

Prediction of eating disorder symptoms among female students based on experiential avoidance and mindfulness

Mohsen Kachooei¹, Emad Ashrafi¹, Mona Momeni Rouchi², Anahita Hosseinpour³, Parandis Hafezi⁴

¹Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran

² MA of the Personality Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

³ MA Student of the Psychology of Family Therapy, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran

⁴ BS Student of Psychology, Department of Psychology, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background: Based on emotional regulation models of eating pathology, disordered eating behaviors are maladaptive efforts to avoid or escape from aversive internal experiences. The aim of the present study was to investigate the relationship between experiential avoidance and mindfulness with eating disorders symptomatology among undergraduate female students.

Materials and methods: In this descriptive-correlative research, 350 eligible female students selected by convenient sampling method in 2016. Questionnaires of Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS), The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), and Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) were used. Data analysis was done by Pearson correlational analysis and multiple regression analysis.

Results: There found a positive significant relationship between eating disorder symptoms and experiential avoidance ($P < 0.01$); and a negative significant relationship between eating disorder symptoms and mindfulness ($P < 0.01$). The results of multiple regression analysis indicated that both constructs of experiential avoidance and mindfulness were significant predictors of eating disorders symptomatology.

Conclusion: According to the results, it can be concluded that avoidance of internal experiences and low mindfulness may play a role in disordered eating. Therefore, development of regulation strategies for applying in exposure with unpleasant experiences may be useful in prevention and treatment of eating disorder.

Keywords: *Eating and Feeding Disorders, Experiential avoidance, Mindfulness.*

Cited as: Kachooei M, Ashrafi E, Momeni Rouchi M, Hosseinpour A, Hafezi P. Prediction of eating disorder symptoms among female students based on experiential avoidance and mindfulness. *Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch* 2019; 29(1): 92-99.

Correspondence to: Mohsen Kachooei

Tel: +98 21 44218171

E-mail: kachooei.m@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-3070-4100

Received: 1 Sep 2018; **Accepted:** 29 Oct 2018

پیش بینی نشانه‌های اختلال خوردن در دانشجویان دختر براساس اجتناب تجربی و ذهن آگاهی

محسن کچویی^۱، عماد اشرفی^۱، منا مومنی روچی^۲، آناهیتا حسین پور^۳، پرنдіس حافظی^۴

^۱ استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
^۲ کارشناسی ارشد روان شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده درمانی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
^۴ دانشجوی کارشناسی روان شناسی، گروه روان شناسی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: طبق الگوهای تنظیم هیجانی آسیب‌شناسی خوردن، رفتارهای خوردن بیمارگون تلاش‌هایی ناسازگارانه برای اجتناب یا گریز از تجربه‌های درونی ناخوشایند هستند. هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه بین اجتناب تجربی و ذهن آگاهی با نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن در میان دانشجویان مونث مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی بود.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۳۵۰ دانشجوی مونث در سال ۱۳۹۵ که ملاک‌های ورود به مطالعه را برآورده می‌کردند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌های مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن (EDDS)، پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II)، و مقیاس آگاهی از توجه آگاهانه (MAAS) مورد استفاده قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: رابطه مثبت معنی‌داری بین نشانه‌شناسی اختلال خوردن و اجتناب تجربی ($P < 0/01$) و رابطه منفی معنی‌داری بین نشانه‌شناسی اختلال خوردن و ذهن آگاهی ($P < 0/01$) وجود داشت. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که هر دو سازه اجتناب تجربی و ذهن آگاهی پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن هستند.

نتیجه‌گیری: طبق این نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که ممکن است اجتناب از تجربیات درونی و ذهن آگاهی پایین در خوردن بیمارگون نقش داشته باشند. بنابراین، توسعه مهارت‌های تنظیمی که بتوان از آنها در هنگام مواجهه با تجربیات ناخوشایند استفاده کرد، می‌تواند در پیشگیری و درمان اختلال خوردن مفید باشد.

واژگان کلیدی: اختلال‌های تغذیه و خوردن، اجتناب تجربی، ذهن آگاهی.

