

اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، سبک خوردن و شاخص توده بدنی در نوجوانان دختر چاق

سهیل معظمی گودرزی^۱، نرگس باباخانی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران.

^۲ استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران.

نام و نشانی الکترونیکی نویسنده مسئول:

نرگس باباخانی

babakhani@riau.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر تنظیم شناختی-هیجانی و سبک خوردن و شاخص توده بدنی در نوجوانان دختر چاق با شاخص توده بدنی بالای ۳۰ می باشد.

مواد و روشها: روش این پژوهش، آزمایشی با مدل پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر چاق شهرستان بروجرد در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بودند، که از میان آنها ۴۰ نفر (۲۰ نفر آزمایش و ۲۰ نفر کنترل) به روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد و پس از اتمام جلسات پس آزمون روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. در این پژوهش از پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجانی گارنفسکی و همکاران و از پرسشنامه سبک خوردن داچ استفاده شد.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد، میانگین نمرات تنظیم شناختی-هیجانی، سبک خوردن و توده بدنی گروه آزمایش در پس آزمون تفاوت معنی داری با گروه کنترل دارد ($P < 0/01$). بنابراین درمان ذهن آگاهی توانست ۶۴ درصد بر تنظیم شناختی-هیجانی و ۴۷ درصد بر سبک خوردن دختران چاق موثر واقع شود.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، تنظیم شناختی-هیجانی، سبک خوردن، چاقی.

مقدمه

با توجه به شیوع مسئله چاقی در جهان (حدود ۲ میلیارد نفر) و همچنین در ایران، باعث شده است که تمرکز بر درمان چاقی افزایش یابد. پژوهش ها نشان می دهد زنان به صورت بیولوژیکی بیش از مردان مستعد ابتلا به ناهنجاری های تغذیه ای و چاقی هستند (بر اساس آمارهای جهانی ۲۰۱۲؛ به نقل از جدیدی و کاظمی، ۱۳۹۳).

طبق گزارش تحقیقات وزارت بهداشت ۲۹ میلیون نفر در ایران، دارای چاقی و اضافه وزن هستند، که در سال ۱۹۸۰ (۱۳۵۹)، تعداد افراد چاق در ایران، معادل ۲ میلیون نفر بوده که به ۱۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ (۱۳۹۴) رسیده و ۵/۵ برابر افزایش یافته است. همچنین تعداد افراد دچار اضافه وزن در ایران، طی همین دوره، از ۵ میلیون نفر به ۱۸ میلیون نفر افزایش یافته و بیش از ۳/۵ برابر شده است. در ایران از سال ۱۳۵۹ تا ۱۳۹۴، شیوع اضافه وزن در زنان بالغ از ۳۱/۷ درصد به ۳۲/۳ درصد و شیوع اضافه وزن در مردان بالغ از ۲۳/۹ درصد به ۳۵/۳ درصد رسیده است. همچنین در همین فاصله زمانی، شیوع چاقی در زنان از ۱۶/۶ درصد به ۲۴/۱ درصد و شیوع چاقی در مردان از ۵/۸ به ۱۳/۸ درصد افزایش پیدا کرده است. شیوع اضافه وزن در دختران زیر ۲۰ سال نیز از ۶/۴ درصد به ۱۰/۳ درصد و شیوع اضافه وزن در پسران زیر ۲۰ سال از ۴/۱ درصد به ۸/۹ درصد رسیده است. شیوع چاقی در دختران زیر ۲۰ سال، از ۱/۷ درصد به ۴/۵ درصد و شیوع چاقی در پسران زیر ۲۰ سال از ۱/۲ درصد به ۴/۳ درصد افزایش یافته است. در مجموع، شیوع استاندارد شده سنی اضافه وزن و چاقی در زنان و مردان بالغ از ۳۹/۲ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۵۳/۱ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده و شیوع استاندارد شده اضافه وزن و چاقی در نوجوانان دختر و پسر در مجموع، از ۶/۷ درصد به ۱۳/۹ درصد افزایش پیدا کرده است. (رضا ملک زاده معاون تحقیقات وزارت بهداشت، مشرق نیوز، ۶ فروردین ۱۳۹۸).

بیماری چاقی حاصل تعامل ژن، رفتار و محیط است و می تواند پیش زمینه بسیاری از بیماری های دیگر مثل دیابت، بیماری های قلبی و سرطان باشد. بیماری های جسمانی مانند دیابت نوع ۲، فشار خون و افزایش کلسترول خون که قبلاً در افراد بزرگسال دیده می شد، امروزه به خاطر افزایش شیوع چاقی در نوجوانان هم رایج شده است (سردولا^۱، ۱۳۹۳، سیر وگل^۲ ۱۹۹۱). به علاوه عواقب اجتماعی، روانی اضافه وزن و چاقی به خوبی شناخته شده است. بطور مثال چاقی در نوجوانی روی عزت نفس تاثیر می گذارد و تاثیر منفی روی رشد اجتماعی و شناختی نوجوانان دارد (ویوگرز^۳، ۲۰۰۵).

درباره ریشه های روان شناختی پدیده چاقی، تاکنون پژوهشهای بسیاری انجام گرفته است. یکی از مهمترین زمینه های رفتاری که موجب افزایش وزن و چاقی، و همچنین چاق ماندن افراد می شود، رفتارهای خوردن^۴ افراد است. در زمینه سبکها و عادات خوردن در افرادی که دچار اضافه وزن و چاقی هستند، سه نظریه اصلی وجود دارد. نخستین نظریه، نظریه روان تنی^۵ است. بر پایه این نظریه، برخی افراد، گرسنگی واقعی را تشخیص نمی دهند و بیشتر در پاسخ به حالت های هیجانی، شروع به خوردن می کنند. به این سبک، سبک خوردن هیجانی^۶ می گویند. نظریه دوم که نظریه بیرونی بودن نام گرفته است، می گوید که افراد بیشتر تحت تاثیر محرک های محیطی، دست به خوردن می زنند، نه با توجه به گرسنگی واقعی شان. به این سبک، سبک خوردن بیرونی گفته می شود. سومین نظریه که نظریه بازداری یا منع^۷ نام دارد، رفتار نابهنجار خوردن در افراد چاق را، به خاطر رژیم گرفتن شان می داند. به عبارت دیگر این افراد به آن علت که از خوردن برخی از خوراکی ها منع شده اند، نسبت به خوردن آن غذاها تمایل بیشتری پیدا می کنند. این سبک خوردن بازداری شده نام دارد. شناسایی سبک خوردن افراد علاوه بر طرح ریزی برنامه ی درمانی مناسب، عاملی برای پیش بینی رفتار خوردن فرد و برآورد اندازه موفقیت او در کاهش وزن، در نظر گرفته می شود. سبک خوردن هیجانی، پیش بینی کننده خوبی برای پر خوری در موقعیت هیجانی است (صالحی فدردی، مداح شورچه و نعمتی، ۱۳۹۰).

