

**The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving
Body Image of Female Students with Bulimia Nervosa**

Abbasi M¹, Porzoor P^{2*}, Moazedi K³, Aslani T⁴

¹Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, Iran

² Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

³ Department of Theology, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

⁴ Centers for Counseling and Psychological Services, Directorate General for Education of Ardabil Province, Ardabil, Iran

*Corresponding Author: Tel: +989301504466 Fax: +984533510132 E-Mail: p.porzoor@gmail.com
Received: 6 Nov 2014 Accepted: 3 Feb 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Patients with bulimia nervosa may have impaired mental image of their body and fear of weight gain. The aim of current research is study the effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving body image of female students with bulimia nervosa.

Methods: The design of current study is as quasi-experiment research with pre-test and post-test with control group. Statistical population consists all 12-16 years old female students with bulimia nervosa of Ardabil city in the 2013-13 academic years. In order to select the sample, at first 400 students were selected by multi stage cluster sampling method. Then between the students with bulimia nervosa, 40 subjects were selected randomly and were put in two experimental and control groups. The experimental group participated in 8 sessions of acceptance and commitment based training. The control group received no intervention. The gathered data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results show that acceptance and commitment therapy improved body image and reduced the symptoms of bulimia nervosa subjects of experimental group in comparison with the control group in the post-test ($P < 0.001$).

Conclusions: The results indicated that acceptance and commitment therapy by therapeutic strategies, improved body image of female students with bulimia nervosa. Thus, interventions based on this approach in schools for students lead to decreasing the psychological problems.

Keywords: Acceptance and Commitment therapy; Body Image; Bulimia Nervosa

اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش آموزان دختر

مبتلا به پراشتهایی عصبی

مسلم عباسی^۱، پرویز پرزور^{۲*}، کاظم معاضدی^۳، طاهر اصلانی^۴

^۱ گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران ^۲ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران ^۳ گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران ^۴ مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی، اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل، اردبیل، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۳۰۱۵۰۴۴۶۶ - فاکس: ۰۹۳۰۱۵۰۴۵۳۳۵۱ - پست الکترونیک: p.porzoor@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی ممکن است دچار تصویر ذهنی مختل از بدنشان و ترس زیاد نسبت به افزایش وزن باشند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی بود.

روش کار: این پژوهش شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی ۱۲-۱۶ ساله شهر اردبیل بود که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند. به منظور انتخاب نمونه، ابتدا ۴۰۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از جامعه آماری انتخاب شدند. سپس از بین افراد دارای پراشتهایی عصبی، ۴۰ آزمودنی به صورت تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (پذیرش و تعهد درمانی) و گروه گواه گمارده شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه به صورت گروهی تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه عادات خوردن و پرسشنامه تصویر بدنی استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش نمره تصویر بدنی و کاهش علائم پراشتهایی عصبی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای درمانی خود، موجب کاهش پرخوری عصبی و بهبود تصویر بدنی در افراد تحت درمان می‌شود. لذا استفاده از این روش درمانی برای مبتلایان به پراشتهایی عصبی در جامعه دختران ایرانی پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: درمان پذیرش و تعهد؛ تصویر بدن؛ پراشتهایی عصبی

دریافت: ۹۳/۸/۱۵ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۴

مقدمه

چالش انگیزترین اختلال روانپزشکی برای درمان، اختلالات خوردن است [۱،۲] که در DSM-5^۱ با عنوان اختلالات تغذیه و خوردن^۲ نام‌گذاری شده است. اختلالات خوردن سندرم‌هایی هستند که در آن تغییر شناختی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای غلط خوردن می‌تواند منجر به عوارض تهدیدکننده

زندگی از نظر تغذیه‌ای و پزشکی شود. اختلالاتی که در DSM-5 جزو اختلالات تغذیه و خوردن قرار گرفته‌اند عبارتند از: اختلال هرزه‌خواری، اختلال نشخوار، اختلال اجتناب/محدودیت غذا، بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، پرخوری مفرط و اختلال تغذیه و خوردن ناشناخته [۳]. مشخصه اصلی پراشتهایی عصبی، پرخوری و پاکسازی پس از آن است. پرخوری عبارت از خوردن حجم زیاد و غیرطبیعی غذا طی یک بازه زمانی مشخص، همراه با احساس عدم کنترل بر غذا خوردن در آن مقطع

^۱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -Fifth Edition

^۲ Feeding and Eating Disorder

وجود دارد [۸]: از این رو آموزش روشهای درمانی مناسب برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به آن در این قشر مهم از جامعه لازم و ضروری است. درمانی که در این پژوهش به کار برده شد درمان پذیرش و تعهد (ACT)^۲ می باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است، در این درمان به جای تغییر شناختها سعی می شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پذیرش و تعهد درمانی هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود [۹]. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد [۱۰، ۱۱].

شواهد پژوهشی نشان می دهد که پذیرش و تعهد درمانی در کاهش پراشتهایی عصبی و تصویر بدنی منفی در افراد مبتلا به پرخوری عصبی اثربخش است [۱۲]. همچنین در زمینه اختلال پراشتهایی عصبی شواهد پژوهشی نشان می دهد که درمان های ترکیبی شناختی-رفتاری رفتار پرخوری را کاهش می دهد و سایر رفتارها نظیر رژیم های ناسازگار و تصویر بدن تحریف شده را بهبود می بخشد [۱۳، ۱۴، ۱۵].

از طرفی شواهد پژوهشی نشان می دهد که پذیرش و تعهد درمانی باعث افزایش خودکارآمدی در افراد تحت درمان شده و افزایش خودکارآمدی نیز کاهش رفتارهای پرخوری را در پی دارد [۱۶، ۱۷]. با توجه به افزایش رو به رشد اختلال پراشتهایی عصبی در بین افراد نوجوان و آسیب پذیر بودن این دوره از رشد و همچنین نیاز به درمان های روانشناختی

زمانی می باشد. در این اختلال، رفتارهای جبرانی پس از پرخوری رخ می دهد که ممکن است شامل استفراغ، استفاده از مسهل، مدر، تنقیه یا سایر داروها، روزه داری و یا ورزش شدید باشد. بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی، اغلب در فواصل نامنظم غذا می خورند و زمان های طولانی روزه داری سبب ایجاد احساس وسوسه شدید به غذا و به تبع آن دوره های پرخوری و پاکسازی می شوند [۴].

عوامل متعددی در پراشتهایی عصبی نقش دارند. از بین این عوامل می توان به تصویر بدن^۱ 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 پراشتهایی عصبی ناتوانی در گرفتن رژیم، عدم بازداری و تصویر بدنی منفی است [۵]. افکار وسواسی درباره غذا، ورزش و تصویر بدنی تحریف شده از علائمی هستند که افراد دارای این اختلال از آن رنج می برند [۶].

تصویر بدنی منفی می تواند 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. درک اشتباه از تصویر بدنی می تواند برای فرد مشکلات جسمی و روحی به وجود آورد. 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 می شوند و بیشتر از احساساتی مانند افسردگی، تنهایی (انزوا)، اعتماد به نفس پایین و وسواس در رابطه با کاهش وزن رنج می برند [۷].

تحقیقات نشان داده اند که هم اکنون سطح بالایی از آسیب پذیری در برابر اختلالات خوردن در میان زنان

² Acceptance and Commitment Therapy

¹ Body Image

برای کاهش اختلال پراشتهایی عصبی و از طرفی کافی نبودن پژوهش‌هایی که به طور مستقیم اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی را در بهبود تصویر بدنی مورد بررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر را ضروری می‌سازد. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن دانش‌آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی می‌باشد.

روش کار

طرح پژوهش این مطالعه به صورت شبه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. در این پژوهش درمان به عنوان متغیر مستقل محسوب می‌شود که سطوح آن پذیرش و تعهد درمانی و عدم مداخله است. متغیرهای تصویر بدنی و علائم پراشتهایی عصبی (براساس مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته منطبق با DSM-5 انجام گرفت و شدت آن قبل و بعد از درمان با استفاده از مقیاس پراشتهایی عصبی اندازه‌گیری شد) به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند. جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی ۱۶-۱۲ ساله شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. روش انتخاب نمونه در ۲ مرحله زیر صورت گرفت: در مرحله اول، ۴۰۰ دانش‌آموز دختر ۱۶-۱۲ ساله (نوجوان) از بین مدارس شهر اردبیل به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. دانش‌آموزانی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۵) در مقیاس پراشتهایی عصبی کسب کردند، شناسایی و مورد مصاحبه بالینی (طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه پنجم) توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی قرار گرفتند. در مرحله دوم از بین ۱۰۹ دانش‌آموزی که تشخیص اختلال پراشتهایی عصبی دریافت کرده بودند، ۴۰ آزمودنی دارای پراشتهایی عصبی به صورت تصادفی در دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای

درمان پذیرش و تعهد (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). گروه آزمایش در ۸ جلسه به صورت گروهی تحت پذیرش و تعهد درمانی قرار گرفتند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد [۱۸].

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه عادات خوردن: پرسشنامه عادات غذا خوردن توسط کوکر و راجر در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است. این پرسشنامه ۵۷ ماده دارد که متشکل از سه عامل نگرانی در مورد وزن و پرهیز غذایی ۲۸ ماده، بازداری ۱۵ ماده و پرخوری ۱۴ ماده است [۱۹]. در این پرسشنامه آزمودنی به هر بخش با انتخاب یکی از دو گزینه درست-نادرست پاسخ می‌دهد و این بخش‌ها به صورت یک و صفر نمره گذاری می‌شوند. در پژوهش شریفی ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۰، عامل اول ۰/۶۰، عامل دوم، ۰/۷۰، عامل سوم ۰/۴۲ به دست آمد. ضریب اعتبار بازآزمایی بعد از چهار هفته برای کل پرسشنامه ۰/۶۵، عامل اول ۰/۶۰، عامل دوم ۰/۵۷ و عامل سوم ۰/۶۴ بود [۲۰]. در این پژوهش فقط از عامل پرخوری با نقطه برش ۱۵ برای سنجش علائم این اختلال استفاده شده است.

پرسشنامه‌ی تصویر بدن فیشر: در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی تصویر بدن فیشر استفاده شده است. این آزمون در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است. هر ماده، دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴، خیلی راضی=۵) می‌باشد. کسب نمره‌ی ۴۶ و پایین‌تر از آن نشان‌دهنده‌ی اختلال و نمره‌ی بالاتر از ۴۶ و هرچه بالاتر (نهایتاً نمره ۲۳۰) عدم اختلال را نشان

پژوهش در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. سپس برای گروه آزمایشی مداخله اعمال شد. روش مداخله این پژوهش عبارت بود از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای یکبار توسط متخصص روان شناسی در یکی از کلاس های مدارس که توسط اداره کل آموزش و پرورش تعیین شده بود، اجرا شد. این آموزش ها شامل:

جلسه ی اول: اجرای پیش آزمون، ارزیابی دانش آموزان، مصاحبه تشخیصی و ضابطه بندی درمان. **جلسه دوم:** آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در دانش آموزان نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل. **جلسه سوم:** آموزش نوپیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آن ها تلاش نموده است. **جلسه چهارم:** ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی بواسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف. **جلسه پنجم:** آموزش زندگی ارزش مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف. **جلسه ششم:** ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزشها، اهداف و اعمال و موانع آن ها. **جلسه هفتم:** بررسی مجدد ارزشها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد. **جلسه هشتم:** شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع بندی و اجرای پس آزمون، بود.

