رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و اضطراب در افراد دچار اختلال پراشتهایی عصبی

The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive therapy on Quality of life, Perceived Stress, and Anxiety in people with Bulimia Nervosa

رویا دانائی یگانه
دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
زینب خانجانی (نویسنده مسئول)
استاد، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
منصور بیرامی
استاد، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
تورج هاشمی نصرت آباد
استاد، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

Roya Danaei Yeganeh
Ph.D. student of psychology, Department of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University of Tabriz,Tabriz, Iran.
Zeynab Khanjani *
Professor, Department of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University of Tabriz,Tabriz, Iran.
Dr.khanjaani@gmail.com
Bayrami Mansour
Professor, Department of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University of Tabriz,Tabriz, Iran.
Touraj Hashemi Nosrat-Abad
Professor, Department of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و اضطراب در افراد دچار اختلال پراشتهایی عصبی انجام شد. طرح پژوهش نیمه آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه بود. جامعه‌ی آماری شامل افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی که در سال ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره شهر تبریز مراجعه کرده بودند. سه نفر از افراد مبتلا از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه مقیاس اختلال خوردن (EDI، گارنر و گارفینکی، ۲۰۱۰)، اضطراب بک (BAI، بک و همکاران، ۱۹۸۸)، استرس ادراک‌شده (PSS، کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) و کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF، سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸) بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری، ترسیمی و درصد بهبودی و اثربخشی بالینی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین میانگین نمرات سه شرکت‌کننده در خط پایه اول و دوم و پایان جلسات درمانی با میانگین نمرات آن‌ها در پیگیری دوم در کیفیت زندگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده تفاوت معناداری در سطح (p<۰/۰۱) وجود دارد و از نظر بالینی معنادار است. از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده در افراد مبتلا به اختلال پر اشتهایی عصبی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: *شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده، اضطراب.*

Abstract
The present study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life, perceived stress, and anxiety in individuals with bulimia nervosa. The research design was a single-case, multiple-baseline, quasi-experimental study. The statistical population consisted of individuals diagnosed with bulimia nervosa who had referred to counseling centers in Tabriz city in 1401. Three individuals with the disorder were selected through purposive sampling. The instruments of this study included the Eating Disorder Inventory (EDI, Garner and Garfinki, 2010), Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck et al., 1988), Perceived Stress Inventory (PSS, Cohen et al., 1983), and Quality of Life (WHOQOL-BREF, World Health Organization, 1998). Graphical and diagrammatic analysis, recovery percentage and clinical effectiveness were used to analyze the data. The findings showed that there was a significant difference (p<0.01) between the mean scores of the three participants at the first and second baseline and the end of the treatment sessions and their mean scores at the second follow-up in quality of life, anxiety, and perceived stress, and it was clinically meaningful. From the above findings, it can be concluded that mindfulness-based cognitive therapy training is effective on quality of life, anxiety, and perceived stress in individuals with bulimia nervosa.

Keywords: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Quality of Life, Perceived Stress, Anxiety.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت:** اردیبهشت ۱۴۰۴ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** اردیبهشت ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

مقدمه

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا[1]، اختلال پراشتهایی عصبی با دوره‌های مکرر پرخوری، رفتارهای نامناسب جبرانی مکرر جهت جلوگیری از افزایش وزن تعریف‌شده است، این رفتارها حداقل یک‌بار در هفته و به مدت حداقل ۳ ماه ادامه دارد. شیوع پر اشتهایی عصبی در جوامع ایرانی در دختران ۳/۲ درصد و در پسران ۱/۲ درصد بوده است (صفرزاده و محمودی، ۱۳۹۳). اختلال پراشتهایی عصبی اغلب با سایر اختلالات روانی مانند اختلالات افسردگی، اضطراب، استرس، اختلال شخصیت مرزی و اختلالات وسواسی اجباری همایند است (موهجان و موهجان[2]، ۲۰۲۳). رایج‌ترین واکنش هیجانی در افراد مبتلا به پر اشتهایی عصبی، اضطراب است. اختلال پراشتهایی عصبی می‌تواند به‌عنوان کاهش‌دهنده‌ی اضطراب عمل کند. بیماران مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی نرخ بالاتری از اضطراب را نسبت به افراد سالم دارند (کاپلند[3] و همکاران، ۲۰۲۵). بسیاری از رفتارهایی که در اختلال پراشتهایی عصبی رخ می‌دهند (مانند پرخوری، پاکسازی، ارزیابی بدنی) می‌تواند رفتارهای ایمنی‌بخشی باشد که از طریق از بین بردن آگاهی از حالت‌های هیجانی، در جهت کاهش فوری سطح اضطراب عمل کند. دقیقاً به همان صورتی که رفتارهای ایمنی‌بخش در اختلالات اضطرابی عمل می‌کنند، رفتارهای مربوط به اختلال خوردن نیز اگرچه در ابتدا باعث کاهش سطوح برانگیختگی می‌شود، در بلندمدت باعث حفظ و حتی افزایش سطوح اضطراب و استرس ادراک‌شده می‌شود (ولکاف[4] و همکاران، ۲۰۲۴). جیمنزپادیلا[5] و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهش دیگری بیان کردند که علاوه بر اضطراب، سطح استرس ادراک‌شده با اختلال پر اشتهایی عصبی رابطه معناداری دارد.

استرس ادراک‌شده[6] هدف مهمی در درمان اختلال پر اشتهایی عصبی است. تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد که بین استرس ادراک‌شده و اختلالات خوردن رابطه معنی‌داری وجود دارد. به‌طوری که افرادی که از استرس بیشتری رنج می‌برند، به احتمال بیشتری مستعد اختلالات خوردن هستند (المحمد[7] و همکاران، ۲۰۲۵). عمل پرخوری توجه را از عواطف ناخوشایند و شناخت‌های منفی ناشی از استرس‌های ارزیابی‌شده منحرف می‌کند و می‌تواند شرایط ابتلا به سایر اختلالات روانی را هموار سازد. با توجه به این نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که اضطراب و استرس ادراک‌شده در اختلال پر اشتهایی عصبی نقشی پر رنگ ایفا می‌کنند و از سوی دیگر زمینه لازم را برای کاهش آگاهی هیجانی در هنگام خوردن و کیفیت زندگی در افراد مبتلا فراهم می‌سازند (برورتون[8] و همکاران، ۲۰۲۵).

اختلالات خوردن از طریق ایجاد مشکلات فراوان در سلامت جسمی و عملکرد روانی، سطح کیفیت زندگی را در افراد مبتلا کاهش می‌دهند. به همین علت، افراد داری کیفیت زندگی پایین، هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند، رویدادهای منفی بیشتری را از گذشته به یاد می‌آورند و ارزیابی منفی بیشتری از پیرامون خود دارند (احمد[9]و همکاران، ۲۰۲۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بین اختلال پراشتهایی عصبی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود دارد و از آنجا که خوردن ذهن آگاهانه و سطوح اضطراب و استرس ادراک‌شده از جمله متغیرهایی است که بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال پر اشتهایی عصبی اثرگذار می‌باشد، درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و خوردن ذهن آگاهانه می‌تواند مؤثر واقع شود (اون[10] و همکاران، ۲۰۲۵). به منظور درمان اختلال پر اشتهایی عصبی، روش‌ها و فنون متعددی از جمله ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی مورداستفاده قرارگرفته است. تورسک[11] و همکاران (۲۰۲۴) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با خوردن اثرگذار باشد.

آموزه‌ها و مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، نقش مهمی در افزایش توانمندی روانشناختی افراد ایفا می‌کند (فن[12] و همکاران، ۲۰۲۵). حفظ لحظه به لحظه آگاهی باعث می‌شود منبع توجه به تجربه در حال گذر معطوف شده و در نهایت با فعال نشدن افکار خودآیند، خطای شناختی نیز رخ نمی‌دهد و در نتیجه اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد (فنگ[13] و همکاران، ۲۰۲۵). یک مطالعه نشان داد که تمرین‌های

1. the fifth diagnostic and statistical manual of American psychiatric association
2. Mohajan & Mohajan
3. Kopland
4. Velkoff
5. Jiménez-Padilla
6. perceived stress
7. Almahmeed
8. Brewerton
9. Ahmed
10. Aoun
11. Torske
12. Fan
13. Feng

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و گفتگوهای ذهنی منفی مؤثر است (ابدل[1] و همکاران، ۲۰۲۵) و همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی[2] می‌تواند باعث کاهش استرس ادراک‌شده و اضطراب گردد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد، و مراجعین ترغیب می‌شوند تا تجربه را بدون قضاوت به همان‌گونه‌ای که شکل‌گرفته پردازش کنند و رابطه‌شان را با افکار و احساسات چالش‌برانگیز تغییر داده و آن‌ها را بپذیرند (الدبیانی[3]، ۲۰۲۵).

ارتباط تنگاتنگ اضطراب و استرس ادراک‌شده با علائم اختلال پر اشتهایی عصبی یک تعامل پیچیده از عوامل شناختی، عاطفی و رفتاری است. کاهش سطح اضطراب و استرس با کیفیت زندگی بهتر و قابلیت‌های مقابله‌ای همراه است که می‌تواند از ایجاد و تشدید علائم اختلال پر اشتهایی عصبی محافظت کند. درک این رابطه برای توسعه مداخلات درمانی مؤثر باهدف افزایش کیفیت زندگی و درنتیجه بهبود نتایج برای افراد مبتلا به پر اشتهایی عصبی بسیار مهم است و از سوی دیگر، با توجه به میزان شیوع بالای این اختلال و مزمن بودن روند درمانی آن و هزینه‌های درمانی که این اختلال برای نظام بهداشت و سلامت روان افراد و جامعه ایجاد می‌کند و نتایج مثبتی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و استرس ادراک‌شده نشان داده است، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و اضطراب در افراد دچار اختلال پراشتهایی عصبی بود.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی تک موردی[4] از نوع خط پایه‌ی چندگانه[5] بود. جامعه‌ی آماری شامل افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی شهر تبریز بود که در نیمه‌ی اول سال ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره مراجعه کرده‌اند. گروه نمونه شامل سه نفر از افراد مبتلا که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس نتایج حاصل از قضاوت بالینی یک روانشناس بالینی انتخاب‌شد. علاوه بر آن از هر شرکت‌کننده مصاحبه بالینی ساختاریافته به عمل آمده و یک مقیاس تشخیصی برای تشخیص اختلال پراشتهایی عصبی اجرا شد و بعد از محرز شدن تشخیص اختلال، شرکت‌کنندگان با استفاده از روش پلکانی وارد درمان شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص اختلال پر اشتهایی عصبی توسط روانشناس بر اساس ملاک‌های DSM-5، نمره میانگین خط پایه مقیاس پر اشتهایی عصبی برای شرکت کننده اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۱۰، ۱۳۸ و ۱۰۵ بود، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۲۵ سال، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، رضایت آگاهانه برای شرکت در مداخله و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، عدم حضور در جلسات بیش از دو جلسه و عدم همکاری در اندازه‌گیری خط پایه بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین به شرکت‌کنندگان، توضیح اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به‌دست‌آمده در طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت. همچنین، طرح پژوهش پیش از اجرا به تأیید کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه تبریز رسیده و کد اخلاق (شناسه اخلاق IR.TABRIZU.REC.1403.031) دریافت شده است. درنهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از درصد بهبودی نیز برای بررسی تغییرات بالینی استفاده گردیده که برای تجزیه و تحلیل داده‌های طرح‌های تجربی تک‌موردی مطرح‌شده است. هم‌چنین برای تعیین اثربخشی بالینی از فرمول اندازه اثر کوهن استفاده شد که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس اختلال خوردن[6] (EDI)؛ سیاهه‌ی علائم اختلال خوردن یک پرسشنامه‌ی ۶۴ سؤالی است که گارنر و گارفینکی[7] (۱۹۸۲) آن را طراحی کرده‌اند. این سیاهه ۸ زیر مقیاس را شامل است که به دو بعد مهم بالینی تقسیم می‌شود: نگرش‌های خوردن و ویژگی‌های

1. Abd-el
2. Mindfulness- based cognitive therapy
3. Aldbyani
4. Single Case
5. Multiple baseline disign
6. The Eating Disorder Inventory-EDI
7. Garner & Garfinket

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

کارکرد مختل، که زیر مقیاس‌های آن عبارت‌اند از: ناکارآمدی[۱]، ترس‌های بلوغ[۲]، کمال‌گرایی[۳]، بی‌اعتمادی بین فردی[۴]، تمایل به لاغری[۵]، آگاهی درونی[۶]، پرخوری[۷] و نارضایتی بدنی[۸]. از بین این زیرمقیاس‌ها، سه زیرمقیاس که ابعاد نشانه‌های اختلال‌های خوردن را می‌سنجند عبارت‌اند از: تمایل به لاغری، پرخوری و فقدان رضایت از تصویر بدنی. پاسخ‌های این آزمون در شش گزینه از همیشه تا هرگز درجه‌بندی‌شده است. روش نمره‌گذاری در این آزمون به این شکل است که به گزینه‌های همیشه، معمولاً و اغلب اوقات به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳ و به سه گزینه بعدی گاهی اوقات، به ندرت و هرگز نمره صفر داده می‌شود. نمره‌های بالاتر در این آزمون نشان‌دهنده‌ی میزان بالاتر آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن است. گارنر و همکاران (۱۹۸۳) به‌عنوان سازندگان اصلی آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای مقیاس گرایش به لاغری (۰/۶۷)، پرخوری (۰/۷۰)، و فقدان رضایت از تصویر بدنی (۰/۶۰) را گزارش دادند. همچنین سازندگان اصلی روایی سازه این مقیاس را از طریق ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس‌های سیاهه علائم اختلالات خوردن با نمره کل به ترتیب ۰/۱۴، ۰/۴۹، ۰/۳۶، ۰/۳۴، ۰/۰۹، ۰/۱۳، ۰/۱۶ و ۰/۴۸ گزارش دادند. در ایران شایفیان و وفایی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های گرایش به لاغری، پرخوری و فقدان رضایت از تصویر بدنی را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۹ گزارش نمودند. همچنین روایی هم‌زمان این مقیاس با پرسشنامه باورهای خوردن ۰/۴۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های گرایش به لاغری، پرخوری و فقدان رضایت از تصویر بدنی را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس اضطراب بک[۹] (BAI)؛ این پرسشنامه توسط بک[۱۰] و همکاران (۱۹۸۸) معرفی شد. مقیاس حاضر، شامل ۲۱ عبارت است و شیوه‌ی امتیازبندی پاسخ‌ها به‌صورت اصلاً(۰) تا شدید(۳) است. دامنه‌ی نمره‌ی فرد از صفر تا ۶۳ در نوسان است. درصورتی‌که نمره‌ی به‌دست‌آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد فرد موردبررسی هیچ اضطرابی ندارد، اگر بین ۸-۱۵ باشد، اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶-۲۵ باشد متوسط و اگر بین۲۶-۶۳ باشد، نشان‌دهنده‌ی اضطراب شدید است. وترل و گاتز[۱۱] (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و روایی سازه این پرسشنامه از طریق همبستگی سؤالات با یکدیگر بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش دادند. در ایران کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ را در این پرسشنامه ۰/۹۲ و روایی هم‌زمان این پرسشنامه با مقیاس فوبیای اجتماعی ۰/۵۰ گزارش دادند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس استرس ادراک‌شده[۱۲] (PSS)؛ این پرسشنامه توسط کوهن[۱۳]و همکاران (۱۹۸۳) طراحی‌شده است. این مقیاس دارای ۱۴ گویه می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۰) تا بسیار از اوقات (۴) انجام می‌شود. کمترین امتیاز ۰ و بیشترین امتیاز ۵۶ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است. در پژوهش کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ضرایب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین برای محاسبه روایی همگرای این مقیاس ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه شناختی[۱۴] بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ گزارش دادند. در ایران هاشمی و عینی (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۷۳ گزارش کرد. ضریب روایی سازه این مقیاس با استفاده از محاسبه همبستگی ساده با یک سؤال ملاک پژوهشگر ساخته ۰/۶۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی[۱۵] (WHOQOL-BREF)؛ این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت تدوین‌شده و به ارزیابی کیفیت زندگی افراد می‌پردازد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). این پرسشنامه شامل ۲۶ گویه بوده و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و بهداشت محیط را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) انجام می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است که نمره بیشتر به معنای کیفیت زندگی بهتر است. پایایی این

1. Ineffectiveness
2. Maturity Fears
3. Perfectionism
4. Interpersonal Distrust
5. Drive for Thinness
6. Interpersonal Awareness
7. Bulimia
8. Body Dissatisfaction
9. Beck Anxiety Inventory
10. Beck
11. Wetherell & Gatz
12. Perceived Stress Scale
13. Cohen
14. Symptomatological measures
15.WHO Quality of Life

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

پرسشنامه توسط گروه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شد. جهت بررسی روایی سازه پرسشنامه از روش تحلیل عامل اکتشاقی و تأییدی استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد این آزمون از چهار مؤلفه تشکیل‌شده و بار عاملی هر گویه بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). در پژوهش رصافیانی و همکاران (۱۳۹۹) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و به روش بازآزمایی با فاصله دو هفته، در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین، نتایج روایی محتوا نشان داد که نسبت روایی محتوای به‌دست‌آمده برای تمامی سؤالات پرسشنامه در دامنه ۰/۷۰ تا ۱ و شاخص روایی محتوا نیز برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی محتوای قابل‌قبول این پرسشنامه است (رصافیانی و همکاران، ۱۳۹۹). در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پروتکل درمانی این پژوهش توسط سگال و همکاران[1] (۲۰۱۳) در ۸ هفته و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ساخته‌شده است. هر شرکت کننده بر اساس نتایج حاصل از قضاوت بالینی یک روانشناس بالینی انتخاب شده است، علاوه بر آن از هر شرکت کننده یک مقیاس تشخیصی برای اختلال پر اشتهایی عصبی اجرا شده و بعد از محرز شدن تشخیص اختلال پر اشتهایی عصبی، شرکت کنندگان با استفاده از روش پلکانی وارد درمان شده‌اند و سپس ۸ جلسه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی این افراد اجرا شده است. خلاصه محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ مطرح‌شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	تکالیف
اول	آشنایی مراحل درمان،پراشتهایی عصبی، تمرین خوردن ذهن آگاهانه کشکش، تمرین وارسی بدنی
دوم	تنفس ذهن آگاهانه، وارسی بدن، آگاهی از وقایع خوشایند، نشستن ذهن آگاهانه، تمرین افکار، احساسات و رفتار
سوم	تمرین شنیدن ۵ دقیقه، تنفس ذهن آگاهانه، نشستن ذهن آگاهانه، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، قدم زدن ذهن آگاهانه، آگاهی از وقایع ناخوشایند
چهارم	تمرین شنیدن ۵ دقیقه، آگاهی از بدن، تنفس و افکار، بحث درباره راه‌اندازها و عوامل تداوم پراشتهایی عصبی، تنفس ۳ دقیقه‌ای
پنجم	تمرین نشستن ذهن آگاهانه از تنفس، بدن، صداها، افکار و معرفی یک مشکل در حین تمرین، توجه به تأثیر آن روی بدن و واکنش به آن، تنفس ۳ دقیقه‌ای
ششم	تمرین نشستن ذهن آگاهانه از تنفس، بدن، صداها، افکار، تمرین افکار جایگزین، آماده کردن شرکت‌کننده برای نزدیک شدن به پایان درمان
هفتم	تمرین نشستن ذهن آگاهانه از تنفس، بدن، صداها، افکار همراه با توجه به واکنش‌ها در برابر مشکلات، مشاهده‌ی ارتباط بین خلق و فعالیت، تهیه فهرستی از کارهای لذت‌بخش، شناسایی نشانه‌های عود، شناسایی فعالیت‌های مقابله با عود، قدم زدن آگاهانه
هشتم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری کل برنامه درمان، بحث درباره برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، اتمام جلسه با تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و ارائه‌ی یادبودی از درمان

یافته ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد، میانگین خط پایه نمره پر اشتهایی عصبی در شرکت‌کننده اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۱۰، ۱۳۸ و ۱۰۵ بود. جنسیت شرکت کننده اول و دوم زن و شرکت کننده سوم مرد بود. همچنین شرکت کنندگان برای شرکت در مداخله فاقد سایر اختلالات روانی مانند افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی و اختلال سایکوتیک بودند. طبق ارزیابی اولیه و گفته شفاهی شرکت کنندگان مدت زمان ابتلا در شرکت کننده اول، دوم و سوم به ترتیب حدود یکسال، سه سال و دو سال بود. سن شرکت‌کننده اول، دوم و سوم به ترتیب ۲۲ساله، ۲۴ ساله و ۱۸ ساله بودند. از نظر تحصیلات شرکت‌کننده اول دانشجوی کارشناسی، شرکت‌کننده دوم دارای مدرک کارشناسی و شرکت‌کننده سوم دارای مدرک دیپلم بود.

1. Segal

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

جدول ۲. درصد بهبودی (درمان و پیگیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس اضطراب

مراحل مداخله	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم
خط پایه اول	۲۳	۱۸	۲۵
خط پایه دوم	۲۵	۱۸	۲۵
میانگین مرحله خط پایه	۲۴	۱۸	۲۵
نمره پایان جلسه دوم	۲۳	۱۶	۲۰
نمره پایان جلسه چهارم	۲۰	۱۶	۱۵
نمره پایان جلسه ششم	۱۴	۱۲	۱۷
نمره پایان جلسه هشتم	۹	۱۰	۱۱
میانگین مرحله درمان	۱۶.۵	۱۳.۵	۱۵.۷۵
انحراف استاندارد	۶.۲۲	۳.۲۸	۵.۶۰
درصد بهبودی	۶۴٪	۴۴.۴۴٪	۵۶٪
میانگین درصد بهبودی		۵۴.۸۱٪	
اندازه اثر	۱.۲۰	۱.۳۷	۱.۶۵
میانگین اندازه اثر		۱.۴۰	
پیگیری اول	۱۱	۱۲	۱۱
پیگیری دوم	۱۰	۱۱	۱۵

جدول ۲ نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود (کاهش) اضطراب در هر سه شرکت‌کننده شده است (شرکت‌کننده اول: درصد بهبودی ۶۴٪ و اندازه اثر ۱/۲۰؛ شرکت‌کننده دوم: درصد بهبودی ۴۴/۴۴٪ و اندازه اثر ۱/۳۷؛ شرکت‌کننده سوم: درصد بهبودی ۵۶٪ و اندازه اثر ۱/۶۵). با توجه به اینکه میانگین درصد بهبودی (۵۴/۸۱٪) بالاتر از ۵۰٪ و میانگین اندازه اثر (۱/۴۰) بالاتر از ۰/۵۱ است، چنین استنباط می‌شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب افراد مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی اثربخش است و این اثربخشی ازنظر بالینی معنادار است.



نمودار۱. مقایسه میانگین نمرات پیگیری اول و دوم در اضطراب

بر اساس نمودار ۱ مقایسه میانگین نمرات سه شرکت‌کننده در پایان جلسات درمانی با میانگین نمرات آن‌ها در پیگیری دوم نشان می‌دهد اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود (کاهش) اضطراب پایدار است.

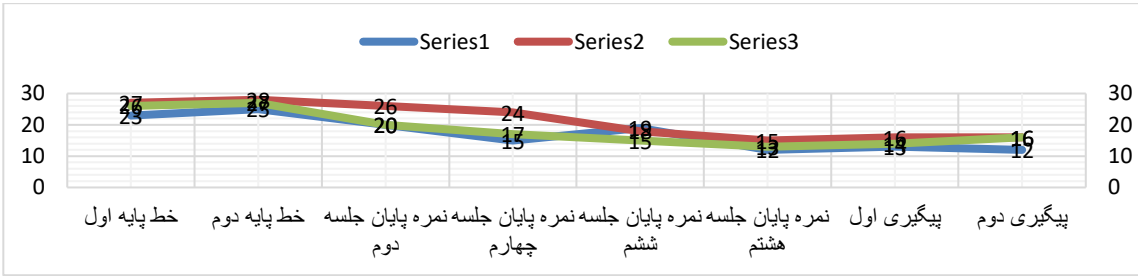
جدول ۳. درصد بهبودی (درمان و پیگیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس استرس ادراک‌شده

مراحل مداخله	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم
خط پایه اول	۲۳	۲۷	۲۶
خط پایه دوم	۲۵	۲۸	۲۷
میانگین مرحله خط پایه	۲۴	۲۷.۵	۲۶.۵
نمره پایان جلسه دوم	۲۰	۲۶	۲۰
نمره پایان جلسه چهارم	۱۵	۲۴	۱۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

نمره پایان جلسه ششم	۱۹	۱۸	۱۵
نمره پایان جلسه هشتم	۱۲	۱۵	۱۳
میانگین مرحله درمان	۱۶.۵	۲۰.۷۵	۱۶.۲۵
انحراف استاندارد	۴.۸۵	۵.۲۹	۵.۷۸
درصد بهبودی	۵۲٪	۴۶.۴۲٪	۵۱.۸۵٪
میانگین درصد بهبودی		۵۰.۰۹٪	
اندازه اثر	۱.۵۴	۱.۲۷	۱.۷۷
میانگین اندازه اثر		۱.۵۲	
پیگیری اول	۱۳	۱۶	۱۴
پیگیری دوم	۱۲	۱۶	۱۶

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود (کاهش) میزان استرس ادراک‌شده در هر سه شرکت‌کننده شده است (شرکت‌کننده اول: درصد بهبودی ۵۲٪ و اندازه اثر ۱/۵۴؛ شرکت‌کننده دوم: درصد بهبودی ۴۶/۴۲٪ و اندازه اثر ۱/۲۷؛ شرکت‌کننده سوم: درصد بهبودی ۵۱/۸۵٪ و اندازه اثر ۱/۷۷). با توجه به اینکه میانگین درصد بهبودی (۵۰/۰۹٪) بالاتر از ۵۰٪ و میانگین اندازه اثر (۱/۵۲) بالاتر از ۰/۵۱ است. چنین استنباط می‌شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش میزان استرس ادراک‌شده افراد مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی اثربخش است و این اثربخشی ازنظر بالینی معنادار است.



نمودار۲. مقایسه میانگین نمرات پیگیری اول و دوم در استرس ادراک‌شده

بر اساس نمودار ۲ مقایسه میانگین نمرات سه شرکت‌کننده در پایان جلسات درمانی با میانگین نمرات آن‌ها در پیگیری دوم نشان می‌دهد اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود (کاهش) میزان استرس ادراک‌شده پایدار است.

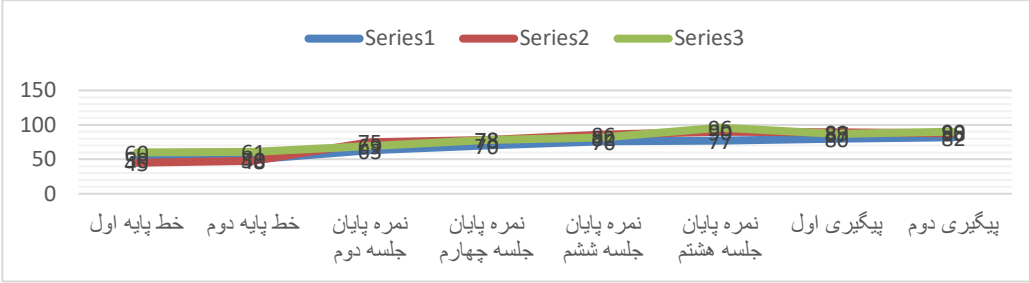
جدول ۴. درصد بهبودی (درمان و پیگیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس کیفیت زندگی

مراحل مداخله	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم
خط پایه اول	۵۰	۴۵	۶۰
خط پایه دوم	۵۰	۴۸	۶۱
میانگین مرحله خط پایه	۵۰	۴۶.۵	۶۰.۵
نمره پایان جلسه دوم	۶۳	۷۵	۶۹
نمره پایان جلسه چهارم	۷۰	۷۸	۷۸
نمره پایان جلسه ششم	۷۶	۸۶	۸۲
نمره پایان جلسه هشتم	۷۷	۹۰	۹۶
میانگین مرحله درمان	۷۱.۵	۸۲.۲۵	۸۱.۲۵
انحراف استاندارد	۱۲.۱۷	۱۹.۲۵	۱۳.۸۰
درصد بهبودی	۵۴٪	۸۷.۵۰٪	۵۷.۳۷٪
میانگین درصد بهبودی		۶۶.۲۹٪	
اندازه اثر	۱.۷۶	۱.۸۵	۱.۵۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

میانگین اندازه اثر		۱.۷۰	
پیگیری اول	۸۰	۸۹	۸۷
پیگیری دوم	۸۲	۸۸	۹۰

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود (افزایش) کیفیت زندگی در هر سه شرکت‌کننده شده است (شرکت‌کننده اول: درصد بهبودی ۵۴٪ و اندازه اثر ۱/۷۶؛ شرکت‌کننده دوم: درصد بهبودی ۸۷/۵٪ و اندازه اثر ۱/۸۵؛ شرکت‌کننده سوم: درصد بهبودی ۵۷/۳۷٪ و اندازه اثر ۱/۵۰). با توجه به اینکه میانگین درصد بهبودی (۶۶/۲۹٪) بالاتر از ۵۰٪ و میانگین اندازه اثر (۱/۷۰) بالاتر از ۰/۵۱ است چنین استنباط می‌شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی اثربخش است و این اثربخشی ازنظر بالینی معنادار است.



نمودار۲. مقایسه میانگین نمرات پیگیری اول و دوم در کیفیت زندگی

بر اساس نمودار ۳ مقایسه میانگین نمرات سه شرکت‌کننده در پایان جلسات درمانی با میانگین نمرات آن‌ها در پیگیری دوم نشان می‌دهد اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود (افزایش) کیفیت زندگی پایدار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و اضطراب در افراد دچار اختلال پراشتهایی عصبی انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود (کاهش) اضطراب افراد مبتلا به اختلال پر اشتهایی عصبی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات اون و همکاران (۲۰۲۵)، مقدم و همکاران (۲۰۲۵) و مینای[1] و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. بر اساس نظریه تنظیم هیجان گراس[2] (۲۰۲۴)، می‌توان سازوکار تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کاهش اضطراب در افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تبیین کرد. بر اساس این نظریه، اختلال پرخوری عصبی با نارسایی در فرایندهای تنظیم هیجان به‌ویژه در مواجهه با هیجاناتی مانند اضطراب همراه است، به‌طوری‌که افراد برای رهایی از تنش‌های هیجانی به رفتارهای ناسازگارانه‌ای چون پرخوری و پاک‌سازی روی می‌آورند (گراس، ۲۰۲۴). از سووی دیگر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش مشاهده بدون قضاوت افکار و احساسات، تمرکز بر لحظه حال، و افزایش ظرفیت تحمل هیجانات، موجب اصلاح سازوکارهای معیوب تنظیم هیجان می‌شود. این رویکرد از طریق کاهش نشخوارهای ذهنی، افزایش پذیرش هیجان و کاهش واکنش‌گری، به مراجعان کمک می‌کند اضطراب خود را به شیوه‌ای سالم‌تر مدیریت کنند و به‌تدریج از چرخه معیوب پرخوری برای کاهش اضطراب فاصله بگیرند. از این منظر، کاهش اضطراب در مبتلایان به اختلال پرخوری عصبی در پرتو بازسازی شناختی، تعدیل توجه، و ارتقای توانمندی‌های تنظیم هیجان از طریق ذهن‌آگاهی قابل تبیین است. به این ترتیب، الگوهای شناختی مخرب که منجر به اضطراب یا پرخوری می‌شوند، به تدریج تضعیف می‌شوند (اون و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته دیگر این تحقیق نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود (کاهش) سطوح استرس ادراک‌شده در افراد مبتلا به اختلال پر اشتهایی عصبی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات مینای و همکاران (۲۰۲۴) و تورسک و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. مینای و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهش خود بیان کردند که بر اساس نظریه خود تنظیمی[3] و چارچوب مفهومی ذهن‌آگاهی درباره استرس، می‌توان تبیین

1. Minari
2. Gross
3. self-regulation theory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

کرد که چگونه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش سطوح استرس ادراک‌شده در افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی می‌شود. بر اساس این پژوهش افراد مبتلا به این اختلال معمولاً دچار ارزیابی‌های منفی، کمال‌گرایی افراطی، و حساسیت بالا نسبت به شکست در کنترل غذا یا تصویر بدن هستند که همه این عوامل در افزایش استرس ادراک‌شده نقش دارند. ذهن‌آگاهی با تمرین‌هایی همچون اسکن بدن، تنفس آگاهانه و مشاهده غیرقضاوت‌گرانه افکار و احساسات، به فرد یاد می‌دهد تا به جای واکنش‌های خودکار و اجتنابی، تجربه‌های درونی را بپذیرد و در لحظه حال حضور یابد. این تغییر نگرش موجب کاهش ارزیابی‌های تهدیدزا و فاجعه‌ساز نسبت به موقعیت‌ها شده و در نتیجه سطح استرس ادراک‌شده کاهش می‌یابد (میناری و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، ذهن‌آگاهی با ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهبود ظرفیت خودتنظیمی، و فاصله‌گذاری از افکار منفی خودکار، فرد را در برابر استرس‌های روزمره و درونی مقاوم‌تر می‌سازد. در افراد دچار پرخوری عصبی که استرس محرک مهمی برای شروع چرخه پرخوری و پاک‌سازی است، این تغییر می‌تواند به کاهش رفتارهای ناسازگارانه و بهبود تنظیم هیجان منجر شود. بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تعدیل نحوه ادراک و تفسیر استرس، سازوکار مؤثری برای کاهش سطوح استرس ادراک‌شده در این افراد فراهم می‌آورد (میناری و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود (افزایش) کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال پر اشتهایی عصبی می‌شود. این یافته با نتایج تحقیقات میناری و همکاران (۲۰۲۴)، اون و همکاران (۲۰۲۵) و تورسک و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. این نتیجه بر اساس نظریه ذهن‌آگاهی کرین[1] (۲۰۰۹)، ذهن‌آگاهی به معنای «آگاهی از لحظه حال، به شیوه‌ای هدفمند، بدون قضاوت و با پذیرش» تبیین می‌شود. این نظریه، ذهن‌آگاهی را نه فقط یک تکنیک، بلکه شکلی از مواجهه با تجربه انسانی می‌داند که می‌تواند الگوهای ناکارآمد ذهنی و رفتاری را دگرگون سازد. در اختلال پرخوری عصبی، افراد معمولاً درگیر چرخه‌ای از افکار منفی و خودانتقادی شدید هستند که با پرخوری‌های تکانشی و احساس شرم و گناه تداوم می‌یابد. طبق دیدگاه کرین (۲۰۰۹)، یکی از دلایل تداوم این چرخه، "زندگی در حالت ذهنی انجام کار[2]" ست که در آن فرد با هدف تغییر یا اجتناب از هیجانات منفی، رفتارهای ناسازگارانه‌ای چون پرخوری را تجربه می‌کند. حال شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که از نظریه کرین (۲۰۰۹) ریشه گرفته است، به افراد کمک می‌کند تا از این حالت ذهنی به "حالت بودن[3]" منتقل شوند؛ حالتی که در آن فرد به جای واکنش‌های خودکار، با پذیرش و آگاهی نسبت به افکار، احساسات و حس‌های بدنی مواجه می‌شود. این تغییر در شیوه مواجهه، به کاهش همسان‌انگاری با افکار منفی (مثل «من ضعیفم» یا «کنترلی ندارم») می‌انجامد و به افراد کمک می‌کند تا بدون نیاز به رفتارهای پرخطر، تجربه‌های هیجانی خود را تحمل و مدیریت کنند. در نتیجه، خودشفقت‌ورزی، پذیرش خود، و ارتباط سالم‌تری با بدن و هیجانات پدید می‌آید. این فرآیندها به‌طور مستقیم به ارتقای کیفیت زندگی منجر می‌شوند، چراکه فرد احساس کنترل بیشتری بر زندگی دارد، در روابط خود کمتر دچار تعارض می‌شود و احساس رضایت درونی افزایش می‌یابد (کرین، ۲۰۰۹).

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند سطوح استرس ادراک شده و اضطراب را کاهش می‌دهد و باعث بهبود کیفیت زندگی در افراد دچار پر اشتهایی عصبی می‌شود. این مداخله توانست تا حد زیادی استرس ادراک شده و اضطراب را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی را در افراد دچار پر اشتهایی عصبی افزایش دهد و از این رو می‌تواند در افراد پر اشتهایی عصبی به‌کار گرفته شود. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی نمونه مبتلایان به اختلال پر اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز انجام‌گرفته است، بنابراین بهتر است در تعمیم‌یافته‌ها احتیاط به عمل آید. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخش بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و اضطراب در افراد دچار اختلال پراشتهایی عصبی، پیشنهاد می‌گردد یافته‌های این پژوهش با طرح‌های آزمایشی دقیق‌تر و کنترل شده‌تر مورد بررسی مجدد قرار گیرد.

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشگاه تبریز به راهنمایی نویسنده دوم و سوم و مشاوره نویسنده چهارم است.

منابع

شائقیان، ز.، و وفایی، م. (۱۳۸۹). بررسی شاخص های روان سنجی سیاهه علایم اختلال خوردن (EDI) در دانش آموزان دختر پایه دوم دبیرستان‌های تهران. *مطالعات روان شناختی، ۶*(۲)، ۹-۲۴. https://doi: 10.22051/psy.2010.1568

1. Crane
2. doing mode
3. being mode

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]

رصافیانی، م.، صحاف، ر.، شمس، ا.، وامقی، ر.، زارعیان، ح.، اکرمی، ر. (۱۳۹۹). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، نسخه سالمندان. سالمند: *مجله سالمندی ایران*.۱۵ (۱) :۲۸-۴۱.https://doi: 10.32598/sija.2020.3.110

صفرزاده، س.، محمودی خرسندی، ز. (۱۳۹۳). بررسی اختلالات خوردن(بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی) در میان نوجوانان۱۳-۱۸ سال در شهر گنبد. *مجله علوم پزشکی دانشگاه رفسنجان، شماره۱۴*،دوره۵، ۳۹۳-۴۰۴. https://doi: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1

کاویانی، ح.، و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی*، *۶۶*(۲)، ۱۴۰-۱۲۶. http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html

هاشمی، ز.، عینی، س. (۱۳۹۸). استرس ادراک‌شده در سالمندان: نقش هوش معنوی خود دلسوزی و سرسختی روان‌شناختی. *روان‌شناسی پیری*، ۵(۴)، ۲۸۹-۲۹۹. https://doi: 10.22126/jap.2020.4836.1381

Abd-el Naby Abd, R. A., Mourad, G. M., & Abd El-Fatah, W. O. (2025). Effectiveness of mindfulness-based interventions for reducing anxiety among women with breast cancer. *Plastic and Aesthetic Nursing*, 45(1), 49-60. https://doi: 10.1097/PSN.0000000000000556

Ahmed, F., Wu, C., Li, L., Ye, Q., Ksebe, W., & Wang, K. (2025). Psychological Approaches for Eating Disorders: The Role of Body Image, Self-Esteem, and Quality of Life. *In Psychotherapy in the Third Millennium-Cross-Cutting Themes and Proposals for Reflection*. *IntechOpen*. https://doi: 10.5772/intechopen.1009601

Aldbyani, A. (2025). The effect of mindfulness meditation on psychological well-being and mental health outcomes: a cross-sectional and quasi-experimental approach. *Current Psychology*, *1*-10. https://doi.org/10.1007/s12144-025-07454

Almahmeed, M. B., Almutawa, M. A., & Naguib, Y. M. (2025). The prevalence of and the effect of global stressors on eating disorders among medical students. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1507910. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1507910

Aoun, A., Ghoussoub, C., Farsoun, C., Al Mallah, A., Ayoub, F., Trezia, N., & Abi Karam, S. (2025). Examining the efficacy of mindfulness-based interventions in treating obesity, obesity-related eating disorders, and diabetes mellitus. *Journal of the American Nutrition Association*, *44*(4), 292-305. https://doi.org/10.1080/27697061.2024.2428290

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, *56*(6), 893. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

Brewerton, T. D., Kopland, M. C., Gavidia, I., Suro, G., & Perlman, M. M. (2025). A network analysis of eating disorder, PTSD, major depression, state-trait anxiety, and quality of life measures in eating disorder patients treated in residential care. *European Eating Disorders Review*, *33*(1), 148-162. https://doi.org/10.1002/erv.3136

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, *385*-396. https://doi.org/10.2307/2136404

Crane, R. S., Callen-Davies, R., Francis, A., Francis, D., Gibbs, P., Mulligan, B., ... & Vallejo, Z. (2023). Mindfulness-Based Stress Reduction for Our Time: A Curriculum that is up to the Task. *Global Advances in Integrative Medicine & Health*, *12*. https://doi.org/10.1177/27536130231162604

Fan, S., Yu, S., & Xu, W. (2025). Longitudinal relationship between mindful awareness, acceptance and mental health problems: a mediation model. *Psychological reports*, *128*(2), 772-790. https://doi.org/10.1177/00332941231166615

Feng, R., Mishra, V., Hao, X., & Verhaeghen, P. (2025). The association between mindfulness, psychological flexibility, and rumination in predicting mental health and well-being among university students using machine learning and structural equation modeling. *Machine Learning with Applications*, *19*, 100614. https://doi.org/10.1016/j.mlwa.2024.100614

Garner, D. M., & Garfinket, P. E. (1982). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatxy in Medicine*, *11* (3), 263-284. https://doi.org/10.1177/070674378102600404

Gross, J. J. (2024). Conceptual foundations of emotion regulation. In J. J. Gross & B. Q. Ford (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (3rd ed., pp. 3–12). The Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2024-33137-001

Jiménez-Padilla, C., Vázquez-Morejón, A. J., & Arias-Sánchez, S. (2025). Coping strategies adopted when faced with stress and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*, 101966. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2025.101966

Kopland, M. C., Vrabel, K., Landt, M. S. O. T., Hoffart, A., Johnson, S. U., & Giltay, E. J. (2025). Network dynamics of self-compassion, anxiety, and depression during eating disorder therapy. *European eating disorders review*, *33*(1), 35-52. https://doi.org/10.1002/erv.3121

Minari, T. P., Araújo-Filho, G. M. D., Tácito, L. H. B., Yugar, L. B. T., Rubio, T. D. A., Pires, A. C., ... & Moreno, H. (2024). Effects of mindful eating in patients with obesity and binge eating disorder. *Nutrients*, *16*(6), 884. https://doi.org/10.3390/nu16060884

Moghadam, M. S., Parvizifard, A., Foroughi, A., Ahmadi, S. M., & Farshchian, N. (2025). An examination of the effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on depression, anxiety, stress and sleep quality in Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Scientific Reports*, *15*(1), 11041. https://doi.org/10.1038/s41598-025-85745-1

Mohajan, D., & Mohajan, H. K. (2023). Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder. *Innovation in Science and Technology*, *2*(3), 26-32. https://EconPapers.repec.org/RePEc:pra:mprapa:117258

Torske, A., Bremer, B., Hölzel, B. K., Maczka, A., & Koch, K. (2024). Mindfulness meditation modulates stress-eating and its neural correlates. *Scientific Reports*, *14*(1), 7294. https://doi.org/10.1038/s41598-024-57687-7

Velkoff, E. A., Rubino, L. G., Liu, J., Manasse, S. M., & Juarascio, A. S. (2024). Early reduction in anxiety sensitivity predicts greater reduction in disordered eating and trait anxiety during treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *57*(8), 1791-1796. https://doi.org/10.1002/eat.24207

Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2005). The Beck Assessment Anxiety Inventory in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral*, *27*, 17-24. https://doi.org/10.1007/s10862-005-3261-3

Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, *28*(3), 551-558. https://doi.org/10.1017/S0033291798006667

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.27]