تحقیقات نشان داده است که هیجانات بر انتخاب غذا و رفتارهای خوردن به شدت تاثیر میگذارند و رفتارهای خوردن نیز تاثیر زیادی بر هیجانات دارند (لویتان^۸، ۲۰۱۰). افراد با اضافه وزن در مقایسه با افرادی که وزن طبیعی دارند، سطح بالاتری از خوردن هیجانی را گزارش کرده اند و در پاسخ به هیجانات منفی میل به خوردن بیشتری دارند (هارچنر، توینبریجر و کلدن^۹ ۲۰۱۵؛ گلیبتر و آورسا^{۱۰} ۲۰۰۳). اما به نظر

- 1 -Serdula
- 2 - Siervogel
- 3 - Veglers
- 4 - Eating Behaviours
- 5 - Psychosomatic Theory
- 6 - Emotional
- 7 - Restraint
- 8 - Lovitan
- 9 - Horchner, Tuinebreijer & Kelder
- 10 - Geliebter & Aversa

میرسد آنچه اهمیت بیشتری در بحث هیجانات دارد توانایی تنظیم شناختی هیجانات است. کول و همکاران (۲۰۰۹) تنظیم هیجان را به عنوان تغییراتی که مرتبط با هیجانات هستند و به وسیله‌ی بعضی رخدادها یا موقعیت‌ها فعال می‌شوند تعریف می‌کنند. آلدو و همکاران (۲۰۱۰)، تنظیم هیجان را به عنوان فرایندهایی که از طریق آنها، افراد هیجانانشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر می‌گیرند.

نگرش و رفتارها نسبت به خوردن، توسط عوامل چندگانه ای مانند عوامل روانشناختی از جمله هیجانات و استرس مشخص می‌شود و این متغیرها در شکل گیری اضافه وزن و چاقی نقش بسیار مهمی دارد. همچنین، فرآیندهای عصب- زیست شناختی در تنظیم خوردن از جمله کنترل رفتارهای خوردن، نشان می‌دهد که خوردن به شدت تحت تأثیر هیجانات قرار دارد. بنابراین، اگر تنظیم هیجان دچار آسیب شود، تنظیم در حیطه های دیگر مانند کنترل رفتارهای خوردن را میتواند تحت تأثیر قرار دهد (کریمی، دهنوی، ۱۳۹۶).

از دیدگاه رفتاری چندین نظریه تنظیم هیجان پیشنهاد میشود که نظریه خوردن هیجانی را به مثابه راهبرد مقابله در پاسخ به یک رنجیدگی روانی باید دانست (بنت و گرین^{۱۱}، ۲۰۱۳). این دیدگاهها اشکال رفتار مرتبط با خوردن همچون اختلالات خوردن را در پاسخ به هیجانات توصیف می‌کنند (رومل و ناندیرنو^{۱۲}، ۲۰۱۲). در این راستا، آتیا و روبرتو گزارش نمودند که هیجانات منفی از جمله اضطراب، استرس و افسردگی میتوانند عوامل پیش بینی کننده قوی برای پرخوری های هیجانی و اضافه وزن باشند (آتیا و روبرتو^{۱۳}، ۲۰۱۱). چنانکه اختلالات هیجانی از جمله افسردگی، وسواس، اضطراب و ترس اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی شایع تر است و حتی در برخی از پژوهشها نرخ شیوع این اختلالات در این افراد تا ۳۷ درصد گزارش گردیده است (گورتماکر^{۱۴}، ۲۰۱۱). لیر و همکاران نیز دریافتند که زنان دارای اضافه وزن و چاق در مقایسه با گروه سالم، خودآگاهی کمتری از هیجانات خود دارند و در تنظیم هیجانات خود با مشکل مواجه هستند (لیر^{۱۵}، ۲۰۱۵).

نتایج مطالعه (دی کاک^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۶) حاکی از آن است که هم حساسیت به پاداش و هم حساسیت به تنبیه با خوردن هیجانی رابطه دارند. (خسروی و هاشمیان، ۲۰۱۱) در مطالعات خود نشان دادند که حساسیت به پاداش، با وقوع خوردن هیجانی و بیرونی همبستگی مثبت دارد و رفتارهای خوردن و پرخوری افراطی به همراه ترجیحات غذایی ناسالم رابطه بین سیستم فعالسازی رفتاری و شاخص توده بدنی را میانجی گری میکنند. به طور خلاصه، از بررسی پژوهشهای انجام شده چنین استنباط میشود که مکانیسمهای ذهنی مربوط به فرآیند پاداش و تنبیه با تحت تأثیر قرار دادن رفتارهای خوردن، در آغاز و حفظ چاقی، نقش مهمی دارند (به نقل از، آرمانی، ۲۰۱۳).

امروزه راه های گوناگونی برای کاهش چاقی وجود دارد. هرچند یافتن راهی که متناسب با نیازهای افراد باشد، دشوار است. بی شک عواملی وجود دارد که موجب می شود افراد در تلاش برای کاهش وزن به نتایج متفاوتی دست یابند، بخشی از این موفقیت ها و عدم موفقیت ها می تواند متأثر از روش درمان، و بخشی دیگر ناشی از عوامل روانی نظیر میزان پیروی از توصیه های درمانی (وادن^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۹)، ویژگی های شخصیتی (فیث^{۱۸} و همکاران ۲۰۰۰) خودکارآمدی (لیند^{۱۹} و همکاران ۲۰)، تصویر بدنی (کانپولات^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۵) و حمایت اجتماعی ادراک شده (الفانگ و روسنر^{۲۱}، ۲۰۰۵) باشد. به همین علت در سالهای اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه درمان اختلالات روان شناختی و کاهش چاقی موجب گردیده تا روشهای نوینی توسط روانشناسان ارائه شود (دوکتین^{۲۲} و همکاران ۲۰۰۵؛ پاول^{۲۳}، ۲۰۰۷). از جمله می توان به شیوه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT^{۲۴} که توسط کابات زین^{۲۵} (۱۹۹۰) مطرح شده اشاره کرد. ذهن آگاهی، به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت است (سگال^{۲۶} و همکاران، ۲۰۰۲) همچنین، ذهن آگاهی، شامل زنده نگه داشتن هشیاری فرد برای واقعیت حاضر است (براون و رایان^{۲۷}، ۲۰۰۳).

