

## اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری مبتلایان به پرخوری عصبی

رزا سهیلی نیا<sup>۱</sup>، طهمورث آقاجانی<sup>۲\*</sup>، سمیه رباط میلی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** تکانشگری بالا نقش کلیدی در بروز و استمرار پرخوری عصبی دارند و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی نیز دارای نقش مؤثر در کاهش علائم اختلالات خوردن هستند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری مبتلایان به پرخوری عصبی بود.

**روش پژوهش:** روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران سرپایی مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه کننده به دو کلینیک تغذیه در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل مقیاس تکانشگری بارت (۱۹۵۰) بود. به منظور سنجش روایی از روایی محتوا استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-v19 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد در متغیرهای تکانشگری بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت و میانگین گروه آزمایش در متغیر تکانشگری کمتر بود. یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تکانشگری مبتلایان به پرخوری عصبی بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که مداخله ذهن آگاهی موجب کاهش تکانشگری در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی شده است. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد که روان‌شناسان و مشاورین از نتایج حاصله در علت‌شناسی و رفع مشکلات رفتاری و روانی مربوط به بیماران مبتلا به پرخوری عصبی استفاده نمایند.

**واژگان کلیدی:** پرخوری عصبی "تکانشگری" ذهن آگاهی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۲ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۱۱/۲۱

**استناد:** سهیلی نیا، ر، آقاجانی ط، رباط میلی س. اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری مبتلایان به پرخوری عصبی، ۱۳۹۸، ۴۳-۵۵: (۳)۹

<sup>۱</sup> - روانشناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> - نویسنده مسئول، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرقدس، شهر قدس، ایران، (T.aghajani2014@gmail.com)

<sup>۳</sup> - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

مقدمه:

تحقیقات نشان می دهد که نیمی از افراد مبتلا به پرخوری چاق هستند (۱). چاقی که با اختلال پرخوری و اعتیاد به غذا همراه است، امروزه در جهان بسیار شایع بوده و میلیون ها نفر از آن رنج می برند (۲). بیماری های زیادی متأثر از چاقی می باشند (۳). نتیجه این که تلاش های زیادی برای کاهش وزن افراد صورت می گیرد، اما درمان های اخیر پزشکی برای این بیماری در دراز مدت بی تاثیر و ناپایدار است (۴). مشخص کردن علت پرخوری مشکل است و به نظر می رسد که این اختلال از همبستگی چندین علت به وجود می آید (۵) و درمان باید مسائل جسمانی، مشکلات رفتاری و مسائل روانشناختی همچون تکانشگری را مدنظر قرار دهد (۶). هدف از درمان روانشناختی اختلال پرخوری این است که بتوان به مراجعان به خوبی یاد داد که بین گرسنگی هیجانی و فیزیولوژیکی فرق بگذارند و به هیجانات و افکار منفی خود از طریق غذا پاسخ ندهند، به آنها یاد داده می شود که پاسخ خوردن را با پاسخ های مناسب تر دیگری جایگزین نموده و مسائل عاطفی زیربنایی را مد نظر قرار دهند (۷). اختلال پرخوری عصبی با دوره های پرخوری عود کننده بدون روش های جبرانی نامتناسب که در پراشتهایی روانی وجود دارد مشخص می شود (۸). در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی<sup>۱</sup> (DSM-5) (۹) اختلال پرخوری عصبی (BED) به عنوان یک اختلال خوردن مجزا معرفی شده است، که شیوع آن در جمعیت عادی حدود ۳ درصد تخمین زده می شود (۱۰). اختلال پرخوری عصبی با دوره های پرخوری تکرار شونده مشخص می شود. در این دوره ها، فرد مقدار بسیار زیادی غذا می خورد که فرد دیگری این مقدار را در یک دوره زمانی مشابه نمی خورد و موقعیت به گونه ای است که گویا فرد کنترلی بر خوردن ندارد (۹). از این رو مشخص کردن نقش متغیرهای روانشناختی در چاقی و اختلال پرخوری عصبی و پیدا کردن یک روش درمانی مؤثر برای آن حائز اهمیت می باشد.