در این مدت گروه گواه هیچ گونه مداخله ای دریافت ننمود. دو هفته پس از درمان مجدداً آزمودنی های دو گروه پس آزمون شدند و سرانجام داده های حاصله با روش تحلیل کواریانس به وسیله نرم افزار SPSS17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است اطلاعات مربوط به آزمودنی ها محرمانه نگه داشته شده و افرادی که در لیست انتظار بودند بعد از انجام پژوهش به صورت داوطلبانه و با هماهنگی مسئولان مدارس و والدین آنها، تحت درمان قرار گرفتند.

می دهد. ضریب همبستگی محاسبه شده ی آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون، برای دانش آموزان سال اول ۰/۸۱، دانش آموزان سال دوم ۰/۸۴، دانش آموزان سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش آموزان ۰/۸۴ می باشد [۲۱]. در تحقیق نظریور و خزرائی [۲۲] نیز، پایایی و روایی پرسشنامه ی تصویر بدنی با سه روش آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن براون و ضریب تنصیف گاتمن محاسبه گردید که به ترتیب برابر ۰/۹۱۷، ۰/۸۶۱ و ۰/۸۶۱ به دست آمد. جهت انجام پژوهش، محقق پس از مراجعه به آموزش و پرورش کل شهرستان اردبیل و کسب مجوزهای لازم، نمونه گیری مرحله اول انجام گرفت. سپس مقیاس پرخوری از پرسشنامه عادات خوردن بر روی ۴۰۰ دانش آموز نمونه مرحله ی اول اجرا شد. از بین ۴۰۰ دانش آموز نمونه گیری مرحله ی اول و با در نظر گرفتن نقطه برش برای مقیاس پراشتهایی عصبی؛ ۱۰۹ دانش آموز دارای پراشتهایی عصبی تشخیص داده شدند که از این میان با در نظر گرفتن ملاک های شمول شامل (دارا بودن ملاک های تشخیصی اختلال پراشتهایی عصبی براساس DSM-5، عدم مصرف داروهای روانگردان، عدم ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی دیگر (با مصاحبه بالینی)، نداشتن بیماریهای حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی) و ملاک های خروج شامل (ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، نداشتن بیماری های حاد و مزمن جسمی، مصرف داروهای روانگردان، شرکت همزمان در سایر برنامه های درمان، و دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی)، پس از کسب رضایت داوطلبانه جهت شرکت در درمان، ۴۰ دانش آموز به صورت تصادفی به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شده و ۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. در ادامه پیش آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شده و پرسشنامه های

یافته ها

میانگین (و انحراف) معیار سنی دانش آموزان مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۱۳/۱۷ (و ۲/۲۱) و ۱۴/۳۳ (و ۲/۳۶) بود. بین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای سن، پایه تحصیلی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده تفاوت معناداری وجود نداشت. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) دانش آموزان مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی در مرحله پیش آزمون برای گروه کنترل به ترتیب برای تصویر بدنی ۳۹/۵۱ (و ۱۳/۴۲) و علائم پراشتهایی ۲۲/۱۸ (و ۴/۹۳) و گروه آزمایش به ترتیب برای تصویر بدنی ۳۹/۸۴ (و ۱۲/۱۱) و علائم پرخوری ۲۳/۱۳ (و ۳/۳۵) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) دانش آموزان دارای اختلال پراشتهایی در مرحله پس آزمون برای گروه کنترل به ترتیب برای تصویر بدنی ۳۹/۰۹ (و ۱۳/۲۵) و علائم پر خوری ۲۲/۲۶ (و ۴/۰۱) و گروه آزمایش به ترتیب برای تصویر بدنی ۵۱/۴۷ (و ۱۴/۲۷) و علائم پراشتهایی ۱۳/۲۴ (و ۲/۲۳) می‌باشد. نتایج نشانگر آن است که در مرحله پیش آزمون

