

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودانگاره دانش آموزان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی

Comparing the Effectiveness of Family Based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Self-Concept of Female Students with Anorexia Nervosa

<https://dx.doi.org/10.52547/JFR.18.4.777>

M. Babaee Heydar Abadi, Ph.D.

Department of Counseling, Islamic Azad University, Science & Research Branch, Tehran, Iran

P. Lotfi, M.A.

Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Z. Barvarz kouchehghaleh, M.A.

Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

P. Saheb Zamani, M.A.

Department of Psychology, Islamic Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran

M. Akbari

Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran

دکتر مرضیه بابایی حیدرآبادی ✉

گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات

پریا لطفی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

زهرا بارورز کوچه قلعه

گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

پریسا صاحب‌الزمانی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان

مسلم اکبری

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۳/۲۵

دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۲۱

Abstract

The aim of this study is to compare the effectiveness of family-based therapy for anorexia and Acceptance and Commitment Therapy on the self-concept of female students suffering from anorexia nervosa.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودانگاره دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی انجام گرفت.

✉Corresponding author: Department of Counseling, Islamic azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

Email: marzieh.babaee@yahoo.com

✉نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم

تحقیقات، گروه مشاوره

پست الکترونیکی: marzieh.babaee@yahoo.com

The method was quasi-experimental, pre-test and post-test and quarterly follow-up with the control group. The statistical population was adolescent girls suffering from anorexia nervosa in the academic year 2020-2021 in Karaj, 45 students and their families were purposefully selected based on the Eating Attitudes Test (EAT-26) and randomly assigned to two experimental groups and one control group. During 10 sessions, the first experimental group received family-based therapy and the second experimental group Acceptance and Commitment Therapy, and the control group did not receive any intervention. Participants in all groups were assessed in the pre-test, post-test and quarterly follow-up stages by the Rogers self-concept scale. The results of multivariate analysis of covariance and mixed analysis of variance showed that both FBT treatment and ACT treatment lead to positive self-image in students. There is also no significant difference between the effectiveness of the two methods. The follow-up results also showed that the effectiveness of both methods is lasting.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Anorexia Nervosa, Family based Therapy, Self- Concept.

روش از نوع نیمه‌تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه، نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰، در شهر کرج بودند. ۴۵ نفر از دانش‌آموزان به همراه خانواده‌هایشان، به‌طور هدفمند، بر اساس پرسش‌نامه نگرش‌های خوردن انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. در ده جلسه، گروه آزمایشی اول مداخله درمان مبتنی بر خانواده و گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت‌کنندگان در همه گروه‌ها، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه، توسط پرسش‌نامه خودانگاره راجرز ارزیابی شدند. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس آمیخته نشان داد نمرات خودانگاره مثبت در پس‌آزمون هر دو گروه درمان مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش افزایش یافته است. همچنین تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش وجود ندارد. می‌توان گفت که این درمان‌ها باعث پیدایش خودانگاره مثبت در دانش‌آموزان می‌شود. همچنین نتایج پیگیری نشان داد اثربخشی هر دو روش ماندگار است.

کلیدواژه‌ها: بی‌اشتهایی عصبی، خودانگاره، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر خانواده

مقدمه

در هیچ دوره‌ای به اندازه دوره نوجوانی، توجه به خود، به‌عنوان مفهوم خویشتن (خودانگاره) و درک ویژگی‌های فردی و ظاهری به‌عنوان راهی برای مطلوبیت اجتماعی اهمیت ندارد. به‌عبارتی مفهوم خود، ارتباط نزدیکی با احساس خودارزشمندی و برداشت از روابط اجتماعی در نوجوانان دارد. در جامعه امروز، تأکید فرهنگی- اجتماعی زیادی روی جذابیت و تناسب جسمانی وجود دارد. فشارهای اجتماعی در مورد لاغری و نظرات گسترده درباره ساختار بدن باعث شیوع اختلال‌های خوردن و نارضایتی و تحریف ادراک

نوجوانان از خود و بدنشان شده است (مدنی، تسیه حسینی و حاج حسینی،^۱ ۱۳۹۸). بنابراین علاوه بر خودانگاره منفی یکی از مشکلات رایج برای نوجوانان، اختلال‌های خوردن از نوع بی‌اشتهایی عصبی است. همچنین دیده شده تکنیک‌هایی که خودانگاره مثبت را ارتقا می‌بخشد، در بهبود مشکلات ناشی از اختلال بی‌اشتهایی نیز مؤثرند (هارلویی و همکاران،^۲ ۲۰۱۸). بنابراین در پژوهش‌ها، به بررسی اثربخشی روش‌هایی پرداختند که خودانگاره را بهبود بخشند (گویمارس، کاردو و لیما،^۳ ۲۰۲۰).

درمان اختلال‌های خوردن و خودانگاره منفی به یک رویکرد میان‌رشته‌ای، همراه با خانواده‌درمانی منظم نیاز دارد. درمان مبتنی بر خانواده،^۴ به‌طور مستقیم از انواع روان‌درمانی مثل رفتاری، سیستم‌ها، راهبردی، ساختاری، میلان و فمینیست مشتق شده است و در عمل قابلیت ادغام رویکردها را دارد. این رویکرد در انگلستان توسعه پیدا کرد. ابتدا اثربخشی آن در برابر درمان فردی برای جوانان و نوجوانان دارای بی‌اشتهایی عصبی^۵ و پراشتهایی عصبی^۶ امتحان شد (لاک و لی کرانگ،^۷ ۲۰۱۳). این رویکرد به نوجوان در خانواده اهمیت داده و مشارکت میان اعضای خانواده را ضروری می‌داند. فرض بر این است که با حفظ احترام و توجه به نظرات و تجربه‌های نوجوان، والدین درگیر درمان شوند و به نوجوانان در انجام وظایف رشدی کمک کنند. هدف بهبود کنترل والدین روی رفتار خوردن نوجوانان است. تمرکز درمان بر تمایل شخص به اصلاح وزن است. خانواده فقط با بر ملا کردن مشکلات خانوادگی درمان نمی‌شود، بلکه از والدین به‌عنوان یک منبع در درمان عملی استفاده می‌کند (دربانی، فرخزاد، کاشانی،^۸ ۱۳۹۷). همچنین دستور جلسه کاهش سرزنش کودکان و انتقاد از آن‌ها را هدف می‌گیرد. این درمان شامل سه مرحله است که برای کل خانواده ارائه می‌شود و شامل زیرمنظومه‌هایی است که در هر جلسه حضور دارند. نقش والدین در فازهای درمان تغییر می‌کند. در حالی که خواهران و برادران نقش حمایتی ثابت دارند. در فاز اول، درمانگر فقط روی غذاخوردن و افزایش وزن تمرکز می‌کند. مسئولیت خوردن به والدین محول می‌شود. با تأکید بر جنبه‌های مثبت، خانواده سرزنش نمی‌شود. هنگامی که فرد به ۹۰ درصد وزن موردنظر برسد، درمان وارد فاز دوم می‌شود. کنترل غذاخوردن با نظارت والدین، به تدریج به نوجوان منتقل می‌شود. در فاز سوم، مرزهای خانواده با افزایش استقلال نوجوان دوباره ترسیم می‌شود. با رسیدن به این هدف، فرایند درمان خاتمه می‌یابد (شوتلو و گورمز،^۹ ۲۰۲۰). ویور و تیمکو^{۱۰} (۲۰۱۸)، درمان مبتنی بر خانواده را به‌دلیل سیستم حمایتی اعضای خانواده از هم، به‌عنوان اولین و اثربخش‌ترین درمان‌های ممکن برای بی‌اشتهایی عصبی و اختلال‌های خوردن معرفی می‌کنند (ویور و تیمکو، ۲۰۱۸). اوپرین و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۱) نتیجه گرفتند قرارداد این درمان در مراقبت‌های اولیه باعث بهبود سلامت جوانان می‌شود. بوماس و همکاران^{۱۲} (۲۰۲۱)، چو و همکاران^{۱۳} (۲۰۲۰)، لی و همکاران^{۱۴} (۲۰۱۷) در بین مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی، به نتایج قابل‌قبولی دست یافتند. در داخل کشور نیز مطالعاتی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده انجام شده است؛ به‌طوری که نتایج مطالعه دربارنی، فرخزاد و کاشانی^{۱۵} (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر خانواده بر کاهش تعارضات خانواده و رضایت زوجین مؤثر بوده است (دربانی، فرخزاد، کاشانی، ۱۳۹۷).

در کنار درمان مبتنی بر خانواده، امروزه سایر رویکردهای روان‌درمانی برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال خوردن بسط و توسعه یافته است. یکی از این رویکردها که به‌تازگی گسترش فراوانی در مجامع جهانی، در طول دو دهه اخیر داشته، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۶}

فرایندهای توانایی تماس با حال، پذیرش، ذهن‌آگاهی و تغییر رفتار و تعهد برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را مورد هدف قرار می‌دهد و اساساً یک درمان رفتاری دربارهٔ عمل متعهدانهٔ ارزش‌مدار و «توجه آگاهانه» است. این درمان ترکیبی از استعاره، جمله‌های متناقض‌نما، مهارت‌های توجه‌آگاهی و طیف گسترده‌ای از تمرینات تجربه‌گرایانه و مداخلات رفتاری هدایت‌شده است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در اختلال بی‌اشتهایی روانی، نشانه‌های اختلال را کاهش داده و تغییراتی در پذیرش به وجود آورده است (هیز، استروزال و ویلسون،^{۱۷} ۲۰۱۲). درمان پذیرش و مستقیماً با هدف قرار دادن احساسات غیرمؤثر و فرایند خودتنظیمی، باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها، کاهش احساسات منفی، افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه و در نهایت منجر به افزایش تنظیم شناختی هیجان می‌شود (رشیدی، نظربلند، فلاح‌زاده،^{۱۸} ۱۴۰۰). هدف این روش درمانی، ایجاد زندگی‌ای غنی و معنادار و کامل است. یافته‌ها درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را به‌عنوان درمانی مفید برای مشکلات اختلال‌های خوردن پیشنهاد می‌کند (جاراسیو و همکاران،^{۱۹} ۲۰۱۷؛ هیل، ماسودا، ملچر و همکاران،^{۲۰} ۲۰۱۵). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تصویر بدن و عزت‌نفس (مرادی و همکاران،^{۲۱} ۲۰۲۰)، انعطاف‌پذیری مفهوم خود و تلاش بر کنترل (استادیان، حسنی، سپاه‌منصور و کشاورزی،^{۲۲} ۲۰۲۰)، کیفیت زندگی و ارتقای فعالیت بدنی (پیرز و ساتن،^{۲۳} ۲۰۲۰)، ارتقای آگاهی در گروه‌های مدیریت وزن (آفری^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود روابط خانوادگی و همچنین کاهش باورهای ارتباطی غیرمنطقی در روابط زوجین (علی‌پناه،^{۲۵} ۱۳۹۹) و بهبود روابط مثبت (رشیدی، نظربلند، فلاح‌زاده،^{۲۶} ۱۴۰۰) تأیید شده است.

چگونگی پذیرش و استراتژی‌های تعهد می‌تواند چالش «تنظیم خود» را برطرف سازد و چهارچوبی برای تنظیم وزن مبتنی بر پذیرش را برای حفظ وزن پیشنهاد کند.

امروزه اختلالات خوردن یکی از توجه‌برانگیزترین اختلالات روانی مقاوم به درمان می‌باشد. این دسته از اختلالات سلامت جسمانی و روانی فرد مبتلا را مورد تهدید قرار می‌دهد. متأسفانه این اختلال دارای شیوع روبه‌رشد بالایی در سال‌های اخیر در میان نوجوانان و جوانان، به‌خصوص دختران بوده است. این اختلالات با طیف وسیعی از سایر اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و وسواس همراه بوده و حتی سلامت جانی این بیماران را مورد تهدید جدی قرار می‌دهد؛ به‌طوری که میزان خودکشی در این بیماران بسیار بیشتر از میانگین عمومی جامعه بوده است. بنابراین با توجه به اینکه این اختلال قشر جوان و نوجوان جامعه را مورد هدف قرار داده است که آینده‌سازان و نیروی کار هر کشوری هستند، به نظر می‌رسد مطالعه و پژوهش‌هایی که بتواند به درمان این بیماران کند، ضروری به نظر می‌رسد. افراد مبتلا به این اختلال اغلب مقاومت خاصی نسبت به درمان دارند و در بسیاری مواقع تصویر تحریف‌شده از خود دارند. از این‌رو، دسترسی به این بیماران همواره با سختی‌های زیادی همراه بوده است؛ بنابراین تعجب‌برانگیز نخواهد بود که تعداد مطالعات انجام‌شده دربارهٔ اثربخشی انواع روان‌درمانی محدود بوده و با توجه به مسئلهٔ انگ و فشارهای اجتماعی بیشتر در جوامع کمتر توسعه‌یافته، این خلأ پژوهشی در کشور ما بیشتر احساس می‌شود. بنا بر آنچه در بالا گفته شد، هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خانواده در خودانگارهٔ دانش‌آموزان دختر دورهٔ متوسطهٔ دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی پرداخته شده است.

روش

این طرح پژوهشی از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام نوجوانان دختر دوره دوم متوسطه شهر کرج در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. از بین نواحی چهارگانه، یک ناحیه به‌طور تصادفی انتخاب شد. برای دریافت تعداد کافی از کسانی که نمره برش ۲۰ به بالا را دریافت کنند، نه مدرسه از این منطقه مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس اطلاعات پایش وزن مدارس، دانش‌آموزان کم‌وزن شناسایی شدند که بعد از مصاحبه و اجرای پرسش‌نامه نگرش‌های خوردن، ۴۹ نفر نمره بالاتر از ۲۰ نمره برش پرسش‌نامه کسب کردند. بعد از ارزیابی به روش مصاحبه، ۴۵ نفر از آن‌ها به همراه خانواده‌هایشان به روش هدفمند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) گمارده شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 و تحلیل کواریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس آمیخته مورد تحلیل قرار گرفت.

از جمله مهم‌ترین ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان می‌توان به این موارد اشاره کرد: دختر بودن، سکونت در شهر کرج، تحصیل در مقطع تحصیلی دوم متوسطه، تشخیص بی‌اشتهایی عصبی بر اساس ملاک راهنمای تشخیصی آماری اختلالات (ویرایش پنجم) توسط روان‌پزشک، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی و مداخلات روان‌درمانی هم‌زمان و رضایت آگاهانه افراد و والدین. همچنین از دست‌دادن هر کدام از ملاک‌های ورود، عدم پاسخ‌دهی به سؤالات پرسش‌نامه به‌صورت دقیق و کامل، غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، از جمله مهم‌ترین ملاک‌های خروج از مطالعه بود.

مراحل اجرای پژوهش

در این طرح، قبل از مداخله، پیش‌آزمون (خودنگاره) اجرا شد. سپس گروه آزمایش اول تحت درمان مبتنی بر خانواده (طرح درمان از رینکه،^{۲۷} ۲۰۱۷) و گروه آزمایش دوم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (طرح درمان از هیل و همکاران، ۲۰۱۵) قرار گرفتند. برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و در لیست انتظار قرار گرفت. برحسب ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام مطالعه و آزمون پیگیری، به‌طور فشرده پنج جلسه درمان برای گروه کنترل انجام شد. بعد از پایان جلسات درمانی (۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای)، پس‌آزمون اجرا شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحلیل شد. در نهایت، بعد از گذشت سه ماه از پایان مداخله، پیگیری (اجرای مجدد آزمون) برای پایداری نتایج درمان‌ها انجام شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه نگرش‌های خوردن: ابزار غربالگری برای نگرش و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود (گارنر و گرفینکل،^{۲۸} ۱۹۸۲). فرم ۲۶‌گویه‌ای و دارای طیف لیکرت ۶‌نمره‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، خیلی اوقات، گاهی، به‌ندرت، هرگز) با شاخص‌های پرخوری، نگرانی بیش از اندازه درباره وزن و فرم بدن، رفتارهای کنترل وزن است. نمره برش ۲۰ و بالاتر، احتمال وجود اختلال‌های خوردن را نشان می‌دهد. سازندگان در محاسبه همسانی درونی، ضریب آلفای ۰/۹۴ و میزان روایی هم‌زمان ۵۰ درصد با پرسش‌نامه خوردن را ذکر کرده‌اند. در ایران، پرسش‌نامه شناخت‌های بی‌اشتهایی عصبی‌گونه^{۲۹} میز با این آزمون ۰/۶۴ همبسته بود

(بابایی، ۳۰، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر، همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ، برای خرده‌مقیاس‌های اشتغال ذهنی مرتبط با غذا، رژیم غذایی و پرهیز و اجتناب از غذا، به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۸۳ به دست آمد. از این ابزار فقط به منظور غربالگری استفاده شد.

پرسش‌نامه خودانگاره کارل راجرز: برای سنجش مفهوم خود به کار می‌رود (کارل راجرز، ۳۱، ۱۹۵۷). این آزمون شامل دو فرم و ۵۰ سؤال است؛ فرم الف، نگرش فرد نسبت به خود واقعی و فرم ب، نگرش فرد نسبت به خودایدنالی. در هر دو فرم، مجموعه یکسانی از ۲۵ زوج صفت شخصیتی متضاد ارائه شده است. نمره کل ۰ تا ۷ نشان‌دهنده خودپنداره مثبت، نمره ۷ تا ۱۰ مبین خودپنداره منفی و نمره بیشتر از ۱۰ نشان‌دهنده خودپنداره نورویتیک است. بالابودن نمره خودانگاره، به معنای تطابق‌نداشتن بین خود واقعی و خود آرمانی است. پایایی آزمون خودپنداره را با استفاده از آلفای کرونباخ، برای فرم الف برابر با ۰/۷۲ و برای فرم ب برابر با ۰/۷۰ به دست آوردند (کاهه و همکاران، ۳۲، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر، همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای فرم الف ۰/۸۱ و برای فرم ب ۰/۸ به دست آمد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده

جلسات	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	درمان مبتنی بر خانواده
جلسه اول	قرارداد درمانی، ارزیابی، بیان اهداف تمرین ذهن‌آگاهی مختصر	برقراری رابطه درمانی، ارزیابی مشکلات نوجوان، آموزش ماهیت اختلال، کمک خانواده به فرزند در غذاخوردن، عادی‌سازی رفتارهای غذایی فرزند
جلسه دوم	تمرین ذهن‌آگاهی، تنظیم آگاهی، استفاده از تمرین‌های تجربی و استعاره‌ها	مشاهده خانواده، ارزیابی الگوهای متداول، خوردن یک وعده غذایی در مطب، دستورات درمانگر در مورد چگونگی خوردن و ارتباط خانواده، چشیدن طعم موفقیت، ترغیب نوجوان، تعیین جزئیات فرایند تغذیه در محیط خانه، وادار کردن به خوردن غذای اضافه‌تر و مراقبت از رفتارهای بعد از خوردن اجباری
جلسه سوم	تمرین ذهن‌آگاهی، پذیرش و ذهن‌آگاهی، آگاهی از بهبودی تلاش‌ها برای کنترل رویدادهای داخلی ناخواسته، آموزش مهارت‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی، استعاره «مهمان ناخوانده»	توانمند کردن خانواده، بررسی مجدد وزن، گرفتن گزارش‌ها، توضیحات درمانگر و ارائه دستورات الگوی غذایی سالم، خوردن طیف وسیعی از غذاها، درخواست کمک از مدرسه، نظارت بر نوجوان یک ساعت قبل و بعد صبحانه و شام
جلسه چهارم	تمرین ذهن‌آگاهی، تعهد به زندگی ارزشمند، روشن کردن ارزش‌ها و تعهد در اقدام به روش‌های سازگار با آن، تمرین‌هایی مثل شناسایی ارزش‌ها و استعاره «مسافران در اتوبوس» برای کمک به آن‌ها	درمان با خانواده در مقابل درمان خانواده، اتحاد درمانی با نوجوان و خانواده، همسوس شدن خانواده و نوجوان با درمان، انجام دادن تکالیف گذشته
جلسه پنجم	ذهن‌آگاهی و پذیرش هیجانات، استعاره «فنجان بد»، خوردن کشمش ذهن آگاهانه، ذهن‌آگاهی نقاط انتخابی	مدل کردن رویکردهای غیرانتقادی و تضادآمیز، آموزش خانواده و بازسازی مرزها و تعاملات، بهبود تعارض‌های خانواده، انجام دادن تکالیف گذشته
جلسه ششم	مرور کاربرد درمان، عمل متعهدانه، اولویت‌بندی ارزش‌ها، حرکت به سمت زندگی ارزشمند با استعاره «صفحه شطرنج»	انتقال تدریجی کنترل از والدین به نوجوان، پایش وزن، مربیگری و کاوش مداوم در پویایی خانواده، توانایی نوجوان در خوردن آنچه ارائه می‌شود، افزایش مداوم وزن، حدود ۱ تا ۳ پوند در هفته، نظارت والدین و توجه به نیازها و خواسته‌های فرزند
جلسه هفتم	ذهن‌آگاهی، انتخاب اهداف، آموزش گسلش شناختی، مرور ارزش‌ها و عمل متعهدانه، بحث در مورد موانع و چالش‌ها	کنترل‌داشتن نوجوان بر غذاخوردن، کاوش مداوم در پویایی خانواده، بهبود روحیه نوجوان و خانواده، کاهش رفتارهای اختلال خوردن، نظارت والدین و توجه به نیازها و خواسته‌های او، غذاخوردن مستقلانه

کنترل رفتارهای خوردن توسط نوجوان، بررسی موانع مختل کننده، حمایت خانواده از فرد، کاهش رفتارهای اختلال خوردن، بهبودی چشمگیر خلق و خوی بیمار، غذاخوردن مستقلانه	مرور درمان و احساس ارزشمندی در خود، مرور ارزش‌ها، تمرین عمل متعهدانه	جلسه هشتم
ایجاد هویت سالم نوجوان، مروری بر رشد و نمو نوجوان، ثابت ماندن وزن، کاهش رفتارهای اختلالی خوردن، غذاخوردن به تنهایی، انجام دادن تکالیف گذشته	تمرین مشاهده خود، ناهم‌جوئی و تعیین هدف مبتنی بر ارزش	جلسه نهم
تثبیت هویت سالم، مشخص کردن چالش‌های رشدی پیش رو توسط خانواده و چگونگی کمک به نوجوان، شناسایی و برطرف شدن نیازهای بهداشت روان و نیازهای موجود در اعضای خانواده، انجام دادن تکالیف گذشته	ذهن‌آگاهی، خلاصه و جمع‌بندی، بررسی اعمالی که در عین حال هنوز مایل به انجام و عهده‌گرفتن مطابق با مقادیر مشخص شده خود هستند، متعهد شدن	جلسه دهم
بررسی پزشک متخصص و درمانگر، بررسی گزارش‌های خانواده و مراجع، ارائه جلسات درمانی در صورت لزوم	بررسی پزشک متخصص و درمانگر، بررسی گزارش‌های خانواده و مراجع، ارائه جلسات درمانی در صورت لزوم	پیگیری

بیان یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار خودانگاره در گروه آزمایش مبتنی بر خانواده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل به ترتیب، (میانگین) $۳/۰۰$ ، $۴/۵۳$ ، $۴/۷۷$ و (انحراف معیار) $۱/۷۷$ ، $۰/۸۳$ ، $۰/۸۳$ بود. میانگین و انحراف معیار خودانگاره در گروه آزمایش مبتنی بر تعهد و پذیرش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل به ترتیب (میانگین) $۳/۶۷$ ، $۴/۵۳$ ، $۴/۷۷$ و (انحراف معیار) $۱/۰۶$ ، $۱/۰۶$ ، $۱/۰۶$ بود. میانگین و انحراف معیار خودانگاره در گروه کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل به ترتیب (میانگین) $۲/۴۰$ ، $۲/۵۳$ ، $۲/۷۷$ و (انحراف معیار) $۱/۰۶$ ، $۱/۰۶$ ، $۱/۰۶$ بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خودانگاره به تفکیک مرحله سنجنش در گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خودانگاره	FBT	میانگین	۳/۰۰	۴/۵۳	۴/۷۷
		انحراف معیار	۱/۷۷	۰/۸۳	۰/۸۳
	ACT	میانگین	۳/۶۷	۴/۵۳	۴/۷۷
		انحراف معیار	۱/۵۴	۰/۶۴	۰/۶۴
	کنترل	میانگین	۲/۴۰	۲/۵۳	۲/۷۷
		انحراف معیار	۱/۰۶	۱/۰۶	۱/۰۶

نتایج جدول فوق نشان داد که درمان مبتنی بر خانواده در خودانگاره دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی، در دوره متوسطه دوم، اثربخش است.

جدول ۲: آزمون تحلیل کوواریانس نمرات خودانگاره

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig.	ضریب ایما
اثر پیلائی	۰/۴۶	۳/۱۹	۶	۲۳	۰/۰۲۰	۰/۴۵۵
لاتدای ویلکس	۰/۵۵	۳/۱۹	۶	۲۳	۰/۰۲۰	۰/۴۵۵
اثر هتلینگ	۰/۸۳	۳/۱۹	۶	۲۳	۰/۰۲۰	۰/۴۵۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۸۳	۳/۱۹	۶	۲۳	۰/۰۲۰	۰/۴۵۵

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که بین یکی از خودانگاره دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی که تحت روش درمانی بوده‌اند، با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۳: آزمون اثرات بین گروهی

منبع	متغیر	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	ضریب ایستا
مدل تصحیح‌شده	خودانگاره	۳۰/۰	۱	۳۰/۰۰	۳۲/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۵۴
عرض از مبدأ	خودانگاره	۳۷۴/۵۳	۱	۳۷۴/۵۳	۴۱۱/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۴
گروه	خودانگاره	۳۰/۰۰	۱	۳۰/۰۰	۳۲/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۵۴
خطا	خودانگاره	۲۵/۴۷	۲۸	۰/۹۱			
	تعهد	۱۶/۶۷	۲۸	۰/۰۶			
مجموع	خودانگاره	۴۳۰/۰۰	۳۰				
مجموع تصحیح‌شده	خودانگاره	۵۵/۴۷	۲۹				

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه اول مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای پژوهش تحت روش درمان مبتنی بر خانواده (FBT) نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در خودانگاره دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی اثربخش است.

جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس نمرات خودانگاره

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig	ضریب ایستا
اثر پیلائی	۰/۷۴	۱۰/۸۲	۶	۲۳	۰۰۰/۰	۰/۷۳۸
لاندام ویلکس	۰/۲۶	۱۰/۸۲	۶	۲۳	۰۰۰/۰	۰/۷۳۸
اثر هتلینگ	۲/۸۲	۱۰/۸۲	۶	۲۳	۰۰۰/۰	۰/۷۳۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۸۲	۱۰/۸۲	۶	۲۳	۰۰۰/۰	۰/۷۳۸

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه متغیر مستقل وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که بین خودانگاره دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی که تحت روش درمانی بوده‌اند، با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵: آزمون اثرات بین گروهی

منبع	متغیر	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
مدل تصحیح شده	خودانگاره	۳۰/۰	۱	۳۰/۰۰	۳۹/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۵۸
عرض از مبدأ	خودانگاره	۳۷۴/۵۳	۱	۳۷۴/۵۳	۴۸۸/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۹۵
گروه	خودانگاره	۳۰/۰۰	۱	۳۰/۰۰	۳۹/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۵۸
خطا	خودانگاره	۲۱/۴۷	۲۸	۰/۷۷			
مجموع	خودانگاره	۴۲۶/۰۰	۳۰				
مجموع تصحیح شده	خودانگاره	۵۱/۴۷	۲۹				

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه دوم، مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای پژوهش تحت روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌شود.

بین اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده (FBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در خودانگاره دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی تفاوت وجود دارد. به‌منظور بررسی تأثیر روش‌های آزمایشی و گروه کنترل بر نمرات خودانگاره، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به‌عنوان عامل درون آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در سه گروه، به‌عنوان یک عامل بین آزمودنی، در نظر گرفته شد. قابل‌ذکر است که برای گزارش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، از دو شیوه می‌توان استفاده کرد: یا استفاده از آزمون‌های چندمتغیری یا آماره‌های یک‌متغیری. در این گزارش، از شیوه اول استفاده شده است که مستلزم به‌کارگیری مفروضه کرویت است و آزمون‌های چندمتغیری نیز ارائه می‌شود. با اجرای تحلیل کوواریانس اندازه‌های مکرر، نتایج آن برای آزمون فرضیه اصلی پژوهش در ادامه آمده است.

جدول ۶: آزمون‌های چندمتغیره

اثر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig.	مربع اتا جزئی
بین گروهی	اثر پیلای	۰/۵۹	۵/۵۱	۱۲	۱۶۰/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۹
	لاندای ویلک	۰/۴۲	۷/۰۸	۱۲	۱۵۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۵
	اثر هتلینگ	۱/۳۵	۸/۷۵	۱۲	۱۵۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۳۳	۱۷/۷۷	۶	۸۰/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷
سطح * گروه	اثر پیلای	۱/۳۶	۷/۳۵	۲۴	۳۲۸/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۹
	لاندای ویلک	۱/۶۵	۹/۵۳	۲۴	۲۷۶/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۱۰
	اثر هتلینگ	۱/۵۴	۱۱/۷۳	۲۴	۳۱۰/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۱	۱۷/۰۳	۶	۸۲/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۴

بر اساس جدول فوق و ستون Sig. می‌توان فرض صفر، یعنی برابری میانگین در طول تیمارها، را رد کرد. زیرا مقدار Sig کوچک‌تر از حداقل احتمال خطای نوع اول (۰/۰۵) شده است. در نتیجه، همه آماره‌های آزمون، شامل اثر پیلای، لاندای ویلک، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی نیز فرض صفر را رد می‌کند؛ به عبارت دیگر، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه متغیر مستقل وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از متغیرها در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

قبل از شروع تحلیل، باید از وضعیت «کرویت واریانس‌ها» اطلاع کسب کنیم. به این منظور، با استفاده از آزمون موچلی^{۳۳}، فرض کرویت مورد بررسی قرار می‌گیرد. بر اساس جدول زیر، مشخص می‌شود که این فرض رد نشده و می‌توان کرویت در واریانس‌ها را برای مدل تحلیل کوواریانس در نظر گرفت. در ادامه، مقایسه‌های زوجی (دوبه‌دو) با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی آورده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود، میانگین هر متغیر در هر سطح، به صورت مقایسه‌های زوجی مورد آزمون قرار گرفته و نتایج مربوط به آن نمایش داده شده است.

جدول ۷: جدول مقایسه‌های دوتایی با اصلاح بونفرونی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	Sig.
خودانگاری	کنترل	ACT	-۱/۷۵۶	۰/۳۲	۰/۰۰۰
		FBT	-۱/۵۳۳	۰/۳۲	۰/۰۰۰
	ACT	کنترل	۱/۷۵۶	۰/۳۲	۰/۰۰۰
		FBT	۰/۲۲	۰/۳۲	۱/۰۰۰
	FBT	کنترل	۱/۵۳۳	۰/۳۲	۰/۰۰۰
		ACT	-۰/۲۲	۰/۳۲	۱/۰۰۰

همان طور که در جدول فوق مشخص است، در هر دو متغیر بین میانگین گروه کنترل با دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر خانواده FBT و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT) تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما، بین گروه FBT و کنترل و گروه ACT و کنترل، تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. برای مثال، در متغیر خودانگاره، اختلاف نمرات گروه ACT از گروه کنترل (۱/۷۵۶) بیشتر از اختلاف نمرات گروه FBT و گروه کنترل (۱/۵۳۳) است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودانگاره نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بود. نتایج پژوهش نشان داد که نمرات پس‌آزمون مقیاس خودانگاره، در هر گروه درمان مبتنی بر خانواده، در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی، افزایش یافته است. همچنین تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش در خودانگاره

وجود ندارد. نتایج نیز در مرحله پیگیری حفظ شد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های لاک و گرانه (۲۰۱۹) و ماتسون و همکاران^{۳۴} (۲۰۲۰) که مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده بر خودانگاره بود، همسوست. در تبیین جایگاه درمان مبتنی بر خانواده برای افراد مبتلا به بی‌اشتهایی، می‌توان گفت فرد مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی در خودانگاره، تصویر بدنی از خود و کسب هویت سالم آسیب‌پذیر است. از این رو، این درمان به رشد نوجوان اهمیت می‌دهد، مخصوصاً جنبه‌های رشد روانی اجتماعی که در آن بحران هویت نوجوان بر طرف می‌شود. اکثر درمان‌های خانواده، علائم یک اختلال خوردن را با در نظر گرفتن بیمار و نیز نحوه جای گرفتن علائم در ساختار خانواده کژکار، به بهترین وجه درک می‌کنند. آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرایند تعاملی در بین اعضای خانواده است. فلسفه رویکرد درمان مبتنی بر خانواده به این صورت است که نوجوان را در خانواده جا داده و مشارکت خانواده را ضروری می‌داند. والدین درگیر درمان می‌شوند؛ البته با حفظ احترام و توجه به نظرات و تجربه‌های نوجوان. زیرا با احترام گذاشتن به او و عدم سرزنش و تحقیر نوجوان، خودانگاره و تصویر بدنی مطلوب در نوجوان پدید می‌آید. همچنین والدین را راهنمایی می‌کند که به نوجوانان، در به استقلال رسیدن از طریق بازسازی مرزهای خانوادگی، برای انجام وظایف رشدی (کسب خودانگاره) نهایت کمک را بکنند (شجاعی و همکاران،^{۳۵} ۱۴۰۱). به همین علت، درمان مبتنی بر خانواده برای بی‌اشتهایی با هدف قرار دادن نگرش و آگاهی بر خود و رفتار در مداخلات، می‌تواند خودانگاره را بهبود بخشد. از طرفی، نشان داده شده که هرچقدر احساس همدلی و حمایت در خانواده‌ها بیشتر باشد، شانس سلامت روان آن‌ها، احساس رضایت از خود و اعتماد اعضای خانواده به یکدیگر نیز افزایش می‌یابد؛ بنابراین از آنجا که درمان مبتنی بر خانواده بر احساس همدلی، اعتماد اعضای خانواده و ارزشمندی اعضا تأکید دارد، می‌تواند تأثیر مهمی بر خودانگاره افراد داشته باشد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که نمرات پس‌آزمون در مقیاس خودانگاره، در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی افزایش یافته است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های پیرز و ساتن^{۳۶} (۲۰۲۰)، استادیان و همکاران^{۳۷} (۱۳۹۹)، مرادی و همکاران^{۳۸} (۲۰۲۰) و آفری و همکاران (۲۰۱۹)، مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر بی‌اشتهایی عصبی نوجوانان همسوست.

در تبیین یافته‌های پژوهش همچنین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)، درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر پذیرش و توجه‌آگاهی است که ممکن است به‌طور خاص برای افرادی که اختلال‌های خوردن دارند، مناسب باشد؛ زیرا در این درمان‌ها، مستقیماً هیجانات و رفتارهای ناسازگار هدف قرار می‌گیرد تا عملکرد روزانه را بهبود بخشد. به‌طور خاص، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای بازبودن به افکار دشوار و احساسات در اعمال ارزش‌گذاری شده است. این هدف با تضعیف تلاش‌های فراگیر برای تنظیم تجربیات هیجانی ناخواسته، شامل رفتارهای مشکل‌ساز خوردن یا روش‌های غیرکاربردی برای تنظیم تجربیات درونی، انجام می‌شود. رفتارهای جایگزین برای تجربه‌کردن زمان حال را به‌طور باز و آزاد بیشتر می‌کند. در ادامه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، خودانگاره، یعنی اینکه فرد بدن خود را چطور می‌بیند و چه احساسی در مورد خود دارد و اشتباهات افراد را با مشکل خویشتن هدف قرار می‌دهد (یوسفی و همکاران،^{۳۹} ۱۴۰۰). به علاوه، ابتدا در خودانگاره فرد تمرکز نمی‌کند، اما به

اشتغال داشتن افراد در اعمال، با ارزش‌های پایدار استوار، بدون در نظر گرفتن آن متغیرها می‌پردازد. ارزش‌ها و عمل متعهدانه به این معناست که فرد آنچه را که برای او مهم‌ترین و عملی‌ترین است، تشخیص دهد و سپس بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه عمل کند.

این درمان با انجام مداخلاتی برای پذیرش و افزایش آگاهی، می‌تواند در افراد دچار بی‌اشتهایی مؤثر واقع شود؛ زیرا این افراد با خودانگاره تحریف‌شده بدون خودآگاهی، خودشان را آن‌گونه که هستند نمی‌پذیرند. همچنین این درمان، با هدف قرار دادن ارزش‌ها و اولویت‌بندی دوباره آن‌ها، می‌تواند در کسب خودانگاره مثبت اثرگذار باشد. به عقیده اریکسون، کار بنیادی نوجوان به دست آوردن هویت است. یعنی پاسخی برای این پرسش که من که هستم و چه می‌کنم. آسیب‌پذیری و اختلال‌های خوردن در این دوره رشدی اتفاق می‌افتد که افراد به نحوی که دیگران آن‌ها را برداشت می‌کنند، دل مشغول می‌شوند، مفهومی که خود اجتماعی نامیده می‌شود. آن‌هایی که احساس می‌کنند ظاهر نامناسبی دارند، خود اجتماعی را پرورش می‌دهند که بیش از حد بر عدم تناسب بدنشان متمرکز است. رابطه بین کسب هویت و نارضایتی از خودانگاره و اضطراب اجتماعی و اختلال‌های خوردن تأیید شده است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اشتباهات افراد را با مشکل تصویر من از خود هدف قرار می‌دهد.

بنابراین با توجه به آنچه گفته شد درمان‌های مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر تعهد، با هدف قرار دادن نگرش و آگاهی بر خود و همچنین رفتار، می‌تواند خودانگاره را در دختران نوجوان دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی بهبود بخشد.

از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش می‌توان موارد زیر اشاره کرد: یک اینکه نمونه‌ها منحصرأ از میان دختران انتخاب شده‌اند. از این‌رو، ممکن است در پسران نتایج متفاوتی به دست بیاید؛ بنابراین تعمیم نتایج این مطالعه به گروه پسران باید با احتیاط صورت بگیرد؛ دوم اینکه این مطالعه بدون در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی و تحصیلات صورت گرفته است؛ سوم اینکه در سنجش خودانگاره فقط از یک پرسش‌نامه استفاده شده بود؛ چهارم اینکه جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش فقط دختران نوجوان شهر کرج می‌باشند؛ بنابراین احتمال دارد در شهرهای دیگر با بافت فرهنگی، اجتماعی و مذهبی متفاوت، نتایج متفاوتی به دست بیاید. برای برطرف کردن محدودیت‌های موجود، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی روی پسران نیز این مطالعه انجام شود. همچنین متغیرهای مورد پژوهش در سایر شهرهای کشور، با بافت اجتماعی و مذهبی متفاوت، مورد مطالعه قرار گیرد تا امکان تعمیم نتایج بیشتر شود. همچنین از سایر پرسش‌نامه‌های مرتبط با سنجش خودانگاره نیز استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای مشاوره، مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش، در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.072 است. از همه کسانی که در انجام پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می‌شود.

پی نوشت‌ها

1. Madani, Hajhosseini, & Tasieh Hosseini
2. Harlowe, Farrar, Stopa & Turner
3. Guimarães JS, Cardoso, de Lima
4. Family Based Therapy (FBT)
5. Anorexia Nervosa (AN)
6. Bulimia Nervosa (BN)
7. Le Grange, Lock
8. Darbani, Farokhzad & Lotfi
9. Öğütlü & Görmez.
10. Weaver, Timko
11. O'Brien, Sim, Narr, Mattke, Billing-s, Jacobson, & Lebow
12. Baumas, Zebdi, Julien-Sweerts, Carrot, Godart, Minier & Rigal.
13. Le, Barendregt, Hay, Sawyer, Hughes & Mihalopoulos.
14. Acceptance and Commitment Therapy
15. Hayes, Strosahl, & Wilson
16. Rashidi, Nazarboland, & Falahzade
17. Juarascio, Manasse, Schumacher, Espel, Forman
18. Hill, Masuda, Melcher, Morgan, Twohig
19. Moradi, Ghadiri-Anari, Dehghani, Vaziri, & Enjezab
20. Ostadian Khani, Hasani, Sepahmansour, & Keshavarzi Arshadi
21. Pears, Sutton
22. Afari, Cuneo, Herbert, Miller, Webb-Murphy, Delaney, Peters, Materna, Miggantz, Godino, Golshan
23. Alipanah
24. Rienecke
25. Garner & Garfinkel
26. Bulimia and Preoccupatin
27. Oral Control
28. Dieting
29. EQ-R
30. Mizes Anorectic Cognitions questionnaire
31. Rogers
32. Kahe, M., Vameghi, R., Foroughan, M., Bakhshi, E., & Bakhtyari
33. Mauchly's Sphericity Test.
34. Matheson, B. E., Bohon, C., & Lock
35. Shojaei, F., Jabalameli, S., Latifi, Z., & Siavash
36. Pears, S., & Sutton
37. Ostadian Khani, Z., Hasani, F., Sepahmansour, M., & Keshavarzi Arshadi, F
38. Moradi, F., Ghadiri-Anari, A., Dehghani, A., Vaziri, S. R., & Enjezab, B.
39. Yousefi M, Younesi S J, Farhoudian A, Safi M

منابع

- استادیان‌خانی، ز.، حسنی، ف.، سپاه‌منصور، م.، کشاورزی ارشدی، ف. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و کنترل عواطف در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی. *نشریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، ۶(۳): ۹۴-۱۰۲.
- دربانی فرخزاد، پ.، لطفی کاشانی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار متقابل با خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت بر تعارض‌های زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت مهندسی و توسعه نفت. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۷(۶۸)، ۱۰۰-۷۴.
- رشیدی، م.، نظربلند، ن.، فلاح‌زاده، ه. (۱۴۰۰). آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عواطف مثبت نسبت به همسر در زنان دچار طلاق عاطفی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۷(۴)، ۶۴۸-۶۳۳.

علی‌پناه، ف.، کربلایی، م.، رضابخش، ح.، تقی‌لو، ص. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مفهوم‌بندی طرح‌واره‌ای و زوج‌درمانی گاتمن بر کاهش باورهای غیرمنطقی در روابط زوجین. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۶(۳)، ۳۳۵-۳۵۷.

قاسمی، ل.، جبل‌عاملی، ش. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی. تحقیقات نظام سلامت، ۱۵(۴)، ۲۶۱-۲۵۵.

کاهه، م.، وامقی، ر.، فروغان، م.، بخشی، ع.، بختیاری، و. (۱۳۹۷). رابطه خودپنداره و خودکارآمدی با خودمدیریتی در سالمندان آسایشگاه‌های شهر تهران. سالمند، ۱۳(۱)، ۳۷-۲۸.

مدنی، ی.، حاج‌حسینی، م.، تسبیح‌حسینی، ق. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تلفیقی مثبت‌نگری و تاب‌آوری بر نگرانی از تصویر بدنی و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر. پژوهش‌های مشاوره، ۱۸(۷۱)، ۳۶-۴.

Afari, N., Cuneo, J. G., Herbert, M., Miller, I., Webb-Murphy, J., Delane, E., & Wisbach, G. (2019). Design for a cohort-randomized trial of an acceptance and commitment therapy-enhanced weight management and fitness program for Navy personnel. *Contemporary clinical trials communications*, 15, 100408.

Alipanah, F. (2020). Comparison of the effectiveness of couple therapy based acceptance and commitment (using schema conceptualization) and Gottman couple therapy on reducing Irrational Beliefs in couples' relationships. *Journal of Family Research*, 16(3), 335-357 [In Persian].

Baumas, V., Zebdi, R., Julien-Sweerts, S., Carrot, B., Godart, N., Minier, L., & Rigal, N. (2021). Patients and Parents' Experience of Multi-Family Therapy for Anorexia Nervosa: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 85-89.

Chew, C. S. E., Kelly, S., Tay, E. E., Baeg, A., Khaider, K. B., Oh, J. Y., ... & Davis, C. (2021). Implementation of family-based treatment for Asian adolescents with anorexia nervosa: A consecutive cohort examination of Asian outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 54(1), 107-116.

Darbani, S. A., Farokhzad, P., & Lotfi, K. F. (2019). The Effectiveness of Transactional Analysis with Short-term Strategic Family Therapy on Marital Conflicts in Couples Referring to Petroleum Engineering Organization's Counseling Center. *Journal of Counseling Research*. 17(68)74-100 [In Persian].

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279

Ghasemi, L., Jabal Ameli, Sh. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment treatment on body image in women with breast cancer after mastectomy. *Journal of Health System Research*. 15 (4), 261-255 [In Persian].

Gorrell, S., Loeb, K. L., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment of eating disorders: A narrative review. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 193-204.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. London: Guilford Press.

Matheson, B. E., Bohon, C., & Lock, J. (2020). Family, based treatment via videoconference: Clinical recommendations for treatment providers during COVID-19 and beyond. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1142-1154.

Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Family, based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 481-487.

- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Cognitive and behavioral practice, 22*(3), 367-378.
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Schumacher, L., Espel, H., & Forman, E. M. (2017). Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: Rationale and challenges. *Cognitive and behavioral practice, 24*(1), 1-13.
- Kahe, M., Vameghi, R., Foroughan, M., Bakhshi, E., & Bakhtyari, V. (2018). The relationships between self-concept and self-efficacy with self-management among elderly of sanatoriums in Tehran. *Iranian Journal of Ageing, 13*(1), 28-37 [In Persian].
- Le Grange, D., & Lock, J. (2009). *Treating bulimia in adolescents: A family-based approach*. London: Guilford Press.
- Le, L. K. D., Barendregt, J. J., Hay, P., Sawyer, S. M., Hughes, E. K., & Mihalopoulos, C. (2017). The modeled cost-effectiveness of family-based and adolescent-focused treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 50*(12), 1356-1366.
- Lian, B., Forsberg, S. E., & Fitzpatrick, K. K. (2019). Adolescent anorexia: guiding principles and skills for the dietetic support of family-based treatment. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 119*(1), 17-22.
- Madani, Y., Hajhosseini, M., & Tasiéh Hosseini, G. (2019). Effectiveness of integrating positive thinking and resiliency training on body image concerns and social self-efficacy in adolescent's boys. *Journal of Counseling Research, 18*(71), 4-35 [In Persian].
- Moradi, F., Ghadiri-Anari, A., Dehghani, A., Vaziri, S. R., & Enjzab, B. (2020). The effectiveness of counseling based on acceptance and commitment therapy on body image and self-esteem in polycystic ovary syndrome: An RCT. *International Journal of Reproductive BioMedicine, 18*(4), 243 [In Persian].
- O'Brien, J. R. G., Sim, L., Narr, C., Mattke, A., Billings, M., Jacobson, R. M., & Lebow, J. (2021). Addressing Disparities in Adolescent Eating Disorders: A Case Report of Family-Based Treatment in Primary Care. *Journal of Pediatric Health Care, 35*(3), 320-326.
- Öğütlü, H., & Görmez, V. (2020). Family Based Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 9*(3), 260-267.
- Ostadian Khani, Z., Hasani, F., Sepahmansour, M., & Keshavarzi Arshadi, F. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Image Flexibility and Affect Control in Women with Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research, 6*(3), 94-102 [In Persian].
- Pears, S., & Sutton, S. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for promoting physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Health psychology review, 15*(1), 159-184.
- Rashidi, M. R., Nazarboland, N., & Falahzade, H. (2022). Acceptance and Commitment Group Training based on Improve Positive Emotions towards the Spouse in Women with Emotional Divorce. *Journal of Family Research, 17*(4), 633-648 [In Persian].
- Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent health, medicine and therapeutics, 8*, 69.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology, 21*(2), 95.
- Shojaei, F., Jabalameli, S., Latifi, Z., & Siavash, M. (2022). Comparison of the Effect of Self-Healing with Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on Health-

- Promoting Lifestyle Profile in Type 2 Diabetes Patients: A Clinical Trial. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 24(3), 8-16.
- Yousefi, M., Younesi, S. J., Farhoudian, A., Safi, M. H. (2022). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Impulsivity of Patients with Methamphetamine Use Disorder. *Jreh*. 21 (3), 406-421.