

## اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پر خوری عصبی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۳

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پر خوری عصبی انجام شد.

**روش کار:** روش تحقیق نیمه تجربی بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به پر خوری عصبی مراجعه کننده به انجمن پر خوران ایران که توسط روانپزشک تشخیص اختلال پر خوری عصبی دریافت کرده اند، بود. حجم نمونه پژوهشی حاضر با توجه به توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و سطح اطمینان (۰/۰۵) برای هر گروه نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که بصورت تصادفی انتخاب گردیدند. گروه آزمایش به مدت ۸ به صورت هفته ای ۱ جلسه ۷۰ تا ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش قرار گرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه تنظیم هیجانی گارنفسکی و بهزیستی روان شناختی ریف (۲۰۰۲) بود. تحلیل داده ها پس از بررسی مفروضه های اماری با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با نرم افزار SPSS.22 انجام گرفت.

**نتایج:** نتایج تحلیل نشان داد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد روی تنظیم هیجان و بهزیستی روان شناختی اثربخش بوده است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پر خوری عصبی موثر بود و می توان از این درمان در جهت بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به پر خوری عصبی استفاده کرد.

**کلمات کلیدی:** پذیرش و تعهد، پر خوری، تنظیم هیجان، بهزیستی روان شناختی  
**پی نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

ابراهیم عرفانی<sup>۱</sup>

امین رفیعی پور<sup>۲\*</sup>

مروارید احدی<sup>۳</sup>

غلامرضا صرامی فروشانی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

<sup>۲</sup>استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup>استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۴</sup>استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

Email: rafieepoor2000@yahoo.com

## مقدمه

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی/ روان‌تنی به شمار می‌روند که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می‌شوند و همچنین، کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل و باعث مرگ و میر می‌شوند. اختلالات خوردن می‌توانند با تغییر الگوی غذایی و دریافت نامطلوب مواد مغذی باعث ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شوند و سلامتی فرد را تهدید کنند (سیزا، ۲۰۱۳). اختلالات خوردن، با رفتارهایی از جمله کاهش خوردن، روزه داری، زیاد خوردن و خوردن همراه با استفراغ و استفاده از داروهای ضد یبوست و ادرار آور مشخص می‌شود (جیانی و همکاران، ۲۰۱۵). این اختلالات همچنین، می‌توانند منجر به سوء تغذیه، پوکی استخوان، آمنوره، بیماری‌های قلبی-عروقی و افسردگی شوند. اشکال بالینی این اختلالات بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی است (هیلبرت و تاجن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). پرخوری عصبی شکلی از اختلالات خوردن است که در آن فرد بیش از اندازه لازم غذا می‌خورد. در این وضعیت بیماران اغلب وزن طبیعی خود را حفظ می‌کنند یا دچار اضافه وزن می‌شوند. تحریف تصویر بدن در این بیماران کمتر از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است. عوارض پرخوری اغلب اختلالات الکترولیتی، سوزش، خونریزی معده، اختلالات روده ای، فرسایش مینای دندان، کم شدن ضربان قلب، افت فشار خون و کاهش سرعت سوخت و ساز است (بساک نژاد، هومن و قاسمی نژاد، ۱۳۹۱). شیوه‌های درمانی مختلفی برای درمان اختلال پرخوری مورد ارزیابی قرار گرفته است: درمان شناختی رفتاری (CBT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT) درمان میان فردی (ITP) و آموزش آگاهی از اشتها (AAT) و همگی موفقیت در کاهش فراوانی دوره‌های پرخوری را نشان داده‌اند (گورین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). مدل‌های تئینی پرخوری در

