

اثربخشی آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی بر تغییر نگرش به تغذیه در نوجوانان دارای اختلال خوردن

* پریسا آقاگدی^۱، احمد اعتمادی^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه آزاد اصفهان، ۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی

(تاریخ وصول: ۹۴/۱۱/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۲۵)

the effectiveness of stress management and relaxation training on change attitude on nutrition in adolescents with eating disorder

* Parisa aghagedi¹, Ahmad Etemadi²,

1. Ph.D. student in psychology, Azad university of Esfahan, 2. Associate Professor in Psychology, Allameh Tabatabaeei university,

(Received: Feb. 08, 2016 - Accepted: Mar. 15, 2017)

Abstract

چکیده

Introduction: The present study aimed to the effectiveness of stress management and relaxation training on change attitude on nutrition in adolescents with eating disorder. **Methods:** Twenty subjects of high school girls were selected using random sampling method and assigned into experimental and control groups. With a pre-test and post-test control group design, the subjects in the intervention group underwent 9 sessions of stress management and relaxation training, but the control group did not. Both groups were evaluated using Eat-26, and data were analyzed by analysis of covariance. **Results:** Findings showed that there was no statistically significant difference between the two groups in pretest phase, but stress management and relaxation training, significantly decreased attitude of eating disorders in adolescent in the experimental group. **Conclusions:** The stress management and relaxation training has a positive effect on change attitude of eating disorders in adolescent.

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی بر تغییر نگرش به تغذیه در نوجوانان دارای اختلال خوردن بود. **روش:** تعداد ۲۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی به صورت تصادفی هدفمند انتخاب و در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. با استفاده از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه، گروه آزمایشی طی ۹ جلسه تحت آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی قرار گرفت در حالی که در این مدت گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه در پیش‌آزمون - پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه Eat-26 مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی در گروه آزمایش نمرات نگرش به اختلالات تغذیه را به طور معناداری کاهش داد. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از اثربخشی آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی بر تغییر نگرش اختلالات تغذیه در نوجوانان بود.

Keywords: stress management, Relaxation, Eating disorders.

واژگان کلیدی: مدیریت استرس، آرام‌سازی، اختلالات تغذیه.

مقدمه

نسبت به خوردن توسط عوامل چندگانه‌ای نظیر عوامل روانشناختی و استرس مشخص می‌شود و این متغیر (استرس) در شکل‌گیری و گسترش اختلالات تغذیه نقش بسیار مهمی دارد (ولیزاده و آریان پور، ۱۳۹۰)، چنانچه تحقیقات متعدد (استروبر^۸، ۲۰۰۹؛ بال و لی^۹، ۲۰۰۹؛ موساپ^{۱۰}، ۲۰۰۷؛ ویچیانسون، باقی و آنگر^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ سانلر و اوگرتر^{۱۲}، ۲۰۰۸) نشان دهنده رابطه بین استرس و اختلالات تغذیه در زنان می‌باشد. علاوه بر وجود تأثیر استرس یا فشارزاهای روانی در ابتلای افراد به اختلالات تغذیه، از دیگر متغیرهایی که نقش تعیین کننده در ایجاد اختلال پراشتهایی و کم اشتهایی عصبی بازی می‌کند. «ادراک تصویر بدنی» است. فشار لاغر بودن که تأثیر عمیقی بر فرد دارد را می‌توان در رسانه‌ها و نشریات به خوبی مشاهده کرد (بکر و بوسهی^{۱۳}، ۲۰۰۲؛ صفرزاده و محمودی خوزندی، ۱۳۹۴). جونگ، شارون و لمون^{۱۴} (۲۰۰۷) با مقایسه دو گروه از دختران دانشجو نشان داد که بین توجه به رسانه‌ها، تصویر بدن، نارضایتی از بدن و اختلالات تغذیه رابطه معناداری وجود دارد و افرادی که در معرض رسانه‌ها هستند اختلالات تغذیه بیشتر دارند همچنین بکر و بوسهی (۲۰۰۲) معتقدند که ارتباط شدیدی بین فشار فرهنگی جهت لاغر شدن و شیوع اختلالات تغذیه وجود دارد. پژوهشهای کین کوا^{۱۵} (۲۰۰۷) بیانگر همبستگی بالا بین نگرش‌های تغذیه و پرسشنامه‌ی شکل بدنی می‌باشد. نتایج

نوجوانی اغلب یک دوره انتقال در نظر گرفته می‌شود که شامل تغییرات سریع در رشد جسمی، تواناییهای شناختی، سازگاریهای هیجانی و عزت نفس می‌باشد و دوره‌ای است که معمولاً نوجوانان در مورد خود و ظاهر خود بسیار نگران هستند و توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند (پلگ پوپکو^۱، ۲۰۰۴).

اختلالات تغذیه^۲ نتیجه اختلالات رفتاری است که همراه با عوارض فراوانی حتی مرگ همراه است. این اختلالات به سه شکل بی‌اشتهایی عصبی^۳، پرخوری عصبی^۴ و شکل بینابینی^۵ وجود دارد (گلدن^۶، ۲۰۰۳؛ گوگلین و گوآردا^۷، ۲۰۰۶). اختلالات خوردن دارای خصوصیات بارزی از جمله مختل شدن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلالات بارز در افکار خود نسبت به غذا و خود می‌باشد و مهمترین آنها بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی است. بی‌اشتهایی عصبی با علایمی از جمله گرسنگی کشیدن عمدی به میزان زیاد، تمایل بی‌وقفه برای لاغری، ترس مرضی از چاقی و وجود علایم و نشانه‌های ناشی از گرسنگی کشیدن و روزه‌داری همراه است و پراشتهایی عصبی علایمی چون روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن، دوره‌های پرخوری با بسامد بالا، رفتارهای جبرانی متعاقب پرخوری به منظور پیشگیری از افزایش وزن و ترس مرضی در چاق شدن را در بر می‌گیرد. نگرش‌ها و رفتارها

8 . Strober

9 . Ball & Lee

10. Mussap.

11 . Wichanson & Bughi & Unger

12.Salner & Ogreter

13. Bekker & Boshie

14 . Jung & Sharron & Lemmon

15 . kone koa

1 . Pely Popco

2 . Eating-Disorders

3. Anorexia Nervosa

4. Bulimia Nervosa

5.Binge-eating

6.Golden

7.Gouglin & Guarda

متعدد (کریک،^۴ ۲۰۱۱؛ وندرلین^۵ و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوسیو، سیدیک و موهر^۶، ۲۰۱۱؛ مک گرگور و لمبورن^۷، ۲۰۱۴؛ بیب، کستل و نیوتون^۸، ۲۰۱۵؛ محرابی، فتی، دوازده امامی و رجب، ۱۳۸۶؛ دوازه امامی، روشن، محرابی و عطاری، ۱۳۸۸؛ میرزایی و همکاران، ۱۳۹۲؛ آقا یوسفی، ۱۳۹۵) اثربخشی آن را در طیف وسیعی از مسائل روانشناختی و بیماران مختلف تأیید کرده است. مداخله شناختی - رفتاری مدیریت استرس و آرام سازی که توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری با موقعیت های استرس آور افزایش می دهد می تواند در کاهش علایم و نشانگان اختلالات روان تنی مؤثر باشد. این مداخله ترکیبی از عناصری نظیر افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، تنفس دیافراگمی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازشناسی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت های ابزار وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه ریزی فعالیت های می باشد (سارافینو^۹، ۲۰۰۵) و تأثیر عمده روش های شناختی - رفتاری بر پیامدهای روانشناختی و تأثیر عمده آرام سازی بر پیامد فیزیولوژیک مربوط به سلامت گزارش شده است (دوازده امامی، روشن، محرابی و عطاری، ۱۳۸۸). پژوهشهای متعدد اثربخشی مدیریت استرس و آرام سازی را در ارتقای کیفیت زندگی (کوسیو، سیدیک و موهر، ۲۰۱۱) سلامت روان زنان نابارور (هاشمی، فیلی، صفاری نیا، ۱۳۹۳) کاهش افسردگی و اضطراب (حبیبی، قنبر، خدایی و قنبری، ۱۳۹۲؛ آخته، علی پور و شریفی ساکی، ۱۳۹۳؛ دمیری، نیسی، ارشدی و نعامی، ۱۳۹۴)

مطالعه دی جونگ^۱ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد افراد با اختلال خوردن دارای کیفیت زندگی پایین تری بوده و با افزایش هر چه بیشتر اختلالات خوردن کیفیت زندگی نیز کاهش پیدا می کند. شیوع این اختلال که شایع ترین مشکل روان پزشکی بین زنان جوان است و مطالعات همه گیر شناختی خبر از افزایش آن می دهند.

