



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن دختران

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد قائم شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائم شهر، ایران
دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

امین افشین^{ID}
سیده زهرا ساداتی*^{ID}
فاطمه زاده حسن^{ID}

sadati.zahra@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳

دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۲۲

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۳ پیاپی ۱۷ | ۲۷۸-۲۹۰
(مجموعه مقالات حوزه خانواده و فرزند)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(افشین و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

افشین، امین، ساداتی، سیده زهرا، و زاده حسن، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن دختران. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴ (۳)، ۲۷۸-۲۹۰.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن دختران هجده تا سی و پنج سال انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران هجده تا سی و پنج ساله دارای اضافه وزن ساکن شهر ساری بودند که تعداد ۳۰ نفر از آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($n=15$) و گروه گواه ($n=15$) گماشته شدند. داده‌ها با استفاده از باورهای اختلال خوردن (EDBQ)، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن (BICI) به دست آمد. داده‌ها با استفاده از روش مانکوا و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS.22 به اجرا درآمد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که گروه درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی ($F=18/26, P<0/001$) و باورهای اختلال خوردن ($F=35/10, P<0/001$) دختران هجده تا سی و پنج سال تاثیر معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به تاثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن دختران هجده تا سی و پنج سال استفاده از این روش‌ها در برنامه ریزی اقدامات بهداشت روانی به خصوص برای دختران هجده تا سی و پنج ساله دارای اضافه وزن توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، تصویر بدنی، باورهای اختلال خوردن، دختران.

مقدمه

طی سال‌های اخیر شیوع چاقی و اضافه وزن در افراد رشد زیادی داشته است و هم‌اکنون به یک مشکل جدید در تمام دنیا تبدیل شده است. اضافه وزن تجمع بیش از حد و یا غیرطبیعی چربی است که ممکن است به سلامتی صدمه بزند (سیموندس و همکاران، ۲۰۱۶). به بیان ساده‌تر چاقی و اضافه وزن نتیجه خوردن بسیار زیاد و تحرک بسیار کم است. چاقی بیماری مزمنی است که به علت نامتعادل بودن میزان دریافت انرژی از راه غذا (میزان مصرف یا سوخت انرژی) در نتیجه فعالیت بدنی بوجود می‌آید. شیوع اضافه وزن و چاقی در بزرگسالان و نوجوانان به میزان نگران‌کننده‌ای رسیده است. این روند در شیوع اضافه وزن و چاقی به طور پیوسته در حال افزایش بوده است (چن و همکاران، ۲۰۱۵).

نوجوانان به ویژه دختران در بیشتر موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش برای مواجهه با فشارهای مرتبط با تغییرات دوره ی بحرانی و پرچالش بلوغ، نگرش‌های نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می‌کنند که این مواجهه ممکن است مشکلات رفتاریهای خوردن را ایجاد کند (گریلو و میشل، ۲۰۱۱). در سبب‌شناسی بی‌اشتهایی عصبی عوامل متعددی مانند عوامل زیست‌شناختی (گریلو و میشل، ۲۰۱۱)، فرهنگی اجتماعی (استیس، پرسنل، اسپینجر، ۲۰۰۲)، رگه و اختلال‌های شخصیت (مورفی، استوجک، مک‌هیل، ۲۰۱۴)، خود (لومیدیس و ولز، ۲۰۰۱)، طرحواره‌های شناختی و باورهای هسته‌ای (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳) و متغیرهای پویایی‌شناسی خانواده (آگرس و همکاران، ۲۰۱۴) مطرح شده‌اند.

