MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Body Image and Social Phobia in People with Physical Disabilities

Ali Reza Agha Usefi[1], Zahra Ostadian Khani[2], *Malihe Fadaie Moghadam[3]

Author Address
1. Associate Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;
2. Ph.D. in Public Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch;
3. MSc. in Clinical Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Payame Noor University, Tehran, Iran.
***E-mail:** moghadam@gmail.com

Received: 2016 June 13**; Accepted:** 2016 July 6.

Abstract

Background and objective: Health problems can have implications for mental illness or psychosomatic outcomes. The treatment of psychological problems along with physical disabilities could reduce pain. The aim of this research was to investigate the effect of acceptance and commitment group therapy on body image and social phobia in people with physical disabilities.

Methods: The study population consisted of 200 patients under the auspices of Welfare Organization in Qom-Iran. Random sampling was used to recruit 30 male participants. The participants were assigned to control and experimental groups in equal numbers. The participants participated in eight training sessions, with each session lasting for 120-minutes. The research instruments were Social Phobia Inventory (SPIN) developed by Connor and Body Image questionnaire developed by Brown, Cash, & Mikulka, (1990). Analysis of covariance was used to analyze the data.

Results: This is a pretest-posttest control group research. Results showed that the acceptance and commitment treatment led to an increase in acceptance and satisfaction of one's own body (p<0.001), and various parts of it (p<0.001) except for weight. Acceptance and commitment therapy intervention group also had a significant effect on the subscales of fear (p<0.001), avoidance (p< 0.001), Physiology (p<0.001) and social phobia score (p<0.001).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy has a positive impact on improving body image and decreasing social phobia among people with physical disabilities.

Keywords: Group Therapy Based On Acceptance and Commitment, Body Image, Social Phobia.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.45.3]

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 ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین جسمی‌حرکتی

علیرضا آقایوسفی[۱]، زهرا استادیان خانی[۲]، *ملیحه فدایی‌مقدم[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران؛

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی؛

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه پیام نور تهران جنوب.

***رایانامه:** moghadam@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۴ خرداد ۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۶ تیر ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات جسمانی می‌تواند تبعاتی به صورت بیماری‌های روانی یا روان‌تنی به‌همراه داشته باشد و درمان مشکلات روانی همزمان با معلولیت‌های جسمی‌حرکتی می‌تواند از درد و رنج این افراد بکاهد. به‌دلیل اهمیت موضوع هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین جسمی‌حرکتی بود.

روش‌بررسی: جامعهٔ پژوهش حاضر شامل ۲۰۰ نفر معلول حرکتی سازمان بهزیستی شهر قم بود که از میان نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر پسر (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود و شرکت کنندگان در یک مداخلهٔ ۲/۵ ماهه به‌مدت ۸جلسهٔ ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند. سپس با استفاده از طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل و اجرای پرسشنامه‌های هراس اجتماعی کانور و پرسشنامهٔ تصویر بدنی کش و میولکا اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث افزایش رضایت دربارهٔ خود بدن ($p<۰/۰۰۱$)، رضایت از بخش‌های مختلف بدن ($p<۰/۰۰۱$) شد، ولی در نگرش به وزن تأثیر معناداری مشاهده نشد. همچنین مداخلهٔ گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر خرده‌مقیاس‌های ترس ($p<۰/۰۰۱$)، اجتناب ($p<۰/۰۰۱$)، فیزیولوژی ($p<۰/۰۰۱$) و نمرهٔ هراس اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$) داشت.

نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین جسمی مؤثر بود.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تصویر بدنی، هراس اجتماعی.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.45.3]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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.

۱ مقدمه

انسان وقتی از نظر جسمی سالم است، پر انرژی‌تر، شادتر، خلاق‌تر و اجتماعی‌تر است، بهتر عمل می‌کند و موفق‌تر است (۱)؛ اما معلولیت از عواملی است که ویژگی‌های مذکور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مدارک و شواهد علمی وجود دارد که نشان می‌دهد، ناتوانی جسمی، آسیب‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. انسان همیشه به‌لحاظ عاطفی و مادی نیازمند به برقراری ارتباط اجتماعی است، اما برقراری این ارتباط برای همه به‌راحتی ممکن نیست و عواملی مانند کمبود اعتمادبه‌نفس، ارزیابی دیگران دربارهٔ فرد، ترس از طردشدن و انتقاد و غیره سبب می‌شود افراد در موقعیت‌های اجتماعی احساس اضطراب کنند. یکی از اختلالات اضطرابی بسیار رایج در نمونه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی[1] است (۲). مبتلایان به اضطراب اجتماعی مشکلات اجتماعی بسیاری داشته و این اختلال اثرات منفی بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی و سلامت روانی آن‌ها می‌گذارد. وجود این اختلال به‌طور معناداری با درآمد کم، احتمال اندک کسب مدارج دانشگاهی، احتمال اندک کسب مشاغل اجرایی، ناتوانی فزاینده در روابط خانوادگی، عاشقانه و اجتماعی در ارتباط است. این اضطراب در حالت شدید به اختلالی به نام هراس اجتماعی[2] تبدیل می‌شود که علایم ظاهری آن عبارتند از: ترس شدید و دائم از موقعیت‌های اجتماعی، رویارویی یا پیش‌بینی رویارویی با این موقعیت‌ها که موجب ایجاد پاسخ اضطراب فوری می‌شود، فرد متوجه غیرمنطقی‌بودن ترس خود است، این حالت موجب اجتناب از چنین موقعیت‌هایی می‌شود (۳). یکی از مشکلات اصلی در اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب تجربی[3] (فعالیتی به‌منظور تغییر شکل، محتوا، فراوانی یا مدت یک تجربهٔ شخصی ناخواسته) است. این اجتناب به دو صورت نمایان می‌شود: جلوگیری رفتاری یا انجام اعمالی جهت فرار از تجارب آزاردهنده یا فاصله‌گیری از شرایطی که با آغاز آن تجارب ذهنی به‌نحوی ارتباط دارند. گرچه این اجتناب موقتاً موجب کاهش اضطراب می‌شود، ولی تداوم آن تأثیرات منفی اجتماعی، روانی و حتی جسمانی بلندمدت را به بار می‌آورد؛ بنابراین تأثیر تجربیات یادگیری اجتماعی به‌عنوان عامل کلیدی در ایجاد اختلال در نظر گرفته شده است (۴). در همین راستا نتایج پژوهشی با روش متاآنالیز نشان داد، کودکانی که مهارت‌های اجتماعی کمی دارند، بیشتر از بقیه با عواقب زیان‌بار روانی و جسمی مثل مورد تجاوز قرارگرفتن و غیره روبه‌رو می‌شوند (۵). این مرور سیستماتیک تحقیقات قبلی ارتباط بین اضطراب اجتماعی و مورد تخلف جنسی قرارگرفتن کودکان را ارزیابی می‌کند. در پژوهشی دیگر رابطهٔ بین سیگارکشیدن و تنش اجتماعی را ارزیابی کرد. آن‌ها چنین نتیجه گرفتند که مصرف سیگار با تغییرات در استرس اجتماعی رابطهٔ معنادار دارد (۶). علاوه بر هراس اجتماعی عوامل متعددی وجود دارد که موجب شکست در زمینه‌های مختلف زندگی و کاهش اعتمادبه‌نفس و زمینه‌ساز بروز بسیاری از اختلالات روانی، روان‌تنی و در نهایت جسمانی می‌گردد. در جامعهٔ امروزی تأکید فرهنگی‌ـ اجتماعی بسیاری بر روی جذابیت و تناسب جسمانی وجود دارد. فشارهای اجتماعی و نظرات گسترده دربارهٔ ساختار بدن باعث شده که نارضایتی از بدن و تصویر بدنی[4] منفی در میان جامعه به‌خصوص در جوانان شایع شود. تصویر بدنی در واقع ادراک فرد از اندازه و تناسب بدن است که با تفکر و احساس و دیدگاه سایر افراد به بدن او همراه می‌شود (۷). شیوع نارضایتی از بدن یک نگرانی عمده محسوب می‌شود، چرا که با اختلالات روانی مانند کاهش اعتمادبه‌نفس، افسردگی، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن و غیره در ارتباط است (۸). نگرانی تصویر بدنی مشکلی جدی است که شامل عوامل شناختی، شناختی‌رفتاری[5] و زیست‌محیطی است که پژوهشگران خواهان پاسخ مؤثر برای حل این مشکل هستند. متخصصان بهداشت روانی روش‌های مختلفی را علاوه‌بر درمان دارویی جهت درمان اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی پیشنهاد می‌کنند. نسل اول رویکردهای رفتاری که بر پایهٔ دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی مطرح شدند. نسل دوم درمان‌های شناختی رفتاری بودند که تا دههٔ ۱۹۹۰ با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند. تأکید این نوع درمان‌ها بیشتر بر نقش شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها[6] و باورها در ایجاد اختلالات روانی بود که با گذشت زمان به‌علت استفاده از تکنیک‌های مختلف که باید تغییر یا حذف در شناخت و باور ایجاد می‌شد، ماندگاری خوبی نداشت؛ بنابراین به این نتیجه رسیدند که می‌توان از درمان‌های دیگری با بازدهی و ثبات بیشتر بهره برد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که یکی از آن‌ها، درمان مبتنی‌بر پذیرش است (۱۲). در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این درمان‌ها هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجربیات روانی‌اش افزایش یابد، سپس بی‌اثربودن هرگونه عمل اجتنابی آموزش داده می‌شود و اینکه باید این تجارب را بدون هیچ واکنش بیرونی و درونی پذیرفت. در مرحلهٔ بعد به فرد آموخته می‌شود که از لحظه‌لحظهٔ حالات روانی خود، آگاهی یابد و در مرحلهٔ بعد بتواند مستقل از این تجارب عمل کند (جداسازی شناختی[7])؛ در نهایت شناخت ارزش‌های شخصی فرد و ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه (یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی) انجام می‌شود. افکار افسرده‌کننده، وسواس، هراس‌ها یا اضطراب اجتماعی نتیجهٔ همین تجارب ذهنی است. در پژوهشی اثر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی بررسی شد. شواهد توصیف می‌کند این درمان باعث پذیرش محدودیت‌ها و افزایش اعتمادبه‌نفس در فرد شده و رابطهٔ تأثیرگذاری با تضعیف افسردگی و اضطراب دارد (۱۳).؛ بنابراین با توجه به جدیدبودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی مختلف ضروری به نظر می‌رسد و با توجه به شیوع هراس اجتماعی در

1. Social Anxiety
2. Social phobia
3. Experiential avoidance
4. Body image
5. CBT
6. Schema
7. Cognitive isolated

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.45.3]

کم‌توانان حرکتی و نقش تصویر بدنی (به‌علت نقص عضو و شرایط خاص) در آن‌ها هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی کم‌توانان حرکتی بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، آینده‌نگر و بنیادی‌کاربردی، از نظر روش‌شناختی، نیمه‌آزمایشی و از لحاظ طرح، طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون دو گروهی بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کم‌توانان حرکتی بهزیستی شهر قم بود. با توجه به طرح پژوهش نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر مرد (۱۵نفر آزمایش و ۱۵نفر کنترل) به‌صورت همگن انتخاب شدند. از میان نمونهٔ مطالعه‌شده ۹۰درصد دارای تحصیلات دبیرستان و ۱۰درصد باقی‌مانده دارای تحصیلات سیکل با دامنهٔ سنی ۲۰تا۳۰ سال بودند. افراد مطالعه‌شده، براساس این طرح قبل از اجرای مداخله درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، پیش‌آزمون را انجام دادند، سپس گروه آزمایش برنامهٔ مداخله را دریافت کرد درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند. مداخلات درمانی به‌صورت ۸جلسهٔ ۲ساعته گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای این افراد انجام شد. ابزار استفاده‌شده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه هراس اجتماعی کانور[1] (۲۰۰۰) و پرسشنامهٔ نقش تصویر بدنی کش[2] و میکولا (۱۹۹۰) بود.

(الف) پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (SPHN): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. پرسشنامهٔ هراس اجتماعی مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای ۳ مقیاس فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک است و در آن براساس مقیاس لیکرت ۵درجه‌ای درجه‌بندی می‌شود. براساس نتایج آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی تشخیص ۸۰درصد و نقطه برش ۵۰ با آلفای کرونباخ ۸۹درصد است. در ایران توسط عبدی و همکاران پس از ترجمه و انطباق، اعتباریابی محتوایی و صوری آن توسط ارزیابان بالا برآورد شد و پایایی به‌شیوهٔ بازآزمایی به روش همبستگی پیرسون ۰/۸۳ درصد و همسانی درونی آن برابر با آلفای ۰/۸۶ درصد گزارش شد (۱۴).

(ب) پرسشنامهٔ تصویر بدنی(BSRQ): این پرسشنامه شامل ۶۹ ماده است که توسط خود فرد پاسخ داده می‌شود و جهت ارزیابی نگرش فرد دربارهٔ ابعاد مختلف ساختار تصویر بدنی طراحی شده است. طبق تعریف کش و پروزینسکی[3] ، نگرش فرد به تصویر بدنی شامل بخش‌های ارزیابی، شناختی و رفتاری است و آگاهی فرد از سلامتی یا احساس بیماری را نیز دربرمی‌گیرد. روایی بخش‌های اصلی پرسشنامه توسط برون و همکاران (۱۹۹۰) بررسی و تأیید شد. همچنین پایایی آن ۰/۸۱ گزارش شد. در ایران اعتبار و پایایی آن توسط بهرام و شفیع‌زاده بررسی شده و آلفای کرونباخ آن ۸۸درصد به دست آمد (۱۵). جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. در جدول ۱ شرح جلسات گروه‌درمانی با روش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد آمده است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان

جلسهٔ اول	بیان هدف؛ معرفی درماندگی خلاق؛ درک اضطراب از دیدگاه اکت؛ استعارهٔ گودال، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، حرکت به سمت اینکه کنترل راه‌حل مسئله نیست (بلکه خود مسئله است). تکلیف: ثبت تجربه‌های روزانه.
جلسهٔ دوم	افزایش تعامل درمان‌جو در فعالیت‌هایی که موجب حس مهارت یا لذت آن‌ها می‌شود. تمرینات حمایتی: تقاضا از اعضا دربارهٔ گفتگو دربارهٔ اضطراب‌هایشان، کنترل به‌صورت یک مشکل(کنترل رویدادهای درونی)، استعارهٔ دروغ‌سنج، استعارهٔ ژلهٔ شیرینی(دونالت ژله‌ای)، استعارهٔ تقلا در جنگ با هیولا، منطق فعال‌سازی رفتاری، تنظیم اولیهٔ هدف رفتاری. تکلیف: یادداشت روزانهٔ تمایل.
جلسهٔ سوم	استعاره به فیل صورتی فکر نکن و معرفی تمایل به تجربهٔ اضطراب به این عنوان که یک جایگزین برای کنترل است. تمرینات حمایتی: تمرین فرونشانی (چشم‌ها را ببندند و به موضوع مشخصی فکر نکنند)، درجهٔ موفقیت ظاهری در کنترل احساسات، برنامه‌نویسی از رویدادهای درونی، تمرین اعداد، تمرین تمایل داشتن به‌جای اجتناب‌کردن؛ استعارهٔ جعبهٔ پر از مسائل. تکلیف: ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک.
جلسهٔ چهارم	هدف: معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات اضطراب. تمرینات حمایتی: تمرین ذهن شما دوست شما نیست و نمی‌تواند بدون آن کار انجام دهد. تمرین شیر، شیر، شیر، مسافران اتوبوس، شناسایی هدف سادهٔ رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد. شناسایی ارزش‌ها. تکلیف: تمرین ذهن‌آگاهی، برگهٔ راهنمای ذهن‌آگاهی چیست، شناسایی عملکرد رفتاری تعیین‌شده.
جلسهٔ پنجم	هدف: معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر.

1. Kanour
2. Cash& Mikula
3. Cash & Pruzinsky

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.45.3]

	تمرینات حمایتی: تمرین قطبیت روان، قیاس تختهٔ شطرنج، تمرین مشاهده‌گر. تکلیف: استدلال به‌عنوان علت‌ها، ادامهٔ تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین عینیت بخشیدن.
جلسهٔ ششم	هدف: نشان دادن اهمیت ارزش‌ها. تمرینات حمایتی: مقدمه‌ای بر ارزش‌ها، ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات، مثال رفتن به شمال، انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها. شناسایی ارزش‌ها: تمرین استعارهٔ مراسم دفن/ تمرین سنگ قبر. تکلیف: دستورالعمل مسیر مبتنی‌بر ارزش‌ها، اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین‌شده.
جلسهٔ هفتم	هدف: کاهش دلیل‌یابی و جلوگیری از افتادن در دام تله‌های کلامی. تمرینات حمایتی: آموزش به اعضا که واژهٔ «و» را جایگزین اما و چون کنند. استعارهٔ مهمانان ناخواسته، توضیح راه‌های برخورد با این همسایهٔ مزاحم، ماهیت همه یا هیچ (تمرین جهش). تکلیف: فعال‌سازی رفتاری (تعهد دست‌یابی به اهداف کوچکتر تعیین‌شده).
جلسهٔ هشتم	هدف: آموزش به اعضا که برای خود درمانگر باشند. پرداختن به نگرانی‌های اعضا دربارهٔ خاتمهٔ درمان و منعکس‌کردن پیشرفت حاصل‌شده. راهبردهای ممکن: شناسایی موانع، عمل متعهدانه براساس الگوریتم اکت، ثبت اهداف افراد (به‌عنوان مثال در ۱ ماه، ۶ ماه، ۱ سال)، استعارهٔ دو کوه، بحث‌وگفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان.

۳ یافته‌ها

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش شامل تصویر بدنی (رضایت دربارهٔ خود بدن، رضایت از بخش‌های مختلف بدن و نگرش به وزن) و هراس اجتماعی (ترس، اجتناب و فیزیولوژی) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل آمده است. به‌عنوان مثال میزان میانگین رضایت دربارهٔ خود بدن در پس‌آزمون گروه آزمایش ۱۸۷/۸۶ و در گروه کنترل ۱۵۶/۶۶؛ رضایت از بخش‌های مختلف بدن در پس‌آزمون گروه آزمایش ۳۷/۶۰ و در گروه کنترل ۲۰/۶۶ است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بین اکثر میانگین‌ها دو گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون تفاوت مشاهده می‌شود. همچنین نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف–اسمیرونف تأیید گردید.

جدول ۲. میانگین (انحراف استاندارد) متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر		گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
			(SD)M	(SD)M
تصویر بدنی	رضایت دربارهٔ خود بدن	آزمایش	(۲۱/۹۵) ۱۶۷/۲۶	(۱۴/۰۶) ۱۸۷/۸۶
		کنترل	(۱۴/۸۵) ۱۵۶/۰۱	(۱۱/۶۵) ۱۵۶/۶۶
	رضایت از بخش‌های مختلف بدن	آزمایش	(۹/۸۱) ۲۴/۲۰	(۳/۵۲) ۳۷/۶۰
		کنترل	(۳/۹۹) ۱۷/۶۶	(۲/۱۲) ۲۰/۶۶
	نگرش به وزن	آزمایش	(۴/۶۱) ۱۸/۱۳	(۲/۲۵) ۱۴/۷۳
		کنترل	(۲/۴۳) ۲۱/۳۳	(۳/۴۱) ۱۶/۶۶
هراس اجتماعی	ترس	آزمایش	(۵/۴۸) ۱۲/۲۶	(۲/۰۹) ۲/۴۰
		کنترل	(۰/۸۴) ۱۲	(۰/۴۸) ۴/۶۶
	اجتناب	آزمایش	(۶/۸۵) ۱۵/۶۰	(۲/۵۷) ۲/۹۳
		کنترل	(۱/۲۹) ۱۸/۳۳	(۱/۴۶) ۶
	فیزیولوژی	آزمایش	(۲/۶۷) ۷/۸۰	(۱/۴۸) ۱/۷۳
		کنترل	(۰/۴۸) ۷/۳۳	(۰/۴۸) ۴/۶۶
	نمرهٔ کل	آزمایش	(۱۴/۰۳) ۳۵/۶۶	(۵/۵۲) ۷/۰۶
		کنترل	(۲/۱۲) ۳۷/۶۶	(۲/۱۳) ۱۵/۳۳

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی

متغیر	منبع تغییرات	F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.45.3]

رضایت دربارهٔ خود بدن	گروه	۷۷/۷۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲	۱
رضایت از بخش‌های مختلف بدن	گروه	۲۵۹/۲۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۶	۱
نگرش به وزن	گروه	۲/۶۰۳	۰/۱۱۸	۰/۰۸۸	۰/۳۴۳
ترس	گروه	۱۶/۳۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۸	۰/۹۷۴
اجتناب	گروه	۱۲/۹۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	۰/۹۳۴
فیزیولوژی	گروه	۶۴/۴۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۸	۱
هراس اجتماعی کل	گروه	۲۸/۰۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۰	۱

در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی افراد با معلولیت حرکتی در مقایسه با گروه کنترل آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، با حذف اثر پیش‌آزمون گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث افزایش رضایت دربارهٔ خود بدن و رضایت از بخش‌های مختلف بدن شد، ولی در نگرش به وزن تأثیر معناداری مشاهده نشد. همچنین مداخلهٔ گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب فیزیولوژی و نمرهٔ هراس اجتماعی مؤثر بود.

