MEJDS. 2020; 10:10.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

# Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Overeating and Stress in Women with Eating Disorders

Mohammadi K[1], *Vafai Moghaddam M[2]

**Author Address**
1. Assistant Professor of Counseling and Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran;
2. PhD student of psychology, Islamic Azad University, Bandar Abbas branch, Bandar Abbas Iran.
***Corresponding Author Email:** Mvafayee11@gmail.com

**Received:** 2018 October 22; **Accepted:** 2018December 15

**Abstract**

**Background & Objective**: Eating disorders are considered as a psychological disorder. This type of disorder causes physical and mental impairment disrupts the quality of life of the affected person and may increase mortality. Research evidence suggests that emotions greatly affect eating choices and eating behaviors, and eating behaviors have an impact on excitement. Studies have also shown that emotions like stress, depression and anger increase eating behaviors. Given that stress and excitement have led to an increase in eating in women, this leads to obesity and the risk of death, and that admission and commitment training as a treatment method are criteria for a good treatment, but domestic research that has an impact. This method has not been considered for emotional overeating and stress. Therefore, the main goal of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy to eating and stress in women with eating disorder.

**Methods**: This study was a quantitative study. In this study, a semi–experimental design, a pre–test and post–test design with control group was used to determine the effect of admission and commitment therapy on emotional overeating and stress in women with eating disorder. The statistical population of this study was all women with eating disorder in Tehran (capital city of Iran). Of this community, 30 were selected purposefully and randomly replaced in two groups in experimental and control (n=15 for each group); in the replacement of individuals, both groups (experiment and control) tried to match the age, education, and cultural conditions. The method of execution was to start the research after receiving the letter from the university and coordinating with the officials of the clinic in Tehran. First, for the experimental and control groups, a pre–test of the emotional and stress–seeking questionnaire was performed for both groups. Acceptance and commitment treatment sessions were performed in 8 sessions for the experimental group, but no intervention was applied to the control group. Immediately after the completion of the experimental intervention for the experimental group and the post–test group, an interpersonal relationship was performed. Thus, the required data finally, using SPSS software version 20 and test covariance was analyzed for the findings.

**Results**: In this study, 30 women with eating disorder were present. The mean age of women was 41.33 years with a standard deviation of 3.12. The results showed that the mean emotional eating score of the experimental group decreased from 50.13±10.72 to 38.43±10.52 and the stress from 43.10±8.13 to 32.19±8.97, respectively. The results of covariance analysis indicated that the treatment of admission and commitment of emotional overeating and stress decreases in women with eating disorder ($p$<0.001).

**Conclusion**: Treatment of admission and commitment to emotional overeating and stress in women with eating disorder is effective. In explaining this result, it can be concluded that adherence–based therapy and commitment based on the techniques and content that are present in the sessions have led to a reduction emotional binge eating and stress. In this method of therapy, the individual fully treats experiences and mental perceptions without any internal or external reaction to their elimination, and as a result, he increases his mental awareness to normal focus on eating patterns. Focus on normalizing eating patterns. This type of acceptance and commitment in the individual leads to the planning and termination of overeating and evacuation cycles, and is taught to consume less food on a regular basis. Therefore, it is suggested that counselors and therapists use this method more often for those with eating disorder. It is also suggested that future studies should be conducted on other age and sex groups. This treatment should be compared in larger groups and with other therapies, and in the follow–up period, the continuation of its therapeutic effect should be investigated.

**Keywords:** Acceptance and commitment (ACT), Emotional eating, Stress, Eating disorder.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.42.1 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۰.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

# اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی و استرس در زنان دارای اختلال خوردن

کوروش محمدی[۱]، *ملودی وفایی مقدم[۲]

**توضیحات نویسندگان**

۱. استادیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران؛

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Mvafayee11@gmail.com

**تاریخ دریافت:** ۳۰ مهر ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ آذر ۱۳۹۷

**چکیده**

**زمینه و هدف:** اختلالات خوردن یکی از اختلال‌های روان‌تنی به‌شمار می‌رود که محققان به دلایل و درمان آن می‌پردازند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی و استرس زنان دارای اختلال خوردن انجام شد.

**روش‌بررسی:** پژوهش حاضر به‌روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را زنان دارای اختلال خوردن شهرستان تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس ۳۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. در پیش‌آزمون پرسشنامه‌های اختلال خوردن داچ (۱۹۸۶) و استرس کوهن (۱۹۸۳) اجرا شد و سپس مداخلهٔ درمان پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش صورت گرفت. بلافاصله بعد از اتمام مداخله، پس‌آزمون پرسشنامه‌ها برای هر دو گروه انجام پذیرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ و تحلیل کواریانس تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین خوردن هیجانی نمرهٔ گروه آزمایش به‌ترتیب از ۱۰/۷۲±۵۰/۱۳ به ۱۰/۵۲±۳۸/۴۳ و استرس از ۸/۱۳ ±۴۳/۱۰ به ۸/۹۷±۳۲/۱۹ کاهش پیدا کرد و نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان پذیرش و تعهد پرخوری هیجانی و استرس زنان را کاهش می‌دهد ($p<۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری:** درمان پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی و استرس زنان دارای اختلال خوردن مؤثر است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران از این روش برای افراد با اختلال خوردن بهره ببرند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT)، خوردن هیجانی، استرس، اختلال خوردن.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.42.1 ]

## ۱ مقدمه

اختلالات خوردن یکی از اختلال‌های روانی/روان‌تنی به‌شمار می‌رود. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می‌شود و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کند؛ همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ‌و میر شود (۱). این اختلال‌ها به سه شکل بی‌اشتهایی هیجانی و پرخوری هیجانی و بینابین وجود دارد. اختلالات خوردن دارای خصوصیات بارزی ازجمله مختل‌شدن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلال‌های بارز در افکار خویش دربارهٔ غذا و خود بوده و از همه مهم‌تر بی‌اشتهایی و پراشتهایی هیجانی است. بی‌اشتهایی عصبی با علائمی مانند گرسنگی‌کشیدن عمدی به‌میزان زیاد، تمایل بی‌وقفه برای لاغری، ترس مرضی از چاقی و وجود علائم و نشانه‌های ناشی‌از گرسنگی‌کشیدن و روزه‌داری همراه است. پراشتهایی عصبی علائمی چون روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن، دوره‌های پرخوری با بسامد زیاد، رفتارهای جبرانی متعاقب پرخوری به‌منظور پیشگیری از افزایش وزن و ترس مرضی در چاق‌شدن را در بر می‌گیرد. نگرش‌ها و رفتارها دربارهٔ خوردن توسط عوامل چندگانه‌ای نظیر عامل‌های روان‌شناختی و استرس مشخص می‌شود (۲).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که هیجانات بر انتخاب غذا و رفتارهای خوردن به‌شدت تأثیر می‌گذارد و رفتارهای خوردن نیز اثر زیادی بر هیجان‌ها دارد (۳). همچنین پژوهش‌ها بیانگر این است که هیجاناتی مانند استرس و افسردگی و عصبانیت موجب افزایش رفتارهای خوردن می‌شود (۴).

پرخوری هیجانی، به‌عنوان تمایل به خوردن در پاسخ به حالات هیجانی منفی مانند خشم و ترس یا اضطراب تعریف شده و پاسخی غیرمعمول به پریشانی است (۵). افراد دارای خوردن هیجانی، به آشفتگی‌های هیجانی خود به‌صورت افزایش پرخوری به‌خصوص خوراکی‌های شیرین و پرچرب، پاسخ می‌دهند (۶). در نتیجهٔ این رفتار پرخوری، خطر ابتلا به چاقی در این افراد افزایش می‌یابد و کاهش وزن دشوار می‌شود. درنهایت کاهش در خوردن هیجانی با کاهش وزن بیشتر در زنان همراه است (۷).

