فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۴، شماره ۸، بهار سال ۱۳۹۹

# اثربخشی درمان هیجان مدار شناختی بر خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به چاقی

سحر پای پوزان[۱]

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار شناختی بر خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز تغذیه و رژیم‌درمانی شهر تهران تشکیل دادند که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان هیجان مدار شناختی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل خودکارآمدی (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲) و تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار spss24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان هیجان مدار شناختی باعث افزایش خودکارآمدی در زنان مبتلا به چاقی شده است. همچنین نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار شناختی باعث افزایش تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به چاقی شده است. بر اساس نتایج این پژوهش، درمان هیجان مدار، مداخله موثری در افزایش خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به چاقی است.

**واژگان کلیدی:** خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجانی، درمان هیجان مدار شناختی، چاقی

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد عوم و تحقیقات، خمین، ایران (نویسنده مسئول)



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

**مقدمه**

رایج ترین انحراف از تعادل حیاتی در غذا خوردن در میان انسان‌ها چاقی است. اضافه وزن به وزن بالاتر از برخی هنجارهای مرجع اشاره می کند، این هنجارها نوعاً از استانداردهای حاصل از داده های آماری یا اپیدمیولوژی به دست می آید و در اکثر موارد افزایش وزن به معنی بیشتر شدن چاقی است (بلومل، چدریو، آدو، فیکا، مزونز-هولگیون، بارون و فلورز[۱]، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی[۲] (۲۰۱۶) چاقی[۳] را به عنوان تجمع چربی غیرطبیعی و یا بیش‌ازحد که ممکن است سلامت را مختل کند تعریف کرده است. است. بر اساس آخرین گزارش اعلام شده از سوی این سازمان، در سال ۲۰۱۸ بیش از ۱/۹ میلیارد (۳۹ درصد) از جمعیت بزرگسال دارای اضافه‌وزن و بیش از ۶۰۰ میلیون نفر (۱۳ درصد) مبتلا به چاقی بودند. با وجود تلاش‌های بسیار زیاد برای کنترل چاقی، شیوع اضافه‌وزن و چاقی در سراسر جهان بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۸ بیش از دو برابر شده است (لیندبرگ، هاگمن، دانیلسون، مارکوس و پرسون[۴]، ۲۰۲۰). داده‌های اخیر انتشاریافته از مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری نیز نشان می‌دهند که این مشکل به‌ویژه در میان جوانان گسترش پیدا کرده است، بدین صورت که حدود ۶۰/۳ درصد از افراد ۲۰ تا ۳۹ سال، مبتلا به اضافه‌وزن یا چاق هستند (اوگدن، کارول، کیت و فلگال[۵]، ۲۰۱۴). روش های مختلفی برای بررسی و سنجش چاقی وجود دارند، از آن جمله شاخص توده بدنی، دور کمر، نسبت دور کمر به دور باسن و درصد توده چربی بدن دور مچ دست، میزان جثه افراد (کونتینن[۶]، ۲۰۲۰). در این بین سنجش شاخص توده بدنی (BMI[۷])، اولین قدم در تعیین درجه چاقی محسوب می شود. روش سنجش شاخص توده بدنی، آسان و قابل اعتماد بوده و با درصد چربی بدن و توده چربی بدن ارتباط دارد. فرمول محاسبه آن وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد به متر است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). در ایالات متحده ۳۴ درصد افراد دارای اضافه وزن و ۳۰ درصد دارای چاقی هستند (پانز، بوت، براور، ویسر و پنیکس[۸]، ۲۰۱۸). در ایران ۲۸/۶ درصد افراد دارای اضافه وزن، ۱۰/۸ درصد افراد چاق و ۳/۴ درصد دارای چاقی مرضی هستند. این یافته ها شواهد هشدار دهنده ای را در زمینه شیوع بسیار بالای چاقی عمومی و شکمی در ایران ارائه می دهند. عادات ناسالم مربوط به سبک زندگی، نقش بزرگی در پیدایش این مساله بهداشت عمومی در جامعه ما دارند (سهرابی، پاشا، نادری، عسگری و احتشام زاده، ۱۳۹۶). همچنین شواهد نشان می‌دهد که افزایش بیش‌ازحد وزن با سرعت بیشتری در این گروه رخ می‌دهد (کاهیل، هیر-جوشو، کاد، استین، ولفلک، مولی و کلین[۹]، ۲۰۱۸) و با افزایش بیشتر وزن در آینده توأم است (دای، زو و ران[۱۰]، ۲۰۲۰). این نگرانی وجود دارد که شروع زودتر چاقی با بهبودی کمتر و پیامدهای منفی‌تری همراه باشد (ارکایا، کارابولوتلو و کالیک[۱۱]، ۲۰۱۸). پیامدهایی نظیر افزایش مرگ‌ومیر (سی دبلیو جی و سامسودین[۱۲]، ۲۰۲۰) و همچنین تعدادی از بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری عروق کرونری قلب، دیابت نوع ۲، سرطان،

