

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده و اختلال خوردن در دانش آموزان مبتلابه علائم اختلال خوردن

سارا قادری جاوید^۱، سیمین غلامرضایی*^۲، فاطمه رضایی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۶/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۸/۰۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پژوهش حاضر باهدف تعیین میزان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده و اختلال خوردن در دانش‌آموزان مبتلابه علائم اختلال خوردن انجام گرفته است.

مواد و روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلابه علائم اختلال خوردن شهر جوانرود در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود؛ به‌منظور اجرای پژوهش غربالگری انجام گرفت، ابتدا ۳۷۰ شرکت‌کننده با دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، پرسشنامه نگرش خوردن گارنر و همکاران (۱۹۷۹) را تکمیل نمودند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر مبتلا به علائم اختلال خوردن با توجه به نمره کسب شده ۲۰ یا بالاتر از پرسشنامه نگرش خوردن انتخاب گردید، سپس ۳۰ نفر منتخب به‌صورت تصادفی به دو گروه پانزده‌تایی آزمایشی و گواه تقسیم شدند و پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) را نیز تکمیل کردند. گروه آزمایش ۸ جلسه نوددقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) به مدت ۲ ماه به‌صورت گروهی تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. تحلیل داده‌های خام با استفاده از SPSS19 و اجرای آزمون‌های توصیفی و استنباطی از جمله آنالیز کوواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که علائم اختلال خوردن و استرس در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است ($F=30.37, P<0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش مؤید اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک شده و اختلال خوردن است.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی ذهن آگاهی، استرس ادراک شده، اختلال خوردن

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره نهم، ص ۸۱۰-۸۰۱، آذر ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: لرستان، خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی - ۰۹۱۸۶۱۸۳۷۷۹

Email: ghaderijavid.sara4@gmail.com

مقدمه

تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-V)، اختلالات خوردن شامل بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی و شکل بینابینی (پرخوری عصبی) می‌شود. بی‌اشتهایی روانی با ترس از افزایش وزن، الگوهای خاص در مدارا با غذا و اختلال در درک تصویر بدن تعریف می‌شود (۳). پراشتهایی روانی با نگرانی دائم در مورد شکل و وزن بدن، دوره‌های تکراری پرخوری، فقدان کنترل در طول این دوره پرخوری و استفاده از روش‌های جبرانی مشخص می‌شود. شکل بینابینی شامل بیمارانی می‌شود که علائمی مشابه با بی‌اشتهایی یا

امروزه اختلالات خوردن^۱ یکی از موردتوجه‌ترین اختلالات روانی به‌شمار می‌روند. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می‌شوند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کنند و همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ‌ومیر شوند. علت اصلی این اختلالات هنوز به‌خوبی شناخته‌نشده است و درمان آن‌ها مشکل است، بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمان‌های کنونی ندارند (۱، ۲). بر اساس پنجمین راهنمای

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد

^۲ عضو هیئت علمی و استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد (نویسنده مسئول)

^۳ عضو هیئت علمی و استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد

^۱ Eating disorders

Teasdale در سال ۱۹۹۵ مطرح شد (۱۷). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دربردارنده اجزایی از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده توسط Kabat-zinn می باشد (۱۸)؛ و در قالب یک درمان گروهی برای کار با افراد دارای تاریخچه افسردگی و در نتیجه آسیب پذیر در برابر دوره های بعدی توسعه داده شده است. هرچند این رویکرد برای جلوگیری از عود در بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر می برند ساخته شده، بالی ن حال پژوهش هایی اثربخشی آن را در اختلالات دیگر همانند اختلال استرس پس از آسیب، اختلال دوقطبی، اختلال افسرده خوبی و اختلالات اضطرابی تأیید کرده اند. فرضیه اساسی شناخت درمانی مبتنی بر، ذهن آگاهی آن است که ذهن دارای دو نوع ذهنیت است که از طریق آن ها «ذهنیت بودن» و «ذهنیت انجامی» می تواند به پردازش تجربه بپردازد. هدف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که بیمار از اثرات باز فعال شدگی ذهنیت انجامی از طریق «پایش خود آیند» آگاهی یابد و از طریق به کارگیری و ایجاد حالت در ذهنیت بودن بماند و به مشاهده افکار و «حضور ذهن» احساسات خود از طریق انجام تمرین های مکرر روی جهت دهی قصدمندانه ی توجه به یک شیء، خنثی (برای مثال جریان تنفس، یا حس های بدنی) بنشینند. به عبارت دیگر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سه هدف اساسی دنبال می شود (الف) تنظیم توجه، (ب) توسعه آگاهی فراشناختی، (ج) تمرکز دایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت ها و محتویات ذهنی. حضور ذهن به بیمار کمک می کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس های بدنی آن ها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه بیماران را قادر می سازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنش های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از بیم چنین الگوهای فکر تمرکز دایی کنند و به آن ها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی از واقعیت یا ویژگی هایی از «خود» نیستند. به طور کلی، در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آن ها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ هایی که آن ها معمولاً برمی انگیزانند جدا کند و در نهایت معنای آن ها را تغییر دهد (۱۹). آموزش ذهن آگاهی، بر کاهش افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی مؤثر است (۲۰). امروزه ذهن آگاهی یکی از درمان های مطرح در جهان است که در شرایط مختلف و برای افراد سالم و بیمار کاربرد دارد. از آن جمله می توان به درمان اختلال های خودکشی، اختلال اضطرابی، اختلالات