11 - Bennett J, Greene G

12 - Rommel D, Nandrino JL

13 - Attia & Roberto

14 - Gortmaker SL

15 - Leehr

16 - De Cock

17 - Vaden

18 - Feith

19 - Linde

20 - Kanpoulat

21 - Elfhag & Rossner

22 - Douketis

23 - Powell

24 - Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

25 - Kabat-zinn

26 - Segal

27 - Brown & Ryan

ذهن آگاهی تنها یک ایده خوب نیست؛ بلکه شیوه‌ای برای زندگی است؛ این شیوه با دعوت به لحظه کنونی، حضوری بیشتر و قضاوتی کمتر، در افراد ایجاد می‌کند. اگرچه از ذهن آگاهی به عنوان علمی تازه صحبت می‌شود اما عمر واقعی این شیوه به هزاران سال پیش برمی‌گردد؛ به طوری که از آن به عنوان قلب مراقبه بودائی یاد شده، با این حال جوهره این شیوه که به معنای بودن در لحظه و به شیوه‌ای آگاهانه است، تعلیمی جهانی محسوب می‌شود (کبات زین، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راههای غلط تفکر در گذشته نیست و مستقیم به درمان مشکلات نمی‌پردازد، بلکه با هشیاری به بررسی محرک‌های زیربنایی شناختها و هیجانها توجه می‌کند و مضمون‌های نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد؛ به این ترتیب بدون قضاوت یا سرزنش نشان می‌دهد که اولاً هیجانات مرکب از افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه هستند؛ دوماً آنها اغلب نشانه‌های عمیق و وسیعی از ناکارآمدی نحوه برقراری ارتباط ما با خودمان، دیگران و دنیا هستند؛ آنها اطلاعات درونی و بیرونی را اعلام می‌کنند و علائمی هستند که فقط باید در این لحظه بدون قضاوت و یا سرزنش مشاهده شوند و مورد توجه قرار گیرند. به این ترتیب ذهن آگاهی روشی برای تربیت ذهن است و شبیه میکروسکوپی عمل می‌کند که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد؛ وقتی که ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد افکار و هیجانات خود به خود ناپدید می‌شوند (ویلیامز، پنمن، ۲۰۱۲).

ویژگی روش ذهن آگاهی آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آنها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال بیندیشد. اگر چه فن آوری، رشد و پیشرفت بشری به انسان‌ها امکان داده تا جهت درمان بسیاری از بیماری‌ها نیازی به جابه جایی فیزیکی نداشته باشد و در زمان و وقت آنها صرفه جویی شود ولی باید اذعان داشت که هنوز هم بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روانی در سایه ی هدایت و آموزش کوتاه مدت درمانگر قابل حل است. بیمارانی که سواد کافی ندارند با روش درمانی غیر حضوری قابل آموزش نیستند و این موضوع که بعضی محققان پیشنهاد کرده اند بدون حضور مستقیم و تعامل مراجع و درمانگر اختلالات روانی قابل درمان است (به نقل از، اصفهانی، ۱۳۸۳) نیاز به بررسی بیشتر دارد.

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالاتی نظیر دردهای مزمن (سگال و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از، سبحانی پور، ۱۳۹۷) افسردگی (تیزدل، سگال، ویلیامز و همکاران ۲۰۰۰؛ به نقل از، آذرگون، ۱۳۸۶) و همانند آنها به اثبات رسیده است.

بیشاب^{۲۸} (۲۰۰۴) معتقد است که ذهن آگاهی در روانشناسی معاصر به عنوان رویکردی برای افزایش آگاهی در پاسخ دادن به فرایندهای ذهنی شامل اختلالات هیجانی و بسیار مؤثر است. طبق عقیده هیز، استروسال و ویلسون،^{۲۹} (۲۰۰۶) (به نقل از حاتم خانی، ۱۳۹۰) پاسخهای واکنشی یا خودکار به حالات درونی یا بیرونی (مثل افکار، احساسات و هیجانات) انعطاف ناپذیری شناختی نامیده می‌شود و در مقابل معطوف شدن به آگاهی لحظه به لحظه و انتخاب فعالیت یا عدم فعالیت به صورت غیر خودکار و مبتنی بر ارزشهای شخصی انعطاف پذیری شناختی نامیده می‌شود. لذا با در نظر گرفتن تعریف ذهن آگاهی به عنوان ((جلب توجه کامل فرد به تجربه لحظه کنونی)) (مارلات و کریستلر^{۳۰} ۱۹۹۹؛ گرمر^{۳۱} ۲۰۰۵) رابطه بالقوه ذهن آگاهی با فرآیندهای پردازشی غیر خودکار روشن می‌شود. در نتیجه می‌توان انتظار داشت اگر آموزش ذهن آگاهی توانایی سرمایه گذاری توجه فرد بر لحظه کنونی را بهبود بخشد، در اثر تمرین بتوان با افزایش انعطاف پذیری شناختی، پردازش‌هایی را دوباره تحت کنترل درآورد که خودکار می‌شوند.

با توجه به این مسئله و با توجه به کاربردهای روش شناخت درمانی ذهن آگاهی در درمان بسیاری از بیماری‌های مرتبط با جسم، به نظر می‌آید که درمان ذهن آگاهی راهگشای خوبی برای کاهش وزن برای افراد چاق باشد. بنابراین، هدف این پژوهش تعیین میزان اثر بخشی فرآیندهای درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی-هیجانی، سبک خوردن و شاخص توده بدنی (BMI) در دختران نوجوان چاق بوده است. بر این اساس ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی که درمانی بسیار جدید است، در حوزه ی سبک خوردن و تنظیم هیجانات در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شامل مراقبه های مختلف، تمرینات یوگای کشیدگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمام این تمرین‌ها، به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه ی حاضر میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار و افکار منفی را کاهش می‌دهد. در این شیوه، منابع حسی مانند الگوهای معنایی است. (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۴).

