رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و نشخوار فکری در نوجوانان دختر مبتلا به چاقی

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Self-Regulation and Rumination in Obese Adolescent Girls

حمیده غنچه
کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.
انیس خوش‌لهجه صدق (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

چکیده
هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و نشخوار فکری در نوجوانان دختر مبتلا به چاقی بود. این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل نوجوانان دختر مبتلا به چاقی ۱۳ تا ۱۶ ساله مدارس متوسطه اول شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳–۱۴۰۴ بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خودتنظیمی (BSF، بوفارد، ۱۹۹۵) و پرسشنامه نشخوار فکری (RRS، نالن‌هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) بودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون خودتنظیمی و نشخوار فکری در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشخوار فکری در نوجوانان چاق مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی برپذیرش و تعهد، خودتنظیمی هیجانی، نشخوار فکری، نوجوانان چاق.*

Hamide Ghonche
M.A of Health Psychology, Faculty of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran.
Anis Khoshlahjeh Sedgh *
Assistant Professor, Departmen of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran. *dr.aniskhoshlahjehsedgh@iau.ac.ir*

Abstract
The present study aimed to determine the effectiveness of group-based Acceptance and Commitment Therapy on emotional self-regulation and rumination in obese adolescent girls. This research was quasi-experimental with a pretest–posttest design and a control group. The statistical population consisted of obese adolescent girls aged 13 to 16 years from first-cycle secondary schools in the city of Tehran during the 2024–2025 academic year. From among them, 30 eligible participants were selected through convenience sampling and were randomly assigned to the experimental and control groups (15 participants in each group). The experimental group participated in eight 90-minute sessions of group-based Acceptance and Commitment Therapy, while the control group received no intervention. The research instruments included the Self-Regulation Questionnaire (BSF; Bouffard, 1995) and the Rumination Questionnaire (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The findings showed that, after controlling for the effect of the pretest, there was a significant difference at the 0.05 level between the posttest mean scores of emotional self-regulation and rumination in the experimental and control groups. Accordingly, it can be concluded that group-based Acceptance and Commitment Therapy is effective in improving emotional self-regulation and reducing rumination in obese adolescents.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Self-Regulation, Rumination, Obese Adolescents.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت: آذر ۱۴۰۴** | **پذیرش: اسفند ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

مقدمه

دوره نوجوانی یکی از حساس‌ترین و بحرانی‌ترین مراحل رشد انسان است که در آن تغییرات زیستی، شناختی و اجتماعی به اوج خود می‌رسد. در این مرحله، رشد سریع جسمانی همراه با ناپختگی فرایندهای شناختی و هیجانی، زمینه‌ساز بروز نوسانات عاطفی، تصمیم‌های تکانشی و آسیب‌پذیری روانی می‌شود (ماستورسی[1] و همکاران، ۲۰۲۴). شواهد پژوهشی نشان داد که نوجوانان چاق در مقایسه با همسالان خود از رضایت بدنی، اعتمادبه‌نفس و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و در معرض سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی و احساس ناکامی قرار دارند (گلوبنیتسجا[2] و همکاران، ۲۰۲۱). در سال‌های اخیر، شیوع چاقی در سطح جهانی و ملی روندی افزایشی و نگران‌کننده داشته است. گزارش‌های جهانی سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در فاصله سال‌های ۲۰۲۳ تا ۲۰۲۴، میزان اضافه‌وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان در بسیاری از کشورها افزایش یافته و بیش از ۳۴۰ میلیون کودک و نوجوان ۵ تا ۱۹ ساله در جهان با اضافه‌وزن یا چاقی زندگی می‌کنند (اقبال[3] و همکاران، ۲۰۲۵). در ایران نیز شواهد اپیدمیولوژیک دو سال اخیر بیانگر وضعیت نگران‌کننده‌ای است؛ به‌طوری که بر اساس گزارش‌های ملی، شیوع اضافه‌وزن و چاقی در نوجوانان ایرانی به‌طور معناداری افزایش یافته و دختران نوجوان سهم بالاتری از این شیوع را به خود اختصاص داده‌اند (افروز، ۱۴۰۴).

در سطح عمیق‌تر، چاقی نوجوانان اغلب با نارسایی در خودتنظیمی هیجانی[4] همراه است؛ به این معنا که فرد در شناسایی، درک و تعدیل هیجان‌های منفی مانند استرس، خشم یا شرم بدنی با دشواری مواجه می‌شود. نوجوانانی که از مهارت‌های تنظیم هیجان ناکافی برخوردارند، برای کاهش فشار روانی بیشتر به راهبردهای اجتنابی یا جبرانی مانند خوردن هیجانی روی می‌آورند (وردانی[5] و همکاران، ۲۰۲۴). این نارسایی نه‌تنها چرخه افزایش وزن را تداوم می‌بخشد، بلکه احساس کنترل‌ناپذیری و درماندگی روان‌شناختی را تقویت می‌کند. یکی از پیامدهای شناختی مهمِ این نارسایی، فعال‌شدن نشخوار فکری[6] است. هنگامی که تنظیم هیجان به‌صورت ناکارآمد انجام می‌شود، ذهن برای مهار تنش درونی به راهبردهای شناختی تکرارشونده متوسل می‌شود که در نهایت به نشخوار فکری می‌انجامد (گوئرینی اوسبینی[7] و همکاران، ۲۰۲۵).