گزارش‌های بالینی نشان می‌دهد که این اختلال از مشکل‌ترین آسیب‌های روان‌شناختی و مقاوم به درمان است (گریفیتز و همکاران، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد چندین عامل از جمله الگوهای فکری تثبیت شده درونی (مونفورد و والر، ۲۰۰۶) و سطوح بالای احساس شرم (گاس و گیلبرت، ۲۰۰۲) در مقاومت بیماران نسبت به درمان دخیل هستند. شرم، احساسی ناشی از خود ارزشیابی منفی و فقدان تحمل قرار گرفتن در معرض دید خود یا دیگران است که باعث می‌شود خودانگاره و هویت فرد زیر سوال برود (بدفورد و هوانگ، ۲۰۰۳). بر طبق شواهد، دورنمایه غالب طرحواره‌های افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، تصور خود به عنوان افرادی بی‌ارزش، ناقص یا کفایت است (آلان و گوس، ۲۰۱۴)؛ به عقیده فایربن و همکاران (۲۰۰۹) عامل نگهدارنده کلیدی در این اختلال، قضاوت فرد درباره ارزش خود بر حسب وزن و شکل است که باعث می‌شود وعده‌های غذایی خود را برای رسیدن به شکل یا وزن مطلوب، محدود کند. احساس شرم در زنان با اشتغال ذهنی بیش‌تر با لاغری و نارضایتی از بدن رابطه دارد (کوک، ۱۹۹۱) چنانچه نتایج پژوهش کوپر، روس و ترنر (۲۰۰۵) نیز نشان داد که طرحواره‌ها و باورهای منفی درباره خود، می‌تواند افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن را افراد سالم متمایز سازد. میزان بالاتر خودسرزنی، دغدغه‌های مرتبط با تصویر بدنی، طرحواره‌های شرم/نقص، انزوای اجتماعی و احساس گناه در این افراد مورد تأیید قرار گرفته است (رودگیز و همکاران، ۲۰۱۵).

عوامل متعددی در بی‌اشتهایی عصبی نقش دارند. از بین این عوامل می‌توان به تصویر بدنی و نوع برداشتی که این افراد از بدن خود دارند، اشاره کرد. بسیاری از زنان و دختران در مورد تصویر بدن خود مشکلاتی دارند. از خصوصیات افراد دارای بی‌اشتهایی عصبی تصویر بدنی منفی است (جانی و همکاران، ۲۰۱۶). تصویر بدنی تحریف شده از علائمی هستند که افراد دارای این اختلال از آن رنج می‌برند (مونفورد و

همکاران، ۲۰۱۵). تصویر بدنی منفی می‌تواند به نارضایتی از بدن و احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری در مورد وضعیت ظاهری قسمتی از بدن در حد اختلال عملکرد منجر شود (فیروزی و همکاران، ۲۰۱۶)؛ درک اشتباه از تصویر بدنی می‌تواند برای فرد مشکلات جسمی و روحی به وجود آورد (سعادت و حیدری، ۲۰۱۶). نارضایتی از تصویر بدن نشانه خوبی برای پیش بینی احتمال به وجود آمدن اختلال خوردن در طولانی مدت است؛ در واقع یکی از مقدمات ضروری برای ایجاد اختلال خوردن نارضایتی از تصویر بدن است. افراد با تصویر ذهنی منفی و برداشت نادرست احتمالاً بیشتر مبتلا به اختلال خوردن می‌شوند و بیشتر از احساساتی مانند افسردگی، تنهایی (انزوا)، اعتماد به نفس پایین و وسواس در رابطه با کاهش وزن رنج می‌برند (کاسپی و همکاران، ۲۰۱۷).

از سویی، امروزه روش‌های متفاوت روان‌درمانی برای درمان روان‌شناختی افراد دارای اضافه وزن پیشنهاد شده است یکی از این روش‌ها تحت عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مدلی ترکیبی از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است (مانلیک، کوکران و کوون، ۲۰۱۳). در سال‌های اخیر در کنار همه اعمالی که فرد جهت کاهش وزن و کسب اعتمادبه‌نفس گمشده خود انجام می‌دهد مانند حلقه‌های مغناطیسی، بالون گذاری در معده، کوچک کردن طول روده، قرص‌های لاغری، لیپو ساکشن، انواع جراحی‌ها و اخیراً لیپوماتیک، تحولات وسیعی هم در شیوه‌های درمانی روان‌شناختی درباره تغذیه و اضافه‌وزن و حتی افسردگی ناشی از آن صورت گرفته است از جمله این روش‌ها می‌توان به شیوه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره نمود (فوگلکوویست و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علت‌های اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را چنین می‌بیند: آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه، دلیل‌یابی و راهبردهای سالم جایگزین این‌ها (پیرسون، فولت و هیز، ۲۰۱۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عبارت است از: پذیرش واکنش‌ها و بودن در زمان حال، گزینش یک مسیر ارزشمند، اقدام در جهت طی این مسیر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عموماً از شش اصل بنیادین زیر برای کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعان استفاده می‌شود: گسلش شناختی و یادگیری روش‌هایی که برای کاهش تمایل به عین واقعیت پنداشتن افکار، تصورات، هیجانات و خاطرات به کار می‌رود. اصل بعدی پذیرش و اجازه دادن به آمد و رفت افکار بدون اینکه با آن‌ها مبارزه شود. تماس با لحظه اکنون و آگاهی از اینجا و اکنون؛ و تجربه آن با گشودگی و علاقه‌مندی، شهامت مشاهده خود و دستیابی به حسی تعالی یافته از خود، کشف ارزش‌ها و اکتشاف اینکه چه چیزی برای خود واقعی فرد بسیار مهم است و در نهایت اقدام متعهدانه و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها و تلاش متعهدانه برای رسیدن به آن اهداف (آدل، رودی و پروسنتو، ۲۰۱۸). بنابراین با توجه به افزایش رو به رشد اختلال خوردن بخصوص بی‌اشتهایی عصبی در بین نوجوانان و جوانان و آسیب‌پذیر بودن این دوره از رشد و همچنین نیاز به درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش این اختلال و از طرفی نبود پژوهشی در کشور که به مستقیم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در اختلالات روانی همبودی با اختلال بی‌اشتهایی عصبی مورد بررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. با این که نتیجه گیری بر اساس مطالعات کمی که در آسیا انجام شده باید با احتیاط صورت گیرد، بنظر می‌رسد سطح بالینی از آسیب پذیری در برابر اختلال خوردن در میان دختران آسیایی وجود دارد. خلا پژوهشی

