. به علاوه استدلال کرده‌اند افرادی که دچار خوردن هیجانی هستند، در حقیقت انگیزتگی را با گرسنگی اشتباه می‌گیرند؛ این افراد وقتی دچار هیجان‌های منفی می‌شوند بازداری در آنان مختل شده و منجر به پرخوری می‌شوند. آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی در بسته ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقتی به مراجعان آموخت که در برابر فشارهای روانی و چالش‌های زندگی به جای خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) می‌توان از طریق تمرکز به اهداف و ارزش‌های تعیین شده در زمان حال و بدون قضاوت، مقاومت نموده و با مدیریت فشار روانی و تنظیم هیجان‌های خود، احساس آرامش درونی را تجربه نمایند (لی‌هی و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین مراقبه و آرام سازی موجب کاهش استرس ادراک شده مراجعان شد و از این راه شرایطی مهیا شد تا افکار رقابتی، تنش عضلانی، و سایر پدیده‌های ناسازگار، آرامش را تجربه نمایند (کرین، ۱۴۰۰) و از این طریق بر خوردن هیجانی مؤثر باشد. به علاوه با توجه به آنکه برانگیختن هیجان‌های منفی در افراد دارای اضافه وزن اغلب به موجب قضاوت‌های سایر افراد در موقعیت‌های اجتماعی است، می‌توان شناسایی افکار و هیجان‌های تعلق آمیز این گروه در موقعیت‌های

اجتماعی و همچنین آموزش تصویرسازی ذهنی فضای امن و به کارگیری این تصویر توسط مراجعان را در کاهش خوردن هیجانی موثر دانست.

در تبیین اثربخشی بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خوردن هیجانی (میل به خوردن و رفتار خوردن) در زنان دارای اضافه وزن بر اساس مبانی نظری می توان بیان نمود عواطف منفی که ممکن است از استرس ناشی شوند، می توانند به شیوه ای منفی و مضر بر خوردن تاثیر بگذارد و به این ترتیب مداخلات روانشناختی که معطوف به ماهیت و شدت عوامل استرس زا و یا دلایل ایجاد هیجانات منفی است می توانند بر این سازه تاثیر مثبت داشته باشند. ارائه تکنیک های بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب نوعی مشاهده متمرکز، انعطاف پذیر، و لحظه به لحظه و همچنین آشکار شدن جریان افکار، احساسات، و حس های جسمانی است که خود را در حیطه هوشیاری فرد عرضه می کند (لی هی و همکاران، ۲۰۱۴). طی این درمان مراجعان آموختند که شناخت ها، هیجانات و کنش هایی را که غالباً موجب برانگیختگی هیجانات منفی شان می شوند را مورد توجه دقیق و پذیرش قرار دهند و از طریق اکتساب توانایی مشاهده بدون قضاوت و همچنین آرامسازی، هیجانات منفی، خود را کاهش دهند (کرین، ۱۴۰۰). در این راستا کابات-زین توصیه می کند که مشاهده بدون قضاوت افکار مرتبط با هیجانات منفی ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها «فقط افکارند» و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند، و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند (کرین، ۱۴۰۰). به نظر سگال و همکاران (۲۰۱۳) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق افزایش پذیرش بدون داوری شرایط ناخوشایند می تواند موجب کاهش خوردن هیجانی در افراد مبتلا به پرخوری هیجانی شود. همچنین تغییرات شناختی ناشی از چالش با افکار و اصلاح تحریفات شناختی، در کنار کاهش نشخوار فکری در دریافت کنندگان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به بهبود ماندگار خوردن هیجانی می انجامد (لی هی و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس می توان یافته های این بخش از پژوهش را موید نتایج مطالعه سگال و همکاران (۲۰۱۳) دانست. همچنین کریستلر و ولور (۲۰۱۱) مدعی اند که توسعه مهارت های خود مشاهده گر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث شناخت سرخ های سیری در افراد مبتلا به خوردن هیجانی می گردد، به همین ترتیب توانایی مشاهده کشش های مربوط به پرخوری را افزایش می دهد. بنابراین این دوره آموزشی باعث آگاهی از کلیه رویدادهای هیجانی و شناختی آنگونه که رخ می دهند، می گردند. از این رو، می تواند بازشناسی اولیه نشانه های مشکل خوردن هیجانی را ارتقاء بخشد و کاربرد این مهارت ها به احتمال بسیار در پیشگیری از شروع خوردن هیجانی می تواند موثر باشد (سگال و همکاران، ۲۰۱۳).

پژوهش حاضر نیز مانند مطالعات گذشته دارای محدودیت هایی بود که در تعمیم نتایج می بایست به آن توجه شود. یکی از محدودیت های مطالعه حاضر، محدود بودن جامعه آماری به زنان دارای اضافه وزن در شهر اصفهان بود که بر این اساس رعایت جوانب احتیاط در تعمیم نتایج به جوامع دیگر پیشنهاد می شود. پیگیری کوتاه مدت سه ماهه از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر بود. در نهایت با توجه به نتایج پژوهش به متخصصان پیشنهاد می شود به منظور کاهش خوردن هیجانی زنان دارای اضافه وزن به منظور تداوم پیگیری برنامه های غذایی و ورزشی از دو مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمایند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش کلیه موازن اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت کنندگان رعایت شده است.

سپاسگزاری

از کلیه عزیزانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

مشارکت نویسندگان

در تدوین این مقاله همه نویسندگان در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده ها، تحلیل آماری داده ها و نهایی سازی نقش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بساک نژاد، سودابه، عارفی، نیما و ارشادی، نسرين. (۱۳۹۷). بررسی الگوی خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجان، عزت نفس و تکانشگری در بروز اعتیاد غذایی دانشجویان. *روانشناسی سلامت*، ۷(۲۶)، ۱۳۲-۱۴۵.
- حاجی رستم، اعظم. (۱۳۹۹). تدوین بسته ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقتی و مقایسه اثربخشی آن با بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارضایتی از تصویر بدنی، خودکارآمدی وزن، اشتیاق به غذا، خوردن هیجانی و توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن. پایان نامه دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۴۰۱). *روش های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگه.
- صالحی فدردی، جواد، مداح شورجه، راحله و نعمتی، محسن. (۱۳۹۰). مقایسه ساختار انگیزشی و سبک های خوردن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی و دارای وزن طبیعی. *نشریه اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۷۰-۱۸۱.
- طاهرپور، مریم، سهرابی، احمد و زمستانی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۶(۴)، ۵۰۵-۵۱۳.
- عصار کاشانی، هدی، روشن، رسول، خلیج، علیرضا و محمدی، جمیله. (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی هیجانی و تصویر بدنی در افراد چاق، دارای اضافه وزن و وزن بهنجار. *روانشناسی سلامت*، ۱(۲)، ۱-۱۲.
- قادری، سارا، غلامرضایی، سیمین و رضایی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده و اختلال خوردن در دانش آموزان مبتلا به علائم اختلال خوردن. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، ۲۷(۹)، ۸۰۱-۸۱۰.
- کرین، ربکا. (۱۴۰۰). *شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: با تأکید بر ویژگی های متمایز*. تهران: بعثت.

لطفی کنگرشاهی، آرش، دهقانی آرانی، فاطمه، رستمی، رضا، اشرف تالش، هاله و ابوالحسنی، مریم. (۱۳۹۸). مقایسه درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش فعالیت و کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی. *روانشناسی سلامت*، ۸(۳)، ۵۳-۷۸.

موسوی، ابوالفضل، بهرامی، فریبا، حسینی فرد، حسین، پورحسین، رضا و جعفریان، محمود. (۱۳۹۸). ارزیابی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر تن در افراد دچار چاقی. *رویش روانشناسی*، ۳(۳۶)، ۱۷۵-۱۸۶.

موسویان، نرگس، مرادی، علیرضا، میرزایی، جعفر، شیدفر، فرزاد، محمودی کهریز، بهرام و طاهری، فاطمه. (۱۳۸۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش چاقی. *اندیشه و رفتار*، ۴(۱۶)، ۵۷-۴۹.

نریمانی، محمد و نعمتی، محسن. (۱۳۹۹). رابطه بین آشفتگی روان شناختی و عزت نفس با شاخص های تن سنجی در کودکان چاق. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۸(۹)، ۳۰۴۳-۳۰۳۰.

