



Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Mindfulness-based Cognitive Therapy on Body Image, Attitude towards Eating, and Food Cravings in Overweight Individuals

Kamali M¹, Manshaee Gh^{2*}, Torkan H³

1- Ph.D. Student of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology Department of Psychology, Isfahan (Korasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology Department of Psychology, Isfahan (Korasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3- Assistant Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology Department of Psychology, Isfahan (Korasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Manshaee Gh, Associate Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology Department of Psychology, Isfahan (Korasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

E-mail: smanshayee@yahoo.com

Received: 19 Dec 2023

Accepted: 19 May 2024

Abstract

Introduction: Given the increasing number of obese patients worldwide, the economic costs and financial damages resulting from obesity, changing dietary behaviors, and cognitive patterns in overweight individuals seem essential. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on body image, attitude toward Eating, and food cravings in overweight individuals.

Methods: The current research design was semi-experimental with pre-test-post-test with a control group and follow-up period. The statistical population included all attendees of weight loss clinics in Isfahan City from 2021 to 2022, and the research sample consisted of 45 obese individuals selected purposefully based on entry and exit criteria. They completed body image, eating attitudes, and food craving questionnaires. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance and SPSS-23 software.

Results: The results indicated that both cognitive-behavioral therapies and mindfulness-based cognitive therapy were effective in improving body image, eating attitudes, and food cravings, with no significant difference between them. Furthermore, during the follow-up stage, the effects of cognitive-behavioral therapy on body image and food cravings were found to be more sustainable compared to mindfulness-based cognitive therapy ($p < 0.01$).

Conclusions: Based on the findings of the research, it can be said that cognitive-behavioral therapies and mindfulness-based cognitive therapy focus on increasing awareness of behavioral patterns, triggering factors, and negative cognitive factors that may lead to eating disorders. Therefore, individuals can enhance the skills needed to cope with food cravings and modify ineffective cognitive and behavioral patterns based on these therapeutic approaches.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Mindfulness-based cognitive therapy, Body image, Attitude towards eating, Food cravings, Overweight individuals.



مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن، نگرش و ولع به خوردن در افراد دارای اضافه وزن

منیژه کمالی^۱، غلامرضا منشئی^{۲*}، هاجر ترکان^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی رشته روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: غلامرضا منشئی، دانشیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: smanshayee@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۹

چکیده

مقدمه: با توجه به افزایش تعداد مبتلایان به چاقی در سراسر جهان، هزینه های اقتصادی و خسارات مالی ناشی از چاقی، تغییر رفتار غذایی و الگوهای فکری افراد دارای اضافه وزن ضروری به نظر می رسد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن بود در افراد دارای اضافه وزن بود.

روش کار: طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی و پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه کنندگان به کلینیک های لاغری شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۰ و بهار ۱۴۰۱ بود و نمونه پژوهش با توجه به ملاک های ورود و خروج ۴۵ نفر از افراد چاق به شیوه هدفمند انتخاب شدند و پرسشنامه های تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع به غذا- صفت را جواب دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-23 استفاده شد.

یافته ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان های شناختی- رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن اثربخش بوده اند و تفاوتی در این زمینه نداشته اند. همچنین در مرحله پیگیری اثرات درمان شناختی- رفتاری بر تصویر بدن و ولع خوردن در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از اثرات پایداری برخوردار بوده است ($p > 0.01$).

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش می توان گفت که درمان های شناختی- رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی از الگوهای رفتاری، عوامل محرک و فکری ناخوشایند تمرکز دارند که می تواند به اختلالات خوردن منجر شود لذا افراد براساس این رویکردهای درمانی می توانند مهارت های مورد نیاز برای مقابله با ولع خوردن را تقویت کنند و الگوهای فکری و رفتاری ناکارآمد را تغییر دهند.

کلیدواژه ها: درمان شناختی- رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، تصویر بدن، نگرش به خوردن، ولع خوردن، افراد چاق.

یکی از مهمترین مشکلات سلامتی امروز، چاقی می باشد. چاقی یک بیماری متابولیکی مزمن و پیچیده است که به علت تجمع بیش از حد چربی در بدن که ناشی از عدم تعادل بین مصرف انرژی و هزینه های انرژی است، به وجود می آید. معیار اصلی در ارزیابی اضافه وزن و چاقی شاخص توده بدن (BMI) است به طوری که میزان آن در مورد اضافه وزن و چاقی ($BMI > 30$) می باشد (۱). بر اساس آمار جدید سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ بیش از ۱/۹۹ میلیارد نفر از بزرگسالان دنیا دارای اضافه وزن می باشند و حدود یک سوم از آنها چاق هستند (۲). در ایران نیز ۳۸/۶ درصد افراد دارای اضافه وزن و ۱۰/۸ درصد افراد چاق و ۳/۴ درصد دارای چاقی مزمن هستند (۳). افراد دارای اضافه وزن و چاق نسبت به افراد دارای وزن طبیعی به احتمال بسیار زیادی از خود ناراضی هستند و از تعاملات اجتماعی اجتناب می کنند، که این عوامل باعث کاهش سطح سلامت روان در این افراد می شود (۴).

شیوع ناراضیتی از بدن در جوانان عامل خطری برای اختلالات مرتبط با تصویر بدنی است (۵). برداشت افراد از بدن می تواند با استانداردها و انتظارات فرهنگی متفاوت باشد و ممکن است به رضایت یا ناراضیتی منجر شود. افراد چاق و دارای اضافه وزن بیشتر در معرض ارزیابی منفی از بدن خود هستند (۶) و نظریه های شناختی-رفتاری نشان می دهد که ناراضیتی از بدن ممکن است ناشی از طرحواره های ناکارآمد مرتبط با بدن باشد (۷). افراد چاق دارای سطح بالایی از عواطف منفی و اضطراب، به خصوص در هنگام مصرف غذا، هستند و مقدار کالری در خلق و خو اثر می گذارد (۷).