28 - Bishob

29 - Hayes, Strosahl & Wilson

30 - Marlatt & Kristeller

31 - Germer

روش

در این پژوهش به منظور تاثیر ذهن آگاهی بر تنظیم شناخت هیجانی و سبک خوردن نوجوانان دختر چاق از روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان چاق دختر شهر بروجرد در سال ۹۶-۹۷ بود. از بین دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول و دوم، تعداد ۴۰ نفر از آنان را که دارای شاخص توده بدنی (BMI) ۳۰ تا ۴۰، بودند انتخاب شدند. پس از مصاحبه بالینی و اجرای پیش آزمون در دو گروه کنترل (۲۰ نفر) و آزمایش (۲۰ نفر) به شکل تصادفی جایگزین شدند و سپس وارد طرح پژوهش شدند.

در این پژوهش ابتدا قد و وزن دانش آموزان مورد سنجش قرار گرفته و بعد از استخراج شاخص توده بدنی (توده بدنی بالای ۳۰)، افراد چاق از دیگر دانش آموزان دختر غربال شده و سپس پرسشنامه ها (گارفنسکی و داچ) در اختیار دانش آموزان کلاس های انتخابی قرار گرفت و پس از شرح موضوع پرسشنامه و پس از کسب توافق از آنان جهت مشارکت در پژوهش و توضیح درباره اهداف پژوهش و دستورالعمل پر کردن پرسشنامه ها، دانش آموزان در حضور پژوهشگر به پرسشنامه ها پاسخ دادند. سپس فرم های تکمیل شده، دریافت شد و جهت توصیف و تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش های آماری مناسب اقدام شد.

در مرحله بعد، این افراد بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. گروه آزمایش تعداد، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به روش شناخت درمانی MBCT قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله، متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفتند. پروتکل درمانی مورد استفاده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب "کار ذهن آگاهی برنامه ۸ هفته ای برای رهایی از مشکلات هیجانی" (سگال و همکاران؛ ترجمه کشاورزی ارشدی، ۱۳۹۶) صورت گرفت. جزئیات این شیوه در جدول یک نشان داده شده است.

جدول ۱- محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (اقتباس از کشاورزی ارشدی، ۱۳۹۶)

زمان	محتوای جلسات
هفته اول	(حرکت از زندگی در "هدایت خودکار"، به سوی زندگی با هشیاری و انتخابی خودآگاهانه) تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، آشنا سازی با مفهوم هدایت خودکار، تمرین واریس بدنی، تکلیف خانگی.
هفته دوم	(حرکت از ارتباط یافتن با تجربه از درون فکر، بسوی حس کردن مستقیم و بی واسطه) تمرین واریس بدن، باز نگری تمرینها و تکالیف خانگی، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، ارائه تکالیف منزل جلسه قبل، تنفس با حضور ذهن ۱۵-۱۰ دقیقه ای، ۶ بار در ۷ روز، ثبت وقایع خوشایند یا لذت بخش.
هفته سوم	(بجای درگیر بودن با گذشته یا آینده، حرکت به سوی بودن و حضور کامل در لحظه حال) نشستن در حالت مراقبه به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، باز نگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای، تمرین یوگا را در روزهای ۲، ۴، ۶، فضای تنفس نشستن با حضور ذهن به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه.
هفته چهارم	(بجای تلاش برای دوری و اجتناب یا رهایی از تجارب ناخوشایند، حرمت بسوی آنها از روی میل و رغبت) تمرین پنج دقیقه ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، باز نگری تکلیف خانگی (مراقبه/ یوگا، فضای تنفس ۳ دقیقه ای)، فضای تنفس سه دقیقه ای+ بازنگری، تماشای یک فیلم.
هفته پنجم	(بجای نیاز به متفاوت یا دگرگون کردن هر چیز، اجازه دهید تا آنها دقیقاً همانگونه که از قبل بودند، بمانند) آگاهی از تنفس، بدن، افکار، فضای تنفس و باز نگری آن، تماشای فیلم مستند مراقبه طبیعت و بحث در مورد آن، تکلیف خانگی (مراقبه نشسته ۶ روز از ۷ روز هفته؛ روزهای ۱ و ۳ و ۵)، تنفس ۳ دقیقه ای (سه بار در روز).
هفته ششم	(بجای اینکه فکر را واقعیت بدانید، حرکت بسوی اینکه آنها تنها رویدادهای ذهنی هستند، پس واقعیت ندارند) باز نگری تمرینها، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط فعالیت و خلق، فضای تنفس ۳ دقیقه ای یا قدم زدن همراه با حضور ذهن، دادن تکلیف خانگی.
هفته هفتم	(بجای تهدید یا انتقاد شدید از خود، حرکت بسوی مراقبت از خود با مهربانی و دلسوزی)

مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرینها و تکالیف، تمرین مشاهده ارتباط فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس از عهده بر آیی می شود، تنفس ۳ دقیقه ای یا قدم زدن همراه با حضور ذهن، ایجاد نظام هشدار اولیه برای ردیابی نشانگان استرس.	
(برنامه ریزی برای آینده ای ذهن آگاهانه) بازنگری آنچه در گروه یاد گرفته شده و مرور کل برنامه، توزیع پرسش نامه بین شرکت کنندگان تا در مورد برنامه نظر بدهند، بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظم که در ۷ هفته گذشته چه در تمرین های منظم و چه در تمرین های غیر منظم ایجاد شده ادامه یابد، پایان دادن به کلاس ها.	هفته هشتم

ابزار

برای تعیین چاقی از متر سنج و ترازو بر اساس شاخص استاندارد (BMI) استفاده شد و برای بخش تنظیم شناخت هیجانی و سبک خوردن از پرسشنامه های گارنفسکی و داچ استفاده شد.

پرسشنامه تنظیم شناخت هیجانی گارنفسکی، توسط گارنفسکی^{۳۳} و همکاران (۲۰۰۲) تدوین شده است. این پرسشنامه چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است که از فرم ویژه بزرگسالان استفاده شد. مقیاس تنظیم شناخت هیجانی ۹ راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می کند. در این پرسشنامه از فرد خواسته می شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدید آمیز و رویدادهای استرس زای زندگی که به تازگی تجربه کرده اند را بوسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می کند مشخص نماید. فرم فارسی این مقیاس به وسیله ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده.

پرسشنامه سبک خوردن داچ^{۳۴} (DEBQ) به منظور تعیین سبک خوردن و خوراک، از پرسشنامه عادات خوردن داچ استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو قسمت است، قسمت اول مشخصات آزمودنی و برخی اطلاعات در خصوص قد و وزن، نوسانات وزن و وجود یا عدم وجود پر خوری های دوره ای را در بر می گیرد. قسمت دوم شامل ۳۳ سوال و سه خرده مقیاس برای سنجش سبکهای خورد و خوراک بیرونی (۱۰ سوال) و هیجانی (۱۳ سوال) و بازداری شده (۱۰ سوال) می باشد. پاسخ ها به صورت رتبه بندی ۵ درجه ای است که کمترین درجه، کمترین نمره را می گیرد و بیشترین درجه بیشترین نمره را به خود اختصاص می دهد. این پرسشنامه از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است و مطالعات متعدد، آلفای کرونباخ بالا ($\alpha = 0.93 - 0.83$) را برای مقیاسهای آن گزارش نموده اند. در مورد روایی این پرسشنامه واردل^{۳۵} (۲۰۰۵) نشان داد که این ابزار، گروههای بالینی (نظیر افراد مبتلا به بی اشتهایی عصبی یا پر خوری عصبی) را در دو مقیاس خوردن هیجانی خوردن بیرونی از گروه نرمال متمایز میکند. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط جواد صالحی فردی (۱۳۸۴) به فارسی ترجمه شده است.

یافته ها

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-20 در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام شد. شاخصهای آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد، و نتایج آزمون های آمار استنباطی تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) و تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) در این بخش ارائه می شود.

در جدول ۲ تغییرات شاخص توده بدنی BMI در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله قبل و بعد از آموزش ذهن آگاهی نشان داده می شود. مطابق یافته های تحقیق، شاخص میانگین BMI در گروه کنترل در پیش آزمون ۳۲ و در پس آزمون ۳۳ بود. همچنین میانگین BMI پیش آزمون در گروه آزمایش ۳۲/۲۰ و در پس آزمون ۳۰/۸۰ است، که نشان می دهد این شاخص در گروه کنترل افزایش و در گروه آزمایش کاهش یافته است.

33 - Garnefski

34 - Dutch

35 - Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)

36 - Wardle

جدول ۲- شاخص های توصیفی BMI در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	BMI	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
کنترل	پیش آزمون	۳۲	۱/۴۴	۳۲	۳۴
	پس آزمون	۳۳	۱/۴۴	۳۳	۳۶
آزمایش	پیش آزمون	۳۲/۲۰	۱/۳۹	۳۱/۱۱	۳۴/۶۵
	پس آزمون	۳۰/۸۰	۱/۲۴	۲۸/۸۸	۳۲/۷۴

مطابق یافته‌های تحقیق مندرج در جدول ۳، در گروه کنترل میانگین هیجانات مثبت ۴۲ و انحراف معیار آن ۶/۰۲ و میانگین هیجانات منفی ۲۰ و انحراف معیار آن ۹/۲۶ و در گروه آزمایش میانگین هیجانات مثبت ۵۶/۵۰ و انحراف معیار آن ۶/۸۶ و میانگین هیجانات منفی ۶۷/۵۰ و انحراف معیار آن ۷/۹۶ است. و همچنین در گروه کنترل میانگین خوردن هیجانی ۲۸ و خوردن بیرونی ۲۱/۵۰، محدودیت خوردن ۲۰/۲۰ و سبک خوردن ۷۱/۵۰ و انحراف معیار آن ۷/۲۲ است. در گروه آزمایش میانگین خوردن هیجانی ۴۱ و میانگین خوردن بیرونی ۲۱/۵۰، میانگین محدودیت خوردن ۲۰/۲۰ و میانگین سبک خوردن ۷۱/۵۰ و انحراف معیار آن ۷/۲۲ است و میزان خوردن هیجانی در سطح بالایی قرار دارد.

جدول ۳- شاخص های توصیفی مؤلفه های تنظیم شناخت هیجانی و سبک خوردن

متغیرها	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تمرکز مثبت مجرد	۲۶/۵۰	۴/۶۴	۳۴	۵/۲۵
ارزیابی مثبت	۱۵/۵۰	۳/۴۵	۲۱/۵۰	۳/۲۹
تنظیم مثبت	۴۲	۶/۰۲	۵۶/۵۰	۶/۸۶
سرزنش خود	۷/۵۰	۲/۸۳	۱۲	۲/۲۳
سرزنش دیگران	۶/۵۰	۳/۵۷	۶	۱/۴۸
نشخوار فکری	۱۴	۳/۲۸	۱۸	۴/۳۸
فاجعه آمیز کردن	۱۱	۳/۷۷	۱۴	۳/۴۸
پذیرش	۱۲	۳/۵۲	۱۵	۱/۸۲
تنظیم منفی	۲۰	۹/۲۶	۶۷/۵۰	۷/۹۶
تنظیم شناخت هیجانی	۹۱/۵۰	۱۳/۱۷	۱۲۴	۱۳/۶۲
خوردن هیجانی	۲۸	۳/۶۳	۴۱	۵/۹۰
خوردن بیرونی	۲۱/۵۰	۴/۰۹	۲۹/۵۰	۵/۲۶
خوردن بازدارنده	۲۰/۲۰	۲/۱۲	۲۹	۵/۸۷
سبک خوردن	۷۱/۵۰	۷/۲۲	۹۵	۱۳/۲۷

جهت آزمون فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناخت هیجانی و سبک خوردن نوجوانان دختر چاق موثر است. از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

جدول ۴- نتایج تحلیل آزمون (Mancova)

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
درون گروهی	تنظیم هیجانی	۸۳۳۹/۰۲	۸۴۳۹/۰۲	۴۵/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۵۴۳
	سبک خوردن	۸۷۴/۲۲	۸۷۴/۲۲۵	۴۴/۴۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵	۰/۵۴۱
	BMI	۹۴۸۹/۴۸	۹۴۸۹/۴۸	۱۳۲۹/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۸	۰/۸۹۷
بین گروهی	تنظیم هیجانی	۸۴۳۹/۰۲	۸۴۳۹/۰۲	۴۶/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴	۰/۵۵۳
	سبک خوردن	۹۰۶۰/۱۰	۹۰۶۰/۱۰	۷۹/۳۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲	۰/۶۷۶
	BMI	۶۸/۶۴۴	۶۸/۶۴۴	۳۷/۸۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹	۰/۳۹۹

بر اساس نتایج آزمون تحلیل کواریانس بین میانگین های تعدیل شده نمرات تنظیم شناخت هیجانی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیش و پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$). بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش ذهن آگاهی بر شناخت هیجانی دختران مبتلا به چاقی در مرحله پیش و پس از آزمون موثر است، مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس (Ancova) ذهن آگاهی بر شاخص سبک خوردن در گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
گروه کنترل	تنظیم شناخت هیجانی	۸۳۳۹/۰۲۵	۸۳۳۹/۰۲۵	۴۵/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۵۴۳
گروه آزمایش	تنظیم شناخت هیجانی	۸۴۳۹/۰۲۵	۸۴۳۹/۰۲۵	۴۶/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۵۵۳
گروه کنترل	سبک خوردن	۸۷۴/۲۲۵	۸۷۴/۲۲۵	۴۴/۷۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵	۰/۵۴۱
گروه آزمایش	سبک خوردن	۹۰۶۰/۱۰۰	۹۰۶۰/۱۰۰	۷۹/۳۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲	۰/۵۷۶

مقدار F تعامل متغیر همپراش ۳۰/۰۱ می باشد ($P>0/05$) که معنادار نمی باشد و می توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده است و پیش فرض همگنی شیب رعایت شده است و در نتیجه واریانس بیرون گروه ها همگن است و براساس میزان $Sig=0/001$ تفاوت معناداری بین هیجانان گروه آزمایش و کنترل وجود دارد.

مقدار F تعامل متغیر همپراش ۱۹/۹۸ می باشد ($P>0/05$) که معنادار نمی باشد و می توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده است و پیش فرض همگنی شیب رعایت شده است و در نتیجه واریانس بیرون گروه ها همگن است و براساس میزان $Sig=0/049$ تفاوت معناداری بین سبک خوردن گروه آزمایش و کنترل وجود دارد.

نتایج آزمون نشان می دهد که بین میان میانگین های تعدیل شده نمرات سبک خوردن بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیش و پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$). بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش ذهن آگاهی و سبک خوردن دختران مبتلا به چاقی در مرحله پیش و پس از آزمون موثر است، مورد تایید قرار می گیرد. میزان این تاثیر در مرحله برابر با ۷۳ و در مرحله پس از آزمون برابر با ۸۲ درصد بوده است. توان آماری برابر با ۰/۵۴ و ۰/۶۷ نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش نشان داده شد، آموزش ذهن آگاهی بر شناخت هیجانی و سبک خوردن دختران چاق موثر است. که این نتایج در دو بخش به شکل جداگانه توضیح داده می شود.

فرضیه فرعی اول: آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناخت هیجانی نوجوانان دختر چاق موثر است.

بر اساس نتایج آزمون Ancova و تحلیل واریانس، بین میانگین های نمرات تنظیم شناخت هیجانی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیش و پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/01$). بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش ذهن آگاهی بر شناخت هیجانی دختران مبتلا به چاقی موثر است، مورد تایید قرار می گیرد. این نتیجه با نتایج تحقیقات کشاورزی، میرنسب، فتحی آذر و بدری گرگی (۱۳۹۶)، صدری دمیرچی، اسدی شیشه گران و اسماعیلی قاضی ولوئی (۱۳۹۶)، نتایج پژوهش احمدی، سهرابی، برجلی، قادری و صالح محسنی (۱۳۹۴) و هایز و فلدمن (۲۰۰۴) همخوانی دارد.

هایز و فلدمن (۲۰۰۴) معتقدند هیجانات به وسیله اجتناب و یا وسیله درگیری بیش از حد می توانند تنظیم شوند. اجتناب از تجارب کنونی می تواند شامل سوگیری انتخابی اطلاعات، تحریف شناختی یا عدم درگیری هیجانی باشد. درگیری بیش از حد نیز شامل نشخوار، نگرانی مزمن و وسواس فکری و رفتارهای اجباری است. هر دوی این راهبردهای تنظیم هیجان نیازمند تغییر توجه از رویدادهای کنونی به طرف رویدادهای گذشته یا آینده هستند. از نظر آنها ذهن آگاهی یکی از روش شناخت درمانی است که تاثیر بسزایی در تنظیم و کنترل هیجانات دارد. با تمرین ذهن آگاهی دانش آموزان یاد می گیرند بدون اتکا به راهبردهای مقابله ای به کنترل افکار، احساسات و حواس بدنی خود بپردازند و توانایی کنترل هیجان خود را داشته باشند.

فرضیه فرعی دوم: آموزش ذهن آگاهی بر سبک خوردن نوجوانان دختر چاق موثر است.

بر اساس نتایج آزمون Ancova و تحلیل واریانس، بین میان میانگین های تعدیل شده نمرات سبک خوردن بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیش و پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/01$) و آموزش ذهن آگاهی بر سبک خوردن دختران مبتلا به چاقی موثر است، مورد تایید قرار می گیرد. با نتایج تحقیقات پونده نژادان، عطاری و دردانه (۱۳۹۷)، صدری دمیرچی، اسدی شیشه گران و اسماعیلی قاضی ولوئی (۱۳۹۶)، مادرپور، نجفی و امیری (۱۳۹۳)، ملیانی، الهیاری، آزاد فلاح و فتحی آشتیانی (۱۳۹۳)، اپستاین (۲۰۱۰)، بیشاب (۲۰۰۴) و نتایج تحقیق ویلفی و کولکو و کاس (۲۰۱۲)، دالن و همکاری (۲۰۱۱) و کریستلر و وولور (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

ملیانی، الهیاری، آزاد فلاح و فتحی آشتیانی (۱۳۹۳) معتقدند درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش سطح واکنش پذیری شناختی و ارتقاء رضایتمندی از خود از درمان شناختی رفتاری اثربخش تر است و در مجموع، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، راهبردی کارآمدتر در کاهش واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود است و درمان ذهن آگاهی به دلیل ایجاد آرامش، احساس لذت بخش، احساس خوب بودن و فعال کردن دستگاه پاراسمپاتیک توانایی کمک به درمان ولع مصرف زنان دارد.

اپستاین (۲۰۱۰) معتقد است ذهن آگاهی به طور مستقیم با فراهم ساختن غنای بیشتر تجربه بهزیستی را پرورش می دهد و برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس می تواند سلامت و سبک تغذیه افراد بهبود بخشد. بیشاب (۲۰۰۴) متقد است ذهن آگاهی سطوح شفقت بر خود، عاطفه مثبت، بهزیستی و کیفیت زندگی را افزایش و عاطفه منفی، نشخوارگری، علایم استرس و رفتار اجتنابی را کاهش می دهد و ولع مصرف و پرخوری را با تنظیم رفتار و آگاهی در حوزه بدنسازی کاهش می دهد.

کریستلر و وولور (۲۰۱۱)، نیز در پژوهش خود نشان دادند که آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی، دوره های پرخوری را کاهش می دهد. احساس خود کنترلی فرد را در برابر غذا خوردن بهبود می بخشد و نشانه های افسردگی را کاهش می دهد.

نتایج پژوهش براتی، سپهری نیا، ثنایی و صادق نژاد (۱۳۹۶) معتقد است، شدت هیجانات مثبت نیست به غذاهای مضر در نوجوانان با اضافه وزن بیشتر از نوجوانان با وزن طبیعی و شدت هیجانات منفی نسبت به غذاهای مفید در نوجوانان با اضافه وزن بیشتر از نوجوانان با وزن طبیعی بود. همچنین شدت ارتباط بین هیجانات خوردن و رفتارهای خوردن در گروه های جنسیتی تفاوت داشت. بیشترین شدت ارتباط بین محرکات خارجی خوردن در گروه های دختران با اضافه وزن و پسران با اضافه وزن مشاهده شده است. نوجوانان دارای اضافه وزن هیجانات مثبت بیشتری نسبت به غذاهای مضر و هیجانات منفی بیشتر نسبت به غذاهای مفید داشتند.

صفوی فرد (۱۳۷۸) بر این باور است که نداشتن خود تنظیمی کافی رفتار باعث می شود که افراد چاق مهارت کافی برای رویارویی با تنش نداشته باشند و در رویارویی با کوچک ترین فشار و تنش به جای مقابله ی منطقی با آن به پرخوری روی آورند. افراد خود تنظیم در کنترل وزن و حفظ تناسب اندام خویش کارآمدتر و توانمندترند و به جای رژیم های موقت به تنظیم مجموعه عادات غذایی و اصلاحات رفتاری که موجب افزایش احساسات کارآمدی می شود، می پردازند. این افراد هدف های چالش برانگیز و بالاتری اتخاذ می کنند و نسبت به رسیدن

به این هدف ها احساس تعهد دارند، در حالی که افراد با خود تنظیمی پایین نسبت به کنترل وزن خویش و نیز رسیدن به دیگر هدف های خود، احساس ناتوانی دارند و نیز در کنترل تکانه، به تاخیر انداختن نیازها و رفتارهای انطباقی خوردن ناکارآمدند.

پژوهش حاضر، نشان داد که MBCT در کنترل چاقی موثر است. اگر چه پیشینه ی پژوهشی که مستقیماً اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را در کنترل چاقی بررسی نماید، کم است اما یافته ها حاکی از اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، در بهبود سبک خوردن (بایر و همکاران^{۳۸}، ۲۰۰۵). از جمله ویژگی های این اختلال، مصرف مقدار زیاد و غیر عادی غذا در دوره ای از زمان است و در این حالت فرد احساس می کند بر رفتار خوردنش کنترل ندارد؛ از سوی دیگر در تبیین روانشناختی چاقی، از خوردن هیجانی یاد شده و اینکه گاهی افراد برای اجتناب از هیجانات ناخوشایند خود و یا در صورت شکست در دستیابی به کمال طلبی های بلند پروازانه، به پرخوری روی می آورند. تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) و آذرگون (۱۳۸۶) دریافتند که روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان مشکلات ناشی از افسردگی موثر است (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵). کابات زین (۱۹۸۷) و رندولف (۱۹۹۹) نیز به بررسی اثر بخشی این شیوه ی درمانی در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند و به اثر بخشی آن پی بردند. همچنین یافته های پژوهش، حاکی از آن است که شیوه ی ذهن آگاهی، باعث کاهش چاقی در گروه آزمایش نسبت به آزمودنی های گروه کنترل، در مرحله ی پیگیری شده است؛ بدین معنا که آزمودنی های گروه آزمایش، تاثیر آموزش را در مرحله ی پیگیری نیز حفظ کرده اند. این یافته ها با نتایج مطالعات شاپیرو و شوارتز^{۳۹} (۲۰۰۰)، دیویدسون و همکارانش^{۴۰} (۲۰۰۳)، کارلسون^{۴۱} و همکاران (۲۰۰۵) و سینگ^{۴۲} و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی دارد. کارداسیوتو^{۴۳} (۲۰۰۵) نیز معتقد است که تغییر محتوای افکار، نگرش و ذهنیت بیمار نسبت به بیماری، می تواند وسواس و علائم آنرا تحت کنترل درآورد. همچنین راجمن و هاجسون^{۴۴} (۱۹۸۰) خاطر نشان می کنند که روش درمانی مناسب برای بعضی از بیماری ها که دارای حالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند ولی وقت گیرند، کاهش تدریجی زمان است که ذهن آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خود کنترلی، خود تنظیمی و خود نظارتی بیمار بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می کند.

در نهایت براساس پژوهش حاضر، مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای لاغری دختران چاق، از دو بعد جسمی و روانی موثر واقع شد، و از یافته های حاصل می توان نتیجه گرفت، ویژگیهای آموزش ذهن آگاهی و صحت ساختار پرسشنامه تنظیم شناخت هیجانی گارنفسکی و همچنین پرسشنامه خورد خوراک داچ مورد تأیید است. در نتیجه هر دو پرسشنامه فوق می تواند به عنوان ابزاری مناسب برای سنجش میزان اثر بخشی لاغری به روش ذهن آگاهی باشد.