References

- Asar Kashani, H., Roshan, R., Khalaj, A., & Mohammadi, J. (2012). A comparison of emotional neglect and body image in obese, overweight, and normal-weight individuals. *Health Psychology*, 1(2), 1-12. (In Persian)
- Baker, J., Supriya, R., Duthel, F & Gao, Y. (2022). Obesity: Treatments, Conceptualizations, and Future Directions for a Growing Problem. *Biology*, 11(2), 1-12.
- Basaknejad, S., Arefi, N., & Arshadi, N. (2018). Investigating the pattern of emotional eating, emotional dysregulation, self-esteem, and resilience in the occurrence of food addiction in students. *Health Psychology*, 7(26), 132-145. (In Persian)
- Bongers, P., & Jansen, A. (2016). Emotional eating is not what you think it is and emotional eating scales do not measure what you think they measure. *Frontiers in Psychology*, 7, Article 1932.
- Carriere, K., Khoury, B., Gunak, M. M., & Knauper, B. (2018). Mindfulness-based interventions for weight loss: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(2), 164-177.
- Cercato C, Fonseca FA (2019) Cardiovascular risk and obesity. *Diabetol Metab Syndr* 11: e74
- Dalen, J., Smith, B.W., Shelley, B.M., Lee Sloan, A., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulnessbased intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 260-264.
- Forman, E.M., & Herbert, D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear. In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. 263-268.
- Ghaderi, S., Gholamrezaei, S., & Rezaei, F. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on mindfulness on reducing perceived stress and eating disorders in students with eating disorder symptoms. *Urmia Medical Journal*, 27(9), 801-810. (In Persian)
- Gilbert P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3): 199-208.

- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Hajirastem, A. (2020). Development of a self-compassion-based mindfulness package and comparison of its effectiveness with mindfulness-based cognitive therapy on body image dissatisfaction, weight self-efficacy, food cravings, emotional eating, and body mass index in overweight women. Doctoral dissertation, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch. (In Persian)
- Hübinger, C. (2019). Runoff modelling and assessment of treatment wetland performance using a triangular form based multiple flow algorithm. <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/8986191>
- Jordan, C. H., Wang, W., Donatoni, L., & Meier, B. P. (2014). Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences*, 68: 107–111.
- Katterman, S.N., Goldstein, S.P., Butryn, M.L., Forman, E.M., & Lowe, M.R. (2014). Efficacy of an acceptancebased behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 45-50.
- Kring, R. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy: Emphasizing distinctive features. Tehran: Basat Publishers. (In Persian)
- Kristeller, J.L., & Wolever, R.Q. (2011). Mindfulnessbased eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19: 49–61.
- Kopelman P. (2007). Health risks associated with overweight and obesity. *Obesity Reviews*, 8, 13-17.
- Kyrou, L., Randeve, H., Tsigos, C., Kaltsas, G & Martin, M. (2018). Clinical Problems Caused by Obesity. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278973/>
- Leahy, R., Tirch, D., & Napolitano, L. (2014). Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner guide. Translated by: A, Mansouri rad. Tehran: Arjmand.
- Limbers, C.A & Summers, E. (2021). Emotional Eating and Weight Status in Adolescents: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 991. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030991>
- Lin, X & Li, H. (2021). Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutic. *Front. Endocrinol.* 12, 706978. doi: 10.3389/fendo.2021.706978.
- Lotfi Kongarshahi, A., Dehghani Arani, F., Rostami, R., Ashraf Talash, H., & Abolhasani, M. (2019). A comparison of cognitive-behavioral therapy with mindfulness-based cognitive therapy in increasing activity and reducing weight in overweight individuals with coronary artery disease. *Health Psychology*, 8(3), 53-78. (In Persian)
- MasoumiAlamout, M., Rahmanian, M., Aghamohammadi, V., Mohammadi, E., KhadijehNasiri, K. (2020). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on weight loss, improvement of hypertension and attentional bias to eating cues in overweight people
- Masuda, A & Hill, M.L. (2013). Mindfulness as therapy for disordered eating: a systematic review. *Neuropsychiatry*, 3(4), 433-447
- Mercado, D., Robinson, L., Gordon, G., Werthmann, J., Iain C. Campbell, I Schmidt, U. (2021). The outcomes of mindfulness-based interventions for Obesity and Binge Eating Disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Appetite*, 166(1), 105-464.
- Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2013). Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*, 4(3), 269–274.