در برخی اختلالات، از تکانشگری به عنوان یک نشانه نام برده شده است (۹)، از جمله اختلالات خوردن (۱۱). تکانشگری به عنوان زمینه ساز واکنش های بدون برنامه و سریع به محرک های درونی یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش ها به خود یا دیگران تعریف شده است (۱۲). تکانشگری به رفتاری که با احتیاط کم و ناکافی انجام می شود اشاره دارد (۱). تکانشگری عموماً به صفت کژکاری ناظر است و با اعمالی مانند خودکشی ارتباط دارد که ممکن است جنایی یا خشمگینانه باشد و از نظر جسمانی به خود فرد آسیب برساند یا با استانداردهای اجتماعی پذیرفته شده نامتناسب باشد (۱۳). در یک تعریف جامع دیگر تکانشگری را می توان به صورت ترجیح پاداش های فوری، تمایل به ماجراجویی، جستجوی حس های نو، یافتن راه های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود (۱۴). با توجه به این تعریف آشکار است که مقادیر زیاد تکانشگری به تنهایی مفید نیست و در واقع ناکارآمد است. به طور مثال می توان به تمایل زیاد افراد تکانشگر به تجربه داروهای روان گردان و در نهایت استفاده دائم از آنها اشاره کرد (۱۵). بنابر آنچه گفته شد گاه تکانشگری را معادل کاهش ارزش تعویقی تعریف می کنند، یعنی تمایل به انتخاب پاداش های کم ولی سریع، در برابر پاداش های بزرگ تر ولی دیررس. بنابراین فردی که در برابر تأخیر در ارضا شدن حاضر به پذیرفتن مقادیر کمتری از پاداش می شود، تکانشگرتر است (۱۶).

اخیراً نسل سوم درمان های شناختی رفتاری مانند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، بر هدف قرار دادن نیازهای بیماران مبتلا به پرخوری عصبی متمرکز کرده اند (۳). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد غیردارویی است که می تواند به عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش سلامت جسمانی و بهزیستی روانی در این بیماران مورد توجه قرار گیرد (۱۷). ذهن آگاهی

<sup>1</sup> - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

به علت ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند (۱۸). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل واریسی بدن یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می شود (۱۹). با استفاده از تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می گیرد که پاسخ هایی جایگزین ناراحتی های هیجانی بدهد و پاسخ های شرطی شده را کاهش می یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر ببینند (۲۰). تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می آموزد که وضعیت های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (۱۹). بر اساس پژوهش ها، مراقبه متعادل، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه ای تاثیر قابل توجهی در بهبود توانبخشی انواع بیماران داشته اند (۲۱). مطالعات نشان می دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (۲۲) و استرس و تکانشگری (۲۳) ارتباط دارد. تحقیقات دیگر نشان داده اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می بخشد و آموزش کوتاه مدت آن، افسردگی را کاهش می دهد و باعث افزایش بهزیستی روانی بیماران می شود (۲۴) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و افزایش اعتماد به نفس و بهبود کیفیت زندگی منجر می شود (۲۵). همچنین نتایج پژوهش ماسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۶) نشان داد زن هایی که در هر یک از سه متغیر خلق منفی، رژیم غذایی سخت و تکانشگری توجهی نمره بالایی کسب کرده بودند، سطح بالاتری از پرخوری عصبی را نشان دادند. همچنین تکانشگری بدون تصمیم نقش واسطه ای در رابطه بین عاطفه منفی و پرخوری عصبی داشت. وینسی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۷) مطالعه ای با عنوان «بررسی تأثیر مداخله ذهن آگاهی کوتاه مدت بر تکانشگری در میان دانشجویان کالج» انجام دادند. این مطالعه به بررسی نقش مداخله ذهن آگاهی در برابر ریلکسین، بر صفت تکانشگری در میان ۲۰۷ دانشجوی کالج با سطوح نوشیدن الکل در معرض خطر پرداخت. یافته ها نشان دادند که تفاوت بین خط پایه تکانشگری و نتایج اولیه در شرکت کنندگانی که تحت مداخله ذهن آگاهی قرار گرفته بودند در مقابل شرکت کنندگانی که مداخله ریلکسین دریافت کرده بودند، به طور معناداری متفاوت بود. با توجه به تعریف پرخوری عصبی و نتایج پژوهش ها، تکانشگری بالا نقش کلیدی در بروز و استمرار این اختلال دارند و درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی نیز دارای نقش مؤثر در کاهش علائم اختلالات خوردن هستند. بنابراین با توجه به ابعاد گسترده پیامدهای اختلال پرخوری و نقش کلیدی متغیر تکانشگری در اختلال پرخوری، این تحقیق با این سوال طرح شد که آیا مداخله ذهن آگاهی در کاهش تکانشگری مبتلایان به پرخوری عصبی اثربخش است؟

### روش پژوهش:

روش مورد استفاده در این پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده ها از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی ها بود. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل بیماران سرپایی مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه کننده به دو کلینیک تغذیه در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه آماری تحقیق شامل ۳۰ نفر بود که از کلینیک های تغذیه دکتر ارشاد یآوری و دکتر پیوند بابایی، به صورت هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر

1 - Mason

2 - Vinci

در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. و در نهایت از هر دو گروه با پرسشنامه مشابه پس از آزمون به عمل آمد. خلاصه ای از جلسات ذهن آگاهی در جدول (۱) ارائه شد.

ابزار گردآوری پژوهش مقیاس تکانشگری بارت (۱۹۵۰) بود. **مقیاس تکانشگری بارت (BIS)**: مقیاس تکانشگری بارت<sup>۱</sup> (BIS) توسط ارنست بارت در سال ۱۹۵۰ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال ۴ درجه‌ای در مقیاس لیکرت می‌باشد که از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ نمره‌گذاری می‌گردد. همچنین دارای سه زیر مقیاس به شرح زیر می‌باشد: بی‌برنامگی<sup>۲</sup>، تکانشگری شناختی<sup>۳</sup> و تکانشگری حرکتی<sup>۴</sup> می‌باشد. نمره‌گذاری پاسخ‌ها به این ترتیب است که به گزینه تقریباً همیشه ۴ نمره، اغلب اوقات ۳ نمره، گاهی اوقات ۲ نمره و به ندرت یا هرگز ۱ نمره تعلق می‌گیرد. لازم به ذکر است که سوالات ۱ - ۷ - ۸ - ۹ - ۱۰ - ۱۲ - ۱۳ - ۱۵ - ۲۰ - ۲۹ و ۳۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند به این صورت که به گزینه تقریباً همیشه ۱ نمره، اغلب اوقات ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره و به ندرت یا هرگز ۴ نمره تعلق می‌گیرد. با جمع سوالات هر زیر مقیاس نمره مربوط به آن و با جمع نمره ۳ زیرمقیاس با هم، نمره کل تکانشگری محاسبه می‌شود. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه ۳۰ و بالاترین نمره ۱۲۰ است. افرادی که نمره کل آنها ۶۴ به بالاست تکانشگر محسوب می‌شوند. استانداردهای مربوط به نمرات زیر مقیاس‌ها و نمره کل در جدول شماره ۱ مشخص شده است (۲۸). پاتون و همکاران (۲۹) اعتبار درونی برای نمره کل مقیاس تکانشگری بارت (BIS) را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ را گزارش کردند. شواهد زیادی نیز روایی این مقیاس را تایید می‌کنند: الف) نمرات سه زیرمقیاس دارای همبستگی مناسبی با یکدیگر بوده و هر سه، سازه یکسانی را اندازه می‌گیرند، ب) نمرات مقیاس با نمرات بازداری زدایی همبستگی دارند، ج) نمرات مقیاس تکانشگری با روان‌پریشی بیماران بستری در بیمارستان نیز دارای همبستگی می‌باشند و د) نمرات این مقیاس قابلیت تمییز دانشجویانی که دارای بیماری روانی بودند را از دانشجویانی که به سوءمصرف مواد مبتلا بودند، داشت. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط اختیاری و همکاران (۳۰) اعتباریابی شده است. آنها ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را در دو گروه معتادان و افراد سالم به ترتیب ۰/۸۴۵ و ۰/۸۳۱ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی زیرمقیاس‌های تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی به ترتیب ۰/۸۰۵، ۰/۹۱۱ و ۰/۸۱۳ به دست آمد. در پژوهش نادری و حق شناس (۳۱) ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس هیجان خواهی زاگرم  $r = 0.28$  ( $p < 0.005$ ) به دست آمد. همچنین ضرایب اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و به روش تنصیف ۰/۶۰ گزارش شده است.

**Table 1: Summary of Mindfulness Meetings**

جلسات	محتوای جلسات درمان ذهن آگاهی
جلسه اول	در مرحله اول از شرکت کنندگان خواسته می‌شود خود را معرفی کنند. در مرحله دوم مختصری از ۱۰ جلسه برای آنها شرح داده خواهد شد و در مورد ارتباط بین پرخوری، مدیریت پرخوری عصبی، عوارض پرخوری و ناراحتی‌های هیجانی مربوط به آن توضیحاتی ارائه خواهد شد. پس از آن تعریفی از ذهن آگاهی، مدیتیشن و هم چنین هدف و فواید ذهن آگاهی و ارتباط بین ذهن آگاهی و کاهش درد و استرس ارائه خواهد شد. سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن انجام خواهد شد (هم زمان با نفس کشیدن توجه خود را به قسمتی از بدن شان

1 - The Barratt Impulsiveness Scale (BIS)

2 - Nonplanning

3 - Cognitive impulsivity

4 - Motor Impulsivity

<p>جلب خواهند کرد)، برای تکلیف خانگی از شرکت کنندگان خواسته می شود تا همین تمرین را در منزل انجام دهند.</p>	
<p>جلسه دوم                  در ابتدای جلسه دوم، شرکت کنندگان تشویق به انجام مدیتیشن اسکن بدن خواهند شد و پس از آن در مورد این تجربه و تجربه انجام تکلیف خانگی شان بحث خواهند کرد. بعد از آن در مورد موانع انجام تمرین (مثل بی قراری و پرسه زدن ذهن) و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیرقضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم) بحث خواهد شد. سپس در مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث خواهد شد، با این مضمون که رویدادها به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجانانگیز را ایجاد می کند. پس از آن، از شرکت کنندگان خواسته خواهد شد مدیتیشن در حالت نشسته را انجام دهند. برای هفته آینده نیز این تکالیف داده خواهد شد: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند است، انجام مدیتیشن نشست، اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.</p>	
<p>جلسه سوم                  به آموزش ذهن آگاهی، نشستن روی زمین، تمرین راه رفتن و لبخند زدن پرداخته خواهد شد. از شرکت کنندگان خواسته خواهد شد خوردن یک عدد کشمش را با تمام وجود احساس و در ادامه درباره این احساسات بحث کنند. برای تکلیف خانگی از شرکت کنندگان خواسته خواهد شد آن چه را در خوردن یک دانه کشمش آموخته اند در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف هم پیاده کنند. این جلسه با تمرین دیدن و شنیدن ادامه خواهد یافت. در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته خواهد شد به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال خواهد شد. بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی انجام خواهد شد. این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. پس از این تمرین، یکی از تمرین های حرکات ذهن آگاه بدن انجام خواهد شد. تکالیف منزل عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاه، تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند.</p>	
<p>جلسه چهارم                  جلسه چهارم با مدیتیشن همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار که مدیتیشن نشسته چهار بعدی نیز (Sitting meditation with four focuses) نامیده می شود، آغاز خواهد شد. در ادامه در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین بحث خواهد شد و در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین خواهد شد. تکالیف منزل عبارت اند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند).</p>	
<p>جلسه پنجم                  در ابتدای جلسه پنجم از شرکت کنندگان خواسته خواهد شد مدیتیشن نشسته را انجام دهند. در ادامه سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن ارائه و اجرا خواهد شد که شامل تمرین برای کاهش سریع استرس، برخورد با مشکلات و موانع دستیابی به ذهن آگاهی، تقویت انگیزه، ریلکس کردن، تقویت شکیبایی، تمرین برای خلاص شدن از هیجان منفی خواهد شد. تکالیف جلسات بعد شامل: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.</p>	
<p>جلسه ششم                  جلسه ششم با تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای آغاز خواهد شد. ذهن آگاهی و روان شناسی مثبت، یافتن توانایی های بالقوه، لذت بردن از لحظه و دیدن از زاویه مثبت آموزش داده خواهد شد. هم چنین از شرکت کنندگان خواسته خواهد شد دفترچه یادداشتی با عنوان دفترچه قدردانی داشته باشند. تکالیف خانگی در گروه</p>	

<p>های دو تایی بحث خواهند شد. تمرینی با عنوان خلق، فکر، دیدگاه های جداگانه با این مضمون ارائه خواهد شد: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند. پس از آن چهار تمرین مدیتیشن به مدت یک ساعت، پی در پی ارائه خواهد شد. تکالیف جلسه بعد عبارت اند از: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن ها که ترجیح شخصی باشد به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.</p>	
<p>جلسه هفتم با بحث در این مورد که ذهن آگاهی از چه طریقی افسردگی و اضطراب را کاهش می دهد شروع خواهد شد. در ادامه مبارزه با افکار اتوماتیک، عدم تمرکز روی افکار مشکل آفرین، مقابله با اضطراب با استفاده از ذهن آگاهی، مقابله با درد و استفاده از ذهن آگاهی برای کنترل درد آموزش داده خواهد شد. برای تکلیف خانگی از شرکت کنندگان خواسته خواهد شد روی یک کاغذ جدولی کشیده و تجربه، افکار، احساسات و حواس فیزیکی خود را در آن ثبت کنند.</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>جلسه هشتم با مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آن چه در لحظه به هوشیاری وارد می شود، آغاز خواهد شد. مضمون جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست، چگونه می توانم انعطاف پذیر باشم؟ چگونه می توانم از زیبایی طبیعی لذت ببرم؟ در ادامه تمرینی ارائه خواهد شد که در آن شرکت کنندگان مشخص خواهند کرد کدام یک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی سه دقیقه ای انجام خواهد شد. تمرین خانگی شامل: انجام ترکیبی از مدیتیشن که فرد ترجیح می دهد.</p>	<p>جلسه هشتم</p>

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss19 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

#### یافته ها:

جهت بررسی فرضیه فوق از آزمون مانکوا استفاده شد. اما قبل از آزمون مانکوا باید پیش فرض برابری واریانس ها و کواریانس ها بررسی شود. در جدول ۲ نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس های متغیر وابسته ارائه شده است. طبق نتایج، پیش فرض برابری واریانس ها برای متغیر وابسته تأیید شده است، لذا می توان از آزمون مانکوا استفاده نمود.

**Table 2. Levin test results**

متغیر	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	Sig.
تکانشگری	۰/۹۹۴	۱	۲۸	۰/۱۳۳

در جدول 2 نتایج آزمون باکس جهت بررسی فرض صفر برابری ماتریس کواریانس های مشاهده شده متغیرهای وابسته در گروه ها ارائه شده است. نتایج این آزمون نشان می دهد که فرض برابری کواریانس ها تأیید می شود (تأیید فرض صفر). بنابراین نتایج آزمون برابری کواریانس ها نیز تأیید امکان استفاده از آزمون آنکوا بود.

**Table 3. M box test for variance matrices**

آزمون باکس	۳/۲۵۸
F	۰/۴۷۹
df <sub>1</sub>	۶
df <sub>2</sub>	۵۶۸۰/۳۰
Sig.	۰/۸۲۴

بنابراین جهت مقایسه متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون مانکوا استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

**Table 4: AnkoVa Test**

توان	Eta <sup>2</sup>	معناداری	F	ارزش	اثر	گروه
۰/۹۶۲	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۷/۲۴۳	۰/۴۸۶	اثر پیلابی	
۰/۹۶۲	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۷/۲۴۳	۰/۵۱۴	ویلکز لامبدا	
۰/۹۶۲	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۷/۲۴۳	۰/۹۴۵	اثر هاتلینگ	
۰/۹۶۲	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۷/۲۴۳	۰/۹۴۵	ریشه روی	

طبق نتایج به صورت کلی بین گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین فرضیه اصلی تحقیق تایید شد. توان آماری نیز حاکی از کفایت حجم نمونه بوده و میزان تفاوت بین دو گروه نیز تقریباً ۴۸ درصد بود.

**Table 5. ANOVA test results**

Eta <sup>2</sup>	Sig.	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر
۰/۲۲۱	۰/۰۱۳	۷/۱۰	۷۶۵/۱۶۷	۱	۷۶۵/۱۶۷	تکانشگری

در جدول ۵ نتایج آزمون مانکوا به تفکیک برای متغیرها ارائه شده است. طبق نتایج در متغیرهای تکانشگری بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت و میانگین گروه آزمایش در متغیر تکانشگری کمتر بود، بنابراین فرضیه تایید شد.

#### بحث و نتیجه گیری:

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری بیماران مبتلا به پرخوری عصبی تاثیر دارد. این یافته با نتایج رافالت و همکاران (۳۲)، کترمن و همکاران (۳۳) و وینسی و همکاران (۲۷) همسو بود. رافالت و همکاران (۳۲) پژوهشی با عنوان «مداخله کامپیوتری مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بیماران چاق مبتلا به پرخوری عصبی» بر روی ۱۲۰ بیمار چاق سرپایی که مبتلا به پرخوری عصبی تشخیص داد شده بودند و در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال قرار داشتند، انجام دادند. درمان شامل مداخله ذهن آگاهی کامپیوتری به مدت یک سال بود. جلسات مداخله به صورت صدای ضبط شده بود که از شرکت کننده درخواست می شد هر روز به مدت ۱۰ دقیقه به آن گوش دهند. نتایج نشان دادند این مداخله موجب کاهش خوردن های تکانشی و همچنین افزایش سطح فالیته فیزیکی شد و در نتیجه موجب کاهش وزن بیماران گردید. وینسی و همکاران (۲۷) مطالعه‌ای با عنوان «بررسی تأثیر مداخله ذهن آگاهی کوتاه مدت بر تکانشگری در میان دانشجویان کالج» انجام دادند. این مطالعه به بررسی نقش مداخله ذهن آگاهی در برابر ریلکسین، بر صفت تکانشگری در میان دانشجویان کالج با سطوح نوشیدن الکل در معرض خطر پرداخت. یافته‌ها نشان دادند که تفاوت بین خط پایه تکانشگری و نتایج اولیه در شرکت کنندگانی که تحت مداخله ذهن آگاهی قرار گرفته بودند در مقابل شرکت کنندگانی که مداخله ریلکسین دریافت کرده بودند، به طور معناداری متفاوت بود. کترمن و همکاران (۳۳) نیز یک مطالعه مروری سیستماتیک با عنوان «مداخله ذهن آگاهی در پرخوری عصبی، پرخوری هیجانی و کاهش وزن» انجام دادند. در این مطالعه ۱۴ پژوهش که مداخله ذهن آگاهی بر روی پرخوری عصبی، پرخوری هیجانی، و تغییرات وزن بررسی کرده بودند را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد مداخله ذهن آگاهی به طور چشمگیری پرخوری عصبی و پرخوری هیجانی را در افراد مبتلا کاهش می دهد. شواهد پزشکی نشان می دهد که پرخوری موجب بروز مشکلات جدی سلامتی همچون فشار خون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول و به دنبال آن

مشکلات قلبی عروقی می‌شود. همچنین پرخوری و به تبع آن چاقی، خطر حمله قلبی و سرطان‌های خاص خصوصاً روده بزرگ، پستان، پروستات و رحم را افزایش می‌دهد و اشکال خاصی از آرتروز، کاهش کیفیت زندگی و مرگ پیش از موقع را موجب می‌گردد (۳۴). به‌عنوان یک فرض کلی، تکانشگری منجر به ناتوانی در کنترل خوردن و مصرف غذا می‌شود (۳۵). بر همین اساس برخی مطالعات، تکانشگری بالاتری را در مبتلایان به پرخوری عصبی در مقایسه با افراد غیرمبتلا یافته‌اند (۳۶). چندین مطالعه با استفاده از مقیاس تکانشگری بارت (BIS) نشان دادند که زیر مقیاس‌های تکانشگری توجهی و تکانشگری حرکتی با پرخوری عصبی مرتبط است، اما تکانشگری بدون تصمیم با پرخوری عصبی رابطه‌ای ندارد (۳۷). هدف از درمان روانشناختی اختلال پرخوری عصبی این است که بتوان به مراجعان به‌خوبی یاد داد که بین گرسنگی هیجانی و فیزیولوژیکی فرق بگذارند و به هیجان‌ات و افکار منفی خود از طریق غذا خوردن پاسخ ندهند. به آنها یاد داده می‌شود که پاسخ خوردن را با پاسخ‌های مناسب‌تر دیگری جایگزین نموده و مسائل عاطفی زیربنایی را مدنظر قرار دهند. اختلال پرخوری عصبی رایج‌ترین اختلال در اختلالات خوردن و خوراک است و این اختلال سومین بیماری مزمن شایع در میان نوجوانان به‌ویژه دختران است و میزان شیوع آن در سراسر جهان در حال افزایش است (۳۸). براساس پنجمین راهنمایی آماری تشخیص اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا شیوع ۱۲ ماهه اختلال پرخوری عصبی ۰/۸ تا ۱/۶ درصد گزارش شده است (۹) که حاکی از اهمیت روزافزون بررسی اثربخشی مداخلات در کاهش علائم آن است. تکانشگری به‌عنوان «واکنش‌های سریع و نسنجیده به محرک‌های درونی و بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای فرد تکانشگر یا دیگران» تعریف شده است. به‌نظر می‌رسد این سازه عامل خطر مشترکی برای چندین اختلال روانی از جمله اختلالات خوردن، برخی از گونه‌های اختلال شخصیت، اختلال سوءمصرف مواد، اختلال دوقطبی و اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه نیز باشد (۳۹). تکانشگری و رفتار تکانشی دارای سه ویژگی اساسی است که آن‌را از اصطلاحات مشابهی مانند بیش‌واکنش جدا می‌کند. این رفتارها شتاب‌زده، برنامه‌ریزی نشده، بدون فکر و مستعد اشتباه هستند، در حالی که در بیش‌واکنش به‌جای تأکید بر سرعت بروز عکس‌العمل، تأکید بر شدت و طول زمانی است که عکس‌العمل رخ می‌دهد. رفتارهای تکانشی همچنین برخلاف رفتارهای جبری است که فرد بر وجود رفتار آگاهی دارد و هدف از رفتار، نه کسب لذت، بلکه عموماً دوری از اضطراب می‌باشد. همچنین متفاوت از رفتارهایی که ناشی از نارسایی در داوری و تصمیم‌گیری می‌باشند و فرد در حقیقت در مرحله قضاوت اختلال دارد (۲۷). با توجه به اینکه ذهن آگاهی به‌عنوان یک سبک زندگی، همخوان با فطرت طبیعی انسان، قابلیت این را دارد که بر سیستم هیجانی افراد یعنی افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه‌های عمل آن‌ها تأثیرگذار باشد، نگاه آن‌ها را به زندگی دگرگون کرده و کیفیت ارتباط آن‌ها را با خود، دیگران و دنیا با پذیرشی شفقت‌آمیز و واقع‌بینانه ارتقا بخشد، که همین پیامدها می‌تواند تبیین مناسبی برای کاهش تکانشگری باشد. یکی از اصول مهم در حضور ذهن «رها کردن» است. رویکرد ذهن آگاهی معتقد است که انسان به‌طور کلی به خیلی چیزها چسبیده است: به باورها، رویدادهای خاص، زمانهای خاص، یک منظره، یک خواسته و ... و این مسئله آن‌ها را آسیب‌پذیر، درمانده می‌سازد و احساس از دست دادن کنترل بر زندگی خودشان را تشدید می‌کند. ولی زمانی که افراد یاد بگیرند این مسائل را رها کنند و نسبت به آن‌ها آگاهی و پذیرش بیشتری کسب کنند بدین ترتیب مشکلات و مسائل را با ذهنی شفاف‌تر و گشوده‌تر بررسی خواهند کرد. اگرچه این پژوهش جهت کنترل متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی، نمونه‌گیری افراد به دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی صورت گرفت، با این حال محدودیت‌هایی نیز در انجام این پژوهش وجود داشت. این پژوهش صرفاً بر روی بیماران مبتلا به پرخوری عصبی صورت گرفته است و بنابراین باید در تصمیم‌گیری نتایج دقت کافی مبذول شود. کوچک بودن گروه، به جهت کمیاب بودن افرادی که فقط مشکل پرخوری عصبی دارند. در نهایت، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی گروهی ذهن آگاهی بر کاهش علائم تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی موثر است و به جهت اثربخشی بالای آن، استفاده از آن به درمانگران توصیه می‌شود.



منابع:

1. Loxton NJ. The role of reward sensitivity and impulsivity in overeating and food addiction. *Current Addiction Reports. Patterns of Overeating that Characterize Addictive Tendencies towards Palatable Foods.*, 2018; 1(5): 212-22
2. Alilo, M., & Heydari Aghdam, B.. The Effectiveness of Emotion Regulation and Mindfulness Training on Neurotic Eating Symptoms. *Urmia Medical Journal*, 1397;29 (12): 895-888.
3. Wadden TA, Bray GA, editors. *Handbook of obesity treatment*. Guilford Publications; 2018 Jul 30.
4. Moradi, M., & Samari, A. A.. Mind-Based Cognitive Therapy for Clinical Syndrome and Physical Image Awareness in Women with Neuroticism. *Journal of Mental Health Principles*,1396; 80 (24): 394- 400.
5. Hashemi Nosratabad T, Mahmoud Aliloo M, Khosravian B. The role of perfectionism, negative affect and brain-behavioral systems in prediction of bulimiac disorder. *Urmia MAED J*. 2012;23(3):330-8.
6. McDowell K, Petrie MC, Raihan NA, Logue J. Effects of intentional weight loss in patients with obesity and heart failure: a systematic review. *Obesity reviews*. 2018 Sep;19(9):1189-204.
7. Jaafarpur, S.. The Effectiveness of Schema-Based Group Training on Neuroticism and Marital Stress in Women. M.Sc., Kharazmi University, 1395
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
9. Hege MA, Stingl KT, Kullmann S, Schag K, Giel KE, Zipfel S, Preissl H. Attentional impulsivity in binge eating disorder modulates response inhibition performance and frontal brain networks. *International journal of obesity*. 2015;39(2):353-60.
10. Díaz-Marsá M, Carrasco JL, Basurte E, Sáiz J, López-Ibor JJ, Hollander E. Enhanced cortisol suppression in eating disorders with impulsive personality features. *Psychiatry research*. 2008 28;158(1):93-7.
11. Aquilina FF, Grech A, Strelchuk D, Donamayor N, Agius M, Voon V. Decisional Impulsivity in Obesity. *Malta Medical School Gazette*. 2018; 2(3):39-45.
12. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008;32(4):777-810.
13. Vaziri Esmailzadeh, P.. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on impulsivity, self-efficacy and weight loss in overweight women. M.Sc., Al-Zahra University, 1397
14. Schmidt R, Sebert C, Kösling C, Grunwald M, Hilbert A, Hübner C, Schäfer L. Neuropsychological and neurophysiological indicators of general and food-specific impulsivity in children with overweight and obesity: a pilot study. *Nutrients*. 2018;10(12):1983.

15. Bénard M, Bellisle F, Etilé F, Reach G, Kesse-Guyot E, Hercberg S, Péneau S. Impulsivity and consideration of future consequences as moderators of the association between emotional eating and body weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2018;15(1):84.
16. Petter M, McGrath PJ, Chambers CT, Dick BD. The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*. 2014;39(5):521-31.
17. Hsu SH, Grow J, Marlatt GA. Mindfulness and addiction. In *Recent developments in alcoholism*, 2008: 229-250). Springer, New York, NY.
18. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Press; 2011 Apr 25.
19. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010;78(3):362.
20. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy*. 2005 1;19(3):211-28.
21. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics*. 2017 1;40(4):739-49.
22. Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*. 2019;50(3):630-45.
23. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(6):539-44.
24. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83.
25. Mason TB, Smith KE, Lavender JM, Lewis RJ. Independent and interactive associations of negative affect, restraint, and impulsivity in relation to binge eating among women. *Appetite*. 2018;121:147-53.
26. Vinci C, Peltier M, Waldo K, Kinsaul J, Shah S, Coffey SF, Copeland AL. Examination of trait impulsivity on the response to a brief mindfulness intervention among college student drinkers. *Psychiatry research*. 2016; 30(242): 365-74.
27. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Alan F. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological psychiatry*. 1997;41(10):1045-61.
28. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*. 1995;51(6):768-74..
29. Ekhtiari, H., Jangouk, P., Jannati, A., Sahraian, M., & Lotfi, T.. Time perception in multiple sclerosis: Evidences for behavioral shift. *ACTRIMS, Greece.*, 2005
30. Naderi, F., & Haghshenas, F.. Relationship between impulsivity and loneliness with students' use of mobile phones. *New Findings in Psychology (Social Psychology)*, 1388; 4 (12), 121-111.

31. Ruffault A., Carette C., i Puerto KL., Juge N., Beauchet A., Benoliel JJ., Lacorte JM., Fournier JF., Czernichow S., Flahault C.. Randomized controlled trial of a 12-month computerized mindfulness-based intervention for obese patients with binge eating disorder: The MindOb study protocol. *Contemporary clinical trials*. 2016;49:126-33.
32. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*. 2014;15(2):197-204.
33. Klatt IM. *Treating the Obese---Binge Eating Disorder and Food Addiction: A Model Program*. ProQuest; 2008.
34. Nederkoorn C, Houben K, Hofmann W, Roefs A, Jansen A. Control yourself or just eat what you like? Weight gain over a year is predicted by an interactive effect of response inhibition and implicit preference for snack foods. *Health Psychology*. 2010; 29(4):389.
35. Wu M, Giel KE, Skunde M, Schag K, Rudofsky G, de Zwaan M, Zipfel S, Herzog W, Friederich HC. Inhibitory control and decision making under risk in bulimia nervosa and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46(7):721-8.
36. Meule A. Impulsivity and overeating: a closer look at the subscales of the Barratt Impulsiveness Scale. *Frontiers in psychology*. 2013;4:177.
37. Forrest LN. *The role of perception in eating disorders* (Doctoral dissertation, The University of Utah).
38. Fischer S, Settles R, Collins B, Gunn R, Smith GT. The role of negative urgency and expectancies in problem drinking and disordered eating: testing a model of comorbidity in pathological and at-risk samples. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2012;26(1):112.