



## فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودناتوان‌سازی در دختران نوجوان چاق  
حمیده غنچه<sup>۱</sup>، انیس خوش‌لهجه صدق<sup>۲\*</sup>

۲۹

دوره ۸، شماره ۲، پیاپی ۲۹  
تابستان ۱۴۰۴

مقاله علمی

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۴/۰۳/۱۶  
تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۴/۰۶/۲۷  
صص: ۱۹۵-۲۱۰

شاپا چاپی: ۵۳۲۲-۲۶۷۶



Q4

### چکیده

چاقی در دوران نوجوانی با مشکلات روانی متعددی از جمله خودناتوان‌سازی همراه است که می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودناتوان‌سازی در نوجوانان دختر چاق بود. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی نوجوانان دختر چاق ۱۳ تا ۱۶ ساله‌ی مدارس متوسطه‌ی اول شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. پس از غربالگری اولیه سلامت روان با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) (28، ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکارانش (۱۹۹۰) شرکت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودناتوان‌سازی جونز و رودوال (۱۹۸۲) بودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد. در سطح توصیفی، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون‌های پیگیری تک‌متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در خودناتوان‌سازی نشان داد ( $p < 0/001$ ). بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرآیندهای شناختی منفی از جمله خودناتوان‌سازی در نوجوانان چاق مؤثر است و می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای کارآمد برای بهبود سلامت روان این گروه به کار گرفته شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودناتوان‌سازی، نوجوانان چاق.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. ایمیل:

hamideghonche3@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. (نویسنده مسئول).

ایمیل: dr.anikhoshlahjehsedgh@iaau.ac.ir

## مقدمه

چاقی<sup>۱</sup> در دوران نوجوانی یکی از جدی‌ترین چالش‌های سلامت جسمانی و روان‌شناختی در جهان امروز به شمار می‌رود و روند رو به رشد آن، پژوهشگران را نسبت به پیامدهای گسترده این وضعیت حساس‌تر کرده است (دلوکا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانی<sup>۳</sup> مرحله‌ای است که تغییرات زیستی، شناختی و اجتماعی با سرعت رخ می‌دهد و هرگونه اختلال در این دوره می‌تواند بنیان‌های سلامت روان<sup>۴</sup> را در سال‌های بعد تحت تأثیر قرار دهد (کوتبی و مومنا<sup>۵</sup>، ۲۰۲۵). در این میان، دختران نوجوان به دلیل حساسیت‌های بدنی، فشارهای ادراک‌شده از سوی همسالان و استانداردهای فرهنگی درباره ظاهر، بیش از سایر گروه‌ها در معرض پیامدهای منفی روان‌شناختی چاقی قرار دارند (هوس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). احساس طردشدگی، کاهش حرمت خود<sup>۷</sup> و تجربه مکرر شکست در کنترل وزن می‌تواند عملکرد روانی آنان را دچار آسیب سازد. چنین چالش‌هایی موجب می‌شود رفتارهای ناسازگارانه به‌عنوان راهبردهای ناکارآمد برای مقابله با فشارهای هیجانی شکل گیرد. از این منظر، چاقی نه‌تنها موضوعی زیستی، بلکه پدیده‌ای چندعاملی و عمیقاً روان‌شناختی است (کازمارک<sup>۸</sup>، ۲۰۲۵).

در دهه اخیر، رویکردهای روان‌شناسی سلامت نشان داده‌اند که چاقی نه‌تنها تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک، بلکه از الگوهای ناکارآمد شناختی و هیجانی نیز تأثیر می‌پذیرد. یکی از فرایندهای کلیدی در تداوم رفتارهای ناسازگارانه و شکست در کنترل وزن، خودناتوان‌سازی<sup>۹</sup> است (جانکوفسکا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۵). خودناتوان‌سازی راهبردی دفاعی است که طی آن فرد برای حفظ حرمت نفس و اجتناب از قضاوت منفی، آگاهانه از تلاش یا پشتکار کافی خودداری کرده و شکست را به عوامل بیرونی نسبت می‌دهد (رسولی و همکاران، ۱۴۰۱). این

1 . obesity

2 . De Luca

3 . adolescence

4 . Mental health

5 . Kutbi & Mumena

6 . Huse

7 . self-respect

8 . Kaczmarek

9 . self-handicapping

10 . Jankowska

سازوکار گرچه در کوتاه‌مدت اضطراب عملکرد را کاهش می‌دهد، اما در بلندمدت موجب افت خودکارآمدی، کاهش انگیزش و شکل‌گیری الگوی درماندگی می‌شود. در نوجوانان چاق، خودناتوان‌سازی معمولاً به صورت بهانه‌جویی برای عدم شروع رژیم غذایی ("فعلاً وقت مناسب ندارم")، اجتناب از ورزش در جمع برای پیشگیری از قضاوت دیگران، یا نسبت دادن ناکامی در کاهش وزن به متابولیسم یا وراثت بروز می‌کند. این نگرش با تضعیف احساس کارآمدی و خودکنترلی، فرد را از پیگیری رفتارهای اصلاحی بازمی‌دارد و چرخه شکست و اجتناب را تثبیت می‌نماید (آنسی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۵). افزون بر آن، خودناتوان‌سازی با افزایش احساس شرم و سرزنش درونی، ظرفیت شناختی فرد برای تنظیم هیجان‌های منفی نظیر ناامیدی و اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد (آنسی و پاول<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴).

از آنجا که این فرایند با ناکامی در خودتنظیمی<sup>۳</sup>، ضعف در مدیریت هیجان و اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند ذهنی مرتبط است، مداخلات روان‌شناختی جدید بر تقویت پذیرش تجربه‌های هیجانی تمرکز یافته‌اند. در این میان، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> (ACT)، با ارتقای انعطاف‌پذیری روانی و توانایی مواجهه فعال با افکار و احساسات منفی، می‌تواند نقشی مؤثر در کاهش گرایش‌های خودناتوان‌ساز در دختران نوجوان چاق ایفا کند (شوماخر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نسل سوم رفتاردرمانی<sup>۶</sup> است که بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۷</sup> و توانایی حضور در لحظه و حرکت در مسیر ارزش‌های فردی تمرکز دارد. این درمان به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. ثانیاً عملی که ذهن آگاهانه باشد و به عبارتی دیگر عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام

<sup>۱</sup>. Annesi

<sup>۲</sup>. Annesi & Powell

<sup>۳</sup>. self-regulation

<sup>۴</sup>. acceptance and commitment therapy

<sup>۵</sup>. Schumacher

<sup>۶</sup>. behavioral therapy

<sup>۷</sup>. psychological flexibility

می‌شود باعث گشود بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در عملکرد می‌شود (والایی صمد و خوش‌لهجه صدق، ۱۴۰۴). این رویکرد بر این اصل استوار است که اجتناب از تجربه‌های درونی، عامل اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی از جمله خودناتوان‌سازی است (وطن‌پناه<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). نوجوانی دوره‌ای است که توانایی تحمل فشار روانی هنوز به مرحله بلوغ نرسیده و نوجوانان بیشتر به سمت اجتناب هیجانی و رفتارهای محافظتی - مانند خودناتوان‌سازی - گرایش پیدا می‌کنند. ACT به نوجوانان می‌آموزد که به‌جای تلاش برای حذف افکار و احساسات ناخوشایند، آنها را بپذیرند و تمرکز خود را بر رفتارهای ارزش‌محور قرار دهند. این شیوه نگاه، نوجوان را از چرخه اجتناب به سمت کنش‌ورزی هدایت می‌کند (پیتیل و غزالی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴).

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مشکلاتی مانند اضطراب، افسردگی، اضطراب اجتماعی، مشکلات تصویر بدنی و کنترل تکانه اثربخش است (کاکس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ کودلک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ ایتوربه<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). این مداخلات به‌ویژه برای نوجوانان مناسب هستند، زیرا زبان استعاری، تمرین‌های تجربی و فعالیت‌های گروهی در ACT، برای نوجوانان جذاب و قابل درک است. افزون بر این، کار گروهی باعث می‌شود نوجوانان احساس حمایت اجتماعی بیشتری تجربه کنند و خود را در چالش‌ها تنها نبینند. چنین محیطی می‌تواند زمینه را برای افزایش صمیمیت گروهی، کاهش احساس شرم و مواجهه بدون قضاوت با افکار خود فراهم کند (کاکس و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به اینکه خودناتوان‌سازی معمولاً زمانی افزایش می‌یابد که فرد نسبت به عملکرد آینده خود نگرانی داشته باشد یا خود را در معرض قضاوت بداند، ACT می‌تواند با کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش پذیرش، این چرخه را مختل کند. نوجوانی که به کمک ACT می‌آموزد افکار خودانتقادی را مشاهده کند بدون آن‌که با آن‌ها یکی شود، کمتر احتمال دارد از

<sup>۱</sup>. Vatanpanah

<sup>۲</sup>. Pital & Ghazali

<sup>۳</sup>. Cox

<sup>۴</sup>. Kudlek

<sup>۵</sup>. Iturbe

فعالیت‌هایی که نیاز به تلاش، حضور اجتماعی یا رقابت دارند کناره‌گیری کند. در واقع، تمرکز ACT بر تعهد به ارزش‌ها، نوجوان را به سمت انجام رفتارهای هدفمند و ارزشمند سوق می‌دهد، حتی اگر تجربه‌ای ناخوشایند مانند ترس از شکست همراه آن باشد (فینگر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). چنین تغییراتی به تدریج منجر به کاهش خودناتوان‌سازی می‌شود.

با توجه به حساسیت دوره نوجوانی و نقش پررنگ تصویر بدنی در شکل‌گیری هویت، دختران نوجوان چاق در بافت فرهنگی ایران با فشارهای مضاعفی از جمله مقایسه‌های خانوادگی و مدرسه‌ای، معیارهای سخت‌گیرانه زیبایی، شرم بدنی و ترس از قضاوت اجتماعی مواجه‌اند که می‌تواند به شکل‌گیری الگوهای اجتنابی و خودناتوان‌سازی منجر شود. این نوجوانان برای حفظ حرمت‌نفس خود ممکن است از درگیر شدن در رفتارهای اصلاحی مانند ورزش یا رژیم‌درمانی اجتناب کرده و ناکامی‌ها را به عوامل بیرونی نسبت دهند؛ الگویی که در کوتاه‌مدت کاهش اضطراب و در بلندمدت تضعیف خودکارآمدی و خودتنظیمی هیجانی را به دنبال دارد. اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی، ظرفیت بالقوه‌ای برای کاهش این الگوهای ناسازگارانه دارد، اما شواهد تجربی بومی درباره اثربخشی آن بر خودناتوان‌سازی، به‌ویژه در قالب مداخلات گروهی و در میان دختران نوجوان چاق ایرانی، محدود است. از این‌رو، خلأ پژوهشی موجود ضرورت بررسی تجربی اثر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خودناتوان‌سازی در این گروه آسیب‌پذیر را برجسته می‌سازد.

## روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی نوجوانان دختر چاق در بازه‌ی سنی ۱۳ تا ۱۶ سال بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در مدارس متوسطه‌ی دوره‌ی اول شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. چاقی در این مطالعه

<sup>۱</sup>. Finger

بر اساس شاخص توده‌ی بدنی (BMI) بالاتر از ۳۰ تعریف شد. برای شناسایی افراد واجد شرایط ابتدا فهرستی از مدارس دارای دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن از طریق همکاری مشاوران مدارس گردآوری گردید و دبیرستان پانزده خرداد به‌صورت هدفمند به‌عنوان محل اجرای طرح انتخاب شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت. پس از غربالگری اولیه‌ی سلامت روان با پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) و محاسبه‌ی شاخص توده‌ی بدنی، افرادی که معیارهای ورود را احراز کرده بودند جهت شرکت در پژوهش دعوت شدند. از پرسشنامه GHQ-28 به منظور شناسایی وضعیت کلی سلامت روان و حذف افرادی با نشانه‌های شدید اختلالات روان‌شناختی استفاده شد تا همگنی نسبی نمونه حفظ شده و نتایج پژوهش تحت تأثیر اختلالات حاد روانی قرار نگیرد. همچنین شاخص توده‌ی بدنی به‌عنوان شاخصی استاندارد و معتبر برای تشخیص چاقی، به منظور اطمینان از انطباق شرکت‌کنندگان با جامعه هدف پژوهش به کار گرفته شد. پس از اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی از والدین و خود شرکت‌کنندگان، ۳۰ نفر از نوجوانان واجد شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایش و کنترل جایگزین شدند. تعیین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G\*Power نسخه ۳.۱ انجام شد. بر اساس اندازه‌ی اثر متوسط ( $f=0/25$ )، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰، حداقل حجم نمونه‌ی مورد نیاز ۲۶ نفر برآورد گردید و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، حجم ۳۰ نفر انتخاب شد. در طول اجرای مداخله هیچ‌گونه ریزش نمونه در گروه‌های پژوهش رخ نداد و تمامی شرکت‌کنندگان مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را به‌طور کامل به پایان رساندند. پژوهش با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) شرکت کرد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه خودناتوان‌سازی را تکمیل کردند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دختر بودن، قرار داشتن در بازه‌ی سنی ۱۳ تا ۱۶ سال، اشتغال به تحصیل در مقطع متوسطه‌ی اول، برخورداری از شاخص توده‌ی بدنی

بالتر از ۳۰، سلامت جسمی و روانی بر اساس نمره‌ی مناسب در پرسشنامه سلامت عمومی، و ارائه رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی از سوی والدین و شرکت‌کننده بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان، بروز مشکلات جسمی یا روانی جدید در طول اجرای مداخله، و مشارکت هم‌زمان در سایر مداخلات روان‌شناختی یا دارودرمانی بود. کلیه اصول اخلاقی پژوهش مطابق با استانداردهای کمیته‌های اخلاق در پژوهش‌های انسانی و دستورالعمل‌های انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) رعایت شد و طرح پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.QOM.REC.1404.030 در سامانه ملی اخلاق پژوهش به ثبت رسیده است.

## ابزار

پرسشنامه خودناتوان‌سازی<sup>۱</sup> (SHS): پرسشنامه‌ی خودناتوان‌سازی توسط جونز و رودوال<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) با هدف سنجش گرایش افراد به استفاده از راهبردهای خودناتوان‌سازی طراحی شد. ابزار شامل ۲۵ گویه است که هر یک جنبه‌ای از گرایش به خودناتوان‌سازی را می‌سنجد و در قالب سه مؤلفه‌ی اصلی دسته‌بندی می‌شود: خلق منفی (احساسات منفی و پیش‌بینی شکست)، عذر تراشی (توجیه عملکرد ضعیف) و کاهش تلاش (ناتوانی در اختصاص منابع و انرژی کافی برای موفقیت). نمونه‌هایی از گویه‌ها عبارت‌اند از: «وقتی احتمال می‌دهم شکست بخورم، برای آن عذر و بهانه می‌تراشم» و «قبل از امتحان زیاد تمرین نمی‌کنم تا اگر موفق نشدم، بدانم چرا». پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه نمره‌ی کل بین ۰ تا ۱۲۵ متغیر است. نمرات بالاتر بیانگر گرایش بیشتر به خودناتوان‌سازی است، یعنی فرد در شرایط تهدیدآمیز بیشتر از راهبردهای عذر تراشی یا کاهش تلاش استفاده می‌کند، در حالی که نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده‌ی مسئولیت‌پذیری بیشتر و

<sup>۱</sup>. Self-Handicapping Scale

<sup>۲</sup>. Jones & Rhodewalt

راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تر است. برخی گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند تا سوگیری پاسخ کاهش یابد. در صورت نیاز، نمرات سه مؤلفه نیز به طور جداگانه تحلیل می‌شوند. در مطالعه‌ی اصلی جونز و رودوالث (۱۹۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ گزارش شد که بیانگر همسانی درونی مطلوب است. در پژوهش‌های بین‌المللی متعدد نیز پایایی و روایی سازه‌ی پرسشنامه تأیید شده و تحلیل عاملی تأییدی ساختار سه‌عاملی آن را تقویت کرده است. روایی همگرایی SHS از طریق همبستگی مثبت آن با سازه‌هایی مانند اضطراب، خودپنداره‌ی منفی و کمال‌گرایی ناسازگار گزارش شده است. در ایران نیز در پژوهش‌های بومی‌سازی شده، این ابزار از ثبات و اعتبار مطلوبی برخوردار بوده است؛ به عنوان مثال، یوسفی و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را برای کل پرسشنامه و ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۷۹ را برای مؤلفه‌ها گزارش کردند. همچنین در پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۵) ساختار سه‌عاملی ابزار در نمونه‌های دانش‌آموزی و دانشجویی از طریق تحلیل عاملی تأیید شد و همبستگی مثبت SHS با سازه‌هایی مانند کمال‌گرایی منفی و اجتناب‌گرایی مثبت به تأیید روایی همگرایی آن منجر شد. تحلیل پایایی با روش آلفای کرونباخ نشان داد که ضریب کل مقیاس ۰/۸۵ و ضرایب خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۷ بود که بیانگر پایایی بالا و انسجام درونی مناسب ابزار در نمونه‌ی مورد مطالعه است.

مداخله‌ی پژوهش حاضر بر اساس آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط استیون سی. هایز و همکاران (۱۹۹۹) تدوین شده است طراحی و اجرا گردید. این رویکرد به عنوان یکی از رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی، با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بر پذیرش تجربه‌های درونی، گسلش از افکار ناکارآمد و تعهد به رفتارهای همسو با ارزش‌های فردی تأکید دارد. برنامه‌ی آموزشی شامل مؤلفه‌هایی نظیر پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه‌ی حال، خود به عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه بود. انتخاب این رویکرد با توجه به نقش اجتناب تجربه‌ای و درهم‌تنیدگی شناختی در شکل‌گیری و تداوم خودناتوان‌سازی در نوجوانان



دچار چاقی صورت گرفت. این برنامه در قالب ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای گروهی طی ۸ هفته‌ی متوالی اجرا شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

| جلسه | هدف                                                | شرح اقدامات انجام‌شده                                                                                                                                                                       |
|------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | آشنایی، ایجاد رابطه درمانی و معرفی رویکرد ACT      | معرفی اعضا و قوانین گروه، تبیین اهداف درمان، گفت‌وگو درباره چاقی و مشکلات مرتبط، مرور راه‌حل‌های قبلی شرکت‌کنندگان، آموزش تمرکز توجه و آگاهی از لحظه‌ی حال، تمرین عملی و تعیین تکلیف خانگی. |
| ۲    | آموزش پذیرش و کاهش کنترل افکار                     | مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم فرونشانی فکر و پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، تمرین عملی پذیرش، ارائه‌ی تکلیف خانگی و دریافت بازخورد.                                                         |
| ۳    | آموزش گسلش شناختی                                  | مرور تکالیف، آموزش مفهوم گسلش شناختی و نقش آن در کاهش درآمیختگی ذهنی، تمرین جدا کردن خود از افکار مزاحم، بحث گروهی و تعیین تمرین خانگی.                                                     |
| ۴    | آموزش بافتار انگاری و خود به عنوان مشاهده‌گر       | مرور جلسات پیشین، آموزش دیدگاه خود مشاهده‌گر در مقابل خود مفهومی، تمرین بافتار انگاری از طریق تمثیل‌ها و تمرین‌های ذهن آگاهی، تعیین تکلیف خانگی.                                            |
| ۵    | روشن‌سازی ارزش‌ها و اهداف زندگی                    | بررسی تکالیف قبلی، آموزش مفهوم ارزش‌ها و تمایز آن از اهداف، تمرین شناسایی ارزش‌های شخصی در زمینه‌های سلامت، خانواده و تحصیل، تعیین تمرین خانگی بر اساس ارزش‌ها.                             |
| ۶    | اقدام متعهدانه و برنامه‌ریزی رفتار همسو با ارزش‌ها | مرور تکالیف، آموزش راهبردهای اقدام متعهدانه و نحوه‌ی پایبندی به اهداف، تمرین برنامه‌ریزی عملی در مسیر ارزش‌ها، تمرین عملی و بازخورد گروهی.                                                  |
| ۷    | تثبیت مهارت‌ها و آماده‌سازی برای خاتمه درمان       | مرور مهارت‌های آموخته‌شده، تهیه فهرستی از تجارب و تمرین‌ها، بحث درباره تداوم استفاده از مهارت‌ها در زندگی روزمره، بازخورد و حمایت متقابل گروهی.                                             |

| جلسه | هدف                                   | شرح اقدامات انجام‌شده                                                                                                                                      |
|------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۸    | جمع‌بندی، تثبیت تغییرات و خاتمه درمان | مرور کلیه جلسات، تمرین مجدد توجه‌آگاهی و اقدام متعهدانه، پاسخ به سؤالات و ابهامات شرکت‌کنندگان، گفت‌وگو درباره پایان درمان، جمع‌بندی نهایی و تشکر از اعضا. |

#### یافته‌ها

**اطلاعات جمعیت شناختی:** در این پژوهش، متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل سن، شاخص توده‌ی بدنی (BMI) و پایه‌ی تحصیلی به‌منظور بررسی همگنی گروه‌های آزمایش و کنترل پیش از اجرای مداخله مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد از مجموع ۳۰ شرکت‌کننده، در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ درصد) ۱۳ ساله، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) ۱۴ ساله، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۵ ساله و ۳ نفر (۲۰ درصد) ۱۶ ساله بودند؛ در حالی‌که در گروه کنترل، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) ۱۳ ساله، ۶ نفر (۴۰ درصد) ۱۴ ساله، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۵ ساله و ۳ نفر (۲۰ درصد) ۱۶ ساله بودند. در مجموع، بیشترین درصد فراوانی مربوط به سن ۱۴ سال (۱۱ نفر، ۳۶/۷ درصد) و کمترین مربوط به سن ۱۳ سال (۵ نفر، ۱۶/۷ درصد) بود. در زمینه‌ی شاخص توده‌ی بدنی، در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) در محدوده‌ی چاقی درجه‌ی یک ( $BMI=30-34.9$ )، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در چاقی درجه‌ی دو ( $BMI=35-39.9$ ) و ۲ نفر (۳۳/۳ درصد) در چاقی شدید ( $BMI \geq 40$ ) قرار داشتند. در گروه کنترل نیز ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) چاقی درجه‌ی یک، ۶ نفر (۴۰ درصد) چاقی درجه‌ی دو و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) چاقی شدید داشتند. به‌طور کلی، نیمی از کل نمونه (۱۵ نفر، ۵۰ درصد) در محدوده‌ی چاقی درجه‌ی یک، ۱۱ نفر (۳۶/۷ درصد) در چاقی درجه‌ی دو و ۴ نفر (۱۳/۳ درصد) در چاقی شدید قرار گرفتند. از نظر پایه‌ی تحصیلی، در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در پایه‌ی هفتم، ۶ نفر (۴۰ درصد) در پایه‌ی هشتم و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) در پایه‌ی نهم تحصیل می‌کردند. در گروه کنترل نیز ۶ نفر (۴۰ درصد) در پایه‌ی هفتم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در پایه‌ی هشتم و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) در پایه‌ی نهم

بودند. در مجموع، پایه‌های هشتم و نهم هر یک شامل ۱۱ نفر (۳۶/۷ درصد) و پایه‌ی هفتم شامل ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) از کل شرکت‌کنندگان بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر          | گروه   | مرحله آزمون | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|----------------|--------|-------------|---------|--------------|-------|--------|
| خودناتوان‌سازی | آزمایش | پیش‌آزمون   | ۷۷.۰۷   | ۵.۹۱         | ۶۰    | ۹۲     |
|                | کنترل  | پس‌آزمون    | ۷۳.۲۷   | ۶.۵۲         | ۶۱    | ۹۱     |
|                | آزمایش | پیش‌آزمون   | ۶۲.۲۰   | ۵.۸۵         | ۵۰    | ۷۲     |
|                | کنترل  | پس‌آزمون    | ۷۱.۳۳   | ۶.۳۲         | ۶۰    | ۹۰     |

بر اساس نتایج جدول (۲)، مشاهده می‌شود که در گروه آزمایش، میانگین نمرات در متغیر خودناتوان‌سازی، کاهش قابل توجهی در گروه آزمایش دیده شد؛ به گونه‌ای که میانگین نمرات از ۷۸/۳۳ در پیش‌آزمون به ۶۱/۲۷ در پس‌آزمون کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل میانگین نمرات تقریباً ثابت مانده و از ۷۱/۸۷ به ۷۱/۴۰ تغییر اندکی نشان می‌دهد.

پیش از اجرای تحلیل اصلی، مفروضه‌های آماری لازم برای تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن تک‌متغیری، شاخص‌های چولگی و کشیدگی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودناتوان‌سازی محاسبه شد که مقادیر آنها در دامنه قابل قبول یعنی بین  $\pm 2$  قرار داشت؛ بنابراین فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار بود. همچنین برای ارزیابی وجود داده‌های پرت تک‌متغیری، از مقادیر  $Z$  استاندارد استفاده شد و هیچ موردی فراتر از مقدار بحرانی  $\pm 3$  مشاهده نشد. به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد مقدار آماره لون برای خودناتوان‌سازی برابر با ۱/۱۲ و سطح معناداری ۰/۲۹ بود. از آنجا که مقدار  $p$  بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، فرض همگنی واریانس‌ها تأیید گردید. افزون بر این، برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیونی، تعامل بین متغیر گروه و پیش‌آزمون در مدل وارد شد. مقدار آماره  $F$  برای تعامل پیش‌آزمون  $\times$  گروه برابر با ۱/۴۵ و سطح معناداری ۰/۲۳ بود که نشان می‌دهد

شیب رگرسیونی برای هر دو گروه یکسان است و این پیش‌فرض نیز برقرار است. رابطه خطی بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز بررسی شد و نمودار پراکنش نشان داد الگوی خطی قابل قبولی بین این دو متغیر وجود دارد. از آنجا که تخصیص نمونه‌ها به گروه‌ها تصادفی بوده است، فرض استقلال مشاهدات نیز برقرار تشخیص داده شد. بر این اساس، تمامی پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیری رعایت شده و تحلیل اصلی با اطمینان لازم اجرا گردید.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیر وابسته

| متغیر          | منبع تغییر | df | میانگین مجذورات | F     | Sig   | $\eta^2$ |
|----------------|------------|----|-----------------|-------|-------|----------|
|                | پیش‌آزمون  | ۱  | ۶۷.۸۵           | ۲.۰۷  | ۰.۱۶۳ | ۰.۰۷۶    |
| خودناتوان‌سازی | گروه       | ۱  | ۸۱۳.۹۲          | ۲۴.۸۱ | ۰.۰۰۱ | ۰.۴۹۸    |
|                | خطا        | ۲۵ | ۳۲.۸۱           | -     | -     | -        |

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر وابسته تأثیری معنادار و چشمگیر داشته است. در متغیر خودناتوان‌سازی اثر گروه معنادار به‌دست آمد ( $F=24.81, p=0.001, \eta^2=0.498$ ). این یافته بیان می‌کند که مداخله‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکل مؤثری موجب کاهش گرایش به خودناتوان‌سازی در نوجوانان چاق شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خودناتوان‌سازی در دختران نوجوان چاق، نتایج نشان داد که این مداخله توانسته است به‌طور معناداری خودناتوان‌سازی را در شرکت‌کنندگان کاهش دهد. مقدار آماره  $F$  برابر با ۲۴/۸۱ و اندازه اثر نسبتاً بزرگ ( $\eta^2 = 0.49$ ) بیانگر آن است که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش معناداری در کاهش این الگوی شناختی-رفتاری ناسازگار داشته است. کاهش میانگین نمرات گروه آزمایش از ۷۷/۰۷ در مرحله پیش‌آزمون به ۶۲/۶۲ در مرحله پس‌آزمون و ثبات نسبی میانگین‌های گروه کنترل، مؤید اثر عملی مداخله آموزشی

است. به نظر می‌رسد این آموزش از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای، کاهش درآمیختگی شناختی و افزایش ظرفیت مواجهه با افکار خودانتقادی، در تضعیف چرخه ناکارآمدی منتهی به خودناتوان‌سازی نقش داشته باشد.

این یافته با گزارش‌های پژوهشی پیشین همخوان است. دلوکا و همکاران (۲۰۲۵) و هوس و همکاران (۲۰۲۵) نشان داده‌اند که نوجوانان چاق در معرض فشارهای اجتماعی و فرهنگی مرتبط با ظاهر هستند و این فشارها موجب افزایش شرم بدنی، حساسیت نسبت به قضاوت دیگران و ضعف خودتنظیمی هیجانی می‌شود؛ عواملی که آنان را به سمت راهبردهای دفاعی مانند ارائه بهانه یا کاهش تلاش سوق می‌دهد. همچنین مطابق نتایج جانکوفسکا (۲۰۲۵)، اشتغال ذهنی منفی نسبت به ارزیابی دیگران و ترس از شکست، از مهم‌ترین عوامل تداوم اضافه‌وزن و رفتارهای اجتنابی در نوجوانان است. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که ACT با فراهم کردن بستر پذیرش تجربه‌های ناخوشایند و کاهش حساسیت نسبت به قضاوت اجتماعی، می‌تواند در اصلاح این الگوهای دفاعی نقش مهمی ایفا کند.

همخوانی نتایج این مطالعه با پژوهش‌های کاکس و همکاران (۲۰۲۴)، ایتوربه (۲۰۲۲)، کودلک (۲۰۲۴) و پیتیل و غزالی (۲۰۲۴) نیز قابل توجه است؛ این مطالعات نشان داده‌اند که ACT در کاهش خوردن هیجانی، کاهش شرم بدنی، افزایش خودکارآمدی و کاهش اجتناب ذهنی مؤثر است. این مؤلفه‌ها ارتباط مستقیمی با سازوکارهای شکل‌گیری خودناتوان‌سازی دارند. درواقع زمانی که فرد در مواجهه با هیجان‌های منفی مانند شرم، ترس از شکست یا احساس نابسندگی، راهبردهای اجتنابی را ترجیح می‌دهد، احتمال بروز خودناتوان‌سازی افزایش می‌یابد. در پژوهش حاضر، آموزش مهارت‌های پذیرش، گسلش شناختی و اقدام متعهدانه موجب شد نوجوانان از چرخه «فکر منفی → هیجان منفی → اجتناب → کاهش تلاش → تداوم شکست» فاصله بگیرند و رفتارهای ارزش‌محور را جایگزین سازوکارهای ناکارآمد کنند.

همان‌گونه که رسولی و همکاران (۱۴۰۱) و کازمارک (۲۰۲۴) اشاره کرده‌اند،

فشارهای اجتماعی مرتبط با زیبایی و وزن در میان دختران نوجوان ایرانی بسیار زیاد است و این فشارها به افزایش اضطراب اجتماعی، خودانتقادی و رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود. جلسات گروهی ACT در پژوهش حاضر محیطی امن برای بیان ترس‌ها و نگرانی‌های مرتبط با ظاهر فراهم کرد و کمک کرد دختران با افکار خودانتقادی مواجه شوند. علاوه بر این، مطابق یافته‌های وطن‌پناه و همکاران (۲۰۲۴)، ساختار گروهی ACT می‌تواند موجب تقویت حمایت اجتماعی و کاهش احساس انزوا شود؛ عاملی که نقش مهمی در کاهش شرم بدنی و رفتارهای اجتنابی دارد.

در مجموع می‌توان گفت ACT از سه مسیر اصلی موجب کاهش خودناتوان‌سازی شده است: نخست کاهش در آمیختگی شناختی که امکان مشاهده افکار منفی به‌عنوان رویدادهای ذهنی را فراهم می‌کند؛ دوم کاهش اجتناب تجربه‌ای که زمینه مواجهه فعال با موقعیت‌های چالش‌برانگیز را ایجاد می‌کند؛ و سوم تقویت رفتارهای متعهدانه که موجب جایگزینی بهانه‌تراشی و کاهش تلاش با رفتارهای هدفمند و ارزش‌محور می‌شود. این فرایندها اساساً با سازوکارهای خودناتوان‌سازی ناسازگارند و همین امر منجر به کاهش آن می‌شود.

با وجود یافته‌های معنادار، نتایج این پژوهش باید با در نظر گرفتن برخی ملاحظات روش‌شناختی تفسیر شود. از جمله، استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی و اتکای پژوهش بر ابزارهای خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرد. همچنین، فقدان ارزیابی پیگیری بلندمدت امکان بررسی پایداری اثرات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را محدود می‌سازد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با بهره‌گیری از طرح‌های طولی، روش‌های چندمنبعی سنجش و دوره‌های پیگیری، به بررسی دوام اثرات مداخله بپردازند. با این حال، نتایج مطالعه حاضر بر اهمیت گسترش مداخلات فرایندمحور در محیط‌های آموزشی تأکید دارد و می‌تواند مبنایی نظری و کاربردی برای طراحی برنامه‌های مدرسه‌محور با هدف ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی نوجوانان ایرانی فراهم آورد؛ به‌ویژه از طریق تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان سازه‌ای کلیدی در پیشگیری و

کاهش الگوهای ناسازگار هیجانی-شناختی.

یافته‌های این پژوهش در چارچوب جامعه مورد بررسی، یعنی دختران نوجوان مدرسه‌ای، قابل تفسیر است و تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی نیازمند انجام پژوهش‌های تکمیلی است. همچنین، بررسی پایداری اثرات مداخله آموزشی مستلزم به‌کارگیری طرح‌های طولی و دوره‌های پیگیری در مطالعات آینده خواهد بود. با این حال، نتایج این پژوهش می‌تواند درک بهتری از نقش فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در کاهش الگوهای ناسازگار هیجانی-شناختی فراهم کند و زمینه‌ای برای طراحی و ارزیابی برنامه‌های آموزشی مدرسه‌محور در حوزه سلامت روان نوجوانان ایرانی ایجاد نماید.

### فهرست منابع

والایی مقدم، خدیجه و خوش‌لجه صدق، انیس (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری. *رویش روانشناسی*، ۱۴(۵)، ۲۳۰-۲۲۱.

Annesi, J. J. (2025). Directional Effects of Self-Regulation and Self-Efficacy Changes Within a Weight-Loss Treatment Focused on Exercise and Sweets Consumption: Accounting for Emotional Eating in Women with Obesity. *Nutrients*, 17(19), 58-76.

Annesi, J. J., & Powell, S. M. (2024). Carry-over of exercise-related self-regulation to eating-related self-regulation in women participating in behavioral obesity treatments. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 95(3), 789-794.

Cox, J. S., Iturbe, I., Searle, A., Maiz, E., & Hinton, E. C. (2024). The acceptability, feasibility and preliminary efficacy of acceptance and commitment therapy for adolescents in the management of overweight or obesity: A scoping review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 31, 100713.

De Luca, V., Virgolesi, M., Vetrani, C., Aprano, S., Cantelli, F., Di Martino, A., ... & Illario, M. (2025). Digital interventions for weight control to prevent obesity in adolescents: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, 13, 1584595.

Finger, I. D. R., de Freitas, B. I., & Oliveira, M. D. S. (2020). Psychological inflexibility in overweight and obese people from the perspective of acceptance and commitment therapy (ACT). *Eating and Weight Disorders-*

- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(1), 169-175.
- Huse, O., Sethi, V., Rowel, D., Ahmed, A. S., Pathirana, N. L., Arora, M., & Backholer, K. (2025). Home, school, and retail food environments driving obesity among adolescent girls in South Asia. *bmj*, 388.
- Iturbe, I., Echeburúa, E., & Maiz, E. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(3), 837-856.
- Jankowska, P. (2025). The Role of Stress and Mental Health in Obesity. *Obesities*, 5(2).
- Kaczmarek, M. (2025). Normal weight obesity in adolescents: Patterns and associated factors. *Frontiers in Nutrition*, 12, 1637885.
- Kudlek, L., Jones, R. A., Hughes, C., Duschinsky, R., Hill, A., Richards, R., ... & Ahern, A. L. (2024). Experiences of emotional eating in an Acceptance and Commitment Therapy based weight management intervention (SWiM): A qualitative study. *Appetite*, 193, 107138.
- Kutbi, H. A., & Mumena, W. A. (2025). Overweight and obesity among adolescents in Saudi Arabia: a multi-school cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 25(1), 350.
- Pitil, P. P., & Ghazali, S. R. (2024). Acceptance and commitment therapy and weight-related difficulties in overweight and obese adults: a systematic review. *Psychological Reports*, 127(6), 2873-2897.
- Rasouli, S., Ahmadian, H., Jadidi, H., & Akbari, M. (2022). The relationship between self-regulation strategies and achievement goals with academic engagement and the mediation of self-handicapping and perfectionism. *Journal of Education Strategies in Medical Sciences*, 15(4), 376-388.
- Schumacher, L. M., Miller, N., Jennings, E. L., Chabria, R., & Butryn, M. L. (2025). Acceptance and Commitment Therapy for Obesity. *Current obesity reports*, 14(1), 41.
- Vatanpanah, S., Khalatbari, J., Tayyebi, A., & Sabet, M. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional eating behavior, emotion dysregulation, perceived stress, and rumination in women with chronic obesity. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(1), 8-18.