پراشتهایی عصبی و اختلالات خوردن، بیان کرده‌اند که هیجانات دردناک مهم‌ترین تسریع‌کننده و نگه‌دارنده‌ی آنند و خود پرخوری نقش مهمی در تنظیم عاطفه برای فرد بیمار دارند (رحمانیان، علی نژاد اورکی، ۱۳۹۷). درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیشتر آگاهی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تاکید دارد. تحقیقات (لیمانی، خداوردی، و قاسم زاده (۱۳۹۳)، صفرزاده و محمودی خوردنی (۱۳۹۴)، کایوانی، جواهری، بحیرایی (۱۳۸۴) و محمدی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دهنده اهمیت پذیرش روانی به خصوص در مورد عملکردهای روان شناختی است. مراجعانی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات ناخوشایند دارند، عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری نشان می‌دهند (زیتل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده است که اجتناب از تجارب با حیطه وسیعی از مشکلات رفتاری و روان شناختی ارتباط دارد. افرادی که تمایل بیشتری برای سرکوب کردن چنین تجاربی را دارند هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض در روابط با همسر و ... برای آنها پیش می‌آید تلاش برای کنترل، آشفته‌گی‌های آن‌ها را شدیدتر می‌کند (غلامحسینی، ۱۳۹۳). با توجه به موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات روانی و افزایش سلامت و بهزیستی افراد و توجه به این که که یکی از اهداف اصلی روان‌درمانگران افزایش سطح کیفیت زندگی جامعه است و افراد مبتلا به پرخوری عصبی از این مولفه‌ها بسیار رنج می‌برند، از این رو با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در مردان مبتلا به پرخوری عصبی اثربخش است؟

<sup>4</sup> Gorin AA  
<sup>5</sup> Zettle RD

<sup>1</sup> Cizza  
<sup>2</sup> Giani et al  
<sup>3</sup> Hilbert, tachen

## روش کار

گذاری می‌شود. در سال ۲۰۱۲ کلانتر کوشه و نواربافی در جمعیت ۸۶۰ نفری پرسشنامه روانشناختی ریف را هنجاریابی نمودند که آلفای گزارش شده برای کل ۰/۹۲ گزارش شد. لازم به ذکر است پرسشنامه اریف در ابتدا به زبان پارسی برگردانده شد و پس از انجام اصلاحات به زبان انگلیسی برای بار دوم ترجمه گردید. سپس نسخه ترجمه شده آن با نسخه اصلی آن مطابقت داده شد. براساس گزارش کلانتر کوشه و نواربافی (۲۰۱۲) پرسشنامه مذکور از روایی همزمان (۰/۷۰) و پایایی کل (۰/۷۶) برخوردار است.

**پرسشنامه تنظیم هیجان:** پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)؛ گارنفسکی و کرایچ، (۲۰۰۶) یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد. این پرسشنامه خود یک ابزار خودگزارشی است که فرم بلند آن دارای ۳۶ ماده است که در تحقیق حاضر از فرم کوتاه آن که ۱۸ ماده‌ای است استفاده شد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد. پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌پنداری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. هر یک از زیرمقیاس‌های این پرسشنامه ۲ گزینه دارد که از طریق جمع بستن نمرات داده شده به هر عبارت نمره‌ی هر خرده‌مقیاس به دست می‌آید. هرچه نمره-ی کسب شده بیشتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است. در فرم ۱۸ سئوالی سئوالات ۲-۴-۵-۶-۷-۱۱-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶ راهبردهای مثبت را اندازه‌گیری می‌کنند. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. تحقیقات روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها نشان داده‌اند که تمامی زیرمقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا نیمه آزمایشی و در قالب طرح‌های پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به انجمن پرخوران ایران که توسط روانپزشک تشخیص اختلال پرخوری عصبی دریافت کرده‌اند، است. حجم نمونه پژوهشی حاضر با توجه به توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و سطح اطمینان (۰/۰۵) برای هر گروه نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که بصورت تصادفی انتخاب گردیدند. پس از بررسی و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش مورد نظر مشخص و با غربالگری انتخاب شد که به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل تقسیم می‌شوند سپس گروه آزمایش به مدت ۸ هفته به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۷۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و سپس پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. همچنین در پایان هر جلسه رویدادهای همزمان با آزمایش نیز علاوه بر به کارگیری گروه کنترل، به وسیله پرسش "آیا محتوایی شبیه این که در این جلسه دریافت کردید از جای دیگری دیده یا شنیده اید؟" کنترل گردید.

## ابزار جمع آوری داده‌ها

**پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی:** پرسشنامه بهزیستی روانشناختی در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی شد. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم-های کوتاه‌تر ۸۴ سئوالی، ۵۴ سئوالی و ۱۸ سئوالی نیز پیشنهاد گردید. در فرم ۸۴ سئوالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است. از آزمودنی درخواست می‌شود پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را روی یکی از گزینه‌های شش‌گانه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نشان دهد. برای هر پرسش نمره‌های یک تا شش داده می‌شود. نمره بالاتر بیان‌گر بهزیستی روانشناختی بهتر است (بیانی، کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). نمره گذاری در مورد سئوالات شماره ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۷ معکوس نمره

هشتم آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون.