متغیر بوده و بسته به جمعیت مورد مطالعه از کمتر از ۲ درصد تا بیشتر از ۳۰ درصد گزارش شده است (آذری، پورشریفی و فتی، ۱۳۹۱). در مطالعه نوبخت و دژکام (۱۳۷۷) بر روی ۳۱۰۰ دانش آموز دختر ۱۸-۱۵ ساله شهر تهران که تحت عنوان اپیدمیولوژیکی اختلالات خوردن در ایران صورت گرفته است شیوع بی اشتهایی عصبی ۰/۹ و پراشتهایی عصبی ۳/۲۳٪ گزارش گردیده است. ضرغامی و چیمه (۱۳۸۲) طی پژوهش خود دریافت افسردگی و شاخص توده بدنی ارتباط معناداری با نگرش غیرطبیعی به تغذیه دارد.

مطالعات روشهای درمان شناختی - رفتاری را به عنوان مؤثرترین درمان برای این اختلال نشان داده اند (آذری، پورشریفی و فتی، ۱۳۹۱) استفاده از روش های درمان شناختی - رفتاری می تواند منجر به کاهش مشکلات روانشناختی بیمارگونه و در طولانی مدت موجب تسهیل کاهش وزن گردد و نقش باورهای شناختی در سبب شناسی اختلال های اضطراب فراگیر، افسردگی، استرس، وسواس فکری - عملی و روان پریشی به اثبات رسیده است (وریچ^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). در این میان درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس و آرام سازی^۳ هم از اساس نظر قوی برخوردار بوده است و هم پژوهش های

4 . Krik

5 . Vanderlinen

6 .Cosio & Siddique & Mohr

6. MacGregor & Lamborn

7. Bibb & Castle & Newton

9 . Sarafino

1. Dejong

2 . Werrij

3. cognitive - Behavioral stress management and Relaxation

غربالگری خودسنجی^۲ برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود. این پرسشنامه سه خرده مقیاس دارد: بی‌اشتهایی عصبی، جوع یا پراشتهای عصبی، مهار دهانی. این پرسشنامه به صورت لیکرت نمره‌گذاری می‌گردد. ضریب پایایی به روش همسانی درونی ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی همزمان نیز با به کارگیری مقیاس‌های معتبر اختلالات خوردن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۰ به دست آمده است (گارنر، اولمستد^۳، بوهر و گارفینکل، ۱۹۸۲) اعتبار محتوایی فرم فارسی Eat-26 مطلوب و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (دژکام و نوبخت، ۱۳۷۷).

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای پژوهش، ابتدا ۲۰ نفر دانش‌آموزان دختر دبیرستانی ناحیه پنج آموزش و پرورش شهرستان اصفهان دچار اختلالات تغذیه‌ای، بصورت نمونه‌گیری تصادفی هدفمند انتخاب و پرسشنامه پژوهش را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند. سپس ۲۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور مساوی (۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل) و تصادفی تقسیم شدند. سپس آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی در ۹ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) طی ۲ ماه برای گروه آزمایش اجرا شد. برنامه درمان طبق مدل ارائه شده توسط آنتونی و ایرونسون^۴ (۲۰۱۰) تنظیم شد و برای گروه گواه هیچ درمانی اعمال نشد. پس از اتمام جلسات آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی، پرسشنامه مجدداً برای گروه‌های آزمایشی و گواه اجرا شد