علاوه‌بر خوردن هیجانی، یکی از مسائل روانی مرتبط با اختلال خوردن استرس است؛ استرس در شکل‌گیری و گسترش اختلالات خوردن نقش بسیار مهمی دارد (۸). پژوهش‌ها نیز نشان‌دهندهٔ رابطه بین استرس و اختلال‌های خوردن در زنان است (۹،۱۰). زنان هنگام تجربهٔ سطوح شدید استرس، گرسنگی بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۱). مطالعات تجربی و همچنین پیمایشی نشان داده‌اند که سطح زیاد استرس با خوردن بیشتر غذا همراه است (۱۲)؛ بنابراین اگر رویکرد درمانی مناسبی به‌کار رود، به‌نظر می‌رسد بتواند باعث کاهش استرس و خوردن هیجانی در زنان شود.

گسترهٔ متنوعی از رویکردهای درمانی برای بهبود مسائل روانی و هیجانی افراد شکل گرفته است. از رویکردهای درمانی جدید می‌توان به درمان‌های نسل سوم اشاره کرد که تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی‌بر پذیرش نام دارند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد که بر افراد دارای اضافه‌وزن و چاق نیز تأثیر مثبت دارد (۱۳)، از روش‌های درمانی غیرداروییی بوده که مبتنی‌بر کاهش استرس و روان‌درمانی است. در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۴). پذیرش/تعهددرمانی موج سوم درمان شناختی‌رفتاری نامیده می‌شود. پذیرش و تعهددرمانی (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون درنظرگرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی‌رفتاری حضور ندارد. همچنین هدف روش‌های درمانی به‌کاررفته در پذیرش و تعهددرمانی افزایش تفکر واقع‌نگر و مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست؛ بلکه اهداف این شیوه‌ها بر کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها به‌خصوص تمرکز بر لحظهٔ حال بدون پیش‌گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیرارزیابانه استوار است. این روش درمانی شامل تجزیه‌وتحلیل رفتاری مشکلات بیماران می‌شود. در این درمان شش مفهوم مهم تأییدشده در ذهن‌آگاهی مدنظر بوده که شامل پذیرش، مرتبط‌بودن به زمان حال، ارزش‌ها، گسلش، فعالیت متعهدانه و توجه به خود است (۱۵).

پژوهش‌های مختلفی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد پرداختند؛ برای مثال در پژوهشی تجربی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان ولع خوردن و کاهش وزن تأثیر معناداری داشت (۱۳). دالن و همکاران (۱۶) دریافتند که مداخلهٔ مبتنی‌بر رویکردهای نسل سوم بر رفتارهای خوردن و پریشانی روان‌شناختی مؤثر است. کریستلر و وولر (۱۷) نیز مشخص کردند که این رویکرد بر کاهش پرخوری تأثیر معناداری دارد. همچنین پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر کاهش استرس نشان دادند (۱۸،۱۹).

باتوجه به مطالب مذکور استرس و هیجان سبب افزایش خوردن در زنان می‌شود؛ این امر چاقی و خطر مرگ را به‌همراه دارد. همچنین آموزش پذیرش و تعهد (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) به‌عنوان روشی درمانی دارای معیارهای درمان مناسب است؛ اما پژوهش داخلی یافت نشد که تأثیر این روش را بر پرخوری هیجانی و استرس سنجیده باشد؛ لذا هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی و استرس زنان دارای اختلال خوردن بود.

## ۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نظر نوع هدف کاربردی و از نظر نوع داده‌ها، پژوهشی کمی بود. در این مطالعه از روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه به‌منظور بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی و استرس زنان دارای اختلال خوردن استفاده شد. جامعهٔ آماری را تمامی زنان دارای اختلال خوردن شهرستان تهران تشکیل دادند. این افراد ازطریق مراجعه به کلینیک‌های شهرستان تهران در مناطق مختلف و فراخوان در کانال‌های تلگرامی کلینیک‌ها شناسایی شدند. از این جامعه، ۳۰ نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دوگروه (۱۵ نفره) آزمایشی و گواه قرار گرفتند. در



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.42.1 ]

جایگزینی افراد برای هر دو گروه (آزمایش و گواه) سعی شد از لحاظ سنی و تحصیلات و موقعیت فرهنگی همتاسازی شود. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن اختلال خوردن؛ نداشتن بیماری‌های روانی دیگر؛ زن بودن. ملاک خروج از مطالعه شامل مصرف دارو مربوط به اختلال خوردن بود. روش اجرا بدین‌ترتیب بود که بعد از گرفتن نامهٔ معارفه از دانشگاه و هماهنگی‌های لازم با مسئولان کلینیک شهر تهران، اجرای پژوهش شروع شد؛ بدین‌صورت که اول برای هر دو گروه (آزمایش و گواه) پیش‌آزمون پرسشنامهٔ خوردن هیجانی و استرس ادراک‌شده انجام پذیرفت. سپس جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. خلاصهٔ هشت جلسه در جدول ۱ آورده شده است؛ اما برای گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. بلافاصله بعد از اتمام مداخلهٔ آزمایشی برای گروه آزمایش و گروه گواه پس‌آزمون وابستگی بین‌فردی اجرا شد؛ به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی به افراد جهت محرمانه‌بودن اطلاعات اطمینان داده شد و بعد از اتمام پژوهش برای گروه گواه نیز مداخله صورت گرفت. بدین‌ترتیب داده‌های لازم جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ و تحلیل کواریانس در سطح اطمینان ۹۵درصد به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد؛ همچنین به‌منظور اطمینان از نبودن تفاوت معنادار در میانگین سنی گروه‌ها، تی‌مستقل به‌کار رفت.

جدول ۱. خلاصهٔ پروتکل درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (۱۴)

| شمارهٔ جلسه | عنوان | خلاصهٔ جلسات |
|---|---|---|
| اول | معرفی و مبنای اساسی درمان | خوشامدگویی و آشنایی و معارفهٔ اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاراتشان از جلسات درمانی، اجرای پیش‌آزمون. |
| دوم | گزینه‌ها و فراهم‌کردن مقدمات درمان | پرداختن رابطهٔ بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین، پذیرش والدین، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ دوم و ارائهٔ تمرین خانگی. |
| سوم | یادگیری زندگی با استرس | پذیرش استرس، پی‌بردن به ارزش‌های زندگی، تمرین پذیرش و مراقبت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ سوم و ارائهٔ تمرین خانگی. |
| چهارم | ارزش‌ها و عمل‌ها | روشن‌کردن ارزش‌ها، موانع ارزش‌ها، اهداف و اعمال (رفتارها)، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ چهارم و ارائهٔ تمرین خانگی. |
| پنجم | تمایلات و افکار و احساسات | مرور تکلیف خانگی و شروع فعالیت، ترفندهای ذهنی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ پنجم و ارائهٔ تمرین خانگی. |
| ششم | عمل- شروع به کارکردن | بازخورد، برنامه‌ریزی عمل، خود مشاهده‌گر، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده. |
| هفتم | تعهد | تمایل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ هفتم و ارائهٔ تمرین خانگی. |
| هشتم | حفظ دستاوردهای درمان | تعهد، عود، اجرای پس‌آزمون، خداحافظی، تکلیف دائم. |

ـ پرسشنامهٔ رفتارهای خوردن داچ (DEBQ): به‌منظور تعیین سبک خوردن از پرسشنامهٔ رفتار خوردن داچ (۱۹۸۶) استفاده شد. این پرسشنامه ۳۳ سؤال دارد که سیزده سؤال آن مربوط به بُعد خوردن هیجانی است. پاسخ‌های پرسشنامه به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای (هرگز ۱ تا همیشه ۵) نمره‌گذاری می‌شود. مطالعات متعددی پایایی و روایی این مقیاس را تأیید کردند. تیکسیرا و همکاران (۷) پایایی پرسشنامه را ۰/۹۳ به‌دست آوردند. پارسامنش و همکاران (۲۰) آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کردند و در این پژوهش نیز ۰/۸۶ بود.

ـ مقیاس استرس ادراک‌شده[1] (PSS-14): پرسشنامهٔ استرس ادراک‌شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شد. دارای ۱۴سؤال است که برای سنجش استرس عمومی درک‌شده در یک‌ماه گذشته به‌کار می‌رود (۲۱) و افکار و احساسات دربارهٔ حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس تجربه‌شده را براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. نحوهٔ نمره‌گذاری پرسشنامه به این شکل است که براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت هرگز=۰، تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و بسیاری از اوقات=۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و به‌همین دلیل به زبان‌های گوناگون ترجمه شده است. همچنین در کشورهای زیادی استفاده و هنجاریابی شده است. در این مجموعه نسخهٔ چهارده‌ماده‌ای آن ارائه می‌شود. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴ و ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۱). پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود.

## ۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ زن دارای اختلال خوردن حضور داشتند.

[1]. Kohen Perceived Stress Scale



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.42.1 ]

میانگین سنی زنان ۱۲/۳±۳۳/۴۱ بود. در جدول ۲ نتیجهٔ آزمون تی‌مستقل برای مقایسهٔ میانگین سن زنان شرکت‌کننده در دو گروه آزمایش و گواه آورده شده است. همان‌طورکه مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در میانگین سنی دو گروه وجود ندارد.

جدول ۲. آزمون تی‌مستقل برای مقایسهٔ میانگین سن دو گروه

| گروه | میانگین | انحراف معیار | مقدار $p$ |
|---|---|---|---|
| گروه آزمایش | ۳۳/۸۷ | ۳/۱۹ | ۰/۰۹۳ |
| گروه گواه | ۳۲/۹۵ | ۳/۵۱ | |

جدول ۳. نتایج توصیفی و تحلیل کواریانس پس‌آزمون نمرات خوردن هیجانی پس از تعدیل پیش‌آزمون

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مقایسهٔ پس‌آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار $p$ |
| خوردن هیجانی | آزمایش | ۵۰/۱۳ | ۱۰/۷۲ | ۳۸/۴۳ | ۱۱/۵۱ | ۴۲/۳۷ | <۰/۰۰۱ |
| | گواه | ۴۸/۹۲ | ۹/۴۱ | ۴۷/۱۳ | ۱۰/۱۶ | | |

باتوجه به جدول ۳ مشخص می‌شود میانگین نمرات پس‌آزمون خوردن هیجانی گروه آزمایش درمقایسهٔ با گروه گواه بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون به‌طور معناداری کمتر است ($p$<۰/۰۰۱).

جدول ۴. نتایج توصیفی و تحلیل کواریانس پس‌آزمون نمرات استرس پس از تعدیل پیش‌آزمون

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مقایسهٔ پس‌آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار $p$ |
| استرس | آزمایش | ۴۳/۱۰ | ۸/۱۳ | ۳۲/۱۹ | ۸/۹۷ | ۲۹/۰۳ | <۰/۰۰۱ |
| | گواه | ۴۲/۲۹ | ۷/۵۹ | ۴۱/۹۵ | ۸/۰۳ | | |

براساس جدول ۴، میانگین نمرات پس‌آزمون استرس گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون به‌طور معناداری کمتر است ($p$<۰/۰۰۱).

## ۴ بحث

باتوجه به شیوع اختلال خوردن و به‌ویژه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی و استرس زنان دارای اختلال خوردن بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی زنان دارای اختلال خوردن تأثیر معناداری دارد. به‌عبارت‌دیگر پرخوری هیجانی در افرادی که در جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شرکت کردند درمقایسه با گروه گواه کاهش معناداری داشته است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۲) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باتوجه به تکنیک‌ها و محتوایی که در جلسات دارد، منجربه کاهش پرخوری هیجانی می‌شود. در این روش درمانی فرد تجارب و ادراکات ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل می‌پذیرد؛ درنتیجه بر آگاهی روانی وی افزوده می‌شود (۱۳) تا به عادی‌کردن الگوهای خوردن تمرکز داشته باشد. این نوع پذیرش و تعهد در فرد، منجربه برنامه‌ریزی و خاتمه‌دادن به چرخه‌های پرخوری و تخلیه می‌شود و به بیمار می‌آموزد تا مقادیر کمتری از غذا را به‌طور منظم مصرف کند.

همچنین هدف تکنیک‌های شناختی در پذیرش و تعهد به‌نوعی می‌تواند شامل تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی باشد که چرخهٔ پرخوری را آغاز کرده یا به آن‌ها تداوم می‌بخشد. این کار ازطریق پذیرش افکار ناکارآمد همراه با توقف پراشتهایی عصبی صورت می‌گیرد؛ برای مثال، در پذیرش و تعهددرمانی با گرایش به تقسیم‌کردن همهٔ غذاها به طبقات خوب و بد مبارزه می‌شود؛ به این معنا که ارائهٔ اطلاعات مبتنی‌بر واقعیت، بیمار را ترغیب می‌کند که برای خودش مشخص نماید خوردن غذای بد لزوماً به ازدست‌دادن کامل کنترل بر خوردن منجر نمی‌شود.

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش این بود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان استرس زنان دارای اختلال خوردن تأثیر معناداری دارد؛ این یافته نیز با یافته‌های پژوهش‌های موسوی و دشت‌بزرگی (۱۸) و علوی زاده و شاکریان (۱۹) و لیویم و همکاران (۲۳) همسوست.

در تبیین تأثیر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس می‌توان گفت این شیوهٔ درمان، تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی دارد تا به آن‌ها کمک شود افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامهٔ فعلی‌شان آگاه شوند؛ همچنین به‌جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان بوده، بپردازند. در اینجا زنان به‌عنوان مراجعان، توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کرده و قادر به جداکردن خود از واکنش‌ها و خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. درواقع هدف افزایش انعطاف روان‌شناختی این افراد بود (۱۹).



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.42.1 ]

همچنین پذیرش و تعهد با ارائهٔ تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربهٔ مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث درک بیشتر دربارهٔ ایستادگی دربرابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد به این باور می‌رسند که توانایی مقابله با معضل‌های زندگی شخصی و خانوادگی و اجتماعی را دارند؛ لذا اجتناب و پریشانی و ترس از چالش‌ها در آنان کاهش می‌یابد و درنتیجه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب کاهش استرس زنان دارای اختلال خوردن شود (۱۳). تبیین دیگر اینکه هدف اصلی درمان مذکور ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری است؛ یعنی ایجاد و افزایش توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد و این امر سبب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و احساس آرامش و درنتیجه کم‌شدن استرس زنان می‌شود. همچنین این درمان در شناسایی تنش‌های زندگی به افراد کمک می‌کند و از این راه باعث کاهش برانگیختگی‌های روانی و هیجانی و مقابلهٔ سازگار با منابع استرس‌زا می‌شود؛ بنابراین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با مزایای بسیاری که دارد استرس زنان دارای اختلال خوردن را کم می‌کند (۲۳).

محدودیت مهم‌تر این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و صرفاً جنس زنان و اجرانکردن آزمون پیگیری نتایج بود؛ بنابراین در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. باتوجه به یافته‌ها و محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی بر سایر گروه‌های سنی و جنسی پژوهشی صورت گیرد. همچنین این درمان در گروه‌های بزرگ‌تر و با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شده و در دورهٔ پیگیری، تداوم اثر درمانی آن بررسی شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج این پژوهش و تأیید آن توسط مطالعات انجام‌گرفته، درمان پذیرش و تعهد بر زنان دارای اختلال خوردن در کاهش خوردن هیجانی و استرس مؤثر است و با به‌کارگیری این روش درمانی در افراد با اختلال مذکور می‌توان گام مؤثری در این زمینه برداشت.

## ۶ تشکر و قدردانی

ضمن اظهار نبود تضاد منافع در این پژوهش، از تمامی عزیزانی که در اجرای این تحقیق ما را یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

## Reference


1. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. Am Psychol. 2007;62(3):181–98. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.181
2. Golden NH. Eating disorders in adolescence and their sequelae. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003;17(1):57–73. doi: 10.1053/ybeog.2003.0344
3. Levitan RD, Davis C. Emotions and eating behaviour: Implications for the current obesity epidemic. University of Toronto Quarterly. 2010;79(2):783–99. doi: 10.3138/utq.79.2.783
4. Appelhans BM, Whited MC, Schneider KL, Oleski J, Pagoto SL. Response style and vulnerability to anger-induced eating in obese adults. Eat Behav. 2011;12(1):9–14. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.08.009
5. van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Botella C, et al. Emotional eating and food intake after sadness and joy. Appetite. 2013;66:20–5. doi: 10.1016/j.appet.2013.02.016
6. Topham GL, Hubbs-Tait L, Rutledge JM, Page MC, Kennedy TS, Shriver LH, et al. Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. Appetite. 2011;56(2):261–4. doi: 10.1016/j.appet.2011.01.007
7. Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN, et al. Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. Obesity (Silver Spring). 2010;18(4):725–35. doi: 10.1038/oby.2009.281
8. Valizade A, Ariapooran S. The role of socio-physical anxiety, body image, and self-esteem in prediction of the eating disorder in sportswomen. Zahedan J Research in Med Sci (Tabib-E-Shargh). 2012;14(1):56–60. [Persian]
9. Ball K, Lee C. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. Int J Eat Disord. 2002;31(1):71–81. doi: 10.1002/eat.1113
10. Strober M. Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa. Empirical findings and theoretical speculations. International Journal of Eating Disorders. 1984;3(2):3–16. doi: 10.1002/1098-108X(198424)3:2<3::AID-EAT2260030203>3.0.CO;2-6
11. Groesz LM, McCoy S, Carl J, Saslow L, Stewart J, Adler N, et al. What is eating you? Stress and the drive to eat. Appetite. 2012;58(2):717–21. doi: 10.1016/j.appet.2011.11.028
12. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. Nutrition. 2007;23(11–12):887–94. doi: 10.1016/j.nut.2007.08.008
13. Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. An open trial of an acceptance–based behavioral intervention for weight loss. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16(2):223–35. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.09.005


[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.42.1 ]

14. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance based behavioral therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2010;48(3):238–45. doi: 10.1016/j.brat.2009.11.006
15. Fiorillo D, McLean C, Pistorello J, Hayes SC, Follette VM. Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. J Contextual Behav Sci. 2017;6(1):104–13. doi: 10.1016/j.jcbs.2016.11.003
16. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. Complement Ther Med. 2010;18(6):260–4. doi: 10.1016/j.ctim.2010.09.008
17. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. Eat Disord. 2011;19(1):49–61. doi: 10.1080/10640266.2011.533605
18. Mousavi M, DashtBozorgi Z. Effect of acceptance and commitment group therapy (ACT) on the hardness and perceived stress coefficient among patients with type 2 diabetes. Iranian J Health Education and Health Promotion. 2017;5(4):311–9. [Persian] doi: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.311
19. Alavizadeh F, Shakerian A. The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing stress, anxiety and depression in married females experiencing infidelity (emotional- sexual). Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2017;4(6):8–14. [Persian] doi: 10.21859/ijpn-04063
20. Parsamanesh F, Kraskian A, Hakami M, Ahadi H. Effectiveness of Gross emotion regulation model on emotional distress and emotional eating behavior. Journal of Psychological Models and Methods. 2017;8(29):23–52. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_2555_69af0e6d76251de6f4253de9da76114f.pdf
21. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. Perceived stress scale. In: Cohen S, Kessler RC, Gordon LU. Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists. Oxford University Press; 1997, 235–83.
22. Manlick CF, Cochran SV, Koon J. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: rationale and literature review. J Contemp Psychother. 2013;43(2):115–22. doi: 10.1007/s10879-012-9223-7
23. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeldt A, Rowse J, et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. J Child Fam Stud. 2015;24(4):1016–30. doi: 10.1007/s10826-014-9912-9

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.42.1 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.42.1 ]
[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

<