یکی دیگر از مفاهیم مرتبط با چاقی نگرش به خوردن می باشد. نگرش به خوردن هسته مرکزی تمامی اختلالات خوردن می باشد و توصیف کننده رفتارها و نگرش های خوردن است که دامنه ای از عادات رژیم دقت به منظور از دست دادن یا نگهداری وزن ایده آل تا محدود سازی شدید و انورکسیا را در بر می گیرد. از سویی نگرش به خوردن شامل باورها، افکار، احساسات و رفتار مرتبط با غذا می باشد که می تواند بر انتخاب نوع غذا و در نهایت وضعیت سلامتی تاثیرگذار باشد (۸). نوع نگرش و رفتارهای خوردن می تواند بر وزن بدن تاثیرگذار باشند. از یک سو، نگرش های غیرطبیعی به خوردن می تواند به چاقی منجر

شده و از سوی دیگر، اجتناب از غذا ممکن است به لاغری افراطی منجر شود. تحقیقات نشان می دهد که نگرش به خوردن نقش مهمی در کنترل وزن افراد دارای اضافه وزن و چاقی دارد. افراد چاق معمولاً نگرش های غیرطبیعی به خوردن دارند و انگیزه های هیجانی می تواند به افزایش مصرف غذا منجر شود. افراد با نگرش مثبت به خوردن به طور معمول تمایل بیشتری به مصرف غذاهای سالم دارند. همچنین، با پیشرفت سن و کاهش سطح تحصیلات، تمایل به مصرف غذاهای پرچرب تر و نگرش منفی به تغذیه افزایش می یابد که ممکن است منجر به افزایش وزن و کاهش فعالیت بدنی شود (۹).

ولع خوردن به عنوان یک حالت انگیزشی فیزیولوژیکی یا روان شناختی تعریف می شود که باعث افزایش رفتارهای ماده جویی و بلعی نسبت به غذا یا مواد می شود. این ولع به غذا، به عنوان یک نیاز زیستی و تکاملی، در دنیای مدرن امروز، که دسترسی آسان به غذا وجود دارد، به وجود آمده و نقش مهمی در نظریه ها و درمان مشکلات مرتبط با خوردن دارد. ادعا شده است که ولع خوردن ناشی از نیاز به جبران کمبودهای فیزیولوژیکی، مانند کاهش انرژی، است و محدودیت انرژی و عدم تعادل هموستاتیک ممکن است باعث ولع و بیش خوری شود (۱۰).

یکی از دلایل کاهش اثربخشی درمان های بیولوژیکی و رفتاری که بر کاهش وزن طولانی مدت تمرکز می کنند، ممکن است عدم رسیدگی صحیح به مشکلات مربوط به توانایی فرد برای پایبندی به اصلاح سبک زندگی در طول زمان باشد (۱۱). درمان شناختی-رفتاری به یکی از رایج ترین درمان های روان درمانی برای چاقی تبدیل شده است که برای چاقی بر کاهش وزن و همچنین رفتار غذایی و اختلال تصویر بدن تمرکز دارد (۱۲). درمان شناختی-رفتاری نوعی روان درمانی است که الگوهای شناختی را اصلاح می کند و بازسازی رفتاری را برای تغییر علائم و رفتارهای روانشناختی فراهم می کند. این رویکرد درمانی در درمان بیماری های مختلف از جمله چاقی و سایر اختلالات مزمن موفق بوده است (۱۳).

باورهای غیرمنطقی می تواند یک عامل اضطراب مرتبط با خوردن هیجانی و اعتیاد به غذا باشد و در سوء استفاده از غذا که منجر به افزایش شاخص توده بدنی می شود، نقش داشته باشد (۱۴). وقتی افراد به دلیل هیجانات آشفته، به دنبال راه حل هایی برای مقابله با این پریشانی

هستند، مکانیسم‌های مقابله‌ای می‌تواند تطبیقی یا ناسازگار باشد. درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به افراد در دستیابی به کاهش وزن، کاهش رفتارهای ناکارآمد، و تمرکز بر فرآیندهای شناختی، اصلاح انتظارات غیر واقعی از کاهش وزن و ادراک منفی از خودانگاره کمک کند (۱۵). این درمان نیز تأثیر مثبت و معناداری بر رضایت از تصویر بدنی دارد (۱۶، ۱۷).

همچنین، ذهن آگاهی گزینه درمانی امیدوارکننده‌ای را با بهبود کاهش وزن، آگاهی از غذا، پذیرش تصویر بدن و محدود کردن هوس غذایی و خوردن احساسی ارائه می‌دهد (۱۸، ۱۹). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک برنامه درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی است که به افراد آموزش می‌دهد که چطور الگوهای نشخواری، عاداتی و خودکار ذهن را به محض شناسایی به الگوهای متفکرانه و عمدی ذهن تبدیل سازند و این تفکرات و احساسات منفی را به عنوان رخداد‌های ساده گذرنده ذهن بشناسند. در گذشته این شیوه درمانی بیشتر برای درمان افسردگی و اضطراب به کار رفته است، ولی امروزه شواهد حاکی از استفاده از این درمان به عنوان یک درمان موثر برای اختلالات خوردن و چاقی است (۲۰). برنامه‌هایی مانند «خوردن آگاهانه» برای کاهش خوردن هیجانی در افراد دارای اضافه وزن یا چاق موثر بوده است (۲۱). براساس شواهد پژوهشی اقدام و رفتار آگاهانه، رابطه مثبت بین شناخت معیوب در اختلال خوردن و رفتار غذایی آشفته و اضطراب تصویر بدن (۲۲، ۲۳) را کاهش می‌دهد.

چاقی را می‌توان با روش‌های مختلفی مانند تغییرات در سبک زندگی، درمان‌های دارویی و جراحی مدیریت کرد. این روش‌ها موثر هستند، اما در کنترل وزن بلندمدت ممکن است ناموفق باشند. بنابراین، یافتن روشی که وزن را به طور پایدار کنترل کند بسیار حیاتی است. با توجه به اهمیت عوامل روانشناختی در چاقی، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌تواند برای افزایش انگیزه و خودکنترلی افراد چاق مفید باشد. این پژوهش به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد دارای اضافه وزن با تأکید بر تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن پرداخت.

روش کار

پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش

آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعه کنندگان به کلینیک های لاغری شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۱ بود. ۴۵ نفر از افراد چاق به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه (۱۵ نفر برای اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری و ۱۵ نفر برای اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر برای گروه کنترل) گمارده شد. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: بین افراد با دامنه سنی بین بیست تا چهل سال، شاخص توده بدنی (BMI) بالای ۳۰، ابتلای دو سال به چاقی و ملاک های خروج نیز غیبت بیش از یک جلسه، ابتلا به بیماری های مزمن روان شناختی براساس تشخیص متخصصان، و دریافت درمان های روان شناختی همزمان بود.

در این پژوهش از پرسشنامه های تصویر بدن ایوانس و دولان، نگرش به خوردن گارنر و ولع به غذا- صفت سپدا- بنیتو استفاده شد

پرسشنامه تصویر بدن (شکل بدن): پرسشنامه BSQ-8C نسخه کوتاه پرسشنامه شکل بدن است که شامل هشت سؤال استخراج شده از نسخه کامل ایوانس و دولان (۲۴) است و به منظور ارزیابی شکل بدن، احساس فرد درباره چاق بودن، ترس از چاق شدن، سابقه موقعیتی و شخصی و پیام های احساس چاقی ساخته شده است. نمره گذاری پرسشنامه براساس لیکرت ۶ درجه ای (از ۱=هیچگاه تا ۶=همیشه) می باشد. افرادی که نمره آنها بالاتر از ۲۶ می باشد دارای نارضایتی از تصویر بدن خود می باشند و افرادی که نمره آنها پایین تر از ۲۶ می باشد دارای رضایت از تصویر خود هستند. این پرسشنامه توسط ویسی و همکاران (۲۴) در ایران ترجمه و اعتباریابی شده است. پایایی پرسشنامه شکل بدن به روش آلفای کرونباخ و دونیمه سازی به ترتیب ۷۹٪ و ۷۴٪ به دست آمد (۲۴). در این پژوهش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای پرسشنامه تصویر بدن ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه نگرش به خوردن: جهت سنجش نگرش به خوردن از پرسشنامه ۲۶ سوالی نگرش به خوردن گارنر و همکاران (۲۵) استفاده شد. این پرسشنامه دربردارنده سه خرده مقیاس عادات غذایی، پرخوری یا اشتغال به غذا و کنترل دهان است. نمره گذاری سوالات براساس لیکرت ۵ درجه ای (از ۱=هرگز تا ۵=همیشه) می باشد. دامنه نمرات از ۲۶ تا ۷۸ است. در صورتی که نمره کل فرد بالاتر از نقطه

منیژه کمالی و همکاران

نمره گذاری سوالات براساس لیکرت ۶ درجه ای (از ۱ هرگز تا ۶ همیشه) می باشد. دامنه نمرات بین ۳۹ تا ۲۳۴ می باشد و نمرات بالاتر نشان دهنده ولع بیشتر است. در پژوهش سپدا- بنیتو و همکاران (۲۷) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد. پژوهش کچویی و اشرفی (۲۸) ضمن تأیید روایی این آزمون، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ و همچنین پایایی بازآزمایی را ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ و روایی ملاکی آن را از طریق همبستگی با خرده مقیاس نگرانی در مورد رژیم پرسشنامه مهار ۰/۳۱ گزارش کردند. همچنین در پژوهش افضل و همکاران (۲۹) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد. در این پژوهش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ولع به غذا ۰/۹۲ به دست آمد.

برش پرسشنامه باشد مشکوک به اختلال است، نمره ۲۰ و بالاتر نمره برش پرسشنامه برای احتمال وجود اختلالات تغذیه ای است. این پرسشنامه قدرت تمیز افراد مبتلا به اختلال بی اشتها بی عصبی را دارد ($r=0.98$) (۲۵). ضریب اعتبار پرسشنامه با حساسیت تشخیصی ۰/۴۰ و ویژگی ۰/۸۴ محاسبه شد. در پژوهش احمدی گلسفیدی (۲۶) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. در این پژوهش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای پرسشنامه نگرش به خوردن ۰/۷۴ به دست آمد. پرسشنامه ولع به غذا- صفت: برای سنجش ولع غذایی از پرسشنامه ۳۹ سوالی ولع به غذا سپدا- بنیتو (۲۷) استفاده شد و ۹ عامل قصد، تقویت مثبت، تقویت منفی، فقدان کنترل، اشتغالات ذهنی به غذا، هیجانات، گرسنگی، نشانه های غذایی و احساس گناه ناشی از پرخوری را می سنجد.

جدول ۱: جلسات درمان شناخت-رفتاری ویژه افراد چاق

جلسات	محتوا
اول	معرفی اعضا، توضیح ساختار، قوانین و برنامه های گروه، آشنایی با مدل شناختی، بررسی دلایل و منافع کاهش وزن، بررسی افکار مخرب و دریافت بازخورد. تکلیف: یادداشت دلایل کاهش وزن خود و نصب آن در معرض دید خود
دوم	آموزش مهارت آگاهانه غذا خوردن، آموزش سیستم پاداش دهی، بررسی افکار مخرب و دریافت بازخورد. تکلیف: تهیه لیستی از محرک هایی که باعث غذا خوردن میشوند و ثبت فراوانی آن در طول روز.
سوم	برنامهریزی برای ورزش مناسب، اتخاذ هدف مناسب، بررسی افکار مخرب، دریافت بازخورد. تکلیف: شروع برنامه رژیم غذایی و ثبت و پایش دقیق میزان دسترسی به اهداف تعیین شده در جلسه.
چهارم	آموزش و بحث پیرامون تفاوت گرسنگی، میل و هوس، تحمل گرسنگی، مقابله با پرخوری و تغییر معنای سیری، افکار مخرب، دریافت بازخورد. تکلیف: از روی عمد شام را سریع بخورید سپس خوردن را متوقف کنید. در همان لحظه زمان سنج را روی ۲۰ دقیقه تنظیم کنید. زمانی که زمان سنج پایان یافت، سطح سیری خود را اندازه گیری کنید، آیا با زمانی که دست از غذا خوردن کشیده بودید، تفاوتی دارد؟
پنجم	آموزش و بحث پیرامون خود فریبی، بازگشت به مسیر قبلی، مقابله با ناامیدی، ناکامی و سندرم غیر منصفانه بودن. تکلیف: تمرین تحمل گرسنگی.
ششم	شناسایی افکار مخرب و خطاهای معمول فکر، شناسایی خطاهای فکری، بازخورد، ارائه تکلیف تکلیف: تمرین شناسایی افکار مخرب و منفی
هفتم	آموزش مقاومت در برابر غذا (مثل تعارف در مهمانیها)، کنترل خود در نوشیدن نوشابه گازدار، مراقبت از رژیم غذایی خود در بیرون از خانه، آموزش و بحث پیرامون غذا خوردن به علت هیجانات، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف تکلیف: تمرین مقاومت در برابر غذا و نوشیدنی های مضر
هشتم	جمع بندی و برآورد تواناییهای اعضای گروه برای ایجاد حس اعتماد به نفس و خودباروری، بحث درباره موقعیت های انجام شده در برابر غذاهای مضر، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف نهایتا انجام پس آزمون.

جدول ۲: جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی

جلسات	محتوا
اول	پاسخ به پرسشنامه ها ، شرح مختصری از هشت جلسه، ارائه توضیحاتی در مورد چاقی و آموزش روانی و دیگر درمانها، ضابطه بندی آموزشی، خواندن و انعکاس مراقبه، آموزش تمرین تنفسی تمرین: تمرین تنفس، یادداشت احساسات زمان تمرین
دوم	بررسی تکلیف منزل، آموزش و تمرین عملی خوردن آگاهانه (تمرین دانه کشکمش)، بازخورد افراد از تمرین، شناسایی محرکهای دهانی غذا خوردن تمرین: تمرین تنفسی و خوردن آگاهانه و ثبت افکار و احساسات زمان تمرین
سوم	بررسی تکلیف منزل، ادامه شناسایی محرکهای خوردن (محرک معده و آشنایی با آن)، آموزش و تمرین عملی مراقبه واری بدن تکلیف: تمرین مراقبه رسمی و واری بدن و ثبت آن.
چهارم	بررسی تکلیف منزل، تمرین مراقبه و واری بدن و بررسی بازخوردها و رفع اشکال، تمرین گروهی مراقبه واری بدن هدایت شده، ارائه کاربرگ های ثبت روزانه تمرین مراقبه و خوردن و ارتباط آن با احساسات (محرک خوردن احساسی) و توضیح آن، آموزش کوتاه مراقبه بر روی بدن در حمام تکلیف: تمرین مراقبه رسمی و واری بدن و تکمیل روزانه کاربرگ به همراه ثبت احساسات، مراقبه در حمام
پنجم	بررسی کاربرگ ها و صحبت در مورد الگوهای ذهنی- احساسی و تفهیم محرک های ذهنی- احساسی خوردن، آموزش مراقبه (مهرورزی به بدن) تکلیف: تمرین مراقبه و واری بدن، تکمیل کاربرگ و تمرین مراقبه (مهرورزی به بدن) بعد از مراقبه و ثبت احساسات بعد از آن
ششم	بررسی کاربرگ و تکالیف، کشف درونی و شناخت احساسات ناخوشایند که باعث استرسهای اضافه و در نهایت بیشخوری یا کمخوری میشوند. تمرین گروهی مراقبه رسمی و مهرورزی به بدن تکلیف: تمرین مراقبه و ثبت احساسات ناخوشایند، انجام مراقبه مهرورزی به بدن
هفتم	صحبت در مورد برون ریزی های احتمالی احساسات در منزل و انجام مراقبه، مهرورزی به بدن و دریافت بازخورد از کل جلسات و اجرای پس آزمون

یافته‌ها

در نمونه پژوهش، ۲۸ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۳۲ نفر بین ۳۱ تا ۴۰ سال بودند. همچنین ۱۱ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۳۸ نفر لیسانس و ۱۱ نفر تحصیلات تکمیلی بودند. یافته‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مداخله‌ای و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جهت تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. این تحلیل با کمک نرم افزار SPSS23 در سطح معنی داری ($p > 0/01$) انجام شد. این مقاله بخشی از یافته های مستخرج از رساله دکترای تخصصی رشته روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان بوده و دارای مجوز کد اخلاق به شماره IR. IAU. KHUISF.REC.1401.198 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می باشد.

جدول ۳: شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای وابسته به تفکیک سه گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تصویر بدن	درمان شناختی - رفتاری	۳۵/۲۷	۳/۲۱	۲۹/۶۶	۴/۸۵	۲۷
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳۶/۰۷	۳/۶۱	۳۱/۶۶	۳/۰۸	۳۲/۲
	کنترل	۳۵/۲۸	۲/۴۳	۳۵/۸۶	۳/۵۴	۳۶/۳۳
نگرش به خوردن	درمان شناختی - رفتاری	۴۲/۰۷	۵/۲۵	۳۳/۶	۵/۲۸	۳۴/۳۳
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۴۰/۵۳	۶/۳۱	۳۴/۲۷	۶/۶۵	۳۳/۶
	کنترل	۴۳/۵۴	۵/۱۷	۴۴/۶۷	۴/۹۵	۴۴/۴۷
ولع خوردن	درمان شناختی - رفتاری	۱۷۶/۴۷	۶/۷۲	۱۱۹/۱۳	۶/۴۹	۱۰۷/۴۷
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۷۳/۸۷	۸/۶۸	۱۱۲/۶	۶/۱۵	۱۱۶/۲
	کنترل	۱۷۱/۶	۹/۱۶	۱۷۰/۴	۶/۴۴	۱۶۹/۴۷

منیژه کمالی و همکاران

آزمایش و کنترل می باشد، در متغیر در متغیرهای تصویر بدن ($F=1/25$ و $P=0/298$)، نگرش به خوردن ($F=1/3$) و $P=0/386$ و ولع خوردن ($F=1/19$ و $P=0/321$) می باشد. با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پژوهش تأیید می شود. همچنین؛ پیش فرض یکنواختی کوواریانس ها با استفاده از آزمون ماچلی در متغیرهای تصویر بدن ($F=0/92$ و $P=0/18$)، نگرش به خوردن ($F=0/896$ و $P=0/052$) و ولع خوردن ($F=1/000$ و $P=0/99$) رد شده است ($p>0/05$). با توجه به برقراری مفروضه های تحلیل واریانس با اندازه های مکرر، استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه های مکرر جهت بررسی اثرات درون آزمودنی در متغیرهای تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن در جدول ۴ ارائه شده است.

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین نمرات تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون داشته است.

به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن داده ها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد و نتایج نشان داد که فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات اضطراب صفت، حالت و رفتار خوردن در سه گروه در هر سه مرحله تأیید شده است (سطوح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ است). هدف از بررسی پیش فرض برابری واریانس ها، مساوی بودن واریانس های گروه ها است. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شده است. مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس های گروه های

جدول ۴: نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در خصوص متغیرها

متغیر	منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
تصویر بدن	اثر زمان	فرض کرویت	۷۷۹/۴۳	۲	۳۸۹/۷۱	۴۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	۱/۰۰۰
		گرین هاوس گیزر	۷۷۹/۴۳	۱/۸۵	۴۲۰/۲	۴۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	۱/۰۰۰
		هاین فلت	۷۷۹/۴۳	۲/۰۰	۳۸۹/۷۱	۴۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	۱/۰۰۰
		حد پایین	۷۷۹/۴۳	۱/۰۰	۷۷۹/۴۳	۴۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	۱/۰۰۰
	اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۹۴/۱۶	۴	۲۳/۵۴	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۶۷
		گرین هاوس گیزر	۹۴/۱۶	۳/۷۱	۲۵/۳۸	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۶۵
		هاین فلت	۹۴/۱۶	۴/۰۰	۲۳/۵۴	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۶۷
		حد پایین	۹۴/۱۶	۲/۰۰	۴۷/۰۸	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۴۶
	اثر زمان به نگرش به خوردن	فرض کرویت	۱۰۱۶/۷۴	۱	۱۰۱۶/۷۴	۱۲۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۱/۰۰۰
		گرین هاوس گیزر	۱۰۱۶/۷۴	۲	۵۰۸/۳۷	۱۲۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۱/۰۰۰
		هاین فلت	۱۰۱۶/۷۴	۱/۸۱	۵۶۱/۰۶	۱۲۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۱/۰۰۰
		حد پایین	۱۰۱۶/۷۴	۱/۹۷	۵۱۶/۲۱	۱۲۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۱/۰۰۰
	اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۵۱۶/۱	۳	۱۷۲/۰۳	۲۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۱/۰۰۰
		گرین هاوس گیزر	۵۱۶/۱	۶	۸۶/۰۲	۲۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۱/۰۰۰
		هاین فلت	۵۱۶/۱	۵/۴۴	۹۴/۹۳	۲۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۱/۰۰۰
		حد پایین	۵۱۶/۱	۵/۹۱	۸۷/۳۴	۲۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۱/۰۰۰
ولع خوردن	اثر زمان	فرض کرویت	۴۸۲۲۹/۱۷	۲	۲۴۱۱۴/۵۸	۶۰۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰۰
		گرین هاوس گیزر	۴۸۲۲۹/۱۷	۲	۲۴۱۱۸/۸۶	۶۰۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰۰
		هاین فلت	۴۸۲۲۹/۱۷	۲	۲۴۱۱۴/۵۸	۶۰۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰۰
		حد پایین	۴۸۲۲۹/۱۷	۱	۴۸۲۲۹/۱۷	۶۰۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰۰
	اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۲۳۲۹۳/۸۵	۴	۵۸۲۳/۴۶	۱۴۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰۰
		گرین هاوس گیزر	۲۳۲۹۳/۸۵	۳/۹۹	۵۸۲۴/۴۹	۱۴۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰۰
		هاین فلت	۲۳۲۹۳/۸۵	۴/۰۰	۵۸۲۳/۴۶	۱۴۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰۰
		حد پایین	۲۳۲۹۳/۸۵	۲/۰۰	۱۱۶۴۶/۹۲	۱۴۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰۰

متغیرها نیز معنی دار به دست آمده است ($p<0/001$). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش در تصویر بدن برابر با ۴۹ درصد، نگرش به خوردن درصد و ولع خوردن

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که بین میانگین نمرات تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<0/001$)، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در

بدن برابر با ۱۰ درصد، نگرش به خوردن ۵۲/۶ درصد و در ولع خوردن ۸۷ درصد است. نتایج مقایسه بین آزمودنی ها یعنی مقایسه سه گروه در متغیرها در جدول ۵ ارائه شده است.

۹۳ درصد و معنی دار است. همچنین تفاوت نمرات این متغیرها در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی دار است که نشان می دهد روند تغییر نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی داری دارند و میزان تفاوت گروه ها در مراحل پژوهش در تصویر

جدول ۵: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی در متغیرها

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
تصویر بدن	گروه	۱۷۰/۰۱	۲	۸۵/۰۰۷	۴/۸۴	۰/۰۱	۰/۶۸	۰/۷۷
	خطا	۷۳۶/۴	۴۲	۱۷/۵۳				
نگرش به خوردن	گروه	۳۰۴/۶۳	۲	۱۵۲/۳۱	۵/۱۶	۰/۰۱	۰/۷۹	۰/۷۹
	خطا	۱۲۳۷/۶۸	۴۲	۲۹/۴۶				
ولع خوردن	گروه	۴۰۹۲۷/۳۴	۲	۲۰۴۶۳/۶۷	۲۵۱/۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱/۰۰۰
	خطا	۳۴۲۱/۴۲	۴۲	۸۱/۴۶				

در تصویر بدن، ۷۹ درصد در نگرش به خوردن و ۹۲ درصد در ولع خوردن به تفاوت بین سه گروه مربوط است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی تفاوت گروه های پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

براساس یافته های به دست آمده در جدول ۸، میانگین نمرات تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن در گروه های آزمایش (درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی) و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($p < ۰/۰۱$). نتایج نشان داده است که ۶۸ درصد از تفاوت های فردی

جدول ۶: آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرها در گروه های پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه ها	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	معنی داری	حجم اثر
تصویر بدن	پس آزمون	شناختی - رفتاری	کنترل	-۶/۲	۱/۳۷	۰/۰۰۱
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی		-۴/۲	۱/۳۷	۰/۰۰۳
	پیگیری	شناختی - رفتاری	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۲	۱/۳۷	۰/۱۵
		شناختی - رفتاری	کنترل	-۹/۳۳	۱/۵۴	۰/۰۰۱
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی		-۴/۱۳	۱/۵۴	۰/۰۱
		شناختی - رفتاری	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۵/۲	۱/۵۴	۰/۰۰۱
نگرش به خوردن	پس آزمون	شناختی - رفتاری	کنترل	-۱۱/۰۷	۱/۹۸	۰/۰۰۱
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی		-۱۰/۴	۱/۹۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	شناختی - رفتاری	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۶۶۷	۱/۹۸	۰/۷۳۸
		شناختی - رفتاری	کنترل	-۱۰/۱۳	۱/۹۳	۰/۰۰۱
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی		-۱۰/۸۷	۱/۹۳	۰/۰۰۱
		شناختی - رفتاری	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۷۳۳	۱/۹۳	۰/۷۰۶
	پس آزمون	شناختی - رفتاری	کنترل	-۳۶/۱۳	۱/۹	۰/۰۰۱
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی		-۳۷/۶۸	۱/۹	۰/۰۰۱

ولع خوردن	پیگیری	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی			
		شناختی - رفتاری	شناختی - رفتاری	شناختی - رفتاری	شناختی - رفتاری
		۱/۵۵	۱/۹	۱/۰۰	۰/۰۰۲
		کنترل	۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
		-۳۳/۲۷	۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳
		۷/۲۳	۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶۸

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می شود، در مرحله پس آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن در گروه کنترل با گروه درمان شناختی- رفتاری ($p < 0/01$) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ($p < 0/01$) تفاوت معنی داری وجود دارد. در مقایسه روش های درمانی در مرحله پس آزمون نتایج نشان داده است که تاثیر دو درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن ($p < 0/05$)، نگرش به خوردن و ولع خوردن ($p < 0/01$) در این مرحله تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند. اما در مرحله پیگیری تفاوت بین درمان شناختی- رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در متغیرهای تصویر بدن و ولع خوردن معنی دار به دست نیامد و فقط تفاوت دو روش درمانی بر متغیر نگرش به خوردن معنادار به دست آمد ($p < 0/01$). با توجه به نتایج به دست آمده سه فرضیه پژوهش تایید می گردد.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن در افراد دارای اضافه وزن انجام شد. یافته ها حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی هر دو بر تصویر بدن، نگرش به خوردن و ولع خوردن، اثربخش بوده اند. این نتایج همخوان با نتایج پژوهش های یوسفی و همکاران (۱۶) و ضمیری- میاندوآب و همکاران (۱۷) مددی و همکاران (۳) بحرینی و همکاران (۲۳) و سلیمانی (۲۲) می باشد. در تبیین اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر تصویر بدن می توان گفت: بر اساس دیدگاه های شناختی- رفتاری، نگرش ها و الگوهای مرتبط با شکل، وزن، و ظاهر بر فرآیند اطلاعات مرتبط با تصویر بدن اثر دارد. این نگرش ها باعث توجه گزینشی می شود که در نهایت فرآیند پردازش اطلاعات را تحت تاثیر قرار می دهد. الگوی

شناختی- رفتاری می تواند به بهبود تصویر بدن افراد کمک کند، زیرا در این مدل درمانی، تمرکز بر ادراکات، افکار، و احساسات فرد درباره تصویر بدنش است و تأکید بر ایجاد رضایت از بدن دارد (۱۶). هدف درمان شناختی- رفتاری اصلاح افکار، احساسات و رفتارهای غیرمنطقی و ناکارآمد از طریق تکنیک هایی مانند خود نظارتی، بازسازی شناختی، آموزش روانی، حساسیت زدایی و پیشگیری از مواجهه و پاسخ است (۳۱). درواقع؛ این درمان به فرد کمک می کند تا با استفاده از تکنیک های آرام سازی، به تدریج با بخش هایی از بدن که باعث ناراحتی می شوند مقابله کند و به تدریج تنش، درد و اضطراب را کاهش دهد و در نتیجه احساس رضایت از بدن را به دست آورد (۳۲). این به این معناست که درمان شناختی- رفتاری به افراد مهارت های شناختی را آموزش می دهد که باعث بهبود درک از خود می شود و تغییر در افکار یا اعمال ناخوشایند مثبت تر می شود. در این رویکرد درمانی، افراد تشویق به کاهش توجه به تفاوت بین ظاهر واقعی (تصویر بدن فعلی) و بدن مطلوب (بدن ایده آل) می شوند. این آموزش از طریق پایش و افزایش خودکارآمدی با بازسازی شناختی انجام می شود. با به چالش کشیدن نظرات و باورهای خود درباره ظاهر خود و سپس ارزیابی آنها و جایگزینی افکار غیرمنطقی درباره تغییرات بدن با افکار مثبت تر، افراد می توانند خودپنداره خود را بهبود بخشند و عوامل تهدید کننده را از بین ببرند (۳۳).

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن را می توان اینگونه تبیین کرد که: ذهن آگاهی با تمرکز بر تنفس و اعضای بدن، آگاهی را ارتقاء می دهد و به شناخت افکار و پذیرش بدون قضاوت می پردازد که منجر به تغییرات احساسی و عاطفی درباره وضعیت فعلی، از جمله شرایط بدنی فرد می شود. برای افراد چاق، آگاهی از ویژگی های بدنی می تواند به کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش آرامش و رضایت از بدن کمک کند (۲۲). یوگا، یک روش تمرین ذهن آگاهی است که باعث ارتقاء

همه‌انگهی بین ذهن و بدن در افرادی که با تصویر بدن مشکل دارند می‌شود. این تمرین به آنها کمک می‌کند تا از نگرانی‌های بدنی خود فاصله بگیرند و رابطه مثبت‌تری با بدن خود برقرار کنند. پیام‌های یوگا، به جای تمرکز بر ظاهر، بر بهبود عملکرد بدن تأکید دارند (۳۴). تجارب مثبت از تجسمات ذهنی ناشی از ذهن آگاهی منجر به ارتباط مثبت با بدن، احساس عاملیت بدن؛ توانایی بیان آزادانه خواسته‌های بدنی؛ درگیر شدن در خودمراقبتی می‌شود (۳۵). افرادی که درگیر فعالیت‌های تجسم‌بخش هستند یعنی فعالیت‌هایی که آگاهی از تجربه بدن، ارتباط با بدن و احساس شایستگی و توانمندی را افزایش می‌دهند، تصویر نسبتاً مثبتی از بدن را گزارش می‌کنند (۱۹).

در تبیین یافته بعدی یعنی اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش به خوردن در افراد چاق می‌توان گفت: درمان شناختی-رفتاری باورهای ناسازگاری را که زمینه‌ساز رفتارهای غذایی ناسالم هستند، مورد هدف قرار دهد (۳۶). این درمان از طرق زیر برنامه‌های آموزشی موثری در کاهش وزن دارد: انگیزش درونی و آمادگی افراد برای تغییر، مشارکت فعال تر، پایداری و تمهد طرح درمانی، تقویت رفتار مثبت، افزایش نگرانی در مورد رفتار ناسالم غذایی به صورت غیرمستقیم و بدون اجبار، مشارکت فعال در برنامه ریزی، ارزیابی سود و زیان تغییرات، تعیین ارزش‌های اصلی زندگی، افزایش تضاد بین ارزش‌ها و رفتارهای تغذیه‌ای، ارائه اطلاعات، ارزیابی و تقویت اعتماد به نفس در سبک زندگی به‌ویژه رفتار خوردن، تمرکز بر احساس استقلال و آزادی عمل (۳۷). مولفه شناختی رفتاری اصلاح سبک زندگی می‌تواند افراد را در پایبندی به رژیم غذایی و ورزش برانگیزد و منجر به اتخاذ مجموعه‌ای از رویه‌ها و راهبردها مانند خود نظارتی در حین غذا خوردن، هدف‌گذاری واقع‌بینانه و قابل دستیابی، کنترل محرک‌ها و راه اندازه‌های خطرناک و ترویج رفتارهای جایگزین در موقعیت‌های هیجانی بحرانی یا حالت‌های خلقی منفی شود (۱۶). پژوهش مونوز گالیندو و همکاران (۳۸) نشان داد که آموزش شناختی عملکردهای اجرایی مغز مانند توجه، انعطاف‌پذیری شناختی، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی وظیفه را بهبود می‌بخشد، جنبه‌هایی که به کاهش وزن و کنترل بهتر تکانشگری کمک می‌کند.

همچنین در زمینه تبیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان گفت که این درمان عناصر مختلف

ذهن آگاهی رفتاری و سایر آموزش‌های ذهن آگاهی را ترکیب می‌کند تا به افراد اجازه دهد تا با احساسات پیچیده و استرس مقابله کنند (۱۹). هاسکر (۳۹) معتقد است که ذهن آگاهی دارای دو جنبه اصلی است: ۱) توانایی تنظیم توجه به لحظه حال و ۲) آگاهی از تجربیات و آمادگی برای آنها در همان لحظه. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا یاد بگیرند که چگونه به احساسات و واقعیت‌های اطراف خود توجه کنند و خود را به عنوان افرادی مستقل از افکار و احساساتشان ببینند. به این معنا که افکار و احساساتی که تجربه می‌کنند، نشانه‌های دائمی از هویتشان نیست، بلکه حالت‌های موقتی‌ست که می‌توانند بدون قضاوت منفی یا انتقاد از خود، آگاهی و غلبه بر آنها را فراهم کنند (۴۰). آموزش ذهن آگاهی در بهبود عادات غذایی و ارتقای تغییر سبک زندگی موثر است و همراه با درمان‌های رفتاری برای چاقی اثرات مثبتی بر کاهش وزن دارد (۴۱).

در تبیین یافته دیگر پژوهش که نشان داد هر دو روش درمانی، در کاهش ولع خوردن در افراد دارای اضافه وزن موثر هستند میتوان بیان کرد که استراتژی‌های درمان شناختی-رفتاری شامل تغییر در افکار، باورها، احساسات و رفتارها است که ممکن است خودکارآمدی افراد را بهبود بخشد و آنها را به کاهش ولع خوردن کمک کند. همچنین، مطالعات نشان داده است که کنترل هیجانات منفی می‌تواند به کاهش وزن کمک کند (۳۷). ذهن آگاهی نیز باعث توجه بیشتر به پاسخ‌های فیزیولوژیکی بدن مانند گرسنگی و سیری و همچنین سرعت غذا خوردن، محیط و ویژگی‌های غذا می‌شود. دریافت این سیگنال‌ها کلید دستیابی به خود تنظیمی است (۴۲). خوردن با حواس‌پرتی و ناخودآگاه، حافظه غذا را مختل کرده و می‌تواند منجر به مصرف بیشتر غذا شود. خوردن دقیق و آگاهانه برای کنترل مناسب مصرف غذا ضروری بوده و تمرکز حواس می‌تواند در درمان مشکلات خوردن تکانشی مؤثر باشد. ذهن آگاهی با کاهش استرس و افسردگی همراه است و می‌تواند برای درمان اختلالات خوردن با کاهش پریشانی روانی استفاده شود. همچنین، تمرین ذهن آگاهی می‌تواند سطح فعالیت بدنی در افرادی که سبک زندگی کم‌تحرک دارند، افزایش دهد و تأثیرات مفیدی بر تعادل انرژی و کنترل وزن داشته باشد (۴۳). شرکت‌کنندگان می‌توانند با تمرکز بیشتر بر احساسات فیزیکی، کالری دریافتی را کاهش دهند

دو روش درمانی، در کنار برنامه‌های مدیریت وزن با یا بدون دیگر مداخلات روانشناختی، بهترین نتایج را ارائه می‌دهند. با این حال، احتیاط در تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها لازم است، زیرا جامعه آماری این پژوهش افراد دارای اضافه وزن بوده است.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول بوده و بدینوسیله از اساتید گرامی و تمام کسانی که ما رایاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Amadian F, Haghayegh SA. Relationship model between sexual dissatisfaction and quality of life in married obese patients with mediating role of marital intimacy. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2020. <https://doi.org/10.18502/ssu.v28i1.3133>
2. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British journal of sports medicine. 2020;54(24):1451-62. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
3. Madadi J, Chinave M. The effectiveness of group therapy based on cognitive-behavioral approach on eating attitude and mental health of overweight people. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2020;6(3):103-8.
4. Dye L, Boyle NB, Champ C, Lawton C. The relationship between obesity and cognitive health and decline. Proceedings of the nutrition society. 2017;76(4):443-54. <https://doi.org/10.1017/S0029665117002014>
5. Cerea S, Ghisi M, Bottesi G, Manoli T, Carraro E, Doron G. Cognitive behavioral training using a mobile application reduces body image-related symptoms in high-risk female university students: a randomized controlled study. Behavior Therapy. 2021;52(1):170-82. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.002>
6. Meneguzzo P, Behrens SC, Favaro A, Tenconi

و استرس محور کمتری بخورند. این روش‌ها می‌تواند به مبارزه با اثرات منفی زندگی مدرن با تبدیل کردن زمان صرف غذا به تجربه‌ای آرامش‌بخش و آگاهانه کمک کنند (۴۴).

نتیجه گیری: در مواجهه با اپیدمی چاقی، روش‌های سنتی مانند رژیم‌های غذایی و ورزش به تنهایی کارآمدی کافی ندارند، بنابراین لازم است راهبردهای جدید و موثری را کشف کنیم. با توجه به نقش مهم مداخلات روانشناختی در بروز چاقی، به نظر می‌رسد استفاده از راهکارهای روانشناختی متنوع به تنهایی یا به صورت ترکیبی، احتمال موفقیت بیشتری را ارائه می‌دهد. روش‌های مبتنی بر شناخت و رفتار و همچنین ذهن‌آگاهی به دلیل تنوع و انعطاف در کاربردها و شامل مهارت‌های خودمدیریتی، به طور ویژه در دوره‌های مدیریت وزن، توجه بسیاری را به خود جلب کرده‌اند. هر

- E, Vindigni V, Teufel M, et al. Body image disturbances and weight bias after obesity surgery: Semantic and visual evaluation in a controlled study, findings from the BodyTalk Project. Obesity Surgery. 2021;31:1625-34. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05166-z>
7. Asemi Zavareh N, Ghazanfari F, Rezaei F. The Role of Childhood Trauma on Obesity with Mediating Early Maladaptive Schema and Self-compassion. IJPN 2023; 11 (4) :55-68
8. Chang PG, Delgadillo J, Waller G. Early response to psychological treatment for eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review. 2021;86:102032. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102032>
9. Hasani S, Nikdel F, Taghvaei Nia A. The Mediating Role of Self-Regulation in the Relationship between Sport Self-Efficacy and Self-concept with weight lose behaviors of students. Social Psychology Research. 2023;12(48):55-74.
10. McMaster CM, Paxton SJ, Maguire S, Hill AJ, Braet C, Seidler AL, et al. The need for future research into the assessment and monitoring of eating disorder risk in the context of obesity treatment. International Journal of Eating Disorders. 2023. <https://doi.org/10.1002/eat.23898>
11. Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S. Personalized cognitive-behavioural therapy for obesity (CBT-OB): theory, strategies and procedures. BioPsychoSocial medicine. 2020;14(1):1-8.

- <https://doi.org/10.1186/s13030-020-00177-9>
12. Yokoyama H, Nozaki T, Nishihara T, Sawamoto R, Komaki G, Sudo N. Factors associated with the improvement of body image dissatisfaction of female patients with overweight and obesity during cognitive behavioral therapy. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:1025946. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1025946>
13. Tang R, Yang J, Yu Y, Fang Y. The effects of cognitive behavioral therapy in women with polycystic ovary syndrome: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:796594. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.796594>
14. Nolan LJ, Jenkins SM. Food addiction is associated with irrational beliefs via trait anxiety and emotional eating. *Nutrients*. 2019;11(8):1711. <https://doi.org/10.3390/nu11081711>
15. Almeida VPd, Oliveira MSd, Moraes AdS, Padovani RdC, Caranti DA. Healthy Lifestyle Deck of cards as a tool for cognitive-behavioral therapy in adults with obesity. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2023;40:e210162. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210162>
16. Usefi A, Taher M, Aghae H, Bagherinia H. Comparison of the Effectiveness of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Body Image in Women Referred to Cosmetic Surgery Centers. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2022;29(2):281-90.
17. Zamiri-Miandoab N, Hassanzadeh R, Kamalifard M, Mirghafourvand M. The effect of cognitive behavior therapy on body image and self-esteem in female adolescents: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2021;33(6):323-32. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2021-0029>
18. Pellegrini M, Carletto S, Scumaci E, Ponzio V, Ostacoli L, Bo S. The use of self-help strategies in obesity treatment. A narrative review focused on hypnosis and mindfulness. *Current Obesity Reports*. 2021;10(3):351-64. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00443-z>
19. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black D. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews*. 2014;15(6):453-61. <https://doi.org/10.1111/obr.12156>
20. Lotfi Kangarshahi A, Dehghani Arani F, Rostami R, Ashrat Talesh SH, Abolhasani M. Comparing Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Activity Increasing and Weight Decreasing in Obese Individuals with Coronary Artery Stenosis. *Health Psychology*. 2019;8(31):53-78.
21. Morillo-Sarto H, López-del-Hoyo Y, Pérez-Aranda A, Modrego-Alarcón M, Barceló-Soler A, Borao L, et al. 'Mindful eating' for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial. *European Eating Disorders Review*. 2023;31(2):303-19. <https://doi.org/10.1002/erv.2958>
22. Soleimani H. Investigating the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Image and Sexual Function of Women with Obesity. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2022;11(2):108-21.
23. Bahreini Z, Kahrazei F, Nikmanesh Z. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Image Anxiety and Suicidal Ideation of Adolescent Girls with Body Dysmorphic Disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. 2022;9(1):5-10. <https://doi.org/10.32592/ajnpp.2022.9.1.101>
24. Veisy F, Ahmadi SM, Sadeghi K, Rezaee M. The psychometric properties of Body Shape Questionnaire C8 in women with eating disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology*. 2018;23(4):480-93. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.480>
25. Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
26. Ahmadi Golsfidi E, Abdollahzadeh H. Modeling of body image concern based on obsessive-compulsive disorder, perfectionism and eating attitudes mediated by basic psychological needs in girls. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021;10(8):81-92.
27. Cepeda-Benito A, Gleaves DH, Williams TL, Erath SA. The development and validation of the state and trait food cravings questionnaires. *Behav Ther* 2000; 31(1): 151-73. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80009-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80009-X)
28. Kachooei M, Ashrafi E. Exploring the factor structure, reliability and validity of the Food

- Craving Questionnaire-Trait in Iranian adults. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2016;23(5):631-48.
29. Afzali R, Ehteshamzade P, Asgari P, Naderi F. The Effectiveness of Schema Therapy on Food Cravings, Cognitive Flexibility and Food Attentional Bias in People with binge Eating Disorder. Health Psychology. 2022;11(41):27-46.
30. Lotfi Kangarshahi, A., deghani Arani, F., Roštami, R., Ashrat Talesh, S. H., Abolhasani, M. Comparing Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Activity Increasing and Weight Decreasing in Obese Individuals with Coronary Artery Stenosis. Health Psychology, 2019; 8(31): 53-78.
31. Lewis-Smith H, Diedrichs PC, Halliwell E. Cognitive-behavioral roots of body image therapy and prevention. Body Image. 2019;31:309-20. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.009>
32. Faraji J, Mahdavi A, Samkhaniyan E, Asadi S, Dezhkam N. A review of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the reduction of body image concern in patients with breast cancer. Journal of medicine and life. 2015;8(Spec Iss 4):82.
33. Cash TF, Smolak L. Body image: A handbook of science, practice, and prevention: Guilford press; 2011.
34. Usgu S, Akıncı B, Bali K. Complementary therapies for women with body image issues. Anti-Aging Eastern Europe. 2023;2(2):97-108. <https://doi.org/10.56543/aaeeu.2023.2.2.05>
35. Chrisler JC. Journeys of Embodiment at the Intersection of Body and Culture: The Developmental Theory of Embodiment: Niva Piran. London: Academic Press, 2017, 336 pages. Asian Women. 2018;34(4):117-20. <https://doi.org/10.14431/aw.2018.12.34.4.117>
36. Miri SF, Javadi M, Lin C-Y, Griffiths MD, Björk M, Pakpour AH. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on nutrition improvement and weight of overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2019;13(3):2190-7. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.05.010>
37. Alimoradi M, Abdolahi M, Aryan L, Vazirijavid R, Ajami M. Cognitive behavioral therapy for treatment of adult obesity. International journal of medical reviews. 2016;3(1):371-9.
38. Galindo Muñoz JS, Morillas-Ruiz JM, Gómez Gallego M, Díaz Soler I, Barberá Ortega MdC, Martínez CM, et al. Cognitive training therapy improves the effect of hypocaloric treatment on subjects with overweight/obesity: a randomised clinical trial. Nutrients. 2019;11(4):925. <https://doi.org/10.3390/nu11040925>
39. Hasker SM. Evaluation of the mindfulness-acceptance-commitment (MAC) approach for enhancing athletic performance: Indiana University of Pennsylvania; 2010.
40. Alanazi FS. Review of the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) In Reducing Symptoms of Bulimia Nervosa. 2023.
41. Winiaż A, Wokurka W, Turek M, Szlendak P, Toś K, Wojtala K, et al. Mindfulness based interventions in the treatment of obesity. Journal of Education, Health and Sport. 2023;19(1):17-21. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.19.01.002>
42. Dunn C, Haubenreiser M, Johnson M, Nordby K, Aggarwal S, Myer S, et al. Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. Current obesity reports. 2018;7:37-49. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0299-6>
43. Ruffault A, Czernichow S, Hagger MS, Ferrand M, Erichot N, Carette C, et al. The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. Obesity research & clinical practice. 2017;11(5):90-111. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.09.002>
44. Schnepfer R, Richard A, Wilhelm FH, Blechert J. A combined mindfulness-prolonged chewing intervention reduces body weight, food craving, and emotional eating. Journal of consulting and clinical psychology. 2019;87(1):106. <https://doi.org/10.1037/ccp0000361>