



Comparison of abuse experiences and mindful eating in women with high body mass index with and without binge eating disorder and normal-weight women

Arefeh Hamideh Moghadam¹, Abbas Abolghasemi^{2*}, Seyyed Mousa Kafie Masouleh³, Marjan Mahdavi-Roshan^{4, 5}

1. Master student, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
2. (Corresponding Author): Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
4. Cardiovascular Diseases Research Center, Department of Cardiology, Heshmat Hospital, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
5. Department of Clinical Nutrition, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Citation: Hamideh Moghadam A, Abolghasemi A, Kafie Masouleh S. M, Mahdavi-Roshan M. Comparison of abuse experiences and mindful eating in women with high body mass index with and without binge eating disorder and normal-weight women. *Journal of Research in Psychological Health*. 2021; 15 (1), 20-33.

Key words

Abuse, Mindful eating, Binge eating disorder, Body mass index

Highlights

- The abuse experiences in overweight and obese women with binge eating disorder are more than overweight and obese women without binge eating disorder and in both groups are more than normal-weight women.
- The mindful eating in women with high body mass index with binge eating disorder is lower than overweight and obese women without binge eating disorder and in both groups is lower than normal-weight women.

Abstract

This study investigated the comparison of abuse experiences and mindful eating in women with high body mass index with and without binge eating disorder and women with normal weight. This study was descriptive with comparative design. The study population consisted of women referring to two nutrition counseling centers in Rasht in 1400. The sample consisted of 179 women who were selected by purposive sampling method. Data were collected using Stice's Eating Disorder Diagnostic Scale (2000), Bernstein's Childhood Trauma Questionnaire (2003), and Framson's Mindful Eating Questionnaire (2009). Results of univariate and multivariate analysis of covariance showed that the abuse experiences in overweight and obese women with binge eating disorder were higher than overweight and obese women without the disorder and in both groups were more than normal weight women. Women in the binge eating group had lower scores in mindful eating than women without the disorder, and both groups had lower scores than normal-weight women, even when controlling for age. According to the findings, abuse experiences and mindful eating have important role in the pathology of obesity, overweight and binge eating disorder. Designing educational/therapeutic programs aimed at reducing the psychological consequences of abuse and teaching mindful eating techniques can be helpful.

مقایسه تجربیات آزاردیدگی و خوردن ذهن آگاهانه در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا با و بدون اختلال پرخوری و زنان دارای وزن بهنجار

عارفه حمیده مقدم^۱، عباس ابوالقاسمی^{۲*}، سید موسی کافی ماسوله^۳، مرجان مهدوی روشن^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. (نویسنده مسئول)، استاد، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. استاد، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۴. دانشیار علوم تغذیه، گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات بیماری های قلب و عروق، بیمارستان حشمت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی گیلان، رشت، ایران

۵. گروه تغذیه بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

یافته های اصلی

- تجربه آزاردیدگی در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا با اختلال پرخوری بیش از زنان دچار چاقی و اضافه وزن بدون اختلال پرخوری و در هر دو گروه بیشتر از زنان دارای وزن بهنجار است.
- خوردن ذهن آگاهانه در بین زنان دارای شاخص توده بدنی بالا با اختلال پرخوری، کمتر از زنان دچار چاقی و اضافه وزن بدون اختلال پرخوری و در هر دو کمتر از زنان دارای وزن بهنجار است.

تاریخ دریافت

۱۴۰۰/۵/۲۴

تاریخ پذیرش

۱۴۰۰/۱۰/۷

واژگان کلیدی

آزاردیدگی،
خوردن ذهن آگاهانه،
اختلال پرخوری،
شاخص توده بدنی

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه تجربیات آزاردیدگی و خوردن ذهن آگاهانه در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا با و بدون اختلال پرخوری و زنان دارای وزن بهنجار بود. این پژوهش توصیفی، با طرح علی مقایسه ای انجام گرفت. جامعه پژوهش را زنان مراجع دو مرکز مشاوره تغذیه شهرستان رشت در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۱۷۹ آزمودنی (۵۰ زن دارای شاخص توده بدنی بالا با اختلال پرخوری، ۶۹ زن دارای شاخص توده بدنی بالا بدون اختلال پرخوری و ۶۰ زن دارای وزن طبیعی) مراجعه کننده به این دو مرکز بودند که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن استیک و همکاران (۲۰۰۰)، پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) و پرسشنامه خوردن ذهن آگاهانه فرامسون و همکاران (۲۰۰۹) استفاده شد. داده ها با تحلیل کوواریانس یک و چندمتغیری به منظور کنترل سن تحلیل شدند. نتایج نشان داد که تجربیات آزاردیدگی در زنان چاق و دارای اضافه وزن با اختلال پرخوری بیش از زنان بدون اختلال و در هر دو گروه بیشتر از زنان دارای وزن بهنجار است. زنان گروه دارای اختلال پرخوری نمرات خوردن ذهن آگاهانه کمتری نسبت به زنان بدون اختلال و هر دو گروه نمره پایین تری از زنان دارای وزن طبیعی داشتند. با توجه به یافته ها، تجربیات آزاردیدگی و خوردن ذهن آگاهانه نقش مهمی در آسیب شناسی چاقی، اضافه وزن و اختلال پرخوری دارند. بنابراین، طراحی برنامه های آموزشی/ درمانی با هدف کاهش پیامدهای روانشناختی آزاردیدگی و آموزش تکنیک های خوردن ذهن آگاهانه، می تواند راهگشا باشد.

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

شاخص توده بدنی^۱ (BMI) که از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر به دست می‌آید، یک نشانگر هشدار برای سنجش خطر بیماری‌های مرتبط با وزن بالا است (BMI مساوی و بزرگ‌تر از ۲۵ و ۳۰ به ترتیب، اضافه‌وزن و چاقی را نشان می‌دهد) و افزایش آن، مشکلات مرتبط با چاقی و اضافه‌وزن مانند مرگ زودهنگام، فشارخون بالا، دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و انواعی از سرطان را به دنبال دارد (۱). شیوع چاقی در جهان رو به افزایش است. جدیدترین آمارهای جهانی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۱ در جهان، ۲/۱ میلیارد نفر (حدود ۳۰ درصد) و در ایران، ۲۵/۸ درصد از جمعیت درگیر چاقی هستند (۲). پژوهشی در سال ۱۳۹۴، شیوع چاقی در ایران را تقریباً ۲۱/۷ درصد تخمین زده است. رژیم غذایی ناسالم و پرچرب و فعالیت بدنی ناکافی، علل مهمی در ابتلا به چاقی محسوب می‌شوند اما شیوع چاقی دلایل اجتماعی، فیزیولوژیکی و روانشناختی گسترده‌ای دارد که بسیاری از آن‌ها تاکنون شناخته نشده‌اند (۳). چاقی به عنوان یک بیماری مزمن شناخته می‌شود زیرا علاوه بر ایجاد مشکلات مستقیم برای سلامتی، با تغییر سازوکارهای فیزیولوژیکی بدن، مانع کاهش وزن در افراد چاق می‌گردد. این تغییرات، علت عدم کفایت مداخلات رفتاری یا دارویی کوتاه‌مدت برای کاهش وزن در طولانی‌مدت و در نتیجه اهمیت پیشگیری از چاقی را توضیح می‌دهند (۴). زنان بیش از مردان دچار چاقی می‌شوند (۴۱/۱ درصد در برابر ۳۷/۹)، بنابراین بیشتر در معرض بیماری‌های حاصل از آن قرار دارند (۵). اضافه‌وزن و چاقی پیامدهایی از جمله تبعیض، آسیب‌های هیجانی و نارضایتی بدنی را به دنبال دارند. افراد چاق در زمینه شغلی و اجتماعی نیز با مشکلات متعددی مواجهند و چاقی، آن‌ها را از ابراز توانمندی‌های خویش باز می‌دارد (۶).

BMI بالا در بسیاری از موارد با اختلالات خوردن^۲ همراه می‌شود که شایع‌ترین آن‌ها، اختلال پرخوری^۳ است که با

دوره‌های بازگشتی پرخوری برای حداقل دو بار در هفته به مدت ۶ ماه یا بیشتر مشخص می‌گردد. شیوع این اختلال در بزرگسالان، در زنان و مردان به ترتیب ۱/۶ و ۰/۸ درصد است. این اختلال می‌تواند در نوجوانی، اوایل و حتی اواخر بزرگسالی رخ دهد و در بین افراد جویای درمان‌های ضد چاقی، بیش از عموم جامعه مشاهده می‌شود (۷). سازمان بهداشت جهانی شیوع اختلال پرخوری در ۱۴ کشور جهان را ۱/۴ درصد گزارش نموده‌است (۸). عوامل ژنتیکی، روان-شناختی و اجتماعی در شکل‌گیری و بدکارکردی‌های هیجانی، اجتماعی و شناختی در تداوم این اختلال نقش دارند. البته الگوی سبب‌شناختی پیچیده ابتلا به این اختلال هنوز مشخص نیست و ایجاد آن حاصل تعامل عوامل خطر متعدد است (۹)، اما مشخص شده که عوامل خانوادگی، تجربیات کودکی و صفات شخصیتی مانند عزت نفس پایین و کمالگرایی در ابتلا به اختلال پرخوری نقش دارند. افراد مبتلا به اختلال پرخوری عموماً دچار چاقی یا اضافه‌وزن هستند و تجربیات ناموفقی در کاهش وزن دارند. اختلال پرخوری با نقص در عملکرد شغلی و اجتماعی، اعتیاد، نارضایتی بدنی و افسردگی ارتباط دارد (۱۰ و ۱۱). بر اساس مدل تنظیم هیجانی، اختلال پرخوری در پاسخ به هیجان‌های منفی ایجاد می‌شود زیرا فرد به منظور اجتناب از احساسات منفی و یا سرکوبی آن‌ها از مکانیسم‌های مختلفی استفاده می‌کند و در اختلال‌های خوردن، غذا به عنوان مکانیسم کنار آمدن با پریشانی و حواسپرتی نسبت به عامل هیجان منفی عمل می‌کند. هرچند این چرخه غذا خوردن در پاسخ به فشار به صورت مداوم تکرار می‌شود زیرا مصرف غذای زیاد به دلیل ترس از اضافه‌وزن و احساس گناه، به نوبه خود یک استرس‌زای ثانویه برای فرد ایجاد می‌کند. طبق این مدل، رابطه افراد دچار پرخوری با غذا تا حدود زیادی به دلیل توانایی غذا در تسکین فوری احساسات منفی آن‌ها است (۱۲ و ۱۳).

بسیاری از مبتلایان به اختلالات خوردن نوعی تروما را در کودکی تجربه کرده‌اند (۱۴). آزاردیدگی^۴ یکی از تروماهایی

3 Binge Eating Disorder

4 Abuse

1 Body Mass Index

2 Eating Disorders

(۲۶). همچنین پژوهشی نشان داد که خطر چاقی در زنان آزاردیده، ۴۷/۳ درصد بیش از زنان دیگر است (۱۹).

بسیاری از افراد دچار چاقی و اضافه وزن از شیوه تغذیه خود، آگاه نیستند. این آگاهی را می توان از طریق خوردن ذهن آگاهانه به عنوان یک فرآیند پیچیده در ارتباط با آگاه بودن از چگونگی مصرف غذا سنجید. خوردن ذهن آگاهانه، سازه ای جدید برای پژوهشگرانی است که تمایل دارند ذهن آگاهی را منحصرأ در حیطه خوردن بسنجند (۲۷). خوردن ذهن آگاهانه ارتباطی قوی با تجربیات هیجانی فرد دارد (۲۸) و به عنوان آگاهی بدون قضاوت از حالت های هیجانی و فیزیکی مرتبط با خوردن توصیف می شود (۲۹)، می تواند به عنوان سازوکاری برای جلوگیری از پرخوری عمل نماید (۳۰)، عادات، مدت، اندازه و سبک خوردن را متعادل نماید و در کل، فرد را به مدیریت بالایی در زمینه های مرتبط با سبک تغذیه برساند. ممکن است این موضوع از چاقی و اضافه وزن در افراد دارای سطوح بالاتر خوردن ذهن آگاهانه جلوگیری نماید (۳۱). خوردن ذهن آگاهانه با افزایش آگاهی از رفتارهای خوردن، اثر محرک هایی مانند افکار و هیجان های پریشان کننده را بر تغذیه کاهش می دهد و مانع از این می شود که فرد برای تحمل پریشانی، به صورت هیجانی، پرخوری نماید (۳۲).

دامنه تحقیقات در رابطه با خوردن ذهن آگاهانه در جهان محدود است و در ایران نیز تحقیقات معدودی در این باره انجام شده و تاکنون پژوهشی به مقایسه این سازه در میان گروه های مورد بررسی این پژوهش نپرداخته است، اما پژوهشی با هدف مقایسه خوردن ذهن آگاهانه در سطوح متفاوت BMI نشان داد که دانشجویان با BMI طبیعی، خوردن ذهن آگاهانه تری نسبت به دانشجویان با BMI بالا داشتند (۳۳). بر اساس پژوهش های پیشین، نمرات خوردن ذهن آگاهانه با نمرات پرخوری ارتباط منفی دارند (۳۴) و افرادی با آگاهی کمتر نسبت به عادات های خوردن خود، شاخص توده بدنی و پرخوری بیشتری دارند (۲۸). همچنین محققین، وجود رابطه منفی بین خوردن ذهن آگاهانه با BMI و نمرات بالاتر خوردن ذهن آگاهانه در دانشجویان دارای BMI طبیعی را تأیید نمود (۳۰).

است که می تواند با چاقی و اختلالات خوردن در ارتباط باشد (۱۵). دسته ای از رفتارهای مراقبان که آثار زیان باری بر تحول دارد، آزارگری و کودکی که با او چنین رفتارهایی شده، آزاردیده نامیده می شوند (۱۶). آزاردیدی می تواند منجر به مشکلات هیجانی، رفتاری، تحصیلی، اختلالات شخصیت، استرس پس از سانحه، اضطراب، افسردگی و مشکلات جنسی شود که عموماً تا بزرگسالی تداوم می یابند (۱۷). زنان، پاسخ های روان شناختی شدیدتری به این تجربیات می دهند اما مردان دچار مشکلات جنسی بیشتری می شوند (۱۸). پاسخ به آزاردیدی متفاوت است، بنابراین روابط فعلی، روابط علی مشخصی نیستند اما افراد دچار چاقی عموماً تجربیات آزاردیدی بیشتری نسبت به افراد با وزن طبیعی نشان می دهند (۱۹ و ۲۰). برخی محققان، آزاردیدی هیجانی را در اختلالات خوردن مؤثرتر می دانند زیرا معتقدند که انواع دیگر آزاردیدی از طریق آسیب های هیجانی خود، احتمال ابتلا به این اختلال ها را افزایش می دهند (۲۱). آزاردیدی می تواند با تقویت رفتارها و نگرش های مرتبط با اختلال پرخوری، احتمال ابتلای فرد را افزایش دهد (۲۲ و ۲۳). افراد آزاردیده در برابر استرس آسیب پذیرتر می شوند و در نتیجه، هیجان های منفی بیشتری را تجربه می نمایند (۲۴). استرس مداوم و ناتوانی در جهت کنترل آن، ترشح کورتیزول را افزایش می دهد و کورتیزول بالا سبب افزایش اشتها شده و در طولانی مدت باعث چاقی می گردد (۲۵). پیشینه تحقیقاتی درباره همراهی آزاردیدی با چاقی و اختلال پرخوری و مقایسه افراد با و بدون اختلال پرخوری و نوع آزاردیدی ای که بیشترین همبودی را با اختلال پرخوری و چاقی دارد، به خصوص در ایران کامل نیست. در خارج از ایران، پژوهشی با هدف بررسی رابطه تجربه آزاردیدی و اختلال های خوردن، فقط آزاردیدی هیجانی را دارای نقش جدی در اختلال های خوردن دانست (۲۶). پژوهشی دیگر، غفلت جسمی را عامل رشد اختلال پرخوری نمی داند اما آزاردیدی و غفلت هیجانی را عوامل مهمی برشمرده و تفاوتی برای تأثیر نوع آزاردیدی در چاقی قائل نیست (۲۰). برخی محققین نیز آزاردیدی جسمی و جنسی را پس از آزاردیدی روانی در اختلال پرخوری مؤثر می دانند

های خروج عبارتند از: تحت درمان روان‌شناختی و روان-پزشکی بودن در جریان بررسی، حاملگی و کاهش وزن طی دوره فعلی رژیم درمانی.

جهت شناسایی افراد دارای BMI بالا با و بدون اختلال پرخوری و افراد با BMI طبیعی به کلینیک بعثت شهر رشت و مطب دکتر مهدوی روشن مراجعه شد. هدف پژوهش برای مراجعان توضیح داده شد. در صورت رضایت، در زمان انتظار برای ملاقات متخصص تغذیه، پرسشنامه-های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت و درخواست شد که با دقت و صداقت به ابزار پژوهش پاسخ داده و از شانس پاسخ دادن به سوالات اجتناب کنند، تا حد امکان سوالات بدون پاسخ رها ننمایند و در صورت وجود مشکل از محقق حاضر در محل کمک بخواهند. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه‌ها محفوظ است و تنها برای کار پژوهشی بررسی و تحلیل می‌گردد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد و شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه به سوالات پاسخ دادند و در صورت تمایل به ترک پژوهش مانعی برای آن‌ها وجود نداشت. در نهایت طی ۴ ماه اول سال ۱۴۰۰، ۲۲۴ شرکت‌کننده به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که از این تعداد ۲۶ پرسشنامه به دلیل نقص و پاسخ‌های تصادفی و ۱۹ پرسشنامه به دلیل دارا بودن ملاک‌های خروج حذف گردیدند و داده‌های مربوط به ۱۷۹ شرکت‌کننده با تحلیل کوواریانس یک و چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن^۱: این مقیاس خودگزارشی ۲۲ ماده‌ای، ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال پرخوری، بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی و همچنین وزن و قد افراد را برای محاسبه BMI می‌سازد. تشخیص اختلال پرخوری در این مقیاس بر اساس روش اصلی با پاسخ بله به سوال ۵ و ۶ (سابقه پرخوری در شش ماه گذشته و احساس عدم کنترل بر آن)، پاسخ بزرگ‌تر از ۲ به سوال ۷ (متوسط

پژوهش‌های پیشین، فراوانی تجربیات آزاردیدگی و خوردن با آگاهی کمتر را در افراد دچار چاقی و اختلالات خوردن، بیشتر از افراد سالم ارزیابی می‌کنند اما تاکنون تحقیقات بسیار کمی فقط در خارج از کشور به مقایسه افراد مبتلا به چاقی با و بدون اختلال خوردن پرداخته‌اند. خوردن ذهن-آگاهانه در سال‌های اخیر در جهان مورد توجه قرار گرفته و تحقیقات موجود در زمینه آن در کشور بسیار محدودند. همچنین با توجه به شیوع روزافزون چاقی و پیامدهای روانشناختی آن و هم‌ابتلائی چاقی و اضافه‌وزن با اختلال پرخوری، شناخت عوامل زمینه‌ساز، جهت پیشگیری و درمان ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه تجربیات آزاردیدگی و خوردن ذهن‌آگاهانه در زنان دارای BMI بالا با و بدون اختلال پرخوری و زنان با BMI طبیعی صورت گرفته‌است.

روش

این پژوهش توصیفی، با طرح علی مقایسه‌ای انجام شد. جامعه پژوهش، زنان مراجع کلینیک بعثت و مطب مشاوره تغذیه دکتر مرجان مهدوی روشن شهر رشت در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۷۹ زن مراجعه‌کننده به این مراکز در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند بدین صورت انتخاب شد: الف) ۵۰ زن دارای BMI بالا با اختلال پرخوری، ب) ۶۹ زن دارای BMI بالا بدون اختلال پرخوری ($BMI \geq 25$)، و ج) ۶۰ زن دارای BMI بهنجار ($BMI = 18.5 - 24.99$). برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G-power استفاده شد (۳۵). با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل قبول توان آزمون ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۳۰، ۴۰ نفر برای هر گروه به دست آمد، اما به دلیل احتمال نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها و وجود داده‌های پرت و افزایش اعتبار بیرونی، برای هر گروه حداقل ۵۰ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارتند از: سن ۵۰-۲۵ سال، تحصیلات بالای دیپلم، BMI مساوی یا بزرگ‌تر از ۲۵ برای گروه‌های دارای BMI بالا و BMI بین ۲۰ تا ۲۵ برای گروه بهنجار، کسب ملاک‌های اختلال پرخوری برای گروه دارای اختلال و رضایت آگاهانه. ملاک-

1 Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)

استفاده شده و ضریب همبستگی رضایتبخش ($r=0/42$) بوده است (۳۹).

پرسشنامه خوردن ذهن آگاهانه^۲: این پرسشنامه ۲۸ سؤال در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از هرگز، به ندرت تا اغلب، همیشه نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده خوردن ذهن آگاهانه‌تر است. ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه ۰/۷۶ گزارش شده است. ۵ عامل عدم بازداری، آگاهی، نشانه‌های خارجی، پاسخ هیجانی و حواس‌پرتی در این پرسشنامه سنجیده می‌شوند که آلفای کرونباخ آن‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۱ و ۰/۶۴ است (۲۹). آلفای کرونباخ کل و شاخص نیکویی برازش پرسشنامه خوردن ذهن آگاهانه در ایران به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است. روایی همزمان ۵ مولفه این مقیاس نیز با پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی نیز از ۰/۲۲ تا ۰/۲۸ به دست آمد ($p<0/01$) (۳۱). یافته‌ها

میانگین BMI در گروه زنان دارای BMI بالا با اختلال پرخوری، گروه زنان دارای BMI بالا بدون پرخوری و زنان دارای BMI طبیعی به ترتیب ۳۲/۴۱، ۳۰/۲۵ و ۲۳/۱۱ بود و سه گروه به ترتیب دارای میانگین سنی ۳۵/۳۴، ۳۵/۰۸ و ۳۱/۲۵ بودند.

با توجه به مقادیر کشیدگی و چولگی آزاردیدگی و خوردن ذهن آگاهانه که در بازه ۲+ و ۲- قرار دارد، توزیع نمرات بهنجار است (۴۰). بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود. آزمون لوین، برقراری مفروضه همگنی واریانس را نشان داد. نتیجه معنی‌دار آزمون کرویت بارتلت در مورد مؤلفه‌های آزاردیدگی ($\chi^2=648/44$) و مؤلفه‌های خوردن ذهن آگاهانه ($\chi^2=308/58$) (Square) مفروضه مکفی بودن همبستگی را تایید نمود ($p<0/001$)، معنی‌داری آزمون ام باکس مؤلفه‌های آزاردیدگی ($F=13/21$)، ($p<0/001$)، ($\chi^2=413/58$)، ($F=13/21$)، ($p<0/001$)، مفروضه همگنی کوواریانس را نقض می‌نماید. اما می‌توان با انتخاب آزمون اعتباری مناسب از مفروضه تأیید نشده با احتیاط عبور کرد (۴۱). همچنین با توجه به نتیجه

دفعات پرخوری در هفته، پاسخ بله به حداقل سه سوال از سوالات ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳ (سریع خوردن، سیری ناراحت‌کننده، خوردن با وجود عدم گرسنگی، خوردن در تنهایی، احساس گناه پس از پرخوری)، پاسخ بله به سوال ۱۴ (احساس ناراحتی زیاد به دلیل عدم کنترل یا اضافه وزن) و عدم وجود رفتارهای جبرانی با پاسخ ۰ به سوالات ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ صورت گرفت. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و اعتبار آزمون-بازآزمون آن ۰/۸۷ است (۳۶). آلفای کرونباخ مقیاس پرخوری در اعتباریابی ایرانی، برای کم‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و پرخوری و سلامتی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ به دست آمد. توافق در تشخیص به وسیله این مقیاس با تشخیص متخصص بالینی برای حد آستانه بی‌اشتهایی، پراشتهایی و پرخوری به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ و برای اختلالات کم‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و پرخوری به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ و برای افراد سالم ۰/۹۰ بود (۳۷) و (۳۸).

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی^۱: این پرسشنامه ۲۸ سؤال با هدف سنجش ترومای دوران کودکی و آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات آزاردیدگی و غفلت تدوین شده است و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز تا همیشه (۱ تا ۵) نمره‌گذاری شده و پنج زیرمقیاس آزاردیدگی هیجانی، جسمی، جنسی، غفلت عاطفی و غفلت هیجانی را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابعاد به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بوده است. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۱۴). در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌ها گزارش شده است (۳۸). همچنین ضریب پایایی آزمون-بازآزمون برای نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران ۰/۹۰ و ضریب همسانی درونی، ۰/۷۹ به دست آمده و برای بررسی روایی از آزمون همبستگی بین این پرسشنامه و پرسشنامه سلامت عمومی

آزاردیدگی در گروه دارای BMI بالا با اختلال پرخوری از گروه دارای BMI بالا بدون اختلال و گروه با BMI طبیعی بالاتر است و گروه دارای BMI بالا بدون پرخوری نیز تجربیات آزاردیدگی بیشتری نسبت به گروه با BMI طبیعی دارند ($p < 0.05$).

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که بین گروه‌ها با کنترل سن در مؤلفه‌های خوردن ذهن-آگاهانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=9/36, p < 0.001$). $\eta^2=0/488$ مجذور اتا نشان می‌دهد که ۲۱/۳ درصد واریانس مؤلفه‌ها توسط تفاوت‌های بین گروهی تبیین می‌شود.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین گروه‌ها در مؤلفه‌های خوردن ذهن-آگاهانه با کنترل سن تفاوت وجود دارد ($p < 0.05$). ضریب اتا نشان می‌دهد که ۱۳/۶ درصد واریانس آگاهی، ۲۰/۷ درصد واریانس حواس‌پرتی، ۳۸/۷ درصد واریانس عدم بازداری، ۲۵/۸ درصد واریانس پاسخ‌های هیجانی و ۲۸/۸ درصد واریانس نشانه‌های بیرونی توسط تفاوت بین گروه‌ها تبیین می‌شود. آزمون تعقیبی نشان داد که زنان دارای BMI بالا با اختلال پرخوری، حواس‌پرتی، عدم بازداری، پاسخ‌های هیجانی و نشانه‌های بیرونی بیشتر و آگاهی کمتری نسبت به زنان دارای BMI طبیعی دارند. همچنین نمرات این زنان در حواس‌پرتی، عدم بازداری، پاسخ‌های هیجانی و نشانه‌های بیرونی بیشتر از زنان دارای BMI بالا بدون پرخوری بود اما این دو گروه در آگاهی تفاوت معناداری نشان ندادند. زنان دارای BMI بالا بدون اختلال نیز در مؤلفه‌های آگاهی و عدم بازداری تفاوت معنی‌داری با زنان دارای BMI طبیعی داشتند ولی در بقیه مؤلفه‌ها تفاوت این دو معنی‌دار نبود.

برای مقایسه نمره کل خوردن ذهن-آگاهانه با کنترل سن از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها در نمره کل خوردن ذهن-آگاهانه تفاوت معنی-داری وجود دارد ($F=89/6, \eta^2=0/506$). خوردن ذهن-آگاهانه در گروه دارای BMI بالا مبتلا به اختلال پرخوری به صورت معناداری از گروه بدون اختلال و گروه با BMI

غیرمعنی‌دار آزمون ام باکس خوردن ذهن-آگاهانه، مفروضه همگنی کوواریانس برقرار است ($F=1/43, p = 0/06$). همچنین غیرمعنی‌داری تعامل متغیرهای مستقل و کواریت (سن) در مورد آزاردیدگی و خوردن ذهن-آگاهانه، مفروضه همگنی شیب رگرسیون را تأیید نمود. لذا استفاده از آزمون تحلیل کواریانس بلامانع می‌باشد.

برای مقایسه مؤلفه‌های آزاردیدگی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور کنترل سن استفاده شد. نتایج آزمون‌های اعتباری نشان داد که بین گروه‌ها از نظر حداقل یکی از مؤلفه‌های آزاردیدگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=5/85, p < 0.001, \eta^2=0/625$). $\eta^2=0/625$ مجذور اتا ۱۴/۵ درصد از واریانس مؤلفه‌های آزاردیدگی توسط تفاوت‌های بین گروهی تبیین می‌شود.

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های تجربه آزاردیدگی با کنترل سن در سه گروه تفاوت وجود دارد ($p < 0.01$). ضریب اتا نشان می‌دهد که ۲۷/۹ درصد واریانس آزاردیدگی هیجانی، ۱۰/۹ درصد واریانس آزاردیدگی فیزیکی، ۷ درصد واریانس آزاردیدگی جنسی، ۲۱/۶ درصد واریانس غفلت هیجانی و ۱۵ درصد واریانس غفلت فیزیکی توسط تفاوت بین گروه‌ها تبیین می‌شود. با توجه به نتیجه آزمون تعقیبی، نمره تجربه آزاردیدگی در تمامی مؤلفه‌ها در زنان دارای BMI بالا با اختلال پرخوری بیشتر از زنان دارای BMI طبیعی است. همچنین نمرات این گروه در همه مؤلفه‌ها به جز آزاردیدگی جنسی و غفلت فیزیکی از زنان دارای BMI بالا بدون اختلال پرخوری بیشتر است. زنان دارای BMI بالا بدون اختلال پرخوری در تجربه غفلت هیجانی و فیزیکی، نمرات بالاتری از زنان دارای BMI طبیعی داشتند اما این دو گروه در سایر مؤلفه‌ها دارای تفاوت معنی‌داری نبودند ($p < 0.05$). برای مقایسه نمره کل تجربه آزاردیدگی با کنترل سن از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها در نمره کل تجربه آزاردیدگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($\eta^2=0/280, F=34/10$). براساس نتیجه آزمون تعقیبی، نمرات کل

پذیری‌ای که ایجاد می‌کند، عامل خطری برای ابتلا به چاقی و اضافه‌وزن محسوب می‌گردد و همچنین می‌تواند باعث پایداری آن‌ها شود.

از طرفی افراد دارای تجربه آزاردیدگی به دلیل درگیری بیشتر با عواطف منفی، با احتمال کمتری رفتارهای مرتبط با سلامت را به کار می‌بندند (۴۲). بنابراین احتمال داشتن رژیم غذایی سالم و فعالیت بدنی مناسب در این افراد کمتر است و این سبک زندگی ناسالم می‌تواند سبب اضافه‌وزن و چاقی گردد.

تجربه آزاردیدگی، خشم، فقدان احساس امنیت و حمایت را به دنبال دارد. بسیاری از افراد آزاردیده، به منظور اجتناب از این احساسات منفی از مکانیسم‌های مختلف برای سرکوب هیجان‌ها و افکار منفی ناشی از آزاردیدگی، استفاده می‌کنند که یکی از این مکانیسم‌ها، پرخوری است (۱۳). این موضوع بر نقش عواطف و هیجان‌های منفی در ابتلا به اختلالات خوردن در مدل تنظیم هیجان، صحه می‌گذارد. بر اساس این مدل، بعضی از افراد، به وسیله غذا خوردن بر هیجان‌ها و رویدادهای فشارزای زندگی سرپوش می‌گذارند و اختلال پرخوری، ناشی از هیجان‌های منفی تجربه شده و استفاده از غذا خوردن برای غلبه بر این هیجان‌ها است (۱۲). برخی محققین، آزاردیدگی هیجانی را دارای بیشترین نقش در اختلالات خوردن می‌دانند و معتقدند که سایر آزاردیدگی‌ها از طریق آسیب‌های هیجانی سبب اختلال می‌شوند و مکانیسم‌های تکانشگرانه در این رابطه نقش پررنگی ایفا می‌کنند (۲۱). افراد آزاردیده با یادآوری گذشته، هیجان‌های منفی شدیدی را تجربه می‌نمایند. راهکارهای فرونشاندن هیجان‌های منفی بنا به تفاوت‌های فردی متفاوت است و اگر فرض بر این باشد که افراد دارای تجربه آزاردیدگی بیشتر از راهکارهای تکانشگرانه استفاده می‌نمایند، پرخوری می‌تواند راهبرد آن‌ها برای سریع‌تر خنثی کردن هیجان‌ها باشد. حال اگر این راهکار، مؤثر باشد، به دیگر موقعیت‌های استرس‌زای زندگی تعمیم می‌یابد و مبدل به روش مقابله فرد با تمامی هیجان‌های منفی می‌گردد. از طرفی در جوامع شرقی همچون ایران صحبت راجع به تجربیات آزاردیدگی رایج نیست و با

طبیعی پایین‌تر است و گروه دارای BMI بالا بدون اختلال پرخوری نیز خوردن ذهن‌آگاهانه کمتری نسبت به گروه با BMI طبیعی دارند ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تجربیات آزاردیدگی و خوردن ذهن‌آگاهانه در میان زنان دارای BMI بالا مبتلا و غیرمبتلا به اختلال پرخوری و زنان دارای BMI بهنجار انجام گرفت. همچنین با توجه به این که اختلال پرخوری می‌تواند در سنین مختلف ایجاد شود و نقاط اوج متعددی در طول زندگی دارد (۷) و دامنه سنی این پژوهش نیز محدوده‌ای ۲۵ ساله را در بر می‌گیرد، اثر سن در نتایج کنترل شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل سن تجربیات آزاردیدگی در زنان دارای BMI بالای با اختلال پرخوری بیش از زنان بدون اختلال و در هر دو گروه بیشتر از زنان با BMI طبیعی است. در این میان آزاردیدگی هیجانی و غفلت هیجانی بیشترین تفاوت را در میان گروه‌ها داشتند. این یافته‌ها با نتایج پژوهشی که آزاردیدگی و غفلت هیجانی را عوامل مهمی در رشد اختلال پرخوری دانسته‌اند همسو است (۲۰). این نتیجه با پژوهش‌هایی که فراوانی تجربه آزاردیدگی در مبتلایان به اختلال پرخوری شدید را نسبت به افراد دارای سطوح خفیف اختلال، بیشتر ارزیابی کردند (۲۲) و شیوع چاقی در زنان دارای تجربه آزاردیدگی را بیش از زنان فاقد این تجربه می‌دانند (۱۹)، هم‌راستا است.

در رابطه با همبودی تجربه آزاردیدگی با چاقی و اضافه‌وزن باید گفت که افراد آزاردیده هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و به نوعی در برابر استرس آسیب پذیرتر می‌شوند و محرک‌های بیشتری را در زندگی روزمره، استرس‌زا ارزیابی می‌کنند (۲۴). استرس مزمن و احساس ناتوانی در جهت کنترل آن، ترشح کورتیزول را افزایش می‌دهد و سطح بالای کورتیزول باعث افزایش اشتها شده و این موضوع در طولانی‌مدت سبب چاقی می‌گردد (۲۵). از طرفی چاقی و اضافه‌وزن، به خودی خود می‌تواند استرس‌زا محسوب شوند. بنابراین تجربه آزاردیدگی به دلیل آسیب-

وجود پیشرفت‌هایی در این رابطه، درصد بالایی از افراد آزرده‌یافته، هرگز برای درمان پیامدهای روانی آزرده‌یافتگی به متخصصین مراجعه نمی‌کنند اما کماکان نیازمند راهکارهایی برای غلبه بر پیامدهای هیجانی آزرده‌یافتگی هستند. به همین دلیل احتمال به کارگیری روش‌های مقابله نادرست مانند پرخوری برای غلبه بر این پیامدها در زنان دارای تجربه آزرده‌یافتگی وجود دارد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که زنان دارای BMI بالا با اختلال پرخوری، با کنترل سن، خوردن ذهن‌آگاهانه کمتری نسبت به زنان دارای BMI طبیعی و زنان دارای BMI بالا بدون اختلال پرخوری دارند و عدم بازداری بیشترین نقش را در تبیین تفاوت گروه‌ها دارد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقاتی که دانشجویان با BMI طبیعی را دارای خوردن ذهن‌آگاهانه بیشتری نسبت به دانشجویان با BMI بالا دانستند (۳۰ و ۳۳) و پژوهشی که رابطه منفی نمرات خوردن ذهن‌آگاهانه را با نمرات پرخوری در دانشجویان نشان داد، همراستا است (۳۴). همچنین یافته‌هایی مبنی بر این‌که افرادی با آگاهی کمتر از خوردن خود، شاخص توده بدنی بالاتر و پرخوری بیشتری دارند، با پژوهش حاضر همسو هستند (۲۸).

خوردن ذهن‌آگاهانه به عنوان مکانیسمی برای جلوگیری از پرخوری (۳۰)، در عادات‌های تغذیه و سبک خوردن تعادل برقرار کرده و فرد را به مدیریت بالایی در سبک غذایی می‌رساند. ممکن است این موضوع از چاقی و اضافه‌وزن در افراد دارای سطوح بالاتر خوردن ذهن‌آگاهانه جلوگیری نماید (۳۱) همچنین خوردن ذهن‌آگاهانه با افزایش آگاهی از کلیه رفتارهای خوردن، اثر افکار و هیجان‌های پریشان‌کننده را بر سبک تغذیه کاهش می‌دهد و مانع از پرخوری به منظور تحمل پریشانی ناشی از این عوامل می‌گردد (۳۲)، در صورتی که بر اساس مدل تنظیم هیجانی، غذا خوردن افراطی در اختلال پرخوری باعث حواس‌پرتی از فشارهای زندگی می‌شود (۱۲). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر که عدم بازداری را دارای نقشی مهم‌تر از سایر مؤلفه‌های خوردن ذهن‌آگاهانه نشان داده‌است، می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال پرخوری نسبت به افراد

بدون این اختلال و افراد دارای BMI بالا نسبت به افراد دارای BMI طبیعی در خودتنظیمی مشکلات بیشتری دارند. مقادیر بالاتر تأثیر محرک‌های خارجی بر این افراد نیز می‌تواند تأییدی بر مشکلات خودتنظیمی رفتار خوردن در آن‌ها باشد. بنابراین افراد دارای اختلال پرخوری و BMI بالا کمتر قادرند مقدار و سبک خوردن را با نیاز فیزیکی بدن تنظیم کرده و در زمان مناسب، خوردن را متوقف نمایند. از طرفی در جامعه ایرانی نیز تکانشگری و در نتیجه پاسخ‌های اجتنابی، نقش مهمی در ابتلا به اختلال پرخوری ایفا می‌کنند (۴۳). خوردن ذهن‌آگاهانه شدیداً تحت تأثیر هیجان‌های فرد قرار دارد و همان‌طور که گفته شد، اگر پرخوری به عنوان مکانیسم اجتناب از تحمل هیجان‌های منفی شناخته‌شود، احتمال افزایش وزن و پرخوری در فرد به عنوان یک الگوی اختلالی افزایش می‌یابد و امکان استفاده از راهبردهای ذهن‌آگاهانه خوردن برای او وجود ندارد زیرا غذا خوردن، پاسخ او به تکانه‌ها با هدف آرامش و لذت و خاموشی هیجان‌های منفی ناشی از تکانه است و عواملی مانند اندازه و زمان مناسب غذا خوردن و آگاهی از آن اهمیت بالایی برای فرد ندارند.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با وجود کنترل سن تجربیات آزرده‌یافتگی در زنان با BMI بالا با اختلال پرخوری بیش از زنان با BMI بالا بدون اختلال و در هر دو بیشتر از زنان دارای BMI طبیعی بود. این نتایج می‌تواند با کمک به طراحی برنامه‌هایی با هدف کاهش اثرات آزرده‌یافتگی، پیشرفت‌هایی در زمینه پیشگیری از چاقی و اختلالات خوردن و همچنین کمک به درمان‌های کاهش وزن را به دنبال داشته باشد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که خوردن ذهن‌آگاهانه در زنان با BMI بالا مبتلا به اختلال پرخوری کمتر از زنان با BMI بالای بدون اختلال و در هر دو کمتر از زنان دارای BMI طبیعی بود. این نتایج می‌تواند نشان دهد که تمرینات خوردن ذهن‌آگاهانه به همراه آموزش‌های مبتنی بر کنترل هیجان‌ها، تأثیر مثبتی در کاهش وزن و بهبود اختلال پرخوری و حتی پیشگیری از این موارد خواهد داشت. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم امکان مصاحبه مستقیم به

خوردن و همچنین چاره‌اندیشی برای عوامل روان‌شناختی زمینه‌ساز افزایش وزن، بتوان به کاهش وزن کمک و از بازگشت وزن پیشگیری نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان و کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می‌نمایند.

منابع

World Health Organization (WHO). [Internet]. 2020. Available online: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

World Population Review. [Internet]. 2021. Available online: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/most-obese-countries>

Rahmani A, Sayehmiri K, Asadollahi K, Sarokhani D, Islami F, Sarokhani M. Investigation of the Prevalence of Obesity in Iran: a Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Acta Med Iran*. 2015; 53(10):596-607.

Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019; 15:288-298.

American Medical Association. [Internet]. 2018. Available online: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/adult-obesity-rates-rise-6-states-exceed-35-7>

Nuttall FQ. Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutr Today*, 2015; 50(3):117-128.

American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Farzin Rezaei, Trans.). Tehran: Arjmand Publication. 2013 [Persian].

Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Maria Haro J, Kovess-Masfety V, O'Neill S, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Viana MC, Xavier M. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World

دلیل شیوع کووید-۱۹ و انحصار جمع‌آوری اطلاعات به ابزار خودگزارشی اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش متغیرهایی مانند تنظیم هیجان و تکانشگری به عنوان متغیر کنترل مورد توجه قرار گیرد همچنین پیشنهاد می‌گردد که در کنار رژیم‌درمانی، از آموزش‌های روان-شناختی مبتنی بر کاهش پیامدهای آزاردیدگی و افزایش خوردن ذهن‌آگاهانه نیز استفاده گردد تا با بهبود اختلالات

Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*, 2013; 73(9):904-914.

Hilbert A. Binge Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 2019; 1(42): 33-43.

Ganji M. Abnormal Psychology based on DSM-5rd Edition. Savalan Publication, Tehran. 2016. [Persian]

Faulconbridge LF, Wadden TA, Thomas JG, Jones-Corneille LR, Sarwer DB, Fabricatore AN. Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric surgery versus lifestyle modification. *Surg Obes Relat Dis*. 2013; 9(9):790-796.

Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity- a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015; (49):125-134.

Hemmingsson E, Johansson K, Reynisdottir S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2014; 15(11):882-893.

Grilo CM, Masheb RM. Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology. *Obes Res*, 2001; 9(5):320-325.

Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2002; 26:1072-1075.

Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 2003; 27(2):169-190.

Abdollahzadeh Rafi M, Alizadeh H. Emotional abuse: definition, prevalence, consequences and

interventions. *Journal of Exceptional Education*, 2019;2(157): 59-74. [Persian]

Abrams M, Milisavljevic M, Soskic A. Childhood abuse: Differential gender effects on mental health and sexuality. *Sexologies*, 2019; (28):89-96.

Noll JG, Zeller MH, Trickett PK, Putnam FW. Obesity Risk for Female Victims of Childhood Sexual Abuse: A Prospective Study. *Pediatrics*, 2007; 120(1):61-67.

Amianto F, Spalatro AV, Rainis M, Andriulli C, Lavagnino L, Abbate-Daga G, Fassino S. Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry Res*, 2018; (269):692-699.

Monteleone AM, Tzischinsky O, Cascino G, Alon S, Pellegrino F, Ruzzi V, Latzer Y. The connection between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: a network analysis study in people with bulimia nervosa and with binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2021; <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01169-6>

Feinson, MC, Hornik-Lurie T. Binge eating & childhood emotional abuse: A mediating role for anger. *Appetite*. 2016; (105):487-493.

Kent A, Waller G. Childhood Emotional Abuse and Eating Psychology. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20(7):887-903.

Kong J, Martire LM, Liu Y, Almeida DM. Effects of Parental Childhood Abuse on Daily Stress Processes in Adulthood. *J Interpers Violence*. 2021; 36(19-20):9580-9599

Tchernof A, Despres J. Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiol Rev*. 2013; 93:359-404.

Fujioka K, Yan E, Wang HJ, Li Z. Evaluating preoperative weight loss, binge eating disorder, and sexual abuse history on Roux-en-Y gastric bypass outcome. *Surg Obes Relat Dis*. 2008; 4(2):137-43.

Mantzios M, Egan H, Hussain M, Keyte R, Bahia H. Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: an exploratory investigation. *Eat Weight Disord*. 2018; 23(6):833-840.

Pintado-Cucarella S, Rodríguez-Salgado P. Mindful eating and its relationship with body mass index,

binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2016; 8(2):19-24.

Framson CK, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *J Am Dietetic Assoc*, 2009; 109(8):1439-1444.

Moor K, Scott A, McIntosh W. Mindful Eating and Its Relationship to Body Mass Index and Physical Activity Among University Students. *Mindfulness*, 2012; 4(3). <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-012-0124-3>

Pondeh Nezhadan AA, Attari YA, Hossein D. Factorial structure and reliability of eating mindfully questionnaire (EMQ) among married women with overweight and obesity. *Jundishapur Scientific medical journal*. 2018; 17(2):131-143. [Persian]

Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev*. 2017; 30(2):272-283.

Adewumi O, Brantley C, Knol L. P14 Mindful Eating Scores Differ by Body Mass Index and Self-Reported Health Status among College Students. *JNEB*. 2020; 52(7):22.

Giannopoulou I, Kotopoulea-Nikolaïdi M, Daskou S, Martyn K, Patel A. Mindfulness in Eating Is Inversely Related to Binge Eating and Mood Disturbances in University Students in Health-Related Disciplines. *Nutrients*, 2020; 12(2):396.

Faul F, Erdfelder E, Lang A, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007; (39):175- 191.

Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychol Assess*. 2000; 12(2):123-131.

Khabir L, Mohamadi N, Rahimi C. The Validation of Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS). *Journal of Kermanshah University of medical sciences*. 2014; 18(2):100-107. [Persian]

Ebrahimi H, Dejkam M, Yusefi S. The Relationship between Childhood Traumas and Attachment Styles and Suicide Attempts in Women. *The Women and Families Cultural-Educational Journal*, 2013; (23). [Persian]

Garrusi B, Nakhaee N. Validity and Reliability of a Persian Version of the Childhood Trauma Questionnaire. Psychol Rep. 2009; 104(2):509-516.

Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications. 2015.

Mayers A. Introduction to statistics and SPSS in psychology (A. Rezaei, Trans.). Tabriz: Aydin. 2013 [Persian].

Rostami M, Saadati N, Ghezelseflo M. The relationship between childhood abuse experience and primary stress confronting methods and maladaptive schemas. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015; 17(6):269-77. [Persian]

Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. Child Abuse Negl. 2002; 26(6-7):715-2

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	وضعیت	BMI بالا با اختلال پر خوری		BMI بالا بدون اختلال پر خوری		BMI طبیعی	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰	۲۰	۱۵	۲۱/۷	۲۸	۴۶/۷
	متأهل	۴۰	۸۰	۵۴	۷۸/۳	۳۲	۵۳/۳
اشتغال	شاغل	۱۴	۲۸	۲۱	۳۰/۴	۳۵	۵۸/۳
	خانه‌دار	۳۶	۷۲	۴۸	۶۹/۵	۲۵	۴۱/۴۷
تحصیلات	دیپلم	۲۹	۵۸	۴۱	۵۹/۴	۱۱	۱۸/۳
	کارشناسی	۱۴	۲۸	۲۵	۳۶/۲	۲۶	۴۳/۳
	کارشناسی ارشد	۷	۱۴	۳	۴/۳	۲۳	۳۸/۴

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار آزاردیدگی و خوردن ذهن آگاهانه در زنان دارای BMI بالا با و بدون اختلال پر خوری و زنان دارای BMI طبیعی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	BMI بالا با اختلال پر خوری		BMI بالا بدون اختلال پر خوری		گروه دارای BMI طبیعی	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزاردیدگی هیجانی	۷/۲۰	۲/۲۰	۵/۵۹	۰/۹۸	۵/۳۰	۰/۵۳		
	۵/۵۶	۰/۸۳	۵/۱۷	۰/۳۷	۵/۲۰	۰/۴۰		
آزاردیدگی فیزیکی	۵/۹۶	۱/۶۰	۵/۵۱	۱/۰۷	۵/۲۰	۰/۴۰		
	۱۰/۹۸	۴	۸/۲۳	۳/۳۰	۶/۹۲	۲/۲۳		
تجربیات آزاردیدگی هیجانی	۷/۵۷	۲/۵۶	۶/۶۱	۲/۳۲	۵/۵۵	۰/۹۵		
	۳۷/۹۷	۸/۶۲	۳۱/۱۵	۵/۳۳	۲۸/۲۵	۳/۹۰		
غفلت فیزیکی	۱۸/۳۶	۳/۷۷	۱۹/۲۵	۳/۴۱	۲۱/۸۷	۳/۹۱		
	۷/۷۲	۲/۳۹	۶/۱۱	۱/۸۹	۵/۲۵	۱/۸۷		
کل	۲۱/۵۶	۵/۷۴	۱۵/۶۱	۴/۶۷	۱۲/۳۸	۳/۶۵		
	۹/۹۲	۳	۶/۶۹	۲/۷۸	۶/۱۵	۲/۲۸		
پاسخ‌های هیجانی	۱۶/۷۴	۳/۸	۱۲/۰۳	۳/۹۱	۱۱/۲۰	۳/۴۰		
	۶۶/۲۴	۹/۵۸	۸۰/۴۴	۷/۸۰	۸۹/۸۵	۹/۷۴		
نشانه‌های بیرونی								
خوردن ذهن آگاهانه								

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تجربه آزاردیدگی در زنان با BMI بالا و بدون اختلال پرخوری و زنان دارای BMI طبیعی با کنترل سن

مؤلفه‌ها	SS	Df	MS	F	P	Eta ²	OP
آزاردیدگی هیجانی	۱۲۰/۵۶	۳	۴۹/۱۹	۲۲/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۲۷۹	۱
آزاردیدگی فیزیکی	۶/۳۵	۳	۲/۱۱	۷/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۱۰۹	۰/۹۸۰
آزاردیدگی جنسی	۱۶/۸۰	۳	۵/۶۰	۴/۶۳	۰/۰۰۴	۰/۰۷۴	۰/۸۸۶
غفلت هیجانی	۴۹۱/۸۹	۳	۱۶۳/۹۶	۱۶/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۲۱۶	۱
غفلت فیزیکی	۱۲۷/۳۴	۳	۴۲/۴۵	۱۰/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۱۵۰	۰/۹۹۸
کل	۲۵۱۹/۵۳	۲	۱۲۵۹/۷۶	۳۴/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۰	۱

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس خوردن ذهن آگاهانه در زنان با BMI بالا و بدون اختلال پرخوری و زنان دارای BMI طبیعی با کنترل سن

مؤلفه‌ها	SS	df	MS	F	P	Eta ²	OP
آگاهی	۳۷۶/۴۰	۳	۱۲۵/۴۷	۹/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۱۳۶	۰/۹۹۶
حواس‌پرتی	۱۸۵/۸۴	۳	۶۱/۹۵	۱۵/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۲۰۷	۱
عدم بازداري	۲۴۰/۲۰۰	۳	۸۰/۶۷	۳۶/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۳۸۷	۱
پاسخ‌های هیجانی	۴۴۴/۲۰	۳	۱۴۸/۰۷	۲۰/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۲۵۸	۱
نشانه‌های بیرونی	۹۷۷/۴۶	۳	۳۲۵/۸۲	۲۳/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۲۸۸	۱
کل	۱۴۵۵۹/۴۷	۲	۷۲۷۹/۷۴	۸۹/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۵۰۶	۱