۴ بحث

هدف این پژوهش اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین جسمی حرکتی بود. نتایج نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری با تصویر بدنی معلولین جسمی حرکتی رابطه دارد. همچنین گروه‌درمانی ACT بر هراس اجتماعی افراد مبتلا به معلولیت جسمی‌حرکتی را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. در پژوهشی که بر روی دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی انجام شد اثربخشی درمان گروهی ACT بر درمان اختلال اضطراب اجتماعی ثابت شد (۱۷). این نتایج با پژوهشی که آنیوزات، گرین و مارک انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که درمان اکت در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی اثر بیشتری دارد همسوست (۱۸). تحقیقی در خارج از کشور نتایج نشان داده که افراد مبتلا به اختلال شدید BDD (اختلال بدشکلی بدن) اضطراب اجتماعی زیادی دارا هستند. در این مدل این چنین تبیین شد که افراد دارای اختلال بدشکلی بدن به این علت که از حضور در اجتماع اجتناب می‌کنند بیشتر دارای هراس اجتماعی می‌شوند (۱۱). اساساً نگرانی از تصویر بدن موضوعی مهم است که برای بسیاری از مردم در سنین مختلف، جنسیت، گرایش‌های جنسی و اقوام تأثیر می‌گذارد. این نگرانی از تداخل پیچیده‌ای از تأثیرات اجتماعی فرهنگی منشأ می‌گیرند و پیامدهای مهمی برای سلامت جسمی و روانی دارند. گزینه‌های مؤثر برای بهبود تصویر بدن شامل روان‌شناختی، شناختی‌رفتاری، زیست‌محیطی و غیره است (۱۰). درهمین‌راستا یافته‌های حاصل از پژوهشی، نشان داد بین تصویر بدنی نوجوانان با افسردگی، اضطراب و تنش ارتباط آماری معنادار منفی وجود دارد؛ به‌عبارت‌دیگر با کاهش امتیاز تصویر بدنی امتیاز افسردگی و اضطراب در حد معناداری افزایش می‌یابد (۹). محققان در پژوهش دیگری همچنین نشان دادند که نگرانی به تصویر بدنی، افراد در همهٔ سنین، جنسیت و گرایش‌های جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این نگرانی از تداخل پیچیدهٔ تأثیرات اجتماعی‌فرهنگی نشأت می‌گیرد و پیامدهای مهمی برای سلامت جسمی و روانی دارد (۱۰). در پژوهشی گسترده‌تر، رابطهٔ بین حساسیت به طرد مبتنی‌بر ظاهر و بدشکلی بدن با اضطراب اجتماعی سنجیده شد، یافته‌ها نشان داد که افراد دچار اضطراب اجتماعی یک‌سوگیری شدید به سمت تفسیر بیش از حد به طردشدن و نگرانی از شکل ظاهری داشتند (۱۱). تعداد دیگری از محققان به این نتیجه رسیدند که تمرینات ورزشی بر بهبود تصویر بدنی و کاهش تودهٔ بدنی و اضطراب اجتماعی تأثیر داشته است (۱۹). می‌توان این‌گونه تبیین کرد که برای افراد دارای معلولیت جسمی که اکثراً از حاضرشدن در جمع اجتناب می‌کنند، اگر شرایطی فراهم شود که در جمع دوستان‌شان به تمرینات ورزشی بپردازند اثر بسیار مثبتی بر هراس اجتماعی آن‌ها و به‌تبع آن بر بهبود تصویر بدنی آن‌ها می‌گذارد. در پژوهشی گسترده که برای افراد مبتلا به جنون انجام گرفت، از درمان شناختی‌رفتاری و اکت برای بهبود عملکرد آن‌ها استفاده شد. در رتبه‌بندی که انجام شد ACT در جایگاه اول قرار گرفت (۲۰). همان‌طور که در مقدمه اشاره شد، در این روش درمانی به افراد آموخته می‌شود که به‌جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آن‌ها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آن‌ها، با این اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر را می‌توان جزیی از عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به کم‌بودن پژوهش‌ها در راستای پژوهش حاضر می‌توان امیدوار بود که درمان، نیازمند زمان و دانش بیشتری است و با اینکه نتایج این تحقیق تأییدکنندهٔ اثر بخشی درمان ACT بر بهبود هراس اجتماعی و تصویر بدنی بود، اما پژوهش‌های بیشتری لازم است تا ماهیت و نحوهٔ این اثر بخشی بیشتر مشخص شود. احتمالاً عوامل روانی‌ـ‌اجتماعی دیگری نیز در بهبود تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین مؤثر است که در پژوهش‌های دیگری بایستی مطالعه شود. به‌ویژه پژوهش‌های آزمایشی تا از طریق آن‌ها بتوان مشخص کرد دست‌کاری شناخت معلولین و آموزش‌های ارتقای مهارت‌های آنان می‌تواند چگونه بر بهبود تصویر بدنی و هراس اجتماعی آنان مؤثر باشد. علاوه‌براین پژوهش‌های طولی نیز می‌توانند در آشکارکردن دقیق‌تر رابطهٔ علی میان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.45.3]

تصویر بدنی و هراس اجتماعی مؤثر باشد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از دانشگاه پیام‌نور برای حمایت مالی این مطالعه و از مسئولان مؤسسهٔ خصوصی بهزیستی رعد که در اجرای این طرح همکاری داشتند، سازمان بهزیستی استان قم و تمامی آقایان شرکت‌کننده در طرح، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. (بنا به اظهار نویسندهٔ مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.45.3]

References

Hwang K, Hammer JH, Cragun RT. Extending religion-health research to secular minorities: issues and concerns. J Relig Health. 2011;50(3):608–22. [Link]

Dalrymple KL, Zimmerman M. Treatment-seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. Psychiatry Res. 2011;187(3):375–81. [Link]

American Psychiatry Association. Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. NikKhou MR. (Persian translator). Tehran: SokhanPublication; 2002.

Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2011;25(4):467–73. [Link]

Porter S, Newman E, Tansey L, Quayle E. Sex offending and social anxiety: A systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2015;24(Supplement C):42–60. [Link]

Dahne J, Hise L, Brenner M, Lejuez CW, MacPherson L. An Experimental Investigation of the Functional Relationship between Social Phobia and Cigarette Smoking. Addict Behav. 2015;43:66–71. [Link]

Cash TF. Body-Image Affect: Gestalt versus Summing the Parts. Percept Mot Skills. 1989;69(1):17–8. [Link]

Cash TF, Hicks KL. Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well-being. Cogn Ther Res. 1990;14(3):327–41. [Link]

Golian S, Ghiyasvand M, Mirmohammad Ali M, Mehran A. The relationship between body image of obese adolescent girls and depression, anxiety and stress. Journal of Payesh. 2014;13(4):433–40. [Persian] [Link]

Gillen MM, Markey CN. Body Image and Mental Health. In: Friedman HS, editor. Encyclopedia of Mental Health. Oxford: Academic Press; 2016. [Link]

Lavell CH, Zimmer-Gembeck MJ, Farrell LJ, Webb H. Victimization, social anxiety, and body dysmorphic concerns: appearance-based rejection sensitivity as a mediator. Body Image. 2014;11(4):391–5. [Link]

Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004;35(4):639–65. [Link]

Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. Acceptance and Commitment Therapy for Depression and Anxiety. In: Friedman HS, editor. Encyclopedia of Mental Health. Oxford: Academic Press; 2016. [Link]

Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. Br J Psychiatry. 2000;176:379–86. [Link]

Brown TA, Cash TF, Mikulka PJ. Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. J Pers Assess. 1990;55(1–2):135–44. [Link]

Izadi R, Abedi M. Acceptance and Commitment Therapy. Tehran: JUNGEL Publication; 2016. [Persian] [Link]

Pourfaraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Knowledge and Health. 2011;6(2):1–5. [Persian] [Link]

Bolboli L, Habibi Y, Rajabi A. The effect of exercise on body image, body mass and social anxiety in students. Journal of School Psychology. 2013;3(22):29–40. [Persian] [Link]

Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. Acceptance and Commitment Therapy for Depression and Anxiety. In: Friedman HS, editor. Encyclopedia of Mental Health. Oxford: Academic Press; 2016. [Link]

Johns LC, Oliver JE, Khondoker M, Byrne M, Jolley S, Wykes T, et al. The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The “ACT for life” study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2016;50:257–63. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.45.3]