پیشنهاد کاربردی

- پیشنهاد می شود که، درمان مبتنی به روش ذهن آگاهی در کلینیکهای روانشناسی و مراکز مشاوره توسط متخصصین روانشناس در جهت تنظیم هیجانات و رژیم های لاغری صورت گیرد.
- پیشنهاد می گردد که، معلمان ورزش در سطوح مختلف آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی را فرا گرفته، تا بصورت کاربردی و در کنار برنامه های ورزشی نوجوانان در مدارس، روی کیفیت ابعاد روانشناختی آنها نیز تاثیر گذار باشند.
- پیشنهاد میشود که این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد.

38 - Baer

39 - Shapiro & Schwartz

40 - Davidson

41 - Carlson

42 - Singh

43 - Cardociotto

44 - Rachman & Hodgson

منابع و مراجع

- [۱] جدیدی، غ. (۱۳۹۲)، "بررسی اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخه توده بدنی و ابعاد کیفیت زندگی زنان بزرگسال مبتلا به چاقی"، کنفرانس بین المللی یافته های نوین پژوهش در روانشناسی، تهران، سال سوم.
- [۲] روستایی، ر. (۱۳۹۳)، "بررسی الگوهای غذایی و ارتباط آن با اختلالات خوردن در دختران نوجوان شهر تهران"، مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، سال نهم، شماره ۳.
- [۳] سعیدی، ل. (۱۳۹۲)، "بررسی رابطه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و حمایت اجتماعی ادراک شده با موفقیت در کاهش وزن نوجوانان"، سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری.
- [4] Bishop, M. Lau. (2004), "Mindfulness: A proposed operational definition" Clinical Psychology, Science and Practice, 11(3), 230-241.
- [5] Alizadeh, M. Mohtadini, J. (2012), "A. Major Dietary Patterns among Female Adolescent Girls of Talaat Intelligent Guidance School", Tabriz, Iran, Red Crescent Med J. ,14 (7): 436.
- [۶] اسماعیل نژاد، م. (۱۳۹۵)، "بررسی راههای کاهش و درمان پرخوری عصبی در یک دانش آموز با نیازهای ویژه"، دومین کنگره پژوهش سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی و علوم فرهنگی اجتماعی.
- [۷] آزادیکتا، م. (۱۳۹۴)، "تاثیر آموزش رویکرد شناختی- رفتاری در افزایش وزن در افراد چاق"، فصلنامه مشاوره روان درمانی، سال چهارم، شماره ۱۵.
- [۸] کشاورزی، ف. (۱۳۹۶) "کتاب ذهن آگاهی، برنامه ای ۸ هفته ای برای رهایی از افسردگی"، انتشارات وانی.
- [۹] صادقی، خ. غرایبی، ب. (۱۳۸۹)، "اثر بخشی رفتار درمانی شناختی در درمان مبتلایان به چاقی"، مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی، شماره ۶۱.
- [10] Falissard, B. (2007), "Eating disorders: interactions between human nutrition research and food behaviours", Trends in Food Science & Technology, 18(5):281-4.
- [11] Roustae, R. Haji faraji M. (2013), "T. Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the city of Tehran, 2010", Iranian J Nutr Sci Food Tech, 8(1):135-44.
- [12] Rodriguez, A. Novalbos JP. Martinez, JM. (2001), "Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city", J. Adolesc Health, 28:338-45
- [۱۳] گل پرور، م. ریسمانچیان، م. (۱۳۸۶)، "رابطه اضافه وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خودپنداره بدنی در زنان خود معرف به مراکز کاهش وزن"، مجله دانش و پژوهش، شماره ۳۲.
- [۱۴] ساسان فر، ح. (۱۳۹۵)، "تاثیر ترکیبی شناخت درمانی گروهی و رژیم درمانی بر کاهش وزن خودکار و خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی"، مجله علوم پزشکی رازی، تهران، دوره ۲۳، شماره ۱۴۸.
- [۱۵] رضوی، ن. (۱۳۹۶)، "مقایسه اثربخشی درمان چند وجهی شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش وزن و بهبود کفایت شخصی دختران پیش نوجوان چاق و دارای اضافه وزن"، کنفرانس بین المللی ترکیه، (۲۰۱۶).
- [۱۶] حسنی تکلو، م. (۱۳۹۳)، "رابطه خودکارآمدی مربوط به وزن و تصویر بدن با موفقیت در کاهش وزن زنان چاق"، کنفرانس روانشناسی، شیراز.
- [۱۷] زبردست، ع. (۱۳۹۴)، "مقایسه علایم اختلالات روانپزشکی و حرمت خود در دانشجویان چاق و وزن نرمال"، کنفرانس بین المللی خوارزمی، شیراز، ۲۰ مهرماه.
- [۱۸] قربانی، ا. ضیایی، ا. (۱۳۹۱)، "مقایسه کیفیت زندگی زنان چاق با زنان دارای وزن طبیعی"، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ص ۵۵.
- [۱۹] حاتم خانی، س. (۱۳۹۰)، "رابطه ذهن آگاهی، انعطاف پذیری شناختی و علائم آسیب شناسی روانی"، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- [20] Emans SJ. (2000), "Eating disorders in adolescent girls", PediatrInt, 42(1):1-7.
- [21] Patric, N. (2002), "Eating Disorders: A Review of the Literature With Emphasis on Medical Complication sand Clinical Nutrition", Altern Med Rev, 7(3):184-202.

[22] Jacobson, HN. (1986), "Pattern analysis in nutrition", *Clinical nutrition*, 5(6):249-53.

[۲۳] کشاورزی، س. میرنسب، ا. (۱۳۹۶)، "تاثیر آموزش آگاهی فراشناختی بر سبک های تصمیم گیری و تنظیم هیجان

دانش آموزان دبیرستانی شهر تبریز"، فصلنامه روان پژوهی، سال ۱۹، شماره ۳: ۱۳-۱.

[۲۴] روستایی، ر. (۱۳۹۳)، "بررسی الگوهای غذایی و ارتباط آن با اختلالات خوردن در دختران نوجوان شهر تهران"،

مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، سال نهم، شماره ۳.