مقـاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره بیستم، شماره ۲،تابستان۱۴۰۵

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی: یک پژوهش نیمه‌آزمایشی

شیرین گُلی[۱]، علیرضا شکرگزار[۲*]، سعید محمودی‌نیا[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۱۱ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰**

خلاصه

مقدمه: پرخوری عصبی از جمله اختلالات خوردن است که پیامدهای متعدد جسمانی-روانی را به‌دنبال دارد و با توجه به هزینه‌های ناشی از آن، بازبینی پیشینه پژوهشی برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی ضروری می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بود. کلیه نوجوانان دختر مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های رژیم غذایی تهران در سال ۱۴۰۴ به تعداد ۶۹ نفر جامعه آماری را تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۳۴ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های رفتار خوردن هیجانی Van-Strien، و ناگویی هیجانی Bagby گردآوری شد. در گروه آزمایش، برنامه درمانی طی ۹ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه یک ساعته) اجرا گردید. داده‌ها توسط آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون بر کاهش ناگویی هیجانی ($F=۶۶/۴۸$ و $\eta^۲=۰/۶۷$) و مؤلفه‌های شناسایی احساس ($F=۹/۴۰$ و $\eta^۲=۰/۲۲$)، توصیف احساس ($F=۲۹/۴۵$ و $\eta^۲=۰/۴۷$) و تفکر عینی ($F=۳۸/۳۳$ و $\eta^۲=۰/۵۴$) اثربخشی داشت (۰/۰۵

[۱] -دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران

[۲]- استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: **dralirezashokrgozar@iau.ac.ir** تلفن: **۰۹۱۲۲۶۴۵۱۱۹**

[۳]- استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران

مقدمه

اختلال پرخوری عصبی (Bulimia nervosa) از جمله اختلالات خوردن می‌باشد که با دوره‌های مکرر پرخوری همراه با رفتارهای نامناسب جبرانی جهت کاهش وزن توصیف شده است، به گونه‌ای که این رفتارها حداقل یک بار در هفته و به مدت حداقل سه ماه ادامه دارند [۲، ۱]. این اختلال با رفتارهایی از جمله کاهش خوردن، روزه‌داری، زیاد خوردن و خوردن همراه با استفراغ و استفاده از داروهای ضدیبوست و ادرارآور مشخص می‌شود و می‌تواند منجر به سوءتغذیه، پوکی استخوان، آمنوره و مشکلات قلبی-عروقی گردد [۳، ۱].

تخمین زده می‌شود که تقریباً ۲٪ بزرگسالان در امریکا از علائم این اختلال رنج می‌برند [۴]. اگرچه این اختلال به افراد چاق محدود نمی‌شود، اما در میان مراجعانی که به‌دنبال درمان چاقی یا اضافه وزن هستند، تشخیص شایعی می‌باشد؛ تا جایی‌که بیش از ۴۰٪ مراجعانی که با تناسب اندام و وزن ایده‌آل خود مشکل دارند و آن‌هایی که تلاش می‌کنند وزن کم کنند، ممکن است از علائم این اختلال رنج ببرند [۵]. با توجه به ماهیت پیچیده و چندبعدی پرخوری عصبی و تأثیرپذیری آن از شرایط روانی، مطالعات متعددی به بررسی ارتباط آن با برخی سازه‌های روان‌شناختی-رفتاری پرداخته‌اند [۷، ۶].

از جمله مسائلی که این افراد با آن مواجه هستند می‌توان به رفتار خوردن هیجانی (Emotional eating behavior) اشاره نمود [۸]. شناسایی سبک رفتار خوردن هیجانی افراد، می‌تواند علاوه بر طرح‌ریزی برنامه درمانی مناسب، عاملی برای پیش‌بینی رفتار خوردن و برآورد اندازهٔ موفقیت فرد در کاهش وزن و مشکلات تغذیه‌ای باشد [۹]. مروری بر نتایج پژوهشی نیز نشان می‌دهد سبک خوردن هیجانی، پیش‌بین قوی برای پرخوری در موقعیت‌های پرتنش است [۱۰].

در سال‌های اخیر توجه محققان بر فرایندهای پردازش و تنظیم هیجان از جمله ناگویی هیجانی (Alexithymia) در پدیدآیی یا تداوم اختلالات خوردن متمرکز شده است و از ناگویی هیجانی به عنوان عاملی مهم در شکل‌گیری و تداوم علائم اختلالات خوردن یاد کرده‌اند [۱۱]. در حقیقت، نقص در پردازش و شناسایی احساسات که از ویژگی‌های افراد دارای ناگویی هیجانی است، باعث ایجاد واکنش‌های عاطفی شدید و کنترل نشده می‌شود و فرد با رفتارهای غذایی بیمارگونه درصدد راهی برای تخلیه عواطف منفی خود می‌گردد [۱۲].

با در نظر داشتن این‌که پرخوری عصبی مسئله‌ای چندبعدی با سبب‌شناسی چندعاملی است [۳]، روش‌های معدودی در این اختلال مؤثرند. از درمان‌هایی که اخیراً در مرکز توجه پژوهشگران قرار گرفته است، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy=MBCT) است، که به گرایش فرد برای حفظ آگاهی از لحظه حال به شیوه غیرواکنشی و بدون قضاوت اشاره دارد و به‌واسطهٔ تأکید بر افکار و مهارت‌های ذهن‌آگاهی توانسته است کارایی خود را در جنبه‌های گوناگون مطالعات زندگی انسان نشان دهد [۱۴، ۱۳]. هدف اصلی این شیوه درمانی آن است که فرد بتواند با افکار، احساسات و حالات بدنی خود ارتباط برقرار کند و چرخه‌های ناکارآمد رفتاری مانند نشخوار فکری، بدتنظیمی هیجانی و خودانتقادی را که باعث می‌شود فرد در مقابل شرایط تنش‌زا آسیب‌پذیر باشد، کنار بگذارد [۷].

در راستای اثربخشی این شیوه مداخلاتی Nemati-Vanashi و همکاران طی پژوهشی دریافتند هر دو رویکرد هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی بر تعدیل رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی تحریف شده اثربخشی داشتند و بین دو مداخله از نظر آماری تفاوت معنی‌دار بود [۱۵]. Shireen و همکاران نیز طی پژوهشی نشان دادند مدیتیشن اسکن بدن بر میل به غذا در رفتارهای هیجانی غذایی مؤثر است [۱۶]. با توجه به آمارهای منتشر شده که حاکی از شیوع اختلالات خوردن در گروه‌های سنی مختلف، به‌ویژه نوجوانان می‌باشد [۴، ۲]، و خلاء تحقیقاتی در زمینه موضوع پژوهش حاضر و هم‌چنین، لزوم توجه به قشر نوجوان و آسیب‌های روانی، رفتاری و عاطفی که می‌تواند

این گروه از جامعه را آماج مشکلات و مسائل متعدد قرار دهد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه آزمایش و کنترل بود (کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1404.056). جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان چاقی و رژیم غذایی شهر تهران به تعداد ۶۹ نفر در سال ۱۴۰۴ بود، که با توجه به نظر متخصص مربوطه تشخیص اختلال پرخوری عصبی را دریافت کرده بودند. با نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف و با توجه به نوع مطالعه، ۳۴ نفر پس از احراز ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) قرار گرفتند.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد که بر اساس پژوهش Rahimi Sadegh و همکاران [۱۷]، و با توجه به مقادیر σ=۳/۸ (انحراف‌معیار نمره ناگویی هیجانی)، d=۴/۸۲ (اختلاف میانگین پس‌آزمون ناگویی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل)، ۰/۹=توان آماری و سطح خطا یا α برابر با ۰/۰۵، حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه بدست آمد.

$$n_1 = n_2 = \frac{2_{\sigma^2}(Z_{1\frac{\alpha}{2}+}Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: دریافت تشخیص قطعی ابتلا به اختلال پرخوری عصبی توسط متخصص مربوطه و داشتن معیارهای ابتلا به این اختلال با توجه به معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition=DSM-5) و گذشت حداقل سه ماه از تشخیص ابتلا، داشتن شدت متوسط و بالاتر برای اختلال پرخوری عصبی (چنانچه فرد مبتلا ۴ الی ۷ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هر هفته داشته باشد شدت اختلال بر اساس DSM-5 متوسط تلقی خواهد شد و اگر ۸ الی ۱۳ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هفته مشاهده گردد، شدت آن شدید خواهد بود)، تکمیل و امضای رضایت‌نامه کتبی توسط آزمودنی، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تکلم به زبان فارسی، دامنه سنی ۱۴ الی ۲۰ سال و جنسیت مؤنث، پاسخ‌دهی کامل به تمامی سؤالات ابزارهای خودگزارش‌دهی طی مراحل مختلف سنجش، قرار نداشتن تحت درمان‌های دیگر به طور تازه و همزمان و توانایی شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین شده و رعایت نظم جلسات بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل ابتلا به هر یک از بیماری‌های طبی مزمن یا غدد درون‌ریز، ابتلا به هر یک از بیماری‌های روان‌پزشکی مزمن (مانند اختلال سوءمصرف مواد یا الکل، وسواس، افسردگی و اضطراب)، ابتلا به اختلال نشخوار یا اختلال هرزه خواری، غیبت بیش از یک جلسه از شرکت در هر یک از جلسات برنامه مداخلاتی، شرکت در برنامه مداخله‌ای دیگر و تشدید علائم بیماری و نیاز به بستری شدن، درخواست عدم همکاری آزمودنی به هر دلیلی بود.

پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوز لازم جهت اجرای پژوهش، محقق به کلینیک‌های درمان چاقی و مراکز رژیم غذایی شهر تهران مراجعه و پس از انجام مذاکرات با مدیریت بخش و اخذ همکاری وی، نمونه لازم از بین جامعه مورد نظر انتخاب شد. نمونه‌گیری و گردآوری اطلاعات به این صورت بود که ابتدا محقق با کمک کارکنان شاغل در این مراکز به مراجعین در خصوص اجرای پژوهش و نحوه شرکت در آن توضیحات لازم را ارائه نمود. در مرحله بعد با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه از میان افراد متقاضی شرکت در برنامه و با روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف تعداد نمونه لازم انتخاب شد. سپس، افراد انتخاب شده توسط متخصص روان‌شناختی و با توجه به معیارهای DSM-5 و با کمک

مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته از نظر ابتلا به اختلال پرخوری عصبی، ارزیابی و سنجش شدند. در گام بعد، محقق افراد را با روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش نمود و طی جلسات مجزا با توزیع ابزارهای خودگزارشی و آزمون‌های مربوطه مرحله پیش‌آزمون را اجرا کرد. توزیع ابزارها جهت گردآوری اطلاعات به صورت انفرادی انجام گرفت و در صورت بروز هرگونه ابهام در حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی ارائه شد.

سپس، برای گروه آزمایش پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی Segal و همکاران [۱۸] طی ۹ جلسه گروهی (هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) توسط متخصص دارای تجربه انجام گرفت. در این مدت برای گروه کنترل جلسات مداخله ارائه نشد و افراد گروه کنترل در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. یک هفته الی ده روز بعد از اتمام جلسات مداخله برای افراد گروه آزمایش، مجدداً با توزیع ابزارهای پژوهش در میان افراد دو گروه اقدام به گردآوری اطلاعات (پس‌آزمون) گردید و سه ماه بعد مرحله پیگیری انجام شد. جهت رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر توضیح کامل فرایند پژوهش برای تمامی افراد نمونه، به گروه کنترل نیز اطمینان داده شد که پس از اتمام اجرای پژوهش، جلسات درمانی را به‌صورت رایگان دریافت خواهند نمود. در جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات رویکرد درمانی فوق‌الذکر ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان چاقی شهر تهران ۱۴۰۴

جلسه/محتوای جلسه
اول- معارفه اعضا و درمانگر با یکدیگر، ایجاد و گسترش ارتباط درمانی و سوابق بیماران و اجرای پیش‌آزمون.
دوم- (فراسوی هدایت خودکار): معرفی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طراحی و فرمول‌بندی موردی، خوردن توجه آگاهانه یک کشمش.
سوم- (راه دیگر دانستن): آشنایی، وارسی بدن، مراقبه نشسته، نفس کشیدن توجه آگاهانه.
چهارم- (آمدن به زمان حال- جمع کردن پراکنده): ترکیب مراقبه کشش بدن ایستاده توجه آگاهانه و نفس کشیدن، مراقبه حرکت توجه آگاهانه.
پنجم- (تشخیص بیزاری): آشنایی و فهرست افکار منفی و مدیریت آن‌ها، مراقبه نشسته، انواع توجه، راه رفتن توجه آگاهانه.
ششم- (اجازه دهید چیزها همان‌گونه که قبلاً بودند باشند): آشنایی، مراقبه نشسته، تنفس سه دقیقه‌ای، تنفس سه دقیقه‌ای پاسخده.
هفتم- (دیدن افکار به‌عنوان افکار): مراقبه نشسته، لیست افکار غیرمفید، تنفس سه دقیقه‌ای، تنفس سه دقیقه‌ای پاسخده.
هشتم- (مهربانی در عمل): بررسی فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط‌بخش، تنفس سه دقیقه‌ای، تنفس سه دقیقه‌ای پاسخده، تهیه طرح عمل.
نهم- (حالا چی؟): مرور بر جلسات قبلی، فیدبک و درک تغییرات، تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین مداوم روزانه "چه" قالبی داشته باشد؟، به پایان رسیدیم!

در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن برحسب سال، سطوح تحصیلی، ترتیب تولد)، با استفاده از پرسش نامه رفتار خوردن هیجانی داچ (Dutch eating behavior questionnaire) و پرسشنامه ناگویی هیجانی (Toronto alexithymia scale) انجام شد. پرسشنامه رفتار خوردن هیجانی داچ، ابزاری خودگزارشی با ۳۳ سؤال است که توسط Van-Strien و همکاران در سال ۱۹۸۶ تدوین یافته است [۱۹]. پاسخ‌دهی به سؤالات پرسش‌نامه برمبنای طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از تقریباً (۱ نمره) تا بسیار زیاد (۵ نمره) می‌باشد. حداقل نمره اکتسابی در این پرسش‌نامه ۳۳ و حداکثر آن ۱۶۵ خواهد بود. هر چه نمرات در این ابزار بیشتر باشد، نشان‌دهنده مشکل بیشتر در زمینه رفتار خوردن هیجانی است. سازندگان پرسش‌نامه پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ و روایی پرسش‌نامه را با استفاده از روش تحلیل عاملی بار عاملی بالای ۰/۶۵ گزارش نمودند که بیانگر پایایی و روایی قابل قبول پرسشنامه می‌باشد. در ایران نیز Hodaaei-Nia و همکاران، پایایی پرسشنامه را با ضریب

آلفای کرونباخ ۰/۸۹ [۲۰] محاسبه نمودند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار، ۰/۷۵ بود.

پرسشنامه ناگویی هیجانی، یک ابزار خودگزارشی با ۲۰ سؤال و ۳ زیرمقیاس: دشواری در شناسایی احساسات (سؤالات ۱۴، ۱۳، ۹، ۷، ۶، ۳ و ۱)، دشواری در توصیف احساسات (سؤالات ۱۷، ۱۲، ۱۱، ۴ و ۲) و تفکر عینی (سؤالات ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۸ و ۵) است، که توسط Bagby و همکاران در سال ۱۹۹۴ تدوین یافته است [۲۱]. پاسخ‌دهی به سؤالات بر مبنای طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۵ نمره) می‌باشد. سؤالات ۱۹، ۱۸، ۱۰، ۵ و ۴ به صورت معکوس محاسبه و نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره اکتسابی در این پرسش‌نامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ خواهد بود. هر چه نمره بالاتر باشد، نشان‌دهنده مشکل بیشتر در زمینه ناگویی هیجانی است. سازندگان پرسشنامه پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و پایایی بازآزمون آن را با فاصله سه هفته برابر با ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در مطالعه Shahi و همکاران در ایران، پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ [۲۲]، و در مطالعه حاضر برابر با ۰/۷۴ محاسبه شد. تحلیل داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. روش آماری مورد استفاده، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال از آزمون Shapiro-Wilk، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene، برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون Box's M، برای پیش‌فرض کرویت از آزمون Muchly استفاده شد. همچنین، برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی Bonferroni و برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی در دو گروه از آزمون مجذور کای استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف‌معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۶۱/۸۳±۱۸/۱ و در گروه کنترل ۱/۷۶ ± ۱۸/۴۰ سال بوده است. همچنین، نتایج آزمون مجذور کای در خصوص سایر مشخصات دموگرافیک نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p>۰/۰۵). در جدول ۳، میانگین و انحراف‌معیار نمرات رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی ارائه شده است.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان چاقی شهر تهران در سال ۱۴۰۴

متغیر جمعیت‌شناختی		گروه آزمایش	گروه کنترل	P
		درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	
سطوح تحصیلی	متوسطه اول	۲۹ (۵)	۲۳ (۴)	۰/۲۱۶
	متوسطه دوم	۷۱ (۱۲)	۷۷ (۱۳)	
ترتیب تولد	فرزند اول/تک فرزند	۲۳ (۴)	۲۹ (۵)	۰/۱۳۱
	دوم/وسط	۴۱ (۷)	۴۸ (۸)	
	سوم/آخر	۳۶ (۶)	۲۳ (۴)	

نوع آزمون: مجذور کای، *p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

در جدول ۳، میانگین و انحراف‌معیار نمرات رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری و در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان چاقی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ (تعداد در هر گروه = ۱۷)

متغیر پژوهش	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		انحراف‌معیار ± میانگین	انحراف‌معیار ± میانگین	انحراف‌معیار ± میانگین
دشواری در شناسایی احساس	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۰/۵۸ ± ۳/۱۲	۱۸/۱۱ ± ۱/۴۹	۱۸/۱۷ ± ۱/۵۵
	کنترل	۲۱/۹۴ ± ۴/۰۶	۲۱/۷۶ ± ۳/۷۸	۲۱/۸۲ ± ۳/۷۲
دشواری در توصیف احساس	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۸/۱۷ ± ۱/۵۹	۱۶/۱۷ ± ۱/۳۳	۱۶/۰۵ ± ۱/۰۲
	کنترل	۱۸/۲۳ ± ۱/۳۹	۱۸/۵۸ ± ۱/۳۲	۱۸/۴۷ ± ۱/۲۸
تفکر عینی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۹/۶۴ ± ۲/۱۱	۱۶/۸۲ ± ۱/۷۷	۱۶/۶۴ ± ۱/۴۹
	کنترل	۱۹/۱۷ ± ۲/۵۰	۱۹/۷۰ ± ۲/۴۱	۱۹/۵۲ ± ۲/۶۰
ناگویی هیجانی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۵۸/۳۹ ± ۶/۸۲	۵۱/۱۰ ± ۴/۵۹	۵۰/۸۶ ± ۴/۰۶
	کنترل	۵۹/۳۴ ± ۷/۹۵	۶۰/۰۴ ± ۷/۵۱	۵۹/۸۱ ± ۷/۶۰
رفتار خوردن هیجانی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳۴/۵۲ ± ۳/۷۲	۳۰/۲۹ ± ۵/۱۲	۲۹/۸۲ ± ۴/۶۳
	کنترل	۳/۹۹ ± ۳/۹۹	۳۵/۰۰ ± ۳/۸۷	۳۴/۹۴ ± ۳/۷۹

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون Shapiro-Wilk استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون Levene نشان داد میزان آن در هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار نشده است. لذا می‌توان اطمینان داشت پراکندگی نمرات در گروه‌های مورد مطالعه مشابه است ($p>۰/۰۵$). بررسی نتایج آزمون ام باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است (Box's M=۲/۶۱۱، F=۰/۸۱۱، p=۰/۴۸۷).

بررسی نتایج آزمون Muchly برقراری شرط کرویت را رد کرد ($p<۰/۰۰۱$). با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون Greenhouse-Geisser برای انجام آزمون عامل نمره ناگویی هیجانی و خوردن در سه بار اندازه‌گیری و برای آثار درون آزمودنی‌ها استفاده شد.

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر شامل اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی‌داری بودند (F=۱۰۲/۷۸۲، $p<۰/۰۰۱$ و η^2=۰/۸۷۶=مقدار لامبدای ویلکز، ۰/۱۲۴). بنابراین، دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته و مورد پژوهش در مرحله پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند. ضریب تأثیر حدود ۸۷/۶٪ بود؛ این بدان معنا است که ۸۷/۶٪ از تغییرات مربوط به نمرات پس‌آزمون متغیرهای رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی در افراد مورد پژوهش مربوط به تأثیر شرکت در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. توان آماری ۱/۰۰۰ نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و توان بالای آزمون است (جدول ۴).

جدول ۴- خلاصه نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر جهت اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان چاقی شهر تهران در سال ۱۴۰۴

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	P	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۷۶	۱۰۲/۷۸۲	*< ۰/۰۰۱	۰/۸۷۶	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۲۴	۱۰۲/۷۸۲	*< ۰/۰۰۱	۰/۸۷۶	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۷/۰۸۸	۱۰۲/۷۸۲	*< ۰/۰۰۱	۰/۸۷۶	۱/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۰۸۸	۱۰۲/۷۸۲	*< ۰/۰۰۱	۰/۸۷۶	۱/۰۰۰

*p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

با توجه به نتایج جدول ۵، چون سطح معنی‌داری مربوط به مرحله کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان پذیرفت که بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی و ابعاد آن و بین میانگین نمره رفتار خوردن هیجانی در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین، با توجه به معنی‌داری اثر متقابل مرحله×گروه و معنی‌داری اثر گروه، نتیجه گرفته می‌شود که میزان تغییرات میانگین نمرات ناگویی هیجانی و رفتار خوردن هیجانی در طی مراحل مختلف سنجش در دو گروه یکسان نبوده و در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بهبود یافته است. با توجه به مقدار مجذور اتا، ۶۷/۵٪ از تغییرات نمره ناگویی هیجانی و حدود ۲۲٪ از تغییرات نمره دشواری در شناسایی احساسات، ۴۷٪ از تغییرات در نمره دشواری در توصیف احساسات، ۵۴٪ از تغییرات نمره تفکر عینی و ۴۳/۱٪ از تغییرات نمره رفتار خوردن هیجانی در طی مراحل ناشی از شرکت در جلسات برنامه درمانی بوده است. در ادامه برای مقایسه مراحل سنجش از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۵- نتایج درون‌آزمودنی-بین‌آزمودنی آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای وابسته در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان چاقی شهر تهران در سال ۱۴۰۴

متغیر پژوهش	اثرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	df	آماره F	*P	اندازه اثر
دشواری در شناسایی احساس	گروه	۲۱۱/۸۵۳	۲۱۱/۸۵۳	۱	۸/۰۲۰	*<۰/۰۰۱	۰/۱۹۹
	زمان	۳۸/۰۲۰	۳۵/۸۹۶	۱/۰۵۹	۱۱/۹۸۸	*<۰/۰۰۱	۰/۲۷۳
	گروه×زمان	۲۹/۸۲۴	۲۸/۱۵۸	۱/۰۵۹	۹/۴۰۳	*<۰/۰۰۱	۰/۲۲۷
دشواری در توصیف احساس	گروه	۶۷/۵۳۹	۶۷/۵۳۹	۱	۱۵/۷۵۱	*<۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
	زمان	۱۷/۸۸۲	۱۳/۷۰۹	۱/۳۰۴	۱۶/۷۹۲	*<۰/۰۰۱	۰/۳۴۴
	گروه×زمان	۳۱/۳۷۳	۲۴/۰۵۱	۱/۳۰۴	۲۹/۴۵۹	*<۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
تفکر عینی	گروه	۷۹/۴۱۲	۷۹/۴۱۲	۱	۶/۲۳۹	*<۰/۰۰۱	۰/۱۶۳
	زمان	۳۵/۱۱۸	۲۹/۷۱۲	۱/۱۸۲	۲۱/۱۳۳	*<۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
	گروه×زمان	۶۳/۷۰۶	۵۳/۹۰۰	۱/۱۸۲	۳۸/۳۳۶	*<۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
ناگویی هیجانی	گروه	۱۰۰۳/۹۲۲	۱۰۰۳/۹۲۲	۱	۴۱/۸۰۹	*<۰/۰۰۱	۰/۵۶۶
	زمان	۲۶۴/۷۸۴	۲۳۵/۱۷۵	۱/۱۲۶	۴۸/۵۴۳	*<۰/۰۰۱	۰/۶۰۳
	گروه×زمان	۳۶۲/۶۶۷	۳۲۲/۱۱۱	۱/۱۲۶	۶۶/۴۸۸	*<۰/۰۰۱	۰/۶۷۵
رفتار خوردن هیجانی	گروه	۲۸۶/۶۷۶	۲۸۶/۶۷۶	۱	۵/۹۱۹	*<۰/۰۰۱	۰/۱۵۶
	زمان	۱۰۴/۲۵۵	۹۶/۷۴۳	۱/۰۷۸	۲۰/۲۸۹	*<۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
	گروه×زمان	۱۲۴/۶۴۷	۱۱۵/۶۶۶	۱/۰۷۸	۲۴/۲۵۸	*<۰/۰۰۱	۰/۴۳۱

*نتایج براساس اصلاح **Greenhouse-Geisser** ارائه شده است؛ *p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

با توجه به نتایج جدول ۶، بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساس، دشواری در توصیف احساس، تفکر عینی و رفتار خوردن هیجانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین، در پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ولی بین میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار نبود.

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه مراحل سنجش متغیرهای پژوهش در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان چاقی شهر تهران در سال ۱۴۰۴

متغیر وابسته			تفاوت میانگین	خطای معیار	P*
دشواری در شناسایی احساس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۲۴	۰/۳۶۷	*<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۲۶۵	۰/۳۷۴	*<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۵۹	۰/۰۷۴	۰/۲۴۵
دشواری در توصیف احساس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۸۲۴	۰/۲۱۴	*<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۹۴۱	۰/۱۹۸	*<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۱۸	۰/۰۹۴	۰/۶۵۳
تفکر عینی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۱۴۷	۰/۲۶۲	*<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۳۲۴	۰/۲۶۴	*<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۷۶	۰/۰۹۱	۰/۱۸۱
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۲۹۴	۰/۴۶۳	*<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۵۲۹	۰/۴۹۷	*<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۳۵	۰/۱۴۳	۰/۳۲۶
رفتار خوردن هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۰۰۰	۰/۴۸۳	*<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۲۶۵	۰/۴۵۶	*<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۶۶	۰/۱۱۰	۰/۰۶۶

*p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی انجام شد. نتایج نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ناگویی هیجانی در نوجوانان دارای علائم پرخوری عصبی شرکت‌کننده در جلسات درمانی اثربخشی داشته است. یافته‌ای که ناهمسو با نتیجه حاضر باشد، یافت نشد. یافته پژوهش Sonmez و همکاران که نشان دادند مهارت ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به دیابت بر کاهش ناگویی هیجانی و شاخص‌های کنترل قند سودمند می‌باشد [۲۳]، همسو با نتیجه پژوهش حاضر است. یافته پژوهش Quinto و همکاران مبنی بر کاهش ناگویی هیجانی و آشفتگی روانی با دریافت آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی [۲۴]، و Shariati و همکاران مبنی بر کاهش ناگویی هیجانی و تمایزیافتگی خود زنان دچار اضافه وزن با دریافت ۸ جلسه آموزش ذهن‌آگاهی گروهی [۲۵] در راستای یافته حاضر بودند.

در این راستا به زعم محققان پژوهش حاضر می‌توان گفت، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب تغییر آگاهی فرد از افکار، احساس و حس‌های بدنی خود گشته و دیدگاه جدیدی را در فرد ایجاد می‌کند که به شکلی متفاوت با آن‌ها برخورد کند؛ نظیر دیدن افکار و احساسات به عنوان رویدادهای گذرا در ذهن به جای پذیرفتن آن‌ها به صورت واقعیت. این رویکرد همچنین، مهارت‌هایی را در فرد ایجاد می‌کند که بتولند به واسطه آن‌ها از الگوهای شناختی-هیجانی ناکارآمد که موجب اختلال در فعالیت‌ها می‌شوند، خود را جدا سازند. در واقع، ذهن‌آگاهی راهبردهای شناختی-رفتاری خاصی را به افراد می‌آموزد تا به امور مثبت تمرکز نموده و از این طریق به کاهش عواطف و افکار منفی، و کاهش تمایل به پاسخ‌های نگران‌کننده انجامیده و از سوی دیگر، سبب زایش دیدگاه جدید و افکار و هیجانات خوشایند می‌گردد. با این اوصاف می‌توان اذعان داشت که این شکل از مداخله به مراجعان کمک می‌کند تا با تغییر دیدگاه نسبت به ارزیابی، تفسیر و معنادهی به رویدادها، خطاهای شناختی از نوع فاجعه‌انگاری و تعمیم بیش از حد را که در ادراک استرس و ناگویی هیجانی نقش دارند، کاهش داده و با افزایش توانایی مقابله‌ای سازگار با علائم و نشانه‌های پرخوری، رویدادهای تنش‌زا را به گونه‌ای بهتر مدیریت کرده و به دنبال آن ناگویی هیجانی کمتری را تجربه کنند.

در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، توجه عنصری مهم است که می‌تواند در بهبود ناگویی هیجانی مؤثر باشد. در این شکل از درمان افراد ترغیب می‌شوند به تجربیات درونی‌شان در هر لحظه، احساسات بدنی، افکار و احساسات توجه کنند و همچنین، به جوانب محیطی نظیر مناظر و صداها توجه کرده و بدون قضاوت خود و هیجانات‌شان را بپذیرند، که همین مسئله در بهبود ناگویی هیجانی سودمند است. افرادی که از ذهن‌آگاهی بالایی برخوردارند، دانش و بینش مناسبی در مورد فرایندهای شناختی و توانمندی‌های‌شان دارند. به همین خاطر راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران، هیجانات و موقعیت در زمان کنونی می‌گردد و ممکن است در کاهش ناگویی هیجانی سودمندی داشته باشد [۲۶].

ذهن‌آگاهی به فردی‌که دارای ناگویی هیجانی هست، کمک می‌کند تا علاوه بر تغییر طرحواره‌های ذهنی، با انجام تمرینات جسمی و تکنیک‌های مختلف نیز حالات ذهنی خود را تغییر داده و به ویژگی‌های بدنی توجه نماید. عملیاتی‌تر بودن این رویکرد درمانی می‌تواند تأثیرگذاری آن را در تغییر و تعدیل ناگویی هیجانی توجیه کند. به بیان دیگر، در تمرینات شناخت‌درمانی به شیوه ذهن‌آگاهی افراد به این نتیجه می‌رسند که وجود افکار و احساسات و هیجانات و واکنش‌های غیرارادی در بدن را نمی‌توان انکار کرد. یک فرد ذهن‌آگاه هم آن‌ها را انکار نمی‌کند، بلکه برعکس، با دلی باز و قلبی مطمئن به همه افکار و احساسات و واکنش‌های خود اجازه خودنمایی و عرض اندام می‌دهد [۲۷].

دیگر برآیند پژوهش حاضر نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش رفتار خوردن هیجانی در دختران نوجوان دارای علائم پرخوری عصبی شرکت‌کننده در جلسات درمانی اثربخشی داشته است. یافته‌های پیشین مانند مطالعه Minari و همکاران مبنی بر تمرینات ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم پرخوری و رفتارهای تغذیه‌ای افراد چاق [۶]، Aoun و همکاران مبنی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خوردن هیجانی و کارآمدی خود در افراد چاق [۷]، Bacalhau و همکاران مبنی بر تعدیل تصویر بدنی ادراک شده و رفتار خوردن هیجانی در نوجوانان شرکت‌کننده در آموزش ذهن‌آگاهی [۱۳]، و Sala و همکاران مبنی بر اثربخشی ترکیب درمان شناختی-رفتاری با آموزش ذهن‌آگاهی به شیوه آنلاین بر علائم پرخوری عصبی [۱۴] در راستا با نتیجه حاضر بودند.

در تبیین نتیجه فوق همسو با یافته Kao و همکاران که طی یک بررسی سیستماتیک و متاآنالیز نشان دادند مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش رفتارهای خوردن آشفته در افراد چاق سودمند است [۲۸]، می‌توان گفت ارائه تکنیک‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث ایجاد تغییراتی در الگوی فکری و نگرشی مراجعان در مورد وضعیت و تناسب اندام و اضافه وزن و خوردن شده است. در این زمینه Segal و همکاران [۱۸] نیز معتقدند که آموزش ذهن‌آگاهی باعث عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و کاهش نشخوار فکری می‌گردد. بنابراین، تمرینات شناخت درمانی به شیوه ذهن‌آگاهی موجب آگاهی نوجوانان از افکار مرتبط با تناسب بدنی خود شده و از طریق جلب مجدد توجه آن‌ها به افکار مبتنی بر سایر جنبه‌های زمان حال نظیر تنفس، راه رفتن همراه ذهن‌آگاهی یا صداهای محیطی باعث حذف رفتار خوردن برای تنظیم هیجانات منفی و خلق منفی گردید. این بینش فراشناختی بدست آمده موجب آگاهی از کلیه رویدادهای هیجانی و شناختی آن‌گونه که رخ می‌دهند، گردید و در نتیجه خوردن هیجانی را کاهش داد.

به زعم محققان طی این برنامه مداخلاتی نوجوانان دختر آموختند شناخت‌ها، هیجانات و کنش‌هایی که غالباً موجب برانگیختگی هیجانات منفی‌شان می‌شوند، را مورد توجه دقیق و پذیرش قرار دهند و از طریق اکتساب توانایی مشاهده بدون قضاوت، و آرام‌سازی، هیجانات منفی خود را کاهش دهند. در این راستا، Bacalhau و همکاران [۱۳] توصیه می‌کنند که مشاهده بدون قضاوت افکار مرتبط با

هیجانات منفی ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که این‌ها «فقط افکار هستند» و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. به نظر Segal و همکاران [۱۸] شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق افزایش پذیرش بدون داوری شرایط ناخوشایند موجب کاهش خوردن هیجانی در افراد مبتلا به مشکلات خوردن می‌گردد. همچنین، تغییرات شناختی ناشی از چالش با افکار و اصلاح تحریفات شناختی، در کنار کاهش مشکلات بی‌ثباتی هیجانی در دریافت‌کنندگان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به کاهش رفتار خوردن هیجانی می‌انجامد.

هر مطالعه‌ای با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و این مطالعه نیز از این امر مستثنی نیست. با توجه به این‌که آزمودنی‌های مطالعه حاضر دختران نوجوان مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان چاقی و رژیم غذایی شهر تهران بودند، باید در تعمیم یافته‌ها به سایر نوجوانان و مراجعین به کلینیک‌های درمان چاقی و رژیم غذایی جوانب احتیاط رعایت گردد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس، استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی و تک بعدی بودن ارزیابی متغیرهای پژوهش (ارزیابی متغیرهای وابسته صرفاً با پرسش نامه خودگزارش‌دهی) بود. پیشنهاد می‌شود که محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این مطالعه را در بین دیگر افراد جامعه اعم از افراد بزرگسال مورد بررسی قرار دهند و برای گردآوری اطلاعات در کنار پرسشنامه، از مصاحبه بالینی نیز استفاده نمایند. در این مطالعه دوره پیگیری کوتاه‌مدت (سه ماهه) لحاظ شد، پیشنهاد می‌شود به منظور نتیجه‌گیری هرچه دقیق‌تر در خصوص نتایج از دوره پیگیری طولانی‌مدت‌تر (شش ماهه) استفاده شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر معنی‌داری بر کاهش رفتار خوردن هیجانی و ناگویی هیجانی در نوجولنان دختر دارای علائم پرخوری عصبی داشته است. این یافته‌ها نشان‌دهنده پتانسیل درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یک مداخله مؤثر برای این گروه از نوجوانان است. اجرای این رویکرد درمانی می‌تواند به بهبود سلامت روان و تنظیم هیجانی آن‌ها کمک کند.

تعارض منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی نداشته است.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی است. نویسنده نخست این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور نقش داشتند.

تقدیر وتشکر

از تمامی شرکت‌کنندگان جهت مشارکت در پژوهش و از مسئولان و کادر درمانی کلینیک‌های درمان چاقی و رژیم غذایی شهر تهران جهت پشتیبانی و همکاری در اجرای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Dang A, Granero R, Sanchez I, Solé LG, Toro JJ, Rosinska M, et al. Unveiling severity indicators for anorexia and bulimia nervosa treatment success: DSM–5 versus ICD–11 versus drive for thinness. Eur Eat Disord Rev. 2025; 33(3): 460-471.
2. Meier K, van Hoeken D, Kager CC, van Eeden AE, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Impact of the COVID-19 pandemic on the incidence of anorexia and bulimia nervosa in dutch primary care. Int J Eat Disord. 2025; 58(6): 1155-1164.
3. Barber KE, Ralph-Nearman C, Hooper MA, Glatt S, Han Y, Levinson CA. Dimensions of perfectionism in subtypes of anorexia nervosa, atypical anorexia nervosa, and bulimia nervosa. Eat Behav. 2025; 5: 101986.
4. Ge Y, Zhang S, Li Z, Guo H, Li X, Li Z, et al. Global, regional and national level burden of bulimia nervosa from 1990 to 2021 and their projections to 2030: Analysis of the global burden of disease study. J Eat Disord. 2025; 13(1): 110-122.
5. Cooney LG, Gyorfi K, Sanneh A, Bui LM, Mousa A, Tay CT, et al. Increased prevalence of binge eating disorder and bulimia nervosa in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2024; 109(12): 3293-3305.
6. Minari TP, Araújo-Filho GM, Tácito LH, Yugar LB, Rubio TD, Pires AC, et al. Effects of mindful eating in patients with obesity and binge eating disorder. Nutrients. 2024; 16(6): 884-904.
7. Aoun A, Ghoussoub C, Farsoun C, Al Mallah A, Ayoub F, Trezia N, et al. Examining the efficacy of mindfulness-based interventions in treating obesity, obesity-related eating disorders, and diabetes mellitus. J Am Nutr Assoc. 2025; 44(4): 292-305.
8. Rossi AA, Tagliagambe A, Scuderi A, Dalla Ragione L, Mannarini S. Uncontrolled eating through the lens of mentalization and emotional eating: The moderating role of food addiction. Nutrients. 2025; 17(20): 3233-3257.
9. Fatima E, Muneer A, Naeem F. Exploring the interplay between emotional eating, eating behavior traits, and disordered eating behavior in adults: A cross-sectional study. Nature-Nurture Journal of Psychology. 2024; 4(1): 2024:47-55.
10. López-Montón M, Aonso-Diego G, Estévez A. Body dissatisfaction in older adults: The role of social media, emotion regulation, social support, emotional distress, and coping strategies. Personality and Individual Differences. 2025; 245: 113282.
11. Fazia G, Carbone EA, Rania M, Quirino D, Aloi M, De Filippis R, et al. Pain experience in eating disorders: The mediating role of depression, alexithymia and interoceptive awareness. Eur Eat Disord Rev. 2024; 32(1): 148-60.
12. Zompa L, Cassioli E, Rossi E, Cordasco VZ, Caiati L, Lucarelli S, et al. Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: Emotion dysregulation and alexithymia as mediators of symptom improvement. Nutrients. 2025; 17(12): 2003-2015.
13. Bacalhau SP, Orange LG, Correia Junior MA, Nunes JV, Almeida CL, Coriolano-Marinus MW. Mindfulness-based interventions and their relationships with body image and eating behavior in adolescents: A scoping review. J Eat Disord. 2025; 13(1): 77-86.
14. Sala M, Roos CR, Kober H, Bricker JB, Stern CM, Plutchik J, et al. Combining cognitive-behaviour therapy with mindfulness training in a digital intervention for binge eating disorder: A single-session pilot trial. Eur Eat Disord Rev. 2025; 33(5): 1051-1061.
15. Nemati Vanashi R, Rahmanian M, Kordmirza Nikoozadeh E, Rafiepoor A, Abdollahzadeh H. The effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on improving emotional eating and body image in overweight women with body dysmorphic symptoms. Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology. 2025; 2(4): 1-16. [Persian]
16. Shireen H, Milad J, Dor-Ziderman Y, Knäuper B. A body scan meditation reduces negative affect and food cravings in emotional eaters: A randomized controlled study of the effects, mediators, and moderators. Mindfulness. 2024; 15(1): 189-202.
17. Rahimi Sadegh M, Ghanbari Hashem Abadi BA, Agha-Mohammadian Sharbaf HR. The effectiveness of schema therapy based on mindfulness on quality of life, anger and rumination of students. Rooyesh-e Racanshenasi Journaal (RRJ). 2025; 14(5): 11-22. [Persian]
18. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD, Kabat-Zinn J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd Edition. New York City: The Guilford Press. 2012.
19. van Strien T, Frijter JER, Bergers GPA, Defares PB. The dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external behavior. Int J Eat Disord. 1986; 5(2): 295-315.

20. Hodaei-Nia SZ, Paymani J, Rafezi Z, Mohammadi Shirmahaleh F, Peyvandi P. Explanation of the eating behavior based on the behavioral-brain systems; The Mediating role of emotion regulation. Journal of Applied Family Therapy .2022; 3(1): 523-541. [Persian]
21. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994; 38(1): 23-32.
22. Shahi R, ZadeMohamadi K. Investigating the effect of effective emotion regulation strategies on alexithymia with the mediation of self-compassion. Applied Psychology. 2024; 18(1): 180-206. [Persian]
23. Sonmez D, Demirbas S, Hocaoglu C. The mediating role of mindfulness in the relationship between alexithymia and glycemic control in patients diagnosed with type-2 diabetes mellitus. Dusunen Adam. 2025; 38(3): 169-79.
24. Quinto RM, Russo F, Scafuto F, Innamorati M, Montecucco FN, Ghiroldi S. Effects of a body-based mindfulness program on alexithymia, dispositional mindfulness, and distress symptoms: A pilot clinical trial. Behav Sci. 2025; 15(1): 55-70.
25. Shariati S, Abbasi GH, Mirzaian B. The effectiveness of eating-based mindfulness training on alexythymia and self-differentiation of overweight women. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies. 2023; 4(7): 70-83. [Persian]
26. Mahdilou S, Alizadeh Z, Sadgnezhadei D, Smkhani Akbarinejhad H. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on emotional regulation and quality of life of obese women. Clin Exc. 2024; 14(3): 94-100. [Persian]
27. Aghaei M, Ebrahimi A, Ansari-Shahidi M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive fusion and alexithymia in students with signs of psychosomatic disorders. Psychological Achievements. 2024; 31(1): 121-146. [Persian]
28. Kao TS, Ling J, Alanazi M, Atwa A, Liu S. Effects of mindfulness-based interventions on obesogenic eating behaviors: A systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2025; 26(3): 13860-13871.

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Eating Behavior and Alexithymia in Adolescent Girls with Symptoms of Bulimia Nervosa: A Quasi-Experimental Study

Goli SH[1], Shokrgozar A[2]*, MahmodiNia S[3]

1-M. A Student, Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
2-Assistant Professor, Dept. of Health and Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran
(Corresponding Author) E-mail: dralirezashokrgozar@iau.ac.ir, Tel: 09122645119
3- Assistant Professor, Dept. of Health and Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

Received: 1 May 2026 Accepted: 11 August 2026

Introduction: Bulimia nervosa is one of the eating disorders that has numerous physical and psychological consequences. Given the costs involved, it is necessary to review the research background to achieve the most beneficial treatment options. This study aimed to determine the effectiveness of MBCT on emotional behavior and alexithymia in adolescent girls with symptoms of bulimia nervosa.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, and three-month follow-up. The statistical population consisted of all 69 adolescent girls with bulimia nervosa who visited diet clinics in Tehran in the year 2025. We selected 34 participants through convenience sampling and randomly divided them into two equal groups, experimental and control (17 subjects in each group). Data were collected, using the Dutch Eating Behavior Questionnaire, and the Toronto Alexithymia Questionnaire. In the experimental group, the treatment program was done over 9 sessions (1 one-hour session per week). Data were analyzed using two-way repeated measures analysis of variance (ANOVA).

Results: MBCT was effective in reducing alexithymia (η^2=0.67 & F=66.48), and the components of emotion identification (η^2=0.22 & F=9.40), describing emotions (η^2=0.47 & F=29.45) and objective thinking (η^2=0.54 & F=38.33) in the experimental group in the post-test phase, unlike the control group ($p<0.05$). Also, emotional eating behavior (η^2=0.43 & F=24.25) decreased in the experimental group in the post-test compared to the control group ($p<0.05$); this improvement was sustained in the follow-up phase ($p<0.05$).

Conclusion: MBCT can be used to design preventive and therapeutic interventions in educational and clinical settings, considering the role of emotions in shaping eating behavior.

Keywords: Cognitive therapy based on mindfulness, Emotional eating behavior, Alexithymia, Bulimia nervosa

Please cite this article as follows:

Goli SH, Shokrgozar A, MahmodiNia S.The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Eating Behavior and Alexithymia in Adolescent Girls with Symptoms of Bulimia Nervosa: A Quasi-Experimental Study.Community Health Journal 2026;20 (2):15-27.

Funding: This study was funded by Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran.
Conflict of interest: None declared.
Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Karaj Branch, approved the study (IR.IAU.K.REC.1404.056).