تفاوت چندانی بین میانگین نمرات تصویربدنی و علائم پراشتهایی عصبی در دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد، اما در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف استاندارد نمرات ادراک تصویر بدنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش (مطلوب) یافته و علائم پراشتهایی عصبی کاهش یافته است. به منظور تفسیر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی و همچنین برای تعیین اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد. به همین جهت در ابتدا پیش فرض همگنی واریانس/کواریانس ها به وسیله ی آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و از آنجایی که نتایج به دست آمده برای هیچ کدام از واریانس ها در نمرات متغیرهای وابسته معنادار نبودند ($P > 0.05$)، در نتیجه همگنی واریانس ها/کواریانس ها تأیید شد. برای مشخص شدن اینکه از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک متغیری انجام گرفت که نتایج حاصله در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس نشان داد

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروههای آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

آزمایش		کنترل		متغیر
SD	M	SD	M	
۱۲/۱۱	۳۹/۸۴	۱۳/۴۲	۳۹/۵۱	پیش آزمون
۱۴/۲۷	۵۱/۴۷	۱۳/۲۵	۳۹/۰۹	تصویر بدنی
۳/۳۵	۲۳/۱۳	۴/۹۳	۲۲/۱۸	پیش آزمون
۲/۲۳	۱۳/۲۴	۴/۰۱	۲۲/۲۶	علائم پراشتهایی عصبی

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس بر تصویر بدنی و علائم پراشتهایی عصبی

P	F	MS	df	SS	منابع تغییر	متغیرهای وابسته
۰/۰۰۱	۲۹/۹	۱۶۲/۳	۱	۱۸۵/۴	پیش آزمون	تصویر بدنی
۰/۰۰۱	۴۵/۲	۲۴۷/۶	۱	۲۶۹/۱	گروه	
	۵/۱۲		۳۸	۲۱۰/۷	خطا	
			۴۰	۶۶۵/۲	کل	
۰/۰۰۱	۳۱/۷	۱۲۴/۶	۱	۱۲۴/۶	پیش آزمون	علائم پراشتهایی عصبی
۰/۰۰۱	۲۱/۱	۸۵/۸	۱	۸۵/۸	گروه	
			۳۸	۱۴۷/۸	خطا	
			۴۰	۳۵۹/۲	کل	

فرد تجارب و ادراکات ذهنی را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل می‌پذیرد و در نتیجه بر آگاهی روانی وی افزوده می‌شود [۲۵] تا به عادی کردن الگوهای خوردن تمرکز داشته باشد. این نوع پذیرش و تعهد در فرد، منجر به برنامه ریزی و خاتمه دادن به چرخه‌های پراشتهایی و تخلیه را در بر می‌گیرد و به بیمار آموزش داده می‌شود که مقادیر کمتری از غذا را به طور منظم مصرف کند.

همچنین هدف عنصر شناختی این درمان، به نوعی می‌تواند شامل تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی باشد که چرخه پرخوری را آغاز کرده یا به آنها تداوم می‌بخشد. این کار از طریق پذیرش افکار ناکارآمد همراه با توقف پراشتهایی عصبی انجام می‌شود. برای مثال، در پذیرش و تعهد درمانی با گرایش به تقسیم کردن همه غذاها به طبقات خوب و بد مبارزه می‌شود، به این معنی که ارائه اطلاعات مبتنی بر واقعیت، بیمار را ترغیب می‌کند که برای خودش مشخص کند که خوردن غذای بد لزوماً به از دست دادن کامل کنترل بر خوردن منجر نمی‌شود [۲۴].

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و گروه گواه در تصویر بدنی منفی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، پذیرش و تعهد درمانی باعث افزایش (بهبود) و تصحیح تصویر بدنی منفی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این یافته در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر [۲۸، ۲۶، ۲۷] است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در پذیرش و تعهد درمانی از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریفات فکری و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها (نسبت به وضعیت جسمی و تصویر از بدن) استفاده می‌شود. بدین صورت که با اجازه دادن به آمد و رفت افکار و ادراکات مربوط به تصویر بدنی بدون اینکه با آن‌ها مبارزه شود، به فرد آموخته می‌شود.

که بین دختران مبتلا به پراشتهایی عصبی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر تصویر بدنی تفاوت وجود دارد ($F(1/38)=45/2, P<0/001$). به عبارت دیگر، نمره تصویر بدنی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس از آزمون افزایش (بهبود) پیدا کرده است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان می‌دهد که بین دختران مبتلا به پراشتهایی عصبی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر علائم پراشتهایی عصبی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/01$). به عبارت دیگر علائم پرخوری عصبی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس از آزمون کاهش پیدا کرده است. در نتیجه بین میانگین نمرات پس از آزمون تصویر بدنی و علائم پراشتهایی در دو گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش پراشتهایی عصبی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر، پراشتهایی عصبی در افرادی که در جلسات پذیرش و تعهد درمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر [۱۲، ۲۲] است. همچنین به نوعی با یافته‌های پژوهش‌هایی که تأثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری بر پراشتهایی عصبی را نشان دادند، همخوانی دارد [۱۵، ۱۴، ۱۳، ۲۴]. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که علت کاهش علائم اختلال، در محتوای برنامه‌های این رویکرد است. چرا که در این روش،

قابلیت تعمیم نتایج را افزایش می دهد. پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی، این درمان در گروه های بزرگ تر و نیز با روشهای دیگر درمانی مقایسه شود و در دوره پیگیری، تداوم اثر درمانی آن بررسی شود.

نتیجه گیری

بر طبق نتایج حاصل، این مطالعه نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش آموزان دارای پراشتهایی عصبی قابلیت کاربرد داشته و می تواند به عنوان یک مداخله ی روانشناختی مفید در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد. همچنین می تواند درمان مناسبی برای بهبود تصویر بدنی منفی افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی باشد. با توجه به تحقیقات و شیوع بالای پراشتهایی عصبی در دختران نسبت به پسران، وجود این اختلال و علایم همراه آن می تواند پیامدهای نامطلوبی برای وضعیت تحصیلی آنها به همراه داشته باشد. بنابراین به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به بهبود علایم آنها منجر شود. لذا استفاده از پذیرش و تعهد درمانی به عنوان روشی اثربخش برای مقابله با اختلال پراشتهایی عصبی و بهبود تصویر بدنی دختران جامعه ایرانی پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و امتنان خود را از مسئولان اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل و همچنین دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش، که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، اعلام می دارند.

شود که خود را از تجارب ذهنی مربوط به وضعیت جسمی خود جدا سازد (جداسازی شناختی). به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و این به فرد کمک می کند تا ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها) و در نهایت، انگیزه ای جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در فرد ایجاد می شود [۲۵]. به طوریکه فرد دارای تصویر بدنی منفی، به ارزش های شناسایی شده در طول درمان از جمله وضعیت جسمی خود، آگاهی روانی پیدا کرده و از طریق کاهش نشخوارگری، افزایش میزان پذیرش، کاهش گسلس هیجانی می تواند بر بهبود تصویر بدنی خود تأثیر بگذارد.

بنابراین پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می شود. اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی در کاهش تصویر بدنی منفی را نیز می توان این گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل گیری اختلال پراشتهایی عصبی اختلال در تصور از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است. با توجه به این که در درمان فوق روی تغییر نگرش مثبت به بدن تأکید می شود، این روش می تواند در بهبود تصاویر بدنی مؤثر واقع شود [۱۲،۲۴].

از محدودیت های این پژوهش، کمبود وقت برای پیگیری بعد از درمان بود. انجام پژوهش صرفاً بر روی دختران ۱۶-۱۲ ساله (نوجوان) شهر اردبیل، تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می سازد. انجام پژوهش بر روی سایر گروه های سنی و جنسی

References

- 1- Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, 2008: 7-22.
- 2- National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. Nice Clinical Guideline: 2004 January: 9.

- 3- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013: 329-54.
- 4- Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutr Clin Pract*. 2010 Apr; 25(2): 110-5.
- 5- Sim LA, Mcalpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc*. 2010 Aug; 85(8): 746-51.
- 6- Spear B. Does dieting increase the risk for obesity and eating disorder? *J Am Diet Assoc*. 2006 Apr; 106(4): 523-5.
- 7- Ivarsson T, Svalander P, Litler O, Nevenon L. Weight concern, body image ,depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eat Behav*. 2006 May; 7: 161-75.
- 8- Merwin R, Timko CA, Moskovich A, Konrad Ingle K, Bulik CM, Zucker N. Psychological in flexibility and symptom expression in anorexia nervosa. *ED: JTP*. 2011 Dec; 19(1): 62-82.
- 9- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change, 3th ed. New York: Guilford, 1999: 165-171.
- 10- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression; description and comparison. *Behave Anal*. 2006 Fall; 29(2): 161-185.
- 11- Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Oct; 70 (5): 1129-1139.
- 12- Manlick CF, Cochran SV, Koon J. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *J Contemp Psychother*. 2013 June; 3(9): 1-8.
- 13- Houman F, Mehrabi zadeh Honarmand M, Khajeddin N, Zargar Y. The effects of cognitive behavior group therapy on binge eating disorder and in women of Ahvaz overeating anonymous. *Jundishapour Sci Med J*. 2011 Winter; 10(4): 417-425. [Full text in Persian].
- 14- Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. Brief, four-session group cbt reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis*. 2009 Mar-Apr; 5(2): 257-62.
- 15- Duchesne M, Appolinario JC, Rangé BP, Fandiño J, Moya T, Freitas SR. The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Mar; 29(1): 23-5.
- 16- Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press; 2004: 243-60.
- 17- Favaro A, Caregato L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 2009 Dec; 70(12): 1715-21.
- 18- Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences, 4th ed. Tehran: Viraiesh Publisher, 2011: 89-99. (Full text in Persian)
- 19- Coker S, Roger D. The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorders. *J Psychosom Res*. 1990 Apr; 34(2): 223-231.
- 20- Sharifi O. The examination of rate of eat disorders, relations it's to depression, self-esteem and economic-social status of girl students of the Ahvaz city. [dissertation]. Ahvaz branch, Islamic Azad University; 1995. [Full text in Persian]
- 21- Asgari P, Pasha GH, Aminian M. The relationship of emotional, psychological stressors of life and body image in women with eating disorders. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2009 Fall; 4(13): 65-78. [Full text in Persian].
- 22- Nazarpour S, Khazayi K. Investigate the relationship between body image and style coping with primary dysmenorrhea. *J Fundam Ment Health*. 2013 Winter; 14 (4): 344-55. [Full text in Persian].

- 23- Forman EM, Herbert JD. *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies*, 2th ed. Hoboken, Wiley, 2008: 263-265.
- 24- Abolghasemi A, Jafari E. Efficacy of dialectical behavior therapy on body image and self-efficacy in women with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*. 2012 Summer; 5(12): 37-29. [Full text in Persian].
- 25- Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2014 Winter ; 14(4): 412- 23.[Full text in Persian]
- 26- Delinsky SS, Wilson GT. Cognitive behavior therapy with Body image exposure for bulimia nervosa: A Case Example. *Cogn & Behav Pract*. 2010 August; (17): 270-277.
- 27- Moseley GL, Parsons TJ, Spence C. Visual distortion of a limb modulates the pain and swelling evoked by movement. *Curr Biol*. 2008 Nov; 11: 1188-91.
- 28- Vocks S, Wachter A, Wucherer M, Kosfelder J. Look at yourself: can body image therapy affect the cognitive and emotional response to seeing oneself in the mirror in eating disorders? *Eur Eat Disord Rev*. 2008 Mar; (16): 147-154.