MEJDS. 2023; 13:105.
Published online 2023 Oct. **Original Article**

The Effects of Group Acceptance and Commitment Therapy on Clinical Symptoms and Body Image in Women with Bulimia Nervosa with a Family History of Type 2 Diabetes in Mashhad

Khozeimeh M[1], *Toozandeh Jani H[2], Taheri E[3] , Zande Del A[4]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Khorasan Razavi, University of Science and Research, Neishabour, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Neishabour, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Statistics, Faculty of Basic Sciences, Islamic Azad University of Neishabour, Iran.
***Corresponding author's Email**: H.toozandehjani@ymail.com

Received: 2021 January 2; **Accepted:** 2022 August 29

Abstract

Background & Objectives: Bulimia nervosa is a type of eating disorder characterized by overeating and purging. It is a multifactorial disorder in which concerns about weight and body image play an important role in causing and exacerbating it. Eating Disorders are one of the most common, severe, and debilitating mental health syndromes that are likely to become chronic and resistant to treatment. Studies show a significant increase in the risk of type 2 diabetes in patients with bulimia nervosa. Also, the prevalence of type 2 diabetes is higher in these people than in non-eating disorders. Diabetes mellitus is a metabolic disease characterized by chronic hyperglycemia due to insulin secretion, insulin activity, or both. People with one parent with type 2 diabetes are at higher risk for diabetes. Bulimia nervosa is associated with both the proportion of existing cases of type 2 diabetes (prevalence) and the emergence of new cases (incidence) of type 2 diabetes and is one of the most important reasons for poor blood sugar control and weight gain in diabetics, which complicates weight loss & worsens the complications of diabetes. Given that eating disorders affect body weight and tend to occur years before the onset of type 2 diabetes, it can be expected that eating disorders can improve the risk of type 2 diabetes. Eating disorders are exceptionally difficult to treat. These disorders tend to be ego-syntonic, with many individuals presenting for treatment with extreme ambivalence. Some studies with the control group have shown Cognitive behavioral therapy (CBT) as the most effective treatment for this disorder. However, CBT, despite its dramatic effects, has been moderate in achieving therapeutic success. One possible reason for the high failure rate of treatment for eating disorders is that existing therapies do not adequately address the important aspects of the disorder, such as high empirical avoidance, empirical lack of awareness, and lack of motivation. These variables are the explicit goals of Acceptance and commitment therapy. Research evidence shows that Acceptance and commitment therapy is effective in reducing Bulimia nervosa and body image in people with Bulimia nervosa. Acceptance and Commitment Therapy is one of several models based on the Acceptance of CBT, whose main goal is to create psychological flexibility. This study aimed to evaluate the effectiveness of group acceptance and commitment therapy on the symptoms of Bulimia Nervosa and body image in patients with Bulimia Nervosa and a family history of diabetes.

Methods: The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. Using the purposive sampling method, 25 women from the statistical population, including women aged 18 to 43 years with (BN) in Mashhad in 2019, were selected and randomly assigned to two experimental group (11 people) and control group (14 people). The study's inclusion criteria were that the participant must be a female suffering from anorexia nervosa, have a family history of diabetes, and not have a history of hospitalization or participation in other treatments for anorexia nervosa. On the other hand, exclusion criteria included absence from more than two sessions or unwillingness to continue with the sessions. The experimental group participated in ten sessions of two and a half hours a week of group (ACT), and the control group did not receive any intervention. All subjects answered the Eating Disorder Diagnostic Scale (Stice et al., 2000) and the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (Thomas & Cash, 2000) before and after the intervention and at a 4-month follow-up. The data were analyzed using SPSS version 24 software and the method of analysis of variance with repeated measurements was employed. A significance level of 0.05 was used for statistical tests.

Results: Group acceptance and commitment therapy effectively reduces all binge eating symptoms in people with anorexia nervosa ($p < 0.001$). The treatment of acceptance and commitment can help in reducing the variable components of body image including indicators of appearance evaluation ($p<0.001$), fitness evaluation ($p<0.001$), tendency to fitness ($p=0.002$), health evaluation ($p<0.001$), the scale of satisfaction with body areas, and preoccupation with overweight. This treatment has been found to be effective. However, the effect of treatment on the components of appearance orientation, health orientation, illness orientation, and weight self-categorization was not significant.

Conclusion: Group (ACT) is effective in improving the symptoms of overeating and body image of people with Bulimia nervosa due to the role of Bulimia nervosa in significantly increasing the risk of type 2 diabetes and given that diabetes has no definitive treatment. The best way to deal with it is prevention and timely treatment, Acceptance and commitment therapy can be a good treatment option for Bulimia nervosa and reducing the risk of developing diabetes in people who have a high chance of developing diabetes due to a family history of diabetes.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Clinical Symptoms of Bulimia Nervosa, Body Image, Type 2 Diabetes.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

Copyright © 2023, 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 ۱۴۰۲؛ (۱۳):۱۰۵.

انتشار برخط مهر ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر نشانه‌های پرخوری و تصویر تن در زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی دارای سابقهٔ خانوادگی ابتلا به دیابت نوع دو در مشهد

مهتا خزیمه[۱]، *حسن توزنده جانی[۲]، الهام طاهری[۳]، احمد زنده‌دل[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات خراسان رضوی، نیشابور، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛

۴. استادیار گروه آمار، دانشکدهٔ علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** H.toozandehjani@ymail.com

تاریخ دریافت: ۱۳ دی ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۷ شهریور ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: پراشتهایی عصبی، اختلالی شایع و مقاوم به درمان است که می‌تواند میزان شیوع و بروز دیابت را افزایش دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر نشانه‌های پراشتهایی عصبی و تصویر تن در افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی دارای سابقهٔ خانوادگی ابتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. با نمونه‌گیری هدفمند، ۲۵ زن از جامعهٔ آماری زنان ۱۸ تا ۴۳ ساله که در سال ۱۳۹۷ در شهر مشهد مبتلا به پراشتهایی عصبی بودند انتخاب شده و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۱نفر) و گواه (۱۴نفر) جایگزین گردیدند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسهٔ دوساعت‌ونیمهٔ هفتگی به‌صورت گروه‌درمانی پذیرش و تعهد براساس شیوه‌نامهٔ (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) شرکت کردند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله و در پیگیری چهارماهه به مقیاس تشخیص اختلال خوردن (استیس و همکاران، ۲۰۰۰) و پرسشنامهٔ روابط چندبعدی بدن (توماس و کش، ۲۰۰۰) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و از طریق روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری برای آزمون‌های آماری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: درمان پذیرش و تعهد گروهی، بر کاهش همهٔ مؤلفه‌های نشانه‌های پرخوری در افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی، مؤثر است ($p<۰/۰۰۱$). درمان پذیرش و تعهد، بر کاهش مؤلفه‌های متغیر تصویر تن شامل شاخص‌های ارزیابی ظاهر ($p<۰/۰۰۱$)، ارزیابی تناسب اندام ($p<۰/۰۰۱$)، گرایش به تناسب اندام ($p=۰/۰۰۲$)، ارزیابی سلامت ($p<۰/۰۰۱$)، مقیاس رضایت از مناطق بدن و دل‌مشغولی به اضافه‌وزن مؤثر بوده است. تأثیر درمان بر مؤلفه‌های گرایش به ظاهر، گرایش به سلامت، گرایش به بیماری و خود دسته‌بندی وزن معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: درمان پذیرش و تعهد گروهی بر نشانه‌های پراشتهایی عصبی و تصویر تن افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی مؤثر است و می‌تواند برای درمان مبتلایان به پراشتهایی عصبی پیشنهاد شود. این روش می‌تواند در جلوگیری از ابتلای این افراد به دیابت نوع ۲ مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی، نشانگان بالینی پراشتهایی عصبی، دیابت نوع دو، تصویر تن.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، 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 2026-02-17]