[1] - Blümel, Chedraui, Aedo, Fica, Mezones-Holguín, Barón & Flores
[2] - World Health Organization
[3] - obesity
[4] - Lindberg, Hagman, Danielsson, Marcus & Persson
[5] - Ogden, Carroll, Kit & Flegal
[6] - Konttinen
[7] - body mass index
[8] - Paans, Bot, Brouwer, Visser & Penninx
[9] - Cahill, Haire-Joshu, Cade, Stein, Woolfolk, Moley & Klein
[10] - Dai, Xu & Ran
[11] - Erkaya, Karabulutlu & Çalik
[12] - CWJ & Samsudin



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

فشارخون بالا، سکته مغزی، آپنه خواب، مشکلات تنفسی و آرتروز (پالوتیسچ، دمنتچ و دومیث[1]، ۲۰۲۰). بر این اساس، وزن بدن یکی از متغیرهای اساسی تفاوت‌های فردی است که اثری فراگیر در تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی ما دارد. اگرچه اغلب در سلامت جسمی نقش دارد، اما با انواع فرآیندهای روان‌شناختی مانند اضطراب . افسردگی در ارتباط است و باعث کاهش خودکارآمدی در افراد مبتلا به چاقی می گردد (توبس، خادر، فرناندز و گراندنر[2]، ۲۰۲۰).

خودکارآمدی، سازه اصلی تئوری اجتماعی و شناختی بندورا می باشد، خودکارآمدی بر این انگاره استوار است که شخص تصور کند قادر است پدیده ها و رویدادها را به منظور رسیدن به وضعیت مطلوب خود با رفتار و کردار مناسب سازمان دهد (بندورا[3]، ۱۹۹۳). به عبارتی دیگر خودکارآمدی به اعتقادات و ذهنیات فرد در به انجام رساندن اهدافش مربوط می شود (کانر[4]، ۲۰۱۵). در واقع استرس ناشی از نداشتن انگیزش، باعث کاهش خودکارآمدی می شود و در عوض در صورت گرفتن حمایت اجتماعی و بوجود آمدن انگیزه کافی، حس خودکارآمدی در افراد افزایش می یابد (آوانزی، چاه، فراکورالی و وندیک[5]، ۲۰۱۵). به گونه ای که خودکارآمدی بالای رهبر گروه می تواند به اعضای گروه سرایت کرده و عملکرد مطلوب گروهی را به همراه داشته باشد. خودکارآمدی و اعتماد به نفس بالای اعضای گروه نیز بر انگیزش پیشرفت افراد موثر است و آن را افزایش می دهد (فرنسن، هاسلم، استفنز، وان بسلر، کورپر و بوئن[6]، ۲۰۱۵). خودکارآمدی بالای اعضا نه تنها می تواند به «ما» به عنوان یک واقعیت روانی متمرکز شود، بلکه برای تبدیل «ما» به عنوان یک واحد عملیاتی نیز موثر است. خودکارآمدی روابط فردی را مدیریت می کند و افراد با خودکارآمدی بالاتر، عزت نفس و سلامت روانی بیشتری را تجربه می کنند (دی جی آنتا، ایزنبرگ، کاپفر، استکا، ترامانتانو و کاپرارا[7]، ۲۰۱۵). افرادی که دارای خودکارآمدی ذهنی و عینی بیشتری هستند، مقاومت بیشتری نسبت به سیگار کشیدن می دهند (سیمون، کانل، کونگ، مورن، کاوالو، کامنجا و کریشنن-سارین[8]، ۲۰۱۵). فول استون و کلی[9] (۲۰۱۹) در پژوهش خود در مورد خودکارآمدی به این نتایج نتایج دست یافتند که رابطه قوی و معناداری بین موفقیت و خودکارآمدی و نیز بین خودکارآمدی و خودپنداره هر فرد وجود دارد. همچنین خودکارآمدی با انتخاب فعالیت ها، تلاش صرف شده، استقامت در انجام تکالیف و عملکرد موثر فراگیران ارتباط دارد. دانشجویان دارای باورهای مثبت در مورد توانایی های خود، عملکرد بهتری داشتند و برعکس دانشجویانی که در مورد توانایی های خود قضاوت منفی داشتند و به عبارتی از خودکارآمدی پایینی برخوردارند، انگیزه و تاب آوری ضعیفی داشتند (رید، جونز، هورست و اندرسون[10]، ۲۰۱۸).

از سوی دیگر تنظیم شناختی هیجان وجه ذاتی گرایش های مربوط به پاسخ های هیجانی در افراد مبتلا به چاقی است. در واقع تنظیم هیجان اعمالی است که برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی مورد استفاده قرار می گیرد. طبق مطالعات، افراد پرخاشگر بسیاری از تجربه های هیجانی خود را سرکوب می کنند و عاطفه منفی و بازداری اجتماعی بیشتری را از خود نشان می دهند (قربانی تقلیدآباد و تسبیح سازان مشهدی، ۱۳۹۵). تنظیم شناختی هیجانی، به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز

[1] - Paulitsch, Demenech & Dumith
[2] - Tubbs, Khader, Fernandez & Grandner
[3] - Bandura
[4] - Conner
[5] - Avanzi, Schuh, Fraccaroli & van Dick
[6] - Fransen, Haslam, Steffens, Vanbeselaere, De Cuyper & Boen
[7] - Di Giunta, Eisenberg, Kupfer, Steca, Tramontano & Caprara
[8] - Simon, Connell, Kong, Morean, Cavallo, Camenga & Krishnan-Sarin
[9] - Foulstone & Kelly
[10] - Reid, Jones, Hurst & Anderson



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

هیجانات اشاره دارد (کرامر[1]، ۲۰۱۹). پژوهش های انجام شده نشان داده است که تنظیم هیجان سازگارانه با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت، مرتبط است و افزایش تجربه های هیجانی مثبت باعث مواجهه موثر با موقعیت های استرس زاده شده و پاسخ مناسب به موقعیت های اجتماعی را افزایش می دهد (ساکیریس و برل[2]، ۲۰۱۹). همچنین، تحقیقات نشان داده است که در افراد مبتلا به چاقی ابراز شدید هیجانات و یا سرکوب آنها بخصوص در هیجانات منفی از جمله عوامل روانشناختی موثری هستند که می‌توانند در بروز یا تشدید بیماری نقش داشته باشند (گرندی و ملوی[3]، 2017). همچنین نتایج پژوهش چاپمن[4](۲۰۱۹) نشان داد بازداری هیجانهای منفی باعث افزایش فعالیت سمپاتیک دستگاه قلبی-عروقی می‌شود. پژوهش های دیگر نیز نشان داده است که تنظیم شناختی هیجان، سازگاری مثبت را پیش بینی می کند و ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روانی بالا، مرتبط است (کلودیوس، منین و ارینگ[5]، ۲۰۲۰). در مجموع می توان گفت که راهبردهای تنظیم هیجان از همبسته های اساسی آسیب شناسی روانی است. افرادی که در تنظیم هیجانات اختلال دارند، ممکن است بیشتر متمایل به تنظیم هیجانات منفی با فعالیت هایی باشند که با لذت آنی همراه است (بامیستر، تیس و ووهس[6]، ۲۰۱۸).

روش های درمانی مختلفی برای افزایش مولفه های روان شناختی افراد مبتلا به چاقی به کار گرفته شده است. یکی از انواع درمان ها که تا به حال توجه زیادی به آن نشده است، شناخت درمانی هیجان مدار می باشد. شناخت درمانی هیجان مدار توسط مایک پاور و داگلیش[7] در سال 2008 مطرح شد که به بررسی رویکردهای طبقه ای و ابعادی به هیجان های اساسی در یک سیستم چند چند سطحی بر اساس اصولی متفاوت از قبل می‌پردازد. بر اساس این درمان، سطوح متفاوت می‌توانند بر اساس اصول متفاوت عمل کنند. سالها پژوهش به وضوح نشان می‌دهد که هیجانات نقش مهمی در بسیاری از جنبه های زندگی ایفا می‌کند و در انطباق و سازگاری با وقایع استرس‌زا و تحولات زندگی تاثیرگذار است. هیجانات واکنشهای فیزیولوژیکی هستند که در موقعیتهای مهم زندگی و چالشها جهت سازگاری انسان برای رویارویی و پاسخ‌دهی ظاهر می‌شوند. اگر چه هیجانات پایه و اساس زیستی و فیزولوژیک دارند، اما افراد می‌توانند بر هیجانات و راههای ابراز و تنظیم آن تاثیر بگذارند، که به آن تنظیم هیجان گفته می‌شود (قاسمی، نیا و امیری، ۲۰۲۰). شناخت درمانی هیجان مدار کارهای انجام شده در زمینه رفتار، شناخت و هیجان را یکپارچه کرده تا درک جدیدی از درمان در اختیار درمانگران قرار دهد. شناخت درمانی هیجان مدار یک راهنمای ارزشمند و به موقع برای متخصصانی است که به دنبال بهبود اثربخشی بالینی خود هستند (موسوی امیرآباد، ۱۳۹۷). تنظیم هیجان، اشاره به سازه ای پیچیده و چندوجهی دارد که در آن فرآیندهای فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی نقش دارند و به فرد این امکان را می‌دهد واکنشهای هیجانی را نظارت، ارزیابی تعدیل کند (فری، ساژین، فیک و یپ[8]، ۲۰۲۰). از جمله مسایل روانشناختی که مادران کودکان کم توان ذهنی دارند، مشکلات در تنظیم هیجان است. تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی از عوامل روانشناختی مهم در این افراد محسوب می‌شود و باید به نقش آنها در این اختلالات توجه بیشتری داشت (نیک دانش و دوازده امامی، قیداری، بختیاری و محمدی، 1396).

1 - Kramer
2 - Sakiris & Berle
3 - Grandey & Melloy
4 - Chapman
5 - Cludius, Mennin & Ehring
6 - Baumeister, Tice & Vohs
7 - Mike Power & Douglas
8 - Frei, Sazhin, Fick & Yap



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

بنابراین هزینه چاقی و اضافه وزن شامل هزینه های مستقیم و غیرمستقیم است. هزینه مستقیم شامل هزینه مشاوره، پذیرش بیمارستان و درمان های دارویی ناشی از چاقی می شود و هزینه غیرمستقیم که توسط شخص و جامعه پرداخت می شود شامل کاهش بهره مندی شغلی و کاهش بهره مندی از زندگی کردن است که به چاقی مربوط می شود. همچنین تخمین زده شده که چاقی ۱۷٪ از هزینه از سلامت را به خود اختصاص می دهد (پاکیزه و بهزادفر، ۱۳۹۷). با توجه به شیوع فراوان، خطرات ذکر شده و هزینه های روزافزون چاقی، درمان آن باید مورد توجه متخصصین قرار بگیرد. روش های دارویی و غیردارویی مختلف برای درمان اختلالات خوردن و چاقی وجود دارد. مداخلات سنتی برای چاقی تقریبا منحصر به کاهش دریافت انرژی و افزایش زمان مشغول شدن به فعالیت فیزیکی است. در واقع کمبود انرژی یک عنصر ضروری برای کاهش وزن است اما کاهش وزن آسان نیست (کرانجاک و واگمیلر[1]، ۲۰۱۶). لذا با توجه به علاقه افراد به استفاده از درمان های لاغری در این زمینه به اثربخشی درمان هیجان مدار شناختی بر خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به چاقی پرداخته خواهد شد. مسئله ای که در این پژوهش مطرح شده این است که آیا درمان هیجان مدار شناختی می توانند بر خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به چاقی موثر است؟

**روش‌شناسی**

روش مورد استفاده در این پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز تغذیه و رژیم‌درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ (که بر اساس پرونده های موجود در مراکز و با تشخیص پزشک، دارای چاقی هستند) تشکیل داد. نمونه مورد بررسی به علت محدودیت در نمونه گیری از زنان مبتلا به چاقی، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. ۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز تغذیه و رژیم درمانی که تشخیص چاقی داشتند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفت. ملاک های ورود به مطالعه عبارتند از: دارا بودن اضافه وزن و چاقی بر اساس تشخیص پزشک، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۹ سال، داشتن نمره پایین در پرسشنامه های پژوهش، داشتن اضافه‌وزن با BMI بیشتر از ۲۵، تمایل به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: بارداری، استفاده از داروهای مربوط به اختلالات روان و داروهای روان‌گردان (بر طبق مصاحبه اولیه)، عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، حضور همزمان در جلسات مشاوره گروهی دیگر. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش درمان هیجان مدار شناختی قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. لیست جلسات درمان هیجان مدار در جدول (۱) آورده شده است.

**ابزارهای پژوهش:**

**پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲):** برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) استفاده شد. این مقیاس ۲۳ سوال دارد که ۱۷ سوال آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده دیگر مربوط به تجربیات خودکارآمدی در موقعیت های اجتماعی است. در این پژوهش ار مقیاس ۱۷ ماده ای خودکارآمدی شرر استفاده شده است. این مقیاس به صورت ۵ گزینه ای است و به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. به این ترتیب بالاترین نمره در این مقیاس ۸۵ و پایین ترین نمره ۱۷ است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کرده اند. بر اساس بررسی های انجام شده بین نمرات خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی-بیرونی، همبستگی منفی و بین شایستگی اجتماعی با خودکارآمدی همبستگی مثبت به دست آمده است (به نقل از خلعتبری، قربان شیرودی و شکرگزار، ۱۳۹۰). در پژوهش نجفی و

[1] - Kranjac & Wagmiller



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

فولادچنگ (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است. در این پژوهش اعتبار پرسشنامه انگیزش پیشرفت با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

**پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱):** این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، به منظور ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس زای زندگی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. گویه های این پرسشنامه از نظر مفهومی شامل ۹ خرده مقیاس متمایز از هم می شود که هر یک به منزله راهبردی خاص از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان محسوب می شوند. این راهبردها عبارتند از: راهبردهای منفی شامل سرزنش خود (۴ ماده)، سرزنش دیگران (۴ ماده)، فاجعه پنداری (۴ ماده) و نشخوار فکری (۴ ماده) و راهبردهای مثبت شامل پذیرش (۴ ماده)، تمرکز مجدد مثبت (۴ ماده)، برنامه ریزی (۴ ماده)، باز ارزیابی مثبت (۴ ماده) و اتخاذ دیدگاه (۴ ماده). نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می آید و می تواند در دامنه ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد. از جمع کل نمرات ۳۶ عبارت نیز یک نمره کلی به دست می آید که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و می تواند در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار بگیرد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی، ۰/۸۷ گزارش کردند. ضریب پایایی خرده مقیاس های این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۴ ماه در مطالعه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲)، در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است. یوسفی (۱۳۸۲؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۸۵) در نمونه ای متشکل از آزمودنی های ۱۵ تا ۲۵ سال با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه را برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه در مطالعه یوسفی (۱۳۸۵) از طریق همبستگی بین نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۸۵) بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح یک درصد معنی دار بودند.

**مراحل آموزش درمان شناختی هیجان مدار**

اعضای گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه از آموزش درمان شناختی هیجان مدار که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار پاور (۲۰۱۰) تدوین شد قرار گرفتند.

**جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی هیجان مدار**

| جلسات | محتوای جلسات |
|---|---|
| اول | برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت آسیب و عوامل و نشانه های آن، مفهوم سازی درمان شناختی متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی |
| دوم | شناسایی هیجان های اساسی، ارائه آموزش هیجانی (شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده، از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها)، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان ها، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش های تنفس عمیق |
| سوم | ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی (عملکرد هیجان ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آنها و مثال |



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

| | |
|---|---|
| | هایی از تجربه های واقعی آنها)، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش رونده، اجرای آرمیدگی پیش رونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند. ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولا ناخوشایند هیجانی (ایفای نقش هیجانی) دریافت رویدادهای روزمره و به چالش کشیدن آنها |
| چهارم | شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آنها مشکل دارند، مواجهه با هیجانات مرتبط با اضطراب، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان ها، استفاده از تکنیک آرام سازی، مواجهه سازی به صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان هایی که در تنظیم آن مشکل دارند، شناسایی موقعیت های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان. |
| پنجم | شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آنها مشکل دارند، آموزش آرمیدگی ذهنی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان ها تا آزمودنی ها احساس ناقص بودن و ناکافی بودن را در خود بشکنند و به کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود بپردازند. |
| ششم | شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان، شناسایی هیجان های خاص مرتبط با اضطراب، آموزش آرمیدگی پیش رونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله ای در برابر هیجان های ناسازگار، ایجاد دیدگاه های جدید. |
| هفتم | تسهیل در بیان و توصیف احساس ها، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی ها، تغییر ارزیابی های شناختی، شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت های هیجانی، آموزش راهبرد بازارزیابی. |
| هشتم | ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله ای. آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه های مهم زندگی. |
| نهم | تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس. |
| دهم | آموزش آرمیدگی پیش رونده، مواجهه ذهنی، شکل گیری چرخه جدیدی از رفتار، ارائه نمونه هایی از ابراز هیجان در زندگی افراد، که در پیش روی آنها است، در جهت حکیم یادگیری مهارت های جدیدی که آموخته شده است، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربردی، مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف. |

تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss-V22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

**یافته‌ها**

در این بخش با توجه به همسانی واریانس نمرات و نرمال بودن توزیع نمرات و حجم مساوی گروه آزمایش و کنترل برای آزمون معناداری تفاوت مشاهده‌شده بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و کنترل اثر نمره‌ها پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در جدول ۲ آزمون تحلیل کوواریانس آمده است.

**جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس برای اثربخشی درمان هیجان مدار شناختی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی**

| شاخص | SS | Df | MS | F | sig | ضریب ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

| آماری متغیرها | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| پیش آزمون | ۱۱۸۴.۰۶ | ۱ | ۱۱۸۴.۰۶ | ۱۱.۵۱ | ۰.۰۰۲ | ۰.۳۰ |
| گروه | ۱۰۵۳.۴۹ | ۱ | ۱۰۵۳.۴۹ | ۱۰.۲۴ | ۰.۰۰۳ | ۰.۲۸ |
| خطا | ۲۷۷۷.۶۷ | ۲۷ | ۱۰۲.۸۸ | | | |
| کل | ۴۹۵۹.۳۷ | ۲۹ | | | | |

نتایج جدول ۲ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات خودکارآمدی شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی«آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p<0.05$). با در نظر گرفتن میانگین ها نتیجه گرفته می شود که آموزش درمان هیجان مدار شناختی نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۲۸ بوده است یعنی ۲۸ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی مربوط به اثر مداخله بوده است.

**جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد مهارت های تنظیم شناختی هیجان در دو گروه**

| شاخص آماری اثر | آزمون | ارزش | F | فرضیهdf | خطاdf | sig | ضریب ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون | اثرپیلای | ۰.۷۶ | ۲۷.۶۶ | ۹.۰۰ | ۱۱.۰۰ | ۰.۰۰۱ | ۰.۷۶ |
| | لامبدای ویلکس | ۰.۰۴ | ۲۷.۶۶ | ۹.۰۰ | ۱۱.۰۰ | ۰.۰۰۱ | ۰.۷۶ |
| | اثرهتلینگ | ۲۲.۶۳ | ۲۷.۶۶ | ۹.۰۰ | ۱۱.۰۰ | ۰.۰۰۱ | ۰.۷۶ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۲۲.۶۳ | ۲۷.۶۶ | ۹.۰۰ | ۱۱.۰۰ | ۰.۰۰۱ | ۰.۷۶ |

نتایج جدول ۳ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل آموزش درمان هیجان مدار شناختی «متغیرمستقل»وجود دارد. این اثر نشان می دهدکه حداقل بین یکی از مولفه های مهارت های تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به چاقی که با آموزش درمان هیجان مدار شناختی آموزش دیده اند، با زنان مبتلا به چاقی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس- $p<0.05,0/04$).

**جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری**

| شاخص آماری متغیرها | منبع تغییر | SS | df | MS | F | سطح معناداری | ضریب ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرزنش خود | گروه | ۲۰.۲۹ | ۱ | ۲۰.۲۹ | ۸.۲۵ | ۰.۰۰۲ | ۰.۳۰ |
| | خطا | ۴۶.۷۴ | ۱۹ | ۲.۴۶ | | | |
| سرزنش دیگران | گروه | ۵.۴۰ | ۱ | ۵.۴۰ | ۲.۳۶ | ۰.۱۴۱ | ۰.۱۱ |
| | خطا | ۴۳.۵۰ | ۱۹ | ۲.۲۹ | | | |
| فاجعه پنداری | گروه | ۸.۳۳ | ۱ | ۸.۳۳ | ۵.۹۳ | ۰.۰۰۴ | ۰.۲۴ |
| | خطا | ۲۶.۶۹ | ۱۹ | ۱.۴۱ | | | |
| نشخوار فکری | گروه | ۶.۶۵ | ۱ | ۶.۶۵ | ۳.۳۶ | ۰.۰۸۳ | ۰.۱۵ |
| | خطا | ۳۷.۶۸ | ۱۹ | ۱.۹۸ | | | |
| پذیرش | گروه | ۵۸.۲۸ | ۱ | ۵۸.۲۸ | ۱۱.۸۴ | ۰.۰۰۱ | ۰.۳۸ |
| | خطا | ۹۳.۵۴ | ۱۹ | ۴.۹۲ | | | |
| تمرکز مجدد مثبت | گروه | ۵.۲۱ | ۱ | ۵.۲۱ | ۳.۰۱ | ۰.۰۹۹ | ۰.۱۴ |
| | خطا | ۳۲.۸۶ | ۱۹ | ۱.۷۳ | | | |
| برنامه ریزی | گروه | ۹۶.۰۴ | ۱ | ۹۶.۰۴ | ۶.۳۵ | ۰.۰۰۲ | ۰.۲۵ |
| | خطا | ۲۸۷.۳۰ | ۱۹ | ۱۵.۱۲ | | | |
| باز ارزیابی مثبت | گروه | ۴۷.۶۷ | ۱ | ۴۷.۶۷ | ۳۳.۱۲ | ۰.۰۰۱ | ۰.۶۴ |
| | خطا | ۲۷.۳۵ | ۱۹ | ۱.۴۴ | | | |
| اتخاذ دیدگاه | گروه | ۱۰۴.۰۱ | ۱ | ۱۰۴.۰۱ | ۲۱.۴۲ | ۰.۰۰۱ | ۰.۵۳ |
| | خطا | ۹۲.۲۵ | ۱۹ | ۴.۸۶ | | | |

نتایج جدول ۴ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه زنان مبتلا به چاقی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۹ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵درصد اطمینان سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

**بحث و نتیجه گیری**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار شناختی بر خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار شناختی باعث افزایش خودکارآمدی در زنان مبتلا به چاقی شده است.



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

نتایج پژوهش با یافته های (قاسمی و همکاران، ۲۰۲۰؛ فری و همکاران، ۲۰۲۰؛ موسوی امیرآباد، ۱۳۹۷) همسو است. سادگی، سهولت و عدم صرف وقت زیاد در تمرینات شناخت درمانی هیجان مدار، همچنین تاکید این رویکرد بر مشاهده افکار و تغییر آگاهی در مقایسه با به چالش کشیدن و تغییر افکار، شیوه نوینی از مواجهه با هیجان های آشفته ساز ارائه می دهد. نتایج نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، بعد از گذراندن دوره کامل درمان، بهبود چشم گیری، در پرسشنامه خودکارآمدی یافته است. در تبیین این یافته می توان گفت که این درمان ممکن است با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش های فرد را دارد، همچنین ممکن است با افزایش فعالیت های لذت بخش و تاثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق تاثیر بر خودکارآمدی می تواند موجب افزایش سازگاری افراد مبتلا به چاقی با مشکلاتشان شود. همچنین ممکن است که افراد با استفاده درست از هیجان ها، آگاهی از هیجان ها و پذیرش آنها و ابراز هیجان ها به ویژه هیجان های مثبت در موقعیت های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان خودکارآمدی آنها بهبود پیدا خواهد کرد (عطادخت و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی ممکن است که مشکلات روانی آنها باعث شود که در موقعیت های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می تواند به صورتی در خودکارآمدی و کیفیت زندگی آنان ظاهر شود؛ اما این درمان باعث می شود که از وجود هیجان های منفی و تاثیر منفی آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان های خود در موقعیت های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات روانی و به طور خاص ناسازگاری خویش را کاهش دهند (اچ آر، ۲۰۱۹).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش درمان هیجان مدار شناختی باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به چاقی شده است. در راهبردهای شناختی دردرجه اول بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات هیجانی و رفتاری ارتباط دارند، تاکید می شود و با کمک به فرد برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار خویش تشویق می شود به طوری که این امر منجر به تغییر در احساسی که فرد نسبت به خود دارد می گردد. علاوه بر این تاثیر جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با عوامل استرس زا را برای فرد امکان پذیر می سازد (تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸). یافته های پژوهش نشان داد که با توجه به مهارت های آموزش داده شده، افراد مورد بررسی تا حدودی توانستند با تعمق و تامل در ویژگی های خود به نقاط ضعف خود پی برده و در صدد اصلاح آن بر آیند و با تکیه بر نقاط مثبت و جایگزینی درست افکار منطقی به جای تحریفات شناختی نامطلوب؛ سعی در بهبودی افکار، احساسات و عواطف خود با دیگران داشته باشند (سووگ و همکاران، ۲۰۱۸). افرادی که در این پژوهش شرکت کردند و درمان شناختی هیجان مدار را دریافت کردند، ممکن است یاد گرفته باشند که چگونه حس اطمینان را جایگزین احساس تردید کنند و در یک بازسازی مجدد افکار منفی، تحریفات شناختی خود را شناسایی و آنها را با افکار منطقی به طور مناسب تری جایگزین و سازماندهی کنند. با توجه به یافته های این پژوهش، می توان گفت که این نتیجه در راستای آن جنبه از یافته هایی قرار دارد که نشان دادند بازداری هیجانی به عنوان راهبردی منفی در تنظیم هیجان منجر به مشکلاتی در زندگیشان می شد و بازارزیابی شناختی هیجان ها به عنوان راهبرد مثبت تنظیم هیجان، بهبود تنظیم شناختی هیجان را به دنبال دارد. آموزش نظم بخشی هیجانی شامل کاهش و مهار هیجان های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان ها است. باید اذعان داشت که بخشی از راهبردهای نظم بخشی شناختی هیجان به آموزش مهارت های حل مساله، مهارت مهار خشم، شناسایی و اصلاح ارزیابی های آسیب زای شناختی و آموزش راهبردهای ارزیابی دوباره اختصاص دارد. از این رو می توان گفت که بهره گیری از راهبردهای نظم بخشی هیجان از طریق فنون یاد شده باعث می شود که این افراد بتوانند در شرایط پر فشار و پر تنش حاصله از مشکلات روانی، عملکردی سازگارانه و انعطاف پذیرتری



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

داشته باشند. بعضی از پژوهشگران معتقدند که هیجان های مثبت، منابع روانشناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می کند؛ در مقابل فشار روانی از روش های مقابله ای موثری استفاده کند (تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸).

از آنجا که پژوهش حاضر در میان زنان مبتلا به چاقی شهر تهران صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل شود و از تعمیم نتایج به زنان چاق در دیگر شهرهای دیگر خودداری شود. این پژوهش می توانست هم به صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت های پژوهش این مورد بود. حجم نمونه پژوهش محدود به زنان مبتلا به چاقی شهر تهران بوده است، برای رفع این محدودیت پژوهش های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ های دیگر نیز اجرا شود. در پژوهش های آینده از طرح های ترکیبی (کمی و کیفی)، حجم نمونه بالاتر و روش های پیچیده تر آماری که امکان تحلیل عمیق تر و نتیجه گیری بهتر را فراهم می کنند، استفاده شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، با در نظر گرفتن مرحله پیگیری، آموزش درمان هیجان مدار در طول زمان بررسی شود تا ماندگاری نتایج مشخص شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبتنی بر اثربخشی درمان هیجان مدار به مراکز مشاوره پیشنهاد می شود روانشناسان و مشاوران مراکز خدمات درمانی و مشاوره از این رویکرد در جهت ارتقای تصور از خود در زنان مبتلا به چاقی استفاده کنند و برای مراجعان به صورت دوره ای، کلاس ها و کارگاه های آموزشی با محوریت درمان هیجان مدار شناختی برگزار گردد تا بدین طریق گامی در جهت ارتقای خودکارآمدی در آنها برداشته شود.

**منابع**

پاکیزه، علی و بهزادفر، مریم. (۱۳۹۷). نقش سیستم پاداش مغز در اضافه وزن و چاقی: بررسی نقش واسطه گری غذا خوردن هیجانی در رابطه بین حساسیت به پاداش و اضافه وزن. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱۱ (۲۵)، ۲۰-۷.

سهرابی، فاطمه؛ پاشا، رضا؛ نادری، فرح؛ عسگری، پرویز و احتشام زاده، پروین. (۱۳۹۶). بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نمایه توده بدنی و خودپنداره افراد با اضافه وزن. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۱۲ (۴)، ۵۱-۴۳.

قربانی تقلیدآباد، بهاره و تسبیح سازان مشهدی، رضا. (۱۳۹۵). رابطه مکانیزم های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی*، ۳۹ (۱۱)، ۱۷-۲۶.

موسوی امیرآباد، زهره. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر دشواری در تنظیم هیجانات و آشفتگی زناشویی زوجین. *پنجمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، قزوین.*

نیک دانش، میثم؛ دوازده امامی، محمدحسن؛ قیداری محمداسماعیل، بختیاری، مریم و محمدی، ابوالفضل. (۱۳۹۶). تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلا به بیماری های کرونری قلب: یک مطالعه تطبیقی. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، ۲۸ (۶)، ۱۹-۳.

Atadokht, A., Masoumeh, G. B., Mikaeli, N., & Samadifard, H. R. (2019). Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans. *Military Caring Sciences Journal*, *6*(3), 176-186.

Avanzi, L., Schuh, S. C., Fraccaroli, F., & van Dick, R. (2015). Why does organizational identification relate to reduced employee burnout? The mediating influence of social support and collective efficacy. *Work & Stress*, *29*(1), 1-10.

Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Vohs, K. D. (2018). The strength model of self-regulation: Conclusions from the second decade of willpower research. *Perspectives on Psychological Science*, *13*(2), 141-145.

Blümel, J. E., Chedraui, P., Aedo, S., Fica, J., Mezones-Holguín, E., Barón, G., ... & Flores, D.



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

(2015). Obesity and its relation to depressive symptoms and sedentary lifestyle in middle-aged women. *Maturitas*, *80*(1), 100-105.

Cahill, A. G., Haire-Joshu, D., Cade, W. T., Stein, R. I., Woolfolk, C. L., Moley, K., ... & Klein, S. (2018). Weight control program and gestational weight gain in disadvantaged women with overweight or obesity: a randomized clinical trial. *Obesity*, *26*(3), 485-491.

Chapman, A. L. (2019). Emotion regulation difficulties and borderline personality disorder: The moderating role of race. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *11*(4), 280.

Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, *20*(1), 37.

Conner, M. (2015). Self-efficacy, stress, and social support in retention ofstudent registered nurse anesthetists. AANA journal, 83(2), 133-138.

CWJ, B. W. M. R., & Samsudin, N. (2020). mHealth Apps Assessment among Postpartum Women with Obesity and Depression. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *8*(2).

Dai, Z. H., Xu, X. T., & Ran, Z. H. (2020). Associations Between Obesity and the Effectiveness of Anti–Tumor Necrosis Factor-α Agents in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Literature Review and Meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 1060028019900660.

Di Giunta, L., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Tramontano, C., & Caprara, G. V. (2010). Assessing perceived empathic and social self-efficacy across countries. *European Journal of Psychological Assessment*, *26*(2), 77.

Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Çalik, K. Y. (2018). The effect of maternal obesity on self-esteem and body image. *Saudi journal of biological sciences*, *25*(6), 1079-1084.

Foulstone, A. R., & Kelly, A. (2019). Enhancing Academic Self-Efficacy and Performance among Fourth-Year Psychology Students: Findings from a Short Educational Intervention. *International Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*, *13*(2), 9.

Fransen, K., Haslam, S. A., Steffens, N. K., Vanbeselaere, N., De Cuyper, B., &Boen, F. (2015). Believing in "us": Exploring leaders' capacity to enhance team confidence and performance by building a sense of shared social identity. Journal of experimental psychology: applied, 21(1), 89.

Frei, J. M., Sazhin, V., Fick, M., & Yap, K. (2020). Emotion-oriented coping style predicts self-harm in response to acute psychiatric hospitalization. *Crisis*.

Ghasemi, F., Nia, K. A., & Amiri, H. (2020). Effect of Emotion-oriented Couple Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Marital Burnout. A comparative study. *Archives of Pharmacy Practice*, *1*, 104.

Grandey, A. A., & Melloy, R. C. (2017). The state of the heart: Emotional labor as emotion regulation reviewed and revised. *Journal of occupational health psychology*, *22*(3), 407.

HR, S. (2019). Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans. *Military Caring Sciences Journal*, *6*(3), 176-186.



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]

Konttinen, H. (2020). Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1-7.

Kramer, M. P. (2019). Real-time changes in emotion regulation and loss of control eating. *Journal of health psychology*, 1359105318823242.

Kranjac, A. W., & Wagmiller, R. L. (2016). Decomposing trends in adult body mass index, obesity, and morbid obesity, 1971–2012. *Social Science & Medicine*, *167*, 37-44.

Lindberg, L., Hagman, E., Danielsson, P., Marcus, C., & Persson, M. (2020). Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. *BMC medicine*, *18*(1), 1-9.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Jama*, *311*(8), 806-814.

Paans, N. P., Bot, M., van Strien, T., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. W. (2018). Eating styles in major depressive disorder: Results from a large-scale study. *Journal of psychiatric research*, *97*, 38-46.

Paulitsch, R. G., Demenech, L. M., & Dumith, S. C. (2020). Association of depression and obesity is mediated by weight perception. *Journal of health psychology*, 1359105319897778.

Reid, C., Jones, L., Hurst, C., & Anderson, D. (2018). Examining relationships between socio-demographics and self-efficacy among registered nurses in Australia. *Collegian*, *25*(1), 57-63.

Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, *72*, 101751.

Simon, P., Connell, C., Kong, G., Morean, M. E., Cavallo, D. A., Camenga, D., & Krishnan-Sarin, S. (2015). Self-efficacy mediates treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers. *Drug & Alcohol Dependence*, *146*, e100.

Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M. L., Morelen, D., Thomassin, K., & Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of abnormal child psychology*, *46*(3), 569-580.

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *19*(1), 1-11.

Tubbs, A. S., Khader, W., Fernandez, F., & Grandner, M. A. (2020). The common denominators of sleep, obesity, and psychopathology. *Current opinion in psychology*, *34*, 84-88.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-09-07 ]