- Mousavi, A., Bahrami, F., Hosseini Fard, H., Pourhossein, R., & Jafarian, M. (2019). Evaluating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on body image in overweight individuals. *Roshd-e-Ravanpsy*, 3(36), 175-186. (In Persian)
- Mousavian, N., Moradi, A., Mirzaei, J., Sheyder, F., Mahmoudi Kahriz, B., & Taheri, F. (2010). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing obesity. *Andisheh va Raftar*, 4(16), 57-49. (In Persian)
- Narimani, M., & Namati, M. (2020). The relationship between psychological distress and self-esteem with somatic indices in overweight children. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 28(9), 3030-3043. (In Persian)
- Nauta, H., Hospers, H., & Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*, 6(3), 271-284.
- Pearson, A.N., Follette, V.M., & Hayes, S.C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1): 181-197.
- Riccaa, C., Fioravantib, G., Sauroa, C.L., Rotellaa, F., Ravaldia, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 245-251.
- Salehifard, J., Madah Shorjeh, R., & Namati, M. (2011). A comparison of motivational structure and eating styles in overweight and obese women with normal-weight women. *Journal of Mental Health Principles*, 13(2), 170-181. (In Persian)
- Sarmad, Z., Bazargan, A., & Hejazi, E. (2022). *Research methods in behavioral sciences*. Tehran: Agah Publishers. (In Persian)
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Sobol-Goldberg, S & Rabinowitz, J. (2016). Association of childhood and teen school performance and obesity in young adulthood in the US National Longitudinal Survey of Youth. *Prev Med*, 89, 57-63.
- Soltanizadeh, M. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Sexual Self-Esteem in Obese Women. *Diabetes & Obesity Journal*, 15(4), 555916. DOI: 10.19080/CRDOJ.2022.15.555916
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21(2), 62-73.
- Taherpour, M., Sohrabi, A., & Zomestani, M. (2018). The effectiveness of mindfulness-based treatment on reducing perceived stress and eating disorders in students with eating disorder symptoms. *Urmia Medical Journal*, 26(4), 505-513. (In Persian)
- Tay, K., Barcellona, D & Gunderson, M. (2018). Obesity trends in developing countries: Evaluation of a rural clinic population in the Dominican Republic. <https://pediatrics.aappublications.org>
- Teasdale, J.D.; Segal, Z.V. and Williams, M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control mindfulness training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., & Baler, R. D. (2013). Unbalanced neuronal circuits in addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 639-648.

Comparison of the effectiveness of self-compassion-based mindfulness package with mindfulness-based cognitive therapy package on emotional in overweight women

Azam. Hajirostam¹, Mohsen. Golparvar^{2*} & Felor. Khayatan³

Abstract

Aim: The purpose of this research was to compare the effectiveness of self-compassion-based mindfulness package with mindfulness-based cognitive therapy package on emotional eating in overweight women. **Method:** The current research was practical and semi-experimental with a pre-test-post-test design along with a follow-up period. Among the overweight women in Isfahan who referred to weight control and weight loss centers and offices in 2019, 45 people were selected by convenience sampling and randomly assigned to the research groups. The research tool was the Van Strien et al Dutch Eating Behavior Questionnaire (1986). Each of the self-compassion-based mindfulness groups by Haji Rostam (2019) and the mindfulness-based cognitive therapy group Based on the approach of Teasdale et al (1995) underwent eight treatment sessions, and the control group did not receive any treatment. The results were analyzed using SPSS software and using variance analysis method with repeated measurements. **Results:** The findings showed that the mindfulness package based on self-compassion and the cognitive therapy package based on mindfulness on the desire to eat ($F = 7.15, P = 0.001$) and eating behavior ($F = 5.74, P = 0.002$) have had a lasting positive effect on overweight women. **Conclusion:** In this way, in order to improve the desire to eat and eating behavior in overweight women, the mindfulness package based on self-compassion and the cognitive therapy package based on mindfulness can be used.

Keywords: *overweight, self-compassion-based mindfulness package, mindfulness-based cognitive therapy package, emotional eating.*

1. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Khorasgan Branch (Isfahan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. *Corresponding author: Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Khorasgan Branch (Isfahan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Email: drmgolparvar@hotmail.com

3. Assitant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Khorasgan Branch (Isfahan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran