MEJDS. 2022; 12:134.

Published online 2022 Oct. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Mindfulness Therapy Based on Self-compassion With Mindfulness Based on Cognitive Therapy on Weight Self-efficacy and Food Cravings in Overweight Women

*Hajirostam A[1], Golparvar M[2], Khayatan F[3]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran;
3. Associate Professor, Adult Health Department, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
Corresponding Author Email: hajirostamazam@gmail.com

Received: 2021 July 14; **Accepted:** 2022 April 29

Abstract

Background & Objectives: Being overweight is a chronic, common, and debilitating disorder that is a risk factor for many diseases. In this regard, it is important to pay attention to some of the structures associated with weight loss. One of the structures involved in successful weight loss is weight self–efficacy. Determining the level of self–efficacy of people seeking weight loss treatment to initiate and maintain changes in eating habits can be a goal for early intervention in behavioral programs. Weight self–efficacy can affect food cravings by influencing the effort to succeed in a weight loss program. Researchers believe that the role of craving in maintaining addictive behaviors is intriguing, and therefore, craving for food is an important factor in treating eating problems. Thus, psychological interventions can improve weight self–efficacy and food cravings. The present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness based on self–compassion with mindfulness based on cognitive therapy on weight self–efficacy and food cravings in overweight women.

Methods: The research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design and a 3–month follow–up. The study population consisted of overweight women living in Isfahan who were referred to control and weight loss centers in 2020. From this community, 45 women were selected by convenience sampling and randomly assigned to two experimental and one control group. The first experimental group received mindfulness training based on self–compassion in 8 weekly 60–minute sessions and the second experimental group participated in 8 weekly 60–minute sessions of mindfulness based on cognitive therapy. The control group was on the waiting list during this period. The inclusion criteria were as follows: a personal desire to participate in the research, overweight women (body mass index greater than 25), placement in the age range of 18–65 years, not suffering from acute or chronic mental disorders (by conducting an initial interview), not using simultaneous psychological treatments (by conducting an initial interview), not taking psychiatric drugs for the past three months (by conducting an initial interview), not suffering from physical diseases (by conducting an initial interview). The exclusion criteria were as follows: drug and alcohol consumption, non–cooperation or unwillingness to continue the research, not completing the assignments presented in the meetings, and absence from more than two meetings. The research instruments included Weight Lifestyle Self–Efficacy Questionnaire (Clark et al., 1991) and Food Craving Questionnaire (Meule et al., 2014). After collecting the data, at the descriptive level, mean and standard deviation and at the inferential level, after examining the research assumptions, the Chi–square test, repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test were calculated and conducted in the SPSS software version 24. In the present study, the significance level of statistical tests was considered 0.05.

Results: The results showed that regarding the weight self–efficacy variable, the time factor, the group factor, and the interaction between time and group were significant ($p<0.001$). Regarding the variable of food craving, the time factor was significant ($p<0.001$). Nevertheless, the interaction factor of time and group ($p=0.160$) and group factor ($p=0.770$) were not significant. In the weight self–efficacy variable, there was a significant difference between the mindfulness based on self–compassion group and the control group ($p<0.001$) and the mindfulness based on cognitive therapy group and the control group ($p=0.003$). However, there was no significant difference between the two exprimental groups ($p=0.170$).

Conclusion: According to the results, mindfulness therapy based on self–compassion and mindfulness based cognitive therapy can improve overweight self–efficacy in overweight women, but have no effect on improving food cravings in this group.

Keywords: Overweight, Weight self–efficacy, Food cravings, Mindfulness based on self–compassion, Mindfulness based on cognitive therapy.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۳۴.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا در زنان دارای اضافه‌وزن

*اعظم حاجی رستم[۱]، محسن گل‌پرور[۲]، فلور خیاطان[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۳. دانشیار گروه سلامت بزرگسالان، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکدهٔ پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** hajirostamazam@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۳ تیر ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۹ اردیبهشت ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا از تعیین‌کننده‌های مصرف بیش‌ازحد غذا و اضافه‌وزن هستند که باید به آن‌ها توجه شود؛ به این ترتیب پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا در زنان دارای اضافه‌وزن انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود که روی زنان دارای اضافه‌وزن مراجعه‌کننده به مراکز کنترل و کاهش وزن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. به این منظور، ۴۵ نفر از زنان به‌روش دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، قرار گرفتند. گروه آزمایش اول در هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای بستهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی و گروه آزمایش دوم در هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را دریافت کرد. افراد گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱) و پرسش‌نامهٔ اشتیاق به غذا (مول و همکاران، ۲۰۱۴) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های خی‌دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، در متغیر خودکارآمدی وزن، عامل زمان، عامل گروه و تعامل زمان و گروه معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در متغیر اشتیاق به غذا، عامل زمان معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ ولی تعامل زمان و گروه (p=۰/۱۶۰) و عامل گروه (p=۰/۷۷۰) معنادار نبود. در متغیر خودکارآمدی وزن، بین گروه ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی با گروه گواه (p<۰/۰۰۱) و گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با گروه گواه (p=۰/۰۰۳) تفاوت معناداری وجود داشت؛ ولی بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشد (p=۰/۱۷۰).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج مطالعهٔ حاضر می‌توان از درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌منظور بهبود خودکارآمدی وزن زنان دارای اضافه‌وزن استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اضافه‌وزن، خودکارآمدی وزن، اشتیاق به غذا، ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

۱ مقدمه

اضافه‌وزن[1] و چاقی، اپیدمی جهانی با میزان شیوع زیادی است که در اکثر جوامع غربی و کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است و در صورت ادامهٔ این روند، تا سال ۲۰۲۵، شیوع جهانی آن در مردان به ۱۸ درصد و در زنان به ۲۱ درصد می‌رسد (۱). این مشکل، عارضهٔ تغذیه‌ای و معضل اجتماعی مهم‌تر در سطح جهان است (۲). اضافه‌وزن زمینه‌ساز بروز مشکلات جسمانی و رفتاری است (۳). ازسوی‌دیگر بسیاری از مسائل روان‌شناختی نیز می‌توانند سبب پدیداری چاقی شوند (۴). یکی از متغیرهای روان‌شناختی دخیل در کاهش وزن موفق، خودکارآمدی وزن[2] است (۵). خودکارآمدی وزن، به‌اعتقاد افراد به توانایی‌های خود در فعالیت‌های مرتبط با کاهش وزن اشاره می‌کند (۶) که با فعال‌سازی حس شخصی عامل‌بودن و تصمیم‌گیری برای انجام یک رفتار، نقش منحصربه‌فردی در روند انگیزشی تغییر دارد (۷). تعیین سطح خودکارآمدی افرادی که در جست‌وجوی درمان کاهش وزن هستند، برای شروع و حفظ تغییرات به‌وجودآمده در عادات غذایی، می‌تواند هدفی برای مداخلهٔ اولیه در برنامه‌های رفتاری باشد (۶).

خودکارآمدی وزن با تأثیر بر تلاش برای موفقیت در برنامهٔ کاهش وزن، در اشتیاق به غذا[3] نقش دارد. اشتیاق به غذا را می‌توان به‌صورت حالتی انگیزشی یا روانی تعریف کرد که باعث افزایش رفتارهای جست‌وجوگرانه و بلعی درقبال مواد غذایی می‌شود (۸). محققان، نقش اشتیاق را در حفظ رفتارهای اعتیادی پررنگ می‌دانند (۹) و برهمین اساس، اشتیاق به غذا عامل مهمی برای درمان مشکلات مرتبط با خوردن به‌شمار می‌آید (۱۰). نیاز زیستی انسان برای جست‌وجوی غذا همراه با دسترسی آسان به آن در دنیای مدرن امروز، باعث افزایش اشتیاق به غذا شده است (۱۱). اشتیاق به غذا ناشی‌از نیاز به جبران کمبودهای فیزیولوژیک است (۱۲) و بر این اساس، محدودیت انرژی و نبود تعادل هموستاتیک، فرد را به‌سوی بیش‌خوری[4] سوق می‌دهد (۱۳)؛ بااین‌حال محققان معتقد هستند زیرساخت اشتیاق به غذا، صرفاً زیستی نیست (۱۴) و در این زمینه نمی‌توان فرایندهای روان‌شناختی را نادیده گرفت (۱۵)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی که قادر باشد موجب بهبود سازه‌هایی نظیر خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا شود، می‌تواند فرایند کاهش وزن را تسهیل کند.

تاکنون برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اضافه‌وزن و مشکلات مرتبط با آن طراحی شده است و بیشتر این برنامه‌ها به‌طور خاص، بر کاهش مصرف انرژی و تحرک و فعالیت بدنی متمرکز شده‌اند (۱۶)؛ درحالی‌که پژوهشگرانی مانند گارنر و وولی (۱۷) و جفری و همکاران (۱۸) معتقد بودند، این مداخله‌ها در طولانی‌مدت نسبتاً ناکارآمد است و در اغلب مواقع، افراد شکست‌های متداولی را در کاهش وزن تجربه می‌کنند (۱۶). ازطرف‌دیگر نتایج ناامیدکنندهٔ درمان‌های سنتی چاقی، باعث شد که برخی متخصصان تنها روی کاهش وزن تمرکز نداشته باشند و تلاش کنند تغییرات روان‌شناختی مثبتی به‌وجود آورند. اعتقاد بر این است که استفاده از روش‌های درمانی روان‌شناختی، مشکلات روانی مرتبط با چاقی را کاهش می‌دهد و در طولانی‌مدت، کاهش وزن را آسان می‌کند (۱۹) و ابقای وزن کاهش‌یافته را امکان‌پذیر می‌سازد (۲۰). دلیل مهم در کاربرد درمانگری‌های روان‌شناختی مدیریت وزن، تأثیر مداوم و شناخته‌شدهٔ آن‌ها (۲۱) و همچنین توانایی این نوع درمانگری‌ها در پیشگیری از بازگشت مشکلات است (۲۲).

یکی از مداخلات پیشنهادشده در این زمینه، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[5] است (۲۳). این درمان توسط تیزدل[6] و همکاران در سال ۱۹۹۲ طراحی شد و به افراد آموزش می‌دهد که چگونه متفاوت از قبل، با تفکرات و احساسات منفی خود بدون تغییر محتوای تفکر، ارتباط برقرار کنند (۲۴). بنیانگذاران شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با بررسی عوامل رفتاری و شناختی دخیل در افسردگی دریافتند که تمرکززدایی منجربه ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می‌شود. به‌عبارت‌دیگر توسعهٔ چشم‌اندازی متفاوت دربارهٔ افکار و هیجان‌ها عامل اصلی تأثیر درمان‌های شناختی به‌شمار می‌رود و همین عامل است که توانایی رهاشدن از دام نشخوار فکری و عواقب چرخه‌ای خُلق ضعیف را از بین می‌برد (۲۵). هرچند این رویکرد برای جلوگیری از عود در بیماران افسرده ساخته شد، اثربخشی آن در اختلالات دیگری مانند اختلالات خوردن به تأیید رسید (۲۶). لطفی کنگرشاهی و همکاران گزارش کردند، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ازطریق تغییر سبک زندگی و نیز شناخت‌های افراد می‌تواند منجربه کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی شود (۲۷). الموت و همکاران دریافتند، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی همراه با رژیم‌درمانی، در کاهش وزن، کاهش فشارخون سیستولیک و سوگیری توجه به نشانه‌های غذایی درمقایسه با رژیم‌درمانی به‌تنهایی بسیار مؤثرتر است (۲۸). موسویان و همکاران نشان دادند، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش چاقی به‌شکل پایداری تأثیر دارد (۲۹). کریر و همکاران گزارش کردند، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش وزن دارای اثرات مثبتی است (۳۰).

مطالعات اثرات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را بر چاقی و شاخص تودهٔ بدنی سنجیده‌اند و کمتر مطالعه‌ای اثرات این درمان را بر سازه‌های روان‌شناختی دخیل در کاهش وزن موفق مدنظر قرار داده است (۳۱،۳۲). همچنین با آنکه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش وزن موفق بوده است، ویژگی‌های خاص افراد دارای اضافه‌وزن را در نظر نمی‌گیرد (۳۳). به همین دلیل پژوهش حاضر در کنار شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، از درمان تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی استفاده کرد که از تلفیق تکنیک‌های دو مداخلهٔ شفقت‌درمانی[7] و ذهن‌آگاهی[8] تشکیل می‌شود تا طیف درمان‌های احتمالی اثربخش برای این زنان را بسط و گسترش دهد. قرارگرفتن

1. Overweight
2. Weight self-efficacy
3. Food craving
4. Overeating
5. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
6. Teasdale
7. Compassion Therapy
8. Mindfulness

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

تکنیک‌های شفقت‌درمانی در کنار درمان ذهن‌آگاهی در درمان تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی به این دلیل بود که مطالعات پیشین، کاربرد این تکنیک‌ها را در کمک به افراد دارای اضافه‌وزن، پیشنهاد کرده‌اند (۳۴). شکل‌گیری این مدل درمانی، به‌دلیل بهبودنیافتن هیجان‌های منفی، در درمان‌های شناختی‌رفتاری بود (۳۵) و اصول پایهٔ آن به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌دهندهٔ بیرونی باید درونی شود (۳۶). به‌نظر می‌رسد این درمان با هدف نهایی افزایش شفقت به خود، بتواند ازطریق کاهش سخت‌گیری دربارهٔ خود، قضاوت کمتر خود، تسهیل پذیرش وقایع منفی زندگی و ایجاد خودارزیابی‌ها و واکنش‌های دقیق‌تر و بیشتر بر پایهٔ عملکرد واقعی، از خودانتقادی اغراق‌آمیز افراد دارای اضافه‌وزن بکاهد و آنان را به‌سمت افزایش نقش و مسئولیت در حوادث منفی و تسهیل توانایی در مقابله با عواطف منفی سوق دهد. پژوهش‌ها نشان داد، این درمان بر افزایش خودکارآمدی وزن و کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد با اختلالات خوردن مؤثر است (۳۴).

به‌نظر می‌رسد، تلفیق تکنیک‌های شفقت‌درمانی و ذهن‌آگاهی براساس مشکلات شناسایی‌شده از زنان دارای اضافه‌وزن، به این افراد کمک می‌کند تا ازطریق تقویت خوردن آگاهانه، کاهش قضاوت‌های منفی دربارهٔ خود و افزایش شفقت به خود، کنترل وزن را تسهیل کنند. جست‌وجوهای انجام‌شده پژوهشی را دردسترس قرار نداد که اثربخشی درمان تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی را در میان زنان دارای اضافه‌وزن نشان دهد؛ بنابراین در این قسمت به مطالعات حوزهٔ درمان ذهن‌آگاهی اشاره شده است. در همین راستا هابینگر معتقد بود، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور کمک به افراد دارای اضافه‌وزن مفید است (۳۷)؛ چراکه این درمان با افزایش آگاهی از افکار، هیجانات، اعمال و نیز نشانه‌های زیستی در لحظهٔ حال می‌تواند باعث افزایش رفتارهای خوردن سالم‌تر شود (۳۸). گیلبرت و والتز در مطالعهٔ خود دریافتند، بین ذهن‌آگاهی و خودکارآمدی وزن همبستگی مثبت وجود دارد (۳۹). افراد ذهن‌آگاه میزان مصرف کمتری از غذاهای پرکالری را گزارش کرده‌اند (۳۸). خوردن آگاهانه می‌تواند موجب کاهش جذابیت غذاهای ناسالم و ایجاد عادات غذایی سالم‌تر و نیز مانع اثر هیجان‌های منفی بر میزان مصرف غذا شود (۴۰).

باتوجه به افزایش شیوع اضافه‌وزن در دنیا و ایران در گروه‌های سنی مختلف (۴۱،۴۲) و شیوع بیشتر اضافه‌وزن در زنان و پیامدهای چشمگیر آن بر سلامت فیزیکی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی افراد (۴۳)، همچنین لزوم ارائهٔ مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان درمان‌های کمکی کاهش وزن به‌منظور کارآمدکردن رژیم‌های ورزشی و غذایی، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی متناسب با ویژگی‌های خاص زنان دارای اضافه‌وزن ضروری است. به‌نظر می‌رسد بستهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی با تلفیق تکنیک‌های شفقت‌درمانی و ذهن‌آگاهی در تناسب با مشکلات زنان دارای اضافه‌وزن، به این افراد کمک می‌کند تا ازطریق تقویت خوردن آگاهانه، کاهش قضاوت‌های منفی دربارهٔ خود و افزایش شفقت به خود، کنترل وزن را تسهیل کنند (۳۳). انتخاب شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی نیز به‌منظور بررسی اعتبار قیاسی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی به‌دلیل وجود تکنیک‌های متناسب با برخی مشکلات خاص زنان دارای اضافه‌وزن بود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا در زنان دارای اضافه‌وزن انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ پژوهش را زنان دارای اضافه‌وزن در شهر اصفهان مراجعه‌کننده به مراکز کنترل و کاهش وزن در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از جامعهٔ مذکور، ۴۵ نفر به‌شیوهٔ دردسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش؛ زنان دارای اضافه‌وزن (شاخص تودهٔ بدنی بزرگ‌تر از ۲۵)؛ قرارگیری در دامنهٔ سنی ۱۸ تا۶۵ سال؛ مبتلانبودن به اختلالات روانی حاد یا مزمن (ازطریق انجام مصاحبهٔ اولیه)؛ استفاده‌نکردن از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان (ازطریق انجام مصاحبهٔ اولیه)؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی از سه ماه قبل (ازطریق انجام مصاحبهٔ اولیه)؛ مبتلانبودن به بیماری‌های جسمانی (ازطریق انجام مصاحبهٔ اولیه). ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، مصرف انواع مواد مخدر و الکل، همکاری‌نکردن یا تمایل‌نداشتن به ادامهٔ پژوهش، انجام‌ندادن تکالیف ارائه‌شده در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه بود.

پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش اول در هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای بستهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی و گروه آزمایش دوم در هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت هفتگی دریافت کرد. گروه گواه در این مدت، در فهرست انتظار قرار گرفت. بعد از اتمام مداخلات، پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گروه گواه اجرا شد و بعد از سه ماه مرحلهٔ پیگیری در هر سه گروه انجام گرفت. اصول اخلاقی پژوهش، رازداری، محرمانه‌بودن، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامهٔ مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج، همراه با آموزش گروه گواه پس از اتمام درمان گروه‌های آزمایش بود.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن[1] : این پرسش‌نامه توسط کلارک و همکاران در سال ۱۹۹۱ طراحی شد (۴۴). این پرسش‌نامه بیست سؤال با طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (صفر تا ۴) دارد. دامنهٔ نمرات پرسش‌نامه بین صفر تا ۸۰ در نوسان است. نمرهٔ بیشتر به‌معنای خودکارآمدی وزن بیشتر است. این پرسش‌نامه پنج خرده‌مقیاس دارد که هر خرده‌مقیاس چهار گویه را در بر می‌گیرد. این خرده‌مقیاس‌ها شامل هیجان‌های منفی، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های

[1]. Weight Efficacy Life-Style Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

مثبت و سرگرم‌کننده است (۴۴،۴۵). مدل معادلات ساختاری که روی ۲۲۰ نفر با ویژگی‌های چاقی و افزایش وزن انجام شد، حکایت از برازش مطلوب مدل پنج‌عاملی این پرسش‌نامه داشت و بار عاملی آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۲تا۰/۹۲ گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ پنج خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه و کل پرسش‌نامهٔ اصلی، در دامنه‌ای بین ۰/۷۰تا۰/۹۰ قرار داشت (۴۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی این پرسش‌نامه با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا، اعتبار بیرونی، بازآزمایی و همسانی درونی برای فشار اجتماعی، دسترسی به غذا، هیجان مثبت، هیجانات منفی، ناراحتی جسمی و کل پرسش‌نامه به‌ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۶۰ و ۰/۸۸ و ضریب همبستگی به‌روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۵۷، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۱ تعیین شد (۴۶). همچنین کشاورز برای تعیین پایایی این ابزار در نمونهٔ ایرانی از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد. ضریب آلفای کرونباخ در اجرا روی چهل نفر از افراد چاق مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان ۰/۸۲ به‌دست آمد (۴۷). در پژوهش بابایی و همکاران، تحلیل عاملی تأییدی، پنج عامل هیجان‌های منفی، دردسترس‌بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت را تأیید کرد. میزان آلفا برای عامل‌ها بین ۰/۷۱تا۰/۷۸ به‌دست آمد (۴۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های هیجان‌های منفی، دسترسی به مواد غذایی، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۷، ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۵۷ بود.

ـ پرسش‌نامهٔ اشتیاق به غذا[1]: این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری شدت اشتیاق به غذا در سال ۲۰۱۴ توسط مول و همکاران طراحی شد (۴۹). پرسش‌نامه دارای دو نسخهٔ حالت و صفت است که در پژوهش حاضر از نسخهٔ حالت استفاده شد. نسخهٔ حالت دارای زیرمقیاس‌های زیر است: میل شدید به خوردن (میل)؛ پیش‌بینی تقویت مثبت ناشی‌از خوردن (تقویت مثبت)؛ پیش‌بینی رهایی از حالات و احساسات منفی به‌عنوان نتیجهٔ خوردن (تقویت منفی)؛ کنترل‌نکردن زیاده‌روی در خوردن (نبود کنترل)؛ اشتیاق به‌عنوان حالتی فیزیولوژیکی (گرسنگی). پرسش‌نامه شامل پانزده سؤال است. این سؤال‌ها در قالب طیف لیکرت از یک (هرگز) تا شش (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات پرسش‌نامه از ۱۵تا۹۰ در نوسان است. نمرهٔ بیشتر به‌معنای اشتیاق به غذای بیشتر است (۴۹). مول و همکاران روایی و پایایی پرسش‌نامه را بررسی کرده و گزارش کردند، پرسش‌نامه از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است (۴۹). وزیری و همکاران برای نخستین‌بار این پرسش‌نامه را در ایران ترجمه و اعتباریابی کردند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، ساختاری سه‌عاملی شامل مشغلهٔ غذایی، نبود کنترل غذاخوردن و خوردن احساسی ۷۳/۳درصد از واریانس اشتیاق به غذا را تبیین می‌کند. اعتبار درونی پرسش‌نامه عالی گزارش شد. این محققان عنوان کردند، نمرات پرسش‌نامهٔ مذکور با شاخص تودهٔ بدنی، مقیاس افسردگی اضطراب استرس (نسخهٔ ۲۱ سؤالی)[2] و فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی[3] که از اعتبار هم‌زمان ابزار پشتیبانی می‌کند، ارتباط دارد. همچنین گزارش شد، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از شاخص مک‌دونالد[4] ۰/۹۵ و با استفاده از شاخص کرونباخ ۰/۹۴۹ بود؛ ازاین‌رو این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی از اعتبار مطلوبی برخوردار بود (۵۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه ۰/۸۷ به‌دست آمد.

ـ بستهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی: این بسته برای نخستین‌بار در پژوهش حاجی‌رستم (۳۳) تدوین و اعتباریابی شد. به این صورت که ابتدا به‌منظور کشف نیازها و مسائل لازم برای گنجاندن در بستهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی، تعداد چهل منبع تا مرز رسیدن به اشباع اطلاعاتی مطالعه شد و سپس اقدام برای استخراج نیازها و مسائل مطرح برای زنان دارای اضافه‌وزن صورت گرفت. پس از دستیابی به شبکهٔ مضامین نیازها و مسائل زنان دارای اضافه‌وزن، فنون و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی از کتب، مقالات، رساله‌ها و پایان‌نامه‌ها استخراج گردید و بستهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی تدوین و اعتبارسنجی شد (۳۳).

ـ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی براساس کتاب شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی: با تأکید بر ویژگی‌های متمایز (۲۵) تنظیم شد و در تحقیقات لطفی کنگرشاهی و همکاران (۲۷) و یاوری و همکاران (۵۱) به‌کار رفت. در پژوهش حاضر این بستهٔ درمانی توسط پنج درمانگر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بررسی شد و روایی آن به تأیید رسید. خلاصهٔ جلسات بستهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی در جدول ۱ و خلاصهٔ جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در جدول ۲ ارائه شده است. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی پس از بررسی پیش‌فرض‌های پژوهش، از آزمون خی‌دو، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ استفاده شد. در پژوهش حاضر سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات بستهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی

جلسه	محتوا	تکلیف خانگی
اول	خوشامدگویی، معرفی درمانگر، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با قوانین کلی درمان، توضیح دربارهٔ آسیب‌های روان‌شناختی اضافه‌وزن بر زنان، معرفی ذهن‌آگاهی، آشناسازی اعضا با مراقبهٔ متمرکز بر آگاهی، بحث دربارهٔ هدایت خودکار و اهمیت زندگی در زمان حال، آموزش وارسی بدن و تنفس آرام‌بخش.	تمرین وارسی بدنی و تنفس

[1]. Food Craving Questionnaire
[2]. Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)
[3]. Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)
[4]. McDonald

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

دوم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی، بررسی نوع برخورد مُراجع با خود، تمرین ذهن‌آگاهی برای شروع تغییر و هدایت مُراجعان برای دیدن خود از زاویهٔ دیگر.	تمرین شناسایی ذهنیت‌های سرزنشگر و ارائهٔ ذهنیت‌های شفقتگر جایگزین
سوم	توضیح مفهوم پذیرش، پذیرش درقبال افکار و احساسات ناخوشایند، معرفی سیستم بازداری‌ـ فعال‌سازی، بررسی تأثیر ذهن‌مشفقانه بر هیجانات.	تمرین شناسایی هیجانات و افکار ناخوشایند خود و یادداشت مزایای پذیرش آن‌ها
چهارم	تکرار تمرینات وارسی بدن و تنفس، تمرین مراقبهٔ نشستهٔ ذهن‌آگاهانه، تمرین ذهن‌آگاهی دربارهٔ پنج حس، آموزش ذهن‌آگاهی بخشش درقبال خود و دیگران.	تمرین ذهن‌آگاهی دربارهٔ پنج حس و ذهن‌آگاهی بخشش
پنجم	تکرار تمرین ذهن‌آگاهی بخشش، ارزیابی مهارت‌های مشفقانه در مُراجعان، آموزش ذهن‌آگاهی مشفقانه.	تمرین ذهن‌آگاهی مشفقانه
ششم	آموزش رسیدگی مشفقانه به مشکلات، ذهن‌آگاهی مشفقانه با مشکلات، آموزش نوشتن شکرگزاری روزانه، تعیین و انتخاب مسیرهای مهم در زندگی، آموزش گام‌های نیل به ارزش‌ها.	تکمیل فرم ارزش‌ها
هفتم	بررسی افکار و هیجانات مُراجعان در موقعیت‌های اجتماعی، طبقه‌بندی افکار در موقعیت‌های اجتماعی، آموزش تماشای افکار در موقعیت‌های اجتماعی، تصویرسازی ذهنی فضای امن، به‌کارگیری تصویرسازی ذهنی برای گرفتن مهربانی از سوی دیگران.	تمرین تماشای افکار در موقعیت‌های اجتماعی و به‌کارگیری تصویرسازی ذهنی برای گرفتن مهربانی از سوی دیگران
هشتم	آموزش ذهن‌آگاهی رهاکردن، به‌کارگیری تصویرسازی ذهنی برای مهربانی‌کردن به دیگران، ارائهٔ تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، جمع‌بندی و ارائهٔ راهکارهایی برای حفظ تغییرات.	–

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات بستهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوا	تکلیف خانگی
اول	معارفه، ایجاد رابطهٔ درمانی، اطمینان‌بخشی، گرفتن تعهد از مُراجعان، پرواز روی خلبان خودکار، تمرین خوردن کشمش، ذهن‌آگاهی خوردن کشمش و ذهن‌آگاهی تنفس.	تمرین ذهن‌آگاهی خوردن کشمش و ذهن‌آگاهی تنفس
دوم	مبارزه با افکار خودکار، آموزش ذهن‌آگاهی دقیقه‌ای فضای تنفس، آموزش ذهن‌آگاهی قدم‌زدن، آموزش ذهن‌آگاهی احساسات ناخوشایند، استفاده از استعاره‌های مرد درون چاه، فرزند جیغ‌جیغو، ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هر روز)، مراقبهٔ نشسته ۱۱تا۱۵ دقیقه.	تمرین ذهن‌آگاهی دقیقه‌ای فضای تنفس و ذهن‌آگاهی قدم‌زدن
سوم	آموزش چند نمونه از ذهن‌آگاهی فعالیت‌های روزمره، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، بازنگری ذهن‌آگاهانه، قدم‌زدن ذهن‌آگاهانه، تهیهٔ فهرستی از وقایع ناخوشایند.	تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای
چهارم	آموزش پذیرش، استفاده از استعاره‌های مهمانخانه، فرد دست‌شکسته، فنجانت را خالی کن، پانزده دقیقه ذهن‌آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین، افکار خودکار، فضای تنفس سه دقیقه.	تمرین ذهن‌آگاهی از تنفس
پنجم	ذهن‌آگاهی نشستن، آموزش واکنش به تجارب، بیان دشواری‌های ایجادشده در طی انجام تمرین و توجه به تأثیرات آن‌ها بر بدن و واکنش به آن‌ها، ذهن‌آگاهی فضای تنفس و بازنگری آن.	تمرین ذهن‌آگاهی نشستن
ششم	آموزش رهایی ازطریق بخشش، افزایش خودارزشمندی.	تمرین ذهن‌آگاهی بخشش
هفتم	آموزش رابطه با خود، ذهن‌آگاهی گوش‌دادن، تمرین مشاهدهٔ ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و مسئولانه، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای یا قدم‌زدن همراه با ذهن‌آگاهی.	تمرین ذهن‌آگاهی گوش‌دادن، تمرین ذهن‌آگاهی تنفس سه‌دقیقه‌ای، تمرین قدم‌زدن همراه با ذهن‌آگاهی
هشتم	آموزش قدردانی‌کردن، ذهن‌آگاهی اسکن بدن، بازنگری کل برنامه، وارسی و بحث دربارهٔ برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامهٔ تمرین، پایان‌دادن به کلاس‌ها با اجرای آخرین تمرین ذهن‌آگاهی تنفس.	–

۳ یافته‌ها

براساس نتایج جدول ۳ اغلب زنان شرکت‌کننده در پژوهش در هر سه گروه دارای مدرک لیسانس و مجرد بودند. به‌علاوه نتایج آزمون خی‌دو نشان داد، بین سه گروه در توزیع فراوانی تحصیلات (p=۰/۴۱) و سن (p=۰/۹۱) و وضعیت تأهل (p=۱/۰۰۰) تفاوت معناداری وجود نداشت.

براساس جدول ۴، در خودکارآمدی وزن، گروه ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی و گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه گواه دارای افزایش چشمگیرتری در میانگین نمرات بودند. همچنین در اشتیاق به غذا، گروه ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی و گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه گواه کاهش کمی در میانگین نمرات داشتند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان شرکت‌کننده در پژوهش

اطلاعات جمعیت‌شناختی	ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی		شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی		گروه گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات						
دیپلم	۲	۱۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
لیسانس	۱۰	۶۶/۶۷	۹	۶۰	۹	۶۰
فوق‌لیسانس	۳	۲۰	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
مقدار خی‌دو=۰/۹۹ (p=۰/۴۱)						
سن						
تا ۳۰ سال	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰	۶	۴۰
۳۱تا۳۵	۷	۴۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷	۷	۴۶/۶۷
۳۶ سال و بیشتر	۳	۲۰	۵	۳۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
مقدار خی‌دو=۲۱/۹۰ (p=۰/۹۱)						
وضعیت تأهل						
مجرد	۱۲	۸۰	۱۲	۸۰	۱۲	۸۰
متأهل	۳	۲۰	۳	۲۰	۳	۲۰
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
مقدار خی‌دو=۰ (p=۱/۰۰۰)						

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا در سه گروه پژوهش در سه مرحلهٔ زمانی

متغیر	مرحله	گروه ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی		شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی وزن	پیش‌آزمون	۱۴/۶۰	۱/۹۲	۱۳/۲۷	۲/۴۶	۱۳/۱۳	۲/۷۵
	پس‌آزمون	۱۸/۲۰	۲/۹۱	۱۶/۵۳	۳/۵۲	۱۲/۹۳	۱/۵۳
	پیگیری	۱۸/۲۷	۲/۴۳	۱۶/۶۰	۳/۳۱	۱۱/۹۳	۱/۶۷
اشتیاق به غذا	پیش‌آزمون	۴۶/۰۰	۳/۳۶	۴۵/۱۳	۲/۹۹	۴۴/۲۷	۳/۸۲
	پس‌آزمون	۴۳/۶۰	۲/۴۷	۴۳/۳۳	۲/۶۱	۴۴/۰۷	۲/۹۴
	پیگیری	۴۴/۰۰	۲/۵۶	۴۳/۲۷	۲/۰۹	۴۳/۷۳	۲/۶۸

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون، آزمون شاپیرو- ویلک نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال بود ($p>۰/۰۵$). آزمون لون مشخص کرد، برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شد ($p>۰/۰۵$). آزمون ام‌باکس نیز برابری ماتریس واریانس‌کوواریانس را تأیید کرد ($p>۰/۰۵$)؛ اما پیش‌فرض کرویت ازطریق آزمون کرویت ماچلی رعایت نشد ($p<۰/۰۵$) که بر این اساس تحلیل جایگزین (آزمون گرین‌هاوس‌گیسر) به‌کار رفت تا با کاهش درجهٔ آزادی، وقوع خطای نوع اول کاهش یابد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، در متغیر خودکارآمدی وزن، عامل زمان ($F=۲۱/۶۷$، $p<۰/۰۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($p<۰/۰۰۱$، $F=۱۰/۰۶$) و عامل گروه ($p<۰/۰۰۱$، $F=۱۵/۶۵$) معنادار بود. معناداری تعامل عامل زمان و عضویت گروهی در کنار معناداری عامل گروه، بیانگر آن بود که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش در عامل خودکارآمدی وزن تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین نتایج جدول ۵ مشخص می‌کند، در متغیر اشتیاق به غذا، عامل زمان ($F=۱۰/۸۲$، $p<۰/۰۰۱$) معنادار بود؛ ولی عامل تعامل زمان و گروه ($F=۱/۷۵$، $p=۰/۱۶۰$) و عامل گروه ($F=۰/۲۶$، $p=۰/۷۷۰$) معنادار نبود. معنادارنبودن تعامل زمان و گروه و عامل گروه برای اشتیاق به غذا به آن معنا بود که بین دو گروه درمان با گروه گواه تفاوت معناداری وجود نداشت.

چنان‌که جدول ۶، نشان می‌دهد، در متغیر خودکارآمدی وزن، بین گروه ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی با گروه گواه ($p<۰/۰۰۱$) و گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با گروه گواه ($p=۰/۰۰۳$) تفاوت معناداری وجود داشت؛ ولی بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۱۷۰$).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

جدول ۵. خلاصهٔ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا

متغیر	منبع اثر	مقدار F	مقدار p	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
خودکارآمدی وزن	زمان	۲۱/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱/۰۰۰
	گروه	۱۵/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۰/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹۷
اشتیاق به غذا	زمان	۱۰/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۹۸۰
	گروه	۰/۲۶	۰/۷۷۰	۰/۰۱	۰/۰۹۰
	زمان×گروه	۱/۷۵	۰/۱۶۰	۰/۰۸	۰/۴۷۰

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌های پژوهش در متغیر خودکارآمدی وزن

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
خودکارآمدی وزن	ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی	شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	۱/۵۶	۰/۷۹	۰/۱۷۰
	ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی	گواه	۴/۳۶	۰/۷۹	<۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	گواه	۲/۸۰	۰/۷۹	۰/۰۰۳

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا در زنان دارای اضافه‌وزن بود. نتایج نشان داد، ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی بر خودکارآمدی وزن در زنان دارای اضافه‌وزن اثر مثبت و معنادار داشت. به بیانی روشن‌تر، ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی منجربه افزایش خودکارآمدی وزن در زنان دارای اضافه‌وزن شد؛ اما بر اشتیاق به غذا تأثیر معنادار نداشت.

این بخش از نتایج به‌صورت غیرمستقیم با یافته‌های تحقیقات پیشین مبنی‌بر اثربخشی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن همسوست. در همین راستا طاهرپور و همکاران گزارش کردند، درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن تأثیر دارد (۳۴). هابینگر نیز اعلام کرد، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور کمک به افراد دارای اضافه‌وزن مفید است (۳۷)؛ چراکه به‌اعتقاد جوردن و همکاران این درمان با افزایش آگاهی از افکار، هیجانات، اعمال و نیز نشانه‌های زیستی در لحظهٔ حال می‌تواند باعث افزایش رفتارهای خوردن سالم‌تر شود (۳۸). گیلبرت و والتز همسو با این بخش از یافته‌ها نشان دادند، بین ذهن‌آگاهی و خودکارآمدی وزن همبستگی مثبت وجود دارد (۳۹). افراد ذهن‌آگاه میزان مصرف کمتری از غذاهای پرکالری را گزارش دادند (۳۸). مور و همکاران دریافتند، خوردن آگاهانه می‌تواند موجب کاهش جذابیت غذاهای ناسالم و ایجاد عادات غذایی سالم‌تر و نیز مانع اثر هیجان‌های منفی بر میزان مصرف غذا شود (۴۰) که همسو با این بخش از نتایج است.

در تبیین اثر مثبت ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی بر افزایش خودکارآمدی وزن در زنان دارای اضافه‌وزن می‌توان بیان کرد، خودکارآمدی وزن به باور شخص دربارهٔ توانایی‌هایش در فعالیت‌های مرتبط با کاهش وزن اشاره دارد و اطمینان به توانایی کنترل وزن را در پنج حوزه منعکس می‌کند: هنگام تجربهٔ هیجان‌های منفی؛ زمان دردسترس‌بودن مواد غذایی؛ هنگام وجود فشار از جانب دیگران برای خوردن؛ زمان تجربهٔ ناراحتی جسمانی؛ طی فعالیت‌های مثبت و اوقات‌فراغت (۶). به‌نظر می‌رسد به‌منظور نیل به خودکارآمدی وزن، فرد در نخستین گام باید به خودشناسی بیشتری دست یابد؛ بنابراین ترغیب مُراجعان به شناسایی افکار و هیجانات خود از علل اثر مثبت این درمان بر خودکارآمدی وزن بود. همچنین القای پذیرش به مُراجعان باعث شد تا بیاموزند در همین لحظه و به دور از هرگونه حالت دفاعی مسئولیت هر آنچه به آن‌ها مربوط می‌شود را به‌عهده بگیرند. ازطریق پذیرش مُراجعان آموختند، درقبال لمس تمام احساساتی که به‌طرف آن‌ها می‌آید چه خوشایند و چه ناخوشایند، پذیرا باشند؛ زیرا نپذیرفتن احساسات، حس‌های بدنی و افکار منفی دربارهٔ خود، اولین حلقهٔ زنجیرهٔ ذهنی در مقاوم‌شدن الگوهای کهنه و خودکار تضعیف خود است و با فعال‌شدن این زنجیره، خودکارآمدی به‌شدت آسیب می‌بیند (۳۳)؛ بنابراین به‌واسطهٔ تقویت پذیرش و توجه ارادی، امکان پراکنده‌شدن توجه خودکار توسط افکار و حالت‌های عاطفی گذرا، کمتر شد و موضع اصلی فرد دربارهٔ تجارب از ناخواسته‌بودن به پذیرابودن تغییر یافت. درنهایت زنجیرهٔ پاسخ‌های عادتی شرطی‌شده در اولین حلقه شکست و این فرصت برای مُراجعان فراهم آمد تا افکار و باورهای منفی خود را به چالش بکشند. به‌چالش کشیدن افکار و باورهای خودآسیب‌رسان، ایجاد تغییر در سبک پاسخ‌دهی به افکار و هیجانات منفی و ایجاد ذهن‌آگاهی مشفقانه به مُراجعان این امکان را داد تا دربارهٔ خود قضاوت و سرزنش کمتری داشته باشند و درقبال آشفتگی‌هایشان بیشتر گشوده و پذیرا باشند؛ همچنین با تعیین و انتخاب مسیرهای مهم زندگی خودکه لازمهٔ نیل به زندگی قوی و معنادار است، برانگیزاننده‌های شناختی و فردی بیشتری را در خود شناسایی کرده و براساس نظریهٔ انتظار ـ ارزش، خودکارآمدی بیشتری احساس کنند (۵۲).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی وزن در زنان دارای اضافه‌وزن اثر مثبت و معنادار

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

داشت؛ به این ترتیب شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی منجربه افزایش خودکارآمدی وزن در زنان دارای اضافه‌وزن شد؛ اما بر اشتیاق به غذا تأثیر معنادار نداشت. براساس جست‌وجوهای محقق، پژوهشی یافت نشد که تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را بر خودکارآمدی وزن و اشتیاق به غذا بسنجد تا استنادی به همسویی یا ناهمسویی این بخش از نتایج صورت گیرد؛ اما می‌توان گفت، به‌صورت غیرمستقیم این بخش از نتایج با یافته‌های پژوهش ماسودا و هیل مبنی‌بر تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اختلالات خوردن (۲۶)، پژوهش لطفی کنگرشاهی و همکاران مبنی‌بر تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی (۲۷)، پژوهش الموت و همکاران مبنی‌بر تأثیر مثبت شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی همراه با رژیم‌درمانی بر کاهش وزن، کاهش فشارخون سیستولیک و سوگیری توجه به نشانه‌های غذایی درمقایسه با رژیم‌درمانی به‌تنهایی (۲۸)، پژوهش موسویان و همکاران مبنی‌بر اثربخشی پایدار شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش چاقی (۲۹) و پژوهش کریر و همکاران مبنی‌بر نقش مثبت شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش وزن (۳۰)، همسوست.

دربارهٔ سازوکار اثر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی وزن در زنان دارای اضافه‌وزن براساس مبانی نظری می‌توان بیان کرد، در شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطهٔ جدید با افکار به‌جای تغییر آن‌ها تأکید می‌شود که نشخوارهای ذهنی را کاهش می‌دهد. این توانایی به‌واسطهٔ پرورش دو مهارت مهم پذیرش تجارب درونی افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از این تجارب است. یکی از سازوکارهای اثر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی برای افزایش پذیرش، ارائهٔ شیوهٔ متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی است؛ به‌گونه‌ای که مُراجعان را ترغیب می‌کند تا به تجارب خود به‌شیوه‌ای خالی از قضاوت و در زمان حال توجه کنند و از این طریق میزان ناراحتی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (۵۲). به‌نظر می‌رسد شیوهٔ متفاوت ارتباط با هیجانات که در شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به زنان دارای اضافه‌وزن آموزش داده شد، در کاهش هیجانات ناخوشایند آن‌ها مؤثر بوده است. این درمان عنصر اصلی افزایش خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربهٔ هیجانات منفی است و همواره به‌عنوان محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی شیوهٔ متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات منفی وابسته به آن را به مُراجعان ارائه کرد. این رویکرد توانست در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم مؤثر باشد و ازاین‌رو نقش مهمی در ارتقای خودکارآمدی مُراجعان داشت (۳۳). در این درمان، مُراجعان شیوهٔ ذهن‌آگاهی و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر مقابله با استرس و چالش را فراگرفتند و آموختند که چگونه در لحظهٔ حال، ذهن را از یک شیوه به‌سوی شیوهٔ دیگری حرکت دهند و چگونه به‌شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی و نیز هیجانات و احساسات منفی خود ارتباط برقرار کنند. ایجاد نگرش یا رابطه‌ای متفاوت با افکار و احساسات و عواطف که مبتنی‌بر حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش به دور از قضاوت است، توانست با ایجاد تراوش‌های فکری و عاطفی از آسیب‌پذیری و حساسیت‌های غیرمنطقی در موقعیت‌های استرس‌زا بکاهد (۲۵) و موجب ارتقای خودکارآمدی وزن زنان دارای اضافه‌وزن شود.

براساس نتایج پژوهش حاضر، ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اشتیاق به غذا در زنان دارای اضافه‌وزن تأثیر معناداری نداشتند و این بخش از نتایج، جنبهٔ نوآوری و جدیدبودن موضوع را نشان داد. در تبیین این یافته براساس مبانی نظری می‌توان گفت، اشتیاق، تجربه‌ای شخصی و پدیده‌ای چندبُعدی است (۵۳). میرز و همکاران بیان کردند، اشتیاق به غذا به‌واسطهٔ سازوکار شرطی‌شدن و با ایجاد تغییر عصبی‌زیستی در سیستم دوپامینرژیک و افیونی و نیز ازطریق محرک‌های خارجی یا داخلی ایجاد می‌شود (۵۴). براساس نتایج پژوهش حاضر، به‌نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناسانه قادر خواهد بود برانگیختن اشتیاق به غذا را ازطریق قطع تداعی با محرک‌های داخلی نظیر احساس غم و اندوه کاهش دهد و متضمن مقابلهٔ مؤثر با احساس ولع باشد؛ اما به‌منظور کاهش معنادار اشتیاق به غذا، بُعد عصبی‌زیستی و نیز برانگیزاننده‌های خارجی پیرامون این سازه باید مدنظر قرار گیرد.

پژوهش حاضر نیز مانند مطالعات گذشته محدودیت‌هایی داشت که در تعمیم نتایج باید به آن‌ها توجه شود؛ ازجمله می‌توان به محدودبودن جامعهٔ آماری به زنان دارای اضافه‌وزن در سطح شهر اصفهان اشاره کرد که بر این اساس رعایت جوانب احتیاط در تعمیم نتایج به جوامع دیگر پیشنهاد می‌شود. پیگیری کوتاه‌مدت سه‌ماهه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج، درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌توانند نقش مهمی را در بهبود خودکارآمدی وزن زنان دارای اضافه‌وزن ایفا کنند؛ ولی در بهبود اشتیاق به غذا در این گروه تأثیری ندارند. باتوجه به نتایج پژوهش به متخصصان پیشنهاد می‌شود به‌منظور افزایش خودکارآمدی وزن زنان دارای اضافه‌وزن برای تداوم پیگیری برنامه‌های غذایی و ورزشی از دو مداخلهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر خودشفقتی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی استفاده کنند. همچنین براساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، به‌منظور کاهش اشتیاق به غذا، مداخلاتی برای ایجاد تغییرات پایدار عصبی‌زیستی به‌کار رود و از توجه صرف به مداخلات روان‌شناختی پرهیز شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این پژوهش حاصل رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان است. در این پژوهش برای رعایت ملاحظات

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

اخلاقی، در پرسش‌نامه‌های پژوهش نام شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین فرایند توزیع و تکمیل پرسش‌نامه‌ها بعد از دریافت رضایت‌نامه انجام گرفت و به زنان شرکت‌کننده اطمینان داده شد که مطالب نوشته‌شده در پرسش‌نامه کاملاً محرمانه است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون هرگونه حمایت مالی سازمانی انجام شده است.

References

1. Kyrou L, Randeva HS, Tsigos C, Kaltsas G, Weickert MO, Feingold KR, et al. Clinical problems caused by obesity. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, de Herder WW, Dhatariya K, et al; editors. Endotext. South Dartmouth, (MA): MDText.com, Inc; 2018.
2. Cercato C, Fonseca FA. Cardiovascular risk and obesity. Diabetol Metab Syndr. 2019;11(1):74. https://doi.org/10.1186/s13098-019-0468-0
3. Sobol-Goldberg S, Rabinowitz J. Association of childhood and teen school performance and obesity in young adulthood in the US national longitudinal survey of youth. Prev Med. 2016;89:57–63. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.05.008
4. Assar Kashani H, Roshan R, Khalaj A, Mohammadi J. A study on the alexithymia and body image in the obese, overweight and normal weight subjects. Health Psychology 2012;1(2):70–80. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_341.html?lang=en
5. Schulz BR, McDonald M. Weight loss self-efficacy and modelled behavior: gaining competence through example. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. 2011;45(1):53–67.
6. Mohseni Teklo M, Khezri Moghadam N. Asar Bakhshiye mosahebye angizeshi bar ezterab emtehan danesh amoozan dokhtar maghta aval dabirestan [The effectiveness of motivational interviewing on the test anxiety of female students in the first year of high school]. In: Conference on pathology, rooting and restoration in psychology [Internet]. Shiraz; 2013. [Persian]
7. Bandura A. Social cognitive theory for personal and social change by enabling media. In: Singhal A, Cody MJ, Rogers EM, Sabido M; editors. Entertainment-education and social change: history, research, and practice. Lawrence Erlbaum Associates Publisher; 2004.
8. Baker TB, Morse E, Sherman JE. The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges. Nebr Symp Motiv. 1986;34:257–23.
9. Veilleux JC, Skinner KD. Smoking, food, and alcohol cues on subsequent behavior: a qualitative systematic review. Clin Psychol Rev. 2015;36:13–27. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.001
10. Alberts HJEM, Thewissen R, Middelweerd M. Accepting or suppressing the desire to eat: investigating the short-term effects of acceptance-based craving regulation. Eat Behav. 2013;14(3):405–9. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.008
11. 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. [Persian] https://jkmu.kmu.ac.ir/article_33635.html
12. Weingarten HP, Elston D. The phenomenology of food cravings. Appetite. 1990;15(3):231–46. https://doi.org/10.1016/0195-6663(90)90023-2
13. 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
14. Hill AJ, Weaver CFL, Blundell JE. Food craving, dietary restraint and mood. Appetite. 1991;17(3):187–97. https://doi.org/10.1016/0195-6663(91)90021-J
15. Kemps E, Tiggemann M. Approach bias for food cues in obese individuals. Psychology & Health. 2015;30(3):370–80. https://doi.org/10.1080/08870446.2014.974605
16. Pandita A, Sharma D, Pandita D, Pawar S, Kaul A, Tariq M. Childhood obesity: prevention is better than cure. Diabetes Metab Syndr Obes. 2016;83–9. https://doi.org/10.2147/DMSO.S90783
17. Garner DM, Wooley SC. Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. Clin Psychol Rev. 1991;11(6):729–80. https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90128-H
18. Jeffery RW, Epstein LH, Wilson GT, Drewnowski A, Stunkard AJ, Wing RR. Long-term maintenance of weight loss: current status. J Health Psychol. 2000;19(1, Suppl):5–16. https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.suppl1.5
19. Nauta H, Hospers H, Jansen A. One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. Br J Health Psychol. 2001;6(3):271–84. https://doi.org/10.1348/135910701169205
20. Stahre L, Hällström T. A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. Eat Weight Disord. 2005;10(1):51–8. https://doi.org/10.1007/BF03353419
21. Stahre L, Tärnell B, Håkanson CE, Hällström T. A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up. Int J Behav Med. 2007;14(1):48–55. https://doi.org/10.1007/bf02999227
22. Hollon SD. Does cognitive therapy have an enduring effect? Cognit Ther Res. 2003;27(1):71–5. https://doi.org/10.1023/A:1022538713914

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

23. Ghaderi Javid S, Gholamrezaie S, Rezaie F. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on reduction perceived stress and eating disorder in students with eating disorder symptoms. The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2016;27(9):801–10 [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3409-en.html
24. Rahimian Boogar A, Besharat MA. The effect of group mindfulness-based stress reduction program on the severity of fibromyalgia. Contemporary Psychology. 2013;17(2):15–28. [Persian] https://bjcp.ir/browse.php?a_id=63&sid=1&slc_lang=en
25. Crane R. Mindfulness-based cognitive therapy: distinctive features. Khoshhahje Sedgh. (Persian translator). Tehran: Besat Pub; 2013. [Persian]
26. Masuda A, Hill ML. Mindfulness as therapy for disordered eating: a systematic review. Neuropsychiatry. 2013;3(4):433–47.
27. Lotfi Kangarshahi A, Dehghani Arani F, Rostami R, Ashraf 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(3):53–78 [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6315.html?lang=en
28. Alamout MM, Rahmanian M, Aghamohammadi V, Mohammadi E, Nasiri K. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on weight loss, improvement of hypertension and attentional bias to eating cues in overweight people. Int J Nurs Sci. 2020;7(1):35–40. [Persian] https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.12.010
29. Mousavian N, Moradi AR, Mirzaei J, Shidfar F, Mahmoudi Kahriz B, Taheri F. Asar bakhshiye shenakht darmani mobtani bar zehn agahi dar kaheshe chaghi [Effectiveness of mindfulness on weight loss]. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2010;4(16):49–57. [Persian]
30. Carrière K, Khoury B, Günak MM, Knäuper B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis: mindfulness interventions for weight loss. Obes Rev. 2018;19(2):164–77. https://doi.org/10.1111/obr.12623
31. Mousavi SA, Bahrami F, Hosseini Fard H, Pour Hosein R, Jafarian M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on the body image in men with overweight and obesity. Rooyesh-e-Ravanshenasi 2019;8(3):175–86 [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-863-en.html
32. Shabib Asl N, Alinaghilou Sh. Moghayese ebghaye tasire darman shenakhti raftari gorouhi va shenakht darmani gorouhi mobtani bar zehn agahi bar kaheshe stress, ezterab, afsordegi va vazn afrad chagh dar peygiri yek mahe [Comparison of maintaining the effect of group cognitive-behavioral therapy and group cognition from a subjective point of view on the reduction, pressure, impact and weight of people after one month]. In: 5th International Research Conference in Psychology, Counseling and Educational Sciences [Internet]. Ahvaz: Azad University; 2018. [Persian]
33. Haji Rostam A. Compilation of self-compassion-based mindfulness package and comparing its effectiveness with mindfulness-based cognitive therapy package on body image dissatisfaction, weight self-efficacy, food cravings, emotional eating and body mass in overweight women [PhD dissertation]. [Isfahan, Iran]: Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan); 2020. [Persian]
34. Taherpour M, Sohrabi A, Zemestani M. Effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress and weight self-efficacy in patients with eating disorder. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2019;26(4):505–13 [Persian] http://jsums.medsab.ac.ir/article_1218_en.html
35. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Adv Psychiatr Treat. 2009;15(3):199–208.
36. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6–41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043
37. Hübinger C. Runoff modelling and assessment of treatment wetland performance using a triangular form based multiple flow algorithm [Thesis for MSc]. [Lund, Sweden]: Lund University; 2019.
38. Jordan CH, Wang W, Donatoni L, Meier BP. Mindful eating: trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. Pers Individ Dif. 2014;68:107–11. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.013
39. Gilbert D, Waltz J. Mindfulness and health behaviors. Mindfulness. 2010;1(4):227–34. http://dx.doi.org/10.1007/s12671-010-0032-3
40. Moor KR, Scott AJ, McIntosh WD. Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. Mindfulness. 2013;4(3):269–74. https://doi.org/10.1007/s12671-012-0124-3
41. Delavari A, Forouzanfar MH, Alikhani S, Sharifian A, Kelishadi R. First nationwide study of the prevalence of the metabolic syndrome and optimal cutoff points of waist circumference in the Middle East: the national survey of risk factors for noncommunicable diseases of Iran. Diabetes Care. 2009;32(6):1092–7. https://doi.org/10.2337/dc08-1800
42. Santonja FJ, Morales A, Villanueva RJ, Cortés JC. Analysing the effect of public health campaigns on reducing excess weight: a modelling approach for the Spanish autonomous region of the community of Valencia. Eval Program Plann. 2012;35(1):34–9. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.06.004
43. Kinge J, Morris S. The impact of childhood obesity on health and health service use: an instrumental variable approach. Health Economics Research Network at the University of Oslo. 2015;2. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12708
44. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. J Consult Clin Psychol. 1991;59(5):739–44. https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.5.739
45. Clark MM, King TK. Eating self-efficacy and weight cycling: a prospective clinical study. Eat Behav. 2000;1(1):47–52. https://doi.org/10.1016/s1471-0153(00)00009-x
46. Navidian A, Abedi M, Baghban I, Fatehizadeh M, Poursharifi H. Reliability and validity of the weight efficacy lifestyle questionnaire in overweight and obese individuals. Behavioral Sciences. 2009;3(3):217–22. [Persian]
47. Keshavarz A. Moghayeseye asar bakhshiye darman shenakhti-raftari, rezhim darmani va darman tarkibi bara shakhes toodeye badani (BMI), khodkaramadi vazn, behzisti zehni, ezzat nafs, aadat ghazaei va mizan oad dar moraje'eine mobtala be chaghi [Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, diet therapy and combined therapy on body

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

mass index (BMI), weight self-efficacy, mental well-being, self-esteem, eating habits and relapse rate in obese patients] [PhD dissertation]. [Isfahan, Iran]: Faculty of Educational Sciences and Psychiatry, University of Isfahan; 2012. [Persian]
48. Babaei S, Khodapnahi MK, Sedghpour B. Reva sazi va barrasi etebare azmoon bazkhord khordan [Validating and investigating reliability of the eating attitude test]. Journal of Behavioral Sciences. 2007;1(1):61–8. [Persian]
49. Meule A, Hermann T, Kubler A. A short version of the Food Cravings Questionnaire-Trait: the FCQ-T-reduced. Front Psychol. 2014;5:190. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00190
50. Vaziri A, Selehi M, Hassani-Abharian P, Shariatirad S, Mahjoub A, Dehjalali R, et al. Psychometric properties of the shortened Farsi version of the Food Cravings Questionnaire-Trait. East Mediterr Health J. 2022;28(1):41–9. http://dx.doi.org/10.26719/emhj.21.066
51. Yavari F, Aghaei A, Golparvar M. The effectiveness of “emotionally focused -meta cognitive couple therapy” and “mindfulness-based cognitive therapy” on the psychological capital of couples with hyperactive children. Journal of Health Promotion Management 2019;8(3):35–45 [Persian] http://jhpm.ir/article-1-1021-en.html
52. Kabat-Zinn J. Indra's net at work: the mainstreaming of Dharma practice in society. In: Watson G, Batchelor S, Claxton G; editors. The psychology of awakening: Buddhism, science, and our day-to-day lives. Samuel Weiser; 2000, pp. 225-249
53. Hormes JM, Rozin P. Does “craving” carve nature at the joints? absence of a synonym for craving in many languages. Addict Behav. 2010;35(5):459–63. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.031
54. Myers CA, Martin CK, Apolzan JW. Food cravings and body weight: a conditioning response. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2018;25(5):298–302. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000434

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]