

The Effectiveness of Mindfulness Group Training on the Psychopathological Symptoms in Fat Women

Asghar kamran M.A

Department of Psychology, Payame Noor University, Esfahan, Iran.

Mehdad Havazadeh M.A

M.sc of Psychometry, Univerdity of Allame Tabatabaee, Tehran.

Kamal Moghtadaei Ph.D. Student

Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Asieh Ebrahimi. M.A

clinical psychology, Khomeinishahr Free University Isfahan, Iran.

اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر علائم آسیب‌شناختی روانی در زنان چاق

اصغر کامران*

عضو هیئت‌علمی گروه روانشناسی پیام نور اصفهان، اصفهان، ایران.

مهرداد هوازاده

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر، اصفهان، ایران.

کمال مقتدائی

دانشجو دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

آسیه ابراهیمی

کارشناس ارشد، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران.

Abstract

This study intended to investigate the effectiveness of Mmindfulness group training on the psychopathological symptoms in fat women. The researcher employed a semi-experimental method-ology with pre-post-test using available sampling. The participants were 25 fat women from Isfahan provenience. They were randomly assigned to experimental and control groups. The researcher used(SCL-90) questionnaire .The results of covariance analysis indicated that mindfulness group training of fat woman was effective on pathological symptoms. Moreover, dimensions on psychopathology showed that the effectiveness of group learning mindfulness on anxiety and obsession was not significantl in post-test. However, it was significant in follow up stage($p<0/05$) The effectiveness of group learning on depression and somatization was also meaningful($p<0/05$).

Keywords: group learning, mindfulness, psychopathological symptom, fat women

چکیده

هدف از پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر علائم آسیب‌شناختی روانی در زنان مبتلا به چاقی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به چاقی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90، دراگوتیس، ۱۹۷۳) مورد ارزیابی قرار گرفتند که از بین آن‌ها ۲۵ زن (۱۳ زن در گروه آزمایش و ۱۲ زن در گروه کنترل) به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و بر روی گروه آزمایش هشت جلسه آموزش ذهن آگاهی انجام شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در ابعاد آسیب‌شناختی روانی اثر آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب، وسواس و افسردگی در مرحله پس‌آزمون معنادار بود، ولی در مرحله پیگیری معنادار نبود. همچنین اثر آموزش گروهی ذهن آگاهی بر جسمانی‌سازی در دو مرحله پیگیری و پس‌آزمون معنادار بود ($p<0/05$).

واژه‌های کلیدی: آموزش ذهن آگاهی، آسیب‌شناختی روانی، زنان چاق

مقدمه

اضافه‌وزن و چاقی نقش بسیار مهمی دارد (سیم، مک آلپین، گروث، هیمز، کوکریل^۷، ۲۰۱۰). در این راستا، گفته می‌شود که هیجان‌های منفی از جمله اضطراب، استرس و افسردگی می‌توانند عوامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای پرخوری‌های هیجانی^۸ و اضافه‌وزن باشند (اتیا و رابرت^۹، ۲۰۰۹).

تغییر شیوه زندگی، درآمد، استرس، یائسگی^{۱۱} (ویلت، استامپفر، بین، لپنیک و اسپیزر^{۱۱}، ۱۹۸۳)، عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی و روانی-اجتماعی، اختلالات عصبی و تغذیه بیش‌ازحد در دوران کودکی (ویندمایر و راف^{۱۲}، ۲۰۰۶)، تماشای زیاد تلویزیون (رابینسون^{۱۳}، ۲۰۰۱)، می‌توانند در بروز چاقی بسیار مؤثر باشند.

همچنین، (کزجا، ریف و هیلبرت^{۱۴}، ۲۰۰۹) نشان دادند افرادی که نمی‌توانند خوردن خود را کنترل و مدیریت کنند و دارای چاقی هستند، بیشتر از راهبردهای نامطلوب هیجانی استفاده می‌کنند. علاوه بر این، اختلالاتی از جمله افسردگی، وسواس، اضطراب، فوبی اجتماعی^{۱۵} در افراد چاق شایع‌تر است و حتی در برخی از پژوهش‌ها نرخ شیوع این اختلالات در این افراد تا ۳۷ درصد گزارش گردیده است (ویندمایر و راف، ۲۰۰۶). چیمه (۱۳۸۲) بر این باور است که در افراد چاق و بسیار چاق در مقایسه با افراد عادی نگرش غیرطبیعی نسبت به خوردن بیشتر است و افراد چاق در موقعیت‌هایی که تنیده و مضطرب هستند، بیشتر به پرخوری روی می‌آورند.

با توجه به مشکل چاقی و اختلالات همبود با آن تاکنون طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی مثل شناختی رفتاری^{۱۶}، آموزش خودکارآمدی^{۱۷}، آرامش‌آموزی^{۱۸}، هیپنوتراپی^{۱۹} در کاهش علائم روانی و کاهش وزن بیماران چاق اثربخش بوده‌اند (دی مارکو و همکاران، ۲۰۰۹). هدف از درمان‌های روان‌شناختی اختلال چاقی این است که بتوان به مراجعان به‌خوبی یاد داد که بین گرسنگی هیجانی^{۲۰} و گرسنگی فیزیولوژیکی^{۲۱} فرق بگذارند و به تکانه‌های

در سال‌های اخیر اضافه‌وزن و چاقی^۱ در میان بسیاری از جوامع و کشورها شیوع پیدا کرده است. چنانچه از اطلاعات موجود برمی‌آید، این است که اضافه‌وزن و چاقی به مسئله عمومی و ملی تبدیل شده و به همین دلیل نیاز به راه‌حل‌های گسترده برای برخورد علمی و دقیق با آن به وضوح به چشم می‌خورد (اسپیلمن، ووگله، برجت و هیبرت^۲، ۲۰۱۳). چاقی یک مشکل سلامت عمومی در جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه است به طوری که یک‌سوم تا پنجاه درصد افراد بزرگسال را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیدیک و رمپال^۳، ۲۰۰۹). اضافه‌وزن در تعریف اجمالی به حالتی گفته می‌شود که وزن بدن ۱۰ تا ۱۹ درصد از وزن ایده‌آل (وزن ایده‌آل هم برحسب شاخص توده بدن^۴ و هم برحسب تناسب وزن با قد تعیین می‌شود) بالاتر است و چاقی نیز به حالتی گفته می‌شود که در آن وزن بدن ۲۰ درصد از وزن ایده‌آل بیشتر است (دی مارکو، کلین، کلارک و ویلسون^۵، ۲۰۰۹).

همچنین چاقی، بعد از سیگار، به‌عنوان دومین عامل پیش‌برنده مرگ، معرفی شده است و وضعیت آن در جامعه، رابطه معنی‌داری با سطح سلامت آن جامعه دارد (سیدیک و رمپال^۶، ۲۰۰۹).

به‌منظور تعیین ارتباط میان چاقی و سایر عوامل مرتبط (جنس، تأهل، تحصیلات و فعالیت فیزیکی)، آزادبخت و میرمیران و عزیز (۱۳۸۰)، پژوهشی روی ۹۹۸۴ نفر از شهروندان تهرانی ۲۰ تا ۷۰ ساله انجام دادند که یافته‌های این پژوهش بیانگر این بود که شیوع چاقی در بزرگسالان تهرانی در حد بالایی است و ارتباط قوی میان چاقی و عوامل مرتبط با شیوه زندگی، میزان فعالیت بدنی، تحصیلات و تأهل را تأیید کرد. نگرش و رفتارها نسبت به خوردن، توسط عوامل چندگانه‌ای نظیر عوامل روان‌شناختی از جمله هیجان‌های استرس مشخص می‌شود و این متغیرها در شکل‌گیری

1. Obesity
3. Sidik & Rampal
5. Di Marco, Klein, Clark & Wilson
7. Sim, McAlpine, Grothe, Himes, Cockerill
9. Attia & Roberto
11. Willett, Stampfer, Bain, Lipnick, Speizer
13. Windmaier, E.P., Raff
15. Social phobia
17. Self-efficacy training
19. Hypnotherapy
21. Physiological Hunger

2. Spielmann, Voge, Bracht & Hilbert
4. Body mass index
6. Sidik & Rampal
8. Emotional eating
10. Menopause
12. Windmaier, Raff
14. Czaja, Rief, & Hilbert, Anja
16. cognitive behavioral therapy
18. relaxation
20. Emotional hunger

یافته از هوشیاری نیست؛ بلکه حالتی از خودمشاهده‌گری، بدون ارزیابی و توجه به واقعیت حال حاضر است (گریسون^۹، ۲۰۰۹).

امروزه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای طیف وسیعی از اختلالات جسمی و روانی بکار گرفته می‌شوند. نتایج به‌دست‌آمده حکایت از تأثیر بسزای این روش، در درمان اختلالات خلقی و اضطرابی (هافمن، ساویر، ویت و او^{۱۱}، ۲۰۱۰)، دردهای مزمن (کابات‌زین، ۱۹۹۰)، اختلال استرس پس از ضربه^{۱۱} (اسمیت، اوریتز، استفن، تولی، ویگنیز^{۱۲}، ۲۰۱۱)، کاهش تکانشگری (موروهی و مک کیلوپ^{۱۳}، ۲۰۱۲)، رفتارهای اعتیادی (گارلند، شوارز، کلی، ویت و هوارد^{۱۴}، ۲۰۱۲)، افسردگی، اضطراب و بهبود کیفیت زندگی (گودفرین و هرینگین^{۱۵}، ۲۰۱۰؛ چیستا و سرتی، ۲۰۱۱)، استرس و آشفتگی روانی (هسو، کولینز و مارلات^{۱۶}، ۲۰۱۳) دارد. از سوی دیگر، در ذهن‌آگاهی تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (میچالیک، برگ و هایدنریچ^{۱۷}، ۲۰۱۲).

با توجه به آنچه گذشت، در قرن حاضر مشکل چاقی و اضافه‌وزن یکی از مسائل پیچیده و چندبعدی سیستم‌های بهداشتی و درمانی در همه کشورهای دنیاست که هزینه‌های سنگین و تعداد ویزیت‌های زیادی را به خود اختصاص داده است. علاوه بر این، عدم نگاه کامل و جامع به تمامی ابعاد چاقی از جمله مشکلات روان‌شناختی این افراد باعث شده است که بیشتر تلاش‌های درمانی برای کاهش و کنترل اضافه‌وزن و چاقی به شکست منجر گردد و بیمار و خانواده او نیز از حل این مسئله دچار استیصال شده و تبعیت درمانی خود را از دست بدهند. همچنین، با در نظر گرفتن حساسیت نقش زن در خانه و خانواده و تأثیری که وی بر سایر افراد خانواده و به تبع آن در اجتماع می‌گذارد باید بیش‌ازپیش به شناخت عواملی که سبب ارتقا سطح سلامت زنان می‌شود پرداخت، لذا هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش

هیجانی و نشخوارهای فکری^۱ خود از طریق غذاخوردن پاسخ ندهند (اتیا و رابرت، ۲۰۰۹) و پاسخ خوردن را با پاسخ‌های مناسب‌تر دیگری جایگزین نموده و مسائل هیجانی زیربنایی را مد نظر قرار دهند (هومن، محرابی‌زاده، خواجه‌الدین و زرگر، ۲۰۱۳). از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند بر بهبود علائم آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به چاقی مؤثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران خصوصاً در داخل ایران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ است.

درمان ذهن‌آگاهی، از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روان‌شناختی به شمار می‌رود (مک کارنی، شولز و گری^۳، ۲۰۱۲). ذهن‌آگاهی از زمان‌های گذشته و به‌عنوان قسمتی از مراقبه‌های بودایی^۴ بوده است (ویلیامز و کرافت^۵، ۲۰۰۹). ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک فرآیند داشتن توجه بدون قضاوت به رویدادهای درونی و بیرونی است که در لحظه به وجود می‌آیند. رویدادهای درونی شامل افکار، هیجانان، ادراکات و حس‌های بدنی و رویدادهای بیرونی شامل تجارب محیطی، موقعیتی و بین‌فردی است (کابات‌زین^۶، ۲۰۰۵). ذهن‌آگاهی یعنی آگاهی لحظه‌به‌لحظه از تجربه به‌دست‌آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه‌های موجود (کابات‌زین، ۲۰۰۳). در حقیقت ذهن‌آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد؛ علاوه بر آن این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود (جانوسکی و لو کجان^۷، ۲۰۱۰).

باتوجه به اینکه ذهن‌آگاهی فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه و آگاه شدن نسبت به زمان حال، به نحوی غیر قضاوتی، به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند (پوتک^۸، ۲۰۱۲)، از نظر کابات‌زین، حالتی تغییر

1. Rumination
3. McCarney, Schulz, Grey
5. Williams & Craft
7. Janowski & Lucjan
9. Greeson
11. Post traumatic stress disorder
13. Murohy & Mackillop
15. Godfrin & Heeringen
17. Michalak, Burg & Heidenreich

2. Mindfulness
4. Buddhist meditations
6. Kabat-Zinn
8. Potek
10. Hofmann, Sawyer, With & Oh
12. Smith, Oritz, Steffen, Tooley, Wiggins
14. Garland, Schwarz, Kelly, Whitt, Howard
16. HsuT, Collins, & Marlatt

تصادفی ۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه کنترل گماشته شدند که با توجه به طولانی بودن مدت آموزش و دوره پیگیری تعدادی از شرکت‌کنندگان همکاری خود را قطع نمودند، لذا برای گروه کنترل ۱۲ شرکت‌کننده و گروه آزمایش ۱۳ شرکت‌کننده باقی ماند. به صورت کلی ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به گروه‌ها عبارت‌اند از: دارا بودن اختلال چاقی بر اساس معاینه بالینی متخصص تغذیه؛ داشتن حداقل مدرک سیکل؛ جنسیت زن؛ دامنه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال؛ عدم شرکت در دوره‌های روان‌درمانی در ۶ ماه اخیر و از ملاک خروج آزمودنی‌ها از گروه عبارت‌اند از: داشتن بیماری خاصی دال بر چاقی و عدم رضایت از شرکت در پژوهش.

ابزار سنجش

ب) چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی^۱ (SCL-۹۰): این چک‌لیست توسط دراگوتیس (۱۹۷۳) بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی ارائه و معرفی شد. این مقیاس شامل ۹۰ ماده، ۹ خرده‌مقیاس و دریک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲=تا حدی، ۳=زیاد، ۴=به شدت) تنظیم گردیده است. ابعاد مورد سنجش این مقیاس عبارت‌اند از: شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی. در این مقیاس ۷ ماده اضافی نیز وجود دارد که در هیچ‌یک از موارد یاد شده طبقه‌بندی نشده است و به‌عنوان سایر از آن‌ها یاد می‌شود. این آزمون حالت‌های فرد را از یک هفته پیش مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای تعیین شروع علائم روانپزشکی در هر حیطة از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمرات ۲/۵ و بالاتر از آن در هر حیطة به‌عنوان حالت مرضی به شمار می‌آید. در پژوهش حاضر از چهار بعد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، افسردگی و اضطراب استفاده گردید. دراگوتیس، ریکلز و راک^۲ (۱۹۷۶) اعتبار درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفا رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین آن برای روان‌پریشی ۰/۷۷ به‌دست آمده است. در محاسبات اعتبار به شیوه باز آزمایی در مورد ۹۴ بیمار روانی ناهمگون پس از یک هفته از اجرای اول، ضرایب همبستگی

گروهی ذهن‌آگاهی بر علائم آسیب‌شناختی روانی زنان چاق بود؛ بنابراین فرضیه‌های پژوهش حاضر به این صورت مطرح می‌شوند:

۱. آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر اضطراب زنان چاق در مرحله پس‌آزمون اثربخش است.
۲. آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان چاق در مرحله پس‌آزمون اثربخش است.
۳. آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر وسواس زنان چاق در مرحله پس‌آزمون اثربخش است.
۴. آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر شکایات جسمانی زنان چاق در مرحله پس‌آزمون اثربخش است.
۵. آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر اضطراب زنان چاق در مرحله پیگیری اثربخش است.
۶. آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان چاق در مرحله پیگیری اثربخش است.
۷. آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر وسواس زنان چاق در مرحله پیگیری اثربخش است.
۸. آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر شکایات جسمانی زنان چاق در مرحله پیگیری اثربخش است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش در دسته پژوهش‌های نیمه آزمایشی قرار می‌گیرد و طرح پژوهشی آن به صورت دوگروهی (گروه آزمایش و کنترل) و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) است. متغیر مستقل آموزش ذهن‌آگاهی گروهی در گروه آزمایش اعمال شد و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. متغیرهای وابسته اضطراب، افسردگی، وسواس و شکایات جسمانی بودند.

جامعه آماری پژوهش عبارت بودند از کلیه بیماران زن مبتلا به چاقی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ که به متخصصین و کلینیک‌های چاقی و تغذیه جهت کاهش وزن مراجعه می‌کردند. نمونه اولیه این پژوهش شامل ۳۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز فوق بودند که شیوه انتخاب آن‌ها براساس در دسترس بودن و میزان تمایل آن‌ها به شرکت در این پژوهش بود و سپس از میان نمونه پژوهش به‌طور

در زنان چاق، بحث در مورد هدایت خودکار و اهمیت زندگی در زمان حال، تمرین خوردن کشکش، تمرین مرور بدن.

جلسه دوم: چالش با موانع، تمرین افکار و احساسات، تمرین مرور بدن، تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه.

جلسه سوم: مراقبه نشسته ذهن‌آگاهانه، تمرین دیدن و شنیدن ذهن‌آگاهانه، ترکیب تمرین وارسی بدن و تنفس ذهن‌آگاهانه.

جلسه چهارم: تمرین دیدن و شنیدن ذهن‌آگاهانه، تمرین مراقبه با آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، تمرین ماندن در زمان حال.

جلسه پنجم: توضیح مفهوم پذیرش، ترکیب تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه با پذیرش نسبت به افکار و تجارب ناخوشایند.

جلسه ششم: توضیح مفهوم ناهمجوشی افکار، مراقبه نشسته ذهن‌آگاهانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار).

جلسه هفتم: تمرین انجام فعالیت‌های روزمره به صورت ذهن‌آگاهانه.

جلسه هشتم: مرور تمرین‌های انجام شده و به‌کارگیری آن‌ها در آینده در زندگی برای تحلیل نتایج پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS¹⁸ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی، وسواس و جسمانی‌سازی در گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل آزمون در ادامه گزارش شده است.

به‌منظور تحلیل فرضیات پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. بدین منظور ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در پس‌آزمون و پیگیری با آزمون کولموگروف اسمیرنوف و همگنی واریانس‌های خطا با آزمون لوین بررسی گردید. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۱ گزارش شده است.

بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به دست آمد است. در مورد روایی پرسشنامه، پژوهش‌های مختلف، بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۰/۷۳ و کمترین آن را برای بعد ترس‌های مرضی ۰/۳۶ گزارش کرده‌اند. به‌علاوه ضرایب همسانی درونی در مورد بیماران سرپایی در دامنه ۰/۷۹ برای افکار پارانوئیدی تا ۰/۹۰ برای افسردگی به دست آمد. همچنین ضریب همسانی درونی در مورد افراد با نشانه‌های بالینی، در دامنه ۰/۷۷ برای روان‌پریشی تا ۰/۹۰ برای افسردگی به دست آمد (دروگاتیس، ۲۰۰۰). اولزن^۱ (۲۰۰۴) همبستگی این آزمون را با آزمون MMPI بسیار بالا و حدود ۰/۹۲ گزارش کرد. در ایران نیز نتایج پژوهش مدبرنیا و همکاران (۱۳۸۴) حاکی از آن است که بین ۹ بعد SCL-90 و مقیاس‌های MMPI همبستگی معناداری مشاهده شده است که بیشترین آن بین اضطراب و افسردگی SCL-90 با نوراستنی MMPI، ۰/۵۹ و وسواس و روان‌پریشی SCL-90 با اسکیزوفرنی MMPI، ۰/۶۴ بوده است. همچنین بیشترین ضریب اعتبار در افسردگی با روش بازآزمایی ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمده است. در پژوهشی که توسط سیمون و هندل^۲ (۲۰۰۸) انجام گردید ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۸ و بیشترین ضریب آلفا را بعد شکایات جسمانی ۰/۹۰ نشان داد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی ۰/۸۲، اضطراب ۰/۷۹، جسمانی‌سازی ۰/۸۱ و وسواس ۰/۹۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد. دو نمونه پرسش‌های این مقیاس به این صورت است: - آیا از هفته گذشته تاکنون عصبی بوده‌اید و از داخل بدن احساس لرزش داشته‌اید؟ - آیا از هفته گذشته تاکنون سردرد داشته‌اید؟

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش افراد در هشت جلسه به مدت ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه، آموزش ذهن‌آگاهی گروهی را آموزش دیدند. عناوین جلسات بر اساس پروتکل آموزش ذهن‌آگاهی توسط کابات‌زین (۱۹۹۵) طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. محتوای جلسات بدین شرح است:

جلسه اول: معارفه و آشنایی با اعضای گروه، تعیین خط‌مشی گروه، توضیح پیرامون علائم آسیب‌شناختی روانی

جدول ۱. نتایج حاصل از بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همگنی واریانس‌های خطا در متغیرهای وابسته

متغیر	مراحل ارزیابی	کنترل		آزمایش		F	سطح معناداری
		Z	سطح معناداری	Z	سطح معناداری		
اضطراب	پس‌آزمون	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۱۴	۱/۰۸	۰/۳۴
	پیگیری	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۰۸	۳/۱۹	۰/۱۰
افسردگی	پس‌آزمون	۰/۱۸	۰/۰۶	۰/۱۲	۰/۲۰	۲/۱۱	۰/۱۵
	پیگیری	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۶۲	۰/۴۳
وسواس	پس‌آزمون	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۲۰	۲/۳۱	۰/۲۲
	پیگیری	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۴۱	۰/۶۳
جسمانی سازی	پس‌آزمون	۰/۱۱	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۰۸	۴/۰۰	۰/۰۶
	پیگیری	۰/۱۰	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۱۸	۲/۳۶	۰/۱۹

چنانچه در جدول ۱ گزارش شده است سطح معناداری آماره Z کولموگروف اسمیرنوف در مورد همه متغیرهای وابسته بیشتر از ۰/۰۵ است. لذا فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته برقرار است. همچنین سطح معناداری آماره F لوین بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته نیز برقرار است. لذا در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌ها پس از کنترل اثر متغیر همپراش پیش‌آزمون گزارش گردید.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میزان علائم روان‌شناختی بین گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیر	نوبت ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب	پیش‌آزمون	۶/۰۸	۱	۶/۰۸	۲۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
	گروه	۱/۷۵	۱	۱/۵۵	۷/۹۱	۰/۰۱۰	۰/۲۶	۰/۷۶
افسردگی	پیش‌آزمون	۲/۰۹	۱	۲/۰۹	۴/۷۹	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۴۴
	گروه	۵/۲۱	۱	۵/۲۱	۱۱/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۳۵	۰/۷۰
وسواس	پیش‌آزمون	۹/۲۲	۱	۹/۲۲	۳۱/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۹۶
	گروه	۱/۹۱	۱	۱/۹۱	۶/۵۰	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۲۲
جسمانی سازی	پیش‌آزمون	۱/۸۰	۱	۱/۸۰	۱۰/۸۵	۰/۰۰۳	۰/۳۳	۰/۸۸
	گروه	۱/۵۰	۱	۱/۵۰	۹/۰۷	۰/۰۰۶	۰/۲۹	۰/۸۲

چنانچه در جدول ۲ گزارش شده است در مرحله پس‌آزمون (پس از کنترل اثر متغیر همپراش پیش‌آزمون) بین میانگین علامت روان‌شناختی اضطراب بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/01$). لذا فرض

تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/01$). لذا فرض سوم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر وسواس زنان چاق در مرحله پس‌آزمون تأیید گردید. همچنین بین میانگین علامت روان‌شناختی جسمانی‌سازی بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/006$). لذا فرض چهارم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر جسمانی‌سازی زنان چاق در مرحله پس‌آزمون تأیید گردید.

اول پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر اضطراب زنان چاق در مرحله پس‌آزمون تأیید گردید. همچنین بین میانگین علامت روان‌شناختی افسردگی بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/002$). لذا فرض دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان چاق در مرحله پس‌آزمون تأیید گردید. علاوه بر این بین میانگین علامت روان‌شناختی وسواس نیز بین گروه‌های آزمایش و کنترل

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میزان علائم روان‌شناختی بین گروه‌ها در مرحله پیگیری

متغیر	نوبت ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب	پیش‌آزمون	۲/۱۷	۱	۲/۱۷	۶/۰۸	۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۶۵
	گروه	۰/۸۳	۱	۰/۸۳	۲/۳۴	۰/۱۴	۰/۰۹	۰/۳۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۲۹	۱	۱/۲۹	۳/۶۳	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۵۸
	گروه	۱/۰۲	۱	۱/۰۲	۳/۶۸	۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۴۹
وسواس	پیش‌آزمون	۵/۴۹	۱	۵/۴۹	۱۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰
	گروه	۰/۵۴	۱	۰/۵۴	۱/۵۷	۰/۲۲	۰/۰۶	۰/۶۸
جسمانی‌سازی	پیش‌آزمون	۵/۶۶	۱	۵/۶۶	۱۹/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
	گروه	۱/۵۱	۱	۱/۵۱	۵/۱۹	۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۵۸

میانگین علامت روان‌شناختی وسواس نیز در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/22$). لذا فرض هفتم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر وسواس زنان چاق در مرحله پیگیری تأیید نشد؛ اما بین میانگین علامت روان‌شناختی جسمانی‌سازی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/03$). لذا فرض هشتم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر جسمانی‌سازی زنان چاق در مرحله پیگیری تأیید گردید. در ادامه جدول میانگین تعدیل شده متغیرها در گروه‌ها به تفکیک مراحل پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

چنانچه در جدول ۳ گزارش شده است در مرحله پیگیری (پس از کنترل اثر متغیر همپراش پیش‌آزمون) بین میانگین علامت روان‌شناختی اضطراب بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/14$). لذا فرض پنجم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر اضطراب زنان چاق در مرحله پیگیری تأیید نشد. همچنین بین میانگین علامت روان‌شناختی افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/10$). لذا فرض ششم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان چاق در مرحله پیگیری تأیید نشد. علاوه بر این بین

جدول ۴. میانگین تعدیل شده متغیرها در گروه‌ها به تفکیک مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل ارزیابی	پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	خطای استاندارد		میانگین
اضطراب	کنترل	۱/۲۳	۰/۱۴	۱/۲۸	۰/۱۳
	آزمایش	۰/۷۱	۰/۱۱	۰/۹۰	۰/۱۲
افسردگی	کنترل	۱/۶۸	۰/۱۳	۱/۶۸	۰/۱۳
	آزمایش	۰/۹۰	۰/۱۲	۱/۳۰	۰/۱۰
وسواس	کنترل	۱/۳۵	۰/۱۰	۱/۲۹	۰/۱۵
	آزمایش	۰/۸۵	۰/۱۸	۱/۱۳	۰/۱۲
جسمانی	کنترل	۱/۴۱	۰/۱۴	۱/۳۹	۰/۱۲
	آزمایش	۰/۸۱	۰/۱۳	۰/۹۳	۰/۱۶

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر علائم آسیب‌شناختی روانی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس و جسمانی‌سازی در زنان چاق در شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌شناختی (کل) اثربخش بوده است. ذهن‌آگاهی مفهومی است که در سال‌های اخیر در محافل علمی باب شده است. همچنین شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های بالینی، به‌ویژه روانپزشکی است (اوکانل^۱، ۲۰۰۹).

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر اضطراب زنان چاق در مرحله پس‌آزمون تأیید گردید. نتایج این پژوهش در راستای پژوهش عطایی‌نحعی و همکاران (۱۳۸۸)، کوکوفسکی و همکاران (۲۰۰۹)، گلدین و گروس (۲۰۱۰) است که نشان دادند که برنامه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس و اضطراب منجر می‌شود. از دلایل اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب زنان چاق می‌توان به فرایند کاهش اجتناب از احساسات اشاره کرد. اجتناب از تجربه که به‌عنوان یک راهبرد برای کنترل وقایع ناخوشایند هستند، شاید در کوتاه‌مدت باعث آرامش بیمار گردد، اما از آنجایی که چاقی یک بیماری مزمن است در درازمدت می‌تواند به درد و رنج روانی بیمار منجر گردد. همچنین اجتناب از تجربه

احساس‌های بدنی (و تصویر بدنی) در افراد چاق، می‌تواند به‌نوبه خود باعث تحریک هیجانات منفی از جمله استرس و اقدام به پرخوری در فرد شود. ذهن‌آگاهی با برقراری ارتباط آگاهانه با فکر، عاطفه و احساسات شخص اجازه تجربه بلافصل این موارد را به بیمار می‌دهد (بران و ریان، ۲۰۰۳). همچنین تفسیرهای شناختی از اضطراب و همچنین انگیزتگی عاطفی و جسمی می‌تواند علائم جسمی ایجاد کند. بیماران دارای چاقی این علائم جسمی را به‌عنوان شواهد و مدارک آسیب‌های جدی در خود تعبیر و تفسیر کرده و معمولاً با منحرف کردن توجه، از این تجربه ناخوشایند اجتناب می‌کنند (لاکسر و همکاران، ۲۰۰۶). ذهن‌آگاهی در واقع با ارائه تکنیک‌های مناسب باعث گردد شخص آگاهانه و ارادی این اضطراب و ترس را تجربه کرده و با گشودگی به تجربه، کنجکاوی، و پذیرش پاسخ دهد و شاید بتوان با استناد به دلایل فوق اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی در اضطراب زنان دارای چاقی در مرحله پیگیری را تبیین نمود.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان چاق در مرحله پس‌آزمون تأیید گردید. نتایج این پژوهش در راستای نتایج حمیدپور (۱۳۸۶)، حناساب‌زاده و همکاران (۱۳۸۹)، کاویانی و همکاران (۱۳۸۴)، دیو و همکاران (۲۰۰۹)، بارنوفر و همکاران (۲۰۰۹) است. در تبیین نتیجه حاضر شاید بتوان

برگزاری دوره‌های بالینی عملی به آن‌ها کمک می‌کند تا تغییرات را در ذهن خود ببینند و عملکرد خود را تغییر دهند. فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر جسمانی‌سازی زنان چاق در مرحله پس‌آزمون تأیید گردید. در تبیین نتیجه حاضر در زمینه اثربخشی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر جسمانی‌سازی شاید بتوان گفت که مروری بر یافته‌های موجود نشان می‌دهد که یکی از ویژگی‌های مشترک بین افراد مبتلا به چاقی و اختلالات جسمانی‌سازی، مشکلات و کاستی‌های وسیع آن‌ها در حوزه شناسایی و ابراز صحیح افکار، احساسات و هیجان‌هاست. در این راستا، زوکالی و همکاران (۲۰۰۹)، نشان دادند که مکانیزم جسمانی‌سازی در بین افراد مبتلا به چاقی و دارای اضافه‌وزن، شایع است و این احتمال وجود دارد که این افراد، تمایل به استفاده از این مکانیزم دارند تا از خود در مقابل هیجان‌های افسرده‌کننده و سایق‌های پرخاشگری که تمایل به بازداری و فراقنی آن‌ها به سمتی خارجی و همچنین جایگزینی آن با پرخوری است، محافظت کنند؛ بنابراین در تمرینات ذهن‌آگاهی با کمک تکنیک‌های همچون وارسی بدنی، راه رفتن و نشستن آگاهانه، توجه به حس‌های بدنی و بحث و بیان این تجارب در گروه، بیماران به شناسایی و بیان احساسات و مشکلات جسمی و روانی خود پرداختند که این می‌توانست در کاهش جسمانی‌سازی علائم به این بیماران کمک کند. همچنین از ویژگی تمرینات ذهن‌آگاهی این است که بیمار در هر مکان و زمانی می‌تواند با انجام آن‌ها، از درون خودآگاه شده و به نام‌گذاری و بیان احساسات و هیجان‌ها خود بپردازد.

فرضیه پنجم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر اضطراب زنان چاق در مرحله پیگیری رد شد. شاید بتوان این فرض را این‌گونه تبیین نمود که تلاش برای استفاده از حساسیت‌زدایی منظم از طریق تکنیک‌های مواجهه شدن با احساسات ناخوشایند، از برنامه‌های ذهن‌آگاهی برای کاهش استرس و اضطراب در بیماران بود. به دلیل اینکه علائم اضطراب در طول جلسات برانگیخته نمی‌شدند، گرچه بیماران تشویق به بهره‌گیری از این موقعیت به‌عنوان یک فرصت، جهت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای آموخته شده به‌عنوان مقابله با الگوهای خودکار حساسی می‌شدند ولی به دلیل ترس از برانگیخته شدن و

بیان نمود که درمان گروهی ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان چاق، بر نشانه‌ها و تفسیرها در مورد احساسات، افکار و هیجان‌ها تأکید می‌کند. به‌عنوان مثال، به شرکت‌کنندگان پیشنهاد می‌شد که به هرگونه احساس ضعف و گرسنگی در ناحیه شکم خود توجه کنند و متوجه تمایز این احساسات از فکر کردن درباره احساسات شوند. برای انجام این کار از توجه کردن هشیارانه به زمان حال، از طریق تنفس آگاهانه استفاده می‌شد. این روش به هدف قرار سبک‌های شناختی ناسازگار بیماران که به تشدید احساسات گرسنگی و میل به غذا و کاهش خلق منجر می‌شد کمک می‌کرد. در واقع توجه آگاهانه به زمان حال، راه جدیدی برای درک و پاسخگویی به تمامی احساسات درون را به بیماران می‌آموخت و بیمار توانایی تشخیص احساسات و افکار و تجربه‌های آن‌ها را می‌یافت. دیدن افکار فقط به‌عنوان یک فکر نه یک حقیقت باعث پرورش ذهن می‌شود که این مسئله باعث کاهش در الگوهای معیوب و نشخوارهای فکری و در نتیجه منجر به کاهش افسردگی می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲).

فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر وسواس زنان چاق در مرحله پس‌آزمون تأیید گردید. نتایج این پژوهش در راستای نتایج یافته‌های دی‌ویسا (۲۰۱۳)، هرتستاین و همکاران (۲۰۱۲)، هیل و همکاران (۲۰۱۲) است که همگی تأثیر مثبت این شیوه را در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس گزارش نموده‌اند. در تبیین این نتیجه شاید بتوان گفت که از آنجا که ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک تکنیک می‌تواند به‌عنوان انفصال در درون فرد شده و در عین حال آگاهی سطح بالاتری را نسبت به شرایط جسمانی و شرایط محیطی به وجود آورد. به همین دلیل قادر است به افراد کمک نماید تا در موقعیت‌های مختلف و به‌خصوص زمانی که حملات وسواس به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمالی خاص فرد را تحت فشار قرار می‌دهند، ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف نموده و به‌واسطه تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرارشونده ایجاد نمایند. شوارتز (۲۰۰۴) روش علمی ذهن‌آگاهی در درمان اختلال وسواسی را نوعی روش زیستی-شناختی-رفتاری می‌داند که با روش رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ سنتی در رفتاردرمانی متفاوت است. آموزش ذهنی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس با

و توجه روی همه اعضا بدن) در موقع استراحت و زمان‌های مناسب می‌تواند لحظات ذهن‌آگاهی بیمار را افزایش دهد که این به کاهش علائم جسمانی می‌انجامد. واقع بین شدن و پذیرش علائم نیز به همان شکلی که هست باعث کمتر شدن احساس‌های جسمانی در افراد گردید.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، اختصاص دادن آن به شرکت‌کنندگان زن بود و این مسئله تعمیم نتایج به گروه مردان را با محدودیت مواجه می‌کند. از دیگر محدودیت‌های پژوهش مربوط به نوع بیماران بود، به‌طوری‌که نمونه‌های پژوهش از بیماران چاق بدون پرخوری عصبی انتخاب شدند. با توجه به بیشتر بودن پایه‌های روان‌شناسی در بیماران با پرخوری عصبی و مراجعه کمتر این بیماران، مجبور به انتخاب صرف نمونه‌های چاق بدون پرخوری عصبی شد. در صورتی که داشتن نمونه‌های مختلف از این بیماران و مقایسه آن‌ها می‌توانست اطلاعات بیشتری در خصوص اثربخشی تنظیم هیجان، در اختیار گذارد. با توجه به اینکه در این پژوهش، شرکت‌کنندگان، زن بودند، در تعمیم نتایج به مردان چاق، باید جانب احتیاط رعایت گردد، بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی برای مردان نیز انجام گردد. همچنین بر اساس نتایج مذکور، پیشنهاد می‌گردد روش‌های درمانی دیگری نیز، برای رفع افسردگی و اضطراب زنان چاق، تدبیر گردد.

سپاسگزاری

در اینجا، لازم می‌دانیم که از جناب آقای دکتر خسرو نظری، مدیریت محترم درمانگاه شبانه‌روزی پاسارگاد ملک‌شهر که ما را در جمع‌آوری گروه نمونه و فضای مورد نیاز، یاری نموده‌اند، سپاسگزاری نماییم.

منابع

آزاد بخت، ل؛ میرمیران، پ؛ عزیزی، ف. (۱۳۸۲)، بررسی شیوع و عوامل مرتبط با چاقی در بزرگسالان تهرانی، *مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، سال پنجم، ضمیمه شماره ۴، صفحات ۳۸۷-۳۷۹.

چیمه، ن. (۱۳۸۲)، بررسی فراوانی نگرش‌های غیرطبیعی نسبت به خوردن و عوامل همبسته با آن در دانش‌آموزان شهر ساری در سال ۸۱-۸۲، *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، شماره ۴۰، صفحات ۷۸-۷۰.

عدم ممارست در تمرین‌ها نتایج در بلندمدت اثربخشی این روش را بر روی اضطراب بیماران چاق نشان نداد.

فرضیه ششم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان چاق در مرحله پیگیری رد شد. شاید در تبیین این نتیجه نیز بتوان گفت که این بیماران به دلیل سال‌ها تلاش برای کاهش وزن و بعضاً انجام رژیم‌های سخت غذایی هیچ امیدی به تغییر شرایط خود ندارند که این مسئله زمینه‌ساز و تشدیدکننده افسردگی در این بیماران می‌شود که این مسئله احتمالاً شناخت‌های ناسازگارانه و سوء تفسیرهای غیرواقعی احساسات را در بلندمدت افزایش می‌دهد. از دیگر دلایل عدم اثربخشی بلندمدت ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی بیماران شاید بتوان گفت خطاهای شناختی از جمله سیاه‌وسفید دیدن شرایط باعث می‌گردید افکار، احساسات و سوءتعبیرهای بیماران از وضعیت بدنی خود، باعث گیر افتادن مجدد آن‌ها در چرخه افسردگی شود.

فرضیه هفتم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر وسواس زنان چاق در مرحله پیگیری رد شد. در تبیین نتیجه حاضر شاید بتوان گفت که روش ذهن‌آگاهی بر درون داد و برون داد و همچنین فرایندهای زیستی پایه‌گذار رفتار و سواسی تأثیر می‌گذارند که این تغییرات مستلزم ایجاد یک جریان آموزشی و تمرینی بلندمدت برای افراد است که بیماران بتوانند با خودنظارتی صحیح و کامل هرگاه گامی را پشت سر گذاشتند، خود را به مرحله بعدی هدایت کنند؛ و لذا برای ایجاد این تغییرات نیازمند برگزاری جلسات بیشتر و در پروسه زمانی بالاتر بود.

فرضیه هشتم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر جسمانی‌سازی زنان چاق در مرحله پیگیری تأیید گردید. مهارت آگاه شدن نسبت به دنیای ذهن (احساسات، افکار و هیجانات) وقتی تمرین شود و فرد بتواند روی تک‌تک اعضاء بدنش تمرکز کند، رابطه صمیمانه‌ای بین بدن فرد و آگاهی‌اش برقرار می‌شود و فرد می‌تواند در درازمدت پیام‌های بدن خود را به‌موقع و به‌صورت واقع‌بینانه درک کند، که این می‌تواند درمان و کاهش مشکلات را سرعت بخشد و از جسمانی شدن علائم روانی جلوگیری کند. همراهی تنفس آگاهانه که کاربرد خارق‌العاده در ذهن‌آگاهی دارد، تمرین و آرسی بدن (تمرکز

- systemic review and meta- analysis. *Psychiatric review, Congress on Prevention of non-Contagions Diseases*. Tehran, Iran: 105, 187: 441-453.
- Czaja, J., Rief, W., & Hilbert, Anja,. (2009). Emotion regulation and eating in children. *International Journal of Eating Disorder*, 42(4), 356- 362.
- Derogatis L (1973). *SCL-90: Administration, Scoring and Procedures Manual for The Revised Version*. Clinical psychometric Research: Baltimore MD.
- Derogatis L. R., Rickels K., Rock A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI—A step in the validation of a new self-report scale. *Br. J. Psychiatry*, 128: 280–289.
- Derogatis, L. R. (2000). Symptom Checklist-90-Revised. in *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association, 81-84.
- De zoysa, P. (2013). The Use of Mindfulness Practice in the Treatment of a Case of Obsessive Compulsive Disorder in Sri Lanka. *J Reliy Health*, (52): 299-306.
- Di Marco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. (2009). *The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment*. *Eat Behav*; 10(2):134-6.
- Garland, E. L., Schwarz, N. R., Kelly, A., Whitt, A. & Howard, M. O. (2012). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability. *Jurnal of Social Work Practice in the Addictions*. 12(3): 242-263.
- Godfrin, K. A. & Van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. 48 (8): 46-738.
- Goldin, P.R., Gross, J.J., 2010. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion Journal*. 10: 83-91.
- Greenson, J.M. (2009). Mindfulness Research Update: 2008. *Complement Health Pract Rev*, 14(1), 10-18.
- Hertenstein, E. Rose, N. Voderholzer, U. Heidenreich, T. H. Nissen, H. Thiel, N. Herbst, N. & Kulz, A. K. (2012). Mindfulness-compulsive disorder- A qualitative study on patients experiences. *BMC psychiatry*, 12: 185.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., With, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic. *Jurnal of consulting and clinical psychology*. 78(2): 169-183.
- Hsu T S.H., Collins, s.E, & Marlatt, G.A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addict Behav*, 38(3), 1852-8.
- Human, F., Mehrabi Zade Honarmand, M., Khajeddin N, Zargar Y. (2013). The Effects of Cognitive Behavior Group Therapy on Bing Eating Disorder and in Women Ahvaz Overeating Anonymous, ویلیامز ریکا، ا؛ کرافت، ج. ا. (۱۳۹۳)، *درمان ذهن‌آگاهی اعتیاد، راهنمای مقابله با برانگیزان رفتارهای اعتیادی: سوگ، استرس و خشم، رویکردی یکپارچه از ACT, CBT, DBT*، ترجمه ربابه نوری و محمدعلی نوری، تهران، انتشارات آوای نور (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: ۲۰۰۹).
- حمیدپور، ح. (۱۳۸۶)، بررسی و کارایی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری فراگیر در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده‌خویی، *مجله پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، سال اول، ش ۲، ص ۲۵-۳۶.
- حناسب زاده اصفهانی، م؛ یکه‌یزدان‌دوست، ر؛ اصغرنژاد فرید، ع.؛ غرایب، ب. (۱۳۸۹)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کدام یک از علائم شناختی، عاطفی و جسمانی افسردگی تأثیر بیشتری دارد؟، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ایران (اندیشه و رفتار)* پاییز ۱۳۸۹؛ ۱۶(۳) (پیاپی ۶۲) (همراه با چکیده مقالات دهمین همایش پیاپی سالانه انجمن علمی روانپزشکی ایران): ۲۸۸-۲۸۹.
- عطایی، نخی، ا؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب. ع؛ مدرس غروی، م. (۱۳۸۸)، مقایسه گروه درمانی مبتنی بر هوشیاری فراگیر توأم با آموزش مهارت‌های مطالعه در کاهش اضطراب امتحان و اضطراب صفت، *مجله روانشناسی بالینی*، سال اول، ش ۴، ۳۰-۲۱.
- کاویانی، ح؛ جواهری، ف؛ بحیرایی، ه. (۱۳۸۴)، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیندمنفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه، *مجله تازه‌های علوم شناختی*، سال هفتم، ش ۱، ۵۹-۴۹.
- مدبرنیا، م؛ ایمانی، ع؛ میرصفای، ع؛ قناعی، م؛ صدیق، م؛ یوسفی، م. (۱۳۸۹)، اختلال اضطراب افسردگی در بیماران دچار سندرم روده تحریک‌پذیر، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، دوره نوزدهم، شماره ۷۵، ۳۱-۳۹.
- Attia, E. Roberto, C.A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*. 42(7): 581-9.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., Williams, JM.G., (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*. 47: 366–373.
- Brown KW, Ryan RM. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal Pers Soc Psycho*. 2003; (84): 822-848.
- Chisesa, A. & Serretti, A. (2011). *Mindefulness based cognitive therapy for psychiatric disorders. A*

- Jundishapur Scientific Medical Journal. 10 (4), 417-425.
- Janowski. K., Lucjan, P. (2010). Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *European psychiatry (Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry)*. 27(Supplement 1), P-133: Pages 1.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, Personal, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, New York: Dell publishing .
- Kabat-Zinn J. (1995). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our sense: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: hyperion.
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., Rector, N.A., 2009. Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An Open Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*. 16:276–289.
- Lackner, J.M., Loucoad, M., Mertz, H.R., Wack, D.S., Katz, L.A. Krasner, S.S., Firth, R., Mahl, T.C., Lockwood, A.H. (2006). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome is associated with reduced limbic activity, GI symptoms, and anxiety. *Behavior Research Therapy*. 44(5): 621-38.
- McCarney, R. W., Schulz, J. & Grey, A. R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 14(3): 279-299.
- Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. *Mindfulness*. 3(3): 190-199.
- Murohy, C., & Mackillop, J. (2012). Living in the here and now: interrelationship between impulsivity, mindfulness and alcohol misuse. *Psychopharmacology*. 219(2): 527-536.
- OConnell, O. (2009). Introducing Mindfulness as an Adjunct Treatment in an Established. *The Humanistic Psychologist*. 37(2): 178-191.
- Olsen, L. R., Mortensen, E.L., Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatr Scand*; 110: 225–229.
- Potek, R. (2012). *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation* Ph.D., NEW YORK UNIVERSITY, 184 pages; 3493866.
- Robinson T. N. (2001). Television viewing & childhood obesity, *ped. Clin North AM*; 48:1017-23.
- Schwartz, J. (2004). *The four steps*. Los Angeles: *Westwood institute for anxiety disorders*. [online]. Available from: <http://hope4ocd.com/foursteps.Php>.
- Segal, Z., Williams, J. and Teasdale, J., 2002. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford.
- Sidik, S.M., Rampal, L. (2009). The prevalence and factors associated with obesity among adult women in Selangor, Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*. 8:2-12.
- Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. (2010). *Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting*. *Mayo Clinic Proceedings*. 85(8): 746-51.
- Simonds, E. C., Handel, R.W., Archer, R.P. (2008). Incremental Validity of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 and Symptom Checklist-90-Revised With Mental Health Inpatients. *Assessment*, 89(1): 78-86.
- Smith, B. W., Oritz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E.M., Wiggins, K. T., & et al. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms. Depressive symptoms, physical symptoms and alcohol problems in urban firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79(5): 613-617.
- Spielmann, B., Vogeley, C., Bracht, S., & Hilbert, A. (2013). *Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa*. *Behaviour Research and Therapy*. 41, 573-586.
- Willett, W. Stampfer, M. J., Bain, C., Lipnick, R., Speizer, F. E., Rosner, B., et al. (1983). Cigarette smoking, relative weight, and menopause. *Am J Epidemiol*: 117:651-8.
- Windmaier, E.P., Raff, H. (2006). *Vanders human physiology* 10 ed. St. Louis, Mosby.
- Zoccali R, Bruno A, Muscatello MR, Micò U, Corica F, Meduri M. Defense mechanisms in a sample of non-psychiatric obese subjects. *Eat Behav* 2008;9(1):120-3.