۱ مقدمه

اختلالات تغذیه و خوردن[1]، اختلال‌های روان‌شناختی[2] هستند که با نگرانی بیمارگونه دربارهٔ خوردن، شکل بدن، و وزن مشخص می‌شوند (۱) و در طولانی‌مدت می‌توانند به بیماری‌هایی چون افسردگی، مشکلات جنسی، بیماری‌های قلبی، پوکی استخوان (۲) و دیابت (۳) بیانجامند. شیوع اختلالات خوردن در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ از ۲/۱۲ درصد تا ۴۰ درصد (۴) و خطر بروز دیابت نوع ۲ در فرزندان، در صورت ابتلای یک والد ۲۰ درصد و در صورت ابتلای هر دو والد، ۴۰ درصد می‌باشد (۵). یکی از اشکال اصلی اختلالات خوردن، پراشتهایی عصبی[3] است (۶) که تکرار دوره‌های راجعهٔ پرخوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب، از یک تا دوبار در سه ماه گذشته می‌باشد (۷) و با نسبت شیوع و بروز دیابت نوع ۲ مرتبط بوده و بروز آنرا ۱/۷ برابر افزایش می‌دهد (۸). یکی از مقدمات ضروری برای ایجاد اختلال خوردن، نارضایتی از تصویر بدن[4] است (۹). افراد دچار پراشتهایی عصبی بیش از سایرین، نارضایتی بدن و کاهش عزت نفس را گزارش می‌دهند (۱۰). تصویربدن، تجربهٔ فرد از خود فیزیکی او و سازه‌ای روان‌شناختی، چندبعدی و پیچیده است (۱۱) که شامل مؤلفهٔ ادراکی (ادراک ظاهر جسمانی)، بعد ذهنی (رضایت از ظاهر و اضطراب از عدم رضایت از آن) و بعد رفتاری (اجتناب‌ها)، می‌گردد (۱۲). یکی از درمان‌های مؤثر بر اختلالات خوردن، درمان پذیرش و تعهد[5] (اکت) می‌باشد (۱۳). شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی اکت بر پراشتهایی عصبی و تصویر بدنی منفی در افراد مبتلا است (۱۴). اکت، یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی (۱۵) و شامل شش فرآیند پذیرش[6]، گسلش[7]، خود به‌عنوان زمینه[8]، در زمان حال بودن[9]، ارزش‌ها[10] و عمل متعهدانه[11] است که به‌جای تغییر تجارب درونی، بر تغییر رفتار پافشاری کرده و هدف اصلی آن، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[12] است (۱۶).

با توجه به این که مبتلایان به پراشتهایی عصبی، شیوع دیابت نوع دوی بیشتری درمقایسه با غیرمبتلایان دارند (۱۷) و این همایندی با نتایج بدتر سوخت‌وسازی و روان‌شناختی مرتبط است (۱۸)؛ همچنین نظر به این واقعیت که اختلال پراشتهایی عصبی خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را افزایش می‌دهد (۱۹) و در افراد دارای سابقهٔ ژنتیکی ابتلا به دیابت، به‌لحاظ زمانی بر بروز دیابت، مقدم است (۸)، یافتن گزینه‌های درمانی مناسب برای این اختلال، می‌تواند میزان بروز و شیوع دیابت را در افرادی که دارای سابقهٔ خانوادگی دیابت نوع ۲ هستند (و در برخی مطالعات تا پنج‌بار احتمال بیشتری برای ابتلا به دیابت دارند (۲۰)) کاهش دهد (۲۱). از دلایل ممکن، برای نرخ بالای شکست درمان برای اختلالات خوردن (علیرغم تأثیرات چشمگیر) (۲۲)، این است که به‌قدر کافی به اجتناب بالای تجربی، فقر آگاهی تجربی و فقدان انگیزه که از متغیرهای مهم این اختلالات هستند (۲۳)، پرداخته نشده و این متغیرها، از اهداف صریح اکت هستند (۱۳). اختلالات خوردن ابزاری برای اجتناب از تجربیات ناخوشایند درونی است و فرآیند «پذیرش» (در مقابل «اجتناب») در اکت، آن را به روشی مؤثر برای کمک به این جمعیت تبدیل می‌کند (۱۳). افراد مبتلا به اختلالات خوردن، با افکار آشفته‌ساز دربارهٔ خود «درآمیخته‌اند»[13] و به اختلال خود به‌عنوان بخشی از شخصیت خویش، ارزش قائل شده و از «رهاکردن آن» اکراه دارند (۲۴). فرآیند «گسلش» در اکت، فرآیند خلع سلاح این باورهای خودویرانگر است و فرآیند «آگاهی از زمان حال»، توجه را به فرایند تقریباً خودکار واکنش در برابر افکار ناخوشایند و علائم بدن (در اینجا خوردن)، جلب می‌کند (۱۶). اکت احساس انعطاف‌پذیرتر و فراگیرتری از خود را، همسو و مؤید ارزش‌های زندگی فرد، برمی‌انگیزد و این فرایند تصدیق و همین‌طور تعهد به آن‌ها، می‌تواند انگیزهٔ لازم برای تقویت همه‌جانبهٔ بهبود را در این افراد فراهم کند (۱۶). در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی این درمان بر نشانه‌های پرخوری و تصویر تن در زنان مبتلا به پُرخوری عصبی دارای سابقهٔ خانوادگی دیابت نوع ۲، انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش، پژوهشی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با انتخاب گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش زنان ۱۸ تا ۴۳ سالهٔ مبتلا به پراشتهایی عصبی و دارای سابقهٔ خانوادگی دیابت نوع ۲ در سال ۱۳۹۷ و ساکن شهر مشهد بودند. از بین ایشان، تعداد بیست‌وپنج زن (تعداد نمونه براساس نظر دلاور، ۲۰۱۱) (۲۵)، با روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۱ نفر) و گواه (۱۴ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل این موارد بود: خانم مبتلا به پراشتهایی عصبی، داشتن سابقهٔ خانوادگی ابتلا به دیابت، نداشتن سابقهٔ بستری یا شرکت در درمان‌های دیگر برای پراشتهایی عصبی. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه یا عدم تمایل برای ادامهٔ جلسات بود. برای نمونه‌گیری این پژوهش زمان زیادی صرف شد، به کلینیک‌های روان‌شناسی، انجمن پرخوران گمنام و باشگاه‌های ورزشی شهر مشهد مراجعه شد که بی‌حاصل بود. در نهایت دعوتنامه‌های پژوهش از طریق گروه‌های مختلف شبکهٔ اجتماعی (تلگرام) برای اعضای گروه‌ها ارسال گردید. افرادی که براساس پرسش‌نامهٔ اختلال خوردن (استیس، و همکاران، ۲۰۰۰) (۲۶) و مصاحبهٔ بالینی مبتنی بر DSM 5[14] (زیمرمن، ۲۰۱۵) (۲۷)، مبتلا به پراشتهایی عصبی تشخیص داده شدند و مادر یا پدر مبتلا به دیابت داشتند، به‌عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب شدند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، رضایت آگاهانه و تأییدیهٔ کمیتهٔ اخلاق اخذ شد. تمامی آزمودنی‌ها، قبل و بعد از مداخله و در پیگیری چهارماهه، به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

ابزار پژوهش شامل موارد زیر بود:

[1] Feeding and Eating Disorder
[2] Mental Disorders
[3] Bulimia Nervosa
[4] Body image
[5] Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
[6] Acceptance
[7] Defusion
[8] Self as Context
[9] Contact with the present moment
[10] Values
[11] Committed Action
[12] Psychological flexibility
[13] Fusion
[14]. Mark Zimmerman, Guideline of clinical interview based on DSM-5.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

ـ مقیاس تشخیص اختلال خوردن[1] (EDDS5): مقیاس خودگزارشی و ۲۲ سؤالی است که توسط استیس و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده و نشانه‌های اختلال خوردن را می‌سنجد. این مقیاس شامل سه زیرمقیاس برای آزمودن نشانه‌های کم‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن مفرط است؛ همچنین تشخیص را در دو سطح بالینی و غیربالینی فراهم کرده و نگرش فرد را دربارهٔ تصویر بدنی، میزان فقدان کنترل فرد و زیاده‌روی در غذا خوردن بررسی می‌کند. درضمن دارای سؤالاتی است که به‌طور متوسط تعداد دفعات پرخوری در هفته را در طول شش‌ماه گذشته، میزان رفتارهای جبرانی (استفراغ، مصرف مسهل، روزه گرفتن یا ورزش شدید) را طی سه ماه گذشته و وزن و قد فرد را پرسش می‌کند (۲۶). سؤالات ۱ تا ۴ (نمره‌گذاری لیکرت ۸ امتیازی بین ۷ـ۰)، نگرش فرد را دربارهٔ تصویر بدنی وی می‌سنجد (نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ نگرش ضعیف‌تر است)؛ سؤالات ۵ و ۶ و ۱۰ تا ۱۴ (به‌صورت بله یا خیر یا نمی‌دانم)، میزان فقدان کنترل فرد، زیاده‌روی در غذاخوردن و متعاقب آن، رفتارهای اجتنابی فرد از اجتماع را می‌سنجد. سؤال ۷ تعداد دفعات پرخوری را به‌طور متوسط در هفته در طول شش‌ماه گذشته بین صفر تا هفت روز، سؤال ۸ تعداد دفعات پرخوری را به‌طور متوسط در هفته در طول سه ماه گذشته بین صفر تا ۱۴ روز و سؤالات ۱۵ تا ۱۸ میزان رفتارهای جبرانی (استفراغ عمدی، استفاده از مسهل، حذف وعده‌های غذایی، روزه گرفتن و ورزش شدید) را بین صفر تا ۱۴ بار طی سه ماه گذشته سؤال می‌نماید. سؤالات ۱۹ الی ۲۱، وزن، قد و دفعات ازدست‌دادن دوره‌های قاعدگی را طی سه ماه گذشته بررسی می‌کند. سؤال ۲۲ (بلی یا خیر) نیز مربوط به مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری است (۲۶). این مقیاس روایی ملاکی، پیش‌بین و همگرای قوی و پایایی تأییدشده‌ای دارد (۲۶). ضریب کاپای آزمون‌ـ بازآزمون برای بی‌اشتهایی (۰/۹۵)، برای پرخوری عصبی (۰/۷۱)، برای اختلال پرخوری (۰/۷۵) و برای علائم کلی (۰/۸۷) بوده و همسانی درونی قابل پذیرش دارد (آلفای کرونباخ=۰/۹۱) (۲۸). در تحقیق واگنر، آلفای کرونباخ برای نمونهٔ با وزن نرمال ۰/۸۷ و برای نمونهٔ دارای اضافه وزن ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۹). لیلا خبیر در ۱۳۹۳، پایایی و روایی فرم فارسی این مقیاس را بررسی کرد، ضرایب همسانی درونی و همبستگی دونیمه‌سازی اسپیرمن‌ـ براون و گاتمن به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ و میزان توافق این ابزار با تشخیص متخصص بالینی، تحلیل عامل تأییدی و همبستگی هر گویه با نمرهٔ کل، مطلوب بود (۳۰). نمره‌گذاری این مقیاس می‌تواند دستی یا رایانه‌ای انجام شود که در اینجا به شیوهٔ دستی انجام شد.

ـ پرسشنامهٔ چندبعدی روابط بدن[2] (MBSRQ): این پرسشنامه توسط (کش، ۲۰۰۰) ساخته شد که شامل ۶۹ سؤال و ۹ مؤلفه و ۳ بُعد است (۵۴ سؤال بُعد جسمانی، ۹ سؤال بُعد رضایت از بخش‌های مختلف بدن و ۶ سؤال بُعد نگرش فرد دربارهٔ وزن). مؤلفه‌های MBSRQشامل ارزیابی ظاهر[3]، گرایش ظاهر[4]، ارزیابی تناسب اندام[5]، گرایش تناسب اندام[6]، ارزیابی سلامت[7]، گرایش سلامت[8]، گرایش بیماری[9]، رضایت بدنی[10]، وزن ذهنی[11] و دل‌مشغولی با اضافه وزن[12] و ارزیابی وزن خود[13] هستند (۱۱، ۳۱). نمره‌دهی در مقیاس لیکرت ۵ امتیازی، از به‌طور کامل ناراضی=۱ تا به‌طور کامل راضی=۵ است که حداکثر نمرهٔ فرد در آن ۳۴۵ و حداقل نمره ۶۹ بوده و افرادی که تصویر ذهنی مناسب‌تری از خود دارند، نمرهٔ بالاتری کسب می‌کنند (۳۱). کَش روایی و پایایی مؤلفه‌ها را با حدود اطمینان ۹۵درصد، برای مردان به‌ترتیب از ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ و برای زنان از ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش نمود (۳۲). در ایران، اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه شده و برای خرده‌مقیاس‌ها با ارزیابی ظاهر، گرایش به ظاهر، ارزیابی تناسب اندام، گرایش به تناسب اندام، دل‌مشغولی با اضافه‌وزن و رضایت از نواحی بدنی در دانشجویان، به‌ترتیب ۰/۸۸، ۰/۶۷، ۰/۷۹، ۰/۵۷، ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ به دست آمده است (۳۳). شمشادی و همکاران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه را تأیید نمودند (۳۴).