پراشتهایی روانی دارند، ولی تمامی شاخص های تشخیصی این دو اختلال را ندارند. در این نوع اختلال دوره های پرخوری وجود دارد، اما رفتارهای جبرانی وجود ندارد (۴). اختلالات خوردن در جوامع پیشرفته ای که لاغری و تناسب اندام بارزتر است در میان زنان شایع تر می باشد (۵، ۴).

پژوهش های زیادی در زمینه اختلال خوردن و درمان این بیماری صورت گرفته است که نتایج برخی پژوهش ها نشان می دهد که از آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می توان برای درمان و کاهش اختلال خوردن استفاده کرد (۶). Kristeller & Hallett تأثیر روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی اختلال خوردن تأیید کردند (۷). یافته ها حاکی از اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در بهبود اختلال خوردن با ولع می باشد (۸). نتایج چندین مطالعه نیز اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در درمان انواع اختلال خوردن تأیید کرده اند (۹-۱۲). همچنین بر اساس پژوهش های انجام شده به کارگیری درمان ذهن آگاهی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال خوردن نتیجه بخش بوده است (۶). بر اساس بررسی های انجام شده توسط محققان پیشین، احتمال دارد مبتلایان به بی اشتها ی روانی و پراشتهایی روانی از برخی اختلالات روانی رنج ببرند (۱۳). از طرفی عوامل روان شناختی می توانند نقش مهمی در بروز مشکلات روان شناختی همچون اختلالات خوردن داشته باشند (۲). یکی از این عوامل، استرس ادراک شده است که می تواند در ابتلا به بسیاری از بیماری ها و اختلالات نقش داشته باشد و یا شرایط ابتلا به بیماری ها و اختلالات را هموار سازد. استرس ادراک شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی است (۱۴). تحقیقات انجام شده نشان می دهد که بین استرس و اختلالات خوردن رابطه معنی داری وجود دارد. به طوری که افرادی که از استرس بیشتری رنج می برند، به احتمال بیشتری مستعد ابتلا به اختلالات خوردن هستند (۱۵). پژوهش ها نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نمرات استرس ادراک شده بیماران تحت آموزش، مؤثر بوده است (۱۶). بنابراین، می توان این شیوه مداخله را به عنوان شیوه ای مستقل یا در کنار سایر شیوه های درمانی مانند دارودرمانی برای کاهش استرس این مبتلایان، به کاربرد. علاوه بر این، پژوهش ها اثربخشی ذهن آگاهی را بر استرس ادراک شده مورد مطالعه قرار داده اند (۱۶).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ بر خواسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش بینی کننده عود افسردگی است که توسط Segal, Williams,

³ mindfulness-based cognitive therapy

² Perceived stress

که از همکاری با ما انصراف بدهند و در نهایت صحت و سلامت پرسشنامه‌ها و پکیج آموزشی در همان ابتدای کار در سیستم آموزشی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

معیارهای ورود در پژوهش حاضر بدین ترتیب بودند: الف) رضایت آگاهانه ب) دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهر جوانرود، پ) دج) دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، مبتلا به اختلال خوردن؛ و معیارهای خروج عبارت‌اند از الف) آن دسته از مبتلایانی که هم‌زمان به اختلالات دیگری مبتلا بودند که مانع از نتیجه بخشی درمان می‌شد، ب) ابتلای هم‌زمان این اختلال با اختلالات جسمی که ممکن بود در روند پژوهش خلل ایجاد نماید، پ) پشیمانی از حضور در مطالعه، ج) افرادی که شدت اختلال بیش از میزان مورد مطالعه بود، د) افرادی که وانمود به دارا بودن این اختلال داشتند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

داده‌های این پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و تک متغیره (ANCOVA) با استفاده از نرم‌افزار آماری (SSPS(19) مورد تجزیه و تحلیل گرفته‌اند.

ابزار پژوهش:

الف- پرسشنامه‌ی نگرش خوردن **carner** و همکاران (EAT-26):

آزمون بازخورد خوردن در سطحی گسترده به‌عنوان یک ابزار غربالگری خود سنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه‌ی خوردن به کار می‌رود و افراد سالم را از افراد مبتلا به بی‌اشتهایی، پراشتهایی و چاقی تفکیک می‌کند و به نظر می‌رسد بهترین پرسشنامه موجود برای ارزیابی رفتارها و نگرش‌های بیمارگون خوردن باشد (به نقل از عظیم زاده، ۱۳۸۷). این پرسشنامه به دو صورت ۴۰ و ۲۶ ماده‌ای موجود است. در این پژوهش از فرم ۲۶ ماده‌ای استفاده شد. بررسی اعتبار محتوایی فرم فارسی (EAT)، حاکی از اعتبار محتوایی مطلوب این آزمون است و پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۴).

ب- پرسشنامه‌ی استرس ادراک شده **kuhan** و همکاران (PSS-14) ۱۹۸۳:

پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و به همین خاطر به

روان‌پزشکی و پرخاشگری اشاره کرد. همچنین، در ایران نیز پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ذهن آگاهی می‌تواند باعث پیشگیری از عود مواد افیونی، تنظیم هیجان، اختلال وسواس و چاقی شود (۲۱)، (۲۲).

با توجه به افزایش شیوع اختلالات خوردن در بین جوانان و نوجوانان و گستردگی عوارض بعدی این اختلالات برای فرد و جامعه و حتی مرگ افراد مبتلا و همچنین تأثیر منفی این اختلال بر ابعاد مختلف زندگی افراد و نوظهور بودن این فن درمانی و مطالعات انجام شده در مورد اثربخشی آن بر اختلالات روانی و همچنین عدم وجود پژوهش‌های کافی در زمینه‌ی این درمان بر روی اختلال حاضر هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و علائم اختلال خوردن در دانش-آموزان دختر دوره‌ی دوم متوسطه‌ی شهر جوانرود است.

مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر، از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره‌ی دوم متوسطه‌ی شهر جوانرود در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ به تعداد ۶۰۰ نفر بود. با عنایت به این‌که طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به این‌که حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می‌شود (۲۳)، نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نوجوان دختر مبتلا به علائم اختلال خوردن با دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند (۲۳) و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. به‌منظور اجرای طرح، غربالگری انجام گرفت. برای انتخاب نمونه از بین تمامی دبیرستان‌های شهر جوانرود چند مدرسه به روش خوشه‌ای - تصادفی انتخاب شد و از میان ۳۷۰ نفری که پرسشنامه را تحویل گرفتند، تعداد ۳۴۳ پرسشنامه نگرش خوردن گارنر و همکاران (۱۹۷۹) تکمیل گردید؛ از بین کسانی که نمره ۲۰ و بالاتر را از پرسشنامه نگرش خوردن گارنر کسب کردند، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره گواه و آزمایش گمارده شدند؛ و پس‌از آن به آموزش پکیج درمانی ذهن‌آگاهی **Kabat-zinn** بر روی گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه پرداخته شد. ضمن اینکه پس از پایان کار و دست یافتن به نتیجه‌ی درمان برای رعایت نکات اخلاقی، درمان را بر روی گروه گواه نیز اعمال نمودیم. در تمامی مراحل اجرایی به آزمودنی‌ها تعهد و اطمینان کامل داده شد که اطلاعات آن‌ها فاش نخواهد شد. لازم به گفتن است که تمامی آزمودنی‌ها در کمال اختیار و رضایت در این پژوهش ما را یاری نمودند و هرکدام از افراد آزمودنی در تمام مراحل آزاد بودند

انتخاب گردید و بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و گواه پرسشنامه‌های نگرش خوردن گارنر و استرس ادراک‌شده به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، به مدت ۲ ماه به‌صورت گروهی برگزار شد. پروتکل درمانی به‌کاررفته در این پژوهش برگرفته از کتاب عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۷) می‌باشد. محتوای این جلسات در جدول زیر گزارش شده است.

زبان‌های گوناگون ترجمه و هنجاریابی شده است. در این مجموعه نسخه ۱۴ ماده‌ای آن ارائه می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به‌دست‌آمده است (۲۵).

روند اجرای پژوهش: بعد از اخذ مجوزهای لازم، پرسشنامه نگرش خوردن گارنر و همکاران (۱۹۷۹) بین دانش‌آموزان اجرا شد، سپس دانش‌آموزانی که ۲۰ نمره و بالاتر از پرسشنامه را کسب کردند و ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند و بعد از میان دانش‌آموزان مبتلا به علائم خوردن ۳۰ نفر مطابق معیارهای ورود

خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات اول و دوم

آشنایی و برقراری ارتباط، مشخص کردن اهداف گروه و قوانین و مقررات گروهی، تمرین ابتدایی خوردن کشمش، تنفس آگاهانه و واری بدن، مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به‌عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات. تکالیف خانگی شامل: تنفس آگاهانه و واری بدن به کمک فایل صوتی، تمرین آگاهی از وقایع خوشایند و فعالیت‌های معمول زندگی روزانه.

جلسات سوم و چهارم

انجام تمرینات دیدن و شنیدن آگاهانه، بحث پیرامون بودن در لحظه حال و مشاهده و توجه به افکار تنها به‌عنوان افکار و نه به‌عنوان حقایق یا حوادث، انجام مراقبه نشسته با تأکید بر ادراک احساس بدن، معرفی پیاده‌روی آگاهانه و تکالیف خانگی شامل: واری بدن، نشست آگاهانه با تمرکز بر تنفس، آگاهی از رویدادهای خوشایند و آگاهی از فعالیت‌های معمول متفاوت

جلسات پنجم و ششم

انجام تمرینات مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار، تمرین بازنگری تکالیف خانگی، آگاهی از احساسات و نام‌گذاری آن‌ها، خواندن شعر و تمثیل، تماشای فیلم مستند مراقبه طبیعت و تکالیف خانگی شامل: خواندن انواع شعر و تمثیل، ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند هر روز.

جلسات هفتم و هشتم

انجام تمرینات مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و بازنگری تمرین‌ها، بازنگری بدن، بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره، بحث و بررسی کوتاه پیرامون موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن برای انجام مستمر تمرینات، جمع‌بندی درمان و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) آزمودنی‌ها برحسب مرحله و عضویت گروهی نشان داده شده است.

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی نمرات استرس ادراک‌شده و اختلال خوردن برحسب مرحله و عضویت گروهی

مرحله عضویت گروهی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	n
	M±SD	M±SD	
گروه آزمایش	استرس ادراک‌شده	۵/۸۲ ± ۵۱/۴۶	۱۵
	اختلال خوردن	۷/۰۳ ± ۲۸/۶	۱۵
گروه گواه	استرس ادراک‌شده	۸/۴۳ ± ۵۷/۹۳	۱۵
	اختلال خوردن	۳/۸۳ ± ۲۸/۶	۱۵

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همان طور که مشاهده می شود پیش فرض نرمال بودن برای متغیرهای پژوهش در پیش آزمون برای کلیه متغیرها تأیید شده است و توزیع آنان نرمال است.

همسانی واریانس‌ها: برای سنجش فرض تساوی نمرات متغیرهای وابسته از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول (۳): آزمون لوین برای بررسی پیش فرض برابری

واریانس‌ها برای متغیرهای وابسته				
پس آزمون				
متغیرها	آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
استرس ادراک شده	۰،۱۳	۱	۲۸	۰،۷۱
اختلال خوردن	۱،۴۷	۱	۲۸	۰،۲۳

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود بین گروه‌ها از لحاظ همه متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ لذا فرض تساوی واریانس‌ها تأیید می شود و می توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد.

با توجه به سطح معنی داری مشاهده شده، واریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارد. لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلا مانع است که نتایج این آزمون در جدول ۴ نشان داده می شود.

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در مرحله پس آزمون

اثر	Value	F	P
پیلایی	۰/۷	۳۰/۳۷	۰/۰۰۱
گروه	۰/۲۹	۳۰/۳۷	۰/۰۰۱
هتلینگ	۲/۴۳	۳۰/۳۷	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۴۳	۳۰/۳۷	۰/۰۰۱

خوردن تأثیر دارد. به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

همان طور که جدول ۱ نشان می دهد میانگین نمرات استرس ادراک شده و اختلال خوردن در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۵۱/۴۶ و ۲۸/۶ است که پس از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی این مقادیر کاهش یافته است و به ترتیب برابر با ۴۵/۸ و ۱۹/۶ است. همچنین در گروه گواه این میانگین‌ها در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۵۷/۹۳ و ۲۸/۶ و در مرحله پس آزمون برابر با ۵۵/۲ و ۲۹/۴ است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. استفاده از آزمون F به عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش فرض‌های آماری است. این پیش فرض‌ها شامل: ۱. فاصله‌ای یا نسبی بودن مقیاس اندازه گیری متغیرهای وابسته ۲. نمونه گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها ۳. توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته ۴. همسانی واریانس‌های متغیر وابسته ۵. تساوی یا تناسب حجم نمونه‌ها می باشد (مولوی، ۱۳۸۶) که این پیش فرض‌ها در پژوهش حاضر اعمال گردیده است. نتایج آزمون ام باکس نیز نشان داد که کوواریانس‌ها با هم برابر هستند ($p > 0.05$).

توزیع نرمال برای متغیرهای وابسته: اساس این پیش فرض

بر این است که فرض می شود توزیع نمرات در جامعه نرمال است. برای آزمون این پیش فرض از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول (۲): نتایج جدول آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای

فرض نرمال بودن داده‌ها			
پیش آزمون			
متغیرها	آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
استرس ادراک شده	۰/۰۸	۳۰	۰/۲
اختلال خوردن	۰/۱۰	۳۰	۰/۲

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می شود پس از خارج کردن اثر پیش آزمون و سایر متغیرهای کنترل، به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، اثر معنی داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و اختلال

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره برای بررسی تأثیر مداخله بر استرس ادراک شده و اختلال خوردن آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	مجموع مجذورات	F	P	Eta
پیش‌آزمون	استرس ادراک شده	۱/۶۶	۱	۱/۶۶	۰/۱۶	۰/۶۸	۰/۰۰۶
	اختلال خوردن	۱/۳۶	۱	۱/۳۶	۰/۰۳	۰/۸۶	۰/۰۰۱
گروه	استرس ادراک شده	۵۰۷/۶۴	۱	۵۰۷/۶۴	۵۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	اختلال خوردن	۷۴۶/۳۵	۱	۷۴۶/۳۵	۱۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸
خطا	استرس ادراک شده	۲۶۲/۲۵	۲۶	۲۶۲/۲۵	-	-	-
	اختلال خوردن	۱۱۷۷/۰۸	۲۶	۱۱۷۷/۰۸	-	-	-

۴ نشان داده می‌شود. همان‌طوری که در جدول ۵ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای کنترل، به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. ($F=30/37-P<5\%$) این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و اختلال خوردن تأثیر دارد. به‌منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است. با توجه به نتایج جدول ۵، با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در استرس ادراک شده دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=50/32$ و $P=0/001$). پس راهبرد مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ۶۵ درصدی استرس ادراک شده در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در علائم اختلال خوردن دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=50/32$ و $P=0/001$). پس راهبرد مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ۶۵ درصدی استرس ادراک شده در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در علائم اختلال خوردن دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=16/48$ و $P=0/001$). با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ۳۸ درصدی علائم اختلال خوردن در مرحله پس‌آزمون شده است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و علائم اختلال خوردن تأثیر معنی‌داری دارد و باعث کاهش استرس ادراک شده و علائم اختلال خوردن دانش‌آموزان شده است ($F=30/37$ ، $P=0/001$). نتایج این پژوهش با موسویان و همکاران (۱۳۸۹)، پژوهش اسمیت، شلی، دالن، ویگینز، تولی و برنارد (۲۰۱۲)، ایوانز (۲۰۰۹)، کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) و سینگ و همکاران (۲۰۰۴) هماهنگ و همسو است (۱۱، ۲۴، ۲۸-۲۶).

با توجه به نتایج جدول ۵، با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در استرس ادراک شده دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0/001$) و ($F=50/32$). پس راهبرد مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ۶۵ درصدی استرس ادراک شده در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در علائم اختلال خوردن دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0/001$ و $F=16/48$). با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ۳۸ درصدی علائم اختلال خوردن در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و اختلال خوردن در دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی مبتلا به علائم اختلال خوردن در شهرستان جوانرود در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. نتایج جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) آزمودنی‌ها برحسب مرحله و عضویت گروهی را نشان می‌دهد میانگین نمرات استرس ادراک شده و اختلال خوردن در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۵۱/۴۶ و ۲۸/۶ است که پس از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی این مقادیر کاهش یافته است و به ترتیب برابر با ۴۵/۸ و ۱۹/۶ است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. با توجه به سطح معنی‌داری مشاهده شده، واریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارد. لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است که نتایج این آزمون در جدول

و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند. در افرادی که مبتلابه اختلال خوردن هستند آموزش روش ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار شده و از اصول تقویت شرطی، سود می‌برد. بدین ترتیب فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید. (۳۳). همچنین ریچمن و هاگسون^۲ (۱۹۸۰) خاطرنشان کردند که روش درمانی مناسب برای بعضی از بیماری‌ها که دارای حالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند ولی وقت‌گیرند، کاهش تدریجی زمان است که ذهن آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خودکنترلی، خودتنظیمی و خود نظارتی بیمار بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند. ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، فرصتی فراهم می‌آورد تا افراد بدون قضاوت، احساس‌های بدنی، شناخت‌ها، ادراک‌ها و هیجان‌اتشان را مشاهده کنند و آن‌ها را بپذیرند و دریابند که افکار، لزوماً منطبق با واقعیت نیست (۳۴).

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر که بیانگر اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی نوجوانان مبتلابه علائم خوردن می‌باشد، می‌توان امیدوار بود که از این شیوه‌ی درمان بتوان برای کاهش و یا از بین بردن اختلال‌هایی از این دست بهره برد و گامی مهم در راستای پیشرفت علم نوین روانشناسی برداشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به آگاهی درمانگر به گروه‌های آزمون و شاهد، کم بودن حجم و محدود بودن نمونه به افراد داوطلب، تحصیل کرده و محدودی سنی خاص، تک جنسی بودن و از بین رفتن انگیزه در آزمودنی‌ها و نبود امکان مقایسه با درمان‌های دیگر اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌های مورد توجه این است که در این پژوهش ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود، محدودیت‌های مربوط به این ابزار را باید مدنظر قرارداد. در آخر پیشنهاد می‌شود هماهنگ با این پژوهش، پژوهش‌هایی به صورت طولی انجام پذیرد تا پژوهشگران از اثربخشی این نتایج در طولانی مدت آگاهی یابند و همچنین با توجه به اینکه این پژوهش فقط بر روی دانش‌آموزان دختر انجام شد، انجام پژوهش در مورد پسران و افراد با سنین متفاوت به منظور تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود؛ و همچنین به

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج این پژوهش گویای اثربخشی این نوع از درمان بر روی بیماران دارای اختلال خوردن می‌باشد که این نتایج همسو با پژوهش‌های گادفری، گالو، افاری (۲۰۱۵)، کریستیلر (۲۰۱۵). کریستلر و هالت (۱۹۹۹)، بایرو همکاران، (۲۰۰۵). نتایج مطالعات شاپیرو و شوارتز (۲۰۰۰)، دیویدسون و همکاران (۲۰۰۳)، کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) و سینگ و همکاران (۲۰۰۴) که تأثیر روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی اختلال خوردن تأیید کردند، می‌باشد (۲۸). همچنین نتایج این پژوهش از نتیجه بخشی این نوع درمان بر بیماران دارای استرس ادراک شده خبر می‌دهد همان‌طور که در بخش مقدمه هم عنوان شد این دو اختلال می‌توانند با هم همراه باشند و به صورت علت و معلوم عمل نمایند این نتایج با پژوهش‌های اکبری، نفیسی و جمشیدی فر، ۱۳۹۲ نیز همسو می‌باشد. (۱۶) در واقع با توجه به نتایج حاصل شده می‌توان عنوان نمود که یکی از راه‌های بهبود اختلال خوردن و استرس ادراک شده، معرفی و ارائه راهبردهایی است که موجب افزایش کارآمدی آن‌ها می‌شود. رویکردهای مراقبه مبتنی بر ذهن آگاهی را محققین در علوم عصب نگر که کمیت‌های روان‌شناختی را برای مشاهده اثرات درمان مورد استفاده قرار می‌دادند (۱۲، ۲۹)؛ و نیز جنبش‌های مثبت‌گرای روان‌شناسی، شروع کرده‌اند (۳۰). بر مراقبه ذهن آگاهی، پذیرش خود و آگاهی از روند تنفس متمرکز است (۳۱). در آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت مستقل و بی طرفانه انجام می‌شود اما آگاهی کلی از طریق تمرین منظم و مکرر در آموزش ذهن آگاهی کسب می‌شود. هشیاری فراگیر به عنوان توجه کردن به شیوه‌ی خاص در زمان حاضر و بدون قضاوت تعریف می‌شود (۱۸). از دیدگاه معاصر، ماهیئت هشیاری فراگیر استفاده از کنترل ارادی توجه برای تشکیل نوعی از مدل شناختی پردازش اطلاعات جایگزین است، که به طور کل مغایر با مدل شناختی (به عنوان بودن در مقابل مدل شایع‌تر باید شدن) است که بیشتر زندگی ما را آشفته می‌سازد (به عنوان مدل شناختی خودکار افسرده ساز) و نمی‌تواند ما را از حالت‌های هیجانی نارسا رها سازد (۳۲). به طور خاص آموزش ذهن آگاهی شامل حفظ آگاهی به صورت ارادی و بر اساس توجه به موضوع خاص مانند احساسات فیزیکی در بدن (به عنوان مثال، حرکت تنفس به داخل و بیرون) از یک لحظه به لحظه دیگر است.

آرچ و گراسک^۱ (۲۰۰۵) نیز معتقدند که مکانیسم ذهن آگاهی، با بهره‌گیری از تنفس متمرکز، بر تنظیم هیجان مؤثر است. ویژگی روش ذهن آگاهی آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال

² Rachman & Hodgson

¹ Arch & Craske

تشکر و قدردانی

در نهایت از آموزش و پرورش استان کرمانشاه و شهرستان جوانرود که کمال همکاری را با ما داشتند و همچنین دانش آموزان دختر شهرستان جوانرود و همه‌ی عزیزانی که ما را در به ثمر رساندن این پژوهش یاری دادند سپاسگزاریم.

پژوهشگران و متخصصین توصیه می‌شود این پژوهش را به صورت مقایسه درمان فردی و گروهی و ترکیب این دو درمان و به صورت مقایسه درمان دارویی و درمان روان‌شناختی و ترکیب این دو، در گروه‌هایی با تعداد اعضای بیشتر و در فضاهای مختلف از جمله کلینیک‌ها و مراکز مشاوره، بیمارستان‌ها و ... تکرار نمایند.

References:

- Dalle GR. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Int Med* 2011; 22(2): 153-60.
- Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2011;31(1): 113-21.
- Forozy M, Mohammad Alizadeh S, Shamseddin Said N, Haghdoost AA, Garusi B. Relationship between body image and eating disorders Iranian. *Iran J Nurs Res* 2010; 4(15): 33-43. (Persian)
- Aqagadi P, Eatemadi M. Psychology, social cognition, especially a ISC 2010; 58-44. (Persian)
- Rolla AR. Eating Disorder Anorexia Nervosa *Encyclopedia of Human Nutrition*. 3th ed. 2013. P.113-9.
- Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP. *Handbook of Mindfulness and Self-regulation*. Springer; 2015.
- Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *J Health Psychol* 1999;4(3):357-63.
- Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cogn Behav Pract* 2005;12(3):351-8.
- Shapiro SL, Schwartz GE. The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. 2000 [cited 2016 Dec 13]; Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2001-01625-007>
- Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* 2003;65(4):564-70.
- Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 2003;65(4):571-81.
- Singh NN, Wahler RG, Winton AS, Adkins AD, Group MR, others. A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clin Case Stud* 2004;3(4):275-87.
- Sharon R, Bratrud Marissa M, Parmer James R, Whitehead Rober C. *Physical Education & Exercise Science*. Florida: University of North Dakota Florida State University;2010.
- Behrozi, S. Shahani yelagh, M. Poursaeid, SM. The relationship between perceived stress levels, perfectionism, social support and academic burnout. *Culture strategy*,2012; 2 (20), 102-83. (Persian)
- Asgari P, Pasha GR, Aminiyan M. Relationship between emotion regulation, mental stresses and body image with eating disorders of women. *Andisheh va Raftar* 2009;4(13):65-78. (Persian)
- Akbari M. Effectiveness of Mindfulness Training in Decreasing the Perceived Stress among the Patients Suffering from Breast Cancer. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2013;7(27):7-16.. (Persian)
- Teasdale JD, Segal Z, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;(68): 615-23.

18. Kabat-Zinn. Full catastrophe living." Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte; 1990;
19. Sohrabi F, Jaafari S, Zarei S, Eskandari H. Psychology. Clin Psychol 2012; 16, 40-31. (Persian)
20. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. J Psychosom Res 2010;68(6):539-44.
21. Narimani M, Amini M, Abolqasemi A, Zahedan Babylon A. Compare mindfulness and anxiety sensitivity and students with compulsive hoarding symptoms of body dysmorphic disorder. Psychology 2013; 19, 23-34. (Persian)
22. Mousavian N, Moradi A, Mirzaee J, Shidfar F, Mahmoudi Kahrizi B, Taheri F. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing obesity. Andisheh va Raftar 2010; 4(16): 49-58. (Persian)
23. Delavar A. Statistical methods in psychology and educative Sciences. Payam Noor University; 2007. (Persian)
24. Safavi M, Mahmoodi M, Roshandel A Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University, Tehran center branch Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch.2009;19(2): 129-34. (Persian)
25. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983;24(4):385-96..
26. Smith BW, Shelley BM, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Bernard J. A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. J Altern Complement Med 2008;14(3):251-8.
27. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord 2008;22(4):716-21.
28. Singh NN, Wahler RG, Winton AS, Adkins AD, Group MR, others. A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. Clin Case Stud 2004;3(4):275-87.
29. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. J Clin Psychol 2006;62(3):373-86.
30. Seligman ME. Fundamental assumptions. Psychologist 2003;16(3):126.
31. Broderick PC. Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. Cognit Ther Res 2005;29(5):501-10.
32. Carlson LE, Garland SN. Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. Int J Behav Med 2005;12(4):278-85.
33. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. Behav Res Ther 2006;44(12):1849-58.
34. Rachman SJ, Hodgson R. JObsessions and Compulsions. Englewood cliffs. New York: Prentice- Hall; 1980.

EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY ON REDUCTION OF PERCEIVED STRESS AND EATING DISORDER IN STUDENTS WITH EATING DISORDER SYMPTOMS

Sara Ghaderi Javid¹, Simin Gholamrezaie^{2*}, Fatemeh Rezaie³

Received: 27 Aug, 2016; Accepted: 28 Oct, 2016

Abstract

Background & Aims: The present study aimed to examine the effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on reduction in perceived stress and eating disorder in students with eating disorder symptoms.

Material & Methods: Research design was a pretest- posttest experimental design with control group. Statistical population consisted of all female students with eating disorder symptoms in Javanroud high schools in academic year 2015-2016. Participants were screened to ensure that all had eating disorder symptoms and for this purpose 500 participants in the age group of 15 to 18 completed Garner's eating attitudes test(1979) among which 30 participants who scored 20 or higher in the test were selected with eating disorder symptoms. Then 30 selected participants were classified into two experimental and control groups consisted of 15members; these participants completed Cohen's Perceived Stress Scale (1983).The experimental group was trained for 8 ninety minutes sessions lasted two months (1 session per week) by mindfulness based cognitive group therapy. Descriptive and inferential tests including covariance analysis with SPSS were used to analyze data.

Results: Variance analysis results showed that eating disorder symptoms and stress in experimental group compared to the control group were reduced in post-test. ($P=0/001$, $F=30.37$).

Conclusion: Findings supports the effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on reduction in perceived stress and eating disorder.

Keywords: Cognitive therapy, Mindfulness, Perceived stress, Eating disorder

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Khoramabad, Iran

Tel: +9186183779

Email: ghaderijavid.sara4@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(9): 810 ISSN: 1027-3727

¹ M.A Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran