

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

سارا قادری جاوید^۱, سیمین غلامرضايی^{*۲}, فاطمه رضائي^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۸/۰۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۷/۰۵

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 دانش آموزان مبتلا به 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 دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به علائم اختلال خوردن شهر جوانوود در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ بود؛ بهمنظور اجرای پژوهش غربالگری انجام گرفت، ابتدا 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 به صورت تصادفی به دو گروه پانزده‌تایی آزمایش و گواه تقسیم شدند و پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) را نیز تکمیل کردند. گروه آزمایش ۸ جلسه نوددقیقه‌ای (هفت‌تایی یک جلسه) به مدت ۲ ماه به صورت گروهی تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ای خام با استفاده از spss^{۱۹} 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 به طور معنی‌داری کاهش یافته است. ($P<0.001$, $F=30,37$).

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 پژوهشی ارومیه، دوره پیست و هفتم، شماره نهم، ص ۸۰۱-۸۱۰ آذر ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: لرستان، خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی- ۹۱۸۶۱۸۳۷۷۹

Email: ghaderijavid.sara4@gmail.com

مقدمه

تشخیصی و آماری انجمن روان‌پژوهشی آمریکا (DSM-V)، اختلالات خوردن شامل بی‌اشتهايی روانی، پراشتهايی روانی و شکل بینایینی (پرخوری عصبی) می‌شود. بی‌اشتهايی روانی با ترس از افزایش وزن، الگوهای خاص در مدارا با غذا و اختلال در درک تصویر بدن تعریف می‌شود (۳). پراشتهايی 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 بینایینی شامل بیمارانی می‌شود که علائمی مشابه با بی‌اشتهايی یا

امروزه اختلالات خوردن^۱ یکی از موردن توجه‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌رond. 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 به خوبی شناخته نشده 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 در بردارنده اجزایی از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده توسط Kabat-zinn می‌باشد (۱۸)؛ و در قالب یک درمان گروهی برای کار با افراد دارای تاریخچه افسردگی و درنتیجه آسیب‌پذیر در برابر دوره‌های بعدی توسعه داده شده است. هرچند این رویکرد برای جلوگیری از عود در بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر می‌برند ساخته شده، بالاین حال پژوهش‌هایی اثربخشی آن را در اختلالات دیگر همانند اختلال استرس پس از آسیب، اختلال دوقطبی، اختلال افسرده خویی و اختلالات اضطرابی تأیید کرده‌اند. فرضیه اساسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که ذهن دارای دو نوع ذهنیت است که از طریق آن‌ها «ذهنیت بودن» و «ذهنیت انجامی» می‌تواند به پردازش تجربه بپردازد. هدف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که بیمار از اثرات باز فعال شدن افسردگی ذهنیت انجامی از طریق «پایش خود آیند» آگاهی یابد و از طریق به‌کارگیری و ایجاد حالت در ذهنیت بودن بماند و به مشاهده افکار و «حضور ذهن» احساسات خود از طریق انجام تمرین‌های مکرر روی جهت‌دهی قصدمندانه‌ی توجه به یک شیء خنثی (برای مثال جریان تنفس، یا حس‌های بدنی) بنشیند. به عبارت دیگر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سه هدف اساسی دنبال می‌شود (الف) تنظیم توجه، (ب) توسعه آگاهی فراشناختی، (ج) تمرکزدایی و توسعه پدیده‌شناسی نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. حضور ذهن به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی بهموقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آن‌ها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از بیم چنین الگوهای فکر تمرکزدایی کنند و به آن‌ها بعنوان رویدادهای ذهنی بنگزند که بازمایی از واقعیت یا ویژگی‌هایی 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 آن‌ها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود موقع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آن‌ها معمولاً بر می‌انگیزند جدا کنند و درنهایت معنای آن‌ها را تغییر دهد (۱۹). آموزش ذهن آگاهی، بر کاهش افسردگی، اضطراب و سازگاری روان‌شناختی مؤثر است (۲۰). امروزه ذهن آگاهی یکی از درمان‌های مطرح در جهان است که در شرایط مختلف و برای افراد سالم و بیمار کاربرد دارد. از آن جمله می‌توان به درمان اختلال‌های خودکشی، اختلال اضطرابی، اختلالات

پراشتاهایی روانی دارند، ولی تمامی شاخص‌های تشخیصی این دو اختلال را ندارند. در این نوع اختلال دوره‌های پرخوری وجود دارد، اما رفتارهای جبرانی وجود ندارد (۴). اختلالات خوردن در جوامع پیشرفت‌های که لا غری و تناسب‌اندام بازرس‌تر است در میان زنان شایع‌تر می‌باشد (۵، ۶).

پژوهش‌های زیادی در زمینه اختلال خوردن و درمان این بیماری صورت گرفته است که نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان 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). یافته‌ها حاکی از اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در بهبود اختلال خوردن با لعل می‌باشد (۸). نتایج چندین مطالعه نیز اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در درمان انواع اختلال خوردن تأیید کرده‌اند (۹-۱۲). همچنین بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده به کارگیری درمان ذهن آگاهی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال خوردن نتیجه‌بخش بوده است (۶). بر اساس بررسی‌های انجام‌شده توسط محققان پیشین، احتمال دارد مبتلایان به ییاشتاهی روانی و پراشتاهی روانی از برخی اختلالات روانی رنج ببرند (۱۳). از طرفی عوامل روان‌شناختی می‌توانند نقش مهمی در بروز مشکلات روان‌شناختی همچون اختلالات خوردن داشته باشند (۲). یکی از این عوامل، استرس ادراک شده^۳ است که می‌تواند در ابتلاء به بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات نقش داشته باشد و یا شرایط ابتلاء به بیماری‌ها 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 انجام‌شده نشان می‌دهد که بین استرس و اختلالات خوردن رابطه معنی‌داری وجود دارد. به طوری که افرادی که از استرس بیشتری رنج می‌برند، به‌احتمال بیشتری مستعد ابتلاء به اختلالات خوردن هستند (۱۵). پژوهش‌ها نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نمرات استرس ادراک شده بیماران تحت آموزش، مؤثر بوده است (۱۶). بنابراین، می‌توان این شیوه مداخله را به عنوان شیوه‌ای مستقل یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مانند دارودرمانی برای کاهش استرس این مبتلایان، به کاربرد. علاوه بر این، پژوهش‌ها اثربخشی ذهن آگاهی را بر استرس ادراک شده مورد مطالعه قرار داده‌اند (۱۶).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ بر خواسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش‌بینی Segal، Williams،

³ mindfulness-based cognitive therapy

² Perceived stress

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

معیارهای ورود در پژوهش حاضر بدین ترتیب بودند: (الف) رضایت آگاهانه (ب) دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهر جوانرو، (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 موردمطالعه بود، (د) افرادی که واتمود 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 SPSS(19) مورد تجزیه و تحلیل گرفته‌اند.

ابزار پژوهش:

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

آزمون بازخورد خوردن در سطحی گسترده به عنوان یک ابزار غربالگری خود سنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه‌ی خوردن به کار می‌رود و افراد سالم از افراد مبتلا به بی‌اشتهاای، پراشتاهایی و چاقی تفکیک می‌کند و به نظر می‌رسد بهترین پرسشنامه موجود برای ارزیابی رفتارها و نگرش‌های بیمار گون 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 ۹۱/۰ گزارش شده است (۲۴).

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

پرسشنامه‌ی 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 موردنیشوندی قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنفس را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و به همین خاطر به

روان‌پژوهشی و پرخاشگری اشاره کرد. همچنین، در ایران نیز پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ذهن آگاهی می‌تواند باعث پیشگیری از عود مواد افیونی، تنظیم هیجان، اختلال وسوس 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 انجام‌شده در مورد اثربخشی آن بر اختلالات روانی و همچنین عدم وجود پژوهش‌های کافی درزمینه 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 جوانرو 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 دانش آموزان دختر دوره‌ی دوم متوسطه‌ی شهر جوانرو در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ به تعداد ۶۰۰ نفر بود. با عنایت به این که طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به این که حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و کواه توصیه می‌شود (۲۳)، نمونه موردنیاز 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 جوانرو چند مدرسه به روش خوش‌های -تصادفی انتخاب شد و از میان ۳۷۰ نفری که پرسشنامه را تحولی 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 به صورت تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره گواه و آزمایش گمارده شدند؛ و پس از آن به آموزش پکیج درمانی ذهن آگاهی Kabat-zinn در روی گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت 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 فلاش نخواهد شد. لازم به گفتن است که تمامی آزمودنی‌ها در کمال اختیار و رضایت در این پژوهش ما را یاری نمودند و هر کدام 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 ادراک شده به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفت‌های یک جلسه، به مدت ۲ ماه به صورت گروهی برگزار شد. پروتکل درمانی به کاررفته 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 ۰/۸۵، ۰/۸۶ و ۰/۸۴ به دست آمده است (۲۵).

روندهای 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 وارسی بدنی، مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات. تکالیف خانگی شامل: تنفس آگاهانه و وارسی بدنی به کمک فایل صوتی، تمرین آگاهی از واقعی 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 به عنوان افکار و نه به عنوان حقایق یا حوادث، انجام مراقبه نشسته با تأکید بر ادراک احساس بدن، معرفی پیاده‌روی آگاهانه و تکالیف خانگی شامل: وارسی بدنی، نشستن 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 واقعی خوشایند و ناخوشایند هر روز.

جلسات هفتم و هشتم

انجام تمرینات مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صدای افکار و بازنگری تمرین‌ها، بازنگری بدنی، بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره، بحث و بررسی کوتاه پیرامون موانع موجود در به کارگیری 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 بر حسب مرحله و عضویت گروهی نشان داده شده است.

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی نمرات استرس ادراک شده و اختلال خوردن بر حسب مرحله و عضویت گروهی

پس‌آزمون	پیش‌آزمون	M±SD	M±SD	n	مرحله عضویت گروهی	استرس ادراک شده	گروه آزمایش
۲/۷۳ ±۴۵/۸	۵/۸۲ ±۵۱/۴۶	۱۵					
۷/۱۵ ±۱۹/۶	۷/۰۳ ±۲۸/۶	۱۵					
۴/۲۴ ±۵۵/۲	۸/۴۳ ±۵۷/۹۳	۱۵					
۶/۱ ±۲۹/۴	۳/۸۳ ±۲۸/۶	۱۵					
					اختلال خوردن		
					استرس ادراک شده		
					اختلال خوردن		گروه گواه

نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف در مورد پیشفرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود پیشفرض نرمال بودن برای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون 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 پیشفرض برابری واریانس‌ها برای متغیرهای وابسته

پس‌آزمون					
	متغیرها	آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
۰،۷۱	استرس	۰،۱۳	۱	۲۸	ادرآکشده
۰،۲۳	اختلال خوردن	۱،۴۷	۱	۲۸	ادرآکشده

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین گروه‌ها از لحاظ همه متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ لذا فرض تساوی واریانس‌ها تأیید می‌شود و می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد. 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 ۴ نشان داده می‌شود.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات استرس ادرآکشده و اختلال خوردن در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با $51/۴۶$ 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 پیش‌آزمون به ترتیب برابر با $۵۷/۹۳$ و $۲۸/۶$ در مرحله پس‌آزمون 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 پیش‌فرض‌های آماری است. این پیش‌فرض‌ها شامل: ۱. فاصله‌ای یا نسبی بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته ۲. نمونه‌گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها ۳. توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته ۴. همسانی واریانس‌های متغیر وابسته ۵. تساوی با تناسب حجم نمونه‌ها می‌باشد (مولوی، ۱۳۸۶) که این پیش‌فرض‌ها در پژوهش حاضر اعمال گردیده است. نتایج آزمون ام باکس نیز نشان داد که کوواریانس‌ها باهم برابر هستند ($p>0.05$).

توزیع نرمال برای متغیرهای وابسته: اساس این پیش‌فرض بر این است که فرض می‌شود توزیع نمرات در جامعه نرمال است. برای آزمون این پیش‌فرض 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

پیش‌آزمون			
متغیرها	آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
استرس ادرآکشده	۰/۰۸	۳۰	۰/۰۲
اختلال خوردن	۰/۱۰	۳۰	۰/۰۲

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

P	F	Value	اثر
۰/۰۰۱	۳۰/۳۷	۰/۷	پیلابی
۰/۰۰۱	۳۰/۳۷	۰/۲۹	لامبادی ویلکر
۰/۰۰۱	۳۰/۳۷	۲/۴۳	هتلینگ
۰/۰۰۱	۳۰/۳۷	۲/۴۳	بزرگ‌ترین ریشه روی

خوردن تأثیر دارد. به منظور تعیین اینکه در کدام‌یک 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.

همان‌طوری که در جدول ۴ 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. ($F=30/37-P<0.05$) این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادرآکشده و اختلال

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

Eta	P	F	مجموع مجذورات	Df	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	منبع تغییر
							میانگین مجذورات
.۰/۰۰۶	.۰/۶۸	.۰/۱۶	۱/۶۶	۱	۱/۶۶	استرس ادراکشده	پیش‌آزمون
.۰/۰۰۱	.۰/۸۶	.۰/۰۳	۱/۳۶	۱	۱/۳۶	اختلال خوردن	
.۰/۶۵	.۰/۰۰۱	۵۰/۳۲	۵۰/۷۶۴	۱	۵۰/۷۶۴	استرس ادراکشده	گروه
.۰/۳۸	.۰/۰۰۱	۱۶/۴۸	۷۴۶/۳۵	۱	۷۴۶/۳۵	اختلال خوردن	
-	-	-	۲۶۲/۲۵	۲۶	۲۶۲/۲۵	استرس ادراکشده	خطا
-	-	-	۱۱۷۷/۰۸	۲۶	۱۱۷۷/۰۸	اختلال خوردن	

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. ($F=30/37-P<%05$) این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراکشده و اختلال خوردن تأثیر دارد. به‌منظور تعیین اینکه در کدام‌یک 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 ادراکشده دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار دارد ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۱۶/۴۸$). با توجه به میانگین-داده از ذهن آگاهی موجب کاهش ۳۸ درصدی علائم اختلال خوردن در مرحله پس‌آزمون شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در استرس ادراکشده دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۵۰/۳۲$). پس راهبرد مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ۶۵ درصدی استرس ادراکشده 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 ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۱۶/۴۸$). با توجه به میانگین-داده از ذهن آگاهی موجب کاهش ۳۸ درصدی علائم اختلال خوردن در مرحله پس‌آزمون شده است.

۵ 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. ($F=30/37-P<%05$) این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراکشده و اختلال خوردن تأثیر دارد. به‌منظور تعیین اینکه در کدام‌یک 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 ادراکشده دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار دارد ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۱۶/۴۸$). با توجه به میانگین-داده از ذهن آگاهی موجب کاهش ۳۸ درصدی علائم اختلال خوردن در مرحله پس‌آزمون شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در استرس ادراکشده دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۱۶/۴۸$). با توجه به میانگین-داده از ذهن آگاهی موجب کاهش ۳۸ درصدی علائم اختلال خوردن در مرحله پس‌آزمون شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در استرس ادراکشده دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۵۰/۳۲$). پس راهبرد مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ۶۵ درصدی استرس ادراکشده 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 ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۱۶/۴۸$). با توجه به میانگین-داده از 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 ادراکشده و اختلال خوردن در دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی مبتلا به علائم اختلال خوردن در شهرستان جوانرود در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ بود. نتایج جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) آزمودنی‌ها بر حسب مرحله و عضویت گروهی را نشان می‌دهد میانگین نمرات استرس ادراکشده و اختلال خوردن در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش بهترتبه برابر با $۵۱/۴۶$ و $۲۸/۶$ است که پس از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی این مقادیر کاهش یافته‌است 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 متمنکر می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند. در افرادی که مبتلا به 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 بهسوی گام بالاتر بهطور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله‌بهمرحله 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 لحظه‌بهلحظه و خود نظراتی به شکل مرحله‌بهمرحله، خودکنترلی، خودتنظیمی و خود نظراتی 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 بدست‌آمده از پژوهش حاضر که بیانگر اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی نوجوانان مبتلا به علائم خوردن می‌باشد، می‌توان امیدوار بود که از این شیوه درمان بتوان برای کاهش و یا از بین بردن اختلال‌هایی از این‌دست 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 افاده داوطلب، تحصیل‌کرده و محدوده‌ی سنی خاص، تک جنسی بودن و ازبین 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 مورداستفاده پرسشنامه بود، محدودیت‌های مربوط به این ابزار را باید مدنظر قرارداد. در آخر پیشنهاد می‌شود همانگ با این پژوهش، پژوهش‌هایی به صورت طولی انجام پذیرد تا پژوهشگران از اثربخشی این نتایج در طولانی‌مدت آگاهی بابند 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 به‌منظور تعیین پذیری بیشتر نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود؛ و همچنین به

همان طور 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)، دیوبیدسون 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 ادراک‌شده 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، نیز همسو می‌باشد.^(۱۶) در واقع با توجه به نتایج حاصل شده می‌توان عنوان نمود که یکی از راههای بهبود اختلال خوردن و استرس ادراک‌شده، معرفی و ارائه راهبردهایی است که موجب افزایش کارآمدی آن‌ها می‌شود. رویکردهای مراقبه مبتنی بر ذهن آگاهی را محققین در علوم عصب نگر که کمیته‌های روان‌شناختی را برای مشاهده اثرات درمان مورداستفاده قرار می‌دادند (۱۲، ۲۹)؛ و نیز جنبش‌های مثبت‌گرای روان‌شناسی، شروع کرده‌اند (۳۰). بر مراقبه ذهن آگاهی، پذیرش خود و آگاهی از روند تنفس متمنکر است (۳۱). در آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت مستقل و بی‌طرفانه 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، ماهیت 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.

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

^۱ Arch & Craske

^۲ Rachman & Hodgson

تشکر و قدردانی

درنهایت 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 رساندند 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 گروههای با تعداد اعضای بیشتر و در فضاهای مختلف از جمله کلینیک‌ها و مراکز مشاوره، بیمارستان‌ها و ... تکرار نمایند.

References:

1. Dalle GR. Eating disorders: progress and challenges. Eur J Int Med 2011; 22(2): 153-60.
2. 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.
3. 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)
4. Aqagadi P, Eatemadi M. Psychology, social cognition, especially a ISC 2010; 58-44. (Persian)
5. Rolla AR. Eating Disorder Anorexia Nervosa Encyclopedia of Human Nutrition. 3th ed. 2013. P.113-9.
6. Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP. Handbook of Mindfulness and Self-regulation. Springer; 2015.
7. Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. J Health Psychol 1999;4(3):357–63.
8. 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.
9. 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>
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Sharon R, Bratrud Marissa M, Parmer James R, Whitehead Rober C. Physical Education & Exercise Science. Florida: University of North Dakota Florida State University;2010.
14. 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)
15. 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)
16. 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)
17. 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. Obsessions 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, Khorramabad, 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, Khorramabad, Iran

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

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