تحلیل داده‌ها پس از بررسی مفروضه‌های اماری با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با نرم افزار SPSS.22 انجام گرفت.

### نتایج

جدول شماره ۲، شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

جدول شماره ۲. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	شاخص	متغیر	گروه	شاخص	آزمون
		میانگین	انحراف	Z	کولموگروف
		استاندارد	K.S	سطح معنی	داری
پیش آزمون	۳۰/۵۴	۲/۹۹	۰/۱۳	۰/۲۰	
تنظیم					
پیش آزمون	۲۶/۰۶	۷/۱۵	۰/۱۴	۰/۲۰	
کنترل					
پس آزمون	۳۶/۶	۴/۱۷	۰/۱۴	۰/۲۰	
آزمایش					
پس آزمون	۲۸/۵۴	۵/۱۴	۰/۱۱	۰/۲۵	
کنترل					
پیش آزمون	۵۹/۷۰	۸/۸۲	۰/۸۲	۰/۱۲	
بهبودی					
پیش آزمون	۵۸/۲۴	۷/۹۷	۰/۴۶	۰/۱۵	
کنترل					
پس آزمون	۵۵/۱۲	۷/۶۲	۰/۵۷	۰/۱۷	
آزمایش					
پس آزمون	۵۷/۹۳	۸/۲۸	۰/۸۹	۰/۱۱	
کنترل					

قبل از تحلیل مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می کنند به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور

برخوردارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). اعتبار پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی (۱۳۸۵) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ بدست آمده که هر دو ضریب در  $p < 0/0001$  معنی دار هستند.

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز ۱۹۸۷)

جلسه	محتوای جلسات
اول	ایجاد رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روشهای درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل تغذیه و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گامهای پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار خوردن بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود به جهت کنترل رفتارهای خوردن با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت-های حسی مختلف و جدایی از حسهایی که جزء محتوای ذهنی هستند و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر سبک خوردن و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

متغیره معنی دار است. به عبارتی دیگر اثر مداخله آموزشی باعث تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون شده است. جدول شماره ۴، خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه در ابعاد تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه در

ابعاد تنظیم هیجانی				ارزش	آزمون	اثر
df	df	F	فرضیه	خطا	سطح معناداری	
۰/۰۱	۲۷	۲	۱۷/۲۰	۰/۵۶	اثر پیلای	
۰/۰۱	۲۷	۲	۱۷/۲۰	۰/۴۴	گروه لمبدای ویلکز	
۰/۰۱	۲۷	۲	۱۷/۲۰	۱/۲۷	اثر هتینگ	
۰/۰۱	۲۷	۲	۱۷/۲۰	۱/۲۷	بزرگترین ریشه روی	

همان‌گونه که نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (جدول شماره ۴) نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۵ ارائه شده است. جدول شماره ۵، نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا را برای مقایسه پس آزمون هر متغیر با کنترل پیش آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول شماره ۵- نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا برای مقایسه پس آزمون متغیرها در گروه‌های

#### آزمایش و کنترل

اثر	مجموع درجه	میانگین	F	سطح اندازه اثر
مجدورات آزادی	مجدورات	معداری		
تنظیم هیجان	۸۶/۷۰	۱	۸۶/۷۰	۰/۱۹
گروه بهزیستی روان‌شناختی	۴۲۵/۶۴	۱	۴۲۵/۶۴	۰/۴۱

مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج محاسبه همبستگی بین پیش آزمون (متغیر کوواریت) و پس آزمون (متغیر وابسته) در متغیرهای مورد بیان گر وجود رابطه خطی بین آنها بود (مفروضه خطی بودن رابطه) و محاسبه همبستگی بین پیش آزمون‌های متغیرهای مورد بررسی نیز نشان از عدم رابطه معنی دار بین آنها بود (مفروضه عدم همخطی چندگانه). برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین و برای بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی اثرات بین آزمودنی در تعامل گروه \* پس آزمون استفاده گردید. نتایج بدست آمده در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همانگونه که نتایج بدست آمده از آزمون لوین در پس آزمون به عنوان متغیر وابسته نشان می‌دهد که سطح معنی داری در تمامی متغیرها بالاتر از سطح سنجش ( $P > 0/05$ ) است. همچنین نتایج حاصل از بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که سطح معنی دار بدست آمده ( $P > 0/05$ ) بیانگر برقراری مفروضه شیب‌های رگرسیونی در دو گروه است.

جدول ۳- نتایج بدست آمده از آزمون لوین و اثرات بین آزمودنی برای بررسی مفروضه‌ها

گروه	مفروضه همگنی	مفروضه شیب	واریانس‌ها	های رگرسیونی	تعامل گروه *	پیش آزمون
شاخص	F	سطح	F	معنی	داری	معنی
پس آزمون تنظیم هیجان	۰/۱۰	۰/۷۵	۱/۵۶	۰/۲۲		
بهزیستی روان‌شناختی	۱/۰۷	۰/۲۷	۱/۱۵	۰/۲۹		

همان‌گونه که نتایج بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل کوواریانس نشان داد شرایط داده‌ها اجازه اجرای تحلیل کوواریانس را می‌دهد. برای این منظور یک تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی ابعاد تنظیم هیجانی در پس آزمون (جدول شماره ۴) اجرا شد. نتایج بدست آمده در هر دو تحلیل کوواریانس نشان داد که تحلیل کوواریانس چند

خطا	تنظیم هیجان	۳۵۲/۶۶	۲۸	۱۲/۵۹
بهبودی روان	۶۱۲/۶۶	۲۸	۲۱/۸۸	
شناختی				

نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس یکراهه در متغیرهای مورد بررسی نشان می دهد اثر گروه (مداخله آزمایشی) روی پس آزمون تنظیم هیجانی با مقدار ( $F=6/88$ )، روی بهزیستی روان شناختی با مقدار ( $F=19/45$ ) در سطح ( $P<0/05$ ) معنی دار است. به طور کلی با توجه به نتایج بدست آمده می توان گفت که اثر مداخله باعث بهبود تنظیم هیجانی و بهزیستی روان شناختی کودکان شده است. همچنین براساس اندازه اثر تاثیرگذاری مداخله روی تنظیم هیجانی ( $0/19$ ) و روی بهزیستی هیجان ( $0/41$ ) بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل نشان داد که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (تنظیم هیجانی و بهزیستی روان شناختی) تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به نتیجه بدست آمده می توان گفت که در گروه آزمایش تغییر معنی داری در بهبود تنظیم هیجانی و بهزیستی روان شناختی در پس آزمون نسبت به گروه کنترل تحت تأثیر مداخله بوجود آمده است.

یافته های این پژوهش همسو با پژوهش کيسر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۳) است که نشان دادند پذیرش بیماری می تواند با تغییرات مثبتی در بهزیستی روزمره همراه باشد. در تأیید این یافته ها مکینو و تکامی<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) نشان دادند که بین پذیرش خود و بهزیستی ذهنی رابطه مثبتی وجود دارد. به طور کلی آموزش پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانها و تجارب درونی، برعکس، با هدایت فرد به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش آن ها و استفاده مناسب و به جا از آن ها، به فرد کمک می کند با خود و تجارب درونی و در نتیجه با موقعیتها و تعاملات ارتباط

مناسبی برقرار کرد و با نگاهی تازه آن ها را تجربه کند (کین و ماگیار<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف این بود که به بیماران کمک شود افکار و احساسات آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه های فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آنها به آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در این درمان، بیماران با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، می توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنشها، خطرات و افکار ناخوشایند شوند. در واقع در این درمان به بیماران آموزش داد می شود تا چگونه رویداد های درونی را به جای کنترل، بپذیرند؛ از افکار آزار دهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوسازی شده، خود مشاهده گری را تقویت کنند؛ ارزش ها را تصریح کنند و به آن ها بپردازند؛ به عبارت دیگر در این درمان بیماران یاد می گیرند به جای فاصله گرفتن از احساساتشان آن ها را بپذیرند. و به وسیله مهارت های ذهن آگاهی به افکار و فرایند تفکرشان بیش تر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت های هدفمند پیوند دهند.

هم چنین، در این درمان از افراد خواسته می شود که در جهت ارزش هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند (سلیمانی، خداوردی و قاسم زاده، ۱۳۹۳). علاوه بر این، در این درمان بیمار تلاش می کند با در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه با استفاد از استعاره ها در طو درمان، تکنیک ها و تکالیف درمانی یاد بگیرد که هنگام رویارویی با رویدادهای زندگی توانمند باشد. استعاره های استفاد شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می کند به تجربیات مثبت و تو زندگی شان توجه کنند که در بهبودی آن ها نقش دارد و در عین حال بتوانند رویدادهای روانی آسیب رسان را پذیرفته و در زمان حال زندگی کنند. هم چنین، این درمان به بیمارانی که افکار، رفتار و احساسات آن ها آمیخته است به گونه ای

<sup>8</sup> Keyes Magyar

<sup>6</sup> Casier

<sup>7</sup> Makino Tagami

احساسات و امیالی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آنکه مورد پذیرش قرار می‌گیرند، فراخوانی آنها کمتر خواهد شد. ولی آنچه باید بیان شود، این است که این فرایند به مرور زمان ایجاد می‌شود.

این پژوهش مانند با محدودیت‌هایی از جمله نمونه‌گیری در دسترس و بررسی نکردن برخی متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه‌های این پژوهش شامل مردان دارای پرخوری در شهر بوشهر بود. بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی (کودکان و نوجوانان) و زنان باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهش‌هایی با آزمودنی‌های زنان و مردان انجام شود و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر دو گروه جنسیتی مقایسه گردد.

### تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد بین‌المللی امارات متحده عربی، دانشگاه آزاد اسلامی، امارات، ایران می‌باشد." این مقاله دارای کد کمیته اخلاق به شناسه IR.IAU.BA.REC.1400.010 از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد بندرعباس می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

که معتقدند افکار آن‌ها عین حقیقت و غیر قابل تغییر است کمک می‌کند تا بتوانند بین افکار، رفتار و احساسات تمایز قائل شوند. بررسی افکار و مشخص کردن این که کدام یک از آنها درست و غلط است به بیماران کمک می‌کند به جای اینکه ناامید باشند، بتوانند بر مشکلات غلبه کنند. در رفتار خوردن مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و دفاع، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود می‌شوند، بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آنها (خوردن) کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌شود. مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهبردهای کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می‌شود.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت‌کنندگان به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق می‌شوند و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی می‌شود. در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می‌شود. ممکن است درمانگر از مراجع بپرسد این رفتار در خدمت چیست؟ آیا در خدمت اجتناب و پاسخ به ذهن است و یا در خدمت نزدیک شدن به ارزش‌ها؟ این روش شامل هر دو راهبرد پذیرش و تعهد رفتاری به تغییر می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین می‌توان گفت که افکار و

## References

1. Basaknejad, Sudabah; Homan, Farzaneh and Ghaseminejad, Mohammad Ali (2012). The relationship between cognitive behavioral avoidance coping styles and eating disorders in university students. *Journal of Principles of Mental Health*, 14(2).
2. Rahmanian, Mahdia. Nejad Ali, Rababe and Uraki, Mohammad (2017). Investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the cognitive regulation of emotion and worry about the body image of women with binge eating disorder. *Health Promotion Management Quarterly*; Volume 7, Number 4.

3. Soleimani, Mahsa. Khodavardi, Taneh and Qasimzadeh, Azizreza (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing binge eating and depression in female patients suffering from binge eating disorder. *Scientific Journal of Iran Medical System Organization*. Volume 32, Number 1.
4. Safarzadeh, Samia and Mahmoudi Khorandi, Zainab (2014). Investigation of eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa) in adolescents aged 13 to 18 years in Gonabad city. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 14, 393-404.
5. Gholamhosseini et al. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depressive symptoms and unfavorable body image in women.
6. Kaviani, Hossein; Javaheri, Farzoan; Baheira, Hadi. (1384). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing negative future self-thoughts, ineffective attitude. *Depression and anxiety: a 60-day follow-up*. *New Quarterly of Cognitive Sciences*. seventh year the first number. 49-59.
7. Mohammadi et al. (2014). Investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the cognitive regulation of men's emotions.
8. Homan, Farzaneh and colleagues (2017). Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy group on bulimia nervosa in women referring to Ahvaz Binge Eating Society. *Medical Scientific Quarterly*, No. 4.
9. Casier A, Goubert L, Gebhardt WA, Baets FD, Aken SV, Matthys D, Crombez G. (2013). Acceptance, well-being and goals in adolescents with chronic illness: a daily process analysis. *Psychol Health*; 28:1337-1351.
10. Cizza, G. (2013). Evening Chronotype Is Associated with Changes in Eating Behavior, More Sleep Apnea, and Increased Stress Hormones in Short Sleeping Obese Individuals. *PloS one*, 8(4), e56519.
11. Dalen, J., Smith, B.W., Shelley, B.M., Lee Sloan, A., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulnessbased intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 260-264.
12. eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49-61.
13. Forman, E.M., & Herbert, D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies, chapter to appear. In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 263-8.
14. Forman, E.M., Butryn, M.L., Hoffman, K.L., & Herbert, J.D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 223-235.
15. Gianni LM, White MA, Mashed RM. (2015). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behave*; 14:309-313.
16. Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Arch Gen Psychiatry*, 66(2), 170-18. .doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.525
17. Groesz, L., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., et al. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58, 717-721.
18. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J., (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 44: 1-25.
19. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
20. Hidalgo, M. P. (2012). Night eating patterns and chronotypes: A correlation with binge eating behaviors. *Psychiatry research*, 200(2) , 489-493.
21. Hilbert, A & Tuschen-Caffier, B. (2016). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 521-530.
22. Kalantarkousheh, Seyed Mohammad, and Fatemeh Navarbafi. (2012). "Reliability and Exploratory Factor Analysis of Psychological Well-Being in a Persian Sample." *Science Series Data Report* 4, no. 1.
23. Keyes CL, Magyar-Moe JL. (2017). The measurement and utility of adult subjective well-being. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* 2003; 411-425.
24. Kristeller, J.L., & Wolever, R.Q. (2011). Mindfulnessbased eating awareness training for treating binge



25. Makino Y, Tagami F. (2016). Subjective well-being and self-acceptance. *Shinrigaku Kenkyu*;69: 143-148.
26. Pearson, A.N., Follette, V.M., & Hayes, S.C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197.
27. Weineland, S., Arvidsson, D., Kakiulidis, T., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research and Clinical Practice*, 6, 21-30.
28. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 290, 38-41.
29. Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127: 54-60.
30. Rebekah, L. & Mark, L. (2014). Selfcontrol linked with restricted emotional extremes. *The Journal of Personality and Individual Differences*. 58 (4), 4853.
31. Trafford, A. A., Wroe, A. L., Brown, G., & Luzon, O. (2018). What You See is What You Do: Imagery and the Moral Judgements of Individuals with OCD. *Journal of Obsessive -Compulsive and Related Disorders*, 16 (1), 50 -55.
32. Wesner AC, Behenck A, Finkler D, Beria P, Guimarães LSP, Manfro GG, Blaya C, Heldt E . (2019). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 33(4), 428-433
33. Zeidi IM, Divsalar S, Morshedi H, Alizadeh H.(2020). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on general self-efficacy, self-control, and internet addiction prevalence among medical university students. *Soc Health Behav* .3:93-102

*Original Article***The Effectiveness of Acceptance And Commitment-Based Therapy on Emotion Regulation And Psychological Well-Being in Men with Bulimia Nervosa**

Received: 01/11/2021 - Accepted: 22/02/2022

Ebrahim Erfani <sup>1</sup>  
 Amin Rafiepoor <sup>2\*</sup>  
 Morvarid Ahadi <sup>3</sup>  
 Gholamreza Sarami Foroushani <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. student, Department of Health Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. )Corresponding author(

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: rafiepoor2000@yahoo.com

**Abstract**

**Introduction:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and emotion regulation in men with bulimia nervosa. The research method was semi-experimental.

**Materials and Methods:** The statistical population in this study included all men with bulimia nervosa referred to the Iranian Turbo eating association who have been diagnosed with bulimia nervosa by a psychiatrist. The sample size was 15 for each sample group according to the test power (0.80), effect size (0.50) and confidence level (0.05). The experimental group was trained for 8 sessions per week for 1 session of 70 to 90 minutes. The research tool was Garnefski's Emotional Regulation Questionnaire and Reef Psychological Well-Being (2002). Data analysis was performed after examining statistical assumptions using multivariate covariance analysis using SPSS.22 software.

**Results:** The results of the analysis showed that acceptance and commitment intervention was effective on emotion regulation and psychological well-being ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** It can be concluded that acceptance and commitment therapy is effective on psychological well-being and emotion regulation in men with bulimia nervosa and

this treatment can be used to improve psychological problems in patients with bulimia nervosa.

**Key words** Acceptance and Commitment. Overeating. Excitement regulation, psychological well-being.

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest