

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره یازدهم، شماره ۳ و ۴، پاییز و زمستان ۱۳۹۶

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن

زینب حویزه^۱، زهرا دشت‌بزرگی^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۲۶

خلاصه

مقدمه: اختلال خوردن، پیامدهای روان‌شناختی منفی زیادی دارد و یکی از روش‌های مؤثر در تعدیل ویژگی‌های روش شناخت درمانی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال خوردن دوره دوم متوسطه ۱۶-۱۵ ساله شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های اختلال خوردن Garner و همکاران، فرم کوتاه خودتوصیف‌گری بدنی Marsh و همکاران و تفکر ارجاعی منفی Ehring و همکاران بود. داده‌ها با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و کوواریانس تک متغیره در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش خودتوصیف‌گری بدنی ($F=5/444, p<0/028$) و کاهش تفکر ارجاعی منفی ($F=17/437, p<0/001$) دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن شد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تأثیر روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودتوصیف‌گری بدنی و کاهش تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن بود. بنابراین، درمانگران می‌توانند از این روش در کنار سایر روش‌ها برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی دختران نوجوان استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی، ذهن آگاهی، خودتوصیف‌گری بدنی، تفکر ارجاعی منفی، اختلال خوردن

۱- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: zahradb2000@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۶۳۰۵۹۸۲۹

رفتارها و نگرش‌های نادرست درباره خوردن نقش مهمی در کاهش سلامت جسمی و روانی دارند و در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته‌اند [۱]. اختلال خوردن (Eating disorder) رفتارها و نگرش‌های نادرست درباره خوردن است [۲]. ویژگی‌های بارز اختلال خوردن شامل پرخوری، خود محروم‌سازی غذایی، وسواس فکری و داشتن اعتقادات غیرواقعی درباره وزن و غذا [۳] و به هم خوردن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلال بارز در افکار نسبت به غذا و خود است که معمول‌ترین آن‌ها شامل هززه‌خواری، اختلال نشخوار، اختلال پرخوری، بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی می‌باشند [۴]. افراد مبتلا به اختلال خوردن از آشوب و عذاب درونی رنج می‌برند و برای احساس آرامش به غذا رومی‌آورند [۵].

یکی از مشکلات افراد مبتلا به اختلال خوردن، خودتوصیف‌گری بدنی (Physical self-description) است. این سازه معادل خود پنداره بدنی و شامل ادراک، تجربه، توصیف و تفسیر فرد نسبت به ابعاد، توانایی‌ها و مهارت‌های بدنی می‌باشد [۶]. خودتوصیف‌گری بدنی دارای ابعاد شناختی (تفکر فرد در مورد بدن خود)، عاطفی (احساس فرد نسبت به بدن خود) و بیانی (شیوه تفسیر و توصیف بدن خود) است [۷]. یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به اختلال خوردن، تفکر ارجاعی منفی (Repetitive negative thinking) است. تفکر ارجاعی منفی نوعی تفکر درباره تجارب منفی است که دارای سه ویژگی تکراری بودن، خودآیند بودن و مشکل در قطع افکار می‌باشد [۸]. تفکر ارجاعی منفی شامل خوداسنادهایی برگرفته از حوادث و رفتار افراد است که برای شخص مفهومی منفی را تداعی می‌کند [۹]. افراد دارای تفکر ارجاعی منفی تمایل بیشتری به تفکر منفی تکراری، اضطراب و افسردگی دارند، حوادث منفی را منفی‌تر از دیگران ارزیابی می‌کنند و سلامت روان پایینی دارند [۱۰].

یکی از رویکردهای درمانی مؤثر برای کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال خوردن رویکرد شناختی روان‌درمانی است [۱۱]. در رویکرد شناخت روان‌درمانی روش‌های زیادی وجود دارد که یکی از روش‌های تلفیقی،

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy) است [۱۲]. ذهن آگاهی توجه فرد را بر تجارب درونی و بیرونی زمان حال متمرکز کرده و باعث پذیرش رویدادها بدون تغییر آن‌ها می‌شود و شامل توجه کردن به شیوه‌ای خاص و هدفمند در زمان حال، بدون قضاوت و پیش‌داوری می‌باشد [۱۳]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی شناخت درمانی است که از ذهن آگاهی بهره می‌گیرد و شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش درباره استرس، اضطراب و افسردگی و تمرین شناخت درمانی است [۱۴]. همچنین این روش با ترکیب مهارت‌های شناخت درمانی بر مبنای ذهن آگاهی و فن‌های شناختی شرایطی را فراهم می‌کند تا فرد بتواند به صورت مجزا و خالی از قضاوت، نظاره‌گر افکار منفی خود باشد و درگیر شدن با الگوهای پایدار تفکر منفی را کنار بگذارد [۱۵].

نتایج پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی شناخت درمانی متناقض است. برای مثال Abbasi و همکاران، ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش پراشتهایی عصبی و بهبود تصویر بدنی منفی شد [۱۶]. در پژوهشی دیگر Zamzami و همکاران، گزارش کردند ذهن آگاهی باعث بهبود تصویر بدنی مثبت می‌شود [۱۷]. علاوه بر آن، Son و Cheol ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تصویر بدنی مثبت و عزت‌نفس و کاهش اضطراب دانشجویان دارای تصویر بدنی منفی می‌گردد [۱۸]. همچنین Heidarian و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان گردید [۱۹]. در پژوهشی دیگر Ahmadi و Bejagh و همکاران بیان کردند که گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش وسواس فکری - عملی، باورهای فراشناختی معیوب و نشخوار فکری دانشجویان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شده است [۲۰]. علاوه بر آن، Mackenzie و Kocovski ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش تفکر ارجاعی منفی شد [۲۱]. در پژوهشی دیگر Xie و همکاران گزارش کردند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

$$= \frac{2(1/61)^2(1/96 + 1/28)^2}{4/507}$$

$$= 12/07$$

در این معادله بر اساس پژوهش Javadian Sarraf و Emami [۲۵] $\sigma=1/61$ ، $d^2=4/507$ ، $\text{Power}=0/90$ و $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد. در معادله مذکور σ انحراف معیار است که میزان پراکندگی را نشان می‌دهد و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. بر اساس معادله، حجم نمونه $12/07$ نفر برآورد شد که برای اطمینان در هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی و اخذ مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (کد اخلاق ۹۶۳۶۲۴۶۵۱) و اداره آموزش و پرورش شهر اهواز، به مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه مراجعه شد و پس از توضیح هدف پژوهش و جلب رضایت مدیران، پرسشنامه اختلال خوردن بین دانش‌آموزان توزیع و از میان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خوردن تعداد ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند. پس از بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، بدون نام بودن پرسشنامه و انجام تحلیل به صورت کلی، رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد.

گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط یک متخصص روانشناسی بالینی که دارای مدرک دکتری تخصصی و مدرک دوره ذهن آگاهی بود، آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. این محتوی توسط Segal و همکاران [۲۶] طراحی و توسط Ghadampour و همکاران [۲۷] مورد استفاده و تأیید قرار گرفت که به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شد.

آگاهی در کاهش تفکر ارجاعی منفی مؤثر بود [۲۲]. در مقابل Rajabi و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روش شناختی رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی در کودکان سرطانی تأثیر نداشت [۲۳].

دانش‌آموزان دختر دچار اختلال خوردن در حوزه آسیب‌شناسی کمتر مورد پژوهش قرار گرفته‌اند [۲۴] و پژوهش‌های اندکی با هدف بهبود ویژگی‌های خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی آن‌ها انجام شده و گاهی نتایج متناقض می‌باشند. همچنین، دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن به دلیل اینکه در سن بلوغ هستند با تغییراتی در شکل بدن مواجه می‌شوند و اختلال خوردن باعث مشکلات زیادی از جمله خودتوصیف‌گری بدنی نامناسب [۱۶] و تفکر ارجاعی منفی [۲۲] می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان دختر نوجوان مبتلا به اختلال خوردن دوره دوم متوسطه ۱۶-۱۵ ساله شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی به کمک قرعه‌کشی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به اختلال خوردن بر اساس نمره پرسشنامه اختلال خوردن (اخذ نمره ۲۰ و یا بالاتر)، داشتن سن ۱۵ و یا ۱۶ سال، عدم مردودی در دوره دوم متوسطه، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مثل داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب و عدم رخداد‌های تنش‌زا مانند طلاق، مرگ عزیزان و غیره در سه ماه گذشته بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم رضایت شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه به صورت ناقص بود. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد.

جلسات	محتوی جلسات
اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی، بیان قوانین جلسات، بحث و تعیین جلسات و توزیع جزوات جلسات، معرفی افراد به یکدیگر، تمرین خوردن کشمش به شیوه حضور ذهن، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار و استفاده از آن در زمانی که شرایط احساسات مختل کننده‌ای را برمی‌انگیزاند و تمرین واریسی بدنی
دوم	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن برجسب فرضیه روی آن‌ها، ثبت وقایع خوشایند و مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق اجرای آن، انجام ۳۰ تا ۴۰ دقیقه مراقبه و بازنگری آن، تقویت حوزه حالت ذهنی بودن و تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری آن
چهارم	تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن و شنیدن، انجام ۴۰ دقیقه مراقبه و بازنگری آن، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و تمرین مراقبه ذهن آگاهی
پنجم	پذیرش خود به صورتی که هستیم قبل از هر تغییری که این امر مستلزم اجازه‌دهی و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته و بازنگری آن، تمرین بازنگری و بررسی و مرور تمرین جلسه قبل
ششم	آموزش توجه به ذهن و اینکه افکار، حقایق نیستند، بحث درباره اینکه خلق و افکار منفی ارتباط با تجربه را محدود می‌کند، درک اینکه افکار، فقط فکر هستند، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و بازنگری آن و افکار و تمرین بازنگری
هفتم	انجام ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن و صداها، بازنگری تمرین‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت با هدف تعیین و تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و تسلط برانگیز، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق و بازنگری تمرین
هشتم	بحث و مرور مطالب گذشته و تمرین و بازنگری محتوی جلسات قبل

پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه خودتوصیف‌گری بدنی: این پرسشنامه توسط Marsh و همکاران ساخته شد که دارای ۴۷ گویه است که با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً غلط، ۲= تقریباً غلط، ۳= بیشتر غلط است تا درست، ۴= بیشتر درست است تا غلط، ۵= تقریباً درست و ۶= کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌دهی برخی گویه‌ها به صورت معکوس است. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۴۷ تا ۲۸۲ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای خودتوصیف‌گری مثبت‌تر است. روایی همگرایی ابزار با فرم بلند ۷۰ گویه‌ای تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد [۳۱]. Bahram و همکاران روایی سازه ابزار را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند [۳۲]. در پژوهش حاضر پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه تفکر ارجاعی منفی: این پرسشنامه توسط Ehring و همکاران ساخته شد که دارای ۱۵ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰= هرگز، ۱= به ندرت، ۲= برخی اوقات، ۳= اغلب و ۴= تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید،

لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه تکلیفی مرتبط با آن جلسه تعیین می‌گردید و در آغاز جلسه بعد ضمن بررسی تکالیف به افراد بازخورد سازنده داده می‌شد. علاوه بر اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به سن، پایه تحصیلی و درآمد ماهیانه، گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون (سه روز قبل از شروع مداخله در گروه آزمایش) و پس‌آزمون (سه روز پس از اتمام مداخله در گروه آزمایش) پرسشنامه‌های خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی را تکمیل کردند. پرسشنامه اختلال خوردن فقط در مرحله پیش‌آزمون تکمیل شد.

پرسشنامه اختلال خوردن: این پرسشنامه توسط Garner و همکاران ساخته شد [۲۸]. این ابزار دارای ۲۶ گویه است که با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (۰= برای گزینه‌های هرگز، به ندرت و گاهی اوقات، ۱= اغلب اوقات، ۲= معمولاً و ۳= همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۸ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای اختلال خوردن بیشتر است. نقطه برش ابزار نمره ۲۰ و یا بالاتر است. روایی سازه ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شد [۲۹]. Vafaae و Shayeghian نیز پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند [۳۰]. در پژوهش حاضر

فرض‌های آماری از روش‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره و کوواریانس تک متغیره در متن تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۳۰ دختر نوجوان ۱۶-۱۵ ساله بودند که ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل سن، پایه تحصیلی و درآمد ماهیانه در جدول ۲ ارائه شد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر سن، پایه تحصیلی و درآمد ماهیانه تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند ($p < 0/05$).

لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای تفکر ارجاعی منفی یا افکار منفی تکراری بیشتر است. روایی صوری و محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شد [۳۳]. Shirmohamadi و همکاران روایی صوری ابزار را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند [۳۴]. در پژوهش حاضر پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی به کمک نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند. در سطح توصیفی برای توصیف متغیرها از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی و در سطح استنباطی برای آزمون

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس سن، پایه تحصیلی و درآمد ماهیانه

گروه‌ها	طبقات	گروه آزمایش	گروه کنترل	P
سن	۱۵ سال	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳۳)	۰/۷۲۴
	۱۶ سال	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶۷)	
پایه تحصیلی	دهم	۸ (۵۳/۳۳)	۸ (۵۳/۳۳)	۱/۰۰۰
	یازدهم	۷ (۴۶/۶۷)	۷ (۴۶/۶۷)	
درآمد ماهیانه	زیر ۲ میلیون	۲ (۱۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	۰/۳۴۶
	۲-۳ میلیون بالای ۳ میلیون	۶ (۴۰) ۷ (۴۶/۶۷)	۶ (۴۰) ۵ (۳۳/۳۳)	

کنترل در مرحله پیش‌آزمون در متغیرهای خودتوصیف‌گری بدنی ($T = -1/746, p < 0/092$) و تفکر ارجاعی منفی ($T = -0/108, p < 0/915$) تفاوت معنی‌داری نداشتند.

شاخص‌های میانگین و انحراف معیار خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی در جدول ۳ ارائه شد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که گروه‌های آزمایش و

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
خودتوصیف‌گری بدنی	۱۶۶/۴۰ ± ۲۵/۲۱	۱۸۹/۵۲ ± ۲۹/۲۱	۱۸۲/۵۳ ± ۲۸/۴۲	۱۸۴/۶۰ ± ۲۱/۶۳
تفکر ارجاعی منفی	۳۵/۰۰ ± ۱۰/۶۰	۱۸/۲۷ ± ۱۳/۹۷	۳۵/۴۰ ± ۹/۶۷	۳۵/۰۰ ± ۷/۰۰

کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچیک از متغیرهای گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار

پیش از تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون

چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شد. نتایج هر چهار آزمون نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن شد ($F=8/821, p<0/001$). توان آماری آزمون نشان‌دهنده دقت آزمون می‌باشد و میزان دقت این آزمون ۹۵/۲٪ بود. همچنین با توجه به مجذور اِتا می‌توان گفت که ۴۱/۴٪ از واریانس خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن ناشی از تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

نمود ($p>0/05$)، لذا فرض نرمال بودن تأیید شد. نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین نیز معنی‌دار نبودند ($p>0/05$)، لذا به ترتیب فرض برابری ماتریس‌های کواریانس و فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. علاوه بر آن، نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز معنی‌دار بود ($p<0/05$)، لذا همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد. با توجه به برقرار بودن پیش فرض‌های پژوهش می‌توان از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده کرد.

برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن از روش تحلیل کواریانس

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶

نوع آزمون	مقدار	آماره F	P	مجذور اِتا	توان آزمون
اثر پیلابی	۰/۴۱۴	۸/۸۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۹۵۲
لامبدای ویلکز	۰/۵۸۶	۸/۸۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۹۵۲
اثر هاتلینگ	۰/۷۰۶	۸/۸۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۹۵۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۰۶	۸/۸۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۹۵۲

برای بررسی اینکه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کدام‌یک از متغیرهای خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن تأثیر دارد، از روش تحلیل کواریانس تک متغیره در متن تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شد. نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معنی‌داری باعث افزایش خودتوصیف‌گری بدنی ($p\leq 0/028$)، کاهش تفکر ارجاعی منفی ($F=5/444, p\leq 0/001$) و کاهش تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن ناشی از تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

برای بررسی اینکه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کدام‌یک از متغیرهای خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن تأثیر دارد، از روش تحلیل کواریانس تک متغیره در متن تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شد. نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معنی‌داری باعث افزایش خودتوصیف‌گری بدنی ($p\leq 0/028$)، کاهش تفکر ارجاعی منفی ($F=5/444, p\leq 0/001$) و کاهش تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن ناشی از تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره در متن تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	مجذور اِتا	توان آزمون
خودتوصیف‌گری بدنی	گروه	۱۸۶۴/۱۷۲	۱	۱۸۶۴/۱۷۲	۵/۴۴۴	۰/۰۲۸	۰/۱۷۳	۰/۶۱۳
	خطا	۸۹۰۳/۵۹۸	۲۶	۳۴۲/۴۴۶				
تفکر ارجاعی منفی	گروه	۲۰۷۲/۶۲۱	۱	۲۰۷۲/۶۲۱	۱۷/۴۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱	۰/۹۸۰
	خطا	۳۰۹۰/۴۲۱	۲۶	۱۱۸/۸۶۲				

مداخلات رفتاری و شناختی باعث بهبود تصویر بدنی و خودانگاره می‌شوند. اصلاح تحریف تصویر بدنی چندوجهی است و در جهت درمان کلیت فرد- بدن و ذهن- روان می‌باشد و در نهایت به پذیرش خود می‌انجامد. بنابراین، هر فردی بر اساس تجربه‌های خودش و جهان شکل می‌گیرد و با الگوهای شناختی و باورهای هسته‌ای خود پدیدار می‌شود. بر اساس نظریه‌های شناختی، نگرانی‌ها و باورهای هسته‌ای در سوگیری‌های فردی جزئی از فرایند اطلاعات هستند و فرایند اطلاعات سوگیری‌شده برای افراد دچار اختلال تصویر بدنی به مرور زمان عادی می‌شوند. این فرایند سوگیری شده ذهن را اشغال می‌کند و واقعیت فردی را منحرف و محدود می‌سازد و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق کاهش سوگیری‌ها می‌تواند به بهبود تصویر بدنی منجر شود.

همچنین نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش تفکر ارجاعی منفی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Heidarian و همکاران [۱۹]، Ahmadi و Bejagh و همکاران [۲۰]، Mackenzie و Kocovski [۲۱] و Xie و همکاران [۲۲] همسو بود. Ahmadi Bejagh و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش وسواس فکری - عملی، باورهای فراشناختی معیوب و نشخوار فکری دانشجویان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می‌شد [۲۰]. در پژوهشی دیگر Mackenzie و Kocovski گزارش کردند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش تفکر ارجاعی منفی شد [۲۱]. در تبیین این یافته بر مبنای نظر Day و Thorn [۳۵] می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شیوه متفاوتی از مواجهه با هیجانات و پریشانی‌ها ارائه می‌دهد. عدم رابطه با تفکر منفی و درگیر نشدن با آن یا به بیان دیگر رها کردن افکار منفی باعث می‌شود که فرد درگیر تفکر ارجاعی منفی نشود. در تمرین‌های ذهن آگاهی، افراد متوجه وجود ارتباط بین افکار، احساسات و حس‌های بدنی می‌شوند و مکانیسم‌های اثرگذار ذهن آگاهی مانند مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش باعث می‌شوند که افراد بیاموزند در لحظه نسبت به حالات بدنی، احساسات و افکار خود آگاه باشند. همچنین، طی

دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن دارای مشکلات روان‌شناختی زیادی هستند [۱۶]، لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتوصیف‌گری بدنی و تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن انجام شد.

نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش خودتوصیف‌گری بدنی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Abbasi و همکاران [۱۶]، Zamzami و همکاران [۱۷] و Cheol و Son [۱۸] همسو و با نتیجه پژوهش Rajabi و همکاران [۲۳] ناهمسو بود. برای مثال Zamzami و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی باعث بهبود تصویر بدنی مثبت می‌شود [۱۷]. در پژوهشی دیگر Son و Cheol گزارش کردند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تصویر بدنی مثبت دانشجویان دارای تصویر بدنی منفی می‌گردد [۱۸]. در مقابل Rajabi و همکاران گزارش کردند روش شناختی رفتاری بر بهبود پذیرش تصویر بدنی کودکان سرطانی تأثیر ندارد [۲۳]. دلیل ناهمسوئی نتیجه پژوهش Rajabi و همکاران [۲۳] با پژوهش حاضر این است که پژوهش آنان بر روی کودکان سرطانی و پژوهش حاضر بر روی نوجوانان مبتلا به اختلال خوردن انجام شده است. کودکان سرطانی در مقایسه با نوجوان مبتلا به اختلال خوردن خودتوصیف‌گری بدنی منفی بیشتر و شدیدتری دارند و به همین دلیل آموزش بر بهبود آن‌ها تأثیر معنی‌داری ندارد. همچنین شرایط خانوادگی و اجتماعی کودکان سرطانی و نوجوانان مبتلا به اختلال خوردن متفاوت است. کودکان سرطانی به راحتی قابل شناسایی و معمولاً توسط خانواده یا اجتماع مورد ترحم قرار می‌گیرند، در مقابل ممکن است نوجوانان مبتلا به اختلال خوردن حتی توسط خانواده یا اجتماع شناسایی نشوند. در نتیجه کودکان سرطانی برخلاف نوجوانان مبتلا به اختلال خوردن مشکل خود را بسیار حادتر و مربوط به بدن خود می‌پندارند، لذا آموزش نمی‌تواند بر بهبود خودتوصیف‌گری بدنی آن‌ها تأثیر معنی‌داری داشته باشد. در تبیین تأثیر روش درمانی بر افزایش خودتوصیف‌گری بدنی بر مبنای نظر Zamzami و همکاران [۱۷] می‌توان گفت که

در مراکز جامع خدمات سلامت را دارد و مشاوران، درمانگران و روانشناسان بالینی می‌توانند از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنار سایر روش‌ها برای افزایش خودتوصیف‌گری بدنی و کاهش تفکر ارجاعی منفی استفاده کنند. یادگیری و استفاده از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی (به‌ویژه افزایش خودتوصیف‌گری بدنی و کاهش تفکر ارجاعی منفی) در گروه‌های آسیب‌پذیر مفید باشد که برای تصمیم‌گیری در این زمینه نیاز به پژوهش‌های بیشتری است.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

زینب حویزه: نویسنده پروپوزال و پایان‌نامه و کمک در اجرای مداخله و جمع‌آوری داده‌ها و زهرا دشت‌بزرگی: انجام مداخله، تحلیل آماری و نگارش مقاله.

تشکر و قدردانی

در پایان از مسئولان اداره آموزش و پرورش شهر اهواز برای همکاری و مساعدت در زمینه انجام پژوهش و کلیه شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش به‌عنوان گروه آزمایش یا کنترل تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد که با هزینه شخصی انجام شد و رعایت نکات اخلاقی در آن با کد ۹۶۳۶۲۴۶۵۱ تأیید شد.

تمرین‌های مکرر حالات بدنی و ذهنی معیوب خود را شناسایی کنند و در زمان وقوع آن‌ها به جای واپس‌رانی و کنترل، آن‌ها را بپذیرند و از راهبردهای یاد گرفته در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای مقابله با آن‌ها استفاده کنند. این عوامل ابتدا باعث کاهش حالات منفی و در نهایت، باعث کاهش تفکر ارجاعی منفی می‌شوند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. نخستین محدودیت پژوهش فراهم نبودن شرایط پیگیری جهت بررسی تداوم اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب آزمودنی‌ها، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها و محدود شدن جامعه پژوهش به دانش‌آموزان دختر نوجوان ۱۶-۱۵ ساله مبتلا به اختلال خوردن شهر اهواز نیز از محدودیت‌های این مطالعه بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه‌مدت یا بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر روش درمانی استفاده شود و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با سایر روش‌ها از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، درمان فراشناختی و غیره مورد مقایسه قرار گیرد. انجام پژوهش بر روی سایر متغیرهای روان‌شناختی، دختران سنین متفاوت و حتی پسران می‌تواند نتایج مناسبی برای تصمیم‌گیری درباره اثربخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشته باشد.

نتیجه‌گیری:

به‌طور کلی نتایج حاکی از تأثیر روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودتوصیف‌گری بدنی و کاهش تفکر ارجاعی منفی دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن بود. این روش، قابلیت کاربرد

References

1. Boisseau CL. Identification and management of eating disorders in gynecology: menstrual health as an underutilized screening tool. *AJOG* 2016;215(5):572-8.
2. Peirce S, Hardcover T. Bright line eating: the science of living happy, thin and free. First ed. New York: Hay House Publisher; 2017:23.
3. Moessner M, Fassnacht DB, Bauer S. Online assessment of eating disorders: the clinical and research inventory for eating disorders (CR-EAT). *Mental Health & Prevention* 2015;3(4):170-7.
4. Cook B, Leininger L, Nguyen TD, Kumar A. The ethics of exercise in eating disorders: Can an ethical principles approach guide the next generation of research and clinical practice? *JSHS* 2017;6(3):295-8.

5. Cicmil N, Eli K. Body image among eating disorder patients with disabilities: A review of published case studies. *Body image* 2014;11(3):266-74.
6. Maïano C, Morin AJ, Mascret N. Psychometric properties of the short form of the Physical Self-Description Questionnaire in a French adolescent sample. *Body Image* 2015;12:89-97.
7. Tietjens M, Freund PA, Büsch D, Strauss B. Using mixture distribution models to test the construct validity of the Physical Self-Description Questionnaire. *Psychology of Sport and Exercise* 2012;13(5):598-605.
8. Spinhoven P, Drost J, van Hemert B, Penninx BW. Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 2015;33(6):45-52.
9. Reilly EE, Gordis EB, Boswell JF, Donahue JM, Emhoff SM, Anderson DA. Evaluating the role of repetitive negative thinking in the maintenance of social appearance anxiety: An experimental manipulation. *Behaviour research and therapy* 2018;102:36-41.
10. Wong QJ, McEvoy PM, Rapee RM. A comparison of repetitive negative thinking and post-event processing in the prediction of maladaptive social-evaluative beliefs: A short-term prospective study. *JPBA* 2016;38(2):230-41.
11. Ghaderijavid S, Gholamrezaie S, Rezaie F. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on reduction of perceived stress and eating disorder in students with eating disorder symptoms. *UMJ* 2016; 27(9):801-10. [Persian]
12. Luberto CM, Magidson JF, Blashill AJ. A case study of individually delivered mindfulness-based cognitive behavioral therapy for severe health anxiety. *CBP* 2017;24(4):484-95.
13. Armstrong L, Rimes KA. Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior therapy* 2016;47(3):287-98.
14. Yang Y, Liu Y-H, Zhang H-F, Liu J-Y. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *IJNS* 2015; 2(3):283-94.
15. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 2017;95(8):29-41.
16. Abbasi M, Porzoor P, Moazedi K, Aslani T. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving Body Image of Female Students with Bulimia Nervosa. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2015; 15(1):15-24. [Persian]
17. Zamzami A, Agahheris M, Janbozorgi M. The investigation efficacy of behavioral-mindfulness-acceptance intervention on modifying negative body image and self-schema among female students. *Pajoohandeh journal* 2015;19(6):304-11. [Persian]
18. Lim M, Son C. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on body image satisfaction, anxiety, and self-esteem in university students with negative body image. *KJHP* 2012;17:823-40.
19. Heidarian A, Zaharakar K, Mohsenzade F. The effectiveness of mindfulness training on reducing rumination and enhancing resilience in female patients with breast cancer: a randomized trial. *IJBD* 2016;9(2):52-9. [Persian]
20. Ahmadi BS, Bakhshipour B, Faramarzi M. The effectiveness of group mindfulness-Based cognitive Therapy on obsessive-compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination. *QCPS* 2015; 5(20):79-109. [Persian]
21. MacKenzie MB, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. *PRBM* 2016;9(5):125-32.
22. Xie J-F, Zhou J-D, Gong L-N, Iennaco JD, Ding S-Q. Mindfulness-based cognitive therapy in the intervention of psychiatric disorders: A review. *IJNS* 2014;1(2):232-9.
23. Rajabi S, Hashemi J, Pezeshk SH. Developing and Assessing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Programs on Body Image in Children with Cancer. *MEJDS* 2013; 4(9):28-35. [Persian]
24. Soleimani M, Hafeznia M, Masodi S, Moradi M, Ordobadi S. Comparison of dimensions of psychopathology, life style and family function in female students with eating disorders. *JUNMF* 2016; 14(4):371-9. [Persian]
25. Javadian SN, Emami T. The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self-description components of female university students. *Development and Motor Learning* 2009; 1(2):127-45. [Persian]
26. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness based on cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2003:139-42.
27. Ghadampour E, Gholamrezaei S, Radmehr P. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on interpretation bias and dysfunctional attitude in suffering disorder comorbidity social anxiety and depression. *JSHUMS* 2016; 18(2):21-34. [Persian]

28. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *IJED* 1983;2(2):15-34.
29. Berthoz S, Perdereau F, Godart N, Corcos M, Haviland MG. Observer-and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures. *JPR* 2007;62(3):341-7.
30. Shayeghian Z, Vafae M. The evaluation of psychometric properties of eating disorder inventory (EDI). *Psychological studies* 2010; 6(2):9-23. [Persian]
31. Marsh HW, Martin AJ, Jackson S. Introducing a short version of the physical self description questionnaire: new strategies, short-form evaluative criteria, and applications of factor analyses. *JSEP* 2010;32(4):438-82.
32. Bahram A, Abdolmaleki Z, Saleh SB. psychometric properties determination of the short form Physical Self Description Questionnaire (PSDCQ_S) among Tehranian students. *Journal of Motor Behavior* 2013;4(11):13-34.[Persian]
33. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) :Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 2011;42(2):225-32.
34. Shirmohamadi F, Kakavand A, Sadeghi M, Jafari JR. Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and social anxiety. *Psychology Studise* 2016; 12(2):107-28. [Persian]
35. Day MA, Thorn BE. Mindfulness-based cognitive therapy for headache pain: An evaluation of the long-term maintenance of effects. *Complementary therapies in medicine* 2017;33(8):94-8.

Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Physical Self-Description and Repetitive Negative Thinking of Female Adolescent with Eating Disorder

Hoveizeh Z¹, DashtBozorgi Z²

1- MSc, Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)

Email: zahradb2000@yahoo.com, Tel: 09163059829

Received: 17 March 2018 Accepted: 27 August 2018

Introduction: Eating disorder has many psychological complications. Cognitive therapy is one of the most widely used methods in the field of psychotherapy. The present research aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on physical self-description and repetitive negative thinking among female adolescent with eating disorder.

Materials and Methods: This was a semi-experimental study with pre- and post-test design and a control group. The research population was all female students with eating disorder aged 15 to 16 years studying at secondary high schools of Ahvaz City in 2017-18. Thirty students were selected through available sampling method and randomly assigned into two equal groups. The experimental group received 8 weekly sessions of 90 min of mindfulness-based cognitive therapy and the control group was put on a waiting list. Research tools included the questionnaires of Garner & et al's eating disorder, Marsh & et al's physical self-description and Ehring & et al's repetitive negative thinking. Data were analyzed with MANCOVA and ANCOVA in based MANCOVA methods.

Results: The findings showed that the mindfulness-based cognitive therapy led to increase physical self-description ($F=5/444$, $p<0/028$) and to decrease repetitive negative thinking ($F=17/437$, $p<0/001$) of female adolescent with eating disorder.

Conclusion: Mindfulness-based cognitive therapy method may be suggested as an alternative for enhancement of physical self-description and relief of repetitive negative thinking in female adolescent with eating disorder.

Keywords: Cognitive therapy, Mindfulness, Physical self-description, Repetitive negative thinking, Eating disorder

Please cite this article as follows:

Hoveizeh Z, DashtBozorgi Z. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Physical Self-Description and Repetitive Negative Thinking of Female Adolescent with Eating Disorder Community Health journal 2017, 2018; 11(3, 4): 65-75.

Funding: Personal fund.

Conflict of interest: There is no conflict of interest regarding the publication of this article.

Ethical approval: Ethical approval was obtained from Ethics Committee of Islamic Azad University of Ahvaz Branch reference (number 963624651).