مقدمه

اختلال‌های تغذیه و خوردن جزو مقاوم‌ترین اختلال‌های روانی به درمان محسوب می‌شوند، با سایر اختلال‌های روانی

همبودی بالایی دارند، و با مرگ‌ومیر و میزان عود بالا مرتبط هستند (۱). این اختلال‌ها با مشکلات پایدار در خوردن یا رفتارهای مرتبط با خوردن مشخص می‌شوند که منجر به تغییر در مصرف یا جذب غذا و آسیب قابل توجه به سلامت جسمی و عملکرد روانی-اجتماعی می‌شوند (۲). هرچند شیوع طول عمر تشخیص کامل این اختلال‌ها نسبتاً پایین است، اما میزان قابل توجهی از جوانان و به‌خصوص دختران جوان

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علم و فرهنگ، دانشکده علوم انسانی، گروه روان شناسی، دکتر

محسن کچویی (email: kachooei.m@gmail.com)

ORCID ID: 0000-0002-3070-4100

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۶/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۸/۷

تجربی است و به صورت حضور هدفمند و بدون قضاوت در زمان حال تعریف شده است (۱۳). افراد ذهن آگاه محیط خود را بدون اجتناب تجربه می‌کنند و اجازه می‌دهند افکار مثبت و منفی و احساساتشان با قضاوت کمتری رخ دهند (۱۴). این سازه احتمالاً با اجتناب عاطفی و اختلال در تنظیم احساسات ناشی از خوردن بیمارگون ناسازگار بوده و در برابر آنها محافظت‌کننده است (۱۵). با این حال، مطالعات اندکی رابطه بین خوردن بیمارگون و ذهن آگاهی را بررسی کرده‌اند (۳، ۱۶)، که بین ذهن آگاهی و خوردن بیمارگون، از جمله علائم پراشتهایی روانی و شناخت‌های مرتبط با خوردن بیمارگون به روابط معنی‌داری دست یافته‌اند.

به‌طور خلاصه، اجتناب تجربی برای آسیب‌شناسی روانی یک عامل خطر و ذهن آگاهی یک عامل محافظت‌کننده محسوب می‌شود. روابط مفهومی بین ذهن آگاهی و اجتناب تجربی بسیار مورد بحث است. علی‌رغم همپوشانی قابل توجه این دو سازه در فرایندهای زیربنایی، تفاوت‌های بارز آنها به زمینه‌های نظری گوناگونی برمی‌گردد که این سازه‌ها از آنها مشتق می‌شوند (یعنی به ترتیب، فلسفه شرقی و بافت‌گرایی کارکردی) (۱۷). همچنین، درحالی که ذهن آگاهی به عنوان یک صفت (trait) مفهوم‌سازی شده است (۱۸)، اجتناب تجربی به‌عنوان یک فرایند روانی مفهوم‌سازی شده است (۹). روابط بین اجتناب تجربی و ذهن آگاهی در مطالعات پیشین در حوزه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (۲۲-۱۹)، اما ادبیات پژوهشی روابط بین اجتناب تجربی و ذهن آگاهی با نشانه‌های اختلال خوردن هنوز محدود است و این دو سازه به‌طور هم‌زمان در بافت اختلال‌های خوردن مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. با توجه به افزایش شیوع اختلال‌های خوردن در سال‌های اخیر، پیامدهای ناگوار این اختلال‌ها بر روی سلامتی جسمانی و روانی، همبستگی بالای آنها با مرگ و میر و هزینه‌های سنگین تحمیل شده از سوی آنها بر نظام سلامت و اجتماع (۱، ۲، ۵)، مطالعه دربارهٔ جوانب مختلف این اختلال‌ها از جمله سبب‌شناسی آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. افزون بر این، کاستی‌ها و محدودیت‌های موجود در ادبیات پژوهش، نیاز به پژوهش‌های بیشتر برای بررسی نقش اجتناب تجربی و ذهن آگاهی در اختلال خوردن را ضروری می‌سازد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین اجتناب تجربی و ذهن آگاهی با نشانه‌های اختلال خوردن در دانشجویان دختر انجام شد. امید است که یافته‌های حاصل از این مطالعه بتوانند به شناخت بیشتر اختلال‌های خوردن و تدوین مداخلات درمانی اثربخش برای اختلال‌های خوردن کمک کنند.

نشانه‌های نگرش‌های اختلال خوردن (مثل نگرانی دربارهٔ وزن و شکل بدن) و رفتارهای آن (مثل پرخوری و ورزش افراطی) را گزارش می‌کنند (۳). برای مثال، مطالعه‌ای در دانشجویان دختر نشان داد که پرخوری افراطی و رفتارهای جبرانی نظیر استفراغ عمدی، سوءمصرف مسهل‌ها و ملین‌ها نرخ بالایی در این قشر دارد (۴). بنابراین شواهد نشان می‌دهند که خوردن بیمارگون یک مسئله بالینی مهم و نسبتاً رایج در میان زنان جوان است. در نتیجه، درک عمیق‌تر آسیب‌شناسی این اختلال‌ها می‌تواند نقش مهمی در اقدامات درمان و پیشگیری داشته باشد (۵).

عوامل متعددی، از جمله عوامل اجتماعی فرهنگی، زیستی و روان‌شناختی، در سبب‌شناسی و تداوم اختلال خوردن نقش دارند (۶). شواهد حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال خوردن به احتمال بیشتری از تجربه موقعیت‌هایی که ممکن است موجب عاطفه منفی شوند اجتناب می‌کنند و به احتمال کمتری توانایی پذیرش آشفتگی و مدیریت آن از طریق راهبردهای رفتاری انطباقی را دارند، در نتیجه از راهبردهای رفتاری ناسازگارانه (مثل پرخوری، استفراغ) به‌عنوان روشی برای مقابله با هیجانات غیرقابل تحمل استفاده می‌کنند (۷). اجتناب تجربی به‌عنوان عدم تمایل به تجربه برخی از رویدادهای درونی خاص (مانند احساسات، افکار یا احساسات بدنی) (۸) و تلاش برای اجتناب از آنها حتی زمانی که این رفتار اجتنابی موجب آسیب می‌شود تعریف شده است (۹). در واقع، اجتناب تجربی اشاره به یک فرآیند ارزیابی بیش‌ازحد منفی از وقایع درونی ناخواسته مانند افکار، هیجانات و احساسات بدنی، عدم تمایل به تجربه این وقایع و تلاش عمدی برای کنترل و یا فرار از آنها دارد (۹). این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (احساس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و رفتارها) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند (۹). به‌طورکلی، مطالعات نشان داده‌اند که اجتناب تجربی نقشی اساسی در پیدایش و تداوم پریشانی‌های روانی از جمله اختلال‌های خوردن دارد (۳، ۱۰، ۱۱). حتی شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد خوردن بیمارگون ممکن است یک کارکرد اجتناب تجربی نیز داشته باشد (۱۲).

با این حال، در مورد نقش سایر متغیرهایی که به لحاظ نظری با مدل اجتناب تجربی اختلال‌های خوردن همسو هستند پژوهش‌های زیادی صورت نگرفته است. یکی از این متغیرها ذهن آگاهی است. در واقع، ذهن آگاهی هم‌تای انطباقی اجتناب

مواد و روشها

مطالعه توصیفی حاضر از نوع همبستگی است، روی کلیه دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ انجام شد. جدول مورگان بالاترین حجم نمونه را برای مطالعات همبستگی ۳۸۴ نفر پیشنهاد می‌کند. در نتیجه از این جامعه ۳۸۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: جنسیت مونث، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، عدم سوء مصرف یا وابستگی به مواد، تمایل برای شرکت در پژوهش و اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به دیابت، فشار خون، تیروئید و سرطان (با توجه به تاثیرگذاری بر رفتار خوردن)، استفاده از داروهای مربوط به اختلال‌های روان‌شناختی، داروهای کاهنده یا محرک اشتها و داروهای روان‌گردان. پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش و پرسشنامه‌هایی که در تضاد با ملاک‌های ورود و خروج بودند. در نهایت اطلاعات ۳۵۰ دانشجو جهت تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. پس از بیان توضیحات لازم درباره دلایل انجام پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و شرکت آزادانه در مطالعه، پرسشنامه در اختیار افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، قرار گرفت. همچنین، به آنها اعلام شد هر زمانی که تقاضا داشتند می‌توانند از نتایج مطلع شوند. با توجه به اینکه تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه زن بودند، جهت حفظ امنیت خاطر آنها مراحل نمونه‌گیری توسط همکار خانم صورت گرفت.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی

این پرسشنامه به منظور ارزیابی متغیرهای جمعیت‌شناسی (سن، وضعیت تاهل، قد و وزن) و سوالات مربوط به ملاک‌های ورود و خروج استفاده شد. همچنین، با توجه به ارتباط اختلال‌های خوردن با چاقی محاسبه نمایه توده بدنی (BMI) در این پرسشنامه توسط پژوهشگر و براساس اطلاعات شرکت‌کنندگان صورت گرفت. این شاخص از طریق فرمول تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه شد و به صورت وزن طبیعی ($BMI=18/50-24/99 \text{ kg/m}^2$)، اضافه وزن ($BMI>30 \text{ kg/m}^2$) و چاق ($BMI=25/00-29/99 \text{ kg/m}^2$) طبقه‌بندی شد.

مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن (EDDS)

یک مقیاس خودگزارشی که از ۲۲ ماده تشکیل شده است و هدف آن سنجش علایم خودگزارشی اختلال‌های بی‌اشتهایی روانی (AN)، پراشتهایی روانی (BN) و پرخوری افراطی (BED)

براساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۳). این مقیاس ابزاری مفید برای مقاصد بالینی (سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان) و نیز ابزاری مفید برای مقاصد پژوهشی است. می‌توان از نمره کل این مقیاس برای نشان دادن نشانه‌شناسی کلی خوردن بیمارگون استفاده کرد که ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی یک هفتگی آن به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ شده است. این مقیاس به خوبی با مصاحبه‌های روانپزشکی مانند مصاحبه ساختاریافته بالینی براساس (SCID) رقابت می‌کند و ضریب کاپای توافق بین آنها برای اختلال‌های بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی و پرخوری افراطی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمده است (۲۳). ضرایب همسانی درونی این مقیاس در ایران، به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین میزان توافق این ابزار با تشخیص متخصص بالینی، تحلیل عاملی تاییدی و همبستگی هر گویه با نمره کل مطلوب بود (۲۴). ضریب همسانی درونی نمره کل این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II)

این پرسشنامه ۱۰ ماده‌ای سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۴ و اعتبار بازآزمایی آن در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین روایی سازه با روش تحلیل عاملی تاییدی و روایی افتراقی آن مناسب گزارش شد. نمرات بالاتر در این پرسشنامه با علائم افسردگی، اضطراب و استرس، سرکوب افکار و آشفتگی روان‌شناختی همبسته است (۲۵). در ایران نیز، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد. روایی همگرای آن نیز با افسردگی، اضطراب، سلامت روان و مشکل در تنظیم هیجان به دست آمد. همچنین روایی افتراقی نشان داد این پرسشنامه در دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معناداری دارد (۲۶). ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه ذهن آگاهی (MAAS)

پرسشنامه MAAS جهت سنجش سطح آگاهی و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری زندگی طراحی شده است (۲۷). این پرسشنامه ۱۵ ماده داشته و ذهن آگاهی را در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ یک برای «تقریباً همیشه» تا نمره ۶ برای «تقریباً هرگز») می‌سنجد (رایان و براون، ۲۰۰۳). ماده‌های این پرسش‌نامه حالت منفی دارند و به صورت معکوس نمره

یافته‌ها

دامنه سنی افراد حاضر در مطالعه ۱۸ تا ۳۲ سال با میانگین سنی (± انحراف معیار) ۲۲/۸۷ (± ۳/۷۶) بود، و ۸۶ درصد آنها مجرد و ۱۴ درصد متاهل بودند. همچنین میانگین (± انحراف معیار) شاخص توده بدنی ۲۳/۳۱ (± ۴/۳۷) بود. در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش (ذهن آگاهی، تکانشگری و خوردن بیمارگون) در گروه نمونه به نمایش درآمده است.

چنان که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین (± انحراف معیار) سازه اجتناب تجربی در شرکت کنندگان ۳۵/۹۱ (± ۱۰/۶۶)، میانگین (± انحراف معیار) سازه ذهن آگاهی ۶۱/۳۴ (± ۱۱/۸۷) به دست آمد. همچنین بررسی شاخص همبستگی نشان می‌دهد، نشانه‌های اختلال خوردن با سازه اجتناب تجربی رابطه مثبت معنی‌دار ($P < 0/01$) و با سازه ذهن آگاهی رابطه منفی معنی‌دار ($P < 0/01$) دارد. همچنین بین سازه اجتناب تجربی و ذهن آگاهی نیز رابطه منفی معنی‌داری ($P < 0/01$) به دست آمد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن از طریق نمره‌های اجتناب تجربی و ذهن آگاهی در جدول ۲ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، هر دو مقیاس اجتناب تجربی و ذهن آگاهی قادر به پیش‌بینی معنادار نشانه‌های اختلال خوردن هستند. در گام اول، مقیاس اجتناب تجربی ($\beta = 0/24, P < 0/0001$)، ۵/۸٪ از واریانس نشانه‌های خوردن را تبیین کرده است. در گام دوم، مقیاس ذهن آگاهی ($\beta = -0/15, P < 0/01$) نیز به مدل اضافه شد و واریانس تبیین

گذاری می‌شوند. از جمع ماده‌ها یک نمره کلی برای ذهن آگاهی بین ۱۵ تا ۹۲ به دست می‌آید. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده ذهن آگاهی بیشتر وی است. سؤال‌ها در حوزه‌های شناختی، هیجانی، بین فردی، جسمی و دیگر حوزه‌های عمومی قرار دارند. ضرایب همسانی درونی سؤال‌های آزمون بر اساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۷). رویی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه‌ی مثبت و حرمت خود، کافی گزارش شده است. ضریب اعتبار بازمایی این مقیاس نیز در فاصله‌ی زمانی یک ماهه مناسب گزارش شده است (۲۷). ضریب آلفای کرونباخ برای سؤال‌های نسخه فارسی این مقیاس در مورد یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰/۸۱ محاسبه شده است. همچنین رویی سازه مناسب به همراه رویی همزمان آن با تعداد گسترده‌ای از اندازه‌های سازگاری و رویی تشخیصی آن با خودهوشیاری عمومی و خودنظارت‌گری به دست آمده است (۲۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تجزیه و تحلیل سهم هر یک از سازه‌های اجتناب تجربی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه گام به گام) و از طریق نرم‌افزار بسته‌آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) انجام شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
شاخص توده بدنی	۲۳/۳۱	۴/۳۷	-			
نشانه‌های اختلال خوردن	۱۹/۰۳	۱۰/۹۸	۰/۴۶**			
اجتناب تجربی	۳۵/۹۱	۱۰/۶۶	۰/۰۱	۰/۲۴**		
ذهن آگاهی	۶۱/۳۴	۱۱/۸۷	-۰/۰۲	-۰/۲۳**	-۰/۴۶**	

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن از طریق نمره‌های اجتناب تجربی و ذهن آگاهی

گام	متغیرهای پیش‌بین	R ²	R ² تعدیل شده	B	SE	β	t	P
۱	اجتناب تجربی	۰/۰۵۸	۰/۰۵۶	۰/۲۴۹	۰/۰۵۴	۰/۲۴۱	۴/۶۴	۰/۰۰۰۱
۲	اجتناب تجربی			۰/۱۷۷	۰/۰۶	۰/۱۷۲	۲/۹۶	۰/۰۰۳
	ذهن آگاهی	۰/۰۷۶	۰/۰۷۱	-۰/۱۳۹	۰/۰۵۴	-۰/۱۵۰	-۲/۵۹	۰/۰۱

تجربه می‌کنند و بنابراین به احتمال کمتری به رفتارهای خوردن بیمارگون به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه متوسل می‌شوند.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، اجتناب تجربی و ذهن آگاهی هر دو پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار نشانه‌های اختلال خوردن هستند. اجتناب تجربی به‌عنوان فرآیندی فراتشخیصی قلمداد شده است که می‌تواند در تداوم آسیب‌شناسی روانی دخیل باشد (۹). در واقع، راهبردهای ناسازگارانه‌ای مثل اجتناب تجربی در تداوم بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اختلال‌های خوردن نقش دارد (۱۳، ۱۵). به‌نظر می‌رسد اجتناب تجربی به دلایل مختلفی در مبتلایان به اختلال‌های خوردن دیده می‌شود. برای مثال، برخی از پژوهشگران اعتقاد دارند که افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن به دلیل پیش‌بینی افراطی در مورد پریشانی و ناراحتی معمولاً از ابزار هیجان‌های منفی اجتناب می‌کنند، حساسیت زیادی نسبت به واکنش‌های دیگران دارند، و محیط‌هایی که به لحاظ هیجانی آرام و پایدار هستند را ترجیح می‌دهند (۳۰). یکی از دلایل پیشنهادی برای اینکه چرا این افراد از بیان هیجانات منفی و نیازهای خود خودداری می‌کنند این است که می‌خواهند با این کار از تعارض پیشگیری کنند و روابط نزدیک خود را حفظ کنند (۳۱).

حضور سازه ذهن آگاهی در مدل رگرسیون نشانه‌های اختلال خوردن از این دیدگاه حمایت می‌کند که ذهن آگاهی بطور مستقل توان پیش‌بینی این اختلال‌ها را دارد (۱۶). عمل همراه با آگاهی و عدم واکنش به تجربیات درونی که از مولفه‌های ذهن آگاهی هستند کنترل رفتاری در بافت ناراحتی هیجانی را افزایش داده، و از این طریق خطر رفتارهای خوردن بیمارگون را کاهش می‌دهند. علاوه بر این، عدم واکنش، مانند توجه آگاهانه و آگاهی، با توجه کردن به تجربیات درونی بدون چسبیدن به آنها، یا عمل خودکار در واکنش به آنها مشخص می‌شود، که ممکن است احتمال ارتکاب رفتارهای ناسازگارانه را کاهش دهد (۳).

به‌طور کلی، به‌نظر می‌رسد تقویت حالت تجربه‌گرایی ذهن می‌تواند باعث کاهش اجتناب تجربی مرتبط با آسیب‌شناسی اختلال خوردن و تقویت صفت ذهن آگاهی در طول زمان گردد. این فرضی است که صحت آن باید در مطالعات آزمایشگاهی و بر روی نمونه‌های بالینی مورد سنجش قرار گیرد. اما در حمایت از این فرض، نشان داده شده است که کلاس‌های یوگا و ذهن آگاهی، بر عنصر تجربه کردن تاکید دارند، ممکن است ذهن آگاهی را افزایش و اجتناب و آسیب

شده نشانه‌های اختلال خوردن را به ۷/۶٪ رساند و در واقع ۱/۸٪ میزان ضریب تبیین را افزایش داد. با اینکه در گام اول میزان ضریب رگرسیون استاندارد متغیر اجتناب تجربی ۰/۲۴ است، در گام دوم و زمانی که این متغیر همراه با متغیر ذهن آگاهی وارد تحلیل شود میزان این ضریب به ۰/۱۷ کاهش می‌یابد و میزان این ضریب برای ذهن آگاهی ۰/۱۵ و بسیار نزدیک به آن می‌شود. در واقع گام دوم نشان می‌دهد میزان پیش‌بینی کنندگی هر دو متغیر تقریباً یکسان، ولی با توجه به علامت آنها در جهت معکوس هم است. این تفاوت در جهت با توجه به مفهوم متغیرها منطقی به نظر می‌رسد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین اجتناب تجربی و ذهن آگاهی با نشانه‌های اختلال خوردن و تعیین توان متغیرهای اجتناب تجربی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن در دانشجویان دختر اجرا شد. نتایج نشان داد که هر دو سازه اجتناب تجربی و ذهن آگاهی با نشانه‌های اختلال خوردن در دختران دانشجو رابطه معنی‌داری دارند (جدول ۱). ارتباط مثبت معنی‌دار بین اجتناب تجربی با نشانه‌شناسی اختلال خوردن با نتایج سایر پژوهش‌ها همسو است (۱۰، ۱۱). در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که تمایل عمومی به اجتناب از افکار و تجربه‌های درونی به‌طور معکوسی باعث افزایش افکار و هیجانات ناخواسته می‌شود و در نتیجه بیشتر احتمال دارد که فردی که دنبال اجتناب از تجربه‌ها است به راهبردهای ناسازگارانه‌ای نظیر خوردن بیمارگون متوسل شود تا از طریق آنها با شکست تلاش‌های اجتنابی خود مقابله کند (۹).

در مورد ذهن آگاهی، نتایج نشان داد که این سازه با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه منفی معنی‌دار دارد. این یافته همسو با مطالعاتی است که نشان می‌دهند نمره پایین در این سازه با نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن مرتبط است (۱۶، ۳). مطالعه لاوند و همکارانش (۱۶) نشان داد افرادی که نمره بالاتری در ذهن آگاهی دارند به احتمال کمتری نگرش‌ها و رفتارهای خوردن بیمارگون را تجربه می‌کنند. افرادی که ذهن آگاهی خصیصه‌ای بالاتری دارند نسبت به تجربیات شناختی و عاطفی خود حساس‌تر هستند، و براون و رایان (۲۹) پیشنهاد می‌کنند که سطوح بالاتر توجه و آگاهی، پذیرش تجربیات شخصی را در آنها افزایش می‌دهد. افرادی که ذهن آگاهی بالایی دارند، در پاسخ به افکار و هیجانات ناخواسته آسفتگی کمتری را

گروه‌های دیگر را منتفی نمی‌سازد. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در نمونه‌های دیگر (از جمله نمونه‌های بالینی و مردان) صورت گیرد تا یافته‌های این مطالعه در آنها مورد بررسی قرار گیرد.

در مجموع، مطالعه حاضر شواهدی را در حمایت از نقش اجتناب تجربی و ذهن آگاهی در اختلال‌های خوردن فراهم می‌آورد. می‌توان از این یافته‌ها به منظور جلوگیری از بروز اختلال‌های خوردن و همچنین طراحی محتوای درمانی این اختلال‌ها بهره گرفت. با توجه به نقش مشکلات تجربه کردن رویدادها و ذهن آگاهی در اختلال‌های خوردن، می‌توان پرداختن به اجتناب تجربی و آموزش مهارت‌های تنظیم سازگاران هیجانی و ارتقا ذهن آگاهی را نیز در درمان این اختلال‌ها گنجاند. شباهت‌های فرانشیسی میان اختلال‌های خوردن گوناگون این امکان را فراهم می‌آورد که مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان و ارتقا ذهن آگاهی برای تمامی طیف اختلال خوردن قابل کاربرد باشد.

تشکر و قدردانی

برخود لازم می‌دانیم از شرکت‌کنندگان و سایر عزیزانی که در اجرای این پژوهش به ما یاری رساندند، کمال تشکر را داشته باشیم.

شناسی خوردن بیمارگون را کاهش دهند (۳۲، ۳۳). افزون بر این، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مداخلات روان‌درمانی نوین، نظیر درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش و رفتار درمانی دیالکتیکی، که مداخلات رفتاری استاندارد را با فنون افزایش‌دهنده آگاهی هیجانی و کاهش‌دهنده اجتناب ترکیب می‌کنند ممکن است در درمان اختلال‌های خوردن نقش داشته باشند (۳۳).

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت که در این قسمت مورد اشاره قرار می‌گیرند. این مطالعه از نوع طرح‌های همبستگی مقطعی و به معنای آن است که امکان تفسیرهای علی وجود ندارد. پیشنهاد می‌شود با اجرای مطالعات طولی آینده‌نگر نقش علی این سازه‌های روان‌شناختی را در علائم اختلال خوردن بررسی کرد. همچنین مطالعه حاضر بر خودگزارشی متکی بود که ممکن است میزان دقت اندازه‌گیری را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده در صورتی که نیاز به دقت بیشتری در سنجش وجود داشت از روش‌های دیگری نظیر مصاحبه نیز استفاده شود. علاوه بر این، این مطالعه فقط بر نمونه‌ای غیربالینی یعنی دانشجویان مونث مقطع کارشناسی محدود بود. این محدودیت تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر و تفسیرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. هرچند رفتارها و شناخت‌های مرتبط با خوردن بیمارگون در گروه دختران جوان دانشجوی شایع هستند (۳۴)، اما انجام پژوهش بر

REFERENCES

1. Elmquist J, Shorey RC, Anderson SE, Stuart GL. A preliminary investigation of the relationship between dispositional mindfulness and eating disorder symptoms among men in residential substance use treatment. *Addict Res Theory* 2017;25:67-73.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
3. Lavender JM, Gratz KL, Tull MT. Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *CBT* 2011;40:174-82.
4. Luce KH, Crowther JH, Pole M. Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate women. *Int J Eat Disord* 2008;41:273-6.
5. Skinner KD, Rojas SM, Veilleux JC. Connecting Eating Pathology with Risk for Engaging in Suicidal Behavior: The Mediating Role of Experiential Avoidance. *Suicide Life Threat Behav* 2017;47:3-13.
6. Stice E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *J Abnor Psychol* 2001;110:124-35.
7. Hambrook D, Oldershaw A, Rimes K, Schmidt U, Tchanturia K, Treasure J, et al. Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome. *Br J Clin Psychol* 2011;50:310-25.
8. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
9. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1152-68.
10. Lavender JM, Anderson DA. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *Int J Eat Disord* 2010;43:352-7.

11. Rawal A, Park RJ, Williams JMG. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behav Res Ther* 2010;48:851-9.
12. Polivy J, Herman CP. Etiology of binge-eating: Psychological mechanisms. In: C.G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), *Binge-eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 144–172). New York: Guilford Press; 1993.
13. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pr* 2004;11:230-41.
14. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq* 2007;18:211-37.
15. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clin Psychol Sci Pr* 2004;11:255-62.
16. Lavender JM, Jardin BF, & Anderson DA. Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eat Behave* 2009;10:228-31.
17. Block-Lerner J, Salters-Pedneault K, Tull MT. *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety*. New York: Springer; 2005. P.71-99.
18. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte Press; 1990.
19. Moore SD, Brody LR, Dierberger AE. Mindfulness and experiential avoidance as predictors and outcomes of the narrative emotional disclosure task. *J clin Psychol* 2009;65:971-88.
20. Thompson BL, Waltz J. Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *J Anxiety Disord* 2010;24:409-15.
21. Riley B. Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *J Gambl Stud* 2014;30:163-71.
22. Mahoney CT, Segal DL, Coolidge FL. Anxiety sensitivity, experiential avoidance, and mindfulness among younger and older adults: Age differences in risk factors for anxiety symptoms. *The Int J Aging Hum Dev* 2015;81:217-40.
23. Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psycholo Assess* 2000;12:123-31.
24. Khabir L, Mohamadi N, Rahimi C. The Validation of Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS). *J Kermanshah Univ Med Sci* 2014;18:100-7. [In Persian]
25. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011;42:676-88.
26. Abasi E, Fati L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-ii. *Journal of Psychological Models and Methods* 2013;10:65-80. [In Persian]
27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;84:822-48.
28. Ghorbani N, Watson PJ, Weathington BL. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Curr Psychol* 2009;28:211-24.
29. Brown KW, Ryan RM. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clin Psychol Sci Pr* 2004;11:242-8.
30. Geller J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett GL. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;28:8-19.
31. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol* 2006;45:343-66.
32. Rawal A, Enayati J, Williams JMG, Park RJ. A mindful approach to eating disorders. *HCPJ* 2009;9:16-20.
33. Wildes JE, Ringham RM, Marcus MD. Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *Int J Eat Disord* 2010;43:398-404.
34. Vohs KD, Heatherton TF, Herrin M. Disordered eating and the transition to college: A prospective study. *Int J Eat Disord* 2001;29:280-8.