

مقایسه ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در دانشجویان دارای اختکار وسواسی و علائم اختلال بدشکلی بدن

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۲۲

محمد نریمانی*، مرضیه امینی**، عباس ابوالقاسمی***، عادل زاهد بابلان****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در میان دانشجویان دچار اختکار وسواسی و بدشکلی بدن بود.

روش: این پژوهش، توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانشجویان پیام نور دانشگاه‌های استان تهران که در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانشجویانی بود که در پرسشنامه اختکار وسواسی نمره بالا گرفته بودند و همچنین ۳۰ نفر از دانشجویانی بود که در مقیاس اختلال بدشکلی بدنی نمره بالا گرفته بودند برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ذهن آگاهی، مقیاس حساسیت اضطرابی، مقیاس رفتارهای ذخیره‌ای، پرسشنامه چند بعدی خود بدنی و مصاحبه بالینی ساختار یافته استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دانشجویان دو گروه در ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: در مجموع دانشجویان گروه دارای علائم اختلال بدشکلی بدنی از ذهن آگاهی پایین‌تر و حساسیت اضطرابی بالاتری نسبت به دانشجویان گروه اختکار وسواسی برخوردارند. این نتایج نشان می‌دهد که مشکل در سازماندهی اطلاعات، ترس از ارزیابی منفی و انزوا از جمله عوامل خطر پذیر برای ابتلای این افراد به اختلالات روانی و بدشکلی بدنی است.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، حساسیت اضطرابی، اختکار وسواسی، اختلال بدشکلی بدن، دانشجویان

narimani@uma.ac.ir

amini.marzie@ymail.com

abolghasemi1344@uma.ac.ir

a_zahed@uma.ac.ir

* استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

** نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

**** دانشیار، گروه علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

است که نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزارنده و خطرناک است [۱۲]. در واقع حساسیت اضطرابی به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی منجر می‌شود [۱۳]. بر همین اساس، بررسی‌های متعددی نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است [۱۲]. از جمله متغیرهای دیگری که می‌تواند در اختلالات اضطرابی تأثیر گذار باشد، ذهن آگاهی^۴ است. اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه بودیسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. ولز^۵ ذهن آگاهی را نوعی آگاهی بدون قضاوت در مورد تجربه شخصی می‌داند که یک آگاهی لحظه به لحظه می‌باشد [۱۴]. به اعتقاد روبینز^۶، آموزش ذهن آگاهی یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان‌درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن به افراد آموزش داده می‌شود [۱۵] و در واقع این روش درمانی تلفیقی از تن آرامی و ذهن آگاهی است [۱۶]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودآیند و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند [۱۷]. همچنین پژوهش‌های دیگر نشان دادند که آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به بیماران وسواسی-جبری، توانسته است سبک زندگی، کیفیت زندگی و نحوه سازگاری بیماران با اختلال را بهبود بخشد [۱۸]. فراست^۷ و همکاران [۲] در مطالعه‌ای دریافتند که بین مردان و زنان در عامل‌های درهم‌ریختگی و مشکل در دور انداختن تفاوت معنی‌داری گزارش نشد، ولی زنان در عامل گردآوری، نسبت به مردان نمرات بیشتری کسب کردند. پاتل، کارمودی و سیمپسون^۸

رفتارهای احتکاری^۱ که بنا به تعریف جمع‌آوری و ناتوانی در دور انداختن اموال بی‌ارزش یا کم‌ارزش را شامل می‌شود [۱]، در ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی شایع است [۲] و به تازگی به عنوان یکی از انواع فرعی اختلال وسواس فکری-عملی طبقه بندی شده است [۳]. همچنین احتکار وسواسی در کنار دیگر اختلالات روانی از قبیل بی‌اشتهایی روانی، اختلالات روانی عضوی، افسردگی و اسکیزوفرنیا نیز مشاهده شده است [۴]. شدت رفتارهای احتکاری در دامنه‌ای از خفیف تا شدید و حتی تهدید کننده زندگی قرار دارد [۵، ۶]. از سوی دیگر احتکار وسواسی با آشفتگی و آسیب چشم‌گیری همراه است. احتکار شدید می‌تواند با مشکلات زیادی در منزل (مانند آتش‌سوزی، شرایط غیر بهداشتی، مشکلات سلامتی و محدودیت فضای زندگی) همراه باشد [۶]. بررسی‌ها نشان داده‌اند، رفتارهای احتکاری با ناتوانی در تصمیم‌گیری و سازمان‌دهی و ناتوانی شغلی رابطه دارند [۵]. از سوی دیگر نتایج تحقیقات همابندی بین اختلال بدشکلی بدن و دیگر اختلالات بویژه افسردگی، هراس اجتماعی و اختلال وسواس فکری-عملی را نشان داده‌اند [۷، ۸]. اختلال بدشکلی بدن^۲ که در گذشته بدشکلی هراسی نامیده می‌شد، عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر که این نقص یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است [۹]. میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در جمعیت عمومی ۷ درصد [۹]، در حیطه جراحی زیبایی در حدود ۵ درصد و در کلینیک‌های جراحی پوست، ۱۲ درصد گزارش شده است [۱۰]. زمینه‌یابی از بیماران اختلال بدشکلی بدن نیز شیوع برابر را در دو جنس نشان داده است [۸، ۱۱]. یک سازه اضطرابی که توجه گسترده‌ای در پیشینه مطالعاتی اختلالات اضطرابی به خود اختصاص داده است، حساسیت اضطرابی^۳ است. به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی از جمله متغیرهای واسطه‌ای مهم میان استرس و بیماری باشد. فرض بر این است که حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایی با ثبات

4- Mindfulness

5- Wells

6- Robins

7- Frost

8- Patel, Carmody & Simpson

1- Hoarding behavior

2- Body Dysmorphic Disorder

3- Anxiety Sensitivity

عملکرد، کاهش کیفیت زندگی و افزایش میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی [۲۸]، در افراد مبتلا انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به اینکه متغیرهای ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به طور همزمان بر روی اختلالات بدشکلی بدنی و اختکار و سواسی به صورت مستقیم کار نشده است این امر بر بدیع بودن پژوهش حاضر می‌افزاید. اکنون ضمن در نظر داشتن این مطالب سؤالی که مطرح است، این است که آیا میزان ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در میان دانشجویان دارای اختکار و سواسی و بدشکلی بدن متفاوت است؟

روش

طرح پژوهش: روش این پژوهش توصیفی، علی-مقایسه‌ای و از نوع مقطعی-مقایسه‌ای است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور استان تهران که در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانشجویانی بود که نمره بالا در پرسشنامه اختکار و سواسی گرفته بودند و همچنین ۳۰ نفر از دانشجویانی که در مقیاس اختلال بدشکلی بدنی نمره بالا گرفته بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. مرحله اول: در این مرحله از میان کلیه دانشگاه‌های پیام نور استان تهران دانشگاه‌هایی به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند و با توجه به میزان شیوع این دو اختلال، ۱۰۰۰ پرسشنامه رفتار ذخیره‌ای و ۸۰۰ پرسشنامه بدشکلی بدن توزیع شد. از این تعداد پرسشنامه، ۸۰۳ پرسشنامه رفتار اختکاری و ۶۱۰ پرسشنامه بدشکلی بدن دریافت شد. پس از شناسایی دانشجویان موردنظر (۵۱ دانشجو که در نسخه بازنگری شده پرسشنامه رفتار ذخیره‌ای و ۴۳ دانشجو که در پرسشنامه چند بعدی خود بدنی نمره کافی برای تشخیص را به دست آوردند)، انتخاب شدند و با آنها مصاحبه بالینی شد. مرحله دوم: پس از انجام مصاحبه بالینی و شناسایی ۴۷ دانشجوی دارای اختکار و سواسی و ۳۴ دانشجوی دارای بدشکلی بدن، از هر گروه ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه جایگزین شدند. سپس فرم کوتاه پرسشنامه مهارت‌های هوشیاری فراگیر کنتوکی و شاخص

[۱۹] در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که نشانه‌های بیماری، انزوا، عزت نفس پایین و نشخوارهای فکری اختلال بدشکلی بدن میزان ذهن آگاهی افراد مبتلا را تعدیل می‌کنند. کوپر و عثمان^۱ [۲۰] در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بین افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و افراد سالم از لحاظ مؤلفه‌های فراشناختی تفاوت وجود دارد. نتایج نشان داد که میزان مشکلات فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بیشتر می‌باشد. یافته‌های بساک نژاد و غفاری [۲۱] نشان می‌دهد که حساسیت بین فردی مهمترین پیش بینی کننده بدشکلی بدن در دانشجویان است. طلایی و همکاران [۲۲] در پژوهشی دریافتند که اشتغال ذهنی با تصویر بدن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد شایع بود. همچنین نتایج مطالعات نشان داد که شیوع اختلال بدشکلی بدن نیز از آمارهای موجود در جمعیت عمومی بالاتر بود. کیلی، والترز و فیلیپس^۲ [۲۳] در پژوهشی به این نتیجه رسید که اختلال بدشکلی بدن نوعی اختلال اضطراب اجتماعی است و این امر به دلیل حساسیت در روابط بین فردی مبتلایان است. ویل^۳ [۲۴] در پژوهشی نشان داد که افراد دارای اختلال بدشکلی بدن در مقایسه با افراد و سواسی نسبت به تصویر بدنی خودشان، ادراک تحریف شده دارند و بیش از اندازه نسبت به بدن خودشان متمرکز می‌شوند، و علاوه بر اینها از ظرفیت توجه و آگاهی (ذهن آگاهی) کمتری برخوردارند و از رفتارهای ایمنی مثل (اجتناب) بیشتر از افراد و سواسی بهره می‌برند. مور و وینگوئیست^۴ [۲۵] دریافتند که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در مقایسه با افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی هوشیاری بیشتری نسبت به بدن خود دارند و از سطح اضطراب اجتماعی بالاتری نیز برخوردار هستند. در مجموع با توجه به شیوع اختلال و سواسی و همبودی آن با سایر اختلالات روانی و از جمله اختلال بدشکلی بدنی، عملکرد ناشی از بیماری و همراهی سایر اختلالات و مشکلات همراه شامل اضطراب، افسردگی و فوبی اجتماعی و حتی برخی اختلالات سایکوتیک [۲۶] افسردگی و اختلالات شخصیت اجتنابی [۲۷] اختلال در

- 1- Cooper & Osman
- 2- Kelly, Walters & Phillips
- 3- Veal
- 4- Mor N, Winqvist

تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی بر روی دو گروه اجرا شد.

ابزار

در پژوهش حاضر جهت جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۵، توسط رایس و پترسون ساخته شد. تیلور و کوکس، فرم تجدید نظر شده شاخص حساسیت اضطرابی را تهیه کردند و بسیاری از سؤالات نامربوط، مبهم و غیر قابل فهم را با سؤالات مناسب‌تری جایگزین کردند و ابعاد پرسشنامه را از سه به چهار بعد و تعداد ماده‌های پرسشنامه را از ۱۶ به ۳۶ افزایش دادند. این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس ۱- ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای، ۲- ترس از نشانه‌های تنفسی، ۳- ترس از واکنش اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ۴- ترس از عدم کنترل شناختی می‌باشد. نتایج تحقیقات ضریب همسانی درونی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و ضریب همبستگی بین "شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی" و "شاخص حساسیت اضطرابی اولیه" ۰/۹۴ گزارش شده است. میزان همبستگی عوامل با یکدیگر در گستره بین ۰/۲۸ تا ۰/۴۰ و با عامل کلی در گستره بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ گزارش شده است [۱۲]. نتایج مطالعه تیلور و کوکس حاکی از آن است که شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی دارای روایی و اعتبار ۰/۹۰ و ابزاری مفید و مؤثر برای ارزیابی و سنجش حساسیت اضطرابی است. دیکن و همکاران [۱۳] میزان پایایی مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۵ گزارش کردند. این پرسشنامه توسط مرادی منش (۱۳۸۶) در ایران هنجاریابی شده است. اعتبار «شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی» بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تصنیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. همچنین، ضرایب اعتبار خرده مقیاس‌ها بر اساس روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی و تصنیفی محاسبه شد که به ترتیب بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱، ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ و ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ به دست آمد. روایی «شاخص

تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی» بر اساس سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی همزمان «شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی» از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه «فهرست بازبینی شده تجدید نظر شده ۹۰ نشانگانی» انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های «شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی» با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود [۱۲].

۲- پرسشنامه‌ی مهارت‌های هوشیاری فراگیر کنتوکی: پرسشنامه‌ی مهارت‌های هوشیاری فراگیر [۲۹] به منظور سنجش مهارت‌های هوشیاری فراگیر ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۹ ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده‌ها به صورت پنج گزینه‌ای (اغلب اوقات یا همیشه تا هرگز یا به ندرت) پاسخ می‌دهد. دامنه‌ی نمرات این پرسشنامه بین ۳۹ تا ۱۹۵ می‌باشد. پرسشنامه‌ی مهارت‌های هوشیاری فراگیر، چهار مهارت هوشیاری فراگیر از قبیل: مشاهده کردن توصیف کردن، عمل هشیارانه و پذیرش بدون قضاوت را می‌سنجد. میزان پایایی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش شده است.

۳- نسخه بازنگری شده پرسشنامه رفتار ذخیره‌ای^۱: این پرسشنامه که توسط فراست و همکاران [۵] ساخته شده، ۲۳ ماده دارد. این ابزار سه مقیاس فرعی دارد که شامل ۱- درهم ریختگی، ۲- مشکل در دور انداختن و ۳- جمع آوری می‌باشد. پرسش‌های این آزمون با پنج گزینه (اصلاً = صفر، تا خیلی زیاد = ۴) و بر پایه شدت رفتارهای احتکاری تجربه شده پاسخ داده و نمره گذاری می‌شوند. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران توسط محمد زاده [۳۰] مورد بررسی قرار گرفته است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان پرسشنامه پادوآ و تحلیل عاملی، روایی مناسی را به دست داده است [۳۱]. همانند بودن عوامل استخراج شده با پژوهش‌های پیشین از نظر واریانس تبیین شده (بیش از ۷۰ درصد)، بیانگر روایی سازه مناسب

1- Saving Inventory- Revised (SI-R)

واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. همچنین اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین (و انحراف معیار) سن دانشجویان در گروه بد شکلی بدنی ۲۲/۱۳ (و ۲/۹۳) و گروه اختکار و سواسی ۲۱/۵۶ (و ۲/۴۰) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) معدل دانشجویان در گروه بد شکلی بدنی ۱۶/۹۸ (و ۱/۹۲) و گروه اختکار و سواسی ۱۵/۴۲ (و ۱/۹۵) می‌باشد. از میان دانشجویان گروه بد شکلی بدنی ۶/۷ درصد (۲ نفر) در مقطع کاردانی، ۸۶/۷ درصد (۲۶۳ نفر) در مقطع کارشناسی و ۶/۷ درصد (۲ نفر) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. همچنین از میان دانشجویان گروه اختکار و سواسی ۸۶/۷ درصد (۲۶ نفر) در مقطع کارشناسی و ۱۳/۳ درصد (۴ نفر) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. از بین دانشجویان گروه بد شکلی بدنی ۷۶/۷ درصد (۲۳ نفر) زن و ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) مرد بودند. دانشجویان گروه اختکار و سواسی ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) زن و ۷۶/۷ درصد (۲۳ نفر) مرد بودند. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی ذهن آگاهی در دانشجویان در گروه بد شکلی بدنی ۱۰۹/۸۳ (و ۱۹/۲۱) و گروه اختکار و سواسی ۱۲۱/۷۳ (و ۲۱/۸۸) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی حساسیت اضطرابی در دانشجویان در گروه بد شکلی بدنی ۹۲/۸۶ (و ۲/۲۸) و گروه اختکار و سواسی ۸۰/۲۶ (و ۱/۴۶) می‌باشد. به عبارتی دیگر دانشجویان بد شکلی بدنی از ذهن آگاهی پایین‌تر و حساسیت اضطرابی بالاتری نسبت به دانشجویان گروه اختکار و سواسی برخوردارند.

این پرسشنامه می‌باشد [۵]. میزان پایایی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همسانی درونی ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۹۱ محاسبه شده است [۳۰].

۴- پرسشنامه چند بعدی خود بدنی: این پرسشنامه شامل ۳۴ سؤال است که به منظور تشخیص و اندازه گیری علائم اختلال بدشکلی بدن طرح ریزی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از: ۱- اشتغال فکری و ارزیابی در مورد ظاهر، ۲- اجتناب از فعالیت‌های خاص، واری کردن بدن ۳- تمایل برای پنهان کردن نقص بدن و ۴- احساس شرم از داشتن آن نقص را اندازه گیری می‌گیرند. همبستگی معناداری بین نمرات این پرسشنامه و نمرات سازگاری روان‌شناختی و اختلالات خوردن یافت شده است که نشانگر روایی همگرا می‌باشد [۳۲]. این پرسشنامه دارای همسانی درونی مناسب می‌باشد و ضرایب آلفای کرونباخ، پایایی بازآزمایی و پایایی ارزیاب‌ها به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد. مصاحبه بالینی ساختار یافته اختلال بدشکلی بدن: در این پژوهش به منظور اطمینان از مصاحبه بالینی ساختار یافته اختلال بدشکلی بدن بر مبنای DSM.IV.TR استفاده شد.

روند اجرای پژوهش: پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها، و نیز شناسایی دانشجویانی که نمره بالا در دو مقیاس اختکار و سواسی و بدشکلی بدنی گرفته بودند، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی و در دانشگاه‌های محل تحصیل جمع آوری شد. سرانجام، داده‌های جمع آوری شده با تحلیل

جدول ۱) میانگین و انحراف مؤلفه‌های ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در دانشجویان دارای بدشکلی بدن و اختکار وسواسی

گروه اختکار وسواسی		گروه بدشکلی بدنی		مؤلفه	متغیر
SD	M	SD	M		
۹/۳۱	۳۷/۸۳	۹/۱۸	۳۱/۶	مشاهده کردن	ذهن آگاهی
۹/۳۱	۲۴/۳۰	۴/۰۲	۲۱/۸۳	توصیف کردن	
۶/۰۷	۲۹/۴۰	۵/۲۹	۲۶/۵۳	عمل هشیارانه	
۵/۴۰	۳۰/۲۰	۵/۱۶	۲۹/۸۶	پذیرش بدون قضاوت	
۲۱/۸۸	۱۲۱/۷۳	۱۹/۲۱	۱۰۹/۸۳	ذهن آگاهی کل	
۳/۷۵	۱۷/۳۳	۶/۰۱	۲۰/۴۳	ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معده‌ای روده‌ای	حساسیت اضطرابی
۵/۸۱۰	۱۸/۳۰	۶/۶۲	۲۱/۱۳	ترس از نشانه‌های تنفسی	
۷/۹۵	۳۳/۲۰	۸/۵۹	۳۶/۷۶	ترس از واکنش اضطرابی قابل مشاهده در جمع	
۲/۸۷	۱۱/۴۳	۵/۳۶	۱۴/۵۳	ترس از عدم کنترل شناختی	
۱/۴۶	۸۰/۲۶	۲/۲۸	۹۲/۸۶	حساسیت اضطرابی کل	

جدول ۲) نتایج آزمون نرمال بودن ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان دارای بدشکلی بدن و اختکار وسواسی

گروه اختکار وسواسی			گروه بدشکلی بدنی			مؤلفه	متغیر
P	Df	آماره	P	Df	آماره		
۰/۲۰۰	۳۰	۰/۱۰۴	۰/۰۰۱	۳۰	۰/۲۱۹	مشاهده کردن	ذهن آگاهی
۰/۱۲۲	۳۰	۰/۱۴۳	۰/۲۰۰	۳۰	۰/۰۹۳	توصیف کردن	
۰/۲۰۰	۳۰	۰/۰۹۴	۰/۰۵۵	۳۰	۰/۱۵۸	عمل هشیارانه	
۰/۰۵۹	۳۰	۰/۱۵۶	۰/۰۹۹	۳۰	۰/۱۴۶	پذیرش بدون قضاوت	
۰/۲۰۰	۳۰	۰/۱۰۵	۰/۰۵۳	۳۰	۰/۱۵۸	ذهن آگاهی کل	
۰/۲۰۰	۳۰	۰/۱۳۰	۰/۰۵۸	۳۰	۰/۱۵۷	ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معده‌ای روده‌ای	حساسیت اضطرابی
۰/۲۰۰	۳۰	۰/۱۱۲	۰/۲۰۰	۳۰	۰/۱۲۰	ترس از نشانه‌های تنفسی	
۰/۲۰۰	۳۰	۰/۰۹۳	۰/۰۱۷	۳۰	۰/۱۷۷	ترس از واکنش اضطرابی قابل مشاهده در جمع	
۰/۲۰۰	۳۰	۰/۱۱۲	۰/۱۱۶	۳۰	۰/۱۴۴	ترس از عدم کنترل شناختی	
۰/۲۰۰	۳۰	۰/۱۱۵	۰/۰۰۸	۳۰	۰/۱۸۹	حساسیت اضطرابی کل	

آزمون ام باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=۰/۸۵۷, P=۰/۵۷۶$). $(BOX=)$ همچنین بر اساس معناداری آزمون بارتلت همبستگی بین متغیرهای وابسته در حد کافی است ($P=۰/۰۰۰, 2=۱۵۸/۲۷۶$). بنابراین رعایت پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون را مجاز می‌شمارد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، متغیرهای ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی به عنوان متغیرهای وابسته و اکثر مؤلفه‌های آنها در دو گروه دانشجویان دارای اختکار وسواسی و بدشکلی بدن از توزیع نرمال برخوردار هستند. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، ابتدا مفروضه‌های همسانی واریانس‌ها و نرمال بودن و همچنین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون ام باکس و بارتلت و همچنین بررسی شد. بر اساس

جدول ۳) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات کلی متغیرهای حساسیت اضطرابی و ذهن آگاهی در گروه‌های مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	مجذور اتا
لامبدا ویلکز	۰/۰۴۳	۳/۰۳۳	۴	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵۷
لامبدا ویلکز	۰/۸۶۶	۲/۱۲۶	۴	۵۵	۰/۰۹۰	۰/۱۳۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۲/۱۲۶$, $P<۰/۰۹۰$, $=۰/۸۶۶$).

نتایج جدول ۴) نتایج اثرات بین آزمودنیها برای مقایسه نمرات مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی و ذهن آگاهی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	مجذور اتا	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
مشاهده کردن	۵۸۲/۸۱۷	۱	۵۸۲/۸۱۷	۶/۸۰۸	۰/۰۱۲	۰/۱۰۵	
توصیف کردن	۹۱/۲۶۷	۱	۹۱/۲۶۷	۵/۳۹۹	۰/۰۲۴	۰/۰۸۵	
عمل هشیارانه	۱۲۳/۲۶۷	۱	۱۲۳/۲۶۷	۳/۷۹۳	۰/۰۵۶	۰/۰۶۱	
پذیرش بدون قضاوت	۱/۶۶۷	۱	۱/۶۶۷	۰/۰۶۰	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱	
ذهن آگاهی	۲۱۲۴/۱۵۰	۱	۲۱۲۴/۱۵۰	۵/۰۰۹	۰/۰۲۹	۰/۰۷۹	
ترس از نشانه‌های قلبی عروقی	۱۴۴/۱۵۰	۱	۱۴۴/۱۵۰	۵/۷۳۴	۰/۰۲۰	۰/۰۹۰	
ترس از نشانه‌های تنفسی	۱۲۰/۴۱۷	۱	۱۲۰/۴۱۷	۳/۴۴۴	۰/۰۶۹	۰/۰۵۶	
ترس از واکنش اضطرابی	۱۹۰/۸۱۷	۱	۱۹۰/۸۱۷	۲/۷۸۱	۰/۱۰۱	۰/۰۴۶	
ترس از عدم کنترل شناختی	۱۴۴/۱۵۰	۱	۱۴۴/۱۵۰	۷/۷۷۹	۰/۰۰۷	۰/۱۱۸	
حساسیت اضطرابی	۲۳۸۱/۴۰۰	۱	۲۳۸۱/۴۰۰	۶/۴۹۱	۰/۰۱۴	۰/۱۰۱	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات مشاهده کردن با ($F=۶/۸۰۸$)، توصیف کردن با ($F=۵/۳۹۹$)، عمل هشیارانه ($F=۳/۷۹۳$) و در مجموع ذهن آگاهی با ($F=۵/۰۰۹$) بین گروه‌های دانشجویان بدشکلی بدنی و احتکار وسواسی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

همچنین ترس از نشانه‌های قلبی عروقی معده‌ای - رودهای با ($F=۵/۷۳۴$)، ترس از نشانه‌های تنفسی با ($F=۳/۴۴۴$)، ترس از عدم کنترل شناختی با ($F=۷/۷۷۹$) و حساسیت اضطرابی با ($F=۶/۴۹۱$) بین گروه‌های دانشجویان بدشکلی بدنی و احتکار وسواسی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$). به عبارت دیگر، حساسیت اضطرابی در دانشجویان بدشکلی بدنی بیشتر از دانشجویان احتکار وسواسی بود. همچنین نتایج نشان داد بین دو گروه در

مؤلفه‌های پذیرش بدون قضاوت و ترس از واکنش اضطرابی بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه ذهن آگاهی و حساسیت اضطرابی در میان دانشجویان دچار احتکار وسواسی و علائم اختلال بدشکلی بدن بود. نتایج نشان داد که دانشجویان دارای علائم اختلال بدشکلی بدنی از ذهن آگاهی پایین‌تری نسبت به دانشجویان با احتکار وسواسی برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴] مبنی بر اینکه که نشانه‌های بیماری، انزوا، عزت نفس پایین و نشخوارهای فکری اختلال بدشکلی بدن، میزان ذهن آگاهی افراد مبتلا را تعدیل می‌کنند، همخوانی دارد؛ در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت دوران نوجوانی با ویژگی‌های جسمانی، روان‌شناختی و هیجانی و تغییرات

آگاهی به افراد مبتلا، کم رنگ کردن عقاید، قضاوت‌ها و افکار درباره تجربیات و تمایل به توجه مستقیم به تجربه مستقیم پدیده‌ها، همان طور که در همین لحظه اتفاق می‌افتند می‌باشد، که این امر باعث گسلس از افکار ناخوشایند و تفکرات وهم آمیز می‌شود و فرد با واقعیت‌ها همان طور که اتفاق می‌افتند برخورد می‌کند [۳۷]. همچنین بخشی از این تغییرات می‌تواند ناشی از سازوکارهای عمل پیشنهاد شده در روش ذهن آگاهی مانند رویارویی، پذیرش، آرام سازی، حساسیت زدایی، تغییر رابطه با افکار و تنظیم هیجان باشد [۳۸]. از سوی دیگر چون بیماران مبتلا به اختکار و سواسی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی می‌توانند از ذهن آگاهی به عنوان یک عمل در درون خود انفعال ایجاد کرده، و در عین حال آگاهی بالاتری را نسبت به شرایط جسمانی و شرایط محیطی به وجود آورند به همین دلیل قادرند به خود و افراد کمک نمایند تا در موقعیت‌های مختلف و به خصوص زمانی که حملات و سواسی به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمالی خاص که فرد را تحت فشار قرار می‌دهد، ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف نموده و به واسطه تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرار شونده ایجاد نمایند [۱۹]. همچنین نتایج نشان داد که دانشجویان دچار بدشکلی بدنی از حساسیت اضطرابی بالاتری نسبت به دانشجویان دارای اختکار و سواسی برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۵، ۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۵] مبنی بر اینکه اختلال بدشکلی بدنی نوعی اختلال اضطراب اجتماعی است و این امر به دلیل حساسیت در روابط بین فردی مبتلایان است، همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت نوجوانان و جوانان مبتلا به بدشکلی بدنی تلاش می‌کنند تا ذهن خود را از نگرانی‌های ناشی از ظاهر، حوادث محیطی و رخدادهای نگران کننده در روابط بین فردی رهایی دهند. بنابراین آنچه را که در ذهن خود نشخوار می‌کنند، آن را مکرراً به یاد می‌آورند، با فرونشانی فکر (فکر نکردن به روابط بین فردی که می‌تواند آنها را نگران کند و اجتناب از حضور در شرایط اجتماعی که با نگرانی همراه است)، جانشینی فکر (فکرهایی را در ذهن آنها محدود کرده و آنها را جانشین تفکرات قبلی می‌کنند) و تبدیل تصور به فکر

اجتماعی مشخص می‌شود. بنابراین نوجوانان به طور طبیعی روی جنبه‌های ظاهری خود حساسیت ویژه‌ای دارد و دیدشان راجع به ظاهرشان با رضایت از خود آنها رابطه دارد، به این خاطر ممکن است اختلال بدشکلی بدنی با رضایت از خود طبیعی اشتباه گرفته شود. در مقابل این گونه حساسیت‌های ویژه نوجوانان و جوانان بر جنبه‌های ظاهری خود، نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی به طور مکرر ساعاتی را جلوی آینه می‌ایستند و به واریسی و آراستن خود می‌پردازند. آنها اغلب در تمرکز برای انجام تکالیف درسی دچار مشکل می‌شوند، در فعالیت‌های اجتماعی دچار انزوا می‌شوند و همچنین افسردگی و در بعضی موارد افکار و اقدام به خودکشی هم در آنها بروز می‌کند [۳۳، ۳۴]. در واقع ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران، اشکال در تمرکز حواس و عزت نفس ضعیف برای شرکت در فعالیت‌های روزانه یا اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی مثل تعامل با همسالان در مدرسه و دانشگاه ممکن است آن قدر شدت یابد که به انزوا می‌انجامد و حس کردن خود در خانه منجر شود [۲۸، ۳۵]. که این عوامل مانع آگاهی افراد مبتلا به اختلال می‌شود. از سوی دیگر چون افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، در خودشان توانایی عظیمی برای مهربانی و پذیرش آگاهی را ندارند و کاربرد این عدم آگاهی نمی‌تواند به یادگیری عمیق، معالجه و تغییر در خود پنداره آنها منجر شود. و این افراد به جای اینکه خود را افرادی با آگاهی، خودپنداره و سالم فرض نمایند خود را یک فرد بیمار و دارای مشکل می‌دانند که در واقع خود مختاری، احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و ایفای نقش فعال در رفتارها را از دست داده است، که آموزش ذهن آگاهی تمرینی است برای دریافت این توانمندی که فرد اسیر بی‌چون، چرای رویدادهای محیط نیست و توانایی انتخاب و اثرگذاری در این رویدادها را دارد. از سوی دیگر، عدم آگاهی لحظه به لحظه سبب می‌شود تا مبتلایان، اطلاعات و آگاهی درباره اختلال را از دست داده و رفتارهای پنهان کردن خود را به دلیل یک نقص فرضی به کار گیرند که خود این رفتارها نوعی اجتناب از روابط بین فردی یا اضطراب اجتماعی است [۳۶]. همچنین این یافته را می‌توان این طور استدلال کرد که آموزش تمرین‌های ذهن

رشد طرحواره‌های ناسازگار در کودک می‌شود [۴۲]. اما نظارت و صمیمیت والدین و ارتباط عاطفی مناسب سبب شکل‌گیری دلبستگی ایمن در کودک شده، که نوعی طرحواره شناختی همراه با صمیمیت، عزت نفس و افزایش هیجانات و عواطف مثبت است [۴۳]. در مجموعه از جمله محدودیت‌های پژوهش مختص بودن نمونه به دانشجویان دانشگاه پیام نور تهران که محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود می‌کند، انجام پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با ویژگی‌ها و صفات روان‌شناختی این دانشجویان می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات روانی همبود با این اختلال و افزایش سلامت روانی در این دانشجویان کمک‌های شایان توجهی نماید. با توجه به پایین بودن میزان ذهن آگاهی در میان دانشجویان دارای بدشکلی بدن و اثربخشی این روش در بهبود اختلالات اضطرابی و کاهش استرس، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی ذهن آگاهی، برای تعدیل طرحواره‌های ناسازگار و بهبود روابط بین فردی این دانشجویان در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرد، و این نوع درمان در دانشگاه‌ها و مدارس توسط روان‌شناسان مجرب و مشاورین، و همچنین افراد مبتلا به صورت گارگاه برگزار شود.

منابع

- 1- Steketee G, Frost R. Compulsive hoarding: current status of the research. *Clin Psychol Rev.* 2003; 23(7): 905-27.
- 2- Frost RO, Krause MS, Steketee G. Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Modif.* 1996; 20(1): 116-32.
- 3- McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky A, Sookman D, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24(3): 283-313.
- 4- Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther.* 2004; 42(10): 1163-82.
- 5- Frost RO, & Gross RC. The hoarding of possessions. *Behav Res Ther.* 1993; 31(6), 367-381.
- 6- Frost RO, Steketee G, & Williams LF. Hoarding: A community health problem. *Health Soc Care Com.* 1999; 8(2), 229-234.
- 7- Neziroglu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums.* 2002; 7(3): 464-471.
- 8- Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Incidence of abuse in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychol* , 2003; 57(7): 61-64.

(تمامی تصورات ذهنی خود پیرامون رخداد اجتماعی را به تفکرات تکراری تبدیل می‌کنند) تغییر می‌دهند که این امر چندان هم عواطف منفی آنها را کاهش نمی‌دهد [۳۹]. این یافته‌ها نشان می‌دهند که دانشجویان مبتلا به بدشکلی بدنی وقتی که در روابط بین فردی، تحصیلی، اجتماعی و عاطفی قرار می‌گیرند در پردازش‌های ذهنی خویش بر تفکرات منفی متمرکز می‌شوند و از هر گونه روابط اجتماعی و بین فردی اجتناب می‌کنند که همین امر منجر به تشکیل روان بنه‌های اساسی می‌شود که عواطف منفی برای مثال (افسردگی، اضطراب، و خشم) را به دنبال دارد و این طرحواره، شکل می‌گیرند که من به درد نخور هستم، قیافه من نامناسب است، همه جور خاصی به من نگاه می‌کنند [۳۹]. از سوی دیگر وقتی فرد در نگهداری موضوعات اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دچار مشکل می‌شود احساس بی‌کفایتی، بی‌ارزشی و خودسرزنی می‌کنند که این امر زمینه را برای بروز تنهایی، نارزنده سازی، سوء مصرف مواد، اضطراب اجتماعی و افسردگی فراهم می‌نماید [۴۰]. این ابعاد شناخت، باورها و افکار، سهم مهمی در مقاومت و تفاسیر منفی از تجربیات درونی از قبیل آنهایی که منجر به اضطراب، خشم و پرخاشگری می‌شوند، دارند [۱۴]. از سوی دیگر افراد عادی راهبردهای هیجانی سازش یافته و الگوهای انگیزشی را در هنگام انجام دادن تکالیف درسی (مثل کوشش برای موفقیت، لذت بردن از چالش‌های فعالیت، استفاده مناسب از راهبردهای یادگیری، تنظیم کردن اهداف ویژه و سطح بالایی از احساس خودکارآمدی) از خود نشان می‌دهند که این عوامل باعث روابط بین فردی قوی و افزایش سطح خودپنداره در این افراد می‌شود. در مقابل، دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در یادگیری کمتر تلاش می‌کنند و علاقه‌ی کمتری به انجام دادن فعالیت‌ها دارند. آنها قادر به تنظیم اهداف ویژه و راهبردهای یادگیری نیستند، خودکارآمدی پایینی دارند و به ندرت به سطح بالایی از موفقیت می‌رسند [۴۱]. در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت سبک فرزند پروری که با طرد، محرومیت عاطفی، سرزنش، عیب جویی و کنترل بالا همراه باشد، باعث رشد طرحواره‌های شناختی نامناسب شده که به نوعی نارزنده سازی و انزوایی را در کودک ایجاد می‌کند و منجر به

- impairment in body dysmorphic disorder. *Behav Ther.* 2010; 41(2): 143-53.
- 24- Veal D. Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Im.* 2011; 1(1): 113-125.
- 25- Mor N, Winquist J. Self-focused Attention and Negative Affect: A Meta-Analysis. *Psychol Bull.* 2009; 128(7): 658-662.
- 26- Harth W, Hermes B. Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2007; 5(1):736-743.
- 27- Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Im.* 2005; 2(1):401-405.
- 28- Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *J Prim psychiatry.* 2006; 13(4):51-59.
- 29- Bear RA., Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assess.* 2004; 11, 191-206.
- 30- Mohammadzadeh A. Validation of Saving Inventory-Revised (SI-R): Compulsive Hoarding Measure. *Iran J Psych Clin Psychol.* 2009, 15, (1), 33-41 [Persian].
- 31- Steketee G, Frost RO, & Kyrios M. Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognit Ther Res.* 2003; 27, 463-479.
- 32- Keeton WP, Cash TF, Brown TA. Body image of body images? Comparative multidimensional assessment among college student. *J Personal Assess.* 1990; 54, 213-230.
- 33- Hadley SJ, Greenberg J, Hollander E. Diagnosis and treatment of body dysmorphic disorder in adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2002; 4(2): 108-13.
- 34- Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M, Thompson JK. Day-to-day body-image states: prospective predictors of intraindividual level and variability. *Body Im.* 2007; 4(1): 1-9.
- 35- Braddock LE. Dysmorphophobia in adolescence: a case report. *Br J Psychiatry.* 1992; 140(33): 199-201.
- 36- Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2003; 44(4): 270-279.
- 37- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol, Sci Prac.* 2003; 10, 125-143.
- 38- Breslin FC, Zack M, McMMain S. An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clin Psychol, Sci Prac.* 2002; 9, 275-299.
- 39- Mellings TM, Alden LE. Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus rumination and anticipatory processing. *Behav Res Ther.* 2000; 38(12), 243-257
- 40- Tenney ER, Spellman BA, MacCoun RJ. The benefits of knowing what you know (and what you
- 9- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder.* 4th ed. Washington, DC. APA; 2000.
- 10- Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow B. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatric.* 2001; 158(3): 2061-2063.
- 11- Philips K. *Understanding body dysmorphic disorder.* Oxford Press. 2009; 64- 87.
- 12- Moradi Manesh F, Mirjafari A, Goudarzi, MA, Muhammad, N. Evaluate the psychometric properties of the revised index of anxiety sensitivity (ASIR). *J Psychol.* 2007, 11 (4), 426-420.
- 13- Deacon TJ, Abramovitz TS, Woods CM, Tolin DF. The anxiety sensitivity index-revised psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behav Res Ther.* 2003; 41, 1427- 1449.
- 14- Wells A. GAD, Met cognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clin Psychol: Sci and Prac.* 2002; 9(3): 95-100.
- 15- Robins CJ. Zen principles and mindfulness practice in Dialectical behavioral therapy. *Cognit behav Prac.* 2002; 9(4): 50_57.
- 16- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. Effectiveness of a meditationbased stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1992; 149(36): 936-943.
- 17- Narimani M, Arian Pooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. Effectiveness of training the mindfulness and on physical and psychological wellbeing of chemical warfare J Kermanshah Univ Med Sci. 2011, 15 (5), 347_357.
- 18- Singh NN, Wahler RG, Winton AS, Adkins AD. A mind fullness- based treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Am Psychiatric Nurs Assoc.* 2004; 3(4), 275-287.
- 19- Patel SR, Carmody J, Simpson HB. Adapting mindfulness- based stress reduction for the treatment of obsessive- compulsive disorder: A case report. *J Cognit and Behav prac.* 2007; 14(4): 375-380.
- 20- Cooper M, Osman S. Metacognition in body dysmorphic disorder: a preliminary exploration. *J Cognit Psych: An Intl Quart.* 2007; 21(2): 148-155.
- 21- Basak Nejad S, Ghafari M. Relation between body dysmorphic concern and psychological disorders in students of university. *J Behav Sci Res Cen.* 2007; 1(2): 179-87. [Persian].
- 22- Talaei A, Fayazi Bordbar MR, Nasiraei A, ARezaei Ardani A. Evaluation of symptom patterns and frequency disorder in students of Mashhad university of medical sciences medical, J Mashhad Univ Med Sci. 2009, 52 (1) 1, 49-56. [Persian].
- 23- Kelly MM, Walters C, Phillips KA. Social anxiety and its relationship to functional

do not): How calibration affects credibility. J Exp Soc Psychol. 2011; 4(1):4-12.

41- Bembenuity H. Self-Regulation of Learning and Academic Delay of Gratification: Gender and Ethnic Differences among College Students. J Adv Acad. 2008; 18, (4), 586-616.

42- Swanson HL ,Xinhua Z, Jerman O. The relationship between cognitive failure and self-focused attention. Br J Clin Psychol. 2011, 28(1), 85° 86.

43- Peleg-Popko O, Children s. test anxiety and family interaction patterns. Anx Str Cop, 2008, 15 (1), 45-59.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Comparison of Mindfulness and Anxiety Sensitivity among Students with Compulsive Hoarding and Body Dysmorphic

Narimani, M. Ph.D., Amini, M. *M.A., Abolghasemi, A. Ph.D., Zahed babelan, A. Ph.D.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare mindfulness and anxiety sensitivity among students with compulsive hoarding and body dysmorphic.

Method: The study, is a cross-sectional comparative description. The population of the study, includes all the students of Payame Noor University - Tehran, were enrolled in the 91-92 school year. The sample consist of 30 student in Saving inventory and the multidimensional body-self relations questionnaire achieved a high score selected via Cluster sampling method. To collect data, we used saving inventory, the multidimensional body-self relations questionnaire, mindfulness questionnaire, anxiety sensitivity scale and scale storage behaviors were physical deformity.

Results: The results of Multivariate analysis Of variance showed that there is significant difference between the two group with body dysmorphic and compulsive hoarding student, in anxiety sensitivity and mindfulness ($P < 0/001$).

Conclusion: Finally the students with body dysmorphic have the lower mindfulness and higher anxiety sensitivity than compulsive hoarding students. The results suggest the risk factors to mental disorders and body dysmorphic include the problem of organizing information, fear of negative evaluation and isolation.

Keywords: Mindfulness, Sensitivity Anxiety, Compulsive Hoarding, Body Dysmorphic, Students

*Correspondence E-mail:
Amini.marzie@ymail.com

