



طراحی مدل درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و اثربخشی آن بر رفتار غذایی و مهارت های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه وزن

پریسا قربانی مقدم^۱، سعید تیموری^{۲*}، علیرضا رجایی^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

چکیده

مقدمه: باتوجه به شیوع چاقی و اضافه وزن در جامعه و به دنبال آن بروز مشکلات روانشناختی در آن ها، هدف پژوهش حاضر طراحی مدل درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و اثربخشی آن بر رفتار غذایی و مهارت های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه وزن بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مراجعه کننده به کلینیک شوریده شهر مشهد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. حجم نمونه براساس فرمول کوکران و روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر براساس نمرات پرسشنامه رفتار خوردن و پرسشنامه مهارت تنظیم هیجان در پیش آزمون و ملاک های ورود و خروج به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، رژیم درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند و گروه کنترل فقط رژیم درمانی دریافت کرد. به منظور بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که مدل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری منجر به بهبود رفتار غذایی (هیجانی، بیرونی و بازداری) و بهبود مهارت های تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) در زنان دارای اضافه وزن در مرحله پس آزمون و پیگیری می شود ($P < 0/01$). **نتیجه گیری:** بنابراین، مدل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طراحی شده، رویکرد مناسبی جهت بهبود و اصلاح رفتار غذایی و مهارت های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه وزن می باشد. **کلیدواژه ها:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتار غذایی، مهارت های تنظیم هیجان، اضافه وزن

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۱۶

*نویسنده مسئول: سعید تیموری، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

تلفن: ۰۹۱۵۱۵۶۲۸۲۵

پست الکترونیک: steimory28@gmail.com



مقدمه

اضافه وزن و چاقی به عنوان عامل خطر برای سلامتی، با چربی زیاد و غیر نرمال، ذکر می شود (۱) و بر اثر عدم تنوع، تناسب و تعادل بین رژیم های غذایی، مشکلات ژنتیکی، عوامل محیطی بیماری های متابولیکی نظیر کم کاری غده تیروئید، اختلالات عصبی و عضلانی، بیماری های استخوانی و مفاصل، اختلالات هورمونی، مصرف بعضی داروها و نیز عوامل روانشناختی ایجاد می گردد (۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (۱)، اضافه وزن یکی از ۱۰ مشکل شایع سلامتی در جهان است. شیوع اضافه وزن در همه گروه های سنی و در اغلب کشورها در حال افزایش است. مشکلات انزوایی، اجتماعی، توجه، شکایات جسمی، افسردگی، اضطراب، مشکلات رفتاری درونی شده و مشکلات رفتاری با اضافه وزن و چاقی در ارتباط است (۳). اضافه وزن نه تنها منجر به بیماری های ناتوان کننده از قبیل دیابت و بیماری های عروق کرونر قلب می شود، بلکه باعث آسیب های جدی در کیفیت زندگی و افزایش میزان اختلالات روان پزشکی و جسمانی شکل می گیرد، مثلاً خطر ابتلاء به اختلالات خوردن را افزایش می دهد (۴).

اغلب افراد دارای اضافه وزن، رفتارها و عادات غذایی نامناسبی دارند، نارضایتی از بدن و عادات غذایی ناسالم در رشد اختلالات خوردن، چاقی و مشکلات دیگر مشترک هستند. تعداد زیادی از دختران نوجوان از بدن خود رضایت ندارند و برای کاهش وزن خود از راه های ناسالم مانند استفراغ عمدی، روزه داری سخت و داروهای ملین استفاده می کنند. این نگرش ها و رفتارها، دختران را در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن، اختلال رشد، مشکلات هیجانی، سوء تغذیه، افسردگی و چاقی قرار می دهد. تحقیقات نشان می دهد، دختران مبتلا به اضافه وزن بیشتر از همسالان خود که دارای وزن پهنجاری، برنامه رژیم غذایی دارند (۵). پرخوری باعث ایجاد رفتارهای کنترل نشده برای خوردن و حس شرمساری و افسردگی در فرد می شود. وقتی به اختلال پرخوری مبتلا هستید، در مدت کوتاهی، بیشتر از حد معمول غذا مصرف می کنید. این بیماری همراه با پریشانی و عدم کنترل رفتار است (۶).

رفتارهای غذایی شامل طیف وسیعی از نگرش ها و رفتارهای مرتبط با غذا خوردن است: دلیل و شیوه غذا خوردن، نوع غذاهای مصرفی و بستر صرف وعده های غذایی و نحوه به دست آوردن، ذخیره کردن، استفاده و دفع مواد غذایی. رفتارهای غذایی ریشه در عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی، مذهبی، اقتصادی، محیطی و سیاسی نیز دارد (۷). امروزه رفتارهای غذایی در کشورهای مختلف دستخوش تغییرات نگران کننده ای شده است. جوانان ایرانی نیز از این قاعده خارج نیستند و رفتارهای تغذیه ای آنان به سوی مصرف غذاهای کم ارزش صنعتی نظیر غذاهای آماده و نوشیدنی های صنعتی سوق پیدا کرده است. طبق برخی یافته ها، جوانان بیش از بزرگسالان در معرض تغییر سبک زندگی سالم هستند و بندرت غذاهایی با کیفیت بالا را ترجیح می دهند. از آنجا که نقش عادات غذایی و عوامل تغذیه ای در بروز بیماری های تغذیه ای انکارناشدنی است، شناخت این عادات در هر جامعه ای ضروری است (۸).

از طرفی پژوهش مقدم و همکاران (۹) نشان داد که یکی از پیش بینی کننده های مهم اختلال پرخوری، مهارت تنظیم هیجان می باشد. همچنین پژوهش اسوالدی، ورل، نامان، ایچلر و برکینگ^۱ (۱۰) نشان داد که احساسات منفی و راهبردهای تنظیم نادرست هیجان در شروع و حفظ پرخوری در اختلال پرخوری نقش دارند. راهبرد تنظیم هیجان، به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد (۱۱). بر طبق مدل تنظیم هیجان گراس^۲ (۱۲)، راهبردهای تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه می شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود. راهبردهای تنظیم هیجانی شامل کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است. تنظیم هیجان یک فرایند محوری برای همه جنبه های عملکرد انسان است و نقش حیاتی در شیوه هایی که افراد با تجارب استرس زا مقابله کرده و شادی را تجربه می کنند، ایفا می کند (۱۳). راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه با بلوغ عاطفی و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش در فراوانی



تجربه هیجانی مثبت باعث مراقبه مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و حتی رفتارها و فعالیت‌های مناسب در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد (۱۴). تحقیقات نشان‌داده است که راهبردهای تنظیم هیجان با بهبود سلامت روان‌شناختی مرتبط بوده و سازگاری بعدی را پیش‌بینی می‌نماید. همچنین تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند در پیش‌بینی و درمان عاطفه مرتبط با مشکلات سلامت روان مؤثر واقع شود (۱۵). همچنین پژوهش میخاییل و کرینگ^۱ (۱۶) نشان‌داد که هیجان‌های منفی به واسطه مشکلات تنظیم هیجانی با پرخوری در ارتباط هستند.

از سوی دیگر درمان اختلال پرخوری باید با روش‌های سنتی و رایج کاهش وزن ترکیب شود، چرا که نشان داده شده است درمان رفتارهای خوردن بیمارگونه در افراد چاق، قبل از درمان چاقی، نتایج بهتری را در کاهش وزن به بار می‌آورد. بنابراین، درمانی که هم اختلال پرخوری و هم چاقی را مورد هدف قرار می‌دهد، برای کاهش موفقیت‌آمیز وزن و نگهداری آن حیاتی است (۱۷). هدف از درمان‌های روانشناختی اختلال چاقی آن است که بتوان به مراجعان به خوبی یادداد بین گرسنگی هیجانی و گرسنگی فیزیولوژیک فرق بگذارند و به تکانه‌های هیجانی و نشخوارهای فکری خود از طریق غذا خوردن پاسخ ندهند؛ همچنین پاسخ خوردن را با پاسخ‌های مناسب‌تر دیگری جایگزین کنند و مسائل هیجانی زیربنایی را مدنظر قرار دهند (۱۸). در همین زمینه می‌توان گفت، یکی از رویکردهای مؤثر در زمینه کاهش وزن و پرخوری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد، چنان‌که پژوهش‌های بسیاری حاکی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش وزن افراد می‌باشد (۱۹). این نوع از روان‌درمانی، از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده است و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روانشناختی به‌شمار می‌رود (۲۰). ذهن‌آگاهی به عنوان فرایند داشتن توجه بدون قضاوت به رویدادهای درونی و بیرونی است که در لحظه به‌وجود می‌آیند. رویدادهای درونی شامل افکار،

هیجانات، ادراکات و حس‌های بدنی و رویدادهای بیرونی شامل تجارب محیطی، موقعیتی و بین فردی می‌شود و ذهن‌آگاهی به معنای آگاهی لحظه به لحظه از تجربه‌های موجود است (۲۱). ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح. هسته ذهن‌آگاهی بر آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی و کاربردهای آن برای زندگی روزانه و مقابله با استرس، ناامیدی، بیماری و درد متمرکز است (۲۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تمرکز بر شناخت‌ها و احساس‌های بدنی در زمان حال، آرامش ذهنی برای فرد ایجاد کرده و باعث افزایش سازگاری و تحمل فرد در برابر فشارهای جسمی و روانی می‌شود (۲۳). در ذهن‌آگاهی تمرینات به‌صورت تمرکز بر روی افکار، احساسات و ادراک انجام می‌شود. این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر روی تنفس تا تمام فعالیت‌های زندگی حاصل می‌گردد. ذهن‌آگاهی با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس‌زا و افزایش تاب‌آوری و توانایی آن‌ها در کنترل زندگی، به افراد کمک می‌نمایند (۲۴). به‌کارگیری درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی زمانی اهمیت پیدا می‌کند که نظریات مرتبط با ذهن‌آگاهی تأیید کرده‌اند که ذهن‌آگاهی کاهش‌دهنده اثرات منفی اختلال چاقی (مانند اضطراب، افسردگی و سایر هیجانات منفی) در افراد است (۲۵). نتایج پژوهش پالمیرا، کانها و پینتو-گویا^۲ (۲۶) نشان‌داد، مداخله ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی، خوددنگ‌زنی درباره وزن و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن و چاقی مؤثر است.

با توجه به عوارض بالای اضافه‌وزن و لزوم مداخله جهت اصلاح رفتارهای غذایی، کاهش پرخوری و نهایتاً کاهش وزن و نبود پژوهشی منسجم، جامع و یکپارچه در خصوص موضوع، محقق در این پژوهش درصدد پاسخگویی به سؤال زیر برآمده است:

آیا مدل طراحی‌شده درمان مبتنی بر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتار غذایی و مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه‌وزن مؤثر است؟

² Palmeira, Cunha, & Pinto-Gouveia

¹ Mikhail, & Kring



روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود و با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک شهید شوریده شهر مشهد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. حجم نمونه براساس فرمول کوکران و به روش در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شد. این ۳۰ نفر به‌طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، رژیم درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند و گروه کنترل که در لیست انتظار قرار دارند و فقط رژیم درمانی دریافت کرد. لازم به ذکر است طرح پژوهشی جهت بررسی اولیه، ابتدا روی گروه کوچک ۶ نفره اجرا شد. در نهایت نتایج پژوهش مورد نظر با سه ماه پیگیری، مورد بررسی قرار گرفت.

معیارهای ورود: زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای اضافه‌وزن با BMI بالای ۲۵، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی معیارهای خروج: غیبت بیش از ۲ جلسه، انصراف شرکت‌کننده از پژوهش.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه رفتار خوردن DEBQ (فن اشتراين، فريجتز، برگز، ديفار (۲۰۰۱))

از پرسشنامه رفتار خوردن DEBQ به منظور تعیین سبک خوردن استفاده می‌شود که از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. فن اشتراين، فريجتز، برگز، ديفار (۶) این پرسشنامه را طراحی و پایایی و روایی آن را انجام دادند. این پرسشنامه شامل ۳۳ سوال است که به صورت ۵ گزینه‌ای طراحی شده است. از شماره پرسش‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس در دفترچه راهنمای پرسشنامه آورده شده است. پرسش‌ها در خصوص عادت‌های خوردن افراد است (برای مثال: "آیا وقتی عصبانی باشید، میل به خوردن پیدا می‌کنید؟") و پاسخ‌ها به صورت رتبه‌بندی ۵ درجه‌ای است که کمترین درجه، کمترین نمره و بیشترین درجه بیشترین نمره را به خود اختصاص می‌دهد (هرگز=۱، به‌ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴، بسیار زیاد=۵). روایی و پایایی این

پرسشنامه توسط آقا میرزایی و بیگی (۲۷) صورت‌گرفته است و از روایی و پایایی خوبی برخوردار است. صالحی‌فردی، مقدس‌زاده، امین‌یزدی و نعمتی (۶)، در پژوهش خود نشان دادند که نمره مقیاس‌های خوردن هیجانی و خوردن بازداری شده در افراد رژیم‌گیرنده متفاوت است که این نشانگر روایی نسبی فرم فارسی است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن بازداری شده به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به‌دست‌آمد (۲۷).

پرسشنامه مهارت‌های تنظیم هیجانی:

این مقیاس توسط گروس و جان (۱۱) تهیه شده است. مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل شده که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) می‌باشد. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت (هفت درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴-) و عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گروس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم‌پور و همکاران (۲۸) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در پژوهش بهادری خسروشاهی (۱۱)، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی یا استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ($r=0/13$) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (۲۸).

ابتدا پس از هماهنگی با مسئولین کلینیک شهید شوریده شهر مشهد و نامه‌نگاری با مسئولین دانشگاه و کلینیک و ارائه توضیحات به مسئولین و زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای اضافه‌وزن در خصوص نحوه انجام پژوهش، نمونه مورد نظر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و در پیش‌آزمون، پرسشنامه رفتار خوردن (فن اشتراين، فريجتز، برگز،



داده‌های پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزار آماری SPSS-22 و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کواریانس چند متغیره و آزمون‌های تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

یافته‌ها

در این قسمت به بررسی توصیفی و عملیاتی پژوهش پرداخته می‌شود. لازم به ذکر است آزمودنی‌های پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای اضافه‌وزن بودند که به لحاظ تاهل، تحصیلات و سن در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت همتا گزینش شدند.

دیفار، ۲۰۰۱)، پرسشنامه پرخوری (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲) و پرسشنامه مهارت تنظیم هیجان (گروس و جان، ۲۰۰۳) روی نمونه مورد نظر انجام و آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و سپس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تدوین و در کنار رژیم درمانی روی گروه آزمایش اجرا شد (گروه کنترل فقط رژیم درمانی دریافت کرد). لازم به ذکر است طرح پژوهشی جهت بررسی اولیه، ابتدا روی گروه کوچک ۶ نفره اجرا شد. پس از اتمام درمان در پس آزمون پرسشنامه مذکور مجدد گرفته و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد.

جدول ۱: جلسات طراحی شده مبتنی بر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای زنان دارای اضافه وزن:

جلسه اول	آشنایی مراجعین با مشکلات تغذیه، علل فیزیولوژیک، علل روانشناختی پیامدهای چاقی و تاثیر آن بر روان	معارفه و آشنایی با اعضای گروه (معرفی، تحصیلات، سن، وضعیت تاهل و...)، آشنایی افراد با اختلال‌های خوردن و علل آنها و همچنین عوامل تشدیدکننده ی پرخوری (عوامل هیجانی و نوسانات هیجانی)، ارائه ی توضیحات در خصوص تاثیر و چگونگی عملکرد این محرک‌ها بر روی سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک و همچنین تاثیر و عملکرد غده ی فوق کلیوی
جلسه دوم	آشنایی با ذهن، انواع ذهن، نقش ذهن در ایجاد احساس و رفتار	آشنایی و ارائه ی توضیحات درباره ی انواع ذهن (ذهن قضاوتگر و ذهن برنامه ریز) و ذهن هیجانی و سبک مقابله و ارائه ی تکلیف خانگی به مراجعین به صورت : شناسایی قضاوت‌ها در طول روز سپس شناسایی احساس ایجاد شده و رفتار
جلسه سوم	آشنایی با توجه آگاهی، افزایش فعالیت‌های توجه آگاهی با کمک حواس، تمرین‌های توجه آگاهی و فعالیت‌های متنوع	توضیح درباره ی «خوردن» به عنوان یک رفتار اتومات و ارائه ی تکنیک‌های مربوط به توجه آگاهی و تمرین‌های توجه آگاهی مثل : تکنیک اسکن بدن ، مراقبه ی نشسته و ... و همچنین ارائه ی تکنیک‌های مربوط به درک زمان حال به واسطه ی کمک گرفتن از حواس پنجگانه و درگیر کردن حس‌ها در زمان حال و ارائه ی تکلیف خانگی مثل: افزایش فعالیت‌های توجه آگاهی با کمک حواس و فعالیت‌های متنوع
جلسه چهارم	شناخت درمانی، شناسایی افکار معیوب در مورد بدن و قضاوت دیگران، آشنایی با خطاهای شناختی	ارائه ی توضیحات درباره ی بین فکر، رفتار و هیجان و همچنین آشنایی با مثلث شناختی و انواع تحریف‌های شناختی
جلسه پنجم	تکنیک‌های تغییر فکر	ارائه ی تکنیک‌هایی جهت اصلاح تحریف‌های شناختی مراجعین و کاهش هیجانات منفی مربوط به تحریفات مثل: تکنیک تعریف مفاهیم و...
جلسه ششم	آشنایی مراجعین با مفهوم همجوشی فکر	ارائه ی تکنیک‌های مربوط به پذیرش و اجازه ی حضور افکار و مبحث همجوشی فکر و ارائه ی یک سری تمثیل‌ها در این خصوص مثل: راننده ی اتوبوس غول‌ها و ...
جلسه هفتم	آشنایی مراجعین با تکنیک‌های پذیرش فکر و مشاهده آن	ارائه ی توضیحات در مورد ذهن غیر قضاوتی و تکنیک‌هایی برای مشاهده و حضور افکار و ارائه ی تکلیف خانگی برای مراجعین مثل : تکنیک « ذهنم به من چه می‌گوید؟ » و ...
جلسه هشتم	آشنایی با تکنیک‌های رها کردن فکر	ارائه ی تکنیک‌هایی مربوط به رها کردن افکار مثل: تکنیک کشتی‌های اسکله، تکنیک ماسه‌ها و آب دریا، تکنیک افتادن برگ درخت ، تکنیک استفاده از مانیتورهای تبلیغاتی و ... و در نهایت ارائه ی تکلیف خانگی به مراجعین مثل: کاندید کردن یکی از افکار و قرار دادن در بادکنک و در نهایت رها کردن آن.
جلسه نهم	تکنیک‌های آرام‌سازی فکر در هنگام حمله پرخوری	ارائه ی تکنیک‌های مراقبه برای کاهش رفتار پرخوری و تکنیک مراقبه ی دلسوزی و مهرورزی به بدن



جدول ۲: شاخص‌های توصیفی رفتار غذایی و مهارت تنظیم هیجانی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتار خوردن	آزمایش	۲/۱۹۱	۱۳۴/۲۰	۲/۲۴۲	۱۲۳/۵۳	۲/۳۵
	کنترل	۲/۷۲۶	۱۳۲/۷۳	۲/۵۰۹	۱۳۰/۲۰	۲/۴۵۷
هیجانی	آزمایش	۱/۸۵۱	۵۴/۵۳	۱/۷۰۶	۴۹/۷۳	۱/۸۳۸
	کنترل	۱/۶۳۹	۵۶/۸۰	۱/۶۸۰	۵۶/۲۰	۱/۶۵۴
بیرونی	آزمایش	۱/۴۹۳	۴۰/۰۰	۱/۴۹۹	۳۶/۶۰	۱/۳۹۰
	کنترل	۱/۷۸۸	۳۸/۳۳	۱/۷۰۱	۴۰/۴۰	۱/۷۳۴
بازداری	آزمایش	۱/۴۵۰	۳۹/۶۷	۱/۵۱۲	۳۷/۲۰	۱/۵۲۳
	کنترل	۰/۹۴۰	۳۸/۶۰	۰/۸۴۴	۳۶/۶۰	۰/۸۲۹
ارزیابی مجدد	آزمایش	۲/۴۶۹	۱۹/۰۰	۲/۵۳۳	۲۶/۳۳	۲/۵۳۷
	کنترل	۲/۲۸۸	۲۱/۹۳	۲/۳۰۱	۲۳/۰۰	۲/۲۷۲
سرکوبی	آزمایش	۰/۹۹۴	۱۶/۴۰	۰/۷۷۷	۱۰/۲۷	۰/۸۱۶
	کنترل	۱/۰۶۴	۱۲/۵۳	۱/۰۲۳	۱۳/۶۰	۱/۰۲۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در پس آزمون رفتار غذایی و مهارت تنظیم هیجانی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل تغییرات بیشتری دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در گروه آموزش میانگین نمرات از پیش آزمون به پس آزمون تغییر داشته است. اما از پس آزمون به پیگیری نمرات آزمودنی‌های این گروه‌ها تغییر چشمگیری نداشته است.

جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی از تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. آزمون تعقیبی بن فرونی نیز برای مقایسه بر حسب مراحل آزمون به کار

گرفته شد. برای انجام این آزمون آماری پارامتریک تحقق مفروضات آن موردبررسی قرارگرفت. نتایج آزمون توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است ($P > 0.05$). جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون برابری خطای واریانس لوین استفاده شد. در این آزمون سطح معناداری $P > 0.05$ بود، بدین معنی است که داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند. مفروضه کرویت در خصوص متغیرها محقق نشده است ($P < 0.05$) و باید از اصلاح اسپیلن گرینه‌هاوس گیزر برای برآورد تفاوت‌ها در این متغیرها استفاده شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای رفتار غذایی، پرخوری و مهارت های تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
رفتار غذایی	زمان	۴۸۱/۶۶۷	۱	۴۸۱/۶۶۷	۳۷/۸۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۵
	زمان*گروه	۴۵۹/۲۶۷	۱	۴۵۹/۲۶۷	۳۶/۱۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
	خطا (زمان)	۳۵۶/۰۶۷	۲۸	۱۲/۷۱۷			
ارزیابی مجدد	زمان	۱۹۸/۰۱۷	۱	۱۹۸/۰۱۷	۱۱۲/۸۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	زمان*گروه	۲۰۵/۳۵۰	۱	۲۰۵/۳۵۰	۱۱۷/۰۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	خطا (زمان)	۴۹/۱۳۳	۲۸	۱/۷۵۵			
سرکوبی	زمان	۱۲۹/۰۶۷	۱	۱۲۹/۰۶۷	۱۱۶/۸۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	زمان*گروه	۱۳۵/۰۰۰	۱	۱۳۵/۰۰۰	۱۲۲/۱۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	خطا (زمان)	۳۰/۹۳۳	۲۸	۱/۱۰۵			



جدول ۳ نشان می‌دهد که میان دو گروه آزمایش و کنترل در رفتار غذایی، پرخوری و مهارت‌های تنظیم هیجان بر حسب آزمون و اثر تعامل آزمون*عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل کواریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که برای متغیرهای رفتار غذایی، پرخوری و مهارت‌های تنظیم هیجان، در عامل زمان عامل گروه معنادار هستند ($P < 0/01$)، این نتایج حاکی از آن است که بین گروه آزمایش و گروه کنترل حداقل در یکی از متغیرهای رفتار غذایی، پرخوری و مهارت‌های تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد. مجذور اتا برای متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۱۰ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها قابل توجه است. نتایج مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون و گروه‌ها در جدول زیر آورده شده است.

غذایی و مهارت‌های تنظیم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$). بر این اساس، فرضیه اصلی پژوهش حاضر تأیید می‌شود. به این معنی که مدل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتار غذایی و مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه وزن تأثیر دارد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتار غذایی و مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه وزن موثر است. این یافته با بسیاری از پژوهش‌ها مانند نتایج پژوهش اسوالدی و همکاران (۱۰)، سالا و همکاران (۲۹)، نست و

جدول ۴: مقایسه میانگین رفتار غذایی و مهارت‌های تنظیم بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	p
رفتار غذایی	آزمایش و کنترل	-۹/۱۷۳	۰/۰۰۰۱
ارزیابی مجدد	آزمایش و کنترل	۷/۴۸۹	۰/۰۰۰۱
سرکوبی	آزمایش و کنترل	-۵/۶۵۱	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بر حسب مقایسه دو گروهی، تفاوت میانگین مداخله آزمایش و گروه کنترل برای رفتار غذایی و مهارت‌های تنظیم معنادار است.

همکاران (۳۰) و رحمانی و همکاران (۳۱) همسو بوده است. رفتارهای خوردن آشفته، یکی از مشکل‌های رایج در میان زنان است که به عنوان نشانگان چند عامل ناهمگون است

جدول ۵: مقایسه میانگین رفتار غذایی و مهارت‌های تنظیم هیجان بر حسب مراحل آزمون در گروه‌ها

متغیرها	پیش آزمون - پس آزمون		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری	
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
رفتار غذایی	۵/۶۰	۰/۰۰۰۱	۵/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۶۷	۰/۸۰۰
ارزیابی مجدد	-۳/۶۶	۰/۰۰۰۱	-۳/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۶۷	۰/۶۶۷
سرکوبی	۳/۰۳۳	۰/۰۰۰۱	۲/۹۳۳	۰/۰۰۰۱	-۰/۱۰۰	۰/۱۷۸

جدول فوق نشان می‌دهد که در گروه آزمایش از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها در رفتار

که نتیجه کارکرد عوامل نورویبولوژیک، روانشناختی و اجتماعی-فرهنگی است. این مشکل موجب عدم تمرکز در



صحیح خوردن غذا می‌شود. به این معنا که این بیماران نمی‌توانند با آرامش خاطر و تفکری مثبت نسبت به غذای خود آن را بخورند و همین آشفتگی در خوردن غذا موجب اختلال روانی در آن‌ها می‌شود. از طریق درمان ذهن‌آگاهی میتوان تفکرات این بیماران را مثبت کرد به‌طوری که آن‌ها تمایل بیشتری نسبت به خوردن غذای خود داشته باشند. ذهن‌آگاهی میزان افسردگی، استرس و اضطراب افراد را تا حد زیادی کاهش می‌دهد. زمانی که بیماران بتوانند از تفکرات و ذهنیات خود آگاهی کافی و مثبتی داشته باشند و به آن نظم بدهند، میزان درماندگی روانشناختی آنان کاهش خواهد یافت (۳۲).

هدف اصلی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که بیمار از اثرات باز فعال‌شدگی ذهنیت‌انجامی از طریق (پایش خودآیند) آگاهی یابد و از طریق به‌کارگیری و ایجاد حالت در ذهنیت بودن بماند و به مشاهده افکار و احساسات خود از طریق انجام تمرین‌های مکرر روی جهت‌دهی قصدمندانه توجه به یک شیء خنثی برای مثال جریان تنفس، یا حس‌های بدنی بنشینند در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به‌صورت افکار محض در نظر بگیرد و آن‌ها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آن‌ها معمولاً برمی‌انگیزانند جدا کنند و در نهایت معنای آن‌ها را تغییر دهد. ذهن‌آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتار ایفا کند، این تنظیم رفتار به افراد کمک می‌کند در مواقعی پرفشار، اضطراب و استرس و افسردگی خود را کنترل نموده و در نهایت رفتارهایی همچون خوردن افراطی که منجر به کاهش این هیجانات می‌شود را با تکنیک‌های ذهن‌آگاهانه مدیریت نمایند.

از سوی دیگر در رفتار خوردن مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و دفاع، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود می‌شوند، بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این

افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آن‌ها (خوردن)، کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌شود، مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهبردهای کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می‌شود. در درمان مبتنی بر شناخت‌درمانی شرکت‌کنندگان به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر تغییر باورهای غلط تشویق می‌شوند و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی می‌شود. در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می‌شود (۳۳)؛ برای مثال از مراجع خواسته می‌شود، هنگامی که میل شدید به خوردن احساس می‌کند از خودش سؤال کند آیا این میل در راستای گرسنگی و نیاز بدن او به خوردن و ارزش سلامتی است، یا در راستای افکار، امیال، هیجانات و با علایم بدنی او است؟ از مراجع خواسته می‌شود در راستای ارزش سلامتی به خوردن سالم بپردازد و نه برای اجتناب از هیجان‌ها. درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد را با تشویق به پذیرش آگاهانه، کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به نتایج اجتناب زیاد، کاهش می‌دهد. بنابراین، می‌توان گفت که افکار و احساسات و امیالی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آن‌که موردپذیرش آگاهانه قرار می‌گیرند، فراخوانی آن‌ها کمتر خواه شد.

از طرفی با توجه به آن‌که افراد دارای اضافه‌وزن، مشکلات هیجانی و شناختی خود را به‌صورت رفتارهایی همچون پرخوری نشان می‌دهند، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان طرحی اساسی برای درمان مشکلات شناختی، رفتاری و هیجانی مفهوم‌سازی شده است که هدف اصلی خود را بهبود خودتنظیمی هیجانی قرار می‌دهد. باورها و هیجانات خاص بعضی از افراد مبتلا به اختلال روانشناختی به تداخل راهبردهای رفتاری و شناختی با خودتنظیمی هیجانی منجر می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده است که بعضی افکار نظیر باورها در مورد معنای خاصی از افکار و باور در مورد اثر بخشی حافظه و



نظم و انسجام به تنفس، دچار دگرگونی خواهد شد. تنفس با تمرکز باعث می شود ما هر لحظه از بدن و تجربیات خود آگاه باشیم. آگاهی از تنفس به ما کمک می کند که بدن و ذهنمان را آرام کرده و از افکار و احساسات بدنمان آگاه شویم و نهایتاً به آرامش بیشتری دست پیدا کنیم.

محدودیت های پژوهش

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به روش نمونه گیری و نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص، با تعداد محدود و به صورت داوطلبانه و مبتنی بر هدف بوده است. شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می کند. همچنین محدودیت های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی آزمودنی ها و هزینه های این گونه آموزش ها باعث عدم تداوم آموزش های طولانی مدت روان شناختی می شود. از این رو، پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی رویکرد فوق به صورت گروهی برای سایر اختلالات مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به آزمودنی ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت افراد در مطالعه و اخذ رضایت کتبی از افراد شرکت کننده. لازم به ذکر است پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام و دارای کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1402.007 می باشد.

کنترل شناختی در به وجود آمدن و تداوم اشکال غیر انطباقی مقابله مشارکت دارند. در این راستا، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تکنیک هایی را به کار می برد تا دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه های مقابله و مواجهه با افکار و هیجاناتش را تغییر دهد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجانات ناخوشایند و پذیرش آن ها سوق دهد تا بیمار، در مقابله با هیجاناتش احساس خود کنترلی و تسلط و در نهایت خودتنظیمی هیجانی بیشتری داشته باشد (۲۳).

نتیجه گیری

افزایش ذهن آگاهی به کاهش اجتناب یا درگیری بیش از حد با افکار و هیجان های ناراحت کننده منجر می شود. بنابراین، هیجان ها را در حد متعادل نگه می دارد. اگر توجه آگاهانه به تنظیم هیجانی نسبت داده شود، ممکن است بهبودهای ایجاد شده در تنظیم هیجانی ناشی از افزایش کلی تجارب هیجانی مثبت و کاهش تجارب هیجانی منفی باشد که می تواند تحت تأثیر سن نیز باشد و افزایش تجارب هیجانی مثبت با استفاده از تمرین های ذهن آگاهی، به تسکین اضطراب و دیگر استرس های روان شناختی منجر می شود. بنابراین، تنظیم بهتر هیجان ها را در پی خواهد داشت. از طرف دیگر ذهن آگاهی با کاهش هیجان های منفی، مهارت تنظیم هیجانی را افزایش می دهد (۱۸). همچنین ذهن آگاهی منجر به افزایش درک در رابطه با آسیب پذیری انسان می شود که در تمرین های شنیدن و مشاهده مستقیم فرآیندهای تجربی در خلال تمرین مراقبه به دست می آید. از طریق ذهن آگاهی می آموزیم که درد و رنج، جزئی لاینفک از تجربیات ما هستند و بیماران متوجه می شوند که وجود این درد و رنج ها احتمالاً عاداتی ناسالم هستند و در هر لحظه ای که شما به تنفس از این دریچه تمرکز کنید، ذهن آگاهی را تجربه می کنید. ارتباطات ما در اثر ورود این

References:

- 1- Lopes MBS. The 2017 World Health Organization classification of tumors of the pituitary gland: a summary. *Acta neuropathologica*. 2017;134:521-35.
- 2- Sinha R. Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity. *Biological psychology*. 2.13. 131- 140.



- 3- Santas F, Santas G. Prevalence of pre-school children for overweight/obesity in Turkey. *World Journal of Pediatrics*. 2018;14:77-83.
- 4- Cooper Z, Calugi S, Dalle Grave R. Controlling binge eating and weight: a treatment for binge eating disorder worth researching? *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020;25(4):1105-9.
- 5- Kukk K, Akkermann K. Emotion regulation difficulties and dietary restraint independently predict binge eating among men. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020;25:1553-60.
- 6- Belli H, Ural C, Akbudak M, Sagaltıcı E. Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in extremely obese patients with and without binge eating disorder. *Nordic journal of psychiatry*. 2019;73(8):527-31.
- 7- Morris S. Parent and Early Childhood Educator Perceptions of Physical Health and Well-being in the Early Years. 2019.
- 8- Ghorbannejad H, Alizadeh M, Didarloo A, Bakhshimoghaddam F. Association between food habits and overweight and obesity in 12–15 years old adolescent female students in Urmia. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2020;27(2):121-9.
- 9- Moghaddm MM, Goodarzi MA, Imani M. Prediction of binge-eating disorder based on symptoms of depression, emotion regulation, and psychological flexibility in women with type 2 diabetes. *The Journal of Tolooebehdasht*. 2022.
- 10- Svaldi J, Werle D, Naumann E, Eichler E, Berking M. Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder. *Journal of psychiatric research*. 2019;115:61-8.
- 11- Shaukatpour Lotfi S. Comparing the effectiveness of parent-child interaction training, attachment-based therapy and self-regulation skill training on emotional control of preschool children. 2023.
- 12- Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*: Guilford publications; 2013.
- 13- Kring AM, Sloan DM. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*: Guilford Press; 2009.
- 14- Carl JR, Gallagher MW, Barlow DH. Development and preliminary evaluation of a positive emotion regulation augmentation module for anxiety and depression. *Behavior therapy*. 2018;49(6):939-50.
- 15- Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier LL, Caspar F. Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of counseling psychology*. 2008;55(4):485.
- 16- Mikhail ME, Kring AM. Emotion regulation strategy use and eating disorder symptoms in daily life. *Eating behaviors*. 2019;34:101315.
- 17- Kushner RF, Bessesen DH. *Treatment of the obese patient*: Springer; 2007.
- 18- 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.
- 19- 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. *International journal of nursing sciences*. 2020;7(1):35-40.
- 20- Mason AE, Epel ES, Kristeller J, Moran PJ, Dallman M, Lustig RH, et al. Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*. 2016;39:201-13.
- 21- Hanson P, Shuttlewood E, Halder L, Shah N, Lam F, Menon V, Barber TM. Application of mindfulness in a tier 3 obesity service improves eating behavior and facilitates successful weight loss. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2019;104(3):793-800.
- 22- Kabat-Zinn J. *Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future*. 2003.
- 23- Duan W, Wang Z. Dispositional mindfulness promotes public health of the obesity population by reducing perceived discrimination and weight stigma concerns. *Journal of Public Health*. 2019;27:195-20.۲
- 24- Abad Y, Haroon Rashidi H. The Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and existential anxiety in the elderly men. *Aging Psychology*. 2022;8(1):10-1.
- 25- Fumero A, Peñate W, Oyanadel C, Porter B. The effectiveness of mindfulness-based interventions on anxiety disorders. a systematic meta-review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2020;10(3):704-19.



- 26- Palmeira L, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness-and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of health psychology*. 2019;24(8):1056-69.
- 27- Shabsavari M, Fathi Ashtiani A, Rasoolzadeh Tabatabae K. Body mass index: comparison of emotion regulation and eating behavior. *Yafteh*. 2016;18(3):104-13.
- 28- Habibi-Kaleybar R, Farid A, Mesrabadi J, Bahadorikhosroshi J. The Effectiveness of training Social and Emotional Skills on Improving Interpersonal Relationships among Students. *Education Strategies in Medical Sciences*. 2019;12(1):8-15.
- 29- Sala L, Gorwood P, Vindreau C, Duriez P. Mindfulness-based cognitive therapy added to usual care improves eating behaviors in patients with bulimia nervosa and binge eating disorder by decreasing the cognitive load of words related to body shape, weight, and food. *European Psychiatry*. 2021;64(1):e67.
- 30- Nasset MB, Bjørngaard JH, Whittington R, Palmstierna T. Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2021;113:103795.
- 31- Rahmani M, Omid A, Asemi Z, Akbari H. The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health & Prevention*. 2023;9:13-8.
- 32- Hayes SC, Follette VM, Linehan M. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*: Guilford Press; 2004.
- 33- Fletcher LB, Schoendorff B, Hayes SC. Searching for mindfulness in the brain: A process-oriented approach to examining the neural correlates of mindfulness. *Mindfulness*. 2010;1:41-63.



Designing a Therapeutic Model Cognitive Therapy Based on Mindfulness and its Effectiveness on Eating Behavior and Emotion Regulation Skills in Overweight Women

Parisa Ghorbanimoghadam¹, Saeed Teymori^{*2}, Ali Reza Rajaei²

1. Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

Type of Article Original Research	Abstract
Received: 2024/07/28 Accepted: 2025/04/05 *Corresponding Author: Saeed Teymori, Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran TEL: 09151562825 Email: (steimory28@gmail.com)	Introduction: The purpose of this study was to investigate the design of a cognitive therapy based on mindfulness and its effectiveness on eating behavior and emotion regulation skills in overweight women. Methods: This research followed a quasi-experimental design. The statistical population of this research included all women aged 20 to 40 who were referred to Shurideh Clinic in Mashhad in 1400-1401. The sample size was based on Cochran's formula and considering that the type of intervention method was group therapy. Sampling was conducted using a convenience method, 30 people were selected as a statistical sample based on the scores of the eating behavior questionnaire (Fan Strein, Frejters, Burgers, Difar, 2001) and the emotion regulation skill questionnaire (Gross and John, 2003) in the pre-test and the inclusion and exclusion criteria. These 30 people were randomly selected into 2 experimental and control groups of 15 people, the experimental group received diet therapy and cognitive therapy based on mindfulness, and the control group received only diet therapy. In order to investigate the hypotheses of the research, an analysis of variance with repeated measurements was used. Results: The results of the research showed that cognitive therapy based on mindfulness significantly led to the improvement of eating behavior (exciting, external, and inhibition) and improvement of emotion regulation skills (reevaluation and suppression) in overweight women in the stage So it is tested and followed up ($P < 0.01$). Conclusion: Therefore, cognitive therapy based on mindfulness is a suitable approach to improve eating behavior and emotion regulation skills in overweight women. Keywords: Cognitive Therapy Mindfulness, Food Behavior, Emotion Regulation Skills, Overweight

► **Please cite this article as:** Ghorbanimoghadam P, Teymori S, Rajaei A. R. Designing a Therapeutic Model Cognitive Therapy Based on Mindfulness and its Effectiveness on Eating Behavior and Emotion Regulation Skills in Overweight Women. J Neyshabur Univ Med Sci 2024;12(1):44-55.