

اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شدت علائم بالغین مبتلا به اختلالات خوردن

سودابه احمدی خوشبخت^۱، سید محمود میرزمانی^۲، زینب علی مددی^۳

چکیده

در این تحقیق به «اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شدت علائم بالغین مبتلا به اختلالات خوردن» پرداخته شده و سؤال اصلی بدین ترتیب تدوین شده است به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نگرش به تغذیه و بازخورد خوردن مؤثر است؟ روش تحقیق، نیمه آزمایشی بوده و به مقایسه متغیر اصلی تحقیق در گروه آزمایش و گروه گواه پرداخته شده است. جامعه تحقیق حاضر را تمامی مراجعین مبتلا به اختلالات خوردن مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی بهار تشکیل می دهند. در تحقیق حاضر با پیروی از روش هدفمند، افراد دارای اختلال خوردن شناسایی شده و سپس با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) از مراجعه کنندگان ۱۸ تا ۶۵ سال به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این تحقیق از دو پرسشنامه آزمون نگرش به تغذیه کارنر و همکاران، آزمون بازخورد خوردن گارنر و گارفینگل به عنوان ابزار استفاده شده است که هر دو پرسشنامه دارای روایی و اعتبار مطلوبی هستند. در نهایت، با استفاده از مدل آماری تحلیل کواریانس یک طرفه به آزمون سؤال های تحقیق پرداخته شد و یافته های تحقیق نشان داد که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نگرش به تغذیه و بازخورد خوردن مؤثر بوده است.

واژه های کلیدی: اثربخشی، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، اختلالات خوردن

^۱ - گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی.

^۲ - استاد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، اسلامشهر، ایران

Mirzamani2003@gmail.com

^۳ - متخصص اعصاب و روان، برد تخصصی روانپزشکی، دانشگاه تهران

مقدمه

امروزه اختلالات خوردن^۱ یکی از موارد اختلالات روانی / روان‌تنی^۲ به شمار می‌روند. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می‌شوند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کنند و همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ و میر شوند. علت اصلی این اختلالات هنوز به خوبی شناخته نشده است و درمان آن‌ها مشکل است و بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمان‌های کنونی ندارند (خان‌پور اردستانی، ۱۳۹۰).

اختلالات خوردن، دسته‌ای از اختلالات روان‌شناختی است که در آنها به نوعی مساله خوردن مطرح می‌شود؛ زیادخوردن، کم‌خوردن، کنترل‌نکردن و... اما در اصل مشکل اصلی خوردن نیست. اختلال خوردن، نوعی اختلال در نحوه غذا خوردن است که از حالت طبیعی خارج شده است. مثلاً اگر فرد از خوردن غذای کافی امتناع می‌کند، یا بیش از اندازه غذا می‌خورد، یا پس از مصرف غذا اقدام به مصرف مسهل می‌کند، یا عمداً استفراغ می‌کند و یا ترکیبی از اختلالات فوق را داشته باشد، به اختلال خوردن مبتلا شده است. اختلال خوردن، شامل افکار و رفتارهای کنترل نشده‌ای است که الگوهای بیمارگونه غذا خوردن را القاء می‌کنند. افرادی که به این اختلال دچارند، تصور غیر واقعی و تحریف شده‌ای از بدن خود دارند. مثلاً این افراد همیشه فکر می‌کنند که بیش از حد چاق هستند.

روانشناسان شناختی پیوسته کوشیده‌اند تا خطاهای شناختی افراد مبتلا به اختلالات خوردن را شناسایی کنند. در سال‌های اخیر، با پی بردن به نقش خلق منفی به‌عنوان یکی از عوامل موثر در بروز این اختلال، تحقیقات زیادی در حوزه هیجان و تنظیم هیجانی در حوزه اختلالات خوردن صورت گرفت. محققین بر این باورند که افراد مبتلا به اختلالات خوردن در تنظیم هیجانات خود با مشکلاتی روبرو هستند و مهارت‌های لازم برای مقابله با هیجانات منفی را ندارند و خوردن راهکاری است که به وسیله آن می‌توانند برای مدتی هر چند کوتاه از این احساسات ناخوشایند فاصله بگیرند (اسمیت^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

با توجه به اینکه پیام اصلی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) عبارت است از آنچه خارج از کنترل شخصی است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش، می‌باشد و هدف این

^۱- Eating disorders

^۲- Psychosomatic

^۳- Smyth

روش درمانی کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (ایزدی و عابدی، ۲۰۱۲). از این رو، می‌توان گفت که *ACT* یک مداخله شناختی- رفتاری است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای تغییر رفتار و تعهد به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (محبت بهار، ۱۳۹۳).

بطور کلی درمانگران *ACT* مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند. *ACT* به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند همانگونه که هستند، مهارت کسب کنند (ایفرت^۱ و همکاران، ۲۰۱۱).

ابهامات متعددی پیرامون اختلالات خوردن در افراد یک جامعه وجود دارد و هنوز به گونه‌ای دقیق مشخص نمی‌باشد که چه عواملی در بروز اختلالات خوردن مؤثرند. بر طبق راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی آمریکا *DSM-V*^۲ طبقه‌بندی اختلالات خوردن با هدف تاکید بیشتر بر تعریف مشترک برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جهت پیش‌بینی، پیشگیری و راهبردهای درمانی بهتر در حال تدوین است (روم^۳، ۲۰۱۲).

هر چند چاقی ساده در طبقه‌بندی بیماری‌ها به‌عنوان یک بیماری جسمانی گنجانده شده است اما در پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات وجود ندارد؛ زیرا ثابت نشده است که چاقی، به طور قطع با نشانگان روانی یا رفتاری مرتبط است. بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی به‌عنوان عمده‌ترین اختلالات خوردن شناخته شده‌اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۹۲).

تاثیر فرهنگ بر تحول اختلالات خوردن مانند بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی مدت طولانی است که احساس می‌شود. به نظر می‌رسد که این سندرم‌ها در فرهنگ غربی رایج‌تر هستند و به مراتب در زنان شایع‌تر از مردان هستند و از نظر اهمیت اشتیاق لاغری در زنان بین فرهنگ‌ها تفاوت وجود دارد (میلر و پامریکا، ۲۰۰۱) پرخوری عصبی به نظر می‌رسد که وابسته به فرهنگ است اما بی‌اشتهایی

^۱ - Eifert

^۲ - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

^۳ - Rome

عصبی احتمالاً بیشتر با عوامل وراثتی پیوند دارد و صرفاً بسته به فرهنگ نیست (گولدسچمیدت^۱، ۲۰۱۰).

لازم به ذکر است عنوان شود، اوج شروع اختلال خوردن در نوجوانی است (استیک و همکاران، ۲۰۰۹). در این دوره از زندگی، درجه معینی از بی‌نظمی خوردن مشاهده می‌شود (هتیرتون و همکاران، ۱۹۹۷) که برخی افراد ممکن است از آن به‌عنوان وسیله‌ای برای نیل به پذیرش (استریگل- مور و همکاران، ۱۹۸۶)، افزایش احساس کنترل (فیبرون و همکاران، ۱۹۹۸) و کاهش احساسات منفی خود استفاده کنند. با این حال در جریان رشد این راهبردهای نامناسب در برخی موارد منجر به مشکلات طولانی مدت تغذیه‌ای و وزن می‌شود و خطر ابتلا به یک اختلال را افزایش می‌دهد (سولمی^۲، ۲۰۱۴).

درمان‌های مختلفی برای اختلالات خوردن وجود دارند که شامل درمان‌های دارویی و درمان‌های روانشناختی شامل (CBT) و (DBT)^۳ می‌باشند. در این اختلالات از درمان‌هایی که جدیداً استفاده می‌شوند می‌توان به ACT^۴ اشاره کرد. درمان پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هیز ایجاد شده، که از مزیت‌های آن طول جلسات کمتر آن نسبت به درمان شناختی رفتاری و درمان دیالکتیک است و معمولاً حدود ۸-۱۰ جلسه درمان مورد نیاز است این خود سبب کاهش هزینه‌های درمان می‌گردد (عباس‌زاده، علیزاده و مختاری، ۱۳۹۲).

با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه اختلالات خوردن و همچنین روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) می‌توان به تحقیق ایران‌دوست و همکاران (۱۳۹۴) پیرامون اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و افسردگی زنان مبتلا به کم‌درد مزمن مطرح کردند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب مرتبط با درد و افسردگی را در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به طور معناداری کاهش داده است. همچنین، مشخص گردید درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به کم‌درد مزمن مؤثر می‌باشد.

عباس‌زاده، علیزاده اقدم و مختاری اصل (۱۳۹۲) پیرامون سنجش میزان اختلالات خوردن و ارتباط آن با هوش هیجانی در دانشجویان دختر دانشگاه تبریز عنوان کردند، هوش هیجانی و ابعاد آن با اختلالات خوردن و ابعاد آن رابطه منفی و معنادار دارد؛ به این معنی که هر اندازه خودآگاهی، خودکنترلی،

^۱- Goldschmidt

^۲- Solmi

^۳- Dialectical behavior therapy

^۴- Acceptance and Commitment Therapy

^۵- E.hayes

هشیاری اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، و در کل هوش هیجانی آزمودنی‌ها افزایش یابد، اختلالات خوردن در آنها کاهش می‌یابد و برعکس. همچنین، مهمترین متغیر هشیاری اجتماعی عامل پیش‌بینی-کننده تغییرات در اختلالات خوردن است.

حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۹۲) پیرامون تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مطرح کردند، بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و همچنین، این روش در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است. همچنین، اثر درمان در زمان پیگیری ماندگار بود.

در تحقیق روستایی و همکاران (۱۳۹۲) پیرامون بررسی شیوع اختلالات خوردن و برخی عوامل مرتبط با آن در دختران دانش‌آموز دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ مشخص شد که شیوع سندرم خفیف اختلالات خوردن زیاد می‌باشد و بین متغیرهای دموگرافیک و اختلالات خوردن رابطه معنی‌داری مشاهده نشد اما مشخص گردید که اضافه وزن و چاقی، شانس ابتلا به اختلالات خوردن را به طور معنی‌دار افزایش می‌دهد.

با توجه به تحقیقات انجام شده در مورد دو متغیر اختلالات خوردن و روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هنوز ابهاماتی پیرامون اثربخشی روش گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر و شدت علائم بالغین مبتلا به اختلالات خوردن وجود دارد که به‌عنوان منبع مسأله در تحقیق حاضر مطرح می‌شود. از این‌رو، در این تحقیق به اثربخشی روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شدت علائم بالغین مبتلا به اختلالات خوردن پرداخته و سؤال اصلی تحقیق به شرح زیر مطرح می‌شود:

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نگرش به تغذیه و بازخورد خوردن مؤثر است؟

روش پژوهش

طرح تحقیق حاضر نیمه آزمایشی^۱ بوده و به مقایسه متغیر اصلی تحقیق در گروه آزمایش و گروه گواه پرداخته شده است. با این وجود، از آنجایی که متغیر مستقل یا آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش

^۱ -Semi-experimental

و تعهد (*ACT*) به‌گونه‌ای مستقیم اعمال شده است، مفروضه تحقیق‌های نیمه‌آزمایشی در نظر گرفته شده است. از این‌رو، طرح پژوهشی حاضر تحت‌عنوان طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، در تحقیق حاضر می‌توان سه مرحله را به‌عنوان مراحل تحقیق در نظر گرفت. این مراحل به‌عنوان فازهای سه‌گانه طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی مطرح شده و به شرح زیر توصیف می‌شوند:

فاز اول - اجرای پیش‌آزمون:

در این مرحله هر ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) در دو جلسه که به صورت انفرادی انجام می‌شوند، شرکت می‌کنند. جلسه اول انجام مصاحبه و جلسه دوم انجام پرسشنامه‌های آزمون نگرش به تغذیه کارنر و همکاران و آزمون بازخورد خوردن (گارنر و گارفینگل) انجام شد. تشخیص اختلال در درجه اول توسط مصاحبه تشخیصی روانپزشک کلینیک انجام و از این طریق، معادل‌سازی گروه آزمایش و گواه با نظرات کارشناسی متخصصان صورت گرفت.

فاز دوم- اجرای مداخلات روان‌شناختی:

مداخلات روان‌شناختی تحت‌عنوان آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) صورت گرفت. مداخلات روان‌شناختی توسط یک فرد متخصص در کلاس‌های رسمی آزمون و زمان‌های غیررسمی به صورت انفرادی انجام پذیرفت. به‌گونه‌ای دقیق ۸ جلسه برای مداخلات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) در نظر گرفته شده است و فرایند اعمال برنامه آموزشی به مدت ۳ ماه به طول انجامید و این برنامه آموزشی برای گروه گواه صورت نگرفت. درمان به صورت ۲ جلسه انفرادی که مصاحبه و پرسشنامه‌ها در آن صورت می‌گیرد و ۸ جلسه گروهی می‌باشد.

فاز سوم- اجرای پس‌آزمون:

با توجه به اعمال متغیر آزمایشی و یا مداخلات روان‌شناختی و بعد از اتمام آموزشها، فرایند پس‌آزمون در نظر گرفته شد و داده‌های تجربی مرتبط با متغیرهای پژوهش در مرحله انتهای فرایند مداخلات روان‌شناختی جمع‌آوری شدند.

جامعه آماری تحقیق حاضر را تمامی مراجعین مبتلا به اختلالات خوردن مراجعه‌کننده به کلینیک روانپزشکی بهار تشکیل می‌دهند. لازم به ذکر است از آنجایی که دسترسی به تمامی اعضاء جامعه امکان‌پذیر بوده، مطرح می‌شود که جامعه پژوهش حاضر در حیطه جوامع محدود^۱ قرار می‌گیرد.

با توجه به اینکه جامعه تحقیق حاضر را مراجعین مبتلا به اختلالات خوردن مراجعه‌کننده به کلینیک روانپزشکی بهار تشکیل می‌دهند، از این‌رو، ابتدا با پیروی از روش تحقیق هدفمند، افراد دارای اختلال خوردن شناسایی شده و سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) از مراجعه‌کنندگان ۱۸ تا ۶۵ سال به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

با توجه به اینکه در تحقیق حاضر به «اثربخشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شدت علائم بالغین مبتلا به اختلالات خوردن» پرداخته شده است، از دو پرسشنامه آزمون نگرش به تغذیه کارنر و همکاران و آزمون بازخورد خوردن کارنر و گارفینگل استفاده شده است که به ذکر ویژگی‌های روان‌سنجی آن پرداخته می‌شود:

آزمون نگرش به تغذیه

نسخه اولیه آزمون نگرش به تغذیه در سال ۱۹۷۹ توسط کانر و همکارانش با ۴۰ عبارت تهیه شد. در مطالعات بعدی به دلیل طولانی بودن آزمون و اعتبار و روایی آن در سال ۱۹۸۹ نسخه ۲۶ ماده‌ای آزمون با اعتبار و روایی نسبتاً خوبی توسط مولفان آماده شد. آزمون نگرش به تغذیه *EAT-26* پر استفاده‌ترین ابزار استاندارد است که برای سنجش نشانگان اختلالات تغذیه به کار می‌روند. نسخه اخیر در مطالعات زیادی مورد استفاده قرار گرفته و دارای سه زیرمقیاس عادت غذایی، جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی است و نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت شش درجه‌ای است که برای عبارات پاسخ همیشه=۳، نمره، اکثراً=۲، اغلب=۱، گاهی=۰، بندرت=۰، هرگز=۰، عبارت بیست‌وشش بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. (همیشه=۰، نمره، اکثراً=۰، اغلب=۰، گاهی=۱، بندرت=۲، هرگز=۳)

سوالات مربوط به هر خرده‌مقیاس

عادت غذایی: ۱- ۶- ۷- ۱۰- ۱۱- ۱۲- ۱۴- ۱۶- ۱۷- ۲۲- ۲۳- ۲۴- ۲۶

جوع یا تمایل به خوردن: ۳- ۴- ۹- ۱۸- ۲۱- ۲۵

کنترل دهانی: ۲- ۵- ۸- ۱۳- ۱۵- ۱۹- ۲۰

^۱- Limit

تعداد سؤالات عادت غذایی ۱۳ سؤال، تمایل به خوردن ۶ سؤال، کنترل دهانی ۷ سؤال می‌باشد.

روایی و پایایی پرسشنامه: قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه-گیری هر آنچه اندازه می‌گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش پورقاسم (۱۳۸۹) ذکر شده است و در پژوهش ملازاده اسفنجانی و همکارانش (۱۳۹۱) به بررسی روایی آزمون از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که برای کل مقیاس ۸۲/۰ به دست آمد و همچنین برای بررسی پایایی آزمون از روش دونیمه کردن استفاده شد که ضریب آن از ۶۹/۰ تا ۷۳/۰ بود.

آزمون بازخورد خوردن

این پرسشنامه توسط گارنر و گارفینگل تهیه شده و شامل ۲۰ آیتم و سه خرده‌مقیاس رژیم لاغری، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا، مهار دهانی می‌باشد. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت شش درجه‌ای است شامل هرگز=۰، بندرت=۱، گاهی اوقات=۲، خیلی اوقات=۳، بیشتر اوقات=۴ و همیشه=۵ می‌باشد.

جدول ۱. روایی محتوایی پرسشنامه بازخورد خوردن

تعداد سؤالات	خرده‌مقیاس
۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰	رژیم لاغری
۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵	پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا
۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰	مهار دهانی

مجموع امتیازات سوالات مربوط به هر خرده‌مقیاس را با هم جمع می‌کنیم. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع می‌کنیم.

روایی و پایایی: در پژوهش بابایی (۱۳۸۷) جهت روایی صوری پرسشنامه و صحت و سقم سؤالات، پرسشنامه در بین تعدادی از اساتید و متخصصین توزیع شد روایی محتوایی و صوری آن مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفا کرونباخ محاسبه شد. آلفا کرونباخ برای پرسشنامه بازخورد خوردن (رژیم لاغری ۰/۸۲۵، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا ۰/۶۴۴، مهار دهانی ۰/۵۶۷، کل آزمون ۰/۸۶۰ می‌باشد.

از آنجایی که در پژوهش حاضر به مفروضه طرح‌های آزمایشی پرداخته شده و متغیر شدت علائم بالغین مبتلا به اختلالات خوردن، به‌عنوان متغیر وابسته و آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

(ACT) به‌عنوان متغیر مستقل محسوب می‌گردند، از طریق مدل آماری تحلیل کوواریانس به آزمون فرضیه‌های تحقیق پرداخته شده است. در این مدل آماری نه تنها به شناسایی تفاوت‌های بین دو گروه آزمایش و گواه دست یافته، بلکه به تأثیر متغیر مستقل آزمایشی بر متغیرهای وابسته پرداخته شده است.

یافته‌ها

جدول ۲. تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات «آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)» بر «عادت غذایی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون گروه	۱۰۰/۷۴	۱	۱۰۰/۷۴	۱۶۷/۹۹	۰/۰۰۱	
خطا	۱۶/۱۹	۲۷	۰/۶۰	۴/۸۹	۰/۰۳۶	۰/۱۵
کل	۶۸۹۷	۳۰				

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته (عادت غذایی) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/01$ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت، با توجه به میزان $F=4/89$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌پردازد و در سطح $=0/01$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «عادت غذایی» مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر ۰/۱۵ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «عادت غذایی» در حد بسیار کم می‌باشد.

جدول ۳. تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات «آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)» بر «تمایل به خوردن»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۱۶/۱۸	۱	۱۶/۱۸	۴/۰۷	۰/۰۵۳	
گروه	۱۲۱/۰۸	۱	۱۲۱/۰۸	۳۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۱۰۷/۱۵	۲۷	۳/۹۶			
کل	۷۵۱۷	۳۰				

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی داری بین متغیر وابسته (تمایل به خوردن) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/05$ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت، با توجه به میزان $F=30/51$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌پردازد و در سطح $0/01 =$ معنی دار است، می‌توان مطرح نمود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «تمایل به خوردن» مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر $0/53$ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «تمایل به خوردن» در حد متوسط می‌باشد.

جدول ۴. تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات «آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)» بر «کنترل دهانی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۰/۷۲	۱	۰/۷۲	۰/۱۲	۰/۷۲۹	
گروه	۳۰/۷۱	۱	۳۰/۷۱	۵/۱۸	۰/۰۳۱	۰/۱۶
خطا	۱۶۰/۰۷	۲۷	۵/۹۲			
کل	۷۱۲۲	۳۰				

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی داری بین متغیر وابسته (کنترل دهانی) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/05$ وجود ندارد. با این وجود، با توجه به اینکه اثر معنی دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

(ACT) با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت، با توجه به میزان $F= 5/18$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌پردازد و در سطح $0/05 =$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «کنترل دهانی» مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر $0/16$ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «کنترل دهانی» در حد بسیار کم می‌باشد.

جدول ۵. تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی

اثرات «آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)» بر «نگرش به تغذیه»						
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۷۴/۰۲	۱	۷۴/۰۲	۴/۱۵	۰/۰۵۱	
گروه	۳۳/۱۴	۱	۳۳/۱۴	۴/۸۶	۰/۰۵۴	۰/۵۴
خطا	۴۸۰/۶۴	۲۷	۱۷/۸۰			
کل	۶۳۵/۱۸	۳۰				

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته (نگرش به تغذیه) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/05$ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت، با توجه به میزان $F= 4/86$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌پردازد و در سطح $0/05 =$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «نگرش به تغذیه» مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر $0/54$ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «نگرش به تغذیه» در حد متوسط می‌باشد.

جدول ۶. تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات «آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)» بر «رژیم لاغری»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۱۲۹/۳۵	۱	۱۲۹/۳۵	۱۵/۶۷	۰/۰۰۱	
گروه	۲۷۷/۷۰	۱	۲۷۷/۷۰	۳۳/۶۵	۰/۰۰۱	
خطا	۲۲۲/۷۷	۲۷	۸/۲۵			۰/۵۵
کل	۹۵۵۸	۳۰				

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی داری بین متغیر وابسته (رژیم لاغری) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/05$ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت، با توجه به میزان $F=33/65$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌پردازد و در سطح $\alpha=0/05$ معنی دار است، می‌توان مطرح نمود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «رژیم لاغری» مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر $0/55$ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «رژیم لاغری» در حد متوسط می‌باشد.

جدول ۷. تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات «آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)» بر «پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	۶/۵۶	۰/۰۱۶	
گروه	۵/۵۶	۱	۵/۵۶	۱۷/۰۹	۰/۰۰۱	
خطا	۸/۷۹	۲۷	۰/۳۲			۰/۳۸
کل	۲۹۱	۳۰				

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی داری بین متغیر وابسته (پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/01$ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت، با توجه به میزان $F=17/09$ در

منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) می‌پردازد و در سطح $\alpha=0/01$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر «پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا» مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر $0/38$ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر «پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا» در حد کم می‌باشد.

جدول ۸. تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات

«آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*)» بر «مهار دهانی»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۱۲/۹۴	۱	۱۲/۹۴	۳۴/۵۳	۰/۰۰۱	
گروه	۹/۵۴	۱	۹/۵۴	۲۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
خطا	۱۰/۱۲	۲۷	۰/۳۷			
کل	۲۸۶	۳۰				

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته (مهار دهانی) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/01$ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت، با توجه به میزان $F=25/46$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) می‌پردازد و در سطح $\alpha=0/01$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر «مهار دهانی» مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر $0/48$ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر «مهار دهانی» در حد متوسط می‌باشد.

جدول ۹. تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات

«آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*)» بر «بازخورد خوردن»

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
پیش‌آزمون	۱۶۰/۹۳	۱	۱۶۰/۹۳	۲۲/۴۱	۰/۰۰۱	
گروه	۲۶۷/۸۲	۱	۲۶۷/۸۲	۳۷/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
خطا	۱۹۳/۸۶	۲۷	۷/۱۸			
کل	۱۶۸۲۹	۳۰				

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین متغیر وابسته (بازخورد خوردن) و متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، در سطح $\alpha=0/01$ وجود دارد. بنابراین، با توجه به اینکه اثر معنی‌دار متغیر پیش‌آزمون، مورد همپراش قرار گرفته است و به‌عنوان متغیر کنترل عنوان می‌شود، می‌توان به اثرات متغیر آزمایشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با عنوان منبع تغییرات، تأکید نمود. در نهایت، با توجه به میزان $F=37/30$ در منبع تغییرات که در راستای شناسایی اثرات آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌پردازد و در سطح $0/01 =$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «بازخورد خوردن» مؤثر بوده است. لازم به ذکر است، از آنجایی که میزان شدت اثر $0/58$ می‌باشد، مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «بازخورد خوردن» در حد متوسط می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

اختلالات خوردن طی سال‌های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است و به نظر می‌رسد که همچنان پژوهش‌های بیشتری در زمینه شناخت عوامل مؤثر در ایجاد، تداوم و نیز درمان این اختلالات مورد نیاز است. اختلال پرخوری که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، خود به‌عنوان یک اختلال جداگانه معرفی شده است، شایع‌ترین نوع از اختلالات خوردن به شمار می‌آید. با این حال کمتر از سایر اختلالات به جنبه‌های گوناگون آن پرداخته شده است. از آنجا که شیوع اضافه وزن و چاقی در ایران بالا است و با توجه به ارتباط ثابت شده میان اضافه وزن و چاقی با اختلال پرخوری، باید مطالعات گسترده‌ای در زمینه بررسی جنبه‌های اپیدمیولوژیک، علت شناسی و درمانی این اختلال در کشورمان انجام شود (خان‌پور اردستانی و همکاران، ۱۳۹۰).

از این‌رو، با توجه به اهمیت اختلالات خوردن و به ویژه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، در پژوهش حاضر به اثربخشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شدت علائم بالغین مبتلا به اختلالات خوردن پرداخته شده و با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس یک‌طرفه به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته و یافته‌های تحقیق به شرح زیر حاصل شده‌اند:

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر عادات غذایی موثر است؟ با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس به پاسخدهی آزمون سؤال فوق پرداخته و مشخص گردید که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «عادات غذایی» مؤثر بوده است و میزان شدت اثر

۰/۱۵ می‌باشد با توجه به شدت اثر مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر عادات غذایی در حد بسیار کم می‌باشد.

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تمایل به خوردن موثر است؟ با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس به پاسخدهی آزمون سؤال فوق پرداخته و مشخص گردید که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «تمایل به خوردن» مؤثر بوده است و میزان شدت اثر ۰/۵۳ می‌باشد با توجه به شدت اثر مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تمایل به خوردن در حد متوسط است.

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کنترل دهانی موثر است؟ با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس به پاسخدهی آزمون سؤال فوق پرداخته و مشخص گردید که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «کنترل دهانی» مؤثر بوده است و میزان شدت اثر ۰/۱۶ می‌باشد با توجه به شدت اثر مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کنترل دهانی در حد بسیار کم می‌باشد.

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نگرش به تغذیه موثر است؟ با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس به پاسخدهی آزمون سؤال فوق پرداخته و مشخص گردید که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «نگرش به تغذیه» مؤثر بوده است و میزان شدت اثر ۰/۵۴ می‌باشد با توجه به شدت اثر مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نگرش به تغذیه در حد متوسط است.

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رژیم لاغری موثر است؟ با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس به پاسخدهی آزمون سؤال فوق پرداخته و مشخص گردید که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «رژیم لاغری» مؤثر بوده است و میزان شدت اثر ۰/۵۵ می‌باشد با توجه به شدت اثر مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رژیم لاغری در حد متوسط می‌باشد.

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا موثر است؟ با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس به پاسخدهی آزمون سؤال فوق پرداخته و مشخص گردید که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر «پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا» مؤثر بوده است و میزان شدت اثر ۰/۳۸ می‌باشد با توجه به شدت اثر مطرح می‌شود که میزان تأثیر

آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا در حد کم می‌باشد.

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر مهار دهانی موثر است؟ با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس به پاسخدهی آزمون سؤال فوق پرداخته و مشخص گردید که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر «مهار دهانی» مؤثر بوده است و میزان شدت اثر ۰/۴۸ می‌باشد با توجه به شدت اثر مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر مهار دهانی در حد متوسط می‌باشد.

- به چه میزان درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر بازخورد خوردن موثر است؟ با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس به پاسخدهی آزمون سؤال فوق پرداخته و مشخص گردید که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر «بازخورد خوردن» مؤثر بوده است و میزان شدت اثر ۰/۵۸ می‌باشد با توجه به شدت اثر مطرح می‌شود که میزان تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (*ACT*) بر بازخورد خوردن در حد متوسط می‌باشد.

در نهایت، با مقایسه یافته‌های تحقیق با تحقیقات خان‌پور اردستانی، صادقی‌پور، آذربایجانی و حسن‌زاده کشتلی، (۱۳۹۰) پیرامون «اختلال پرخوری»، حسین‌زاده، هومن، صالحی و کوشکی (۱۳۹۱) پیرامون «پیوند مادری و نشانه‌های آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن: نقش واسطه‌ای باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی»، مظفری خسروی، حسین‌زاده شمسی انار و شریعتی بافقی (۱۳۹۱) پیرامون «شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر یزد در سال ۹۰-۱۳۸۹»، عباس‌زاده، علیزاده اقدام و مختاری اصل (۱۳۹۲) پیرامون «سنجش میزان اختلالات خوردن و ارتباط آن با هوش هیجانی (مطالعه موردی دانشجویان دختر دانشگاه تبریز)»، روستایی، حاجی‌فرجی، دژکام، هوشیار راد، محرابی و ذوقی (۱۳۹۲) پیرامون «بررسی شیوع اختلالات خوردن و برخی عوامل مرتبط با آن در دختران دانش‌آموز دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۸»، حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۹۲) پیرامون «تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲»، ایران دوست و همکاران (۱۳۹۴) پیرامون «اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و افسردگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن»، سیلوا، ریورو و کاردوسو^۱ (۲۰۱۱) به

¹ - Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso

بررسی «کاهش وزن و کیفیت زندگی در افراد چاق»، فورست و موری^۱ (۲۰۱۲) به بررسی «چاقی و رضایت از زندگی نوجوانان»، موند^۲ و همکاران (۲۰۱۳)، پیرامون «مطالعه خوردن و چاقی، نارضایتی بدن و احساس خوب شدن در اوایل و اواخر نوجوانی»، بریدجت، آنگیلا، جاسپر، سامانتا و میچیل^۳ (۲۰۱۳) پیرامون «نقش حساسیت اضطراب و خوردن امید در رفتار خوردن ناسازگار» و راوان، مورگان، نگوین و کرایگ^۴ (۲۰۱۳) به بررسی «ارتباط بین اختلالات خوردن و وزن با افسردگی در نوجوانان» هماهنگ و همسو می‌باشند. لازم به ذکر است با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه اختلالات خوردن و تصویر بدن مطرح می‌شود که یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات در این زمینه همسو می‌باشند؛ زیرا در تمامی تحقیقات نیز به بررسی اختلالات خوردن پرداخته شده است و همچنین، مطرح شده است که روش ACT برای کاهش اختلالات خوردن روشی مناسب می‌باشد.

منابع

- انجمن روانپزشکی امریکا، (۲۰۰۰). متن تجدیدنظرشده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، چاپ سوم، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس، (۱۳۹۲)، تهران: انتشارات سخن.
- ایران دوست، ف.، صفری س.، طاهر نشاط دوست، ح. و علی نادی، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و افسردگی زنان مبتلا به کمر درد مزمن. مجله علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴.
- حر، م.، آقایی، ا.، عابدی، ا. و عطاری، ع (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۱، شماره ۲.
- حسین زاده، ع. ا.، هومن، ح. ع.، صالحی، م. و کوشکی، ش (۱۳۹۱). پیوند مادری و نشانه‌های آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن: نقش واسطه‌ای باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی، روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، سال نهم، شماره ۳۴، زمستان ۱۳۹۱.
- خان‌پور اردستانی، س.، صادقی‌پور، ش.، آذربایجانی، آ. و حسن‌زاده کشتلی، ع (۱۳۹۰). اختلال پرخوری: یک مقاله مروری، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۲۰، ویژه‌نامه اختلالات روان‌تنی.

¹- Forste & Moore

²- Mond

³- Bridget, Angela, Jasper, Samantha and Michael

⁴- Rawana, Morgan, Nguyen & Craig

روستایی، ر.، حاجی فرجی، م.، دژکام، م. «و همکاران» (۱۳۹۲). بررسی شیوع اختلالات خوردن و برخی عوامل مرتبط با آن در دختران دانش‌آموز دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۸، مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، سال هشتم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲.

عباس‌زاده، م.، علیزاده اقدم، م. ب. و مختاری اصل، م (۱۳۹۲). سنجش میزان اختلالات خوردن و ارتباط آن با هوش هیجانی (مطالعه موردی دانشجویان دختر دانشگاه تبریز)، نشریه زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲.

محبت بهار، س.، اکبری، م. ا.، ملکی، ف. و مرادی‌جو، م (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، فصلنامه علمی- پژوهشی اندیشه و رفتار، دوره نهم، شماره ۳۴.

مظفری خسروی، ح.، حسین‌زاده شمسی انار، م. و شریعتی بافقی، س. ا (۱۳۹۱). شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر یزد در سال ۹۰-۱۳۸۹، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال دهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۰.

Eifert, GH., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D., (2011). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 16(4), 368-385.

Forste, R., & Moore, E., (2012). Adolescent obesity and life satisfaction: Perceptions of self, peers, family, and school, *Journal Economics and Human Biology*. 10 (2012) 385-394.

Goldschmidt, A.B., Hilbert, A., Wering, J. L., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G. & Striegel moore, R. H. (2010). Significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorders. *Behavior research and therapy*, 48, 187_139

Hearon, Bridget A., Utschig, Angela C., Smits, Jasper A. J., Moshier, Samantha J., Otto, Michael W., (2013). The Role of Anxiety Sensitivity and Eating Expectancy in Maladaptive Eating Behavior. *Cogn Ther Res*, Springer Science+Business Media New York 2012.

Jonathan, Mond, Patricia van den Berg, Kerri, Boutelle, Peter, Hannan, Dianne, Neumark-Sztainer, (2013). Obesity, Body Dissatisfaction, and Emotional Well-Being in Early and Late Adolescence. Findings From the Project EAT Study, *Journal of Adolescent Health* 48 (2011) 373-378.

Rawana, Jennine S., Morgan, Ashley S., Nguyen, Hien, Craig, Stephanie G., (2013). The Relation Between Eating- and Weight-Related Disturbances and Depression in Adolescence. A Review, *Clin Child Fam Psychol Rev* (2010) 13:213-230.

Rome, E.S., (2012). Eating Disorders in children and adolescents. *Cur probl padiatr adolesce health care* ,42(2),28-44

Silva, I.L., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H., (2011). Quality of Life and General Health Perception in Women with Obesity. Do Eating Patterns Make a Difference? *Applied Research Quality Life*, 3:127–136.

Philips.k.a .(2009). *Understanding body dysmorphic disorder* oxford press.

Smyth, J.M. , Wonderlich, S.A. , Heron, K.E. , Sliwinski, M.J. , Crosby, R.D., Mitchell, J.E. & Engel, S.G., (2010). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75, 629–638.

Solmi, F., (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health (SELCoH) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. (2014). 49(8): p. 1335-46.