رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱، شماره پیاپی ۸۲، فروردین ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(1), 2023

مقایسه درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مدیریت وزن افراد دارای اضافه وزن یا چاقی

Comparison of supportive-offline therapy focused on acceptance and commitment and online group therapy based on acceptance and commitment on weight management self-efficacy in overweight or obese people

نرگس حسینی نیا
دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
دکتر پیمان دوستی (نویسنده مسئول)
دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
پگاه دوستی
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
شبنم دوستی
کارشناسی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

Narges Hosseininia
Ph.D Student, Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.
Dr. Peyman Dousti*
Ph.D, Department of Psychology, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
peyman.dousti@gmail.com
Pegah Dousti
M. A. Student, Department of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.
Shabnam Dousti
BA Student, Department of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مدیریت وزن در افراد دارای اضافه وزن یا چاقی بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در بازه زمانی اسفند ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ طی فراخوان به تعداد ۳۸ نفر به کلینیک روان‌شناسی پذیرش و تعهد مراجعه کردند. از جامعه مذکور، تعداد ۳۰ نفر از افرادی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب، و به شکل تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارش شدند. ابزار سنجش این پژوهش، پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت وزن (WELSQ) بود. به منظور تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوورایانس چند متغیری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که در هر دو گروه آزمایش، میانگین نمرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون تغییر کرده بود (P<۰/۰۵). همچنین مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که در خرده مقیاس خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت، اثربخشی درمان حمایتی-آفلاین بیشتر از گروه درمانی آنلاین بود (P<۰/۰۵). در خصوص نمره کلی مدیریت وزن و سایر خرده مقیاس‌ها، بین اثربخشی این دو روش تفاوت معناداری یافت نشد (P>۰/۰۵). از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت چنانچه افراد مبتلا به اضافه وزن تمایلی به دریافت مداخلات حضوری نداشتند، می‌توان از مداخلات غیر حضوری به عنوان یک راهکار جایگزین استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: *اضافه وزن، چاقی، درمان حمایتی-آفلاین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمانی آنلاین، مدیریت وزن.*

Abstract

The aim of this study was the compare supportive-offline therapy focused on acceptance and commitment and online group therapy based on acceptance and commitment to weight management self-efficacy in overweight or obese people. This study was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research included all the people who were invited to this study from the acceptance and commitment clinic during the call between March 2021 and May 2021 in the number of 38 people. From the mentioned population, 30 people who met the criteria for entering the research were selected by purposeful sampling and randomly assigned to three groups of 10 people (two experimental groups and one control group). The measurement tool of this study was the weight management self-efficacy questionnaire) WELSQ). In order to analyze the data, multivariate covariance analysis was used. The findings showed that in both experience groups, the average scores of the post-test had changed compared to the pre-test(P<0.05). the pairwise comparison of the groups showed that in the subscale of self-efficacy during positive activities, the effectiveness of the supportive-offline therapy was more than the online-group therapy(P<0.05). Regarding other subscales, no significant difference was found between the effectiveness of these two methods(P>0.05). From these findings, it can be concluded that if overweight people do not want to receive face-to-face interventions, non-face-to-face interventions can be used as an alternative solution.

Keywords: *Overweight, obesity, supportive-offline therapy, acceptance and commitment therapy, online group therapy, weight management.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** تیر ۱۴۰۱ | **پذیرش:** شهریور ۱۴۰۱ | **ویرایش نهایی:** فروردین ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

مقدمه

به طور تقریبی، امروزه حدود ۱/۲ میلیارد نفر در دنیا دچار چاقی یا اضافه وزن هستند (کیلی و همکاران[1]، ۲۰۰۸) و این موضوع به یکی از چالش‌های مربوط به سلامت جسم و روان افراد تبدیل شده است (سو و همکاران[2]، ۲۰۲۱). هرچند که چاقی به دلایل مختلفی رخ می‌دهد (دوستی، ۱۳۹۹)، اما شدت علایم پرخوری (دوارته و پینتو-گوویا[3]، ۲۰۱۶) و رفتار خوردن (دوارته و همکاران[4]، ۲۰۱۷)، نقش قابل توجهی در چاقی و اضافه وزن افراد بازی می‌کند. در واقع در برخی مواقع، رفتار خوردن تحت تاثیر متغیرهای شناختی و هیجانی است (شلوند[5]، ۱۹۹۵). بر این اساس، برخی افراد زمانی که هیجان‌ها یا افکار خاصی را تجربه می‌کنند، رفتارهای نامنظم مرتبط با خوردن را از خود نشان می‌دهند (لورا مندز و همکاران[6]، ۲۰۲۱). لذا، چنانچه فردی بتواند به هنگام شرایط گوناگون مانند تجربه هیجان‌های منفی، در دسترس بودن غذا، تحت فشار اجتماعی، تحت ناراحتی‌های جسمانی و حتی هنگام فعالیت‌های مثبت، رفتار خوردن خود را متعادل نگه دارد، از اصطلاح خود-کارآمدی در مدیریت وزن[7]، برای او استفاده می‌شود (کلارک و همکاران[8]، ۱۹۹۱). این موضوع در حالی است که یافته‌های پژوهشی بیان می‌کنند افراد چاق یا دارای اضافه وزن، کمترین میزان خودکارآمدی در موقعیت مواجه با هیجان‌های منفی و ناراحتی‌های جسمانی دارند و در هنگام بیماری، تنش، اضطراب و افسردگی و سایر هیجان های منفی به دلایلی مانند سبک زندگی ناکارآمد، نمی‌توانند رفتار مؤثری از خود به نمایش بگذارند (ایم و همکاران[9]، ۲۰۱۷). این امر محققان را بر آن داشت تا مداخلات روانشناختی مختلفی را در خصوص خود-کارآمدی افراد در مدیریت وزن مورد آزمون قرار دهند (دوستی و حسینی نیا، ۲۰۲۲؛ هیبرت و همکاران[10]، ۲۰۲۱؛ آنسی[11]، ۲۰۱۸؛ نوریان و همکاران، ۲۰۱۵) که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (نوریان و همکاران، ۲۰۱۵) و درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد[12] (دوستی و حسینی نیا، ۲۰۲۲) دو مورد از این مداخلات روان‌شناختی برای خودکارآمدی در مدیریت وزن می‌باشند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که با استفاده از شش مولفه بنیادین به افراد کمک می‌کند تا به جای اجتناب از افکار، احساس‌ها و تجارب درونی‌شان، با آنها روبرو شوند و در عین حال اقدام‌هایی که در راستای ارزش‌هایشان برایشان مهم است را دنبال کنند (هیز و همکاران[13]، ۲۰۱۲) که این امر دو پیام اساسی آن را یعنی پذیرش یا همان رویارو شدن با تجارب درونی با نوعی تمایل و تعهد یعنی متعهد ماندن به تغییر رفتار در راستای ارزش‌ها را به دنبال دارد (هیز، ۲۰۰۴). شیوه اجرای گروه‌درمانی آنلاین این مدل برای افراد دارای اضافه وزن و چاقی، بدین شکل است که اصول اجرای آن کاملا شبیه گروه درمانی حضوری است، با این تفاوت که شرکت کنندگان به شکل آنلاین و تصویری در جلسات حضور پیدا می‌کنند (دوستی و همکاران، ۱۴۰۰). از سوی دیگر در درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد که توسط دوستی و حسینی نیا (۲۰۲۲) توسعه پیدا کرده است، اصول بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از هیز (۲۰۰۴) به عاریت گرفته شده است، اما شیوه اجرای مداخله آن طبق راهنمای تنظیم شده توسط دوستی و حسینی نیا (۲۰۲۲) بدین شکل است که جلسات به شکل ویدیوهایی بر اساس اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از قبل تهیه شده است و کاربر به مدت زمان محدودی قابلیت دسترسی به این ویدیوها را دارد و برای هر جلسه کاربرگ‌ها و تمرین‌هایی در نظر گرفته می‌شود. از سوی دیگر در این راهنما بیان شده است که پس از پایان مدت زمان دسترسی به ویدیو هر جلسه، یک روانشناس با تماس‌های تلفنی شرکت کنندگان را پیگیری می‌کند، به سوال‌های احتمالی آنها پاسخ می‌دهد و چنانچه آنها نیاز به توضیحات بیشتری در خصوص ویدیو جلسه داشتند، به شکل تلفنی به آنها پاسخ داده می‌شود (دوستی و حسینی نیا، ۲۰۲۲). لزوم

1. Kelly et al
2. Sob et al
3. Duarte & Pinto-Gouveia
4. Duarte et al
5. Schlundt
6. Laura Mendes et al
7. Self-efficacy in weight management
8. Clark et al
9. Aimé et al
10. Hibbert et al
11. Annesi
12. supportive-offline therapy focused on acceptance and commitment
13. Hayes et al

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

اجرای مداخلات روان‌شناختی بدین شیوه، از دسامبر سال ۲۰۱۹ با پاندمی ویروس کرونا[1] در جهان اهمیت پیدا کرد، چرا که سازمان بهداشت جهانی[2] محدودیت‌هایی در خصوص تعاملات بین فردی حضوری اعمال کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). به دنبال این محدودیت‌ها، سبک زندگی مردم به شیوه‌های مختلف تغییر کرد و روش‌های آموزشی غیر حضوری (ویید[3]، ۲۰۲۰) و مداخلات روان‌شناختی بر خط (دوستی و همکاران، ۱۴۰۰) و آفلاین (دوستی و حسینی نیا، ۲۰۲۲) جای برخی مداخلات چهره به چهره را گرفت. با این حال، به نظر می‌رسد گسترش مداخلات روان‌شناختی غیر حضوری برای افراد دارای اضافه وزن یا چاقی، ابعاد دیگری داشته باشد. به طور مثال، این افراد مواردی چون شرم از تصویر بدن (لورا مندز و همکاران، ۲۰۲۱) و خود سرزنش‌گری (دوراته و همکاران، ۲۰۱۷) را تجربه می‌کنند و همین امر ممکن است موجب گردد تا بخشی از این جامعه از شرکت در جلسات حضوری پرهیز کند و مداخلات غیر حضوری را انتخاب نماید. با این حال، هنوز مشخص نیست که در این مداخلات غیر حضوری، ارتباط اعضای جامعه با یکدیگر مانند آنچه در گروه درمانی رخ می‌دهد، فواید بیشتری نسبت به مداخلات آفلاین- حمایتی دارد یا تفاوت معناداری در این دو نوع مداخله مشاهده نمی‌شود. لذا هدف این پژوهش مقایسه درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مدیریت وزن در افراد دارای اضافه وزن یا چاقی بود.

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در بازه زمانی اسفند ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ طی فراخوان به تعداد ۳۸ نفر به کلینیک روان‌شناسی پذیرش و تعهد مراجعه کردند. از جامعه مذکور، تعداد ۳۰ نفر از افرادی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب، و به شکل تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارش شدند. یکی از گروه‌های آزمایش تحت ۷ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای گروه درمانی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت هفته‌ای یک بار در برنامه اسکای روم[4] قرار گرفت. گروه آزمایش دیگر تحت ۷ جلسه درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد تحت نرم افزار لرن پرس[5] قرار گرفت که به صورت مشاهده ویدیوهای ۳۰ دقیقه‌ای یک بار در هفته و پیگیری‌های تلفنی ۱۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته بود. گروه گواه تا پایان جلسات هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، اما پس از پایان مداخلات و به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه گواه تحت مداخله حمایتی آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. سایر اصول اخلاقی این پژوهش شامل کسب اطلاعات درباره روند کار و محرمانه بودن اطلاعات می‌باشد. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه از حضور در پژوهش، شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۴۰، نداشتن هیچ بیماری ناشی از اضافه وزن یا چاقی و عدم استفاده از هیچ برنامه کاهش وزن دیگری تا پایان این پژوهش بود. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل کوورایانس چند متغیری با نرم افزار SPSS V.24 استفاده شد و پیش فرض‌های مربوط به استفاده از تحلیل‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. همچنین به منظور مقایسه زوجی گروه‌ها، از ماتریکس دو به دو سیداک استفاده گردید.

ابزار سنجش

پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت وزن(WELSQ)[6]: پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت وزن توسط کلارک و همکاران (۱۹۹۱) برای اندازه گیری توانایی خودمهارگری بین افراد چاق در جستجوی درمان ساخته شد. این ابزار خود گزارش دهی ۲۰ سوالی است که اطمینان فرد در مورد خودداری از خوردن را در شرایط گوناگون می‌سنجد. شیوه نمره گذاری این ابزار در یک طیف ۱۰ درجه‌ای از بسیار نامطمئن (۰) تا بسیار مطمئن (۹) می‌باشد. این پرسشنامه دارای پنج بعد: خودکارآمدی هنگام هیجان‌های منفی، خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا، خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی، خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی، و خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت می‌باشد. بارهای عاملی برای این ۲۰ گویه از ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ بوده‌اند. ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ به

1. coronavirus
2. World Health Organization
3. Wade
4. sky room
5. learn press
6. self-efficacy in weight management questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

ترتیب، ۰/۷۶ و ۰/۸۳ برای خرده مقیاس در دسترس بودن، ۰/۸۷ و ۰/۹۹ برای خرده مقیاس هیجان های منفی، ۰/۸۲ و ۰/۸۴ برای خرده مقیاس ناراحتی جسمانی، ۰/۷۰ و ۰/۷۹ برای فعالیت‌های مثبت و ۰/۹۰ و ۰/۸۹ برای خرده مقیاس فشار اجتماعی بدست آمد (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱). نویدیان و همکاران (۱۳۸۸) این پرسشنامه را به زبان فارسی ترجمه و اعتبار و اعتماد آن از لحاظ ویژگی‌های روانسنجی مورد بررسی قرار داده‌اند و تحلیل عاملی تاییدی، پنج عامل خودکارآمدی هنگام هیجان‌های منفی بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۳، خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۲، خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۴، خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ و خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۵ را تأیید کرده است. آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر به ترتیب برای خرده مقیاس‌های در دسترس بودن، هیجان های منفی، ناراحتی جسمانی، فعالیت‌های مثبت و فشار اجتماعی ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۸۷ و ۰/۹۱ به دست آمد.

خلاصه جلسات درمان حمایتی آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آورده شده است که بر گرفته از الگوی دوستی و حسینی نیا (۲۰۲۲) می‌باشد. همچنین خلاصه جلسات گروه درمانی آنلاین پذیرش و تعهد در جدول ۲ آورده شده است که برگرفته از الگوی دوستی و همکاران (۱۴۰۰) می‌باشد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان حمایتی آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف	شرح
جلسه اول	بیان اهداف جلسات ارزش ها ذهن آگاهی	در ویدیو اهداف جلسات بیان شد. برای شناسایی ارزش‌ها در راستای کاهش وزن، ابتدا کاربرگ محدودیت‌هایی که اضافه وزن برای افراد ایجاد کرده است برای دانلود در اختیار افراد قرار داده شد، سپس در ویدیو به بررسی این موضوع پرداخته شد که ممکن است در کاهش وزن، ارزش‌های زیربنایی‌ای مثل اهمیت به سلامتی وجود داشته باشد. تمرینی به افراد داده شد تا علت عدم میزان تعهد خود را به برنامه‌های مدیریت وزن قبلی بررسی کنند. تمرین خوردن آگاهانه و تکلیف منزل برای خوردن دست کم یک وعده غذایی به این شکل داده شد. جمع بندی و پایان جلسه **پیگری تلفنی (۱ روز بعد از جلسه و ۴ روز بعد از جلسه)**
جلسه دوم	ذهن آگاهی پذیرش به جای اجتناب تجربه ای	در ویدیو درباره اینکه تجربه استرس چطور می تواند با افزایش وزن ما در ارتباط باشد و ریشه تکاملی آن چیست صحبت شد. تمرین هایی در راستای اینکه افراد به جای اینکه از هیجان‌های خود اجتناب کنند، پذیرای آنها باشند بیان شد. تمرین تنفس آگاهانه داده شد و به عنوان تکلیف منزل به افراد بیان شد. جمع بندی و پایان جلسه **پیگری تلفنی (۱ روز بعد از جلسه و ۴ روز بعد از جلسه)**
جلسه سوم	شناسایی استراتژی های ناکارآمد و اقدام متعهدانه گسلش ذهن آگاهی	در ویدیو به این موضوع پرداخته شد که در ابتدا باید عادت‌های قدیمی خوردن و فعالیت‌های بدنی خود را شناسایی کنیم و مشخص کنیم چه چیزی را می خواهیم تغییر دهیم، سپس کاربرگ مربوط به آن برای دانلود در اختیار افراد قرار داده شد. بالابردن سطح آگاهی مان با خود نظارتی، چطور به ما کمک می کند؟ به بیان این موضوع پرداخته شد که خود انتقادگری و شرم چطور موجب شکست برنامه‌های کاهش وزن ما می‌شود؟ تمرین نوشتن افکار بر روی تیشرت و کاغذ و حمل کردن آنها با خود. جمع بندی و پایان جلسه **پیگری تلفنی (۱ روز بعد از جلسه و ۴ روز بعد از جلسه)**
جلسه چهارم	پذیرش و گسلش ذهن آگاهی	در ویدیو تمرینی جهت شناسایی افکار هنگام تغییر عادات ارایه شد. سپس تمرین رادیو ذهن و کاربرگ مرتبط با آن ارایه شد. در نهایت درباره استعاره هویج به جای چماق صحبت شد. جمع بندی و پایان جلسه **پیگری تلفنی (۱ روز بعد از جلسه و ۴ روز بعد از جلسه)**
جلسه پنجم	شناسایی اهداف و اقدام متعهدانه پذیرش به جای اجتناب تجربه ای ذهن آگاهی	در ویدیو به این موضوع پرداخته شد که هدف SMART به چه معناست؟ تمرین انتخاب اهداف هوشمندانه ارایه شد. کاربرگ ایجاد انگیزه بر اساس ارزش‌ها و کنارگذاشتن خود انتقادی ارایه شد. تمرین معلم سخت گیر به همراه کاربرگ آن برای خود اصلاحی شفقت ورزانه ارایه شد. توضیح درباره اینکه دست اندازهای هیجانی به چه شکل هستند؟ چطور پذیرای آنها باشیم و از آنها عبور کنیم؟ آنها بخش طبیعی‌ای از انسان بودن ما هستند. کاربرگ شناسایی هیجان ها ارایه شد. جمع بندی و پایان جلسه **پیگری تلفنی (۱ روز بعد از جلسه و ۴ روز بعد از جلسه)**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

جلسه ششم	پذیرش و اقدام متعهدانه شناسایی استراتژی های ناکارآمد	در ویدیو درباره اینکه ممکن است ما در موقعیت‌های مختلف تعهد خود را بشکنیم صحبت شد. ما در موقعیت‌های مختلف و در مکان‌های مختلف ممکن است به پرخوری روی بیاوریم. کاربرگ شناسایی موقعیت‌های شکستن تعهد. صحبت درباره اینکه پذیرش به چه معناست؟ ذهن ما انسان‌ها به طور طبیعی افکار و هیجان های ناخوشایند ایجاد می‌کند. استعاره جزیره گنج به همراه کاربرگ مربوط به آن. جمع بندی و پایان جلسه **پیگری تلفنی (۱ روز بعد از جلسه و ۴ روز بعد از جلسه)**
جلسه هفتم	آماده سازی برای پایان جلسات	مرور جلسات گذشته و آماده سازی برای پایان جلسات. پایان **پیگری تلفنی (۱ روز بعد از جلسه و ۴ روز بعد از جلسه)**

جدول ۲. خلاصه جلسات گروه درمانی آنلاین پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف	شرح
جلسه اول	معرفی اعضای گروه با یکدیگر و بیان اهداف گروه ارزش‌ها ذهن آگاهی	معرفی اعضای گروه به یکدیگر به همراه وزن و شاخص توده بدنی شان، سپس بیان قوانین گروه توسط رهبر. اعضا درباره اینکه تاکنون وزن شان چه محدودیت‌هایی ایجاد کرده صحبت کردند. بحث درباره اینکه تاکنون چه اقدام هایی برای مدیریت وزن انجام داده‌اید و چقدر به آن متعهد بوده اید. برای شناسایی ارزش‌ها در راستای کاهش وزن، کاربرگ محدودیت‌هایی که اضافه وزن برای افراد ایجاد کرده است ارایه شد و به بررسی این موضوع پرداخته شد که ممکن است در کاهش وزن، ارزش‌های زیربنایی‌ای مثل اهمیت به سلامتی وجود داشته باشد. تمرین خوردن آگاهانه و تکلیف منزل برای خوردن دست کم یک وعده غذایی به این شکل. جمع بندی و پایان جلسه
جلسه دوم	ذهن آگاهی پذیرش به جای اجتناب تجربه ای	بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ بازخورد اعضا از اینکه چقدر توانسته‌اند تمرین خود را انجام دهند؟ صحبت درباره اینکه تجربه استرس چطور می تواند به افزایش وزن ما کمک کند و ریشه تکاملی آن چیست؟ تمرین تنفس آگاهانه و تکلیف منزل برای انجام دادن آن تمرین‌هایی برای پذیرش و رویارویی با هیجان‌ها به جای اجتناب از آنها و بحث جمعی در گروه درباره آن. جمع بندی و پایان جلسه
جلسه سوم	شناسایی استراتژی های ناکارآمد و اقدام متعهدانه گسلش ذهن آگاهی	بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ بازخورد اعضا از اینکه چقدر توانسته اند تمرین های خود را انجام دهند؟ شناسایی عادت های قدیمی خوردن و فعالیت های بدنی و تعیین اینکه چه چیزی را می‌خواهم تغییر دهم، به همراه کاربرگ مربوط به آن. بالابردن سطح آگاهی مان با خود نظارتی، چطور به ما کمک می‌کند؟ به بیان این موضوع پرداخته شد که خود انتقادگری و شرم چطور موجب شکست برنامه‌های کاهش وزن ما می‌شود؟ تمرین نوشتن افکار بر روی تیشرت و کاغذ و حمل کردن آنها با خود. جمع بندی و پایان جلسه
جلسه چهارم	پذیرش و گسلش ذهن آگاهی	بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ بازخورد اعضا از اینکه چقدر توانسته اند تمرین های خود را انجام دهند؟ تمرین شناسایی افکار هنگام تغییر عادات بیان شد و در جلسه تمرین‌هایی مانند رادیو ذهن انجام شد و اعضا درباره آن بحث کردند. استعاره هویج به جای چماق بیان شد. جمع بندی و پایان جلسه
جلسه پنجم	شناسایی اهداف و اقدام متعهدانه پذیرش به جای اجتناب تجربه ای ذهن آگاهی	بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ بازخورد اعضا از اینکه چقدر توانسته‌اند تمرین‌های خود را انجام دهند؟ هدف SMART به چه معناست؟ انتخاب اهداف هوشمندانه. کاربرگ ایجاد انگیزه بر اساس ارزش‌ها و کنارگذاشتن خود انتقادی ارایه شد. تمرین معلم سخت گیر به همراه کاربرگ آن به منظور خود اصلاحی شفقت ورزانه داده شد. دست اندازهای هیجانی به چه شکل هستند؟ چطور پذیرای آنها باشیم و از آنها عبور کنیم؟ آنها بخش طبیعی ای از انسان بودن ما هستند. کاربرگ شناسایی هیجان ها. جمع بندی و پایان جلسه
جلسه ششم	پذیرش و اقدام متعهدانه شناسایی استراتژی های ناکارآمد	بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ بازخورد اعضا از اینکه چقدر توانسته اند تمرین های خود را انجام دهند؟ صجبت درباره اینکه چطور و در چه زمان‌هایی اعضا تعهد خود را شکسته‌اند و در نهایت چطور رفتار کرده‌اند؟ ما در موقعیت‌های مختلف و در مکان‌های مختلف ممکن است به پرخوری روی بیاوریم. کاربرگ شناسایی موقعیت های شکستن تعهد. بحث درباره اینکه پذیرش به چه معناست؟ ذهن ما انسان‌ها به طور طبیعی افکار و هیجان های ناخوشایند ایجاد می‌کند. استعاره جزیره گنج به همراه کاربرگ مربوط به آن. جمع بندی و پایان جلسه
جلسه هفتم	آماده سازی برای پایان جلسات	بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ بازخورد اعضا از اینکه چقدر توانسته‌اند تمرین‌های خود را انجام دهند؟ مرور جلسات گذشته و آماده سازی برای پایان جلسات. پایان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که میانگین سن گروه مداخله آنلاین ۲۹/۴۰ با میانگین شاخص توده بدنی ۳۰/۰۲ بود که ۳ نفر از آنان را مردان و ۷ نفر را زنان تشکیل می‌دهد. همچنین وضعیت تحصیلات افراد حاضر در گروه مداخله آنلاین به شکل ۱ نفر دارای مدرک دیپلم، ۵ نفر مدرک کارشناسی و ۴ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بود. در گروه مداخله آفلاین حمایتی، میانگین سن ۲۶/۵۶ با میانگین ۳۰/۰۷ برای شاخص توده بدنی بود. ۲ نفر از افراد این گروه را مردان و ۸ نفر را زنان تشکیل می‌داد که ۵ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۵ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بود. در گروه کنترل، میانگین سنی ۲۸/۲۷ با میانگین شاخص توده بدنی ۳۱/۰۱ بود. در این گروه ۳ مرد و ۷ زن حضور داشت که ۴ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۶ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بود. جدول ۳، یافته‌های توصیفی پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی پژوهش

متغیر	مرحله سنجش	گروه مداخله آنلاین		گروه مداخله حمایتی- آفلاین		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی مدیریت وزن	پیش آزمون	۷۷/۰۰	۵/۱۶	۹۱/۱۰	۳/۸۷	۶۱/۹۰	۳/۲۱
	پس آزمون	۱۱۷/۲۰	۴/۲۱	۱۲۴/۱۰	۳/۱۷	۶۲/۳۰	۳/۲۵
خودکارآمدی هنگام هیجان‌های منفی	پیش آزمون	۱۳/۲۰	۰/۸۳	۱۵/۲۲	۰/۲۱	۱۳/۵۰	۰/۸۲
	پس آزمون	۲۱/۵۰	۰/۹۹	۲۳/۲۰	۰/۳۶	۱۴/۱۰	۰/۷۹
خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا	پیش آزمون	۱۴/۲۰	۰/۸۲	۱۶/۰۰	۰/۳۴	۱۲/۱۰	۰/۷۴
	پس آزمون	۲۲/۸۰	۰/۹۶	۲۴/۴۰	۰/۸۰	۱۳/۵۰	۰/۷۰
خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی	پیش آزمون	۱۵/۷۰	۱/۰۱	۱۳/۸۰	۰/۷۴	۱۲/۰۰	۰/۸۴
	پس آزمون	۲۵/۱۰	۰/۷۸	۱۹/۵۰	۰/۴۷	۱۱/۷۰	۰/۷۹
خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی	پیش آزمون	۱۷/۵۰	۱/۲۲	۲۱/۹۰	۰/۸۴	۱۲/۲۰	۰/۹۰
	پس آزمون	۲۴/۳۰	۰/۹۳	۲۷/۰۰	۰/۷۳	۱۲/۵۰	۰/۹۲
خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت	پیش آزمون	۱۶/۴۰	۱/۰۷	۲۴/۰۰	۱/۰۶	۱۳/۱۰	۰/۹۱
	پس آزمون	۲۳/۵۰	۰/۹۲	۳۱/۰۰	۰/۷۳	۱۲/۵۰	۰/۸۸

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین کلی نمره خودکارآمدی مدیریت وزن در گروه مداخله آنلاین از ۷۷/۰۰ به ۱۱۷/۲۰ افزایش یافته است. این نمره در گروه مداخله حمایتی آفلاین از ۹۱/۱۰ به ۱۲۴/۱۰ افزایش یافته است و در گروه کنترل ۶۱/۹۰ برای پیش آزمون و ۶۲/۳۰ برای پس آزمون می‌باشد. در خصوص خرده مقیاس‌ها نیز، در تمام خرده مقیاس‌ها میزان خودکارآمدی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در هر دو گروه آزمایش افزایش مشاهده می‌شود که چنین تغییری در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

به منظور بررسی پیش فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، از آزمون شاپیرو-ویلکز و لون استفاده شد. آماره به دست آمده در آزمون شاپیرووویلکز برای گروه آنلاین ۰/۷۳ با سطح معناداری ۰/۲۸، برای گروه حمایتی- آفلاین ۰/۷۵ با سطح معناداری ۰/۵۲ و برای گروه کنترل ۰/۷۱ با سطح معناداری ۰/۵۷ به دست آمد. همچنین آماره F در آزمون لون۱/۲۲ با سطح معناداری ۰/۸۰ به دست آمد. با توجه به رد نشدن پیش فرض‌ها (p>۰/۰۵)، انجام تحلیل پارامتریک بلامانع بود. جدول ۴ به تحلیل شاخص‌های اعتباری چند متغیری کوواریانس می‌پردازد.

جدول ۴. شاخص‌های اعتباری چند متغیری کوواریانس

اثر	شاخص‌های اعتباری	مقدار	F	سطح معناداری	ضریب اتا
	اثر پیلایی	۰/۹۰۸	۲/۳۵۷	۰/۰۲۵	۰/۴۵۴
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۲	۶/۱۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

اثر هتلینگ	۹/۸۹۴	۱۲/۳۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
بزرگترین ریشه روی	۹/۸۹۴	۲۸/۰۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸

یافته‌های جدول ۴ نشـــان می‌دهد با کنترل پیش آزمون، ســـطح معناداری لامبدای ویلکز حاکی از تفاوت معنادار در حداقل یکی از متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل است. در جدول ۵، به تحلیل کوورایانس چند متغیره پرداخته شده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چند متغیره

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان اثر	توان آزمون
پیش آزمون	خودکارآمدی مدیریت وزن	۱۸۴۷/۰۶۱	۱	۱۸۴۷/۰۶۱	۷/۴۴۹	۰/۰۱۳	۰/۲۶۲	۰/۶۸۰
	خودکارآمدی هنگام هیجان‌های منفی	۱۵/۳۳۶	۱	۱۵/۳۳۶	۱/۹۸۵	۰/۰۴۵	۰/۲۱۷	۰/۵۹۰
	خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا	۲۳۶/۳۹۵	۱	۲۳۶/۳۹۵	۲۴/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۰/۶۲۱
	خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی	۸۹/۹۸۲	۱	۸۹/۹۸۲	۲۷/۲۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶۵	۰/۷۰۲
	خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی	۵۴/۹۱۴	۱	۵۴/۹۱۴	۱۶/۶۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲	۰/۶۷۶
	خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت	۲۶۳/۷۰۶	۱	۲۶۳/۷۰۶	۲۵/۰۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۰/۷۱۱
گروه	خودکارآمدی مدیریت وزن	۹۰۵۸/۵۸۴	۲	۴۵۲۹/۲۹۲	۲۳/۲۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹	۰/۷۲۲
	خودکارآمدی هنگام هیجان‌های منفی	۲۶۳/۹۰۰	۲	۱۳۱/۹۵۰	۹/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲	۰/۶۵۳
	خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا	۱۸۶/۴۶۵	۲	۹۳/۲۳۳	۱۰/۴۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۹	۰/۶۸۰
	خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی	۳۹۱/۴۶۴	۲	۱۹۵/۷۳۲	۴۹/۵۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲۵	۰/۷۳۱
	خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی	۳۲۶/۲۶۶	۲	۱۵۷/۴۷۳	۱۹/۲۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۷	۰/۷۱۱
	خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت	۳۵۲/۳۷۵	۲	۱۷۶/۱۸۷	۱۹/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۵	۰/۷۱۸
خطا	خودکارآمدی مدیریت وزن	۵۲۰۷/۰۶۸	۲۱	۲۴۷/۹۵۶				
	خودکارآمدی هنگام هیجان‌های منفی	۳۲۷/۰۶۵	۲۱	۱۵/۵۷۵				
	خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا	۲۰۶/۷۹۷	۲۱	۹/۸۴۷				
	خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی	۶۹/۲۷۴	۲۱	۳/۲۹۹				
	خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی	۲۲۹/۳۷۹	۲۱	۱۰/۹۲۳				
	خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت	۲۲۱/۰۵۳	۲۱	۱۰/۵۲۶				

یافته‌های جدول ۵ نشـــان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، هر دو روش درمان منجر به تفاوت معنادار در تمام متغیرها بین گروه‌ها شـــده اســـت ($p<۰/۰۵$)؛ بدین معنی که بخشـــی از تفاوت‌ها تاثیر مداخله بوده اســـت. لذا به منظور مقایسه زوجی، جدول ۶ با استفاده از تحلیل سیداک به مقایسه بین گروهی می‌پردازد

جدول ۶. مقایسه زوجی با استفاده از تحلیل سیداک به منظور تعیین تاثیر روش موثرتر

متغیر وابسته	گروه مبنا	گروه مقایسه	میانگین تغییرات	سطح معناداری
خودکارآمدی مدیریت وزن	آنلاین	حمایتی-آفلاین	۱۷/۶۱۱	۰/۳۰۳
	آنلاین	گواه	۴۶/۵۸۳	۰/۰۰۱
	حمایتی-آفلاین	گواه	۲۸/۹۷۲	۰/۰۰۵
خودکارآمدی هنگام هیجان‌های منفی	آنلاین	حمایتی-آفلاین	-۲/۱۵۲	۰/۹۹۹
	آنلاین	گواه	۷/۴۹۷	۰/۰۰۲
	حمایتی-آفلاین	گواه	۹/۶۵۴	۰/۰۱۹
	آنلاین	حمایتی-آفلاین	-۱/۰۳۱	۰/۹۹۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا	آنلاین	گواه	۶/۴۵۶	۰/۰۰۱
	حمایتی-آفلاین	گواه	۷/۴۸۸	۰/۰۲۰
خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی	آنلاین	حمایتی-آفلاین	۰/۳۰۹	۰/۹۹۹
	آنلاین	گواه	۹/۵۹۸	۰/۰۰۱
	حمایتی-آفلاین	گواه	۹/۲۸۹	۰/۰۰۱
خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی	آنلاین	حمایتی-آفلاین	-۱/۸۶۴	۰/۹۸۳
	آنلاین	گواه	۸/۲۹۴	۰/۰۰۱
	حمایتی-آفلاین	گواه	۱۰/۱۵۸	۰/۰۰۱
خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت	آنلاین	حمایتی-آفلاین	-۶/۲۲۹	۰/۰۳۶
	آنلاین	گواه	۷/۴۸۸	۰/۰۰۱
	حمایتی-آفلاین	گواه	۱۳/۷۱۷	۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که هر دو روش درمان بر خودکارآمدی مدیریت وزن اثربخش می‌باشد (P<۰/۰۵)، اما بین اثربخشی این دو روش در خودکارآمدی مدیریت وزن و خرده مقیاس‌های خودکارآمدی هنگام هیجان‌های منفی، خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا، خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی و خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی تفاوت معناداری یافت نشد (P>۰/۰۵). با این حال، دیگر یافته‌ها نشان داد که در خرده مقیاس خودکارآمدی هنگام فعالیت‌های مثبت، اثربخشی درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد، بیشتر از گروه درمانی آنلاین پذیرش و تعهد می‌باشد (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مدیریت وزن در افراد دارای اضافه وزن یا چاقی بود. یافته اول پژوهش نشان داد که هر دو روش درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی آنلاین پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مدیریت وزن اثربخش می‌باشد. این یافته از این حیث که به طور کلی مداخلات پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مدیریت وزن اثربخش می‌باشند با یافته‌های نوریان و همکاران (۲۰۱۵) و دوستی و حسینی نیا (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها که هر دو روش درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی آنلاین پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مدیریت وزن اثربخش می‌باشد می‌توان گفت، اصول مورد استفاده در هر دو مداخله بر اساس فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است. این روش بیان می‌کند اجتناب از تجارب ناخوشایند و استفاده از استراتژی‌های اجتنابی در طولانی مدت موجب شدت یافتن آنها می‌شود (هیز، ۲۰۰۴). این موضوع درحالی است که رفتار خوردن می‌تواند به عنوان یک رفتار اجتنابی در نظر گرفته شود که افراد در مواجهه با هیجان‌های منفی، ناراحتی‌های جسمانی، هنگام بیماری، تنش، اضطراب، افسردگی و سایر هیجان‌های منفی به دلایلی مانند سبک زندگی ناکارآمد، نمی‌توانند رفتار مؤثری از خود به نمایش بگذارند (ایم و همکاران، ۲۰۱۷) و برای اجتناب از آنها به رفتارهای خوردن روی می‌آورند. با این حال، رفتارهای اجتنابی به این دلیل که در کوتاه مدت به طور موقت موثر واقع می‌شوند، همچنان به عنوان یک راهبرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به افراد کمک می‌کند تا به جای اجتناب از هیجان‌های ناخوشایند خود، به شیوه‌های موثرتری با آنها روبرو شوند (هیز، ۲۰۰۴). همچنین فرآیند آگاهی، بخش مهمی از این مداخلات است که موجب می‌گردد فرد به شکل ذهن‌آگاه فرایندهای روان‌شناختی خود را نظاره کند و همین امر موجب می‌گردد فرد بتواند خودکارآمدی خود را در موقعیت‌های مختلف افزایش دهد (دوستی و حسینی نیا، ۲۰۲۲).

یافته دوم پژوهش نشان داد بین اثربخشی این دو روش در خرده مقیاس‌های خودکارآمدی هنگام هیجان های منفی، خودکارآمدی هنگام دردسترس بودن غذا، خودکارآمدی هنگام فشار اجتماعی و خودکارآمدی هنگام ناراحتی جسمانی تفاوت معناداری یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در جلسات درمان گروهی آنلاین افراد در خصوص موقعیت‌های مختلفی که در آنها به رفتار پرخوری می‌پردازند صحبت می‌کردند و البته این موضوع در جلسات آفلاین- حمایتی هم صادق بود با این تفاوت که در جلسات آفلاین افراد ابتدا ویدیوها را نگاه می‌کردند و سپس توسط یک مربی مورد پشتیبانی تلفنی قرار می‌گرفتند. لذا اعضا چه در جلسات گروه درمانی آنلاین و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

چه در جلسات آفلاین- حمایتی، تلاش می‌کردند اصول یادگرفته شده بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در موقعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار دهند.

یافته سوم پژوهش نشان داد که در خرده مقیاس خودکارآمدی هنگام فعالیت های مثبت، اثربخشی درمان حمایتی-آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد، بیشتر از گروه درمانی آنلاین پذیرش و تعهد می‌باشد. هرچند که چرایی این یافته به روشنی برای پژوهشگران مشخص نیست، اما به نظر می‌رسد چندین دلیل در به دست آمدن این نتیجه نقش داشته باشند. یکی از متغیرهای احتمالی این است که ممکن است در جلسات گروه درمانی آنلاین، در مواردی موضوع خودکنترلی رفتار خوردن هنگام فعالیت‌های مثبت تا حدی نادیده گرفته شده باشد و تا حد بیشتری در گروه و توسط اعضا به خودکنترلی هنگام ناراحتی‌ها و هیجان‌های منفی پرداخته شده باشد. همچنین دیگر متغیری که به نظر می‌رسد در این موضوع دخیل باشد، موضوع شرم مبتلایان به اضافه وزن و چاقی است (لورا مندز و همکاران، ۲۰۲۱) که ممکن است آنها به دلیل شرم، آنطور که باید در جلسات گروهی به موضوع خودکارآمدی در فعالیت‌های مثبت توجه نکرده باشند و تصور را بر این گذاشته باشند که موضوع خودکنترلی در رفتارهای خوردن صرفا مربوط به هنگام تجارب ناخوشایند است، اما در جلسات آفلاین- حمایتی، امکان بازبینی ویدیو جلسه به شکل بارها و بارها طی یک بازه زمانی مشخص توسط شرکت کنندگان وجود داشت و پس از تماس‌های تلفنی مربی، در شرایطی که هیچ بیننده دیگری رفتار آنها را مشاهده نمی‌کرد و احتمالا متغیر شرم به حداقل ممکن نسبت به جلسه گروهی می‌رسید، مجدد مربی این موضوع را مورد بررسی قرار می‌داد که موضوع خودکنترلی حتی در شرایطی که ما فعالیت‌های مثبتی هم انجام می‌دهیم صادق است. چنین شرایطی در گروه درمانی آنلاین امکان پذیر نبود و شرکت کنندگان در گروه، تا جلسه آینده هیچ مداخله‌ی دیگری دریافت نمی‌کردند. همچنین این احتمال وجود دارد که مشاهده ویدیوهای مداخله حمایتی- آفلاین، در شرایط ثبات هیجانی شرکت کنندگان صورت گرفته باشد و همین امر موجب گردد که نوعی تداعی برای این شرایط ایجاد شود. دیگر متغیری که به نظر می‌رسد در به دست آمدن این نتیجه نقش بازی می‌کند، دریافت حمایت‌های تلفنی و پاسخ به سوال‌های احتمالی در طول هفته از طرف مربی به عنوان یک حمایتگر بود که چنین امکانی در گروه درمانی آنلاین وجود نداشت.

به طور کلی از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، با توجه به اینکه ممکن است به دلیل شرم از تصویر بدن (لورا مندز و همکاران، ۲۰۲۱) و خود سرزنش‌گری (دوراته و همکاران، ۲۰۱۷)، ممکن است برخی افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی تمایل چندانی به دریافت مداخلات حضوری نداشته باشند، اما مداخلات آنلاین و حمایتی- آفلاین می‌تواند به عنوان یک راهکار جایگزین مورد استفاده قرار گیرد. همچنین از سوی دیگر، در مداخله حمایتی- آفلاین، امکان بازبینی چندباره ویدیو دوره و پیگیری تلفنی مربی به صورت دوبار در هفته، می‌تواند با نتایج بیشتری در خصوص خودکارآمدی مدیریت وزن هنگام فعالیت‌های مثبت نسبت به گروه درمانی آنلاین همراه باشد.

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش حجم نمونه کوچک، نمونه گیری هدفمند و عدم دوره پیگیری است. لذا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بزرگتر، نمونه گیری تصادفی و دوره پیگیری استفاده کنند. در کاربرد یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد در شرایطی که امکان برگزاری جلسات گروه درمانی آنلاین وجود ندارد، درمان حمایتی- آفلاین متمرکز بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک راهکار جایگزین، مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

دوستی، پ. (۱۳۹۹). *مدیریت وزن و تغییر سبک زندگی بر اساس پذیرش و تعهد درمانی*. تهران: انتشارات امین نگار.

دوستی، پ.، حسینی نیا، ن.، دوستی، ش.، دوستی، پ. (۱۴۰۰).اثربخشی گروه درمانی آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اشتغال ذهنی به بدشکلی بدن و ترس از تصویر بدنی در افراد دارای اضافه وزن، *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۴)، ۲۵-۳۲.
http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.4.1.7

نویدیان، ع.، عابدی، م.، باغبان، ا.، فاتحی زاده، م.، پورشریفی، ح. (۱۳۸۸). اعتبار و روایی پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن در افراد دارای اضافه وزن و چاق. *مجله علوم رفتاری*، ۳(۳)، ۲۱۷-۲۲۲. http://ensani.ir/fa/article/download/22742

Aimé, A; Villatte, A; Cyr, C; Marcotte, D. (2017). Can Weight Predict Academic Performance in College Students? An Analysis of College Women's Self-Efficacy, Absenteeism, and Depressive Symptoms as Mediators, *Journal of American College Health*, 65(3), 168-176. https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1266639

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]

Annesi, J. (2018). Effects of self-regulatory skill usage on weight management behaviours: Mediating effects of induced self-efficacy changes in non-obese through morbidly obese women. *British Journal of Health Psychology*, 23 (4), 1066-1083. https://doi.org/10.1111/bjhp.12338

Clark, MM., Abrams, DB., Niaura, RS., Eaton, CA., Rossi JS, (1991) "Self-efficacy in weight management". Journal of Consult Clinical Psychology; 59(5): 739−744. https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.5.739

Dousti P. & Hosseininia N. (2022). Developing a Supportive-Offline Therapy Focused on Acceptance and Commitment and Its Effect on Self-Efficacy in Weight Management in Overweight or Obese Individuals. International Journal of Indian Psychology, 10(1), 082-090. http://dx.doi.org/10.25215/1001.008

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. (2016). Body image flexibility mediates the effect of body image-related victimization experiences and shame on binge eating and weight. *Eating Behaviors*, 23: 13-18. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.07.005

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Stubbs, R.J. (2017). The prospective associations between bullying experiences, body image shame and disordered eating in a sample of adolescent girls. *Personality and Individual Differences*, 116, 319-325. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.003

Hayes, S. C. (2004) "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies", *Behavior Therapy*, *35*, 639-665. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Hayes, S. C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press: New York.

Hibbert, C., Trottier, E., Boville, M., Hahn, M., Hernandez, A., Siddiqui, A. (2021). The Effect of Peer Support on Knowledge and Self-Efficacy in Weight Management: A Prospective Clinical Trial in a Mental Health Setting. *Community Mental Health Journal*, 57, 979–984. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00703-7

Kelly, T., Yang, W., Chen, CS., Reynolds, K., & He J. (2008) "Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030", *International Journal of Obesity (Lond)*, 32(9), 1431- 1437. https://doi.org/10.1038/ijo.2008.102

Laura Mendes, A., Cristina Canavarro, M., Ferreira, C. (2021). How psychological inflexibility mediates the association between general feelings of shame with body image-related shame and eating psychopathology severity?. *Appetite*. 163, 105228. https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105228

Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. (2015). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Self-Efficacy Lifestyle in Obese Women. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 25 (123),159-169. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5534-en.html

Schlundt, D. G. (1995). *Assessment of specific eating behaviors and eating style. In D. B. Allison (Eds.), Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problem : measures, theory, and research*. New Delhi: SAGE Publication.

Sob, C., Siegrist, M., Hagmann, D., & Hartmann, C. (2021). A longitudinal study examining the influence of diet-related compensatory behavior on healthy weight management. *Journal of Appetite*, 156, 104975. https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104975

Wade, S. (2020). Ready, Fire, Aim: Adapting to COVID-19. *International Journal of Multidisciplinary Perspectives in Higher Education*, 5(1), 89-93. https://eric.ed.gov/?id=EJ1273005

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic*, (Retrieved 2 March 2020, fromhttps://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.20.4]