این مطالعه از این جهت است که تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن دختران هجده تا سی و پنج سال صورت نگرفته است لذا در زمینه مورد بررسی شکاف پژوهشی به چشم می خورد. همچنین نتایج این پژوهش می تواند به مدارس، مراکز درمانی، مراکز پژوهشی و مراکز مشاوره و روان درمانی مورد استفاده قرار گیرد. لذا با توجه به مسائل گفته شده هدف پژوهش حاضر رسیدن به پاسخ این سؤال بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن دختران هجده تا سی و پنج اثربخش است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران هجده تا سی و پنج ساله دارای اضافه وزن ساکن شهر ساری بودند که تعداد ۳۰ نفر از آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($n=15$) و گروه گواه ($n=15$) گماشته شدند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰٪ برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. معیار ورود به این پژوهش شامل محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، شاخص توده بدن بالای ۲۵ ($BMI \geq 25$)، نداشتن بیماری طبی جدی به جز اضافه وزن. معیار خروج از روند درمان شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، داشتن برنامه‌ی دیگر جهت کاهش وزن و شاخص توده بدنی بالای ۳۰ ($BMI \geq 30$) و غیبت برای بیش از یک جلسه در فرایند مداخله بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه باورهای اختلال خوردن (EDBQ). این پرسشنامه را کوپر و همکاران در سال ۱۹۹۷ به عنوان یک ابزار خودسنجی در ارزیابی تصورات و باورهای مربوط به اختلال خوردن ساختند. نسخه انگلیسی این ابزار دارای ۳۲ پرسش و چهار زیر مقیاس است: ۱- خودباوری‌های منفی (۱۱ پرسش)؛ ۲- وزن و شکل مورد پذیرش دیگران (۹ پرسش)؛ ۳- وزن و شکل مورد پذیرش خود یا خودپذیری (۶ پرسش)؛ و ۴- کنترل پرخوری (۶ پرسش). گزینه‌های این پرسشنامه طوری تنظیم شده‌اند که جایگاه فرد را در هر پرسش روی یک مقیاس ۱۰۰ درجه‌ای از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۱۰۰ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) مشخص می‌کند. نتایج تحلیل روان‌سنجی نشان داده که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه (۰/۷۴ تا ۰/۱۷) با یکدیگر و کل مقیاس بیان‌گر روایی مناسب این ابزار می‌باشد. اعتبار این آزمون به روش ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. زیر مقیاس‌ها با یکدیگر همبستگی معناداری (بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۱ دارند (رز و همکاران، ۲۰۰۶). در مورد روایی همزمان، همبستگی معناداری بین زیر مقیاس‌های آزمون باورهای اختلال خوردن با آزمون بازخورد خوردن (دامنه معناداری ۰/۵۰ تا ۰/۷۳) با آزمون افسردگی بک (دامنه معناداری ۰/۳۹ تا ۰/۴۱) و با آزمون عزت نفس روزنبرگ (دامنه معناداری ۰/۳۶ تا ۰/۷۱) همبستگی معناداری گزارش شده است.

۲. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن (BICI). این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط لیتلتون و همکاران (۲۰۰۸) طراحی شد. این پرسشنامه از نوع مداد- کاغذی می‌باشد که مشتمل بر ۱۹ ماده است و آزمودنی‌ها می‌بایست به ماده‌های آن بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی پاسخ داده و طیف پاسخ‌ها از ۱ برای هرگز تا ۵ برای همیشه می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهشی که روی نمونه‌هایی از دانشجویان محاسبه گردید. نتایج نشان داد پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی ماده با کل بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ قرار دارد. این همبستگی، نشان دهنده سطح پایایی قابل قبول این آزمون می‌باشد. اعتبار (ضریب روایی) این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی مقیاس ۱۹ ماده‌ای تصویر بدنی با مقیاس خود گزارش‌دهی اختلال بدریختی بدنی ۰/۸۳ گزارش شده است (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز پایایی این پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان برابر ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است (اسماعیلی ریاحی، ۲۰۱۲).

۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در شش جلسه بر اساس پروتکل کیاروچی و همکاران (۲۰۱۴) به شرح جدول زیر برگزار شد.

جدول ۱. جلسات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (کیاروچی و همکاران، ۲۰۱۴)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	در جلسه اول به شرکت کنندگان آموزش داده شد که ارزش‌های خود را شفاف کنند.
جلسه دوم	مهارت‌های مشاهده، تمایل و زندگی کردن بر اساس ارزش‌ها تمرین شد.
جلسه سوم	به رهایی از فشار محیطی اختصاص یافت.
جلسه چهارم	به شرکت کنندگان آموزش داده شد که شیوه‌های شفقت ورزی به خود را اجرا کنند.
جلسه پنجم	پنجم روش‌های ذهن آگاهانه غذا خوردن و رژیم گرفتن آموزش داده شد.
جلسه ششم	به ایجاد انگیزه واقعی برای ورزش رفتن اختصاص یافت و همچنین خلاصه‌ای از فنون آموزش داده شده ارائه شد.

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی، میانگین (انحراف استاندارد) سن در گروه پذیرش و تعهد ۲۰/۳۳ (۲/۴۹) و گروه گواه برابر با ۲۰/۱۳ (۲/۵۵) بود.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	میانگین	میانگین
		انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
خودباوری منفی	آزمایش	۵۲/۶۶	۴۷/۲۰	۴۶/۴۶
	گواه	۵۴/۱۳	۵۳/۹۳	۵۳/۹۳
شکل و وزن مورد پذیرش خود	آزمایش	۴۹/۰۶	۴۷/۲۰	۴۷/۸۰
	گواه	۴۴/۰۶	۴۳/۲۰	۴۴/۱۳
شکل و وزن مورد پذیرش دیگران	آزمایش	۵۱/۸۰	۵۰/۴۰	۵۰/۴۰
	گواه	۵۴/۲۰	۵۴/۰۶	۵۴/۰۶
کنترل پرخوری	آزمایش	۴۶/۱۳	۴۳/۸۶	۴۳/۸۶
	گواه	۴۱/۴۰	۴۰/۸۰	۴۱/۳۳
نگرانی از تصویر بدنی	آزمایش	۱۶/۸۰	۱۴/۸۰	۱۵/۱۳
	گواه	۱۵/۴۰	۱۴/۶۰	۱۵/۱۳
پربشانی روان‌شناختی	آزمایش	۴۵/۱۳	۴۲	۴۱/۴۶
	گواه	۴۱/۴۶	۴۲/۱۳	۴۱/۶۰

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تصویر بدنی در دو گروه پذیرش و تعهد و گروه گواه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موجلی، و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر تصویر بدنی معنی‌دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشده است ($Mauchly's W = 0.20$; $df = 2$; $p < 0.001$). بنابراین از آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره را برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	Eta^2	توان آزمون	اثر
اثر پیلایی	۶/۴۶	۲	۲۷	۰/۰۰۴	۰/۲۸	۰/۸۷	زمان
لامبدای ویلکز	۶/۴۶	۲	۲۷	۰/۰۰۴	۰/۲۸	۰/۸۷	
اثر هلتنینگ	۶/۴۶	۲	۲۷	۰/۰۰۴	۰/۲۸	۰/۸۷	
بزرگترین ریشه روی	۶/۴۶	۲	۲۷	۰/۰۰۴	۰/۲۸	۰/۸۷	
اثر پیلایی	۱۳/۰۴	۲	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹	زمان* گروه
لامبدای ویلکز	۱۳/۰۴	۲	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹	
اثر هلتنینگ	۱۳/۰۴	۲	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹	
بزرگترین ریشه روی	۱۳/۰۴	۲	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹	

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار می‌باشد، بیان‌گر آن است که میانگین آزمون‌ها از نظر اثر بخشی پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر ۰/۷۱ و آزمون $F=6/46$ تفاوت معناداری را میان نمرات اثر بخشی پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی در دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ نشان می‌دهد.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی مجذورات	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات اتا
تصویر بدنی	زمان	۴۹/۲۶	۱/۰۷	۴۵/۹۵	۱۰/۲۵	۰/۰۰۳	۰/۲۶
	زمان گروه	۷۲/۲۰	۱/۰۷	۶۷/۳۴	۱۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴
خودباوری منفی	زمان	۱۸۴/۰۲	۱/۴۴	۱۲۶/۹۸	۲۷۶/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	زمان گروه	۱۶۰/۶۸	۱/۴۴	۱۱۰/۸۸	۲۴۱/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹
شکل و وزن مورد پذیرش خود	زمان	۲۸/۱۵	۱/۱۹	۲۳/۴۷	۱۵/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	زمان گروه	۷/۲۲	۱/۱۹	۶/۰۲	۳/۹۴	۰/۰۴	۰/۱۲
شکل و وزن مورد پذیرش دیگران	زمان	۲۳۶/۸۴	۱	۲۳۶/۸۴	۲۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	زمان گروه	۴۰۱/۱۱	۱	۴۰۱/۱۱	۲۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹

زمان	۳۴/۸۶	۱/۶۵	۲۱/۰۹	۴۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲
کنترل پرخوری	زمان گروه	۱۹/۷۵	۱/۶۵	۱۱/۹۵	۲۶/۷۰	۰/۴۸
گروه	۲۶۶/۹۴	۱	۲۶۶/۹۴	۳۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹

نتایج جدول ۴ بیان گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) معنادار است و برای عامل بین گروهی معنادار نیست. این نتایج به آن معنی است که بدون در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ($F=15/02, df=1/07$) که میزان تاثیر آن ۰/۳۴ است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن

متغیر	گروه	مراحل	پس آزمون	پیگیری
تصویر بدنی	پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۱/۲۳	۱/۷۶
		پس آزمون	-	۰/۵۳*
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۹	۰/۱۱
		پس آزمون	-	۰/۰۷
خودباوری منفی	پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۵/۵۰	۵/۸۳
		پس آزمون	-	۰/۳۳*
	گروه گواه	پیش آزمون	-۰/۰۶	-۰/۰۸
		پس آزمون	-	-۰/۱۱
شکل و وزن مورد پذیرش خود	پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۱/۳۶	۰/۶۰
		پس آزمون	-	۰/۷۶
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۴	۰/۰۳
		پس آزمون	-	۰/۰۷
شکل و وزن مورد پذیرش دیگران	پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۰/۷۶*	۰/۷۶
		پس آزمون	-	۰/۰۱
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۶	۰/۰۴
		پس آزمون	-	۰/۰۸
کنترل پرخوری	پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۱/۴۳	۱/۱۶
		پس آزمون	-	-۰/۲۶
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۴	۰/۰۵
		پس آزمون	-	۰/۰۷

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره متغیر تصویر بدنی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، نسبتاً یکسان و کمتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه پذیرش و تعهد اثربخشی بالا و نسبتاً یکسانی بر روی بهبود تصویر بدنی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که تصویر بدنی در مرحله پیگیری در گروه پذیرش و تعهد نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن دختران هجده تا سی و پنج سال بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و باورهای اختلال خوردن دختران هجده تا سی و پنج سال اثربخش است. در تبیین این یافته می‌توان به شباهت‌های این رویکرد و فرآیندها و شیوه‌هایی که این دو رویکرد مشترک هستند، از جمله اینکه هر دو رویکرد بافتاری را مهیا می‌سازند که شناخت‌ها را به عنوان محصول یک نظام می‌شناسند تا اینکه بیان حقیقت‌های دورن و هر دو رویکرد باور دارند که پاسخ‌های انعطاف‌ناپذیر، پردازش اطلاعات و خودکار به تجارب، پاسخی ناکارآمد بوده و باعث تقویت مشکلات می‌شوند اشاره کرد. بدین ترتیب می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اثربخشی دو روش درمانی شبیه یکدیگر است. بدین ترتیب می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تکنیک‌های تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش، ذهن آگاهی و تعهد در کاهش وزن افراد دارای اضافه وزن به یک اندازه موثر هستند. البته ممکن است پیگیری شش ماهه یا یک ساله نتایج متفاوتی را در زمینه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان دهد. از دیگر مشترکات این دو رویکرد مواجهه با افکار مربوط با تصویر بدنی به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب آنها می‌باشد. در درمان پذیرش و تعهد مواجهه و یا پذیرش تجربه‌ای که یکی از سازهایی است که به عنوان مکانیسم تغییر بررسی می‌شود به هدف افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی همانطور که هستند، حین انجام آنچه که در زندگی برای فرد مهم و در درمان هر دو گروه آزمایشی یکی از مداخله‌های مهم، تمرین مواجهه بود و با توجه به توانایی مواجهه در درمان اختلالاتی که در پی به وجود آمدن این افکار به وجود می‌آیند این امر امکان پذیر است که این مولفه درمانی مشترک در این رویکرد یعنی مواجهه توانسته است که از سایر تفاوت‌های این دو رویکرد پیشی بگیرد و اثربخشی درمان مساوی کند؛ همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که محققان بسیاری اذعان داشته‌اند که نمی‌توان به سادگی مواجهه را از بازسازی شناختی جدا نمود و بسیار مشکل است که بین این دو چه از نظر مفهومی و چه از نظر عملی تمایز قائل شد. چرا که هر دو (مواجهه و بازسازی شناختی) به هدف بوجود آوردن تجارب یادگیری جدیدی پیش می‌روند که با باورهای فرد در مورد احتمال و هزینه پیامدهای اجتماعی منفی در تضاد است و از طرفی تحقیقات پیشین نشان داده که مواجهه منجر به بازسازی شناختی و اینکه بازسازی شناختی و به خصوص تجارب رفتاری اغلب متضمن مواجهه هستند (پیرسون، فولت و هیز، ۲۰۱۲).

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در باورهای اختلال خوردن می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، می‌باشد (داودی و همکاران، ۲۰۲۱). در اینجا با جایگزین کردن خود، به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع در این نوع درمان به افراد آموزش داده شد که چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کرده، از افکار آزاردهنده‌هایی یابند؛ به جای

خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. همچنین در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند (طاهری و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین می‌توان ادعا داشت که در درمان فوق، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شده و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. این درمان، همچنین با تمرکز بر روی استعاره‌های مختلف و تمرکز بر رنج و رهاسازی ذهن و پرهیز از اجتناب تجربه‌ای با استفاده از استعاره و آموزش‌های ارائه شده در جلسه درمان میزان شاخص‌های سلامت کلی و سلامت روان این افراد را بهبود داده است (پیرسون، فولت و هیز، ۲۰۱۲). محدود بودن نتایج پژوهش به بیماران بی‌اشتهایی. این پژوهش تنها بر روی جمعیت بیماران بی‌اشتهایی شهر تهران صورت گرفته و در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروه نمونه دیگر نیز انجام شود و نتایج آن مورد ارزیابی و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد. نتایج حاصل از این پژوهش جهت آگاهی و اطلاع بیشتر به صورت بروشور، فصلنامه و... در اختیار مراکز مشاوره و مراکز درمانی قرار داده شوند. پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی به عنوان مکمل درمان‌های دارویی در مراکز درمانی بیماران قلبی استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان این پژوهش در نگارش این مقاله نقش برابری داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A.,... & Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
- Allan, S., & Goss, K. (2014). Eating disorder beliefs and behaviours across eating disorder diagnoses. *Eating behaviors*, 15(1), 42-44.
- Bedford, O., & Hwang, K. K. (2003). Guilt and shame in Chinese culture: A cross cultural framework from the perspective of morality and identity. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 33(2), 127-144.
- Caspi, A., Amiaz, R., Davidson, N., Czerniak, E., Gur, E., Kiryati, N.,... & Stein, D. (2017). Computerized assessment of body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comparison with standardized body image assessment tool. *Archives of women's mental health*, 20, 139-147.
- Chen, H. H., Tseng, Y. J., Wang, S. Y., Tsai, Y. S., Chang, C. S., Kuo, T. C.,... & Kuo, P. H. (2015). The metabolome profiling and pathway analysis in metabolic healthy and abnormal obesity. *International journal of obesity*, 39(8), 1241-1248.
- Cook, D.R. (1991). Internalized Shame Scale, Menomonie, Wisconsin.
- Cooper, M.J, Rose, K.S., Turner, H. (2005). Core Beliefs and the Presence or Absence of Eating Disorder Symptoms and Depressive Symptoms in Adolescent Girl, *International Journal of Eating Disorder*, 38,1 60-64.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Kristin Bohn, B.A., Hawker, D.M., et al. (2009). Transdiagnostic Cognitive-behavioral Therapy for Patients with Eating Disorders: A Two-site Trial with 60- Week Follow-up, *American Journal of Psychiatry*, 166: 311-319.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body image*, 32, 155-166.
- Firuzi, H., Amiri, F., Saadati, N., & Rostami, M. (2016). The effects of childhood abuse on women's body image and sexual function. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(6), 313-20.
- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualization, research & treatment* (pp. 3-54). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., & Touyz, S. (2015). Positive beliefs about anorexia nervosa and muscle dysmorphia are associated with eating disorder symptomatology. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(9), 812-820.
- Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (Eds.). (2011). *the treatment of eating disorders: A clinical handbook*. Guilford Press.
- Junne, F., Zipfel, S., Wild, B., Martus, P., Giel, K., Resmark, G.,... & Löwe, B. (2016). The relationship of body image with symptoms of depression and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study. *Psychotherapy*, 53(2), 141.
- Loumidis, K., & Wells, A. (2001). Exercising for the wrong reasons: Relationships among eating disorder beliefs, dysfunctional exercise beliefs and coping. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 8(6), 416-423.

- Manlick, C. F., Cochran, S. V., & Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 43*, 115-122.
- Mountford, V. A., Brown, A., Bamford, B., Saeidi, S., Morgan, J. F., & Lacey, H. (2015). BodyWise: evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 23*(1), 62-67.
- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. *Appetite, 73*, 45-50.
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 181-197.
- Saadati, N., & Heydari, H. (2016). Child abuse dimensions with self body-image and sexual satisfaction. *Journal of Research and Health, 6*(4), 413-422.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., McLean, S. A., Massey, R., Mond, J. M., Hay, P. J., & Rodgers, B. (2015). Stigmatizing attitudes and beliefs toward bulimia nervosa: The importance of knowledge and eating disorder symptoms. *The Journal of nervous and mental disease, 203*(4), 259-263.
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta analysis. *Obesity reviews, 17*(2), 95-107.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Journal Health Psychology, 21*(2), 131
- Udell, C. J., Ruddy, J. L., & Procento, P. M. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing resilience and reducing attrition of injured US Navy recruits. *Military medicine, 183*(9-10), e603-e611.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press.

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image and eating disorder beliefs in girls

Amin. Afshin¹, Sevedeh Zahra. Sadati^{2*} & Fatemeh. Zadeh Hasan³

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on body image and eating disorder beliefs in girls between the ages of eighteen and thirty-five.

Methods: The current research method was applied and quasi-experimental designs of pre-test-post-test type with control group. The statistical population of this research included all overweight girls aged 18 to 35 living in Sari, 30 of whom were randomly selected using the available sampling method in two treatment groups based on acceptance and commitment. (n=15) and the control group (n=15) were assigned. Data were obtained using Eating Disorder Beliefs (EDBQ), Body Image Concern Questionnaire (BICI). The data were analyzed using repeated measure analysis of variance, and the above statistical analyzes were performed using the SPSS.22 software. **Results:** The results showed that the acceptance and commitment treatment group improved body image ($F=18.26, P<0.001$) and eating disorder beliefs ($F=35.10, P<0.001$) of girls aged eighteen to Thirty-five years had a significant impact. **Conclusion:** Therefore, it can be concluded that due to the positive effect of treatment based on acceptance and commitment on improving the body image and eating disorder beliefs of eighteen to thirty-five year old girls, the use of these methods in planning mental health measures, especially It is recommended for overweight girls aged eighteen to thirty-five.

Keywords: *acceptance and commitment therapy, body image, eating disorder beliefs, girls.*

1. M.A of Family Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2. ***Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Ghaemshahr Branch, Islamic Azad University, Ghaemshahr, Iran

Email: sadati.zahra@yahoo.com

3. M.A. student, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran