Journal of Research in Psychological Health

June 2021, Volume 15, Issue 1

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 Moghadam[1], Abbas Abolghasemi[2*], Seyyed Mousa Kafie Masouleh[3], 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. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقایسه تجربیات آزاردیدگی و خوردن ذهن‌آگاهانه 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،۵]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۲. (نویسنده مسئول)، استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۴. دانشیار علوم تغذیه، گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات بیماری‌های 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

تاریخ دریافت
۱۴۰۰/۵/۲۴

تاریخ پذیرش
۱۴۰۰/۱۰/۷

واژگان کلیدی
آزاردیدگی،
خوردن ذهن‌آگاهانه،
اختلال پرخوری،
شاخص توده بدنی

یافته‌های اصلی

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

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه تجربیات آزاردیدگی و خوردن ذهن‌آگاهانه در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا با و بدون اختلال پرخوری و زنان دارای وزن بهنجار بود. این پژوهش توصیفی، با طرح علی مقایسه‌ای 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) مراجعه‌کننده به این دو مرکز بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن استیک و همکاران (۲۰۰۰)، پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) و پرسشنامه خوردن ذهن‌آگاهانه فرامسون و همکاران (۲۰۰۹) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس یک و چندمتغیری به منظور کنترل سن تحلیل شدند. نتایج نشان داد که تجربیات آزاردیدگی در زنان چاق و دارای اضافه‌وزن 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 ذهن‌آگاهانه کمتری نسبت به زنان بدون اختلال و هر دو گروه نمره پایین‌تری از زنان دارای وزن طبیعی داشتند. با توجه به یافته‌ها، تجربیات آزاردیدگی و خوردن ذهن‌آگاهانه نقش مهمی در آسیب‌شناسی چاقی، اضافه‌وزن و اختلال پرخوری دارند. بنابراین، طراحی برنامه‌های آموزشی/ درمانی با هدف کاهش پیامدهای روانشناختی آزاردیدگی و آموزش تکنیک‌های خوردن ذهن‌آگاهانه، می‌تواند راهگشا باشد.

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

شاخص توده بدنی[1] (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 اختلال‌های خوردن[2] همراه می‌شود که شایع‌ترین آن‌ها، اختلال پرخوری[3] 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 می کند. 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[4] یکی از تروماهایی

1 Body Mass Index
2 Eating Disorders
3 Binge Eating Disorder
4 Abuse

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

است که می‌تواند با چاقی و اختلالات خوردن در ارتباط باشد (۱۵). دسته‌ای از رفتارهای مراقبان که آثار زیان‌باری بر تحول دارد، آزارگری و کودکی که با او چنین رفتارهایی شده، آزاردیده نامیده می‌شوند (۱۶). آزاردیدگی می‌تواند منجر به مشکلات هیجانی، رفتاری، تحصیلی، اختلالات شخصیت، استرس پس از سانحه، اضطراب، افسردگی و مشکلات جنسی شود که عموماً تا بزرگسالی تداوم می‌یابند (۱۷). زنان، پاسخ‌های روان‌شناختی شدیدتری به این تجربیات می‌دهند اما مردان دچار مشکلات جنسی بیشتری می‌شوند (۱۸). پاسخ به آزاردیدگی متفاوت است، بنابراین روابط فعلی، روابط علی مشخصی نیستند اما افراد دچار چاقی عموماً تجربیات آزاردیدگی بیشتری نسبت به افراد با وزن طبیعی نشان می‌دهند (۱۹ و ۲۰). برخی محققان، آزاردیدگی هیجانی را در اختلالات خوردن مؤثرتر می‌دانند زیرا معتقدند که انواع دیگر آزاردیدگی از طریق آسیب‌های هیجانی خود، احتمال ابتلا به این اختلال‌ها را افزایش می‌دهند (۲۱). آزاردیدگی می‌تواند با تقویت رفتارها و نگرش‌های مرتبط با اختلال پرخوری، احتمال ابتلای فرد را افزایش دهد (۲۲ و ۲۳). افراد آزاردیده در برابر استرس آسیب پذیرتر می‌شوند و در نتیجه، هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌نمایند (۲۴). استرس مداوم و ناتوانی در جهت کنترل آن، ترشح کورتیزول را افزایش می‌دهد و کورتیزول بالا سبب افزایش اشتها شده و در طولانی‌مدت باعث چاقی می‌گردد (۲۵). پیشینه تحقیقاتی درباره همراهی آزاردیدگی با چاقی و اختلال پرخوری و مقایسه افراد با و بدون اختلال پرخوری و نوع آزاردیدگی‌ای 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 آزاردیدگی و اختلال‌های خوردن، فقط آزاردیدگی هیجانی را دارای نقش جدی در اختلال‌های خوردن دانست (۲۶). پژوهشی دیگر، غفلت جسمی را عامل رشد اختلال پرخوری نمی‌داند اما آزاردیدگی و غفلت هیجانی را عوامل مهمی برشمرده و تفاوتی برای تأثیر نوع آزاردیدگی در چاقی قائل نیست (۲۰). برخی محققین نیز آزاردیدگی جسمی و جنسی را پس از آزاردیدگی روانی در اختلال پرخوری مؤثر می‌دانند (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 اضافه‌وزن از شیوه تغذیه خود، آگاه نیستند. این آگاهی را می‌توان از طریق خوردن ذهن‌آگاهانه به عنوان یک فرآیند پیچیده در ارتباط با آگاه بودن از چگونگی مصرف غذا سنجید. خوردن ذهن‌آگاهانه، سازه‌ای جدید برای پژوهشگرانی است که تمایل دارند ذهن‌آگاهی را منحصراً در حیطه خوردن بسنجند (۲۷). خوردن ذهن‌آگاهانه ارتباطی قوی با تجربیات هیجانی فرد دارد (۲۸) و به عنوان آگاهی بدون قضاوت از حالت‌های هیجانی و فیزیکی مرتبط با خوردن توصیف می‌شود (۲۹)، می‌تواند به عنوان سازوکاری برای جلوگیری از پرخوری عمل نماید (۳۰)، عادت‌ها، مدت، اندازه و سبک خوردن را متعادل نماید و در کل، فرد را به مدیریت بالایی در زمینه‌های مرتبط با سبک تغذیه برساند. ممکن است این موضوع از چاقی و اضافه‌وزن در افراد دارای سطوح بالاتر خوردن ذهن‌آگاهانه جلوگیری نماید (۳۱). خوردن ذهن‌آگاهانه با افزایش آگاهی از رفتارهای خوردن، اثر محرک‌هایی مانند افکار و هیجان‌های پریشان‌کننده را بر تغذیه کاهش می‌دهد و مانع از این می‌شود که فرد برای تحمل پریشانی، به صورت هیجانی، پرخوری نماید (۳۲).

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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 هم‌ابتلایی 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≥۲۵)، و ج)۶۰ زن دارای BMI بهنجار (BMI=۱۸/۵۰-۲۴/۹۹). 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 گرفته‌شد. 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-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 شانسی پاسخ دادن به سوالات اجتناب کنند، تا حد امکان سوالی را 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 کاملا 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 خورد ن[1]: 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 می‌سنجد. 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

1 Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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[1]: این پرسشنامه ۲۸ سؤالی با هدف سنجش ترومای دوران کودکی و آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات آزاردیدگی و غفلت تدوین شده‌است 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، 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 شده‌است (۱۴). در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌ها گزارش شده‌است (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 استفاده شده و ضریب همبستگی رضایتبخش (r=۰/۴۲) بوده‌است (۳۹).

پرسشنامه خوردن ذهن‌آگاهانه[2]: این پرسشنامه ۲۸ سؤالی در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از هرگز، به ندرت تا اغلب، همیشه نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده خوردن ذهن‌آگاهانه‌تر است. ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه ۰/۷۶ گزارش شده‌است. 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 ذهن‌آگاهانه در ایران به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۲ گزارش شده-است. روایی همزمان ۵ مولفه این مقیاس نیز با پرسشنامه ۵ عاملی ذهن‌آگاهی نیز از ۰/۲۲ تا ۰/۲۸ به دست آمد (p<۰/۰۱) (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 ذهن‌آگاهانه 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-Square=۶۴۸/۴۴) و مؤلفه‌های خوردن ذهن‌آگاهانه (Chi-Square=۳۰۸/۵۸) مفروضه مکفی بودن همبستگی را تایید نمود (p<۰/۰۰۱)، معنی‌داری آزمون ام باکس مؤلفه‌های آزاردیدگی (Box's M=۴۱۳/۵۸، F=۱۳/۲۱،p<۰/۰۰۱)، 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

1 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

2 Mindful Eating Questionnaire (MEQ)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

غیرمعنی‌دار آزمون ام باکس خوردن ذهن‌آگاهانه، مفروضه همگنی کوواریانس برقرار است (p =۰/۰۶، F=۱/۴۳، Box's M=۴۴/۷۸). همچنین غیرمعنی‌داری تعامل متغیرهای مستقل و کوواریت (سن) در مورد آزاردیدگی و خوردن ذهن‌آگاهانه، مفروضه همگنی شیب رگرسیون را تأیید نمود. لذا استفاده از آزمون تحلیل کواریانس بلامانع می باشد.

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 (p<۰/۰۰۱، F=۵/۸۵، ۰/۶۲۵=لامبدای ویلکز). براساس 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<۰/۰۱). 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<۰/۰۵). 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=۰/۲۸۰، F=۳۴/۱۰). براساس نتیجه آزمون تعقیبی، نمرات کل 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<۰/۰۵).

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که بین گروه‌ها با کنترل سن در مؤلفه‌های خوردن ذهن-آگاهانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱، F=۹/۳۶، ۰/۴۸۸=لامبدای ویلکز). 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 ذهن‌آگاهانه با کنترل سن تفاوت وجود دارد (p<۰/۰۵). 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 پاسخ-های 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 ذهن‌آگاهانه با کنترل سن از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها در نمره کل خوردن ذهن‌آگاهانه تفاوت معنی-داری وجود دارد (Eta^2=۰/۵۰۶، F=۸۹/۶). خوردن ذهن-آگاهانه در گروه دارای BMI بالا مبتلا به اختلال پرخوری به صورت معناداری از گروه بدون اختلال و گروه با BMI

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

طبیعی پایین‌تر است و گروه دارای BMI بالا بدون اختلال پرخوری نیز خوردن ذهن‌آگاهانه کمتری نسبت به گروه با BMI طبیعی دارند ($p<۰/۰۵$).

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 می‌توانند استرس‌زا محسوب شوند. بنابراین تجربه آزاردیدگی به دلیل آسیب‌پذیری‌ای 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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

وجود پیشرفت‌هایی در این رابطه، درصد بالایی از افراد آزاردیده، هرگز برای درمان پیامدهای روانی آزاردیدگی به متخصصین مراجعه نمی‌کنند اما کماکان نیازمند راهکارهایی برای غلبه بر پیامدهای هیجانی آزاردیدگی هستند. به همین دلیل احتمال به کارگیری روش‌های مقابله نادرست مانند پرخوری برای غلبه بر این پیامدها در زنان دارای تجربه آزاردیدگی 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 عادت‌های 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 آزاردیدگی 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 آزاردیدگی، 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 خواهدداشت. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم امکان مصاحبه مستقیم به

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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 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 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):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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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

Abrams M, Milisavljevic M, Soskic A. Childhoodabuse: 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-Nikolaidi 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]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

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, Trancs.). 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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	وضعیت	BMI بالا با اختلال پرخوری		BMI بالا بدون اختلال پرخوری		BMI طبیعی	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
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 ذهن‌آگاهانه در زنان دارای BMI بالا با و بدون اختلال پرخوری و زنان دارای BMI طبیعی

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تجربه آزاردیدگی در زنان با BMI بالا با 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 ذهن‌آگاهانه در زنان با BMI بالا با 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 بازداری	۲۴۰۲/۰۰	۳	۸۰۰/۶۷	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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]