

Research Paper



Comparing the Effectiveness of Therapeutic Diet Combined with Exercise and its Combined Effect with the Emotion-Focused Group Therapy on Night Eating Syndrome of Obese People with Binge Eating Disorder



Mir Javad Chehraghi¹, Fatemeh Mohammadi Shir Mahalleh^{2*}, Alireza Shokrgozar³, Maryam Abolhasani⁴,
Mohammad Arash Ranezani⁵

1. PhD student in health psychology, Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
4. Associate Professor, Department of Medicine, University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
5. Assistant professor, post-doctorate in behavioral sciences, Tehran, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17091

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17091.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Obesity with binge eating disorder, emotion-focused therapy, diet therapy, night eating syndrome, exercise

Received: 2023/05/18
Accepted: 2023/06/19
Available: 2024/02/20

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of therapeutic diet combined with exercise and its combined effect with the group emotion focused therapy on night eating syndrome. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with two-month follow-up. The statistical population of the study included all obese people suffering from overeating who referred to the obesity clinic of Sina Hospital in Tehran in 1401. The sample size of the research included 51 people (17 people in each group) who were selected by available sampling method. The research tool included night eating Questionnaire (NEQ). The control group did not receive any intervention, but both research experimental groups received diet therapy intervention with exercise during 12 sessions, and one of the experimental groups received 10 sessions of approximately 2 hours of emotion-focused therapy. Mixed variance analysis was used to analyze the data. The results showed that the therapeutic diet group combined with exercise combined with emotion-focused therapy has a significant effect on night eating syndrome ($P < 0.05$). Also, the results showed that the therapeutic diet combined with exercise has no significant effect on night eating syndrome ($P < 0.05$). The results showed that the therapeutic regimen combined with exercise in combination with the emotion-focused therapy is probably a more efficient treatment compared to the therapeutic diet combined with exercise for the treatment of night eating syndrome in obese people with binge eating disorder.



* Corresponding Author: Fatemeh Mohammadi Shir Mahalleh

E-mail: fatemehmohammadish1991@gmail.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر نشانگان خوردن شبانه افراد مبتلا به چاقی با اختلال پر خوری



میر جواد چهراقی^۱، فاطمه محمدی شیر محله^{۲*}، علیرضا شکرگذار^۳، مریم ابوالحسنی^۴، محمد آرش رضانی^۵

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، مرکز تحقیقات مراقبتهای بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات مراقبتهای بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات مراقبتهای بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۴. دانشیار، گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تهران، ایران.
۵. استادیار، فوق دکترا علوم رفتاری، تهران، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17091

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17091.html



چکیده

مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر نشانگان خوردن شبانه بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد چاق مبتلا به پر خوری مراجعه کننده به کلینیک چاقی بیمارستان سینا شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه پژوهش شامل ۵۱ نفر (هر گروه ۱۷ نفر) بود که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خوردن شبانه بود. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد اما هر دو گروه آزمایش پژوهش مداخله رژیم درمانی همراه با ورزش را در طول ۱۲ جلسه دریافت کردند و یکی از گروه‌های آزمایش ۱۰ جلسه تقریباً ۲ ساعته درمان متمرکز بر هیجان را نیز دریافت کرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج نشان داد که گروه رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر نشانگان خوردن شبانه اثربخشی معناداری دارد ($P < 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان، معناداری ندارد ($P > 0.05$). نتایج نشان می‌داد که رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان، احتمالاً درمان کارآمدتری در مقایسه با رژیم درمانی همراه با ورزش برای درمان نشانگان خوردن شبانه در افراد مبتلا به چاقی با اختلال پر خوری بوده است.

کلیدواژه‌ها:

چاقی با اختلال پر خوری،
درمان متمرکز بر هیجان،
رژیم درمانی، نشانگان
خوردن شبانه، ورزش

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۲/۲۸

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۳/۲۹

منتشر شده: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

* نویسنده مسئول: فاطمه محمدی شیر محله

رایانامه: fatemehmohammadish1991@gmail.com

مقدمه

چاقی یکی از عوامل خطر مرگ و میر جهانی است که عامل ۵ درصد مرگ و میر در سراسر جهان است و شیوع فزاینده‌ای از اضافه وزن و بزرگسالان چاق وجود دارد و برخی آمارها حکایت از شیوع ۳۶ درصدی آن دارد (آهیروار و ماندل^۱، ۲۰۱۹). چاقی و اختلال پرخوری^۲ به شدت با یکدیگر همبستگی دارند و نرخ همبودی آنها نیز بالا است (آگورا، لوزانو - مادرید، مالورکوی - باگو، خیمنز - ماریسا^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). طبق تعریف انجمن روان پزشکی آمریکا^۴ (۲۰۱۳) اختلال پرخوری به اپیزودهای مکرر پرخوری (حداقل یک بار در هفته به مدت سه ماه یا بیشتر) در غیاب رفتارهای جبرانی منظم تعریف شده است. ویژگی بارز پرخوری، افزایش وزن و چاقی مفرط است و به نظر می‌رسد هسته مرکزی آن از دست دادن کنترل باشد (تانفسکوی - کراف، شوی و گریلو^۵، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات صورت گرفته در ایران از نرخ شیوع چشمگیر اضافه وزن ۳۹ تا ۵۹ درصد و شیوع چاقی ۱۷ الی ۲۳ درصدی را دارد (جلالی‌نیا، سعیدی‌مقدم، شیدایی، رضایی، نقیعی ایروانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ سعادت‌فر، استادی‌مقدم، خوشحال، جابری آزاد، ترابی و همکاران، ۲۰۱۸). این بیماری همه‌گیر جهانی باعث شده است تا توجه به مولفه‌ها و متغیرهای درگیر در آن بیشتر گردد (آهیروار و ماندل، ۲۰۱۹).

نشانه‌های خوردن شبانه^۶ یکی از موارد رایج در افراد چاق است که نیازمند مداخله‌های هدفمند است (ابوت، دیندول، طاهرانی و پیوا^۷، ۲۰۱۸). نشانه‌های خوردن شبانه توصیف کننده هیپرفازی شبانه^۸ (افزایش غیرعادی اشتها)، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی صبحگاهی است (لمباردو و کرولنی^۹، ۲۰۲۲)، و تقریباً در ۲۶٪ از بیماران مبتلا به چاقی مشاهده می‌گردد (د زوان، مارچولک و آلیسون^{۱۰}، ۲۰۱۵). نشانه‌های خوردن شبانه معمولاً شامل دوره‌های مکرر خوردن شبانه است، که با خوردن غذا بعد از بیدار شدن از خواب یا با مصرف بیش از حد غذا بعد از شام آشکار می‌شود و تقریباً به صورت مداوم آگاهی و یادآوری غذا خوردن وجود دارد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اکثر بیماران مبتلا به نشانه‌های خوردن شبانه گزارش می‌دهند که علائم را در زمان افزایش وزن و استرس زندگی تجربه می‌کنند. به عبارتی نشانه‌های خوردن شبانه در مواقع استرس شدید زندگی تشدید می‌شود و باور به اینکه یک راه مقابله با اضطراب است، منجر به حفظ آن می‌شود (مک‌کوئن - ورس، روگیری و آلیسون^{۱۱}، ۲۰۱۸). مقایسه‌های صورت گرفته حاکی از این است که خوردن شبانه در افراد چاق بیشتر از افراد دیگر است (واندر وال^{۱۲}، ۲۰۱۲). علاوه بر این تأخیر در الگوهای معمول غذا خوردن در طول روز خطر ابتلا به اختلال‌های متابولیک را افزایش می‌دهد. به گونه‌ای که نشانه‌های خوردن

شبانه در مبتلایان به دیابت شیوع ۹/۷ درصدی دارد و کسانی که علائم شب‌خوری دارند، کنترل متابولیک غیراستاندارد بیشتری دارند (پاولیشیان، کوزاک و هیوشک^{۱۳}، ۲۰۲۱).

روش‌های مختلفی برای تغییر ترکیب بدن و مسائل متابولیک برای بزرگسالانی که بیش از حد چاق هستند در دسترس است. از جمله این روش‌ها رژیم درمانی همراه با ورزش است که بیانگر استفاده از انواع روش‌های تمرین‌های مقاومتی و استقامتی به همراه برنامه‌های مدیریت مصرف کالری در طول شبانه روز است (کلارک^{۱۴}، ۲۰۱۵). رژیم‌های غذایی با کالری محدود بیشترین استفاده را در درمان چاقی در سراسر جهان دارند. هرگونه محدودیت در دریافت انرژی از رژیم غذایی منجر به صرفه‌جویی در انرژی با کاهش سرعت متابولیسم پایه و کاهش توده بدون چربی بدن می‌شود (مونیر، شلینگر، کولت و بونت^{۱۵}، ۲۰۲۱). در کنار برنامه‌های رژیمی، ورزش منظم به کاهش وزن و چربی بدن، حفظ وزن بدن و کاهش چربی و آمادگی متابولیک در چاقی کمک می‌کند (پتریدو، سایویی و موگیوس^{۱۶}، ۲۰۱۹). نشان داده شده که برنامه‌های تمرین ورزشی و رژیم غذایی برای بهینه‌سازی کاهش وزن و کاهش توده چربی و بهبود آمادگی جسمانی مؤثر هستند (بلیچا، کاپانگورا، پویتو و اوپرت^{۱۷}، ۲۰۱۸). این در حالی است که نتایج بررسی فراتحلیل نشان می‌دهد که اگرچه مداخله‌های مبتنی بر ورزش و رژیم درمانی در ابتدا نتایج اثربخشی را نشان می‌دهند، اما افزایش وزن پس از کاهش وزن یکی از مهم‌ترین چالش‌های این مداخله‌ها است (فورایت، پرسبای، شرک، کان، چکلای^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۸). بررسی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رژیم درمانی همراه با ورزش در کاهش وزن و در برخی موارد بهبود سلامت روان مؤثر هستند، با این حال این پژوهش‌ها با این محدودیت روبرو بوده‌اند که به پیگیری پایداری نتایج بدست آمده نپرداخته‌اند (صدیقیان، حکیم جواد، رضائی و زبردست، ۱۳۹۹؛ ایران‌دوست، طاهری و ثقه‌الاسلامی، ۱۳۹۴).

به نظر می‌رسد عود و افزایش مجدد وزن تا حدودی ناشی از موانعی مانند عدم کنترل رفتاری و پریشانی هیجانی است (مونیر و همکاران، ۲۰۲۱). در همین رابطه نشان داده شده که ترکیبی از رژیم غذایی شخصی، ورزش و درمان‌های روان‌شناختی موثرترین شکل مداخله در اضافه وزن و چاقی و مشکلات روان‌شناختی همراه و زیربنای آن است (پونت و مارتینز - مارکوس^{۱۹}، ۲۰۱۸). درمان متمرکز بر هیجان^{۲۰} که از سنت انسان‌گرایانه بیرون آمده، تا حدودی اثربخشی آن برای اختلالات خوردن نشان داده شده است (گلیسنی، استرودل، کینگ و گرینبرگ^{۲۱}، ۲۰۲۱). درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد انسانی-یکپارچه است که بر اهمیت عواطف انسانی در عملکرد روان‌شناختی و تغییرات درمانی تأکید دارد و ریشه‌های اولیه آن در

12. Vander Wal
13. Pavlyshyn, Kozak & Hiushk
14. Clark
15. Monnier, Schlienger, Colette & Bonnet
16. Petridou, Siopi & Mougios
17. Bellicha, Ciangura, Poitou, Portero & Oppert
18. Foright, Presby, Sherk, Kahn, Checkley
19. Puente & Martínez-Marcos
20. emotion-focused therapy
21. Glisenti, Strodl, King & Greenberg

1. Ahirwar & Mondal
2. binge eating disorder (BED)
3. Agiera, Lozano-Madrid, Mallorquí-Bagué Jiménez-Murcia
4. American Psychiatric Association
5. Tanofsky-Kraff, Schvey & Grilo
6. night eating syndrome (NES)
7. Abbott, Dindol, Tahrani & Piya
8. nocturnal hyperphagia
9. Lombardo & Cerolini
10. De Zwaan, Marscholke & Allison
11. McCuen-Wurst, Ruggieri & Allison

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد چاق مبتلا به پرخوری مراجعه کننده به کلینیک چاقی بیمارستان سینا در سال ۱۴۰۱ واقع در شهر تهران بود. با در نظر گرفتن این مورد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای طرح‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه است (کوتن و کتو، ۲۰۰۲) و امکان ریزش نیز در گروه‌های پژوهش وجود دارد، بنابراین حجم نمونه پژوهش شامل ۵۱ نفر (هر گروه ۱۷ نفر) از افراد چاق مبتلا به پرخوری بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۵ سال، شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰، عدم اعتیاد به انواع مواد مخدر و مشروبات الکلی (طبق اظهار نظر شرکت کنندگان در پژوهش و بررسی پرونده پزشکی آنها در کلینیک چاقی بیمارستان سینا)، دریافت تشخیص اختلال پرخوری بر اساس پرونده پزشکی موجود در کلینیک چاقی بیمارستان سینا، عدم دریافت اختلال روان‌شناختی و جسمی به غیر از اختلال پرخوری بر اساس پرونده پزشکی در کلینیک چاقی بیمارستان سینا و داشتن سواد تحصیلی حداقل در سطح دیپلم. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: درخواست انصراف از پژوهش حین اجرای پژوهش، عدم شرکت در حداقل دو جلسه از مداخله برای گروه‌های آزمایش، عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از گویه‌های هر پرسشنامه علاوه بر رضایت آگاهانه و محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت کنندگان، همچنین امکان دریافت هر یک از مداخله‌ها برای گروه کنترل به صورت رایگان دیگر ملاحظه اخلاقی پژوهش حاضر بود. همچنین پژوهش حاضر با شناسه اخلاق IR.IAU.K. REC.1401.090 در دانشگاه آزاد اسلامی مصوب گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس آمیخته و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه خوردن شبانه (NES): این پرسشنامه توسط آیسون، لاندگرن، اورپدون، مارتینو، سارور و همکاران (۲۰۰۸) به منظور بررسی نشانگان خوردن شبانه تهیه و تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۱۴ آیتم است که به ارزیابی گرسنگی صبحگاهی و زمان اولین مصرف غذا، ولع غذا و کنترل رفتار خوردن قبل از خواب و در هنگام بیداری شبانه، درصد غذای مصرف شده بعد از خواب، دفعات بیداری شبانه و خوردن غذا، اختلال خلقی و آگاهی از قسمت‌های شب خوری می‌پردازد. آیتم‌ها در مقیاس لیکرت ۰ تا ۴ به استثنای مورد ۷ نمره گذاری می‌شوند. نمره کل NEQ با کدگذاری معکوس آیتم‌های ۱، ۴، و ۱۴ و جمع بندی همه آیتم‌ها، به جز آیتم ۱۳، محاسبه می‌شوند. نمره کل NEQ محدوده ای از ۰ تا ۵۲ است. سازندگان ضمن تایید روایی همگرای پرسشنامه با معیارهای اضافی از خوردن شبانه، اختلال خوردن، خواب، خلق و خو و استرس، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰

درمان‌های انسان‌گرایانه، گشتالت و وجودی و نیز نظریه سیستم‌های خانواده است (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۹). درمان متمرکز بر هیجان از یک چارچوب یکپارچه استفاده می‌کند و تمرکز مداوم بر روی هیجان‌های فرد است. مشارکت تجربی و هیجان‌های درک شده به عنوان وسیله اولیه تغییر در نظر گرفته می‌شود. در درمان متمرکز بر هیجان، فرد باید احساسات دردناک خود را تجربه کند تا آنها را تغییر دهد. تجارب هیجانی اساساً با عملکرد انسان سازگار است. عواطف اغلب زودتر و سریع‌تر از شناخت‌ها رخ دهند، و نقشی اساسی در پردازش اطلاعات دارند (گلدمن، ۲۰۱۹). نتایج دو فراتحلیل حاکی از این بوده است که درمان متمرکز بر هیجان به صورت معناداری آسیب روانی پرخوری، دفعات پرخوری، نگرانی‌های مربوط به خوردن و شکل بدن و همچنین دشواری تنظیم هیجان را کاهش می‌دهد (گلیسنٹی، استرودل و کینگ، ۲۰۱۸؛ اوسورو، ویلالوبوس و تیمو، ۲۰۲۱). اخیراً در یک مطالعه اگر چه بر روی افراد مبتلا به چاقی نبود، با این حال نشان داده شد که درمان متمرکز بر هیجان بر اپیزودها و روزهای پرخوری و آسیب‌های روانی پرخوری اثربخشی معناداری دارد (گلیسنٹی و همکاران، ۲۰۲۱). البته این نتایج به صورت محدود و بر روی چند آزمودنی بدست آمده که در تعمیم نتایج آن محدودیت وجود دارد. همچنین در یک مطالعه دیگر نشان داده شده که درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود تنظیم هیجان و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت اثربخش است (یعقوبی، بیاضی، بابایی و اسدی، ۲۰۲۰).

در مجموع می‌توان گفت که چاقی روند رو به گسترش و نگران کننده‌ای دارد و ارائه مداخله‌های کارآمد و پایدار جهت کاهش وزن جزء مسائل مهم نظام سلامت هر جامعه به شمار می‌رود. اگر چه چاقی و پرخوری از عوامل گوناگون زیستی و غیرزیستی نشأت می‌گیرد، با این حال نمی‌توان از نقش عواملی مانند غذا خوردن شبانه چشم‌پوشی کرد. به عبارتی خوردن شبانه علاوه بر اینکه می‌تواند علتی برای چاقی و پرخوری باشند، همچنین می‌تواند مانعی برای اثربخشی برنامه‌های رژیم‌درمانی و ورزش باشند. به نظر می‌رسد عدم نتایج پایدار و اثربخش برنامه‌های رژیمی و ورزشی در جهت کاهش چاقی تا حدودی به همین عوامل روان‌شناختی برگردد. بنابراین ارائه مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد و اثربخش به همراه برنامه‌های رژیمی و ورزشی می‌تواند بر افزایش اثربخشی و پایداری نتایج کمک کند. اگر چه براساس شواهد موجود به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر هیجان تا حدودی در بهبود پرخوری و تنظیم هیجان اثربخش باشد، اما این خلا وجود دارد که اثربخشی ترکیبی آن همراه با برنامه‌های رژیمی و ورزشی مورد بررسی قرار نگرفته است. به عبارتی به نظر می‌رسد که پژوهش‌ها توجه چندانی به بررسی اثربخشی ترکیب مداخله‌های روان‌شناختی با رژیم‌درمانی همراه با ورزش برای بهبود نشانگان خوردن شبانه در افراد چاق نداشته‌اند. در همین راستا پژوهش حاضر در پی بررسی این مسئله بود که آیا بین اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان و رژیم درمانی همراه با ورزش بر نشانگان خوردن شبانه افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری تفاوت معناداری وجود دارد.

4. Quinn & Keough
5. night eating Questionnaire (NEQ)
6. Allison, Lundgren, O'Reardon, Martino, Sarwer

1. Goldman
2. Glisenti, Strodl & King
3. Osoro, Villalobos & Tamayo

فرآیند در حال حاضر پرداخته می شود. هنگامی که تجربه هیجانی مراجع تحریک شود، وی قادر خواهد بود به اطلاعاتی که حاوی تجربه است دسترسی پیدا کند.

هفتم رفع وقفه ها و غلبه بر وقفه ها و هیجانها، فرآیندهای اجتناب و حذف شکستن فعالیت های دو صندلی. آزمودنیها فرآیندهای شکستن را به عنوان دراماتیک انجام می دهند تا خود را عاملان شکستن فرآیندها تجربه کنند.

هشتم دسترسی به طرح هیجانی ناسازگار از طریق برانگیختن هیجانهای متوقف شده، روی ناسازگار نشانگرهای هیجانی و مسئولیت های الزام آور کار می شود و به نیازهای مراجع دسترسی پیدا خواهد شد. هدف از این جلسه تغییر هیجانها، دستیابی به هیجانهای اولیه پنهان، ارزیابی خودکار به هم پیوسته و در نهایت دستیابی به نیازهای مراجع می باشد.

نهم پردازش هیجان و تغییر طرح هیجانی برای تغییر شکل طرح ناسازگار مرکزی از طریق بهبود تفکر برای معنا بخشیدن به تجربه، اعتبار بخشیدن به هیجان-های جدید و حفاظت از حس ایجاد شده نسبت به خود شخص.

دهم تثبیت هیجان-های سازگار و اتمام کار گروه در فرآیند هیجانی، هیجانها سازماندهی خواهد شد. فعالیت هایی را ارائه می شود که می تواند تغییرات را تقویت کند. به جای پرخوری، بر بیان هیجانها تاکید خواهد شد.

را برای پرسشنامه گزارش کرده اند. ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط فرهنگی (۲۰۱۹) مورد بررسی قرار گرفته و ضمن تایید روایی محتوای آن طبق نظر خبرگان با مقدار بالای ۰/۷۲ برای گویه ها، پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش داده است. همچنین این نویسنده نمره برش این پرسشنامه را ۲۵ گزارش داده است. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۱ بود

شرح جلسات مداخله درمان متمرکز بر هیجان مبتنی بر مداخله ارائه شده توسط گرینبرگ (۲۰۱۰) که توسط یعقوبی و همکاران (۲۰۲۰) برای افراد دچار چاقی بکار رفته است در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله درمان متمرکز بر هیجان

جلسه	هدف	فعالیت های جلسه
اول	پیوند، آگاهی و اتحاد درمانی	جلسه اول برای ایجاد اتحاد درمانی، معرفی داوطلبان و توضیح در مورد هدف برگزاری و تشکیل گروه برگزار خواهد شد. توضیحاتی در مورد EFT بیان خواهد شد. در ادامه قوانین گروه از قبیل رازداری، رعایت حقوق یکدیگر، پاسخگویی بیان خواهد شد.
دوم	معرفی اهداف درمانی	جلسه دوم شامل جهت گیری درمان و معرفی روان شناختی و آموزش چاقی و هیجان خواهد بود که شامل تشریح اصول کار روی هیجان و توافق با آزمودنیها در مورد اهداف درمان خواهد بود.
سوم	شناسایی و شناخت هیجانها	مرور جلسه قبل. آگاهی از تجربه داخلی، بهبود پذیرش و تحمل هیجانی. اجازه دادن به تجربه هیجان. تمرکز بر شناسایی و نام گذاری هیجانها و عبارت های هیجانی برای کمک به حل مشکل. در این جلسه همچنین در مورد واکنش های فیزیکی (تجربیات بدنی) در برابر هیجانها بدون مهار و قطع آنها کار خواهد شد.
چهارم	کشف نشانگرها و تشخیص طرح احساسات	مرور جلسه قبل. پرداختن به شاخص های مختلف در سطوح مختلف فرآیند پردازش هیجانی مراجعان. درمانگر با مجموعه متنوعی از شاخص ها در سطوح مختلف کار می کند. شاخص های اولیه شامل شاخص های فرعی مانند کیفیت صدای مراجعان و عمق تجربه و درجه برانگیختگی است. در این جلسه سعی خواهد شد فراوانی و نقش مراجعان را در خلق تجربیاتشان برجسته کرد. همچنین بر نقش و مسئولیت شخصی در خلق تجربیات تاکید می شود و سعی خواهد شد طرح هیجانی مشخص گردد.
پنجم	دسترسی به اطلاعات هیجانی، با حفظ یک تجربه هیجانی در جلسه	مرور جلسه قبل. برانگیختن و کشف هیجانهای اولیه از طریق تکنیک گشتالت مانند گفتگوی دو صندلی با قرار دادن اجزای متضاد آنها در مقابل یکدیگر و با صحبت کردن با آنها. سپس از تجربه آن هیجانها برای تجربه هیجانی و ارتباط با عاطفه استفاده خواهد شد. در این فرآیند، درمانگر با استفاده از تنظیم هیجان، مراجع را به درجه ای از برانگیختگی می رساند تا راحت تر آن را تجربه کند و تشخیص دهد که این هیجان اولیه یا ثانویه است.
ششم	دستیابی به اطلاعات از طریق احیا تجربه هیجانی	به تجربیات هیجانی هفته گذشته و تجربه آنها از جلسه قبل پرداخت خواهد شد. از راه های انگیزشی برای احیای تجربه موضوع مانند مواجهه خیالی استفاده خواهد شد. برای ایجاد بهترین حالتی که می توان تجربیات و احساسات کلیدی را تقویت و تحریک کرد، به علائم و نشانه های

مداخله متمرکز بر هیجان شامل ۱۰ جلسه تقریباً ۲ ساعته است که برای یکی از گروه های پژوهش اجرا شد. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش مداخله رژیم درمانی همراه با ورزش را در طول ۱۲ جلسه که توسط کلینیک چاقی در بیمارستان سینا ارائه شد دریافت کردند. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از روش میدانی که شامل اجرای مداخله ها برای گروه های آزمایش و اجرای پرسشنامه های پژوهش بود، استفاده شد؛ ۱- انتخاب نمونه و جایگزینی تصادفی آزمودنی ها، ۲- اجرای پیش آزمون و جمع آوری داده ها، ۳- اعمال مداخله بر روی گروه های آزمایش، ۴- اجرای پس آزمون و جمع آوری اطلاعات و ۵- انجام مرحله پیگیری پس از گذشت ۲ ماه. لازم به ذکر است که نمونه مورد نیاز از کلینیک چاقی بیمارستان سینا واقع در تهران انتخاب شد. به همین منظور بعد از هماهنگی های لازم با مدیر کلینیک ۵۱ نفر از افراد چاق مبتلا به پرخوری که ملاک های ورود به پژوهش را داشته باشند انتخاب شد و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۷ نفری گمارده شدند.

یافته ها

بررسی ویژگی های جمعیت شناختی گروه های پژوهش نشان داد که سطح تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد برای گروه متمرکز بر هیجان به ترتیب ۴ (۲۳/۵ درصد)، ۹ (۵۳ درصد) و ۴ (۲۳/۵ درصد)، برای گروه رژیم درمانی همراه با ورزش به ترتیب ۶ (۳۵/۳۰ درصد)، ۶ (۳۵/۳۰ درصد) و ۵ (۲۹/۳۰ درصد) و برای گروه کنترل به ترتیب ۴ (۲۳/۵۰ درصد)، ۱۰ (۵۸/۸۰ درصد) و ۳ (۱۷/۷۰ درصد) نفر است. همچنین تعداد افراد

استفاده گردید. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی و مقایسه اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر نشانگان خوردن شبانه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مقدار اثر	توان آزمون
مراحل آزمون	۲۳۶/۱۳	۱/۴۵	۱۶۳/۲۴	۸/۷۰	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۹۶
مراحل و گروه	۱۵۴/۳۴	۲/۸۹	۵۳۳/۸۰	۲/۴۶	۰/۰۱	۰/۵۴	۱
عضویت گروهی	۲۲۹/۴۶	۲	۱۱۴/۷۳	۲/۷۶	۰/۰۱	۰/۵۴	۱

نتایج بدست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه برای نشانگان خوردن شبانه معنادار است ($P < 0/05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های پژوهش و نتایج پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی نقاط تفاوت معنادار از مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی بنفرونی تفاوت‌های بین گروهی و مراحل آزمون نشانگان خوردن شبانه

منبع تغییرات	گروه مبنا	گروه ثانویه	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	مقدار P
گروه	متمرکز بر هیجان	رژیم و ورزش	-۶/۹۰	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	رژیم و ورزش	کنترل	-۹/۰۸	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	کنترل	-۲/۱۷	۱/۲۵	۰/۲۶
مرحله آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۴	۰/۷۹	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۵۱	۰/۸۷	۰/۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۳	۰/۴۶	۱

نتایج بدست آمده از جدول ۵ نشان می‌دهد که گروه تلفیق درمان متمرکز بر هیجان با رژیم و ورزش در مقایسه با گروه رژیم درمانی همراه با ورزش و گروه کنترل به صورت معناداری میانگین کمتری دارد ($P < 0/001$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که گروه رژیم درمانی همراه با ورزش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد ($P > 0/05$). همچنین نتایج نشان می‌دهد میانگین پیش‌آزمون به صورت معناداری بیشتر از پس‌آزمون و پیگیری است ($P < 0/05$)، ولی بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$)، که بیانگر پایداری نتایج است. این نتایج

متاهل و مجرد شرکت کننده در گروه متمرکز بر هیجان به ترتیب ۱۱ (۶۴/۷۰ درصد) و ۶ (۵۳/۳۰ درصد)، در گروه رژیم درمانی و ورزش ۱۳ (۷۶/۵۰ درصد) و ۴ (۲۳/۵۰ درصد) و برای گروه کنترل ۱۲ (۷۰/۶۰ درصد) و ۵ (۲۹/۴۰ درصد) نفر بود. از لحاظ سنی میانگین و انحراف معیار برای گروه متمرکز بر هیجان، گروه رژیم درمانی و ورزش و گروه کنترل به ترتیب $42/35 \pm 4/83$ ، $38/58 \pm 5/85$ و $38/76 \pm 5/35$ بود. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های کنترل تکانه به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نشانگان خوردن شبانه در گروه‌های پژوهش

متغیر	مرحله آزمون	گروه متمرکز بر هیجان	گروه رژیم درمانی و ورزش	گروه کنترل
میانگین	۲۶/۰۶	۶/۴۳	۲۴/۲۹	۲۹/۲۵
انحراف معیار	۲۶/۰۶	۶/۴۳	۲۴/۲۹	۲۹/۲۵
انحراف معیار	۲۶/۰۶	۶/۴۳	۲۴/۲۹	۲۹/۲۵
پیش‌آزمون	۲۶/۰۶	۶/۴۳	۲۴/۲۹	۲۹/۲۵
پس‌آزمون	۱۵/۲۲	۴/۱۵	۲۴/۷۱	۲۷/۴۷
پیگیری	۱۳/۱۲	۴/۷۴	۲۶/۱۲	۲۸/۸۸

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای نشانگان خوردن شبانه به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون پژوهش ارائه گردیده است. قبل از مقایسه اثربخشی دو درمان، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه-گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بدست آمده برای آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیر پژوهش در هر سه گروه و در هر سه مرحله آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر پژوهش بین گروه‌ها در سه مرحله آزمون نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون ام باکس و کرویت موچلی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون ام باکس و آزمون کرویت موچلی برای نشانگان خوردن شبانه

آزمون ام باکس	مقدار =	DF =	مقدار F =	DF =	P =
۱۸/۱۲	۳/۰۴	۱۲	۱۱۱۶۵/۵۴	۲	۰/۰۰۱
کرویت موچلی	مقدار =	DF =	مقدار =	DF =	P =
۰/۶۲	۲۲/۶۶	۲	۲۲/۶۶	۲	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که برای آزمون ام باکس سطح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ است، ولی برای کرویت موچلی نتایج معنادار است ($P = 0/001$). بنابراین به جای کرویت موچلی از تصحیح گرین هاوس - گیسر که بیانگر کاهش درجه آزادی و احتیاط بیشتر در فرض صفر به غلط است،

نشان می‌دهد که تلفیق درمان متمرکز بر هیجان با رژیم و ورزش اثربخشی معنادار و پایداری بر نشانگان خوردن شبانه داشته است.

بحث و نتیجه گیری

چاقی یکی از اختلالات شایع در تمام دنیا است که جامعه ایران نیز از این امر مستثنی نیست. این امر تا حدودی ناشی از تغییرات سبک زندگی و همچنین ترویج الگوهای بد غذایی در جوامع امروزی است. پرخوری و چاقی معمولاً به صورت همزمان مشاهده می‌شود. بدین صورت که پرخوری در بخش قابل توجهی از افراد چاق وجود دارد و متعاقباً گرایش به چاقی به عنوان یک عامل خطر برای اختلالات خوردن مانند پرخوری است. یکی از روش‌های رایج که تا حدودی تأثیرات مثبتی بر کاهش وزن افراد چه از لحاظ عوارض جانبی و چه از لحاظ ماندگاری داشته است، داشتن یک رژیم تغذیه‌ای مناسب به همراه برنامه ورزشی منظم منطبق بر اصول دقیق علمی است. با این حال به نظر می‌رسد که رژیم درمانی به همراه ورزش نتایج پایداری ندارد و در ترکیب با درمان‌های روان‌شناختی نتایج اثربخش‌تر و پایداری می‌گردد. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر کنترل تکانه، نشانگان خوردن شبانه و دشواری در تنظیم هیجانی افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری صورت گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که رژیم درمانی همراه با ورزش بر نشانگان خوردن شبانه افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری اثربخشی معناداری ندارد. اگرچه پژوهش‌های برون، مور، هوپر، گائو، زایه^۱ و همکاران (۲۰۱۹)، ولفندن، بارنس، جونز، فینچ و ویز^۲ و همکاران (۲۰۲۰)، لاه، هال، وینسن و لو^۳ (۲۰۱۴) و کانا، ون‌دون، مگنس، دی‌ناپولی و مارتین^۴ و همکاران (۲۰۲۲) نشان داده‌اند رژیم درمانی و ورزش برای درمان چاقی و بهبود خلق‌خوی روزانه اثربخش است، اما هیچ کدام نشان نداده‌اند که رژیم و ورزش برای خوردن شبانه اثربخش است. در تبیین یافته بدست آمده باید گفت که نشانگان خوردن شبانه به شدت متأثر از شرایط روانی استرس‌های روزمره قرار دارد. در همین رابطه نشان داده شده که افراد مبتلا به نشانگان خوردن شبانه با خطر بالاتر آسیب روانی، از جمله افسردگی، خلق و خو و بی‌خوابی، در مقایسه با افراد دارای وزن مشابه بدون نشانگان خوردن شبانه هستند (مک‌کوین - وارست، روگیری و آلیسون^۵، ۲۰۱۸). ثابت شده است که استرس اجتماعی باعث ایجاد پاسخ قوی کورتیزول و خوردن شبانه می‌شود (واندر وال، مارالدو، ورکلون و گاگن^۶، ۲۰۱۵). علاوه بر این افراد دارای اضافه وزن بیشتر در معرض خطر ناراضی بودن از بدن خود هستند (جوی، لی، کیم، لی، چا^۷ و همکاران، ۲۰۲۲) و عزت نفس پایین‌تری را تجربه می‌کنند (یان، وو، اونیفری، برینکلی، زانگ^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین می‌توان این استدلال را مطرح کرد که مداخله کارآمد نیازمند این است که خلق‌خوی، تصویر بدنی، عزت نفس و میزان استرس و اضطراب افراد

با خوردن شبانه را بهبود ببخشد. این درحالی است که در برنامه رژیم درمانی همراه با ورزش محور مداخله‌ها بیشتر کاهش وزن است و مداخله‌ای برای موارد یاد شده بکار برده نمی‌شود. اگرچه بر اهمیت آموزش الگوی مصرف غذایی سالم در جهت جلوگیری از نشانگان خوردن شبانه تأکید شده است، با این حال این نمی‌تواند دلیلی بر اثربخشی رژیم درمانی و ورزش ارائه شده در پژوهش حاضر باشد. چرا که این مداخله با هدف کاهش وزن صورت گرفته و مبتنی بر کاهش وزن بوده است. بنابراین احتمالاً شامل مواد غذایی سلامت-محور و یا ورزش‌های با محوریت رشد سلامت روان نبوده است. علاوه بر این فشارهای فرهنگی زیادی در جامعه برای لاغری به عنوان زیبایی وجود دارد که اغلب یک تجربه بسیار منفی است. کسانی که فاقد حمایت اجتماعی هستند ممکن است شکل بدنی ایده آلی را دنبال کنند که منجر به پذیرش اجتماعی شود. با این حال، آنها ممکن است نتوانند خود را کنترل کنند. بنابراین خوردن شبانه به عنوان یک پاسخ ناسازگار رخ می‌دهد (لی^۹، ۲۰۲۱). این امر از آن جهت است که گهگاه برنامه‌های رژیم درمانی و ورزش در جهت همین هنجارهای فرهنگی عمل می‌کند. بنابراین این احتمال وجود دارد که رژیم درمانی و ورزش نیز با پاسخ‌های ناسازگارانه خوردن شبانه همراه گردد. همچنین نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر نشان داد که رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر نشانگان خوردن شبانه افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری اثربخش است. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های جمال‌امیدی و همکاران (۱۴۰۰)، اتفاقی و همکاران (۱۳۹۹)، یعقوبی و همکاران (۲۰۲۰)، اسمری برده زرد و همکاران (۱۳۹۶)، اوسورو و همکاران (۲۰۲۱) و گلیسنی و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده باید توجه کرد که استرس و بیماری‌های روانی مانند افسردگی، اغلب با شروع اولیه و حفظ شب‌خوری مرتبط هستند (مارچسنی، مالوگی، مارزوچی و گراو^{۱۰}، ۲۰۱۳). بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد که نشانگان خوردن شبانه احتمالاً تا حدی برای مقابله با ناراحتی‌های و پزیشانی‌های متحمل شده افراد در طول روز است. به عبارتی دیگر خوردن شبانه یک راهبرد و مکانیزم مقابله با هیجان‌ها و منابع استرس روزانه تلقی می‌گردد. با توجه به اینکه مداخله مبتنی بر هیجان در تلاش است تا با بازآفرینی و پردازش مجدد هیجان‌ها و رویدادهای آسیب‌زا روانی از کارکردهای ناسازگار آنها بکاهد، احتمالاً توانسته باشد استفاده از خوردن شبانه را به عنوان یک راهبرد مقابله ناسازگار را کاهش دهد. در درمان متمرکز بر هیجان، دسترسی به هیجان‌های ناسازگار اولیه برای تنظیم و تبدیل آنها به هیجانات سازگار ضروری است (گرینبرگ، ۲۰۱۰). به عبارتی با ارتباط لحظه به لحظه با هیجان‌ها و تصدیق و اعتباربخشی به هیجان‌ها در گروه مداخله تلاش گردید که هیجان‌های ثانویه و ناسازگار مشخص گردید و با بازآفرینی و پردازش مجدد آنها، به هیجان‌های اولیه سازگار و با عملکرد بهینه تبدیل گردند. علاوه بر این نشان داده شده که رشد و افزایش نشانگان خوردن

6. Vander, Maraldo, Vercellone & Gagne

7. Choi, Lee, Kim, Lee, Cha

8. Yan, Wu, Oniffrey, Brinkley, Zhang

9. Li

10. Marchesini, Calugi, Marzocchi & Grave

1. Brown, Moore, Hooper, Gao, Zayegh

2. Wolfenden, Barnes, Jones, Finch, Wyse

3. Lowe, Hall, Vincent & Luu

4. Cena, H., Vandoni, Magenes, Di Napoli, Marin

5. McCuen-Wurst, Ruggieri & Allison

شبانۀ توسط تکانشگری پیش می‌رود (الیسون، لاندگرن، اوربردون، گلیبتر، کلاک^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). به عبارتی دیگر ناتوانی در کنترل تکانشگری برای خوردن یکی از علل اساسی خوردن شبانۀ است. در همین رابطه در درمان متمرکز بر هیجان، پردازش تجارب هیجانی و رسیدن به هیجان‌های سازگار منجر به این می‌گردد که فرد بر اساس نیازهای خود عمل کند. به عبارتی اعمال و افکار تا حدودی در جهت نیازهای فرد عمل می‌کنند (گرینبرگ، ۲۰۱۰). بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد که رسیدن به سطح هیجان‌های اولیه منجر به شناخت خود و نیازهای اساسی خود در افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری شده است و این آگاهی از نیازهای اساسی منجر به عمل هدفمند و برنامه‌ریزی شده و همچنین ایجاد افکار مرتبط با این نیازها شده است و در مجموع از سطح افکار و اعمال تکانه‌ای بدون هدف منجر به خوردن شبانۀ کاسته است. نظریه حالت احساس نیز بر این دیدگاه است که تجربه هیجان‌ها و احساس‌های مثبت و منفی پیش‌بیند اختلال‌های کنترل تکانه است (میلر^۲، ۲۰۱۰). بنابراین اصلاح و ترمیم هیجان و تبدیل هیجان‌های ناسازگار به هیجان‌های سازگار احتمالاً مکانیزم اساسی برای اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان برای بهبود کنترل تکانه‌های منجر به خوردن شبانۀ شده است.

در نهایت نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش و اثر تلفیقی آن با گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر نشانگان خوردن شبانۀ افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با درمان متمرکز بر هیجان بر نشانگان خوردن شبانۀ افراد مبتلا به چاقی بیشتر بود. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های جمال‌امیدی و همکاران (۱۴۰۰)، اتفاقی و همکاران (۱۳۹۹)، یعقوبی و همکاران (۲۰۲۰)، اسمری برده زرد و همکاران (۱۳۹۶)، گلیسنی و همکاران (۲۰۲۱) و اوسورو و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. اگرچه پژوهش‌های برون و همکاران (۲۰۱۹)، ولفندن و همکاران (۲۰۲۰)، لاو و همکاران (۲۰۱۴) و کانا و همکاران (۲۰۲۲) نشان داده‌اند رژیم درمانی و ورزش برای درمان چاقی و بهبود خلق-خوی روزانه اثربخش است، اما هیچ کدام نشان نداده‌اند که رژیم و ورزش برای خوردن شبانۀ اثربخش است. در تبیین یافته بدست آمده باید گفت که نشانگان خوردن شبانۀ به شدت متأثر از شرایط روانی استرس‌های روزمره قرار دارد. در همین رابطه نشان داده شده که افراد مبتلا به نشانگان خوردن شبانۀ با خطر بالاتر آسیب روانی، از جمله افسردگی، خلق و خو و بی‌خوابی، در مقایسه با افراد دارای وزن مشابه بدون نشانگان خوردن شبانۀ هستند (مک‌کویین - وارست و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین می‌توان این استدلال را مطرح کرد که مداخله کارآمد نیازمند این است که مولفه‌های اثرگذار و درگیر در خوردن شبانۀ را مورد توجه قرار دهد. در همین رابطه مداخله مبتنی بر هیجان در تلاش است تا با بازآفرینی و پردازش مجدد هیجان‌ها و رویدادهای آسیب‌زا روانی از کارکردهای ناسازگار آنها بکاهد. به عبارتی دیگر و با توجه به اینکه مولفه‌های روان‌شناختی مانند استرس، خلق‌وخوی منفی در خوردن

شبانۀ به عنوان یک مکانیزم مقابله با شرایط استرس‌زا و ناراحتی روانی اثرگذار است، می‌توان این احتمال را دارد که درمان متمرکز بر هیجان توانسته باشد بر شرایط و عوامل خطر روان‌شناختی دخیل در نشانگان خوردن شبانۀ اثرگذار بوده باشد. البته بر تأکید شده است که الگوی مصرف غذایی سالم می‌تواند از نشانگان خوردن شبانۀ تأکید شده است (لی، ۲۰۲۱). با این حال این مورد احتمالاً نتواند به تنهایی منجر به نتایج اثربخشی منجر گردد. چرا که در وهله اول این مداخله برای کاهش وزن است و دوماً نمی‌تواند بر عوامل روان‌شناختی مانند استرس و اضطراب که منجر به افزایش نشانگان خوردن شبانۀ می‌گردد، اثرگذار باشد. این امر از آن جهت مهم است که تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به نشانگان خوردن شبانۀ پریشانی و اختلال روانی قابل توجهی نشان می‌دهند و این پریشانی و اختلال‌های روانی به ویژه با طول مدت نشانگان خوردن شبانۀ مرتبط است (فیشر، میر، هرمن، تاج و مونس^۳، ۲۰۱۲). برای مثال رشد و افزایش نشانگان خوردن شبانۀ توسط تکانشگری پیش می‌رود (الیسون و همکاران، ۲۰۱۰). به عبارتی دیگر ناتوانی در کنترل تکانشگری برای خوردن یکی از علل اساسی خوردن شبانۀ است. در همین رابطه در درمان متمرکز بر هیجان، پردازش تجارب هیجانی و رسیدن به هیجان‌های سازگار منجر به این می‌گردد که فرد بر اساس نیازهای خود عمل کند. بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد که رسیدن به سطح هیجان‌های اولیه منجر به شناخت خود و نیازهای اساسی خود در افراد مبتلا به چاقی با اختلال پرخوری شده است و این آگاهی از نیازهای اساسی منجر به عمل هدفمند و برنامه‌ریزی شده و کاهش نشانگان خوردن شبانۀ می‌شود. در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که برخلاف رژیم درمانی همراه با ورزش که اثربخشی معناداری را نشان نداد، اما رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان نتایج اثربخشی معناداری بر نشانگان خوردن شبانۀ دارد. بر همین اساس می‌توان گفت که تلفیق برنامه‌های رژیم درمانی و ورزش با درمان متمرکز بر هیجان احتمالاً بتواند نتایج اثربخش‌تری در مراکز و کلینیک‌های درمان چاقی و اختلال پرخوری، به ویژه بر روی نشانگان خوردن شبانۀ نشان دهد. با این حال نباید از محدودیت‌های پژوهش غافل شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت دردسترس بود، بنابراین محدودیت عمده پژوهش حاضر عدم نمونه‌گیری تصادفی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج بود. علاوه بر این باید توجه کرد که شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر فقط محدود به زنان بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی مشابه با مشارکت مردان نیز صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان‌های دیگر با رژیم درمانی همراه با ورزش در تلفیق با گروه درمانی متمرکز بر هیجان در افراد چاق با اختلال پرخوری مورد مقایسه قرار گیرد، تا اولویت و کارایی بیشتر آن در مقایسه با دیگر درمان‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

منابع

- Abbott, S., Dindol, N., Tahrani, A. A., & Piya, M. K. (2018). Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Journal of eating disorders*, 6(1), 1-8.
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *neuropsychiatrie*, 35(2), 57-67.
- Ahirwar, R., & Mondal, P. R. (2019). Prevalence of obesity in India: A systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 318-321.
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P.,... & Stunkard, A. J. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 241-247.
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Martino, N. S., Sarwer, D. B., Wadden, T. A.,... & Stunkard, A. J. (2008). The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eating behaviors*, 9(1), 62-72.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ashdown-Franks, G., Firth, J., Carney, R., Carvalho, A. F., Hallgren, M., Koyanagi, A., ... & Stubbs, B. (2020). Exercise as medicine for mental and substance use disorders: a meta-review of the benefits for neuropsychiatric and cognitive outcomes. *Sports Medicine*, 50(1), 151-170.
- Bellicha, A., Ciangura, C., Poitou, C., Portero, P., & Oppert, J. M. (2018). Effectiveness of exercise training after bariatric surgery—a systematic literature review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(11), 1544-1556
- Brown, T., Moore, T. H., Hooper, L., Gao, Y., Zayegh, A., Ijaz, S., ... & Summerbell, C. D. (2019). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(7), 14-29.
- Cena, H., Vandoni, M., Magenes, V. C., Di Napoli, I., Marin, L., Baldassarre, P., ... & Calcaterra, V. (2022). Benefits of Exercise in Multidisciplinary Treatment of Binge Eating Disorder in Adolescents with Obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8300.
- Choi, J. W., Lee, S. J., Kim, B. J., Lee, C. S., Cha, B., Lee, D., ... & Kang, N. (2022). The Association Between Higher Use of Projection and Negative Body Image in Korean Female Adolescents. *Psychoanalysis*, 33(3), 56-62.
- Clark, J. E. (2015). Diet, exercise or diet with exercise: comparing the effectiveness of treatment options for weight-loss and changes in fitness for adults (18–65 years old) who are overfat, or obese; systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 14(1), 1-28.
- اتفاقی، مهناز؛ ثابت، مهرداد، و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیص بارلو، هیجان مدار و ذهن آگاهی، بر شاخص توده بدنی افراد بزرگسال مبتلا به چاقی شهر تهران. *مطالعات روان شناسی بالینی*. ۱۰ (۴۰)، ۱۰۳-۱۳۱
- اسمری برده زرد، یوسف؛ محمدامین زاده، دانا. و متولی، محمدمسعود. (۱۳۹۶). اثر درمان متمرکز بر هیجان بر دشواری تنظیم هیجان و دوره های پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری. *ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران؛ تهران*.
- ایران دوست، خدیجه؛ طاهری، مرتضی، و ثقه‌الاسلامی، علی. (۱۳۹۴). مقایسه تاثیر ورزش درمانی و رژیم غذایی با رویکرد کاهش وزن بر سطح افسردگی زنان سالمند با افسردگی شدید. *مجله سالمندی ایران*. ۱۰ (۱)، ۴۸-۵۳
- جمال‌امیدی، نینا؛ حسنی، فریبا، و کوچک انتظار، رویا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۴ (۴)، ۳۴-۵۱.
- صدیقیان، سیده فرناز؛ حکیم جواد، منصور؛ رضائی، سجاد. و زبردست، عدرا. (۱۳۹۹). تأثیر برنامه تمرین ورزش هوازی بر سلامت روان و نگرانی تصویر بدنی زنان دارای انگ چاقی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۹ (۳۴)، ۱۳۷-۱۵۴.

- De Zwaan, M., Marschollek, M., & Allison, K. C. (2015). The night eating syndrome (NES) in bariatric surgery patients. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 426-434.
- Farhangi, M. A. (2019). Night eating syndrome and its relationship with emotional eating, sleep quality and nutritional status among adolescents' boys. *Community mental health journal*, 55, 1411-1418.
- Fischer, S., Meyer, A. H., Hermann, E., Tuch, A., & Munsch, S. (2012). Night eating syndrome in young adults: Delineation from other eating disorders and clinical significance. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 494-501.
- Foright, R. M., Presby, D. M., Sherk, V. D., Kahn, D., Checkley, L. A., Giles, E. D.,... & MacLean, P. S. (2018). Is regular exercise an effective strategy for weight loss maintenance?. *Physiology & behavior*, 188, 86-93.
- Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2018). Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 842-855.
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15.
- Goldman, R. N. (2019). History and overview of emotion-focused therapy. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 3-35). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. xiv-534). American Psychological Association.
- Jalalinia, S., Saeedi Moghaddam, S., Sheidaei, A., Rezaei, N., Naghibi Iravani, S. S., Modirian, M.,... & Farzadfar, F. (2020). Patterns of obesity and overweight in the Iranian population: findings of STEPs 2016. *Frontiers in endocrinology*, 11, 42.
- Li, L. (2021, December). Effects and Influencing Factors of Night Eating Syndrome: A Review of the Literature. In *2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021)* (pp. 403-410). Atlantis Press.
- Lombardo, C., & Cerolini, S. (2022). Night Eating Syndrome and Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder. In *Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions* (pp. 147-158). Springer, Cham.
- Lowe, C. J., Hall, P. A., Vincent, C. M., & Luu, K. (2014). The effects of acute aerobic activity on cognition and cross-domain transfer to eating behavior. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 267.
- Marchesini, G., Calugi, S., Marzocchi, R., & Grave, R. D. (2013). Night eating syndrome in obesity. In *Handbook of nutrition, diet and sleep* (pp. 104-120). Wageningen Academic Publishers, Wageningen.
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. C. (2018). Disordered eating and obesity: associations between binge eating-disorder, night-eating syndrome, and weight-related co-morbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 96.
- Miller, R. (2010). The feeling-state theory of impulse-control disorders and the impulse-control disorder protocol. *Traumatology*, 16(3), 2-10.
- Monnier, L., Schlienger, J. L., Colette, C., & Bonnet, F. (2021). The obesity treatment dilemma: Why dieting is both the answer and the problem? A mechanistic overview. *Diabetes & Metabolism*, 47(3), 101192
- Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2021). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(12), 22-34
- Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), 815-836.
- Pavlyshyn, H. A., Kozak, K. V., & Hiushk, K. T. (2021). Investigating the connections between night eating syndrome and metabolic syndrome in children. *The Ukrainian Biochemical Journal*, 93(2), 83-94
- Petridou, A., Siopi, A., & Mougios, V. (2019). Exercise in the management of obesity. *Metabolism*, 92, 163-169.
- Puente, J. M. G., & Martínez-Marcos, M. (2018). Overweight and obesity: effectiveness of interventions in adults. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(1), 65-74.
- Quinn, G. P., & Keough, M. J. (2002). *Experimental design and data analysis for biologists*. Cambridge university press.
- Saadatifar, H., Ostadimoghaddam, H., Khoshhal, F., Jabbari-Azad, F., Torabi, S., Yekta, A., & Khabazkhoob, M. (2018). The prevalence of obesity and overweight in Northeastern Iran. *Asian Journal of Health Sciences*, 4(1), 1-10.
- Tanofsky-Kraff, M., Schvey, N. A., & Grilo, C. M. (2020). A developmental framework of binge-eating disorder based on pediatric loss of control eating. *American Psychologist*, 75(2), 189.
- Vander Wal, J. S. (2012). Night eating syndrome: a critical review of the literature. *Clinical psychology review*, 32(1), 49-59.
- Vander Wal, J. S., Maraldo, T. M., Vercellone, A. C., & Gagne, D. A. (2015). Education, progressive muscle relaxation therapy, and exercise for the treatment of night eating syndrome. A pilot study. *Appetite*, 89, 136-144.

- Wolfenden, L., Barnes, C., Jones, J., Finch, M., Wyse, R. J., Kingsland, M., ... & Yoong, S. L. (2020). Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(2),54-69.
- Yaghoubi, R., Bayazi, M. H., Babaei, M., & Asadi, J. (2020). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy Group on Difficulties in Emotion Regulation and Health Promoting Lifestyle in Obese Women. *International Journal of Health Studies*, 6(2), 34-46.
- Yan, H., Wu, Y., Oniffrey, T., Brinkley, J., Zhang, R., Zhang, X., ... & Moore, J. B. (2018). Body weight misperception and its association with unhealthy eating behaviors among adolescents in China. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 936.