و ارتقای بهرستی روانی افراد (چوبفروش‌زاده، کلانتری و مولوی، ۱۳۸۹) نشان داده است. از آنجایی که آموزش‌های مدیریت استرس و آرام‌سازی و مهارت‌های زندگی برای کاهش استرس و علائم اضطراب جمعیت عمومی مؤثر شناخت شده است لذا پژوهش حاضر بدنبال پاسخگویی به این مسأله است که آیا آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی بر تغییر نگرش اختلالات تغذیه نوجوانان مؤثر است؟

روش

روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بوده است. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت تصادفی هدفمند انجام شد. بدین صورت که محقق با مراجعه به ۸ دبیرستان دخترانه در ناحیه پنج آموزش و پرورش شهرستان اصفهان و انجام پرسشنامه نگرش به تغذیه دانش‌آموزان دختری که دچار اختلال خوردن بودند، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل).

شرایط ورود به تحقیق شامل: وجود اختلال خوردن، جنسیت (دختر)، و دوره دبیرستان به عنوان ملاک ورود در نظر گرفته و شرایط زیر برای خروج از پژوهش تعیین شد.

۱- دارا بودن اختلالات حاد روان‌شناختی

۲- مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان

ابزار

پرسشنامه نگرش‌های اختلال خوردن: این پرسشنامه توسط گاردنر و گارفینکل^۱ (۱۹۷۹) ساخته شده است و در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار

2. self- rating

3. Olmsted

4. Antoni & Ironson

1. Garner & Garfinkey

(پس آزمون). محتوای جلسات در جدول زیر ارائه

شده است.

جدول ۱. جلسات آموزش مدیریت استرس و آرام سازی.

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	معرفی و آشنایی اعضاء - بیان مفهوم استرس و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای.
جلسه دوم	آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای و استرس و آگاهی.
جلسه سوم	تنفس دیافراگمی و تمرین، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای، تصویر سازی و آرمیدگی و ارتباط افکار و هیجانات.
جلسه چهارم	آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص، تفکر منفی و تحریفات شناختی.
جلسه پنجم	آموزش خودزاد، جایگزینی، جایگزینی افکار منطقی و گام‌های آن و تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی
جلسه ششم	تمرین خودزاد، مقابله کارآمد و ناکارآمد، تعریف و انواع آن.
جلسه هفتم	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی، مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، آموزش ابرازگری.
جلسه هشتم	مراقبه، تمرین مراقبه‌ای ماترا و حمایت اجتماعی
جلسه نهم	مراقبه شمارش تنفس، انجام یکی از تمرین‌های آرمیدگی جلسات قبل و تشکر و قدردانی.

دانش‌آموزان دختر پایه دوم در دو گروه آزمایش و کنترل از سه پایه تحصیلی بیشتر از دو پایه دیگر می‌باشد.

یافته‌های توصیفی پژوهش: در این قسمت یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون نگرش به تغذیه گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش آزمون نگرش به تغذیه در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً با هم برابر، اما در پس آزمون نمره نگرش به تغذیه دانش‌آموزان دختر میانگین نمرات گروه آزمایش به مراتب کوچکتر از میانگین دانش‌آموزان دختر گروه کنترل بوده است.

یافته‌های استنباطی پژوهش: در این قسمت یافته‌ها با توجه به فرضیه‌های پژوهش ارائه شده است. در ابتدا فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری بوسیله آزمون

برای اجرای متغیر مستقل آموزش مدیریت و آرام‌سازی و رعایت اخلاق پژوهش ضمن آگاهی دادن به تمامی دانش‌آموزان شرکت کننده در زمینه اهداف پژوهش، برای آنها توضیح داده شد که نتایج پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند و از نتایج بدون ذکر نام فردی در پژوهش استفاده می‌شود. اطلاعات بدست آمده توسط نرم‌افزار SPSS-18 در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی: توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار محاسبه شد و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی گروه نمونه: در این قسمت به بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی گروه نمونه براساس پایه تحصیلی در جدول ۲ پرداخته شده است بنابر اطلاعات جدول ۲ تعداد

دختر گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، مدیریت استرس و آرام‌سازی بر تغییر نگرش به تغذیه دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش تأثیر داشته است. اندازه اثر در متغیر نگرش به بی‌اشتهای عصبی دانش‌آموزان دختر برابر با ۰/۹۷ در پس‌آزمون می‌باشد یعنی ۹۷٪ نمرات پس‌آزمون در متغیر نگرش به بی‌اشتهایی عصبی آنها مربوط به عضویت گروهی بوده است. توان آماری یک نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمون این فرضیه کفایت می‌کند.

کالموگروف- اسمیرونوف مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه مقدار آزمون کالموگروف- اسمیرونوف در نمرات نگرش به تغذیه بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- قرار دارد و آماره معنادار نبوده بنابراین با ضریب ۰/۹۵ اطمینان می‌توان فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری را پذیرفت. در زمینه همگنی واریانس‌ها، F مشاهده شده برای آزمون لوین در سطح (a=۰/۰۵) تفاوت معناداری را بین واریانس تأثیر آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی بر تغییر نگرش به تغذیه دانش‌آموزان دختر نشان نمی‌دهد. بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. نتایج جدول ۴. مقدار F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0.05$ تفاوت معناداری را بین میانگن نمرات پس‌آزمون نگرش به رژیم لاغری دانش‌آموزان

جدول ۲. توزیع فراوانی گروه آزمایش و کنترل براساس پایه تحصیلی.

پایه تحصیلی	شاخص‌های آماری		آزمایش		کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اول	۲	۲۰	۳	۳۰		
دوم	۴	۴۰	۴	۴۰		
سوم	۴	۴۰	۳	۳۰		
مجموع	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰		

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون نگرش به تغذیه گروه آزمایش و کنترل.

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نگرش به تغذیه	آزمایش	۵۳/۹۰	۲/۹۶	۳۳/۳۰	۰/۸۲
	کنترل	۵۴/۴۰	۴/۱۱	۵۵/۱۰	۲/۸۸

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس نمرات واریانس تأثیر آموزش مدیریت استرس و آرام سازی بر تغییر نگرش به تغذیه دانش آموزان دختر.

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۸/۳۳	۱	۸/۳۳	۱/۹۵	۰/۱۸	۰/۱۰	۰/۲۶
گروه	۲۳۴/۹۰	۱	۲۳۴/۹۰	۵۴۸/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱

همخوانی دارد. پژوهش استروبر (۲۰۰۹) نشان داد که پرخوری در افرادی که کم‌اشتهایی عصبی دارند و در ماه گذشته با رویدادهای استرس‌زای زندگی مواجه بودند بیشتر است. ویچیانسون، باقی و انگر، (۲۰۰۸) طی پژوهش خود دریافتند زنان دانشجو در شبهای امتحان که بالاترین سطح استرس را تجربه می‌کنند بیش از شبهایی که امتحان ندارند به رفتارهای خوردن دست می‌زنند و افرادی که استرس را تجربه کردند و از مقابله‌های ناکارآمد بهره گرفتند، احتمال بیشتری دارد که دچار اختلال تغذیه در شب امتحان شوند. پدان، استایل و دیکوف (۲۰۰۸) به رابطه مستقیم و مثبت بین فشارهای روانی (استرس) و رقابت بین فردی با اختلالات تغذیه و نارضایتی از

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی بر تغییر نگرش اختلالات تغذیه در نوجوانان بود که نتایج سودمندی آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی را بر تغییر نگرش اختلالات تغذیه نوجوانان تأیید کرد. لذا نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهشهای (استروبر، ۲۰۰۹؛ بال و لی، ۲۰۰۹؛ موساپ، ۲۰۰۷؛ ویچیانسون، باقی و انگر، ۲۰۰۸؛ سانلر و اوگرتر، ۲۰۰۸؛ پدان، استایل و دیکوف^۱، ۲۰۰۸) مبنی بر وجود رابطه معنادار بین فشار روانی (استرس) و اختلالات تغذیه در زنان

بدن اشاره کرده و شیوع فراوان اختلالات تغذیه را در زنان نسبت به مردان گزارش کردند. مطالعات (فاسینو^۱ و همکاران، ۲۰۰۳) نشان داده‌اند که افرادی که در آنها تشخیص اختلال تغذیه داده می‌شود نمره بالایی در استرس و افسردگی کسب می‌کنند و علایم آنها با اختلال روانپزشکی از جمله اختلال عاطفی و شخصیت همپوشی دارد. همچنین از عزت نفس پایین به عنوان عاملی خطر ساز در ایجاد اختلالات تغذیه نام برده شده است (ولیزاده و آریان پور، ۱۳۹۰) به نظر می‌رسد استرس چالشی در مسیر سلامتی فرد است و جزیی لاینفک و تأثیرگذار در چرخه زندگی است، موضوعی که در یافته‌های اکثر پژوهش‌ها مبنی بر رابطه معنی‌دار بین فشارروانی (استرس) و اختلالات تغذیه‌ای مشاهده می‌شود. شاید بتوان گفت که در اکثر اختلالات روانی، ردپای از استرس وجود دارد. بنابراین استرس باعث برانگیخته شدن آن دسته از هیجانات مثبت و منفی می‌شود که نیاز به مدیریت دارند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، مداخله شناختی - رفتاری مدیریت استرس و آرام‌سازی توانست از طریق افزایش حس کنترل، خودبسنده‌گی، عزت نفس مقابله سازگارانه و حمایت اجتماعی بر این اختلال مؤثر باشد که با نتایج پژوهش‌های (مهرابی، فتی، دوازده امامی و رجب، ۱۳۸۶؛ میرزایی و همکاران، ۱۳۹۲) مبنی بر سودمندی آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی بر کاهش مشکلات و اختلالات روانشناختی و فشارروانی (استرس) همخوان می‌باشد. در این پژوهش آموزش تکنیک‌های مختلف کاهش اضطراب مانند تن آرامی و تنفس دیافراگمی باعث کاهش اضطراب و علایم جسمانی استرس شد. آموزش سبک‌های ارتباطی صحیح و ابراز وجود

باعث افزایش دریافت حمایت اجتماعی و بهبود خلق افسرده و سلامت روان شد. همچنین شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی و جایگزین کردن افکار منطقی که در جلسات مختلف آموزش داده شد نقش مهمی در ارزیابی استرس‌ها و کاهش خلق افسرده داشت زیرا خلق افسرده و استرس، بی‌هدفی و افکار تکرار شونده همگی جزء ویژگیها و علل اصلی اختلالات تغذیه می‌باشد که مجموعه تکنیک‌های فوق باعث کاهش علایم در مرحله پس آزمون شد که نتایج این تکنیک‌ها با نتایج پژوهش‌های (کوسیو، سیدیک و موهر، ۲۰۱۱؛ وندرلین^۲ و همکاران، ۲۰۱۲؛ مک گرگور و لمبورن، ۲۰۱۴؛ بیب، کستل و نیوتون، ۲۰۱۵؛ میرزایی و همکاران، ۱۳۹۲؛ دوازده امامی، روشن، محرابی و عطاری، ۱۳۸۸؛ حبیبی، قنبر، خدایی و قنبری، ۱۳۹۲؛ آخته، علی پور و شریفی ساکی، ۱۳۹۳؛ دمیری، نیسی، ارشادی و نعیمی، ۱۳۹۴) مبنی بر تأثیر شیوه‌های شناختی - رفتاری مدیریت استرس و آرام‌سازی و حمایت درمانی بر مقابله با افسردگی، کاهش استرس، اضطراب، بهبود کیفیت زندگی و افزایش خلق مثبت و کاهش مشکلات بین فردی همخوانی داشت.

با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر به نظر می‌رسد سازمان‌های آموزش و پرورش و بهداشت، درمان به عنوان نهادهای تأثیرگذار می‌توانند زمینه‌های لازم را جهت افزایش آگاهی و نگرش دانش‌آموزان و در نتیجه کاهش اختلالات تغذیه و نگرش‌های غیر طبیعی فراهم آورند. هر مطالعه‌ای به طور اجتناب‌ناپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر محدودیت‌ها ضروری می‌سازد. از محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش حاضر

می‌توان به این موارد اشاره کرد: این مطالعه تنها بر روی آزمودنیهای دختر انجام شد بنابراین تعمیم اطلاعات حاصل از این مطالعه بر آزمودنیهای پسر باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر سایر متغیرهای روانشناختی نیز انجام گیرد و همچنین جلسات پیگیری چند ماهه به منظور بررسی طول اثرات آموزش پیشنهاد می‌شود.

منابع

- دمیری، ح؛ نیسی، ع؛ ارشادی، ن و نعمی، ع. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش علائم افسردگی و علائم عمومی اختلالات روان تنی در کارکنان شرکت ملی حفاری ایران. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱۶(۴)، ۳۰-۲۰.
- دوازده امامی، م؛ روشن، ر؛ محرابی، ع و عطاری، ع. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کنترل قندخون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، ۱۱(۴)، ۳۹۲-۳۸۵.
- صفرزاده، س؛ محمودی خوزندی، ز. (۱۳۹۴). بررسی اختلال خوردن (بی اشتهاپی و پرخوری عصبی) در نوجوانان ۱۸-۱۳ ساله شهرستان گناباد. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۵(۴)، ۳۹۳-۴۰۴.
- ضرغامی، م؛ چیمه، ن. (۱۳۸۲). بررسی نگرش‌های غیرطبیعی نسبت به خوردن و عوامل همبسته آن در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرسازی. مجله علوم پزشکی دانشگاه مازندران، ۴۰(۱۳)، ۷۰-۸.
- محرابی، آ؛ فتی، ل؛ دوازده امامی، م و رجب، آ. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کنترل قند خون و کاهش مشکلات هیجانی در بیماران دیابتی نوع ۱. مجله غدد برون‌ریز و متابولیسم ایران، ۲، ۱۴-۱۰۳.
- آذری، ش؛ پورشریفی، ح و فتی، ل. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کوتاه مدت بر اختلال پرخوری. مجله علوم رفتاری، ۶(۴)، ۳۸۲-۳۷۷.
- آخته، م؛ علی پور، ا و شریفی ساکی، ش. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب و فرانگرانی زنان دارای سقوط مکرر جنین. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱۱(۳)، ۱۱۹-۱۲۹.
- آقا یوسفی، ر و دهستانی، م و شریفی ساکی، ش. (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش شناختی - رفتاری در کاهش خستگی سرطان زنان مبتلا به سرطان پستان، فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱۹(۵)، ۱۰-۵.
- چوبفروش‌زاده، آ؛ کلانتری، م و مولوی، ح. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مدیریت تنش به شیوه شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی زنان نابارور. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۲(۳)، ۵۹۶-۶۰۳.
- حبیبی، م؛ قنبر، ن؛ خدایی، ا و قنبری، پ. (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۳): ۱۷۵-۱۶۶.
- دژکام، م؛ نوبخت، م. (۱۳۷۷). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات خوردن در ایران. مجله بین‌المللی اختلالات خوردن، ۲۸(۳)، ۷۸-۲۶۵.

نفس در پیش‌بینی اختلالات خوردن در زنان و رزشکار. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴ (۱)، ۶۰-۵۶.

- هاشمی، ف؛ فیلی، ع؛ صفاری نیا، م. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت مدیریت سترس (شناختی-رفتاری) بر سلامت روان زنان نابارور. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱۲(۳)، ۶۴-۵۴.

Reference

- Antoni MH; Ironson G & schneiderman N. (2010). *Cognitive Behavioral stress management*. Ale mohannad SJ. (Persian translator). 3 rd ed. Tehran: publications university Jihad unit, 41-9.

- Ball K& Lee C. (2009). psychological stress, Coping and symptoms of disorders eating in a community sample of young Australian woman. *International Journal of Eating Disorder*, 31, 71-81.

- Bekker M. H & Bosehie K. A. H. (2002). Gender and stress: in role stress? A re - examination of the relationship between feminine gender role stress? And disorders. *Stress Health Journal*, 18(9),141-149.

- Bibb J; Castle D & Newton R. (2015). The role of music Thrapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *Journal Eating Disorder*, 3:50.

- Cosio D; Jinl, siddique J & Mohr DC. (2011). The effects of telephone - administered cognitive - behavioral therapy on quality of life among patients with multiple sclerosis. *Behavior Medical*, 41(2), 227- 34.

- Coughlin J. W & Guarda A.S. (2006). *Behavioral Disorders Affecting Food Intake: Eating Disorders and other psychiatric Conditions*. In: Shils ME,

- میرازی، ف؛ نشاط دوست، ح؛ جبل‌عاملی، ش؛ دره‌کردی، ع؛ ناظم‌کازرانی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت سترس به شیوه شناختی - رفتاری بر افسردگی و تحریک‌پذیری زنان مبتلا به نشانگان پیش قاعدگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲(۱)، ۸۶-۷۹.

- ولیزاده، آ؛ آریان‌پور، س. (۱۳۹۰). نقش اضطراب فیزیکی اجتماعی، تصور بدنی و عزت

Shike M, Ross AC, Caballero B, Cousing RJ, Editors. *Modern Nutrition in Health and Disease*, 10 the Edition, 10th ed, P. 1354- 62.

- Dejong H; Oldershaw A; Sternheim L; Samarawickrema N; Kenyon MD; Broadbent H, et al. (2013). Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. *International Journal Eating Disorder*, 1:43.

- Fassino S; Leombruni P; Piero A; Abbate-Daga G & Giacomo Rovera G. (2003). Mood, Eating Altitudes and Anger in obese woman with and without Binge Eating Disorder *Journal Psychosom Research*, 54 ,559- 566.

- Garner DM & Garfinkey PE. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology Medical*, (9): 273- 279.

- Garner DM; Olmsted MP; Bohr Y & Garfinkel PE. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychol metric Features and clinical correlates. *Psychology Medical*,(12), 871- 878.

- Golden NH.(2003). Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best practic Research clinical obstet Gynaecol*,17(1),57- 73.

- Jung W; Sharron K & lemmon J. (2007), Mass media and self – Esteem, Body Image and eating Disorder Tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 5(1), 3-25.
- Kan koa M. (2007). *A correlation between the eating attitudes test and body shape questionnaire*. For degree of educational specialist Department of counseling psychology & special Education, Brigham young university .
- Krik E & clarkes. (2011). *Cognitive – behavior therapy*. Ghasem Zadch H. (Persian translator). 7th ed. Tehran: Arjmand publications, 87- 93.
- Mac Gregor M & Lamborn P. (2014). Personality assessment inventory profiles of university students with eating disorders. *Journal Eating Disorder*, 2(1),20.
- Mussap J. A.(2007). The relationship between feminine gender role stress and disordered eating symptomatology in women. *International Journal of Eating Disorder*, 31,25-31.
- Pedan B; Stiles K & Diekoff H. (2008). the effects of External pressures and competitiveness on characteristics of Eating Disorders and Body Dissatisfaction. *Journal of sports & social Issues*, 32(4), 415-429.
- Pelg popco, s. (2004). Social learning of social behavior in adolescence. *Journal Adolescent*, 21,402- 411.
- Sanler N ; ogretr A. D. (2008). The relationship between stress and eating behaviors among Turkish adolescents. *Applied science Journal*, 4(2), 233-237.
- sarafino EP. (2005). *Health psychology*. Ahmadi Abhari S A. (translator). Tehran, Roshd, 177- 228.
- Strober M. (2009). Stress fun life events association with loulimia & anorexia nervosa. Empirical indings and theoretical speculations. *International Journal of Eating Disorder*, 3: 3-16.
- vanderlinenl J; Adriaensenl A; Vancampfortl D; pietersl G; probstl M, & vansteelant K. (2012). A cognitive, Behavioral Therapeutic program for patients with obesity and Binge Eating Disorder: Short – and long –term follow-up Data of a prospective study. *Behavior modification*, 2,1-17.
- Werrij MQ; Jansen A; Mulkens S; Elgersma HJ; Ament A. J; H.A , & Hospers HJ. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of psychosomatic Reserch*, 67, 315- 324.
- Wichianson JR; Bughi SA; Unger JB; et al. (2008). *perceived stress, coping and right – eating in college students*. *Instituted for Health promotion and Diseas prevention Research, University of Southern California keck school of medicine, LosAnyeles, CA, us*.