

Comparison of Dispositional Mindfulness and Self-Compassion among Women with Normal and High Body-Mass-Index

Mohsen Kachooei¹, Jafar Hasani^{2*}, Alireza Moradi³, Ali Fathi-Ashtiani⁴

1. PhD Candidate of Health Psychology, Clinical Psychology Department, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.
2. Associated Professor of Psychology, Clinical Psychology Department, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.
3. Professor of Psychology, Clinical Psychology Department, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.
4. Professor of Psychology, Psychology Department, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Jafar Hasani, Clinical Psychology Department, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: hasanimehr57@khu.ac.ir

Received: 2 October 2017

Accepted: 31 October 2017

Published: 7 May 2018

How to cite this article:

Kachooei M, Hasani J, Moradi A, Fathi-Ashtiani A. Comparison of Dispositional Mindfulness and Self-Compassion among Women with Normal and High Body-Mass-Index. Community Health. 2018; 5(2):103-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.22037/ch.v5i2.19315>.

Abstract

Background and Objective: Prevalence of obesity globally has increased in recent years, which is associated with an elevated risk of various diseases and increased healthcare expenses. Understanding the psychological determinants involved in obesity is important for the development of new interventions. Thus, the current study aimed to compare dispositional mindfulness and self-compassion among women with high and normal body mass index (BMI).

Materials and Methods: This causal-comparative study was conducted with participation of 200 adult women (100 women with high BMI and 100 women with normal BMI). Participants were selected through convenience sampling method from Tehran. Participants were asked to complete self-report inventories including the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), and Self-compassion Scale (SCS) which were used as measurement instruments. Data were analyzed by Independent t-test in SPSS-22 software.

Results: The mean (SD) of dispositional mindfulness score in high BMI group was significantly lower than normal BMI group: 59.3 (11.3) versus 64.5 (9.5), $P < 0.01$. Furthermore, total score of self-compassion in high BMI group was significantly lower than normal BMI group: 77.4 (14.5) versus 83(12.8), ($P < 0.01$). The mean (SD) of self-judgment score 14. 5 (3.8); 12.9 (3.8) ($P < 0.01$), isolation 12.6 (3.4); 10.9 (2.8) ($P < 0.01$), and over-identification 12 (3.6); 11.1 (2.7) ($P < 0.05$) was significantly higher in high BMI group than normal BMI group; but in common humanity 11.5 (2.8), 12.4 (2.7) ($P < 0.05$) and mindfulness 12 (2.9); 12.9 (2.5) ($P < 0.05$) the scores of high BMI group was significantly lower than normal BMI group.

Conclusion: The study showed that women with high BMI had less dispositional mindfulness and self-compassion compared with those with normal BMI. It could be suggested that these psychological constructs be aimed in therapeutic interventions.

Keywords: Obesity, Mindfulness, Self-compassion, Body mass index

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

مقایسه ذهن آگاهی و خودشفقتی در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا و طبیعی

محسن کچویی^۱، جعفر حسنی^{۲*}، علیرضا مرادی^۳، علی فتحی آشتیانی^۴

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. استاد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۴. استاد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه بقیه الله، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: جعفر حسنی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

Email: hasanimehr57@khu.ac.ir

تاریخ دریافت: آذر ۱۳۹۶

تاریخ پذیرش: دی ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: شیوع چاقی در سال های اخیر در سطح جهانی افزایش یافته است. این شرایط با خطر بالا برای ابتلا به بیماری های مختلف و هزینه های بالا برای نظام مراقبت از سلامت مرتبط است. شناسایی عوامل تعیین کننده روان شناختی دخیل در چاقی برای تدوین مداخلات درمانی جدید حائز اهمیت است. این مطالعه با هدف مقایسه ذهن آگاهی خصیصه ای و خودشفقتی در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا و طبیعی انجام شد.

روش و مواد: این مطالعه به روش علی مقایسه ای با مشارکت ۲۰۰ زن (۱۰۰ نفر با شاخص توده بدنی بالا و ۱۰۰ نفر با شاخص توده بدنی طبیعی) مراجعه کننده به خانه های سلامت، باشگاه های ورزشی و مراکز کاهش وزن شهر تهران به شیوه نمونه گیری در دسترس انجام شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 و آزمون آماری t مستقل، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) نمره ذهن آگاهی خصیصه ای در گروه BMI بالا (۱۱/۳) ۵۹/۳، کمتر از گروه طبیعی (۹/۵) ۶۴/۵ بود ($P<0/01$). افزون بر این، نمره کل خودشفقتی در گروه BMI بالا (۱۴/۵) ۷۷/۴، کمتر از گروه طبیعی (۱۲/۸) ۸۳ بود ($P<0/01$). میانگین (انحراف معیار) نمره قضاوت در مورد خود (۳/۸) ۱۴/۵ و (۳/۸) ۱۲/۹ ($P<0/01$)، منزوی سازی (۳/۴) ۱۲/۶ و (۲/۸) ۱۰/۹ ($P<0/01$) و بزرگ نمایی (۳/۶) ۱۲ و (۲/۷) ۱۱/۱ ($P<0/05$) در گروه BMI بالا، بیشتر از گروه طبیعی بود ولی در احساسات مشترک انسانی (۲/۸) ۱۱/۵ و (۲/۷) ۱۲/۴ ($P<0/05$)، ذهن آگاهی (۲/۹) ۱۲ و (۲/۵) ۱۲/۹ ($P<0/05$) نمرات گروه BMI بالا، کمتر از گروه طبیعی بود.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که ذهن آگاهی و خودشفقتی در افراد دارای شاخص توده بدنی بالا کمتر از افرادی با وزن طبیعی است. می توان این سازه های روانشناختی را در مداخلات درمانی هدف قرار داد.

واژگان کلیدی: چاقی، ذهن آگاهی، خودشفقتی، شاخص توده بدنی

مقدمه

در سال‌های اخیر، شیوع اضافه وزن و چاقی افزایش چشمگیری داشته است (۱). چاقی را می‌توان حالتی دانست که با تجمع بیش از حد چربی در بدن مشخص می‌شود. اضافه وزن نیز به وزنی بالاتر از برخی هنجارهای مرجع اشاره دارد. با توجه به طبقه‌بندی مصوب سازمان بهداشت جهانی (WHO) رایج‌ترین شاخص برای سنجش چاقی، شاخص توده بدنی (BMI) است (۲). شیوع اضافه‌وزن و چاقی به قدری است که سازمان بهداشت جهانی این حالت را به عنوان یک شیوع همه‌گیر و تهدیدی جهان‌شمول برای سلامتی اعلام نموده است (۳). ایران را نیز نباید از این قاعده مستثنی دانست. برای مثال، در مطالعه‌ای شیوع چاقی و اضافه‌وزن در بزرگسالان ایرانی، بیش از ۵۰٪ گزارش شد (۴). چاقی با خطر بیشتر برای ابتلا به بیماری‌ها، نظیر دیابت نوع دوم، فشارخون، بیماری قلبی، و با هزینه‌های مالی گزاف برای افراد و جامعه مرتبط است (۵).

چاقی یک وضعیت چندعاملی است و عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیکی، محیطی، روانی اجتماعی، فرهنگی و شناختی در سبب شناسی آن دخیل‌اند (۶). عوامل روانشناختی باعث تفاوت‌های فردی در میزان اثرگذاری این عوامل بر شاخص توده بدنی می‌شوند. بنابراین شناسایی عوامل روانشناختی که می‌توانند خطرات ژنتیک و محیط را تشدید کرده یا تقلیل دهند حائز اهمیت است (۷). شناسایی این عوامل می‌تواند در طراحی مداخلات روانشناختی اثربخش برای کاهش وزن مؤثر بوده و در جهت کاهش میزان شیوع این پدیده و همچنین کاهش هزینه‌های سلامتی، اجتماعی و مالی آن عمل کند.

ممکن است یکی از این عوامل تعیین‌کننده میزان ذهن‌آگاهی فرد باشد که به افراد کمک می‌کند مصرف غذای خود را بهتر تنظیم کنند. طبق تعریف Jon Kabat-zinn ذهن‌آگاهی عبارت است از «فرایند آگاه شدن عامدانه از افکار و اعمال در زمان حال» (۸). ادعا می‌شود که ذهن‌آگاهی می‌تواند مشاهده حالات درونی را افزایش دهد که در نتیجه فرایندهای تنظیمی درونی بهبود می‌یابند (۹). باین‌حال ذهن‌آگاهی خصیصه‌ای یک صفت محسوب می‌شود و بین افراد مختلف از لحاظ میزان آن تفاوت وجود دارد (۱۰). ادراک نادرست افراد از حالات درونی در رفتارهای خوردن ناسالم مرتبط با چاقی نظیر خوردن هیجانی (یعنی رفتار خوردن در پاسخ به حالات هیجانی) و خوردن بیرونی (یعنی رفتار خوردن در پاسخ به نشانه‌های بیرونی) (۱۱) و ادراک درست افراد از حالات درونی در رفتارهای خوردن سالم (۱۲) نقش دارند. ذهن‌آگاهی خصیصه‌ای، یعنی آگاه بودن از افکار، هیجانات و اعمال در زمان حال با آگاهی از حالات درونی بدنی مرتبط است (۸). در مورد ارتباط ذهن‌آگاهی با شاخص توده بدنی تنها یک مطالعه یافت شد که نشان می‌دهد افرادی با نمره بالاتر در ذهن‌آگاهی خصیصه‌ای بیشتر احتمال دارد که چاق باشند (۱۳). از سوی دیگر، ارزش‌های اجتماعی معیارهای روشنی برای ظاهر جسمانی فرد ارائه می‌دهند (۱۴). افراد دارای وزن بالا بدنی دارند که متفاوت از بدنی است که اجتماع آن را ارزشمند قلمداد می‌کند و حتی ممکن است از نظر دیگران انزجارآور باشد. این حالت می‌تواند از سوی افراد چاق درونی شده و منجر به احساس‌های منفی از قبیل شرم و انزجار از خود شود. این حالات کاملاً برعکس سازه روان‌شناختی خودشفقتی هستند. خودشفقتی به صورت «داشتن رابطه‌ای گرم، مهربان، و پذیرا با خود» یا «نگرشی سالم نسبت به خود با توجه به شکست‌ها و ناکامی‌های فرد» تعریف می‌شود (۱۵). خودشفقتی سه جزء اساسی دارد: ۱) داشتن مهربانی و درک صحیح نسبت به خود بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خودانتقادگر، ۲) داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزئی از تجارب همه انسان‌ها است. به عبارت دیگر، سایرین نیز چنین تجاربی را در زندگی خود دارند بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران، ۳) تجارب و احساسات خود را به گونه‌ای متعادل نگرستن بدون بزرگ‌نمایی کردن آنها (۱۵). مطالعات گوناگون تأکید دارند که توانایی‌های خودشفقتی منبعی بسیار مهم برای اتخاذ رفتارهای سالم هستند (۱۶). در یک مطالعه بین خودشفقتی و شاخص توده بدنی رابطه‌ای مشاهده نشد (۱۷). اما به نظر می‌رسد افرادی که با مشکلات خوردن و وزن درگیرند در شفیق بودن با خود با دشواری‌هایی روبرو هستند.

باین‌حال در خصوص ارتباط این سازه‌های روان‌شناختی با شاخص توده بدنی مطالعات زیادی صورت نگرفته است. کاستی‌های موجود در ادبیات پژوهشی، نیاز به پژوهش‌های بیشتر برای بررسی نقش ذهن‌آگاهی و خودشفقتی در شاخص

توده بدنی را ضروری می‌سازد. در واقع از آنجا که رفتارهای خوردن خودکار و احساسات منفی نسبت به خود از جمله شرم و انزجار جز ویژگی‌های غالب در افراد چاق محسوب می‌شوند، فهم چگونگی نقش ذهن آگاهی و خودشفقتی می‌تواند دستاوردهای مهمی در زمینه آسیب‌شناسی و مداخلات درمانی داشته باشد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف مقایسه ذهن آگاهی و خودشفقتی در زنان دارای اضافه وزن و چاق با افراد دارای وزن طبیعی انجام شد.

روش و مواد

این مطالعه به صورت علی مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه زنان چاق، دارای اضافه‌وزن و وزن طبیعی مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت، باشگاه‌های ورزشی و مراکز کاهش وزن شهر تهران بود که از لحاظ سن و تحصیلات با یکدیگر هم‌تا شده بودند. از بین این افراد، ۱۰۰ نفر از افراد دارای وزن بالا و ۱۰۰ نفر با وزن طبیعی، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اما با توجه به اینکه افراد حاضر در این مطالعه بخشی از مطالعه‌ای وسیع‌تر بودند همگی افراد دارای BMI بالا و طبیعی که ملاک‌های شرکت در مطالعه را محقق می‌کردند، وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، داشتن شاخص توده بدنی ۲۵ و بالاتر برای نمونه شاخص توده بدنی بالا و شاخص توده بدنی ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ برای نمونه توده بدنی طبیعی، سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، و تحصیلات دیپلم به بالا. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مرتبط با وزن از جمله بیماری‌های غدد و متابولیسم، ابتلا به بیماری‌های روانی تشخیص داده شده، و اینکه شاخص توده بدنی در افراد با وزن عادی ناشی از مصرف دارو یا رژیم کاهش وزن نباشد. پس از ارائه توضیحات در مورد ماهیت کلی مطالعه و در صورت تمایل افراد برای شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه‌ها در اختیارشان قرار می‌گرفت. روش تکمیل پرسشنامه‌ها برای تمامی افراد نمونه یکسان بود و همه شرکت‌کنندگان به‌طور جداگانه و فردی ملاقات شدند. ملاحظات اخلاقی مطالعه حاضر به شرح ذیل بودند: کلیه پاسخ دهنده‌ها اطلاعات لازم در مورد مطالعه دریافت کردند، شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده و مشارکت کنندگان هر زمان که تمایل داشتند از مطالعه خارج می‌شدند، این اطمینان به آنها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه ثبت و ضبط خواهد شد و در نهایت فرم رضایت نامه کتبی آگاهانه از شرکت کنندگان دریافت گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه عبارت بودند از:

پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناسی: شرکت‌کنندگان در این پرسشنامه به متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، قد و وزن) و سؤال‌های مربوط به ملاک‌های ورود و خروج پاسخ دادند. همچنین در این پرسشنامه، بر اساس اطلاعات وارده توسط شرکت‌کنندگان شاخص توده بدنی توسط پژوهشگر محاسبه و درج شد. شاخص توده بدنی از طریق تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) محاسبه می‌شود. شاخص توده بدنی را می‌توان به طبقات زیر تقسیم‌بندی کرد: وزن طبیعی (کیلوگرم بر مترمربع $18.5 - 24.9$ ، $BMI=18.5$)، اضافه‌وزن (کیلوگرم بر مترمربع $25 - 29.9$ ، $BMI=25$) و چاقی مفرط (کیلوگرم بر مترمربع $BMI > 30$).

پرسشنامه ذهن آگاهی MAAS: این پرسشنامه یک آزمون ۱۵ سؤالی ذهن آگاهی خصیصه‌ای است که به‌منظور سنجش سطح آگاهی و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری زندگی طراحی شده است (۱۰). سؤال‌های آزمون سازه ذهن آگاهی را در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (از نمره یک برای "تقریباً همیشه" تا نمره ۶ برای "تقریباً هرگز") می‌سنجد (۱۰). این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن آگاهی به دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۲ متغیر بوده، به صورتی که نمره بالاتر نشان‌دهنده ذهن آگاهی بیشتر است. نکته حائز توجه در مورد نمره‌گذاری این است که ماده‌های این پرسشنامه حالت منفی دارند و به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سؤال‌ها در حوزه‌های شناختی، هیجانی، بین فردی، جسمی و دیگر حوزه‌های عمومی قرار دارند. همسانی درونی سؤال‌های آزمون بر اساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۰). روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود، کافی گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله زمانی یک

ماهه ثابت گزارش شده است (۱۰). آلفای کرونباخ برای سؤال‌های نسخه فارسی این مقیاس در مورد یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰/۸۱ محاسبه شده است (۱۸). در مطالعه حاضر این ضریب ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس خودشفقتی SCS: این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی ۲۶ ماده‌ای است که به منظور سنجش میزان خودشفقتی ساخته شده است (۱۵). این مقیاس به صورت لیکرت (از نمره ۱ برای "تقریباً هرگز" تا نمره ۵ برای "تقریباً همیشه") نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۲۶ تا ۱۳۰ قرار دارد. سؤال‌های موجود در این مقیاس سه مؤلفه دوقطبی را در قالب شش خرده مقیاس اندازه‌گیری می‌کنند: مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود (معکوس)، احساسات مشترک انسانی، منزوی‌سازی (معکوس)، ذهن‌آگاهی و بزرگ‌نمایی (معکوس). میانگین نمرات شش خرده مقیاس باهم جمع‌شده (بعد از معکوس کردن نمرات خرده مقیاس‌های منفی) و یک نمره خودشفقتی کل حاصل می‌شود. این مقیاس کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می‌سنجد. مانند اینکه فرد تا چه اندازه نسبت به خود مهربان است (نه انتقادگر) و چه میزان تجارب خود را به‌عنوان قسمتی از تجارب دیگران می‌بیند و اینکه به چه میزان از بزرگ‌نمایی تجارب خود صرف‌نظر می‌کند. بنابراین، این مقیاس دیدگاه بازداشتن به مسائل را مشخص می‌کند. این مقیاس از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین هر کدام از خرده مقیاس‌ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این، پایایی بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته نیز ۰/۹۳ گزارش شده است. مقیاس مذکور روایی همگرا و افتراقی نسبتاً بالایی دارد (۱۶). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته است. روایی همگرا و اگرایی مقیاس از طریق اجرای مقیاس حرمت خود و پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب Beck محاسبه شد و نتایج معنادار بود. همچنین همسانی درونی مقیاس برحسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و با ضریب همبستگی ۰/۷۰ مورد تأیید قرار گرفت. ضریب همبستگی معنادار (۰/۸۹) بین نمره‌های دو نوبت آزمون با فاصله ۱۰ روز، حاکی از پایایی بازآزمایی بالای مقیاس است (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۳ به دست آمد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها به این شکل به دست آمد: مهربانی با خود = ۰/۷۵، قضاوت در مورد خود = ۰/۶۶، احساسات مشترک انسانی = ۰/۶۳، منزوی‌سازی = ۰/۷۰، ذهن‌آگاهی = ۰/۶۴ و بزرگ‌نمایی = ۰/۷۳. در نهایت، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد. ابتدا از شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. و سپس در راستای تحلیل استنباطی، از آزمون t برای دو گروه مستقل، استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن افراد شرکت‌کننده در مطالعه در گروه BMI بالا (۴) ۲۵/۱ و در گروه BMI طبیعی (۳/۶) ۲۴/۵ سال بود ($P=0/28$). نتایج وضعیت ذهن‌آگاهی خصیصه‌ای و خودشفقتی در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا و طبیعی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین ذهن‌آگاهی خصیصه‌ای و خودشفقتی در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا و طبیعی

متغیر	گروه	(انحراف معیار) میانگین	p
ذهن‌آگاهی	BMI بالا	۵۹/۳ (۱۱/۳)	۰/۰۰۱
	BMI طبیعی	۶۴/۵ (۹/۵)	
خودشفقتی	BMI بالا	۷۷/۴ (۱۴/۵)	۰/۰۰۴
	BMI طبیعی	۸۳ (۱۲/۸)	

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، در گروه BMI بالا (۴) ۲۵/۱، کمتر از گروه طبیعی (۳/۶) ۲۴/۵ ($P<0/01$) و نمره کل خودشیفتگی در گروه BMI بالا (۴) ۷۷/۴، کمتر از گروه طبیعی (۳/۶) ۸۳ بود ($P<0/01$).

برای بررسی تفاوت‌های دو گروه در خرده مقیاس‌های خودشفقتی از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول شماره ۳- مقایسه خرده مقیاس‌های خودشفقتی در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا و طبیعی

متغیر	گروه	(انحراف معیار) میانگین	p
مهربانی با خود	BMI بالا	۱۴/۸ (۳/۸)	۰/۱۵
	BMI طبیعی	۱۵/۶ (۳/۵)	
قضاوت در مورد خود	BMI بالا	۱۴/۴ (۳/۷)	۰/۰۰۵
	BMI طبیعی	۱۲/۹ (۳/۸)	
احساسات مشترک انسانی	BMI بالا	۱۱/۵ (۲/۸)	۰/۰۳
	BMI طبیعی	۱۲/۳ (۲/۷)	
منزوی سازی	BMI بالا	۱۲/۶ (۳/۴)	۰/۰۰۰۱
	BMI طبیعی	۱۰/۹ (۲/۸)	
ذهن آگاهی	BMI بالا	۱۲ (۲/۸)	۰/۰۲
	BMI طبیعی	۱۲/۹ (۲/۵)	
بزرگ نمایی	BMI بالا	۱۲ (۳/۶)	۰/۰۴
	BMI طبیعی	۱۱ (۲/۷)	

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، میانگین (انحراف معیار) نمره قضاوت در مورد خود (۳/۸) و ۱۴/۵ (۳/۸) و ۱۲/۹ (۳/۴) و ۱۲/۶ (۳/۴) و ۱۰/۹ (۲/۸) و $P<۰/۰۱$ و بزرگ نمایی (۳/۶) و ۱۲ (۲/۷) و ۱۱/۱ (۲/۷) و $P<۰/۰۵$ در گروه BMI بالا، بیشتر از طبیعی بود ولی در احساسات مشترک انسانی (۲/۸) و ۱۱/۵ (۲/۷) و ۱۲/۴ (۲/۷) و $P<۰/۰۵$ ، ذهن آگاهی (۲/۹) و ۱۲ (۲/۵) و $P<۰/۰۵$ نمرات گروه BMI بالا، کمتر از طبیعی بود.

بحث

مطالعه نشان داد که نمره ذهن آگاهی خصیصه ای در گروه BMI بالا، کمتر از گروه طبیعی بود. به طور مشخص ذهن آگاهی خصیصه ای در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا به طور معناداری پایین تر از زنان دارای شاخص توده بدنی طبیعی است. این یافته همسو با مطالعاتی است که نشان می دهند ذهن آگاهی خصیصه ای با شاخص توده بدنی طبیعی (۱۳) رفتارهای خوردن سالم و مصرف کالری کمتر (۱۲) مرتبط است. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که برخورداری از این صفت می تواند واکنش های خودکار و بدون توجه به غذا را به حداقل برساند، همچنین راه اندازهای هیجانی که منجر به خوردن هیجانی می شوند و مصرف غیرضروری غذا را کاهش دهد. خوردن غذا به صورت خودکار (یا بدون توجه) اجتناب ناپذیر است، چراکه خوردن یک رفتار بیش از حد تکرارشونده است (یعنی فرد سه بار در یک روز و بیشتر روزها غذا می خورد)، که اغلب نسبت به سایر تکالیف زندگی روزمره نقش ثانوی پیدا می کند. مطالعات نشان می دهند که خوردن خودکار رفتار رایجی است، که به موجب آن افراد اقدام به خوردن می کنند چون زمان وعده غذایی است و نه به این دلیل که احساس گرسنگی می کنند (۲۰). بعلاوه، دیدن غذا و وجود آن در دم دست می تواند به طور خودکار مصرف غذا را افزایش دهد (۲۱). با این حال، ذهن آگاهی تمرکز فرد را به آنچه در حال خوردنش هست برمی گرداند. در حقیقت، یافته ها نشان می دهند که ذهن آگاهی

خوردن را از حالت خودکار درمی آورد، و واکنش به ولع غذایی را بهبود می بخشد (۲۲)، و از این طریق به مدیریت وزن کمک می کند. خوردن خودکار می تواند به شکل خوردن هیجانی نیز ظاهر شود. خوردن هیجانی حاصل استفاده از غذا به عنوان یک سازوکار مقابله ای در حضور هیجانات منفی است. به عبارت دیگر، خوردن تبدیل به ابزاری می شود برای اجتناب یا فرونشانی افکار و هیجانات منفی. اجتناب یا فرونشانی گریزی کوتاه مدت از هیجانات هستند، اما یک راه حل درازمدت نیستند، چراکه گرایش به اجتناب از افکار و هیجانات منفی ممکن است منجر به بازگشت مجدد این افکار و هیجانات به صورت شدیدتر و فراوان تر شوند (۲۳). بنابراین، وقتی خوردن تبدیل به یک سازوکار مقابله ای برای اجتناب یا فرونشانی هیجانات منفی می شود، عادی و خودکارتر نیز می شود، به جای تلاش برای فرونشانی یا اجتناب هیجانات منفی، متوجه ماندن و ترویج یک نگرش غیرقضاوتی از طریق ذهن آگاهی می تواند به افراد کمک کند تا بدون غذا با هیجانات منفی مقابله کنند. بنابراین وقتی ذهن آگاهی برای فرد به یک سازوکار مقابله ای جدید تبدیل می شود می تواند اثر هیجانات منفی روی رفتار خوردن را تعدیل کند، یا اثر حالت هیجانی کنونی روی رفتار خوردن را کاهش دهد. ذهن آگاهی همچنین از طریق اثرگذاری بر نگرش نسبت به غذاهای گوناگون به رفتارهای خوردن سالم تر منجر می شود (۱۲). به صورتی که افرادی با ذهن آگاهی بیشتر نسبت به افرادی با ذهن آگاهی پایین ترجیحات نیرومندتری برای میوه نسبت به شیرینی دارند. به نظر می رسد ذهن آگاهی می تواند روشی برای کمک به تنظیم وزن باشد. در نتیجه مداخلاتی به قصد ارتقای ذهن آگاهی طراحی شده اند. برنامه آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی (MB-EAT) مداخله ای تخصصی بر اساس ذهن آگاهی و برای کمک به کاهش وزن است که واکنش خودکار به نشانه های مرتبط با غذا، نظیر بو و منظره غذا و همچنین خوردن هیجانی را هدف قرار می دهد (۲۴).

مطالعه همچنین نشان داد که بین دو گروه، تفاوت معناداری از لحاظ خودشفقتی وجود دارد. به این ترتیب که افراد دارای شاخص توده بدنی بالا خودشفقتی پایین تری دارند. این یافته برخلاف مطالعه Hilbert و همکاران (۱۷) است که در آن رابطه ای بین شاخص توده بدنی و خودشفقتی مشاهده نشد. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که خودشفقتی ممکن است به چند طریق با رفتارهای خوردن و تنظیم وزن مرتبط باشد. این سازه در رابطه بین شاخص توده بدنی (BMI)، نارضایتی از بدن و علائم خوردن بیمارگون نقش میانجی گر دارد (۲۵). در مطالعه ای روی افراد دارای اضافه وزن و چاقی، مشاهده شد که خودشفقتی در رابطه بین برچسب زنی منفی به خود و سلامت کلی نقش میانجی گر دارد. برخی پیشنهاد کرده اند که خودشفقتی با رفتارهای خوردن سالم نظیر آگاهانه خوردن (۲۶) و افزایش قصدهای رفتاری سالم (۲۷) ارتباط دارد. همچنین چاقی یک برچسب اجتماعی نیرومند به همراه دارد، بنابراین، برخورداری یا کسب خودشفقتی می تواند به فرد کمک کند تا به شکل فعالانه تری مقابله کند، و احتمالاً در صورتی که یکی از رفتارهای زمینه ای او خوردن هیجانی است، کمتر بخورد. همچنین شواهدی وجود دارند که نشان می دهند افرادی که در جریان درمان بهبود بیشتری در خودشفقتی تجربه کردند به درمان بهتر پاسخ دادند (۲۸).

از لحاظ خرده مقیاس های خودشفقتی نیز، این تفاوت در پنج خرده مقیاس مشاهده می شود. به طوری که افراد دارای شاخص توده بدنی بالا در خرده مقیاس های مثبت خودشفقتی احساسات مشترک انسانی و ذهن آگاهی نمرات پایین تر و در خرده مقیاس های منفی خودشفقتی یعنی قضاوت در مورد خود، منزوی سازی و بزرگ نمایی نمرات بالاتری دارند. هرچند در مورد خرده مقیاس مهربانی با خود تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد، اما در مورد این خرده مقیاس نیز افراد دارای شاخص توده بدنی بالا نمر پایین تری داشتند. با توجه به ابعاد مثبت خودشفقتی (احساسات مشترک انسانی، ذهن آگاهی و مهربانی با خود)، افرادی که از این ابعاد برخوردارند در مواجهه با تجربیات منفی، نسبت به خودشان گرم، مهربان و گشوده هستند و به جای قضاوت کردن با درک مشفقانه با کاستی های خود روبرو می شوند. از سوی دیگر، افرادی که در ابعاد منفی خودشفقتی (خودقضاوتی، انزوا و بزرگ نمایی) نمره بالایی دارند در مواجهه با وقایع استرس زای زندگی و تجربیات ناموفق، افکار و هیجانات منفی مرتبط با آنها را بزرگ نمایی کرده، خود را محکوم و نسبت به خود نگرش خودانتقادی اتخاذ می کنند.

در مورد بعد مهربانی با خود در برابر خودقضاوتی، به نظر می‌رسد اگر فرد قضاوت کردن و سرزنش خود را به اندازه کافی متوقف کند تا میزانی از مهربانی با خود را تجربه کند، در آن صورت تأثیر تجربیات هیجانی منفی کاهش خواهد یافت، و حفظ آگاهی متعادل از افکار و هیجانات فرد را آسان‌تر می‌سازد. در بعد احساسات مشترک انسانی در برابر انزوا، فهم این مطلب که رنج کشیدن و شکست‌های شخصی برای همه اتفاق می‌افتد از میزان سرزنش و انزوای افراد در نتیجه ناملایمات زندگی می‌کاهد. کسانی که در احساسات مشترک انسانی نمره بالایی دارند حس خود ارزشمندی بالاتری دارند. بعد ذهن آگاهی در برابر بزرگ‌نمایی به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و غرق شدن در افکار و هیجانات منفی پیشگیری کند. این خرده مقیاس با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان‌های منفی در آنها می‌شود (۱۵). به‌طور کلی، به نظر می‌رسد فراگیری جنبه‌های مثبت این ابعاد از طریق مداخلات مبتنی بر شفقت به افراد دارای شاخص توده بدنی بالا، این امکان را می‌دهد که با شرایط دشوار بهتر مقابله کنند، در برابر فشارهای اجتماعی احساسات منفی کمتری نسبت به خود داشته باشند، و توانایی بهتری برای تنظیم هیجانی داشته باشند.

محدودیت‌ها

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت که موجب می‌شود تعمیم نتایج همراه با ملاحظه باشد. یکی از محدودیت‌ها این بود که سنجش حالات ذهن آگاهی و خودشفقتی تنها با استفاده از آزمون‌های خود گزارش‌دهی صورت گرفت. در همین راستا، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های دیگری نظیر مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین مطالعه تنها روی زنان جوان انجام گرفت. پیشنهاد می‌شود پژوهش روی نمونه‌های گوناگون تکرار شود. و همچنین ماهیت مقطعی طرح مطالعه امکان هرگونه تفسیر علی از نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد.

از لحاظ کاربردی، پیشنهاد می‌شود درمانگران به ظرفیت ذهن آگاهی و خودشفقتی افراد دارای شاخص توده بدنی بالا بپردازند چراکه تصور می‌شود برخورداری از آنها نقش بسزایی در مدیریت وزن و سلامت روانی داشته باشد. بر اساس شواهد موجود به نظر می‌رسد ارتقای این سازه‌های روان‌شناختی می‌تواند خطر اثرگذاری عوامل ژنتیکی و محیطی بر شاخص توده بدنی را تقلیل داده و موجب بهبود رفتارها و ترجیحات غذایی سالم و کاهش رفتارهای خوردن ناسالم شود. امید است با طراحی و بومی‌سازی مداخلاتی بر اساس این سازه‌ها یا گنجاندن آنها در مداخلات کنونی در ایران بتوان در راستای مدیریت شاخص توده بدنی، کنترل و کاهش شیوع چاقی و پیامدهای جسمانی، روانی، اجتماعی و مالی آن عمل نمود.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که ذهن آگاهی و خودشفقتی در افراد دارای شاخص توده بدنی بالا به‌طور معناداری کمتر از افرادی با وزن طبیعی است.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که با همکاری خود انجام این پژوهش را میسر ساختند صمیمانه سپاسگزاریم. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است و دارای کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1396.218 می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافع در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global Burden of Obesity in 2005 and Projections to 2030. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32(9):1431-7.
2. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: World Health Organization. 2000. (Cited 8 Nov. 2017) Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

3. Hurt RT, Kulisek C, Buchanan LA, & McClave SA. The Obesity Epidemic: Challenges, Health Initiatives, and Implications for Gastroenterologists. *Gastroenterology & Hepatology* 2010; 6(12): 780–792.
4. Janghorbani M, Amini M, Willett WC, Gouya MM, Delavari A, Alikhani S, et al. First Nationwide Survey of Prevalence of Overweight, Underweight, and Abdominal Obesity in Iranian Adults. *Obesity*. 2007;15(11):2797-2808.
5. Powers KA, Rehrig ST, & Jones DB. Financial Impact of Obesity and Bariatric Surgery. *The Medical Clinics of North America* 2007; 91(3): 321–38.
6. Heitmann BL, Westerterp KR, Loos RJ, Sorensen O, Dea KO, McLean P, et al. Stock Conference Report/Etiology and pathophysiology. Obesity. Lessons from Evolution and the Environment. *Obesity Reviews* 2012; 13: 910–922.
7. French SA, Epstein LH, Jeffery RW, Blundell JE, & Wardle J. Eating Behavior Dimensions. Associations with Energy Intake and Body Weight. A review. *Appetite* 2012; 59(2): 541–49.
8. Kabat-Zinn J. *Wherever You Go There You Are. Mindfulness Meditation in Everyday life*. 2005; New York: Hyperion.
9. Walach H, Buchheld N, Bütünmüller V, Kleinknecht N, & Schmidt S. Measuring Mindfulness. The Freiburg Mindfulness Inventory. *Personality and Individual Differences* 2006; 40(8): 1543–1555.
10. Brown KW, & Ryan RM. The Benefits of Being Present. Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; 84(4): 822–848.
11. Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, & Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional and External Eating Behavior. *The International Journal of Eating Disorders* 1986; 5(2): 295–315.
12. Jordan CH, Wang W, Donatoni L, & Meier BP. Mindful Eating: Trait and State Mindfulness Predict Healthier Eating Behavior. *Personality and Individual Differences* 2014; 68: 107-111.
13. Loucks EB, Britton, WB, Howe CJ, Gutman R, Gilman SE, Brewer J, ... & Buka SL. Associations of Dispositional Mindfulness With Obesity and Central Adiposity: the New England Family Study. *International journal of Behavioral Medicine* 2016; 23(2): 224-233.
14. Sikorski C, Luppä M, Braehler E, Koenig H-H, Riedel-Heller SG: Obese Children, Adults and Senior Citizens in the Eyes of the General Public: Results of a Representative Study on Stigma and Causation of Obesity. *PloS ONE* 2012; 7(10):e46924.
15. Neff K. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity* 2003; 2(3): 223–250.
16. MacBeth A, and Gumley A. Exploring Compassion: A Meta-Analysis of the Association Between Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical Psychology Review* 2012; 32(6): 545– 552.
17. Hilbert A, Braehler E, Schmidt R, Löwe B, Häuser W, Zenger M. Self-Compassion as a Resource in the Self-Stigma Process of Overweight and Obese Individuals. *Obesity Facts* 2015; 8(5): 293-301.
18. Ghorbani N, Watson PJ, & Bart LW. Mindfulness in Iran and the United States: Cross Cultural Structural Complexity and Parallel Relationships with Psychological Adjustment. *Curr Psychol* 2009; 28: 211–224.
19. Momeni F, Shahidi S, Mootabi F. Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS). *Contemporary Psychology* 2014; 8(2): 27-40. (Full Text in Persian)
20. Cohen D, Farley TA. Eating as an automatic behavior. *Prev Chronic Dis* 2008; 5(1):A23.
21. Wansink B, Painter JE, Lee YK. The Office Candy Dish: Proximity's Influence on Estimated and Actual Consumption. *Int J Obes*. 2006; 30(5):871–5.

22. Alberts HJ, Mulkens S, Smeets M, et al. Coping with Food Cravings. Investigating the Potential of a Mindfulness-Based Intervention. *Appetite* 2010; 55(1):160–3.
23. Geliebter A, Aversa A. Emotional Eating in Overweight, Normal Weight, and Underweight Individuals. *Eat Behav* 2003; 3(4): 341–7.
24. Kristeller J, Wolever RQ, Sheets V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: a Randomized Clinical Trial. *Mindfulness* 2014; 5(3): 282-297.
25. Duarte C, Ferreira C, Trindade IA, et al. Body Image and College Women's Quality-of-life: The Importance of Being Self-Compassion. *Journal of Health Psychology* 2015; 20(6): 754–764.
26. Schoenefeld SJ and Webb JB. Self-Compassion and Intuitive Eating in College Women: Examining the Contributions of Distress Tolerance and Body Image Acceptance and Action. *Eat. Behav* 2013; 14(4): 493–496.
27. Sirois FM. A Self-Regulation Resource Model of Self-Compassion and Health Behavior Intentions in Emerging Adults. *Prevent. Med. Rep* 2015; (30)2: 218–22.
28. Kelly AC, Carter JC, & Borairi S. Are Improvements in Shame and Self-Compassion Early in Eating Disorders Treatment Associated With Better Patient Outcomes? *International Journal of Eating Disorders* 2014; 47(1): 54–64.