

## اثر بخشی آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر

### خودکارآمدی تجربه های مثبت

زهرة سپهری شاملو، شراره هامپا، علی مشهدی، امیررضا برومند

استادیار، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد : نویسنده ی مسئول

z.s.shamloo@um.ac.ir

دانشجو ، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی ، دانشگاه فردوسی مشهد

sharareh.hampa@gmail.com

دانشیار، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

Mashhadi@um.ac.ir

متخصص مغزو اعصاب

arboroumand @ymail.com

#### چکیده

چاقی و اضافه وزن یک نگرانی اساسی مرتبط با سلامت عمومی هستند و هزینه های اقتصادی و بهداشتی سنگینی بردوش افراد و کشورها می گذارند. یکی از حوزه های مرتبط با چاقی هیجانی است و در این بین خوردن در برابر فعالیتهای مثبت نیز توجه پژوهشی را به خود جلب کرده است. هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی تجربیات (هیجانی و رفتاری) مثبت در زنان دارای اضافه وزن بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه ی زنان ۱۹ تا ۴۰ ساله چاق و دارای اضافه وزن در شهر مشهد و ابزار مورد استفاده پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن بود. این مداخله در ۸ جلسه هفتگی اجرا شد. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس و آزمون T مستقل استفاده شد. یافته ها: آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش معنادار در خودکارآمدی تجربیات مثبت در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. با توجه به نتایج این پژوهش می توان گفت که آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک مداخله هیجان محور موثر در مدیریت وزن به کار گرفته شود.

**کلمات کلیدی:** چاقی، اضافه وزن، آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی، خودکارآمدی وزن.

چاقی تجمع بیش از حد و یا غیر طبیعی چربی است که ممکن است به سلامتی صدمه بزند [1]. به بیان ساده تر چاقی نتیجه خوردن بسیار زیاد و تحرک بسیار کم است [2]. چاقی بیماری مزمنی است که به علت نامتعادل بودن میزان دریافت انرژی (از راه غذا) و میزان مصرف یا سوخت انرژی (در نتیجه فعالیت بدنی) بوجود می آید [3]. شیوع اضافه وزن و چاقی در بزرگسالان و کودکان به میزان نگران کننده ای رسیده است. این روند در شیوع اضافه وزن و چاقی به طور پیوسته در حال افزایش بوده و توقفی نداشته است [4]. سازمان بهداشت جهانی هشدار داده است که کشورهای درحال توسعه هدف بعدی بار بزرگ آینده چاقی و دیابت خواهند بود [5]. پیش بینی شده است که چاقی در سال ۲۰۲۵ مشکل درجه یک سلامتی در کل جهان می باشد [6]. مانند بسیاری از کشورهای دیگر در جهان، چاقی و اضافه وزن در ایران نیز معمول است اما میزان افزایش شیوع چاقی در ایران بالاتر از کشورهای توسعه یافته ای مانند آمریکا و اکثر کشورهای اروپایی و حتی همسایگان ایران است. در بررسی شیوع چاقی در ایران در فاصله سالهای ۲۰۰۷-۱۹۹۹ نرخ رشد ۸/۷٪ را اعلام شد (از ۱۳/۶ درصد در ۱۹۹۹ به ۲۲/۳ درصد در ۲۰۰۷، یعنی افزایش ۱/۸ درصد در هر سال) و تعداد افراد چاق در ایران در فاصله بین ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۷ نزدیک ۲ برابر رسیده است [5].

چاقی یکی از مهمترین علل اصلی قابل پیشگیری مرگ در سراسر جهان است [7]. آنچنانکه انجمن جهانی قلب (۲۰۱۵) چاقی را یکی از ۵ عامل اصلی مرگ و میر در جهان اعلام کرد [8]. رایچمن و همکاران (۲۰۰۱) عنوان می کنند سبک زندگی مدرن (نظیر کاهش فعالیت، دسترسی بیشتر به غذا، محبوبیت غذاهای دارای کالری بالا و تغییر ساختارهای اجتماعی مرتبط با غذا خوردن)، عوامل روانشناختی، اجتماعی، محیطی و فیزیولوژیکی با ایجاد عدم تعادل در دریافت انرژی و مصرف آن به اضافه وزن و چاقی منتهی می شوند [9].

رفتار خوردن بشر بسیار تحت تاثیر هیجانات وی می باشد؛ انتخاب غذا، کمیت و تعداد وعده های غذایی همه وابسته به متغیرهایی هستند که لزوماً مرتبط به نیازهای فیزیولوژیکی نیست. یک پذیرش گسترده وجود دارد که رفتار خوردن بر اثر تغییر در برانگیختگی هیجانی (اضطراب، خشم، شادی، افسردگی، غم و دیگر هیجانات) تغییر می کند. خوردن و آشامیدن یکی از راهکارهایی است که افراد برای مدیریت خلقشان از آن استفاده می کنند [10]. نتایج بررسی های لورو و اورلیانس (۱۹۸۱) نشان داد افرادی که مهارتهای مدیریت استرس ضعیفی دارند، برای رها شدن از افکار و هیجانهای مرتبط با عوامل استرس زا به پرخوری روی می آورند؛ این روش آسودگی فوری اما موقتی از پریشانی هیجانی را برای آنها به دنبال دارد [10]. همچنین مطالعات نشان می دهند که هیجانهای افراد چاق بر الگوی غذا خوردن آنها تأثیر منفی دارند [11]. توجه به هیجانهای منفی در خوردن هیجانی بسیار بیشتر از هیجانهای مثبت است و میزان مطالعاتی که در این زمینه انجام شده این فرضیه را پیش می آورد که هیجانهای مثبت در خوردن هیجانی هیچ اثری ندارند درحالیکه افراد برای ایجاد تداوم یا تشدید احساس لذت در خود به پرخوری دست می زنند.

خودکارآمدی به باور و اطمینان فرد به توانایی خود در به نمایش گذاشتن رفتاری خاص حتی در یک موقعیت وسوسه برانگیز دلالت دارد، ولی توانایی ادراک شده ی فرد در کنترل وزن از راه مقاومت در برابر خوردن در موقعیتهای هیجانی مثبت می باشد. خودکارآمدی شاخص پیش بینی کننده ی کاهش وزن و پیش بینی کننده

ی موفقیت برنامه های کنترل وزن است و طی درمان افزایش می یابد. افرادی که نوسان وزن زیادی را تجربه میکنند، به طور معمول از سطح خودکارآمدی پایین تری برخوردار هستند [12]. پژوهشی پیرامون موانع پای بندی به درمان در کاهش وزن از نظر مراجعین نیز نشان داد که ۷۱٪ آزمودنیها، عبارت «وقتی گرسنه ام در کنترل رفتار خوردن مشکل دارم» را به عنوان مهمترین مانع پای بندی به رژیم های غذایی کاهش وزن نام برده اند [12].

ذهن آگاهی را به عنوان مشاهده بدون قضاوت نسبت به جریان در حال پیشرفت درونی و بیرونی محرک ها و ظاهر شدن آن ها تعریف کرده است [13]. از سوی دیگر ذهن آگاهی به عنوان شیوه ای برای جلوگیری از احتکار فرایندهای ناهشیار، انگیزش های پنهان و ساختارهای غیر قابل مشاهده ذهن و در عوض استفاده از اصول یادگیری جهت اصلاح رفتارهای غیر ضروری و واکنش های هیجانی مطرح نموده است [13]. از منظری دیگر ذهن آگاهی نوعی شیوه ی خاص پرورش توجه برای توسعه آگاهی است [14]. ذهن آگاهی با تکنیک توجه برگردانی متفاوت است. در توجه برگردانی، هدف شناسایی جنبه های مشکل آفرین یا مزاحم یک فکر و دور کردن توجه از آن فکر از طریق تمرکز بر مسائل بیرونی است اما ذهن آگاهی شامل توانمند شدن در شناسایی جنبه های مشکل آفرین یک فکر و برقراری رابطه ای با رویکردی متفاوت با این افکار است. هدف هر دوره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش شیوه های متفاوت برقراری ارتباط با محتوای ذهنی است [14].

اخیرا ذهن آگاهی توجه بسیاری در زمینه چاقی و اضافه وزن به خود جلب کرده است. مداخله همراه با مراقبه ذهن آگاهی، باهدف افزایش خودنظم جویی کلی روانشناختی و فیزیولوژیکی، کاملا متناسب با بدتنظیمی های شناختی، هیجانی، فیزیولوژیکی و رفتاری مشاهده شده در اختلالات خوردن به ویژه درمورد پرخوری تکانشی است [15]. بنابراین رویکردهای ذهن آگاه محور به افراد دارای اضافه وزن و چاق برای کاهش وزن و تغییر الگوهای خوردن و همچنین نگهداری وزن کاسته شده کمک می کنند [15]. آگاهی و پذیرش لحظات گذرا به فرد اجازه می دهد که پاسخ هوشیارانه و سالمتر را جایگزین افکار و کنش های اتوماتیک کند [16]. منطق استفاده از ذهن آگاهی در درمان اختلالات خوردن توسط محققان مورد بررسی قرار گرفته است و شامل اهمیت آگاهی از تجربیات درونی (مثل احساسات فیزیکی و هیجانی)، تسهیل پذیرش خود، انعطاف پذیری شناختی، شفقت، بخشش و به طور کلی بهبود توانایی فرد برای مقابله سازگاران با هیجان می شود [16,17,18]. آموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی با تلفیق اجزایی از مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و مداخله رفتار درمانی شناختی رفتاری با مراقبه های هدایت شده خوردن توسط کریستلر در دهه ۱۹۹۰ گسترش پیدا کرد. این برنامه با استفاده از تکنیکهای مراقبه ذهن آگاهی سنتی، مراقبه های هدایت شده ای را طراحی می کند که جهت آنها موضوعات خاص مرتبط با شکل بدن، وزن، فرایندهای خودنظم جویی مرتبط با خوردن همچون اشتها، سیری معده ای و سیری حسی است. [17]. در طول جلسات مداخله آموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کمک به افراد برای آوردن آگاهی به جنبه های مختلف خوردن و دوباره متعادل کردن جنبه های خوردنی که به طور معمول در اختلالات خوردن دچار بی نظمی شده است تمرینات متفاوت ذهن آگاهانه استفاده می شود. آگاه کردن به احساس فیزیکی گرسنگی و انواع متفاوت سیری (پری معده ای و سیری حسی)، ذهن آگاه

کردن به انواع شیوه‌های خوردن (سریع یا آرام، آگاهانه یا ناآگاهانه، اتوماتیک یا غیر اتوماتیک)، آشنایی با دسته بندی غذا‌های سالم و ناسالم با تمرکز برکسب لذت از مقادیر کم غذا، آگاهی از ماشه چکانه‌های غیر تغذیه‌ای برای خوردن (هیجان، بو و طعم غذا، فشار اجتماعی) و توانمندتر کردن فرد جهت تصمیم‌گیری برای انتخاب غذاهای خاص از جمله تمرینات هدایت شده‌ای هستند که درآموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده می‌شوند. این برنامه فراهم‌کننده یک مجموعه ابزار برای استفاده نامحدود در مقابل عادات دیرینه ترجیحات غذایی که می‌توانند ماه‌ها برای افراد چالش برانگیز باشند و درواقع داشتن یک نگرش کنجکاوانه و ذهن آگاه و ایجاد یک تغییر خلاقانه می‌تواند در برابر این چالشها مفید باشد [19]. به همین دلیل پژوهش حاضر در نظر دارد بررسی کند که آیا مداخله آموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی وزن تجربیات مثبت زنان دارای اضافه وزن اثر بخش است.

## ۲. متن اصلی

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه زنان ۱۹ تا ۴۰ ساله با داشتن  $BMI \geq 25$ ،  $BMI \geq 35$  در شهر مشهد می‌باشد که به صورت فراخوان برای حضور در این پژوهش از آن‌ها دعوت به عمل آمد. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس بود.

معیارهای ورود این پژوهش شامل:  $BMI \geq 25$ ،  $BMI \geq 35$ ، سن ۱۹ تا ۴۰ سال، زن، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و معیارهای خروج: بارداری، کم‌کاری و پرکاری تیروئید، اختلال عصب - روانشناختی شدید مثل سایکوز یا افکار خودکشی یا دیگر کشتی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی (تشخیص براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وسواسی - جبری براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، افسردگی و اضطراب درمان نشده شدید (براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، سوءمصرف مواد مخدر و الکل، سابقه جراحی برای کاهش وزن، ناتوانی در اجرای تکالیف مداخله، شرکت همزمان در برنامه ذهن آگاهی یا کاهش استرس همزمان، تمرین ذهن آگاهی در ۶ ماهه گذشته (به طور منظم و رسمی حداقل ۱ بار در هفته)، شرکت در یک مطالعه پژوهشی دیگر، سابقه بررسی برای یک اختلال روانی در دو سال گذشته و درنهایت اضافه وزن درمان‌زاد (شامل اضافه وزن حاصل از داروهای شیمی درمانی و...) بود.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن

پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن توسط کلارک، آبرامز، نیایورا، ایتون و روسی (۱۹۹۱) ساخته شد و دارای ۲۰ گویه در خصوص خودکارآمدی رفتار خوردن است که در آن آزمودنی‌ها میزان اعتماد و اطمینان خود در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن را در موقعیت‌های مختلف و وسوسه برانگیز براساس طیف لیکرتی ده نقطه‌ای از «عدم اعتماد و اطمینان» تا «بسیار مطمئن» بیان می‌کنند. این پرسشنامه ۲۰ گویه‌ای دارای پنج خرده‌مقیاس است که هر خرده‌مقیاس شامل چهار گویه است؛ بنابراین یک نمره کلی و پنج نمره

مربوط به پنج خرده مقیاس در اختیار قرار می‌دهد. خرده مقیاس‌ها در واقع موقعیت‌هایی را توصیف می‌کنند که احتمال وقوع رفتار خوردن افزایش می‌یابد و مقاومت کردن برای افراد با مشکل افزایش وزن و چاقی، سخت و دشوار می‌شود. مولفه‌های این خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: هیجان‌های منفی (مانند خوردن در هنگام غمگینی، اضطراب، شکست و ناکامی)، در دسترس بودن مواد غذایی و خوراکی‌ها (موقعیت‌هایی که مواد غذایی به آسانی در دسترس هستند مانند مسافرت، دیدن و در اختیار داشتن مواد غذایی چرب و شیرین)، فشار اجتماعی (تشویق و ترغیب دیگران برای خوردن مثلاً در مهمانی‌ها)، ناراحتی جسمی (مانند خوردن در مواقع درد، بیماری و خستگی) و تجربیات مثبت (نظیر خوردن در هنگام مطالعه، تماشای تلویزیون و شادی). روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط بابایی، خدپناهی و صالح صادق پور (۱۳۸۶) به دست آمده است. تحلیل عاملی تاییدی، پنج عامل هیجان‌های منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت را تایید کرد؛ میزان آلفا برای عوامل بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ آمد و ضریب همسانی درونی برای کل گویه‌ها برابر با ۰/۹۲ گزارش شد.

### روش گردآوری داده‌ها و اطلاعات

ابتدا افراد متقاضی شرکت در این طرح پژوهشی توسط مصاحبه بالینی، نمایه توده بدنی و بر اساس معیارهای ورودی و خروجی غربال شدند. در ادامه به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ( $N = 9$ ) و کنترل ( $N = 9$ ) قرار گرفتند و سپس با پرسشنامه سبک زندگی کارآمد وزن، مورد بررسی قرار گرفتند. گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۹۰-۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش ذهن آگاهی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. در نهایت پس از برگزاری ۸ جلسه، در مرحله پس از آزمون دوباره پرسشنامه سبک زندگی کارآمد وزن اجرا می‌شود.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های گردآوری شده از اجرای مقیاس در پیش آزمون و پس از آزمون و ثبت هفتگی وزن آزمودنی‌ها را با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری SPSS-21 مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا برای نشان دادن اطلاعاتی مانند ویژگی‌های جمعیت شناختی از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و سپس برای استنباط داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس و T مستقل بهره گرفته شد.

در این قسمت ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان با استفاده از جدول ۱، بیان می گردد.

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های پژوهش

گروه	میانگین	انحراف معیار	
سن	آزمایش	۳۰/۴۴	
	کنترل	۲۹/۳۳	
تحصیلات	گروه	فراوانی (درصد)	
	آزمایش	دیپلم	۲ (۲۲/۲)
		کارشناسی	۳ (۳۳/۳)
		کارشناسی ارشد	۴ (۴۴/۴)
		کل	۹ (۱۰۰)
	کنترل	دیپلم	۶ (۶۶/۷)
		کارشناسی	۲ (۲۲/۲)
		کارشناسی ارشد	۱ (۱۱/۱)
کل		۹ (۱۰۰)	

به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات آزمودنی ها در تجربیات مثبت در مرحله پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش و نمرات آزمودنی ها در تجربیات مثبت در مرحله پس آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد الگو شدند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار به دست آمده از آزمون تجربیات مثبت

گروه		گروه آزمایش		گروه کنترل	
متغیر	مراحل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تجربیات مثبت	پیش آزمون	۹	۱۵/۵۵	۷/۶۵	۱۵/۱۱
	پس آزمون	۹	۲۳/۸۸	۲/۹۳	۱۶

همان طور که در جدول ۲، مشاهده می شود اطلاعات کلی توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در تجربیات مثبت آمده است.



قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کلی تجربیات مثبت، باید یادآور شد که نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد برای تجربیات مثبت، این آزمون معنادار نبود ( $P > 0/05$ ). عدم معناداری نشان می‌دهد که داده‌ها نرمال هستند. نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از لحاظ آماری معنادار نبود (پس آزمون:  $P=0/66$ ،  $F_{(16,1)} = 0/20$ ) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد، اما همگنی رگرسیونی رعایت نشده بود (تجربیات مثبت پس آزمون:  $P=0/01$ ،  $F=22/91$ )؛ بنابراین، به دلیل برقرار نبودن مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود نداشت. در این صورت ابتدا اختلاف بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تجربیات مثبت بین گروه آزمایش و کنترل را محاسبه گردیده و سپس نتایج حاصل با آزمون T مستقل مورد بررسی قرار گرفته شد که نتایج آن در ادامه بیان می‌گردد.

جدول ۳. نتایج تحلیل آزمون T مستقل هیجان‌های مثبت در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	سطح معناداری
تجربیات مثبت	آزمایش	۸/۳۳	۹/۳۶	۹/۸۱	۲/۲۵	۰/۰۴۸
	کنترل	۰/۸۸	۳/۱۷			

در این تحلیل به دلیل این که واریانس‌های دو گروه به‌طور معنادار نابرابر بودند ( $F=8/98$ ،  $P=0/009$ ). از آزمون T واریانس‌های نابرابر استفاده شد. جدول ۳، نشان می‌دهد که میانگین تجربیات مثبت در پس آزمون گروه آزمایش افزایش یافته است و بین میانگین تجربیات مثبت در گروه آزمایش و کنترل اختلاف معناداری وجود دارد، اما از آن جایی که فرضیه فوق یک دامنه است و این سطح معناداری در سطح دو دامنه است؛ بنابراین عدد  $0/048$  را بر دو تقسیم کرده که عدد به‌دست آمده  $0/02$  است. به دلیل این که سطح معناداری کوچک‌تر از  $0/05$  است ( $P < 0/05$ ). در نتیجه تفاوت معناداری بین تجربیات مثبت گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون وجود دارد ( $T=2/25$ ،  $P=0/02$ ) و در نتیجه فرضیه تأیید می‌گردد. با استفاده از میانگین و انحراف معیار به دست آمده برای متغیر تجربیات مثبت و با استفاده از فرمول کوهن  $d$ ، می‌توان اندازه اثر آن را تعیین کرد.  $d=1/06$  به دست آمده برای متغیر هیجان‌های مثبت به معنی اندازه اثر بزرگ می‌باشد.

### ۳. نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی تجربه‌های مثبت پرداخته شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن

آگاهی باعث تفاوت معناداری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می شود. با بررسی های انجام شده مطالعه ای در جهت بررسی اثر بخشی آموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی وزن تجربیات مثبت، یافت نشد اما یافته پژوهش حاضر با یافته گیلبرت و والتز (۲۰۱۰) که ذهن آگاهی با خودکارآمدی وزن همبستگی مثبت دارد، همسو است [20]. در تبیین این یافته ها می توان به اثر ذهن آگاهی در افزایش خود تنظیمی اشاره کرد که منجر پاسخی تامل گرایانه تر و حساب شده تر افراد به محیط می شود [21]. به عبارتی دیگر افزایش خودتنظیمی که حاصل افزایش آگاهی از نشانه های حسی و هیجانی است [21] باعث کاهش پاسخهای تکانشی به غذاهای ناسالم می شود و این امر احساس کنترل فرد در برابر غذا را بالا می برد که همان خودکارآمدی وزن می باشد.

ذهن آگاهی، آگاه بودن غیر قضاوتی به چیزها، افراد و رویدادها همان طور که هستند و رخ می دهند است و همچنین رسیدن به این درک که همانگونه که رنج تمام می شود، لحظات خوب و احساسات خوب هم تمام می شود و نمی توان این لحظات را تا ابد ادامه داد [22]. این مفهوم یکی از اجزا درمانی آموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی است که در آن توجه به لذت از غذا برجسته می شود. لذت از یک غذا و تداوم این لذت برخلاف باور افراد چاق با افزایش میزان مصرف غذای لذتبخش بیشتر نمی شود و در واقع بر اساس مکانیزم سیری حسی نتیجه ای عکس می دهد. مداخله آموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی توصیه می کند که افراد از غذای لذت بخش در مقداری کمتر و با توجه کامل به لحظه خوردن، بهره ببرند (به عکس رژیم های غذایی سنتی). این امر شاید توانسته اثری مضاعف بر شرکت کنندگان در هنگام برخورد با موقعیتهای و هیجانات مثبت داشته باشد که در آن هنگام افراد برای بیشتر شدن حس «خوب لذت بردن» یا تداوم آن شروع به خوردن غذاهای مورد علاقه می کنند با تذکر این نکته که خوردن بیشتر غذای مورد علاقه (که به طور معمول چرب تر و شیرین تر از غذاهای معمول است) باعث تداوم یا بیشتر «حس خوب لذت بردن» نمی شود. در انتها می توان مداخله آموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان یک مداخله هیجان محور در مدیریت وزن در نظر گرفت که می تواند منجر به افزایش خودکارآمدی در ارتباط با موقعیتهای هیجانی مثبت شود.

## منابع

[1]-WHO,2015,<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.1/29/2015.

[2]- Chen, H.,2015, The scope and impact of obesity in Vermont Strategies for change, Preventive Medicine, 80, 44-46.

[3]- ریسمانچیان، م، ۱۳۹۱، تناسب اندام و سلامت پایدار، اصفهان، نگار.



[4] - بیدادیان، م و بهرامی احسان، ه. (۱۳۹۱). مروری بر چالش‌های موجود در درمان چاقی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۷): ۷۷۱-۷۵۷.

[5]- Esteghamati, A., Khalilzadeh, O., Mohammad, K., Meysamie, A., Rashidi, A., Kamgar, M., Abbasi, M., Asgari, F. and Haghazali, M, 2010, Secular Trends of Obesity in Iran Between 1999 and 2007: National Surveys of Risk Factors of Non-Communicable Diseases. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 8, 3, 209–213.

[6]- Vaidya, V., 2006, Psychosocial aspects of obesity. In: Vaidya V, Eeditor. *Health and Treatment Strategies in Obesity*, Unionville, CT: Karger Publishers, p. 73-85.

[7]- Nabavi, S.F, Russo, G.L., Daglia, M., and Nabavi, S.M., 2015, Role of quercetin as an alternative for obesity treatment: you are what you eat! *Food Chemistry*. doi:[http://dx.doi.org/ 10. 1016/j.foodchem](http://dx.doi.org/10.1016/j.foodchem).

[8]- Taube-Schiff, M., Van Exan, J., Tanaka, R., Wnuk, S., Hawa, R., and Sockalingam, S., 2015, Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates: The mediating role of difficulties in emotion regulation, *Eating Behaviors*, 18, 36–40.

[9]- مزگان آگاه هریس، مسعودجان بزرگی، آویسا نجیمی، احمد علی پور، احمد علی نوربالا، شهناز نوحی و ندا گلچین، ۱۳۹۲، مقایسه اثر بخشی مداخله رفتاری - تغذیه ای با مداخله شناختی بک در ترکیب با تجویز رژیم غذایی - فعالیت بدنی در کاهش اضافه وزن و بهبود نیم رخ چربی زنان. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، ۲۰(۱۰۴): ۶۰-۵۱.

[10]- امیلیا میرزا محمد علائینی، احمد علیپور، احمد علی نوربالا، مزگان آگاه هریس، ۱۳۹۲، اثربخشی مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن. روانشناسی سلامت، ۲(۷): ۲۱-۳۱.

[11]- Snoek, H. M., Engels, R.C.M.E., Janssens, J.M.A.M., and Van Strien, T., 2007, Parental behaviour and adolescents' emotional eating. *Appetite*, 49, 223-230.

[12]- علی نویدیان، فتحیه کرمان ساروی، محمود ایمانی، ۱۳۹۱، رابطه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن با اضافه وزن و چاقی، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۴(۶): ۵۶۳-۵۵۶.

[13]- داریوش جلالی، اصغر آقایی، ۱۳۹۴، مدیریت شناختی - رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، تهران: انتشارات ابن سینا.

[14]- پروانه محمدخانی. حمید خانی پور، ۱۳۹۱، درمانهای مبتنی بر حضور ذهن. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

[15]- Kristeller, J. L., and Woleve, R. Q., 2014, Mindfulness-Based Treatment Approaches: Current Applications for Psychological Disorders in Adults. In R. Baer (Ed.), Mindfulness-Based Eating Awareness Training: Treatment of Overeating and Obesity, (pp.119-139). Elsevier Inc.

[16]- Katterman, S.N., Kleinman, B.N. Hood M.M., Nackers L.M., and Corsica, J.A., 2014, Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15 197–204.

[17]- Kristeller, J. L., Baer, R., and Wolever, R.Q., 2006, Mindfulness and acceptance based interventions: conceptualization, application, and empirical support. In R. Baer (Ed.), *Mindfulness-based approaches to eating disorders* (pp. 3–32), Burlington: Elsevier

[18]- Kristeller, J. L., and Woleve, R. Q., 2011, Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Preventi* 19:1, 49-61.

[19]- Kristeller, J., Wolever, R. Q., and Sheets, V., 2013, Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1> (in press).

[20]- Salmoirago-Blotcher, E., Druker, S., Meyer, F., Bocka, L., Crawford, S., and Pbert, L., 2015, Design and methods for “Commit to Get Fit” — A pilot study of a school-based mindfulness intervention to promote healthy diet and physical activity among adolescents, *Contemporary Clinical Trials*, 41 248–258.

[21]- Reilly, G. A. O., Cook, L., Spruijt-Metz, D., and Black, D. S., 2014, Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review, *obesity reviews*: 15, 453–461.

[22]- رونالد د. سیگل، ۱۳۹۴، توجه آگاهی: راه حلی برای مشکلات روزمره. ترجمه: مرتضی کشمیری و پیوند جلالی. تهران: انتشارات ارجمند. (۲۰۱۰).