نشخوار فکری الگویی از تفکر مداوم و خودمحور است که طی آن فرد به‌طور تکرارشونده درباره علل و پیامدهای هیجان‌های منفی می‌اندیشد، بدون آنکه به اقدام سازنده‌ای دست بزند (کورناکا[8] و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد نشان می‌دهد که در شرایط ضعف خودتنظیمی، نشخوار فکری به‌عنوان راهبردی ظاهراً کنترل‌گر اما ناکارآمد فعال می‌شود، زیرا به جای کاهش تنش، احساسات منفی را تداوم می‌بخشد و در بلندمدت به پریشانی روانی و اجتناب رفتاری منجر می‌شود (گوئرینی اوسبینی و همکاران، ۲۰۲۵). به این ترتیب، نارسایی در تنظیم هیجان و نشخوار فکری دو وجه از یک فرایند شناختی هیجانی واحد هستند که یکدیگر را تغذیه می‌کنند. ضعف در تنظیم هیجان، نشخوار فکری را فعال می‌سازد و نشخوار فکری نیز با تثبیت احساسات منفی، ظرفیت تنظیم را کاهش می‌دهد (وطن پناه و همکاران، ۲۰۲۴). این تعامل دوسویه، همراه با خودناتوان‌سازی، نظامی خودپایدار از اجتناب، درماندگی و ناکارآمدی هیجانی ایجاد می‌کند که در تداوم چاقی نقش محوری دارد (والندا[9] و همکاران، ۲۰۲۱). مدل فرایندی تنظیم هیجان گروس[10] (۱۹۹۸) تنظیم هیجان را نه یک واکنش منفعل، بلکه فرایندی فعال در بازسازی شناختی موقعیت‌ها و تعدیل پاسخ‌های هیجانی می‌داند. بر اساس این مدل، ناتوانی در ارزیابی مجدد شناختی، افراد را به سمت واکنش‌های هیجانی خودکار و ناسازگار سوق می‌دهد؛ الگویی که در نوجوانان چاق به‌صورت تشدید نشخوار فکری و اجتناب رفتاری نمود می‌یابد. افزون بر این، نظریه فراشناختی ولز[11] (۱۹۹۵) نشان می‌دهد که ضعف در بازبینی شناختی و باورهای فراشناختی ناکارآمد، نقش مهمی در تداوم پردازش‌های هیجانی سوگیرانه و تفکر تکرارشونده ایفا می‌کند. از این دیدگاه، نشخوار فکری

1. Mastorci
2. Golubnitschaja
3. Iqbal
4. emotional self-regulation
5 . Wardani
6. rumination
7. Guerrini Usubini
8 . Kornacka
9. Walenda
10. Gross
11. Wells'

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

زمانی فعال می‌شود که فرد قادر به تنظیم سازگارانه هیجان‌ها نباشد و ذهن برای ایجاد حس کنترل، به بازتولید مداوم افکار منفی متوسل شود.

در چنین شرایطی، ضرورت به‌کارگیری مداخلاتی احساس می‌شود که نه‌تنها رفتارهای آشکار، بلکه فرایندهای شناختی و هیجانی زیربنایی را هدف قرار دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[1] به‌عنوان یکی از رویکردهای فرایندمحور و مؤثر موج سوم رفتاردرمانی‌ها، چارچوبی نظری و بالینی برای اصلاح این الگوها فراهم می‌سازد (کودلک[2] و همکاران، ۲۰۲۵). 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 ذهن‌آگاهانه باشد و به عبارتی دیگر عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام می‌شود باعث گشود بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در عملکرد می‌شود (والایی صمد و خوش‌لهجه صدق، ۱۴۰۴). در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رابطه فرد با افکار و احساسات را تغییر می‌دهد نه محتوای آن‌ها را؛ تغییری که زیربنای رشد خودآگاهی، پذیرش هیجانی و اصلاح الگوهای اجتنابی است (شوماخر[3] و همکاران، ۲۰۲۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند هسته‌ای گُسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه حال، خودبه‌عنوان مشاهده‌گر، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به بازسازی ساختارهای شناختی هیجانی فرد می‌پردازد. این فرایندها با کاهش درآمیختگی شناختی، چرخه نشخوار فکری را تضعیف کرده؛ با تقویت پذیرش هیجان‌ها، ظرفیت تنظیم هیجانی را افزایش می‌دهند(خوش لهجه صدق و همکاران، ۲۰۲۲)؛ و از طریق جهت‌دهی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها، الگوهای خودناتوان‌سازی را کاهش می‌دهند (کوتو[4] و همکاران، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی این درمان را در بهبود اختلالات خلقی، اضطرابی، خوردن هیجانی و دشواری‌های تنظیم هیجان (شوماخر و همکاران، ۲۰۲۵؛ آنوسویا و گایاتری‌دیوی[5]، ۲۰۲۵؛ یوآن[6] و همکاران، ۲۰۲۴) و نشخوار فکری (زو[7] و همکاران، ۲۰۲۵؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۵) تائید کرده‌اند. با این حال، بیشتر این مطالعات بر بزرگسالان یا جمعیت‌های بالینی متمرکز بوده و شواهد تجربی در زمینه نوجوانان، به‌ویژه دختران مبتلا به چاقی، محدود است. این در حالی است که دختران نوجوان چاق به دلیل ویژگی‌های رشدی، فشارهای اجتماعی و آسیب‌پذیری هیجانی، بیش از سایر گروه‌ها در معرض الگوهای ناسازگار تنظیم هیجان و نشخوار فکری قرار دارند که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی پایدار به همراه داشته باشد. ازاین‌رو، انجام پژوهش حاضر می‌تواند خلأ موجود در ادبیات پژوهشی را پر کرده و شواهد بومی ارزشمندی برای مداخلات روان‌شناختی در این گروه فراهم آورد. با توجه به مطالب بیان شده، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و نشخوار فکری در دختران نوجوان مبتلا به چاقی ابود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل نوجوانان دختر مبتلا به چاقی در بازه‌ی سنی ۱۳ تا ۱۶ سال منطقه ۷ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳–۱۴۰۴ بود که از بین آنها ۳۰ نفر از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش) جایگذاری شدند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power-1/3 استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه برابر با ۱۵ نفر یعنی در مجموع ۳۰ نفر برای انجام پژوهشی با اندازه اثر ۰/۵ و توان ۰/۸۵ درصد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار باشد، لازم بود. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل ۱. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۲. شاخص توده‌ی بدنی (BMI) بالاتر از ۳۰؛ گروه سنی ۱۳ تا ۱۶ سال و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ۱. غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی؛ ۲. عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه‌ی شرکت در پژوهش؛ ۳. شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر؛ و ۴. عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها بود. پس از هماهنگی‌های لازم با ۳ مدرسه منطقه ۷ شهر تهران و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه شامل یک گروه

1. acceptance and commitment therapy
2. Kudlek
3. Schumacher
4 . Coto
5. Anusuya & Gayatridevi
6. Yuan
7. Zou

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها ملاحظات اخلاقی پژوهش توضیح داده شد. پس از جایگزینی در گروه‌ها، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز[1]و همکاران (۱۹۹۹) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار توسط پژوهشگر دریافت کردند، اما شرکت‌کنندگان گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه‌ها پژوهش پاسخ دادند. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.QOM.REC.1404.030 در سامانه‌ی اخلاق پژوهش کشور به ثبت رسیده است. ملاحظات اخلاقی نیز به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از فرآیند و اهداف مطالعه و روش اجرای پژوهش آگاه شدند؛ ۲- شرکت‌کنندگان از بی‌ضرر بودن مداخله، مطلع و آگاه شدند؛ ۳- شرکت‌کنندگان از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند، آگاه شدند؛ ۴- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی شرکت‌کنندگان محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند؛ ۵- در صورت نیاز به سوالات شرکت‌کنندگان پاسخ داده خواهد شد و در صورت تمایل آنها نتایج در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس نشخوار فکری[2] (RRS): این مقیاس توسط نولن هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ طراحی شده و دارای ۲۲ سوال است . پاسخ‌ها در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. نمره‌ی کل آن از طریق مجموع نمره گویه‌ها بدست می‌آید. دامنه نمرات از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است بصورتی که نمره‌ی کسب شده‌ی بالا توس فرد نشخوار فکری بیشتر را نشان می‌دهد. روایی سازه‌ی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی ۰/۸۲ و پایایی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمده است (نولن‌هوکسما و مارو، ۱۹۹۱). این ابزار در ایران توسط باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) بررسی شده است. پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است و همچنین روایی همزمان آن با سیاهه افسردگی بک و کلارک (۱۹۸۸) برابر با ۰/۷۹ گزارش گردید. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به‌دست آمد.

پرسشنامه خودتنظیمی بوفارد[3] (SRQ): پرسشنامه خودتنظیمی بوفارد و همکاران (۱۹۹۵) شامل ۱۴ گویه است که برای سنجش خودتنظیمی و بر اساس نظریه شناختی–اجتماعی بندورا طراحی شده است. سؤالات این پرسشنامه در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. شیوه نمره‌گذاری به‌صورت طیف لیکرت از گزینه «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» است که به‌ترتیب نمرات ۵ تا ۱ به آن‌ها اختصاص می‌یابد. گویه‌های ۵، ۱۳ و ۱۴ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۴ تا ۷۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر خودتنظیمی فرد است. سازندگان ابزار، پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۷ تا ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند و در تأیید روایی همگرای آن، ضرایب همبستگی با پرسشنامه‌های عملکرد تحصیلی و جهت‌گیری هدف بین ۰/۴۵ تا ۰/۵۱ گزارش شده است (بوفارد و همکاران، ۱۹۹۵). در ایران شریف‌منش و همکاران (۱۴۰۱) مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بالاتر از ۰/۷۰ گزارش کرده و در بررسی روایی همگرای آن، ضرایب همبستگی با باورهای خودکارآمدی را در دامنه ۰/۳۴ تا ۰/۶۱ گزارش داده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمد.

پروتکل مداخله‌ای این پژوهش براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تدوین شده است؛ رویکردی فرایندمحور که نخستین‌بار توسط هیز[4]و همکاران (۱۹۹۹) معرفی شد و بعدها در قالب مدل «هگزافلکس[5]» توسعه یافت. این مدل بر شش فرایند اساسی شامل پذیرش، گُسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه تأکید می‌کند و هدف آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. ساختار اولیه پروتکل از نسخه گروهی ACT اقتباس و با استفاده از راهنمای مداخلات ACT برای نوجوانان گریکو و هیز[6] (۲۰۰۸) برای جمعیت نوجوانان ایرانی سازگار شد. جلسات به‌صورت گروهی، در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۸ هفته، در اتاق مشاوره مدرسه و توسط درمانگر آموزش‌دیده در ACT اجرا شد. روش آموزش شامل ترکیبی از ارائه مفاهیم نظری، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، استعاره‌های ACT، ایفای نقش، فعالیت‌های تجربی، خودبازنگری و تکالیف خانگی بود. هدف کلی طراحی جلسات

1 . Hayes
2. Ruminative Response Scale
3. Self-Regulation Questionnaire
4 . Hayes, Strosahl, & Wilson
5. Hexaflex
6 . Greco & Hayes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

آن بود که نوجوانان بتوانند در مواجهه با رویدادهای هیجانی و افکار منفی، به‌جای اجتناب و کنترل، با تجربه درونی خود تماس برقرار کنند و رفتارهای همسو با ارزش‌های شخصی را انتخاب نمایند. جزئیات کامل اهداف، محتوای آموزشی، روش تدریس و فعالیت‌های یادگیر ی هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

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

جلسات	هدف جلسه	محتوای آموزشی	روش تدریس	فعالیت یادگیری	تکلیف خانگی	مدت و زمان اجرا
اوّل	آشنایی، ایجاد رابطه درمانی و معرفی ACT	معرفی اعضا، قوانین گروه، توضیح چاقی و چرخه اجتناب، آشنایی با مفهوم حضور ذهن	گفت‌وگو، توضیح مفهومی، تمرین تنفس آگاهانه	تمرین آگاهی از لحظه حال، مشارکت گروهی	ثبت موقعیت‌هایی که هیجان منفی ایجاد کرده‌اند	۹۰ دقیقه — هفته اول
دوّم	آموزش پذیرش و کاهش کنترل افکار	تمایز پذیرش از کنترل، مفهوم فرونشانی، مواجهه با تجربه‌های ناخوشایند	آموزش مستقیم، مثال بالینی، تمرین عملی پذیرش	انجام تمرین "برگه‌های روی رودخانه"	مشاهده و ثبت موقعیت‌های اجتنابی	۹۰ دقیقه — هفته دوم
سوّم	آموزش گُسلش شناختی	مفهوم درآمیختگی ذهنی، فاصله‌گیری از افکار، تکنیک‌های گُسلش	ایفای نقش، تکنیک نام‌گذاری افکار، تمرین تکرار کلمات	تمرین فریزکردن افکار و خواندن آنها با صداهای مختلف	تمرین روزانه گسلش در موقعیت‌های استرس‌زا	۹۰ دقیقه — هفته سوم
چهارم	آموزش خود به‌عنوان زمینه (بافتارانگاری)	تمایز خود مشاهده‌گر از خود مفهومی، روایت ذهنی	تمرین ذهن‌آگاهی، استعاره‌های کوه/ابر	تمرین «مشاهده‌گر بودن بدون قضاوت»	ثبت تفاوت بین افکار و خود واقعی	۹۰ دقیقه — هفته چهارم
پنجم	روشن‌سازی ارزش‌ها	تعریف ارزش‌ها، تمایز ارزش از هدف، شناسایی ارزش‌های سلامت، تحصیل و خانواده	گفت‌وگو، کاربرگ ارزش‌ها، مثال‌های عملی	تکمیل کاربرگ ارزش‌ها	نوشتن سه رفتار کوچک در مسیر ارزش‌ها	۹۰ دقیقه — هفته پنجم
ششم	اقدام متعهدانه	نحوه طراحی رفتارهای همسو با ارزش‌ها، عبور از موانع ذهنی	کار گروهی، برنامه‌ریزی عملی، تحلیل رفتار	طراحی برنامه هفتگی ارزش‌محور	اجرای یک رفتار ارزش‌محور و ثبت نتایج	۹۰ دقیقه — هفته ششم
هفتم	تثبیت مهارت‌ها و آمادگی برای پایان درمان	مرور مهارت‌ها، بررسی تغییرات، مدیریت لغزش‌ها	بحث گروهی، مرور کاربرگ‌ها، تقویت رفتارهای سازگار	تهیه فهرست مهارت‌های فردی	تمرین ادامه‌دار حضور ذهن و اقدام ارزش‌محور	۹۰ دقیقه — هفته هفتم
هشتم	جمع‌بندی و پایان‌بندی	مرور کلی فرایند درمان، تقویت ظرفیت خودنظارتی	گفت‌وگو، تمرین پایانی ذهن‌آگاهی	مشارکت در جمع‌بندی	برنامه‌ریزی فردی برای استمرار تمرین‌ها	۹۰ دقیقه — هفته هشتم

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

یافته ها

در پژوهش حاضر، 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، ۲۶/۷ 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=۳۰-۳۴/۹)، پنج نفر (۳۳/۳ درصد) در چاقی درجه‌ی دو (BMI=۳۵-۳۹/۹) و دو نفر (۱۳/۳ درصد) در چاقی شدید (BMI≥۴۰) 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 (۳/۳۳ 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. در ادامه، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین (M)، انحراف معیار (SD)، چولگی (Sk) و کشیدگی (Ku) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد هر یک از گویه‌های پژوهش توزیع فراوانی متغیرها

متغیر	گروه	پیش آزمون				پس آزمون			
		M	SD	Sk	Ku	M	SD	Sk	Ku
خودتنظیمی هیجانی	آزمایش	۴۳/۰۱	۴/۸۱	۰/۱۲	۰/۲۳	۵۱/۹۳	۳/۹۴	-۰/۱۸	۰/۰۳
	کنترل	۴۱/۹۳	۴/۶۷	-۰/۴۴	-۰/۳۰	۴۱/۷۳	۴/۲۳	-۰/۳۹	-۰/۴۹
نشخوار فکری	آزمایش	۷۱/۶۷	۱۰/۳۶	۰/۰۱	-۰/۲۶	۴۳/۳۳	۶/۸۶	-۰/۱۹	-۰/۱۶
	کنترل	۷۰/۰۷	۷/۶۹	۰/۰۶	-۰/۱۱	۶۷/۸۷	۴/۵۵	-۰/۲۶	۰/۱۲

بر اساس نتایج جدول ۲، در گروه آزمایش میانگین نمرات خودتنظیمی هیجانی از ۴۳/۰۱ در مرحله پیش‌آزمون به ۵۱/۹۳ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است، در حالی‌که در گروه کنترل تغییر قابل‌توجهی مشاهده نمی‌شود و میانگین نمرات از ۴۱/۹۳ به ۴۱/۷۳ رسیده است. همچنین، در متغیر نشخوار فکری، میانگین نمرات گروه آزمایش از ۷۱/۶۷ در پیش‌آزمون به ۴۳/۳۳ در پس‌آزمون کاهش چشمگیری نشان می‌دهد، در حالی‌که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشده و میانگین نمرات از ۷۰/۰۷ به ۶۷/۸۷ کاهش یافته است. افزون بر این، مقادیر چولگی و کشیدگی گزارش‌شده برای تمامی متغیرها در هر دو مرحله اندازه‌گیری و در هر دو گروه در دامنه قابل قبول (±۱) قرار دارند که بیانگر توزیع تقریباً نرمال داده‌ها و کفایت آن‌ها برای اجرای تحلیل‌های پارامتریک است؛ به‌طور کلی، الگوی تغییرات توصیفی حاکی از آن است که دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشخوار فکری در گروه آزمایش همراه بوده، در حالی‌که چنین الگویی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

با توجه به این‌که طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل و دو متغیر وابسته شامل نمرات پس‌آزمون خودتنظیمی هیجانی و نشخوار فکری بود، برای بررسی اثر هم‌زمان مداخله از تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، مفروضه‌های آماری شامل نرمال بودن چندمتغیری، همگنی ماتریس‌های کوواریانس و همگنی ضرایب رگرسیونی بررسی گردید. برای بررسی نرمال بودن چندمتغیری داده‌ها از شاخص فاصله‌ی ماهالانوبیس و شاخص‌های چولگی و کشیدگی ترکیبی استفاده شد. نتایج نشان داد که مقادیر فاصله‌ی ماهالانوبیس در دامنه‌ی مجاز صفر تا ۹/۸۷ قرار

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

داشت و هیچ موردی از حد بحرانی χ^2 (۱۶/۲۷ با درجه آزادی ۳ و سطح معناداری ۰/۰۵) فراتر نرفت؛ بنابراین فرض نرمال بودن چندمتغیری داده‌ها برقرار بود. همچنین، نتایج آزمون Box's M برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که مقدار آماره برابر با ۱۲/۰۲ و سطح معناداری آن ۰/۱۰ است؛ از آنجا که مقدار p بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس بین دو گروه تأیید شد. نتایج آزمون بارتلت برای بررسی همبستگی میان متغیرهای وابسته نشان داد که مقدار آماره‌ی χ^2 برابر با ۱۴/۶۸ با درجه آزادی ۳ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ است؛ بنابراین، بین متغیرهای وابسته همبستگی کافی وجود داشت و داده‌ها از کفایت لازم برای تحلیل چندمتغیری برخوردار بودند. برای بررسی همگنی ضرایب رگرسیونی، تعامل بین گروه و پیش‌آزمون در هر متغیر مورد آزمون قرار گرفت. مقدار آماره‌ی F برای خودتنظیمی هیجانی ۰/۹۷ (p=۰/۳۳) و برای نشخوار فکری ۰/۷۸(p=۰/۴۶) بود. از آنجا که تمامی سطوح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بودند، فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی نیز برقرار شد. بنابراین، تمامی پیش‌فرض‌های آماری مورد نیاز تأیید گردید و اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر مداخله بر متغیرهای وابسته مجاز و معتبر شناخته شد.

پس از اطمینان از رعایت مفروضه‌های آماری، تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌منظور بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته شامل خودتنظیمی هیجانی و نشخوار فکری اجرا شد. با توجه به برقراری تمامی پیش‌فرض‌ها، از آماره‌ی لامبدای ویلکز[1] برای تفسیر نتایج استفاده گردید.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۵	۱۳۴/۲۶	۳	۲۳	<۰/۰۱	۰/۹۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۱۳۴/۲۶	۳	۲۳	<۰/۰۱	۰/۹۵
اثر هتلینگ	۱۷/۵۱	۱۳۴/۲۶	۳	۲۳	<۰/۰۱	۰/۹۵
بزرگترین ریشه روی	۱۷/۵۱	۱۳۴/۲۶	۳	۲۳	<۰/۰۱	۰/۹۵

براساس جدول شماره ۳، یافته‌ها نشان داد که اثر اصلی متغیر گروه (نوع مداخله) بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است؛ به‌طوری‌که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۶، مقدار F برابر با ۱۳۴/۲۶ با درجه آزادی فرضیه ۳ و درجه آزادی خطا ۲۳ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ به‌دست آمد. همچنین مقدار اتا اسکوئر جزئی[2] برابر با ۰/۹۲ بود که نشان‌دهنده‌ی اندازه‌اثر بسیار بزرگ و تأثیر قابل توجه مداخله بر مجموعه متغیرهای وابسته است. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به‌طور کلی موجب افزایش خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشخوار فکری در میان نوجوانان دختر چاق شود. به‌منظور بررسی دقیق‌تر میزان تأثیر مداخله بر هر یک از متغیرهای وابسته به‌صورت جداگانه، و با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده گردید. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته

متغیر	منبع تغییر	df	میانگین مجذورات	F	Sig	η^2
خودتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	۱	۲۰۲/۴۶	۲۴/۲۲	۰/۰۱	۰/۴۹۲
	گروه	۱	۶۴۷/۷۳	۷۷/۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶
	خطا	۲۵	۸/۳۶	–	–	–
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۱	۰/۷۳	۰/۰۴	۰/۸۴۴	۰/۰۰۲
	گروه	۱	۳۹۳۱/۶۴	۲۱۴/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹۵
	خطا	۲۵	۱۸/۳۶	–	–	–

1 .Wilks' Lambda
2. Partial η^2

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

همان‌گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر دو متغیر وابسته تأثیری معنادار و چشمگیر داشته است. در متغیر خودتنظیمی هیجانی، تفاوت بین دو گروه معنادار بود؛ به‌طوری‌که مقدار F برابر با ۷۷/۵، سطح معناداری ۰/۰۱ و اندازه‌اثر (η^2) برابر با ۰/۷۶ به‌دست آمد. این نتایج نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش پس از دریافت مداخله، افزایش قابل توجهی در خودتنظیمی هیجانی تجربه کردند. در متغیر نشخوار فکری نیز تفاوت میان دو گروه معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱، F=۲۱۴/۱۵، η^2=۰/۸۹۵). این نتیجه نشان می‌دهد که اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است سطح نشخوار فکری را به‌طور چشمگیری کاهش دهد. به‌طور کلی، یافته‌ها بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیری معنادار و با اندازه‌اثر بسیار بزرگ بر بهبود شاخص‌های شناختی و هیجانی نوجوانان چاق داشته و موجب افزایش توانایی تنظیم هیجان‌ها و کاهش الگوهای ناکارآمد شناختی در آنان شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و نشخوار فکری در دختران نوجوان مبتلا به چاقی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودتنظیمی هیجانی در دختران نوجوان مبتلا به چاقی شده است. این یافته با نتایج پژوهش کودلک و همکاران (۲۰۲۵)، شوماخر و همکاران (۲۰۲۵)، و والایی صمد و خوش‌لهجه صدق (۱۴۰۴)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تمرکز بر پذیرش تجربه‌های درونی، افزایش آگاهی هیجانی و تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به جای کنترل یا سرکوب هیجان‌های ناخوشایند، موجب اصلاح رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها می‌شوند (کودلک و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییر در شیوه مواجهه با هیجان‌ها، به کاهش الگوهای ناسازگارانه‌ای مانند نشخوار فکری و اجتناب هیجانی انجامیده و زمینه بهبود پایدار در تنظیم هیجان را فراهم می‌سازد. نوجوانان پس از دریافت این مداخله توانستند به‌صورت سازگارانه‌تری با هیجان‌های منفی خود مواجه شوند و از طریق آموزش پذیرش بدون قضاوت، ذهن‌آگاهی و تمرکز بر لحظه حال، هیجان‌های خود را آگاهانه‌تر شناسایی و مدیریت کنند؛ امری که به افزایش احساس کنترل درونی و کفایت هیجانی انجامید (شوماخر و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر نظری، این یافته با مدل تنظیم هیجان گروس (۱۹۹۸) همخوان است که تنظیم هیجان را فرایندی فعال در بازسازی شناختی و تعدیل پاسخ‌های هیجانی می‌داند و همچنین با نظریه فراشناختی ولز (۱۹۹۵) همسو است که بر نقش بازبینی شناختی و تغییر نحوه درگیری با افکار منفی در کاهش واکنش‌های هیجانی تأکید دارد. در مجموع، نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی، نه‌تنها به بهبود خودتنظیمی هیجانی منجر می‌شود، بلکه با ایجاد تغییرات فرایندمحور، زمینه تداوم و پایداری اثرات درمانی را نیز فراهم می‌سازد (والایی صمد و خوش‌لهجه صدق، ۱۴۰۴).

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری در دختران نوجوان مبتلا به چاقی موثر است. این یافته با نتایج پژوهش زو و همکاران (۲۰۲۵) و وانگ و همکاران (۲۰۲۵)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کاهش درآمیختگی شناختی و تغییر رابطه فرد با افکار، چرخه نشخوار ذهنی را تضعیف می‌کند. آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و تماس با لحظه حال به نوجوانان کمک کرد تا از الگوی تکرارشونده افکار منفی و تحلیل‌های بی‌ثمر فاصله بگیرند. در چارچوب درمان مبنتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش نشخوار فکری عمدتاً از طریق دو سازوکار اساسی «گُسلش شناختی» و «تماس با لحظه حال» محقق می‌شود؛ به‌گونه‌ای که فرد می‌آموزد افکار خود را بدون قضاوت و درگیری ذهنی مشاهده کرده و میان خود و محتوای ذهنی‌اش فاصله ایجاد کند، امری که به کاهش بار هیجانی افکار و افزایش آرامش شناختی و هیجانی منجر می‌شود (وانگ و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر نظری، نشخوار فکری زمانی شکل می‌گیرد که فرد در چرخه‌ای تکرارشونده از تمرکز افراطی بر شکست‌ها، خطاهای ادراک‌شده و هیجان‌های منفی گرفتار می‌شود؛ چرخه‌ای که بر پردازش تهدید و ارزیابی‌های منفی استوار است و به تشدید پریشانی هیجانی می‌انجامد (والندا و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مداخله در این چرخه و آموزش مشاهده بدون قضاوت، فرد را از حالت «ادغام با افکار» به وضعیت «مشاهده‌گرِ فاصله‌گرفته» منتقل می‌کند؛ تغییری بنیادین که موجب می‌شود افکار به‌جای واقعیت‌های قطعی، صرفاً رویدادهایی ذهنی تلقی شوند و قدرت تنظیم‌کنندگی آن‌ها بر هیجان‌ها کاهش یابد (زورمبا و همکاران، ۲۰۲۴). افزون بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که تلاش برای کنترل یا سرکوب افکار نه‌تنها ناکارآمد است، بلکه به تداوم نشخوار می‌انجامد؛ درحالی‌که پذیرش تجربه درونی، نوجوانان را از چرخه مقاومت و درگیری شناختی خارج کرده و امکان تجربه هیجان‌های منفی بدون پردازش تکرارشونده را فراهم می‌سازد. در نتیجه، افکار منفی کمتر به‌عنوان تهدید درک شده و بیشتر به‌عنوان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

پدیده‌هایی گذرا تلقی می‌شوند و این امر به کاهش عمل بر اساس افکار نشخواری و تقویت تنظیم هیجانی سازگارانه منجر می‌شود (زو و همکاران، ۲۰۲۵).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود معنادار خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشخوار فکری در دختران نوجوان مبتلا به چاقی شد. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در تغییر شیوه مواجهه نوجوانان با هیجان‌ها و افکار منفی نقش مؤثری ایفا کند؛ به‌گونه‌ای که شرکت‌کنندگان پس از مداخله، توانایی بیشتری در مدیریت هیجان‌های ناخوشایند و فاصله‌گیری از الگوهای فکری تکرارشونده و ناکارآمد از خود نشان دادند. بهبود مشاهده‌شده در خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشخوار فکری، بیانگر کارآمدی این رویکرد در هدف‌گیری فرایندهای هیجانی–شناختی مرتبط با مشکلات روان‌شناختی نوجوانان چاق است.

با این حال، نتایج پژوهش حاضر باید با توجه به چند محدودیت روش‌شناختی تفسیر شود. نخست، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن نمونه به دختران نوجوان منطقه ۷ شهر تهران، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی، جنسیتی و بافت‌های فرهنگی را محدود می‌کند. دوم، حجم نمونه نسبتاً کوچک و فقدان پیگیری بلندمدت، امکان بررسی پایداری اثرات درمان را کاهش داده است. سوم، اتکای پژوهش به ابزارهای خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد.

با توجه به یافته‌ها و در چارچوب آن‌ها، پیشنهاد می‌شود در حوزه کاربردی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای مکمل در برنامه‌های روان‌شناختی ویژه نوجوانان مبتلا به چاقی، با تمرکز بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشخوار فکری، استفاده شود. در حوزه پژوهشی، انجام مطالعات آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، به‌کارگیری طرح‌های طولی برای بررسی ماندگاری اثرات درمان، و استفاده هم‌زمان از روش‌های ارزیابی چندمنبعی (مانند گزارش والد یا مشاهده بالینی) می‌تواند به غنای شواهد تجربی در این زمینه کمک کند. همچنین، تکرار این پژوهش در سایر گروه‌های نوجوان و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دیگر مداخلات روان‌شناختی می‌تواند درک دقیق‌تری از کارآمدی این رویکرد فراهم آورد.

منابع

افروز، ف. (۱۴۰۴). پیش بینی تکانشوری بر اساس اختلال پرخوری عصبی و چاقی در دختران. نشریه پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیی و آموزش و پرورش، ۸۵، ۵۲-۴۵. https://jonapte.ir/showpaper/15921764

کرد، ز؛ شهنی ییلاق، م.، و حاجی یخچالی، ع . (۱۴۰۲). الگوی رابطهٔ خودتنظیمی با عملکرد تحصیلی دانشجویان: نقش میانجی‌گر التزام و سرزندگی تحصیلی. *رویکردهای نوین آموزشی*، ۱۸(۲)، ۳۳-۵۴. doi: 10.22108/nea.2023.136456.1863

والایی مقدم، خ و خوش‌لجهه صدق، ا. (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. URL: http://frooyesh.ir/article-1-5752-fa.html

Anusuya, S. P., & Gayatridevi, S. (2025). Acceptance and Commitment Therapy and Psychological Well-Being: A Narrative Review. *Cureus*, *17*(1), e77705. doi: 10.7759/cureus.77705

Bouffard, T., Boisvert, J., Vezeau, C., & Larouche, C. (1995). The impact of goal orientation on self-regulation and performance among college students. *British Journal of Educational Psychology*, 65(3), 317-329. https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1995.tb01152.x

Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120. DOI: 10.1016/j.jad.2019.11.154

Golubnitschaja, O., Liskova, A., Koklesova, L., Samec, M., Biringer, K., Büsselberg, D., ... & Kubatka, P. (2021). Caution,"normal" BMI: health risks associated with potentially masked individual underweight—EPMA Position Paper 2021. *EPMA Journal*, 12(3), 243-264. DOI: 10.1007/s13167-021-00251-4

Greco, L. A., & Hayes, S. C. (Eds.). (2008). Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: A practitioner's guide. New Harbinger Publications.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Guerrini Usubini, A., Ducale, S., Bondesan, A., Frigerio, F., Tringali, G., Cornacchia, M., Nibbio, F., Castelnuovo, G., & Sartorio, A. (2025). Emotional dysregulation and emotional eating in hospitalized adults with obesity: The mediating role of worry and rumination. *Journal of Clinical Medicine*, 14(11), 3871. DOI:10.3390/jcm14113871

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. an experiential approach to behavior change. 2003 ed.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]

Iqbal, S., Zafar, S., Hassan, S., Usman, B., Momin, A., & Ahmad, R. (2025). Effectiveness of school-based nutrition education on obesity and nutritional status of adolescent girls: a scoping review. *International Journal of Public Health Science*, *14*(3), 1243-1255. http://doi.org/10.11591/ijphs.v14i3.26131

Kornacka, M., Czepczor-Bernat, K., Napieralski, P., & Brytek-Matera, A. (2021). Rumination, mood, and maladaptive eating behaviors in overweight and healthy populations. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26 (1), 273–285. DOI: 10.1007/s40519-020-00857-z

Kudlek, L., Mueller, J., Eustachio Colombo, P., Sharp, S. J., Boothby, C. E., Griffin, S. J., ... & Ahern, A. (2025). An individual participant data meta-analysis investigating the mediating role of eating behavior traits in Acceptance and Commitment Therapy-based weight management interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *59*(1), kaaf039. DOI: 10.1093/abm/kaaf039

Mastorci, F., Lazzeri, M. F. L., Vassalle, C., & Pingitore, A. (2024). The Transition from Childhood to Adolescence: Between Health and Vulnerability. *Children*, *11*(8), 989. DOI: 10.3390/children11080989

Sairanen, E., Tolvanen, A., Karhunen, L., Kolehmainen, M., Järvelä-Reijonen, E., Lindroos, S., Peuhkuri, K., Korpela, R., Ermes, M., Mattila, E., & Lappalainen, R. (2017). Psychological flexibility mediates change in intuitive eating regulation in acceptance and commitment therapy interventions. *Public Health Nutrition. Advance online publication*, 20(9), 1681-1691. *DOI: 10.1017/S1368980017000441*

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. https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-025-00634-y

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. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.1.2

Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S., & Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8 (1), Article 25. DOI: 10.1186/s40479-021-00166-6

Wang, D., Lin, B., Du, J., Liu, W., Sun, T., Li, Q., & Xiao, L. (2025). Acceptance and commitment therapy for nurses' sleep, rumination, psychological flexibility, and it's neural mechanism: A randomized controlled fNIRS study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *25*(1), 100543. DOI: 10.1016/j.ijchp.2025.100543

Wardani, H. S., Anatayu, S., & Febrinasari, R. P. (2024). Stress level and emotional eating in obese and non-obese adolescents. *AcTion: Aceh Nutrition Journal*, 9 (1), 57. DOI : 10.30867/action.v9i1.1311

Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85–102 . https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80045-9

Yuan, J., Zheng, M., Liu, D., & Wang, L. (2024). Effect of acceptance and commitment therapy on emotion regulation in adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Alpha psychiatry*, *25*(1), 47. doi: 10.5152/alphapsychiatry.2024.231324

Zou, Y., Wang, R., Xiong, X., Bian, C., Yan, S., & Zhang, Y. (2025). Effects of acceptance and commitment therapy on negative emotions, automatic thoughts and psychological flexibility for depression and its acceptability: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, *25*(1), 602. DOI:10.1186/s12888-025-07067-w

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.231]