گروه آزمایش در ده جلسهٔ هفتگی دوونیم ساعتهٔ گروه‌درمانی اکت شرکت کرده و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. در جلسهٔ مقدماتی و در شروع هر جلسهٔ درمانی بر اساس کتاب *اکت به زبان ساده*، نوشتهٔ اسیون هیز و راس هریس (۳۵)، توضیحاتی دربارهٔ مفاهیم اکت داده شد و جلسات درمانی براساس شیوه‌نامهٔ کتاب *اکت در عمل* (۳۶) و *راهنمای عملی اکت* (۳۷) که از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۳۷) تنظیم و اجرا گردید. روایی محتوایی بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر، قبل از اجرا، توسط سه تن از اساتید دکترای روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور که دارای حداقل ده سال سابقهٔ کار بالینی بودند، تأیید شد. خلاصهٔ جلسات درمان در جدول ۱، نشان داده شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
مقدماتی	کسب توافق آگاهانه، تشریح اهداف، محتوا و چهارچوب برنامه، قواعد و هنجارهای گروهی (مخصوصاً اصل رازداری، بازخورد مسئولانه و مشارکت فعال)، انعقاد قرارداد (جهت رعایت هنجارها، قواعد، انجام تکالیف خانگی بین درمانگر و اعضای گروه)، اجرای پیش‌آزمون .
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، توضیح دربارهٔ پراشتهایی عصبی، برقراری اتحاد درمانی (استعارهٔ دو کوه)، گرفتن تاریخچه، مفهوم‌سازی اولیهٔ مورد، پرکردن فرم‌های ارزیابی، موافقت دربارهٔ اهداف اولیهٔ درمان (استعارهٔ فیلم وحشتناک)، موافقت دربارهٔ تعداد جلسات، انجام تمرین

1. Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS5)
2. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
3. Appearance Evaluation (AE)
4. Appearance Orientation: AO
5. Fitness Evaluation: FE
6. Fitness Orientation: FO
7. Health Evaluation: HE.
8. Health Orientation: HO
9. Illness Orientation: IO
10. BASS
11. Subjective Weight: SW
12. Overweight Preoccupation: OWP
13. Self - classified Weight: SCW

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

	تجربه‌ای کوتاه، توضیح مقدماتی مدل اکت، آموزش تمرین توجه‌آگاهی، دادن تکلیف ساده و کاربرگ‌ها به اعضا.
دوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسهٔ قبل، ایجاد درماندگی خلاق و ایجاد انگیزهٔ درمانی (استعارهٔ تعاملی تختهٔ کار، تقلا در ماسه، طناب‌کشی با هیولا، عادی‌سازی کنترل، توهم کنترل، استعارهٔ ماشین دروغ‌سنج، بی‌حس‌کردن پا، عاشق شدن)، توضیح بیشتر مدل اکت، ارائهٔ تکلیف (لیست کردن کارهایی که تاکنون برای خلاصی از آن مشکل انجام شده و نتایج و هزینه‌های آن).
سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، توضیح کامل مدل اکت، آموزش تمرین توجه‌آگاهی، ارائهٔ تکلیف ساده و کاربرگ‌ها به اعضا.
چهارم	بررسی تکلیف تمرین توجه‌آگاهی، آشنایی با مفهوم ارزش‌ها، ارزش‌ها در مقایسه با اهداف (استعارهٔ قطب‌نما، استعارهٔ دو بچه در ماشین)، اولویت‌بندی ارزش‌ها، فنونی برای تبیین ارزش‌ها و ارتباط با آن‌ها (جشن تولد ۸۰ سالگی، عصای جادویی، زندگی و مرگ)، آموزش چگونگی دستیابی به ارزش‌ها از سمت اهداف، ارائهٔ تکلیف.
پنجم	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، تمرین توجه‌آگاهی، آشنایی با مفهوم عمل متعهدانه، تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها، آشنایی با اهداف SMART، دادن تعهد آشکار، روشن‌کردن اولین قدم کوچک، یافتن اهداف غیرممکن، روشن‌سازی موانع عمل و چگونگی برخورد با آن‌ها، وضع قوانینی برای شکستن تعهدات، ارائهٔ تکلیف (پر کردن فرم طرح تمایل و عمل و فرم از FEAR تا DARE).
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، تمرین توجه‌آگاهی، مرور قدم‌های مؤثری که این هفته در جهت اهدافش برداشته، آموزش خود فکری و خود مشاهده‌گر، تعیین هم‌جوشی (در حوزه‌های قوانین، قضاوت‌ها، گذشته، آینده و خود)، آموزش هم‌جوشی‌زدایی (عادی‌سازی فکر، گوش‌دادن به ذهن، نوشتن افکار، افکار مانند قصه، آواز خواندن فکر و ...) آموزش فنون مراقبه (برگ‌ها روی رودخانه، تماشای افکار، ابرهای آسمان، پرندگان آسمان، قطار و ایستگاه و...). و فنون توجه‌آگاهی و کاربرد استعاره (استعارهٔ قصه‌گوی ماهر، رادیوی فنا و تیرگی، دیکتاتور فاشیست، بچهٔ لوس)، ارائهٔ تکلیف (نامیدن قصه، کاربرگ قلاب شدن و انجام فنون توجه‌آگاهی).
هفتم	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، تمرین توجه‌آگاهی، مرور قدم‌های مؤثر هفته، آشنایی با مفهوم پذیرش، پذیرش احساسات با تمرین توجه‌آگاهی (مشاهدهٔ نفس کشیدن)، بسط دادن، اجازه‌دادن، عینی‌سازی، عادی‌سازی، نشان دادن خودـ دلسوزی و بسط آگاهی، استعارهٔ عبور از باتلاق، آموزش روانی دربارهٔ هیجانات، آموزش فنون پذیرش (خود مشاهده‌گر، انتخاب احساس، استفاده از استعاره‌های دیوها در قایق، کلید، کشمکش)، ارائهٔ تکلیف (توجه‌آگاهی رسمی متمرکز بر پذیرش هیجانات، تمرین ایجاد فضا برای احساسات، پرکردن برگهٔ بسط و برگهٔ کشمکش در برابر فضا دادن).
هشتم	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، تمرین توجه‌آگاهی، مرور قدم‌های مؤثر هفته، آموزش مفهوم بودن در اینجا و اکنون، ارتباط با لحظهٔ حال، استعارهٔ ماشین زمان، معرفی ساختار اصلی توجه‌آگاهی، تمرین تنفس توجه‌آگاهانه، توجه‌آگاهی درست در زمان حال بودن و رضایت از زندگی، خوردن توجه‌آگاهانهٔ یک کشمش، توجه به رفتار خود آسیب‌رسان. آموزش تمرکز محدود و تمرکز گسترده، نگه‌داشتن مراجع در زمان حال، آموزش لنگر انداختن، ارائهٔ تکلیف (توجه به هر فعالیتی که انجام می‌دهد، پر کردن برگهٔ تمرین تنفس توجه‌آگاهانه، تمرین تمرکز کوتاه).
نهم	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، تمرین توجه‌آگاهی، مرور قدم‌های مؤثر هفته، آشنایی با مفهوم خود به‌عنوان زمینه، آموزش سه حس خود، استعارهٔ میکروسکوپ چشم‌پزشکی، استعارهٔ آسمان و آب‌وهوا، خود به‌عنوان زمینه (استعارهٔ صفحهٔ شطرنج)، تمرین‌های تجربه‌ای، آموزش و اجرای فنّ تماشای افکار (تمرین توجه به صحنهٔ نمایش)، تمرین توجه کنید چه کسی توجه می‌کند، تمرین صحبت‌کردن و گوش‌دادن، تمرین پیوستگی شما، تأکید بر هم‌جوشی‌زدایی و پذیرش، تمرین خود خوب/ خود بد، پذیرش خود در مقایسه با حرمت نفس، ارائهٔ تکلیف خانه.
دهم	بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، تمرین توجه‌آگاهی، مرور قدم‌های مؤثر هفته، مرور مجدد مفاهیم اکت، گرفتن بازخورد درمان از اعضا، اجرای پس‌آزمون،
پیگیری	اجرای آزمون‌های پیگیری

۳ یافته‌ها

در این پژوهش، شرکت‌کنندگان ۲۵ زن مبتلا به پراشتهایی عصبی (۱۱ نفر گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه گواه)، با میانگین (±انحراف معیار) سنی گروه آزمایش ۰/۷۷ ± ۳۳/۴ سال و گروه گواه ۰/۷۱ ± ۳۳/۶ سال بودند.

داده‌ها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جمع‌آوری شد. بررسی آزمون‌های کرویت موچلی و لوین، نشان داد که پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، رعایت شده‌اند. معنادار نبودن آزمون‌های اِم‌باکس برای متغیرها، حاکی از رعایت‌شدن شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس و عدم معناداری متغیرها در آزمون لوین، حاکی از رعایت‌شدن شرط برابری واریانس‌های بین گروهی و تساوی میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته، در تمام گروه‌ها بود. آزمون کرویت موچلی برای تمامی متغیرهای پژوهش غیرمعنادار بود، بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها در متغیر نشانگان بالینی و نیز تصویر تن رعایت شده است. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و در محیط نرم‌افزاری SPSS نسخهٔ ۲۴ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در جدول ۲، شاخص‌های مؤلفه‌های متغیر نشانه‌های پرخوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های متغیر نشانه‌های پرخوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مقایسه پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
شاخص تودهٔ بدنی	آزمایش	۲۶/۶۰	۳/۳۳	۲۳/۷۳	۳/۵۶	۲۱/۴۵	۳/۷۰	۱۶/۲۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
	گواه	۲۶/۱۱	۳/۲۷	۲۵/۹۷	۳/۷۳	۲۶/۷۹	۴/۵۲			
رفتارهای جبرانی	آزمایش	۱۹/۵۵	۵/۰۱	۱۵/۳۶	۴/۸۴	۵/۳۶	۴/۲۵	۳۷/۶۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۱
	گواه	۲۱/۷۳	۶/۰۴	۲۱/۰۷	۶/۳۷	۲۱/۲۰	۶/۵۲			
خصیصه‌های تشخیصی	آزمایش	۴/۷۳	۰/۴۷	۲/۱۸	۱/۱۷	۱/۳۶	۱/۰۳	۱۳/۸۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۷
	گواه	۴/۳۳	۰/۷۲	۴/۵۳	۰/۴۸	۵/۷۳	۳/۹۷			
پاکسازی	آزمایش	۹/۴۵	۶/۵۸	۱/۰۰	۱/۴۱	۰/۳۶	۰/۸۱	۷/۵۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
	گواه	۱۰/۸۳	۵/۱۲	۱۱/۷۳	۴/۲۰	۱۱/۳۳	۵/۳۴			

بر اساس جدول ۲، درمان پذیرش و تعهد گروهی، بر کاهش همهٔ مؤلفه‌های نشانه‌های پرخوری در افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی، مؤثر است (p<۰/۰۰۱). مجذور اتا نشان داد تغییرات هر یک از مؤلفه‌های نشانه‌های پرخوری شامل شاخص تودهٔ بدنی، رفتارهای جبرانی، خصیصه‌های تشخیصی و پاکسازی، به‌ترتیب ۴۰، ۶۱، ۳۶ و ۲۳ درصد توسط درمان پذیرش و تعهد، قابل تبیین است.

شاخص‌های توصیفی متغیر تصویر تن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های متغیر تصویر تن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مقایسه پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
ارزیابی ظاهر	آزمایش	۱۷/۲۷	۷/۴۶	۲۴/۱۸	۵/۵۵	۲۵/۴۵	۵/۵۹	۳۰/۱۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۶
	گواه	۱۳/۳	۲/۹۹	۱۳/۶۰	۴/۰۳	۱۴/۳۳	۶/۳۵			
گرایش به ظاهر	آزمایش	۳۹/۹۱	۶/۸۵	۴۵/۶۴	۷/۲۶	۴۷/۰۹	۶/۵۳	۱/۳۱۱	۰/۲۸۲	۰/۰۶۸
	گواه	۳۴/۰۰	۱۳/۷۵	۳۵/۸۰	۱۲/۰۴	۳۲/۴۷	۱۴/۶۰			
ارزیابی تناسب اندام	آزمایش	۷/۷۳	۲/۰۵	۱۱/۳۶	۱/۸۰	۱۳/۳۰	۱/۴۹	۱۴/۳۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
	گواه	۱۰/۴۷	۴/۰۰	۱۱/۰۰	۵/۰۶	۱۱/۱۳	۶/۳۷			
گرایش به تناسب اندام	آزمایش	۳۵/۵۵	۱۰/۳۲	۴۳/۵۵	۹/۳۳	۴۵/۸۲	۸/۳۴	۷/۱۷۸	۰/۰۰۲	۰/۲۸۵
	گواه	۳۰/۰۰	۱۰/۰۴	۲۹/۴۰	۹/۲۶	۲۸/۱۳	۱۱/۲۶			
ارزیابی سلامت	آزمایش	۱۵/۹۱	۳/۴۵	۲۱/۴۵	۴/۳۹	۲۲/۱۸	۴/۰۵	۱۳/۴۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۷
	گواه	۱۸/۲۰	۶/۷۳	۱۷/۰۷	۴/۸۶	۱۶/۰۷	۵/۵۶			
گرایش به سلامت	آزمایش	۲۱/۴۵	۳/۹۱	۲۷/۲۷	۶/۸۳	۳۰/۰۹	۶/۷۳	۳/۱۲۸	۰/۰۵۶	۰/۱۴۸
	گواه	۲۰/۹۳	۸/۲۹	۲۰/۵۰	۹/۶۵	۱۸/۱۳	۸/۶۳			
گرایش به بیماری	آزمایش	۱۳/۸۲	۴/۶۷	۱۶/۰۰	۴/۶۳	۱۵/۷۳	۴/۲۴	۲/۲۵۷	۰/۱۱۹	۰/۱۱۱
	گواه	۱۱/۹۳	۳/۴۳	۱۲/۶۰	۳/۶۰	۱۳/۱۳	۴/۲۹			
مقیاس رضایت از مناطق بدن	آزمایش	۲۲/۱۸	۶/۲۳	۲۹/۲۰	۳/۵۸	۲۷/۹۱	۹/۸۹	۸/۶۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۶
	گواه	۱۹/۴۰	۷/۳۷	۱۹/۶۰	۸/۸۱	۱۹/۳۳	۹/۶۳			
دل‌مشغولی به اضافه‌وزن	آزمایش	۴/۴۵	۰/۵۲	۳/۸۶	۰/۵۲	۳/۴۲	۱/۳۸	۱۱/۸۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
	گواه	۴/۳۸	۰/۵۲	۴/۳۶	۰/۴۷	۴/۴۳	۰/۷۰			
خود دسته‌بندی وزن	آزمایش	۳/۹۵	۰/۷۲	۳/۵۹	۰/۶۴	۳/۱۸	۱/۲۱	۰/۶۶۴	۰/۵۲۱	۰/۰۳۶
	گواه	۴/۴۳	۰/۶۲	۴/۲۹	۰/۵۱	۴/۵۴	۰/۵۲			

بر اساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جدول ۳ درمان پذیرش و تعهد، بر کاهش مؤلفه‌های متغیر تصویر تن شامل شاخص‌های ارزیابی ظاهر (p<۰/۰۰۱)، ارزیابی تناسب اندام (p<۰/۰۰۱)، گرایش به تناسب اندام (p=۰/۰۰۲)، ارزیابی سلامت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

($p<۰/۰۰۱$)، مقیاس رضایت از مناطق بدن و دل‌مشغولی به اضافه‌وزن مؤثر بوده است. مجذور اتا نشان داد، ۶۲درصد از تغییرات ارزیابی ظاهر، ۴۴درصد از تغییرات ارزیابی تناسب اندام، ۲۸درصد تغییرات گرایش به تناسب اندام، ۴۲درصد تغییرات ارزیابی سلامت، ۱۴درصد تغییرات گرایش به سلامت، ۱۱درصد تغییرات گرایش به بیماری، ۳۲درصد تغییرات مقیاس رضایت از مناطق بدن ($p<۰/۰۰۱$) و ۴۰ درصد تغییرات دل مشغولی به اضافه وزن ($p<۰/۰۰۱$)، با درمان پذیرش و تعهد تبیین پذیر است. تأثیر درمان بر مؤلفه‌های گرایش به ظاهر، گرایش به سلامت، گرایش به بیماری و خود دسته‌بندی وزن معنادار نبود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی، بر نشانه‌های پرخوری و تصویر تن در زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی دارای سابقهٔ خانوادگی دیابت نوع ۲ بود. یافته‌های پژوهش بیانگر اثربخشی معنادار اکت بر کاهش نشانه‌های پرخوری و بهبود تصویر تن در این افراد بود. همسو با این نتایج، عباسی و همکاران نشان دادند که اکت موجب کاهش پرخوری عصبی و بهبود تصویر تن در دختران مبتلا به پراشتهایی عصبی شد (۳۸). در مطالعهٔ بلورساز مشهدی مداخلهٔ اکت بر پُرخوری عصبی، عادات خوردن، شدت پُرخوری، کاهش نگرانی نسبت به تَن انگاره و علائم افسردگی مؤثر بود (۱۴). احمدی خوشبخت و همکاران نیز نشان دادند که اکت بر نگرش به تغذیه، بازخورد خوردن، تمایل به خوردن و در حد بسیار کم بر عادات غذایی مؤثر بوده است (۳۹). همچنین براساس پژوهش‌های جواراسیو و همکاران، افزودن اکت به درمان معمول اختلالات خوردن، منجر به بهبود نتایج درمان شد (۱۳) و مداخلاتی که ذهن‌آگاهی را هدف قرار می‌دهند، برای بیماران مبتلا به اختلالات خوردن مفید بوده (۴۰) و فنون اکت با موفقیت می‌توانند با مداخلات شناختی رفتاری استاندارد، در درمان اختلالات خوردن، ترکیب شوند (۴۱). مطالعهٔ مروری مانلیک و همکاران نیز حاکی از وجود مزایای متعدد استفاده از اکت در درمان اختلالات خوردن بود (۴۲). در تبیین اثربخشی اکت بر نشانه‌های پرخوری می‌توان گفت، بیماران مبتلا به اختلالات خوردن به‌دلیل وحشت از افزایش وزن، «رفتارهای ایمنی‌بخشی» را اتخاذ می‌کنند که معتقدند آن‌ها را از افزایش وزن «محافظت» می‌کند (شامل بررسی دقیق اعضای بدن، وزن روزانه، پیروی از قوانین دقیق دربارهٔ زمان و مقدار غذاخوردن و ورزش بیش‌ازحد و ...) که این خود منجر به «کاهش انگیزه» برای تغییر آن‌ها و افزایش مقاومت درمانی می‌شود (۴۳). همچنین افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی تمایلی به شرکت، در درمانی با دستور مستقیم برای تغییر افکار مرتبط با خوردن یا ایجاد تغییرات رفتاری مستقیم، مثل عادی‌سازی غذاخوردن یا کاهش محدودیت در رژیم غذایی و ... ندارند (۴۴). اکت با «ایجاد انگیزه» برای رفتار کردن براساس «ارزش‌های اصیل فرد» (با تأکید بر «ناامیدی خلاق») و با «تغییر رابطهٔ فرد با افکارش» ــ بدون تلاش برای تغییر آن افکارــ و «پذیرش افکار و احساسات ناراحت‌کننده»، به‌طور غیرمستقیم می‌تواند منجر به کاهش رفتارهای خوردن مختل‌کننده شود (۴۱). فنون «ذهن‌آگاهی» به رهایی افراد از افکار خودکار ناکارآمد، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم، همچنین کاهش میل به غذا، نگرانی از تصویر بدن، تفکر دوگانه و راهبردهای مقابله‌ای (مبتنی بر اجتناب)، کمک می‌کند (۴۰). اکت با تأکید بر «پذیرش» طیف کامل تجارب درونی (دربارهٔ بدن و غذا، یا احساس دوست‌داشتنی نبودن یا ناکافی بودن)، موجب کاهش فراخوانی این تجارب درونی و «کاهش اجتناب تجربی»[1] که عاملی زیربنایی در شکل‌گیری اختلال خوردن (۴۵) است و کاهش تأثیر آن‌ها بر عملکرد رفتاری این تجارب (خوردن)، می‌شود.

