

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان شناختی افراد مبتلا به پرخوری عصبی

The comparison effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on psychological distress in people with bulimia nervosa

Maria shirkhanzadeh

PhD Student in Health Psychology, Islamic Azad University, United Arab Emirates Branch.

Mohammad Hatami (Corresponding author)

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: Hatami513@gmail.com

Hassan Ahadi

Professor, Department of Psychology, Islamic Azad university, United Arab Emirates Branch.

Gholamreza sarami foroshani

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on psychological distress in people with bulimia nervosa. **Method:** The research method was quasi-experimental. The statistical population of the present study was all secondary school students in Kerman in District 2 of Education. The sample size of the present study according to the test power (0.80), effect size (0.50) and confidence level (0.05) was considered for each sample group of 15 people, which were initially in the form of multi-stage clusters. Selected from 4 high schools for girls. First, through the behavioral screening questionnaire of people who are suspected of overeating through the cut-off point; Was separated. Then, by conducting clinical interviews, 45 of them who had the final diagnosis of overeating disorder were selected and randomly assigned to three groups of 15 people. The research instrument was the Anxiety, Stress and Depression Scale (DAS). The experimental groups underwent cognitive-behavioral intervention and mindfulness-based cognitive therapy. Data analysis was performed after examining statistical assumptions by analysis of covariance. **Results:** The results of the analysis showed that the intervention based on cognitive-behavioral intervention and mindfulness-based cognitive therapy were effective on the difficult dimensions of emotion regulation. **Conclusion:** there is a difference between the effectiveness of cognitive-behavioral intervention and mindfulness-based cognitive therapy on the dimensions of emotion difficulty regulation.

Keywords: Cognitive-Behavioral. Mindfulness. Distress.

ماریا شیرخانزاده

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه

آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

محمدحاتمی (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

Email: Hatami513@gmail.com

حسن احدی

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد امارات متحده عربی.

غلامرضا صرامی فروشانی

دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه

خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان شناختی افراد مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد. روش: روش تحقیق نیمه تجربی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان متوسطه دوم شهر کرمان در ناحیه ۲ آموزش و پرورش بود. حجم نمونه پژوهشی حاضر با توجه به توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و سطح اطمینان (۰/۰۵) برای هر گروه نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که ابتدا به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای از ۴ دبیرستان دختران انتخاب شد. ابتدا از طریق پرسشنامه غربالگری رفتار پرخوری افرادی که از طریق نقطه برش مشکوک به رفتار پرخوری هستند؛ تفکیک شد. سپس با انجام مصاحبه بالینی ۴۵ نفر از آنها که تشخیص نهایی اختلال پرخوری را داشت انتخاب گردید و در سه گروه ۱۵ نفری بصورت گمارش تصادفی قرار گرفت. ابزار پژوهش مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی (DAS) بود. گروه‌های آزمایش تحت مداخله شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها پس از بررسی مفروضه‌های آماری با روش تحلیل کواریانس انجام گرفت. یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که مداخله مبتنی مداخله شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی ابعاد دشواری تنظیم هیجان اثربخش بوده‌اند. نتیجه گیری: اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی ابعاد تنظیم دشواری هیجان متفاوت است.

کلمات کلیدی: شناختی-رفتاری. ذهن آگاهی. پریشانی.

مقدمه

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی/ روان‌تنی به شمار می‌روند که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می‌شوند و همچنین، کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل و باعث مرگ و میر می‌شوند. اختلالات خوردن می‌توانند با تغییر الگوی غذایی و دریافت نامطلوب مواد مغذی باعث ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شوند و سلامتی فرد را تهدید کنند (سیزا^۱، ۲۰۱۳). اختلالات خوردن، با رفتارهایی از جمله کاهش خوردن، روزه داری، زیاد خوردن و خوردن همراه با استفراغ و استفاده از داروهای ضد یبوست و ادرار آور مشخص می‌شود (جیانی و همکاران^۲، ۲۰۱۵). این اختلالات همچنین، می‌توانند منجر به سوء تغذیه، پوکی استخوان، آمنوره، بیماری‌های قلبی-عروقی و افسردگی شوند. اشکال بالینی این اختلالات بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی است (هیلبرت و تاجن^۳، ۲۰۱۶). پرخوری عصبی شکلی از اختلالات خوردن است که در آن فرد بیش از اندازه لازم غذا می‌خورد. در این وضعیت بیماران اغلب وزن طبیعی خود را حفظ می‌کنند یا دچار چاقی می‌شوند. تحریف تصویر بدن در این بیماران کمتر از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است. عوارض پرخوری اغلب اختلالات الکترولیتی، سوزش، خونریزی معده، اختلالات روده ای، فرسایش مینای دندان، کم شدن ضربان قلب، افت فشار خون و کاهش سرعت سوخت و ساز است (بساک نژاد، هومن و قاسمی نژاد، ۱۳۹۱).

بسیاری از مردم ادعا دارند که به هنگام اضطراب، استرس یا ناراحتی بیشتر غذا می‌خورند و شواهد گویای آن است که فشار عصبی امکان دارد سبب شود فرد بیشتر غذا بخورد (نوریان و همکاران، ۱۳۹۴). از دیدگاه تکاملی معقول به نظر می‌رسد که استرس فرایندهای متابولیک را تحت تاثیر قرار دهد. سیستم استرس برای کمک به اجداد انسان جهت گریز از موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی تکامل یافت که در گذشته‌های بسیار دور اغلب شامل تلاش متابولیک قابل ملاحظه بود. سیستم‌های پاسخ به استرس، مسول آزادسازی گلوکز به جریان خون هستند، بنابراین انرژی لازم برای فرار یا جنگ (در صورتی که اولویت داشت) از دست درندگان و دیگر در اختیار ماهیچه قرار می‌گیرد (لووالو و توماس، ۲۰۰). اگرچه در زمان مدرن اغلب استرسورهایی که فرد با آنها مواجه می‌گردد، روان‌شناختی (مثل دعوا با همسر، دشواری‌های سر کار و نگرانی در خصوص پول) هستند تا فیزیکی ولی با این حال، بدن همچنان به مثابه استرسورهای فیزیکی پاسخ می‌دهد در این شرایط بدن در حالتی قرار می‌گیرد که انرژی اضافی جایی برای رفتن ندارد و ناچاراً به شکل چربی بدن انباشت می‌گردد (بجورنتروپ، ۲۰۰۱). از این رو موقعیت‌های استرس زا و راه‌های انتخاب شده برای مقابله با آن مهم هستند. برخی افراد مهارت‌های لازم برای روبه رو شدن با این موقعیت‌ها را ندارند و ممکن است از راه‌هایی استفاده کنند که به سلامتی آسیب می‌رساند. استرس از عوامل ایجادکننده چاقی و اعتیاد به خوردن است. افراد برای رهایی از استرس کالری بالایی را مصرف می‌کنند و بعد گرفتار اضافه وزن و چاقی می‌شوند. با افزایش وزن، استرس هم زیادتر می‌شود. افزایش وزن خودبخود ضمن اینکه استرس را افزایش می‌دهد باعث ایجاد چرخه معیوب اضافه وزن و چاقی شده و عدم کنترل روی شرایط زمینه افسردگی را بوجود می‌آورد

¹ Cizza

² Giani et al

³ Hilbert, tachen

(سیزا، ۲۰۱۳). از این رو درمانی می‌تواند در کاهش اختلالات خوردن موثر باشد که بتواند به فرد مبتلا در مدیریت استرس و رفتارش کمک کند.

نگاهی به درمان‌های به کار برده شده برای درمان اختلالات خوردن در دهه اخیر نشان می‌دهد بیشترین پژوهش‌ها متمرکز بر دو درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بوده است. رویکرد شناختی رفتاری اختلالات خوردن بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارهایی است و روی رفتار تمرکز دارد. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی کرده و شیوه‌های تفکری مثبت تر و واقع بینانه تری را جایگزین آن‌ها کند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۱ ترکیبی از تمرین‌های مدیتیشن، یوگا است که برای تسکین و درمان رنج انسان‌ها به خصوص رنج‌های هیجانی که مردم را برای ابتلا به مشکلات روانشناختی آماده می‌کند، پدید آمده است. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت است (کابات زین^۲، ۱۹۹۰). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعت محض بدون توضیح (شلی^۳، ۲۰۰۳؛ به نقل از جواهری، ۱۳۸۵). شواهدی وجود دارد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور مستقیم در توانایی هیجانی افراد در کنترل نشخوار ذهنی (رامل و همکاران^۴، ۲۰۰۴)، توجه متمرکز بر خود و واکنش پذیری عاداتی در بافت افکار منفی (گولدین و همکاران^۵، ۲۰۰۹) تاثیر می‌گذارد. انتظار می‌رود تمرین‌های شناختی-رفتاریو تغییرات ذهنی ناشی از ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از افکار خودآیند، عاداتها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این روی می‌توانند نقش مهمی در اصلاح و بهبود الگوهای رفتاری و نتیجتا بهبود برخی رفتارهای خوردن شوند. از این رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی، چاقی و بی‌نظمی هیجان افراد مبتلا به پرخوری عصبی متفاوت خواهد بود؟

روش

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا نیمه آزمایشی و در قالب طرح‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر کرمان در ناحیه ۲ آموزش و پرورش بود. حجم نمونه ابتدایی به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای از ۴ دبیرستان دختران انتخاب شد. ابتدا از طریق پرسشنامه غربالگری رفتار پرخوری افرادی که از طریق نقطه برش مشکوک به رفتار پرخوری هستند؛ تفکیک شد. سپس با انجام مصاحبه بالینی ۴۵ نفر از آنها که تشخیص نهایی اختلال پرخوری را داشتند انتخاب گردید و در سه گروه ۱۵ نفری بصورت گمارش تصادفی قرار گرفتند.

^۱ Mindfulness Based Cognitive Therapy

^۲ Kabat Zinn

^۳ Shealy

^۴ Ramel et al

^۵ Goldin et al

ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس^۱

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS، لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵) مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. کاربرد این مقیاس اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را در مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان ضریب آلفا برای عوامل اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) حکمی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایشی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند.

مقیاس رفتار پرخوری (بولیمیا)

توسط گورمالی، بلک، داستون، رادین (۱۹۸۲) برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم ۴ گزینه‌ای و ۲ آیتم ۳ گزینه‌ای بوده است. که دامنه آن از خیلی موافق نمره ۴ تا کاملاً مخالف نمره ۱۴ صفرگسترده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ و بالاتر وجود اختلال پرخوریا (بولیمیا) را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۰/۸۵ درصد و اعتبار آزمون بازآزمون ۰/۷۲ محاسبه شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز ۱۹۸۷)

دستورالعمل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای پرخوری

جلسه اول	توضیح پیرامون اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با کمک چند تکنیک و یاد گرفتن انجام امور روزمره با توجه کردن به آنها.
جلسه دوم	پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه بر بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.
جلسه سوم	آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مدیتیشن نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند.
جلسه چهارم	یاد گرفتن اینکه بدون فرار کردن و اجتناب از افراد در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
جلسه پنجم	آگاهی کامل نسبت به فکرها و احساس‌ها و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
جلسه ششم	تغییر خلق و افکار از طریق دیدن افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
جلسه هفتم	هشیاری نسبت به نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبرویی احتمالی با نشانه‌های خوردن.
جلسه هشتم	برنامه ریزی برای آینده و استفاده از تکنیک‌های حضور در لحظه حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها در کل جریان زندگی.

^۱ : Depression- Anxiety- Stress Scale (DASS)

خلاصه جلسات مداخله درمان شناختی-رفتاری

جلسه اول	بیان رئوس کلی برنامه، توضیح اختلال و بیان اهداف.
جلسه دوم	جستجوی علل شروع کننده رفتارهای پر خوری، بررسی پیامدهای پر خوری، توضیح سیکل معیوب پر خوری، برنامه ریزی وعده های غذایی و ارائه راهکارهایی برای تغییر و خوردن سالم.
جلسه سوم	توضیح درباره ی ارتباط افکار، احساس و رفتار، افکار اتوماتیک و سبک های ناکارآمد تفکر.
جلسه چهارم	ارزیابی افکار، به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، بازسازی و تغییر افکار ناکارآمد و نشان دادن اثرات تفکر تجدیدنظر شده.
جلسه پنجم	بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد و توضیح درباره اینکه چه طور پیامدها، خود در زنجیره رفتاری بزرگ تر علت می شوند و استفاده از تغییر روش ها برای شکستن این زنجیره ناکارآمد.
جلسه ششم	مدیریت تکانش ها، آموزش و ارائه راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، بالا بردن خلق و افزایش رخدادهای خوشایند.
جلسه هفتم	توضیح تصویر تن، بیان ارتباط تصویر تن و پر خوری، تغییر افکار ناکارآمد درباره تصویر تن و ارائه راهکارهایی برای بهبود آن.
جلسه هشتم	بیان عزت نفس و این که افراد چگونه خود را تعریف می کنند، به چالش کشیدن صحت خود ارزیابی های منفی افراد و اصلاح نقاط ضعف آن ها.
جلسه نهم	آموزش مدیریت استرس و حل مسئله.
جلسه دهم	آموزش جرأت ورزی
جلسه یازدهم	مدیریت وزن، توضیح درباره اینکه وزن مناسب برای آن ها چه مقدار است، آموزش تمرین های سالم و راهکارهایی برای ابقاء وزن سالم.
جلسه دوازدهم	برنامه ریزی برای پیشگیری از عود، تمرین برای مواجهه با موقعیت ها و غذاهای در معرض خطر و تقویت مثبت و دادن پاداش برای مواجهه مفید و در پایان بررسی پیشرفت کار، تأکید بر تمرین مکرر مهارت های آموخته شده و ایجاد یک سبک زندگی سالم.

یافته ها

جدول ۱: شاخصهای توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش از موزن و پس از موزن متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

جدول ۱: شاخصهای توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش از موزن و پس از موزن متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش از موزن	پس از موزن	کلموگروف
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	۱۶/۵۹	۳/۲۴	۱۷/۰۲	۴/۱۹
	۱۵/۰۹	۳/۶۷	۱۳/۵۲	۴/۵۲
	۱۶/۶۴	۳/۵۹	۱۲/۳۷	۴/۳۷
اضطراب	۱۶/۱۵	۳/۶۸	۱۵/۵۹	۴/۶۵
	۱۵/۲۰	۴/۰۲	۱۱/۲۹	۴/۲۹
	۱۶/۲۷	۳/۶۷	۱۱/۶۵	۳/۲۲
استرس	۱۷/۴۰	۴/۲۲	۱۶/۸۴	۴/۶۵
	۱۸/۹۲	۴/۱۰	۱۴/۹۰	۳/۹۰
	۱۸/۲۰	۴/۴۵	۱۵/۷۰	۴/۵۶

بر اساس نتایج مندرج در جدول؛ با توجه به این که احتمال آماره کالموگروف - اسمیرنوف کوچکتر یا مساوی مقدار ۰/۰۵ است؛ بنابراین توزیع متغیرهای مندرج در جدول با توزیع نرمال متفاوت نبوده؛ فرض نرمال بودن توزیع برقرار است.

قبل از تحلیل مربوط به فرضیه ها، برای اطمینان از اینکه داده های این پژوهش مفروضه های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می کنند به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه های اصلی تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار

گرفتند. نتایج محاسبه همبستگی بین پیش‌آزمون (متغیر کوواریت) و پس‌آزمون (متغیر وابسته) در متغیرهای مورد بیانگر وجود رابطه خطی بین آنها بود (مفروضه خطی بودن رابطه) و محاسبه همبستگی بین پیش‌آزمون‌های متغیرهای مورد بررسی نیز نشان از عدم رابطه معنی‌دار بین آنها بود (مفروضه عدم همخطی چندگانه). برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین و برای بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی اثرات بین‌آزمودنی در تعامل گروه * پس‌آزمون استفاده گردید. نتایج بدست آمده در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج بدست آمده از آزمون لوین و اثرات بین‌آزمودنی برای بررسی مفروضه‌ها

گروه	مفروضه همگنی واریانس‌ها		مفروضه شیب‌های رگرسیونی	
	آزمون لوین	F	تعامل گروه * پیش‌آزمون	F
شاخص	سطح معنی‌داری		سطح معنی‌داری	
اضطراب	۰/۰۷	۲/۸۵	۰/۰۷	۲/۷۵
استرس	۰/۳۰	۰/۷۴	۰/۷۴	۰/۴۸
افسردگی	۰/۳۷	۰/۶۸	۲/۶۴	۰/۰۸

همانگونه که نتایج بدست آمده از آزمون لوین در پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری در تمامی متغیرها بالاتر از سطح سنجش ($P > 0/05$) است. همچنین نتایج حاصل از بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که سطح معنی‌دار بدست آمده ($P > 0/05$) بیانگر برقراری مفروضه شیب‌های رگرسیونی در دو گروه است. نتایج بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل کوواریانس نشان داد شرایط داده‌ها اجازه اجرای تحلیل کوواریانس را می‌دهد. برای این منظور یک تحلیل کوواریانس چند متغیره روی ابعاد تنظیم هیجانی در پس‌آزمون (جدول ۳) اجرا شد. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه در ابعاد دشواری تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه در ابعاد دشواری تنظیم هیجانی

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۳۶	۲/۸۰	۶	۷۶	۰/۰۱
	لمبدای ویلکز	۰/۶۴	۲/۹۸	۶	۷۴	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۵۲	۳/۱۵	۶	۷۲	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۴۹	۶/۲۲	۶	۳۸	۰/۰۱

همانگونه که نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (جدول شماره ۳) نشان داد؛ بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراره در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۵ ارائه شده است. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یکراره در متن مانکوا را برای مقایسه پس‌آزمون هر متغیر با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا برای مقایسه پس آزمون متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
دشواری در عدم پذیرش	۲۸/۳۹	۲	۱۴/۱۹	۱/۲۰	۰/۳۰	۰/۰۵
دشواری در رفتارهدفمند	۱۴۰/۰۴	۲	۷۰/۰۱	۷/۲۴	۰/۰۰۲	۰/۲۷
کنترل تکانه	۱۲۸/۰۰	۲	۶۴/۰۰	۵/۹۰	۰/۰۰۶	۰/۲۳
دشواری در عدم پذیرش	۴۵۸/۰۴	۳۹	۱۱/۷۴			
دشواری در رفتارهدفمند	۳۷۷/۶۲	۳۹	۹/۶۸			
کنترل تکانه	۴۲۲/۷۴	۳۹	۱۰/۸۴			
دشواری در عدم پذیرش	۴۱۷۷/۰۰	۴۵				کل
دشواری در رفتارهدفمند	۳۱۴۹/۰۰	۴۵				
کنترل تکانه	۵۱۰۰/۰۰	۴۵				

نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس یکراهه در متغیرهای مورد بررسی نشان می دهد اثر گروه (مداخله آزمایشی) روی پس آزمون استرس با مقدار ($F=7/24$)، و روی پس آزمون افسردگی با مقدار ($F=5/90$) در سطح ($P < 0/05$) معنی دار است. در حالی که اثر مداخله روی اضطراب با مقدار آماری ($F=1/20$) معنی دار نبوده است. بطور کلی با توجه به نتایج بدست آمده می توان گفت که اثر مداخله باعث کاهش استرس و افسردگی کودکان شده است. همچنین براساس اندازه اثر تاثیرگذاری مداخله روی استرس ($0/27$) و روی افسردگی ($0/23$) بوده است. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه تاثیر مداخله‌ها روی متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون تعقیبی برای مقایسه تاثیر مداخله‌ها روی متغیرهای وابسته

متغیر	گروه	مقایسه	میانگین تفاوت	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اضطراب	CONTROL	BCT	۱/۷۹	۱/۲۹	۰/۱۷
		MBCT	۰/۱۷	۱/۲۸	۰/۸۰
	BCT	MBCT	-۱/۶۲	۱/۲۵	۰/۲۰
استرس	CONTROL	BCT	۴/۱۰	۱/۱۷	۰/۰۱
		MBCT	۳/۶۲	۱/۱۶	۰/۰۱
	BCT	MBCT	۰/۴۴	۱/۱۴	۰/۶۷
افسردگی	CONTROL	BCT	۴/۰۸	۱/۲۴	۰/۰۱
		MBCT	۳/۱۶	۱/۲۲	۰/۰۱
	BCT	MBCT	-۰/۹۲	۱/۲۰	۰/۰۷

براساس نتایج آزمون تعقیبی می توان گفت اثربخشی مداخله شناختی رفتاری و مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی اضطراب و استرس و افسردگی تفاوت معنی داری نداشته است. به عبارتی دیگر می توان نتیجه گرفت که

بکارگیری مداخله شناختی-رفتاری و مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه نمونه دانش آموزان ضمن اینکه اثربخش بوده اند؛ تفاوت معنی داری در میزان اثربخشی نداشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل نشان داد که بین گروه‌های مداخله و مقایسه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب، استرس، افسردگی) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. که نتایج بدست آمده نشان داد که مداخله روی استرس و افسردگی معنادار می‌باشد. با توجه به نتیجه بدست آمده می‌توان گفت که در گروه‌های مداخله تغییر معنی داری در بهبود استرس و افسردگی در پس آزمون نسبت به گروه‌های کنترل تحت تأثیر مداخله بوجود آمده است. فورمن و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی برای افراد چاقی که در پاسخ‌گویی به افکار و احساسات خود اقدام به خوردن می‌کنند، مؤثر است. پژوهش وینلند و همکاران (۲۰۱۲)، نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خوردن هیجانی را در افراد چاقی که جراحی چاقی انجام داده اند، کاهش می‌دهد. پیرسون و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتارهای خوردن را در زنان دارای نگرانی تصویر بدنی، کاهش می‌دهد. تمامی این پژوهش‌ها با تأکید بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خوردن هیجانی با یافته‌های این پژوهش همسو است. همچنین یافته‌های این پژوهش با پژوهش دالن و همکاران (۲۰۱۰) که نشان داد، مداخله ذهن آگاهی متمرکز بر خوردن اثر معنادار بر بهبود رفتارهای خوردن دارد و پژوهش کریستلر و همکاران (۲۰۱۱)، که نشان دادند آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی، دوره‌های پرخوری را کاهش می‌دهد و پژوهش کاترمن و همکاران (۲۰۱۴) که نشان داد مدیتیشن ذهن آگاهانه پرخوری و خوردن هیجانی را در افراد درگیر با این رفتارها کاهش می‌دهد و به کاهش وزن منجر می‌گردد، همخوان است. در رفتار خوردن مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و دفاع، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود می‌شوند، بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آنها (خوردن)، کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌شود. مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهبردهای کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می‌شود. در درمان مبتنی بر شناخت درمانی شرکت کنندگان به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر تغییر باورهای غلط تشویق می‌شوند و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی می‌شود. در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). برای مثال از مراجع خواسته می‌شود، هنگامی که میل شدید به خوردن احساس می‌کند از خودش سؤال کند آیا این میل در راستای گرسنگی و نیاز بدن او به خوردن و ارزش سلامتی است و یا در راستای افکار، امیال، هیجانان و با علایم بدنی او است؟ از مراجع خواسته می‌شود در راستای ارزش سلامتی به خوردن سالم بپردازد و نه برای اجتناب از هیجان‌ها. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی فرد را با تشویق به پذیرش آگاهانه، کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به نتایج اجتناب

زیاد، کاهش می‌دهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین می‌توان گفت که افکار و احساسات و امیالی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آنکه مورد پذیرش آگاهانه قرار می‌گیرند، فراخوانی آنها کمتر خواهد شد. ولی آنچه باید بیان شود، این است که این فرایند به مرور زمان ایجاد می‌شود. این پژوهش مانند با محدودیت هایی از جمله نمونه‌گیری در دسترس و بررسی نکردن برخی متغیرهای مداخله گر اشاره کرد، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه های این پژوهش شامل مردان دارای پرخوری در شهر کرمان بود. بنابراین در تعمیم یافته ها به سایر گروه‌های سنی باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش های آتی، پژوهش هایی با آزمودنی های زنان و مردان انجام شود و اثربخشی درمان‌ها در هر دو گروه جنسیتی مقایسه گردد.

منابع

- آذر، ماهیار؛ نوحی، سیما. (۱۳۸۷). دایره‌المعارف اعتیاد و مواد مخدر، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند، ۶۶.
- رحمانیان، مهدیه. نژادعلی، ربابه و اورکی، محمد (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی از تصویر بدن زنان مبتلا به پرخوری روانی. فصلنامه مدیریت ارتقاء سلامت؛ دوره ۷، شماره ۴.
- بساک نژاد، سودابه؛ هومن، فرزانه و قاسمی نژاد، محمد علی (۱۳۹۱). رابطه ی بین سبکهای مقابله ی اجتناب شناختی رفتاری و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه. مجله ی اصول بهداشت روانی، ۱۴(۲).
- خدابخش، محمد رضا و کیانی، فریبا (۱۳۹۳). نقش علائم افسردگی و ناگویی خلقی در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته در دانشجویان دختر. مجله سلامت جامعه ۸(۴). ۲۷-۳۶.
- رجبی، سوران و حسینی، فریده السادات (۱۳۹۳). بررسی همه گیرشناسی رفتارهای بیمارگونه ی خوردن و ارتباط آن با پنج عامل بزرگ شخصیت در دانش آموزان دختر روان شناسی مدرسه ۳(۲)، ۱۲-۲۴.
- سلیمانی، مهسا. خداوردی، ترانه و قاسم زاده، عزیزرضا (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش میزان پرخوری و افسردگی بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی مجله علمی سازمان نظام پزشکی ایران. دوره ۳۲، شماره ۱.
- صفرزاده، سمیه و محمودی خوردنی، زینب (۱۳۹۴). بررسی اختلالات خوردن (بی اشتهاهی عصبی و پرخوری عصبی) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهرستان گناباد. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۴، ۳۹۳-۴۰۴.
- غلامحسینی و همکاران (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی نشانه های افسردگی و تصویر بدن نامطلوب در زنان. کاویانی، حسین؛ جواهری، فرزوان؛ بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد. افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. سال هفتم. شماره اول. ۵۹-۴۹.
- محمدی و همکاران (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان مردان. نوریان، محمد و همکاران (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی تجربه های ذهنی خوردن و کاهش وزن زنان چاق. هومن، فرزانه و همکاران (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر پرخوری عصبی در زنان مراجعه کننده به انجمن پرخوری اهواز. فصلنامه علمی پزشکی، شماره ۴:
- Anderson, Nicole D., Lau, Mark A., Segal, Zindel V., & Bishop, Scott R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(6), 449-463. doi :10.1002/cpp.544
- Breslin, F. C., Zack, M., McMain, S. (2002). An information Processing analysis of mindfulness: implicatin for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical psychology, Science and practice*. 9: 275-299.
- Cizza, G. (2013). Evening Chronotype Is Associated with Changes in Eating Behavior, More Sleep Apnea, and Increased Stress Hormones in Short Sleeping Obese Individuals. *PloS one*, 8(4) , e56519.
- Gianni LM, White MA, Mashed RM. (2015). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behave*; 14:309-313.
- Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Arch Gen Psychiatry*, 66(2), 170-18 . doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.525
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J., (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 44: 1-25.

- Hidalgo, M. P. (2012). Night eating patterns and chronotypes: A correlation with binge eating behaviors. *Psychiatry research*, 200(2), 489-493.
- Hilbert, A & Tuschen-Caffier, B. (2016). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 521-530.
- Morin, P., Demers, K., Turcotte, S., & Mongeau, L. (2013). Association between perceived self-efficacy related to meal management and food coping strategies among working parents with preschool children. *Appetite*.
- Ramel, Wiveka, Goldin, Philippe. R., Carmona, Paula. E., & McQuaid, John. R. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433-455. doi: 10.1023/B:COTR.0000045557.15923.96
- Schlup B, Munsch S, Meyer AH, Margraf J, Wilhelm FH. The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behav Res Ther*. 2009 Jul;47(7) :628-35.
- Seamoore D, Buckroyd J, Stott D. Changes in eating behavior following group therapy for women who binge eat: A pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006 Jun;13(4) :337-46.
- Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulation Emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modular and tolerate negative affect? *Eat Behave*. 2007; 8(2) : 162-169.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Ming – fullness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: the meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive psychotherapy* 19, 221-22.