در تبیین نتایج حاکی از اثربخش بودن اکت بر بهبود تصویر تن در افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی، می‌توان گفت این بیماران درمقایسه با افراد سالم، «درآمیختگی» بیشتری با «افکار آشفته‌ساز» دربارهٔ خود ــ شامل تصویر تن ــ داشته و آگاهی کمتری از هیجانات خود دارند (۴۶). فنون «گسلش» که فرایند خلع سلاح باورهای خود ویرانگرانه با درنظرگرفتن این دیدگاه است که خود، محتوای افکار خود نیست، کمک می‌کند فرد از تمرکز بیش‌ازحد بر «خود تعریف‌شده»، رها شده و در برخورد با تصویر تن، اضطراب کمتری داشته و از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتری استفاده کند (۴۱). در این بیماران وزن، شکل و رفتار خوردن چنان ارزشمند شده‌اند که دیگر زمینه‌های زندگی، اولویت بسیار کمتری یافته که نهایتاً منجر به کاهش بیشتر خودپندارهٔ فرد می‌شود (۴۷). فنون «تبیین ارزش‌ها»، منجر به زندگی فعال‌تر مبتنی بر ارزش‌های فرد شده و با «عمل متعهدانه» براساس این ارزش‌ها، فرد احساس ارزشمندی بیشتری کرده و قضاوت خود براساس شکل بدن، در او کاهش می‌یابد. در جهانی که پیوسته پیام‌هایی راجع به اینکه چه‌چیزی جذاب یا غیرجذاب است، ارائه می‌دهد، فنون «خود به‌عنوان زمینه» منجر به «افزایش آگاهی فرد» و ایجاد توانایی استعلام از ارزش‌ها، خواسته‌ها و افکار شخصی خود شده که می‌تواند منجر به اصلاح تصویر تن در این بیماران شود.

از محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری دردسترس، بررسی‌نکردن برخی متغیرهای مداخله‌گر و کور نبودن مطالعه از سوی بیماران و درمانگر نسبت به شرایط درمانی بود. انجام پژوهش بر روی سایر گروه‌های سنی و جنسی قابلیت تعمیم نتایج را افزایش می‌دهد. با توجه به گروهی‌بودن پژوهش، در تعمیم نتایج آن به‌صورت فردی باید احتیاط نمود. اثربخشي این درمان را می‌توان بر متغیرهای روان‌شناختي مؤثر بر پراشتهایی عصبی چون اجتناب تجربی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اضطراب، افسردگی و ...پژوهش نمود.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد، باعث کاهش نشانه‌های پرخوری و همچنین بهبود تصویر تن در افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی می‌شود. با توجه به اینکه اختلال پراشتهایی عصبی خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را در افراد افزایش می‌دهد، به نظر

[1] Experimental Avoidance

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

می‌رسد که درمان این اختلال در افراد دارای سابقهٔ خانوادگی ابتلا به دیابت نوع ۲ که به واسطهٔ مؤلفهٔ ژنتیکی دیابت، خطر بالایی برای ابتلا به دیابت دارند، ضروری است. یافتن گزینه‌های درمانی مؤثر می‌تواند علاوه بر کاهش اثرات مخرب اختلال پراشتهایی بر سلامت این افراد، خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را که بیماری ناتوان‌کننده‌ای با اثرات زیاد بر سلامتی افراد است، کاهش دهد.

۶ تشکر و قدردانی

ازجناب دکتر فکوری که بدون هیچ چشم‌داشتی کلینیک خود را برای انجام مداخلات پژوهش در اختیار نویسندهٔ اول قرار دادند، همچنین از همهٔ دوستانی که در این پژوهش شرکت داشتند یا ما را یاری کردند، نهایت سپاس را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور با کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1399.008 است. تمامی افراد ابتدا به شکل کتبی و بعد حضوری اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کرده و آگاهانه و با رضایت کامل خود در پژوهش شرکت کردند.

رضایت برای انتشار

غیر قابل اجرا

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

هزینه‌ها توسط نویسندهٔ اول تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مراحل اجرای پژوهش شامل نوشتن طرح پیشنهادی، نمونه‌گیری، انجام مداخله و گرفتن پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری توسط مهتا خزیمه انجام شد . آقای دکتر توزنده جانی، خانم دکتر طاهری و دکتر زنده‌دل در بازبینی و مرور نقادانه آن همکاری کردند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. American Psychiatric Association; 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
2. Cooper M, Reilly EE, Siegel JA, Coniglio K, Sadeh-Sharvit S, Pisetsky EM, et al. Eating disorders during the Covid-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. J Eat Disord. 2022;30 (1):54–76. https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1790271
3. Nieto-Martínez R, González-Rivas JP, Medina-Inojosa JR, Florez H. Are eating disorders risk factors for type 2 diabetes? a systematic review and meta-analysis. Curr Diab Rep. 2017;17 (12):138. https://doi.org/10.1007/s11892-017-0949-1
4. Dias Santana D, Mitchison D, Gonzalez-Chica D, Touyz S, Stocks N, Appolinario JC, et al. Associations between self-reported diabetes mellitus, disordered eating behaviours, weight/shape overvaluation, and health-related quality of life. J Eat Disord. 2019;7 (1):35. https://doi.org/10.1186/s40337-019-0266-y
5. Mohan V, Shanthirani CS, Deepa R. Glucose intolerance (diabetes and IGT) in a selected South Indian population with special reference to family history, obesity and lifestyle factors--the Chennai Urban Population Study (CUPS 14). J Assoc Physicians India. 2003;51:771–7.
6. Mond JM. Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. J Eat Disord. 2013;1 (1):33. https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-33
7. Levinson CA, Zerwas S, Calebs B, Forbush K, Kordy H, Watson H, et al. The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: a network analysis. J Abnorm Psychol. 2017;126 (3):340–54. https://doi.org/10.1037/abn0000254
8. Raevuori A, Suokas J, Haukka J, Gissler M, Linna M, Grainger M, et al. Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa: type 2 diabetes in eating disorders. Int J Eat Disord. 2015;48 (6):555–62. https://doi.org/10.1002/eat.22334
9. Ivarsson T, Svalander P, Litlere O, Nevonen L. Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. Eating Behaviors. 2006;7 (2):161–75. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.08.005
10. Linardon J, Wade T, De La Piedad Garcia X, Brennan L. Psychotherapy for bulimia nervosa on symptoms of depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Eat Disord. 2017;50 (10):1124–36. https://doi.org/10.1002/eat.22763
11. Cash TF. Body image: past, present, and future. Body Image. 2004;1 (1):1–5. https://doi.org/10.1016/s1740-1445 (03)00011-1
12. De Sousa PML. Body-image and obesity in adolescence: a comparative study of social-demographic, psychological, and behavioral aspects. Span J Psychol. 2008;11 (2):551–63. https://doi.org/10.1017/S1138741600004558
13. Juarascio A, Shaw J, Forman E, Timko CA, Herbert J, Butryn M, et al. Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. Behavior Modification. 2013;37 (4):459–89. http://dx.doi.org/10.1177/0145445513478633
14. Boloorsaz-Mashhadi H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on bulimia symptoms, depression and body image in bulimia nervosa patients. Journal of Clinical Psychology. (2017);9 (3):13–22. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2756.html?lang=en
15. Zettle RD, Hayes SC. Brief ACT treatment of depression. In: Bond FW, Dryden W; editors. Handbook of brief cognitive behaviour therapy. John Wiley & Sons; 2004. https://doi.org/10.1002/9780470713020.ch3
16. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? Behav Ther. 2004;35 (1):35–54. https://doi.org/10.1016/S0005-7894 (04)80003-0
17. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JBW. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. Psychol Med. 2001;31 (8):1455–66. https://doi.org/10.1017/S0033291701004640
18. García-Mayor RV, García-Soidán FJ. Eating disoders in type 2 diabetic people: brief review. Diabetes Metab Syndr. 2017;11 (3):221–4. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2016.08.004

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

19. De Jonge P, Alonso J, Stein DJ, Kiejna A, Aguilar-Gaxiola S, Viana MC, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and diabetes mellitus: a role for impulse control disorders and depression. Diabetologia. 2014;57 (4):699–709. https://doi.org/10.1007/s00125-013-3157-9
20. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology va control bimari haye shaye dar iran [Epidemiology and control of common diseases in Iran]. Tehran: Eshtiagh Pub; 2000. [Persian]
21. Joshi S, Shrestha S. Diabetes mellitus: a review of its associations with different environmental factors. Kathmandu Univ Med J. 1970;8 (1):109–15. https://doi.org/10.3126/kumj.v8i1.3233
22. Sanderson CA. Health psychology. Jomehri F, Meschi F, Sodagar Sh, Moradimanesh F, Bayazi M, Sobhi A, et al. (Persian translator). Tehran: Sarfaraz Pub; 2013.
23. Graham JE, Stoebner-May DG, Ostir GV, Al Snih S, Peek MK, Markides K, et al. Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2007;5 (1):39. https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-39
24. Keyser J, Pastelak N, Sharma P, Choi J, Bender R, Alloy L. Specificity of emotion awareness to disordered eating in undergraduate females. In Association for Behavioral and Cognitive Therapies Meeting, New York, NY 2009.
25. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
26. Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the eating disorder diagnostic scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. Psychol Assess. 2000;12 (2):123–31. http://dx.doi.org/10.1037//1040-3590.12.2.123
27. Zimmerman M. Guideline of clinical interview based on DSM-5. Tavakoli E, Fadai F. (Persian translator). Ibn Sina Publications; 2015.
28. Stice E, Fisher M, Martinez E. Eating disorder diagnostic scale: additional evidence of reliability and validity. Psychol Assess. 2004;16 (1):60–71. https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.1.60
29. Oehlhof M. Self-objectification among overweight and obese women: an application of structural equation modeling [PhD dissertation]. College of Bowling Green State University; 2011.
30. Khabir L, Mohamadi N, Rahimi G. The validation of Eating Disorder Diagnosis Scale (EDDS). Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2014:18 (2):100–107. [Persian] https://doi.org/10.22110/jkums.v18i2.1689
31. Cash TF. Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In: Cash TF; editor. Encyclopedia of body image and human appearance. Elsevier; 2012. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7
32. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: Cash TF, Pruzinsky T; editors. Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford Press; 2002. http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7
33. Khodabandeloo Y, Fat'h-Abadi J, Motamed-Yeganeh N, Yadollahi S. Factor structure and psychometric properties of the multidimensional body-self relations questionnaire (MBSRQ) in female Iranian university students. Pract Clin Psychol. 2019;187–96. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/jpcp.7.3.187
34. Shemshadi H, Shams A, Sahaf R, Shamsipour Dehkordi P, Zareian H, Moslem AR. Psychometric properties of Persian version of the multidimensional body-self relations questionnaire (MBSRQ) among Iranian elderly. Salmand J. 2020;15 (3):298–311. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/sija.15.3.61.13
35. Harris R. ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Aminzadeh A. (Persian translator). Tehran: Arjmand pub; 2017.
36. Bach P, Moran DJ. ACT in Practice: case conceptualization in acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications. Kamali N, Kianrad N. (Persian translator). Tehran: Arjmand pub; 2015.
37. Hayes SC, Strosahl C. A Practice Guide to Acceptance & Commitment Therapy. Alizadeh Mousavi E, Pirjavid F. (Persian translator). Fara Angizesh; 2015.
38. Abbasi M, Porzoor P, Moazedi K, Aslani T. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving body image of female students with Bulimia nervosa. J Ardabil Univ Med Sci. 2015;15 (1):15–24. [Persian] http://jarums.arums.ac.ir/article-1-773-en.html
39. Ahmadi Khoshbakht S, Mirzamani SM, Alimadadi Z. The effectiveness of group training of acceptance and commitment therapy (ACT) symptoms of adults suffering from eating disorders. Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy. 2016;5 (17):73–91. [Persian] https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_527404.html?lang=en
40. Juarascio AS, Forman EM, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. Behav Modif. 2010;34 (2):175–90. https://doi.org/10.1177/0145445510363472
41. Juarascio AS, Manasse SM, Schumacher L, Espel H, Forman EM. Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: rationale and challenges. Cogn Behav Pract. 2017;24 (1):1–13. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.12.005
42. 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. https://doi.org/10.1007/s10879-012-9223-7
43. Mobbs O, Ghisletta P, Van Der Linden M. Clarifying the role of impulsivity in dietary restraint: a structural equation modeling approach. Pers Individ Dif. 2008;45 (7):602–6. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.06.021
44. Vanderlinden J. Many roads lead to Rome: why does cognitive behavioural therapy remain unsuccessful for many eating disorder patients? Eur Eat Disorders Rev. 2008;16 (5):329–33. https://doi.org/10.1002/erv.889
45. Fulton JJ, Lavender JM, Tull MT, Klein AS, Muehlenkamp JJ, Gratz KL. The relationship between anxiety sensitivity and disordered eating: the mediating role of experiential avoidance. Eating Behaviors. 2012;13 (2):166–9. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.12.003
46. Merwin RM, Timko CA, Moskovich AA, Ingle KK, Bulik CM, Zucker NL. Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. Eating Disorders. 2010;19 (1):62–82. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533606
47. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. Br J Clin Psychol. 2006;45 (3):343–66. https://doi.org/10.1348/014466505X53902

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]