بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی

آسیه کریمی[1]، صدیقه رضایی دهنوی[2]، کمال مقتدایی[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: یکی از دلایل شایع‌تر بودن مشکلات روان‌شناختی در افراد مبتلا به چاقی، کنترل کمتر هیجانات در این افراد است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری انجام گردید. نمونه‌گیری به روش در دسترس، از بین زنان دارای شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI) بالاتر از ۲۵ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ صورت گرفت و ۲۴ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (تکنیک‌های تنظیم هیجان) و شاهد قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه ۹۰-Symptom Chek List (۹۰-SCL) جمع‌آوری گردید. گروه آزمایش ۸ جلسه آموزشی تنظیم هیجان مدل Gross را دریافت کرد؛ در حالی که گروه شاهد از این آموزش بی‌بهره بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ابعاد آسیب‌شناختی روانی نشان داد که تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب و وسواس در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵۰$)، اما این اثر در مرحله پیگیری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵۰$). همچنین، تنظیم هیجان تأثیر معنی‌داری بر کاهش افسردگی و جسمانی‌سازی در دو مرحله پیگیری و پس‌آزمون داشت ($P < ۰/۰۵۰$).

نتیجه‌گیری: آموزش تنظیم هیجان به شیوه گروهی، بر بهبود علایم آسیب‌شناختی روانی بیماران مبتلا به چاقی اثربخش است و تلویحات مهمی‌در توجه به درمان‌های گروهی تنظیم هیجان در کاهش مشکلات بیماران مبتلا به چاقی دارد.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی، هیجانات، آسیب‌شناختی روانی، بزرگسال، چاقی

ارجاع: کریمی آسیه، رضایی دهنوی صدیقه، مقتدایی کمال. **بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۵۸-۵۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۹/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۱

مقدمه

در سال‌های اخیر اضافه وزن و چاقی در میان بسیاری از جوامع و کشورها شیوع پیدا کرده است. آنچه از اطلاعات موجود برمی‌آید، این که اضافه وزن و چاقی به مسأله عمومی و ملی تبدیل شده است و به همین دلیل نیاز به راه‌حل‌های گسترده برای برخورد علمی و دقیق با آن به وضوح به چشم می‌خورد (۱). چاقی به حالتی گفته می‌شود که در آن وزن بدن ۲۰ درصد از وزن مطلوب بیشتر باشد (۲).

نگرش و رفتارها نسبت به خوردن، توسط عوامل چندگانه‌ای مانند عوامل روان‌شناختی از جمله هیجانات و استرس مشخص می‌شود و این متغیرها در شکل‌گیری اضافه وزن و چاقی نقش بسیار مهمی دارد (۳). همچنین، فرایندهای عصب- زیست‌شناختی در تنظیم خوردن از جمله کنترل رفتارهای خوردن، نشان می‌دهد که خوردن به شدت تحت تأثیر هیجانات قرار دارد. بنابراین، اگر تنظیم هیجان دچار آسیب شود، تنظیم در حیطه‌های دیگر مانند کنترل رفتارهای خوردن را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد (۴).

از دیدگاه رفتاری چندین نظریه تنظیم هیجان پیشنهاد می‌شود که نظریه خوردن هیجانی را به مثابه راهبرد مقابله در پاسخ به یک رنجیدگی روانی باید دانست (۶، ۵). این دیدگاه‌ها اشکال رفتار مرتبط با خوردن همچون اختلالات خوردن را در پاسخ به هیجانات توصیف می‌کنند (۷). در این راستا، Attia و Roberto گزارش نمودند که هیجانات منفی از جمله اضطراب، استرس و افسردگی می‌توانند عوامل پیش‌بینی کننده قوی برای پرخوری‌های هیجانی و اضافه وزن باشند (۸)؛ چنانکه اختلالات هیجانی از جمله افسردگی، وسواس، اضطراب و ترس اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی شایع‌تر است و حتی در برخی از پژوهش‌ها نرخ شیوع این اختلالات در این افراد تا ۳۷ درصد گزارش گردیده است (۹). بر اساس نظریه برانگیختگی هیجانی، پرخوری با برانگیختگی‌های هیجانی تحریک می‌شود تا سطح برانگیختگی کاهش یابد (۱۰). Leehr و همکاران نیز دریافتند که زنان دارای اضافه وزن و چاق در مقایسه با گروه سالم، خودآگاهی کمتری از هیجانات خود دارند و در تنظیم هیجانات خود با مشکل مواجه هستند (۱۱). همچنین، Czaja و همکاران نتیجه‌گیری کردند افرادی که نمی‌توانند خوردن خود را کنترل و مدیریت کنند و دچار چاقی هستند، بیشتر از

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران
۳- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
نویسنده مسؤول: آسیه کریمی
Email: asieh_karimi_6@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.8.7]

راهبردهای نامطلوب هیجانی بهره می‌برند (۱۲).

با توجه به مشکل چاقی و اختلالات همبود با آن، تاکنون طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی مانند شناختی- رفتاری، آموزش خودکارامدی، آرامش‌آموزی و هیپنوتراپی درکاهش علایم روانی و کاهش وزن بیماران مبتلا به چاقی تأثیرگذار بوده‌اند. هدف از درمان‌های روان‌شناختی اختلال چاقی این است که بتوان به مراجعان به خوبی یاد داد که بین گرسنگی هیجانی و گرسنگی فیزیولوژیک فرق بگذارند و به تکانه‌های هیجانی و نشخوارهای فکری خود از طریق غذا خوردن پاسخ ندهند (۸) و پاسخ خوردن را با پاسخ‌های مناسب‌تر دیگری جایگزین کنند و مسایل هیجانی زیربنایی را مد نظر قرار دهند. بر این اساس، درمان‌هایی که به هیجان و فرایندهای هیجانی این افراد توجه کافی نداشته باشند، نمی‌توانند در طولانی مدت اثرگذاری خود را حفظ نمایند (۱۳).

از جمله درمان‌های هیجان‌مدار که می‌تواند بر علایم روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی تأثیر داشته باشد و تاکنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، آموزش تنظیم هیجان است (۱۰). از سوی دیگر، مشخص گردیده است که فرایندهای مرتبط با تنظیم هیجان از جمله کنترل بر رفتار خوردن، به میزان زیادی تحت تأثیر هیجانات قرار دارد (۴). بنابراین، می‌توان گفت وقتی افراد دچار بی‌نظمی هیجانی می‌شوند، اغلب کنترل رفتار خوردن خود را از دست می‌دهند؛ یعنی کنترل کمتری بر خوردن در موقعیت‌های هیجانی منفی دارند و خلق منفی بیشتری را در روزهای همراه با پرخوری نشان می‌دهند (۱۴، ۱۰). بر این اساس، چاقی از لحاظ روان‌شناختی پیامدهای منفی از جمله استرس، افسردگی، اضطراب و رفتارهای آشفته خوردن را به دنبال دارد (۱۶، ۱۵). تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات و تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد (۱۴). در واقع، تنظیم هیجان به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۷).

تنظیم هیجان ممکن است برای به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجانات مثبت و منفی در پاسخ به اتفاقات محیطی ایفای نقش کند؛ چرا که فرایندهای فیزیولوژیک، رفتاری و تجربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). Aldao و همکاران در بسط نظریه‌های مربوط به تکنیک‌های تنظیم هیجان، اظهار داشتند که اختلال و آشفتگی در هیجان‌ها و تنظیم آن‌ها به دلیل اهمیت ذاتی‌شان در زندگی روزمره، پیامدهای آسیب‌شناختی زیادی را به همراه خواهد داشت (۱۹). تنظیم هیجان سازگارانه با بهزیستی روان‌شناختی و تعاملات اجتماعی مثبت (۲۰) و مدیریت و کنترل موقعیت‌های استرس‌زا (۲۱) مرتبط است. در بعد مداخله‌های مبتنی بر تنظیم هیجان، پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است، اما پژوهش‌های گوناگون حاکی از اثر معنی‌دار این روش آموزشی بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی افراد گوناگون است. نتایج مطالعه Gratz و Gunderson نشان داد که مداخله گروهی تنظیم هیجان، تأثیر مثبتی بر کاهش رفتارهای خودمخرب و نشانه‌های ویژه اختلال شخصیت مرزی مانند کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس دارد (۲۲). در راستای نتایج مذکور، بررسی‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش اضطراب و افسردگی که واکنش‌هایی روان‌شناختی به استرس‌های زندگی محسوب می‌شوند، مؤثر باشد (۲۳). همچنین، کارایی این روش آموزشی در بهبود سلامت روان دختران (۲۴)، افزایش خودادراکی و باورهای خودکارامدی (۲۵) و کاهش محدودیت‌های تغذیه‌ای آسیب‌رسان (۲۶) تأیید شده است.

با توجه به مطالب بیان شده، چاقی و اضافه وزن تحت تأثیر حالات روان‌شناختی افراد قرار دارد. از طرف دیگر، از جمله متغیرهای روان‌شناختی که بیشترین پژوهش در این حوزه را به خود اختصاص داده، اما از بعد مداخله‌ای و آموزشی کمتر مورد استفاده قرار گرفته است، بحث تنظیم هیجان می‌باشد. بنابراین، سؤالی که پژوهش حاضر درصدد پاسخ دادن به آن است، این بود که آیا روش درمانی تنظیم هیجان در کاهش علایم روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی اثربخش می‌باشد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود که طرح آن به صورت دو گروهی (آزمایش و شاهد) و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماهه) اجرا شد. جامعه آماری مطالعه را کلیه زنان چاق شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ که به درمانگاه شبانه‌روزی پاسارگاد ملک‌شهر مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. در ابتدا روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود؛ چرا که فقط کسانی در پژوهش شرکت داده شدند که به مرکز یاد شده به عنوان بیماران دارای اختلال چاقی مراجعه نموده بودند. سپس بیماران توسط متخصص تغذیه مورد مصاحبه و ارزیابی بالینی قرار گرفتند که در طی این فرایند با استفاده از ملاک تشخیصی و شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI)، کسانی که چاق تشخیص داده شدند (نمرات بالای ۲۵) باقی ماندند که در گام آخر ۳۰ نفر از این افراد به صورت تصادفی انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد قرار گرفتند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه شاهد).

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به گروه‌ها عبارت از دارا بودن اختلال چاقی بر اساس معاینه بالینی متخصص تغذیه، نداشتن مشکلات روان‌شناختی حاد و مزمن، داشتن حداقل مدرک دیپلم برای هر بیمار، جنسیت زن، دامنه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال و عدم شرکت در دوره‌های روان‌درمانی طی ۶ ماه اخیر بود. ملاک خروج آزمودنی‌ها، داشتن بیماری خاصی دال بر چاقی و عدم رضایت برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. پس از این فرایند، افراد گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و در طی ۲/۵ ماه مداخله آموزشی تنظیم هیجان مدل Gross (۱۴) را در محل درمانگاه شبانه‌روزی پاسارگاد ملک‌شهر اصفهان دریافت نمودند که شرح جلسات در جدول ۱ ارایه شده است. پس از اتمام جلسات آموزشی، افراد هر دو گروه به وسیله پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. لازم به ذکر است که آزمون پیگیری پس از دو ماه صورت پذیرفت تا مشخص گردد که کارایی و تأثیر آموزش تنظیم هیجان در طول زمان چه اثری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی دارد؟

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش در ادامه به تفصیل آمده است.

۱- برگ اطلاعات جمعیت‌شناختی: اطلاعات فردی و جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان شامل سن، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و طول مدت بیماری از طریق برگ اطلاعات جمع‌آوری شد.

۲- پرسش‌نامه ۹۰-Symptom Chek List-۹۰ (SCL-۹۰): این مقیاس برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ توسط Derogatis و Cleary بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی قبلی به شکل فعلی ارایه و معرفی شد (۲۷). آزمون مذکور شامل ۹۰ ماده در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (صفر = هیچ، ۱ = کمی، ۲ = تا حدی، ۳ = زیاد و ۴ = به شدت) می‌باشد و ۹ بعد

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.8.7]

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش تنظیم هیجانی (با اقتباس از مدل Gross)

جلسات	شرح جلسه
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از تنظیم هیجان در زندگی
جلسه دوم	تعریف هیجان، شناخت انواع هیجان و توضیح در مورد فرایند بیولوژیک ایجاد هیجان و اثرگذاری هیجان بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن انواع هیجانات تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده
جلسه سوم	آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی‌بخش و غفلت از نگرانی
جلسه چهارم	آموزش راه‌های کاهش هیجانات منفی، آموزش آگاهی از تجربیات منفی و کاهش هیجانات منفی از طریق خواب کافی، تلاش برای به دست گرفتن کنترل زندگی، تغذیه صحیح و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک
جلسه پنجم	توجه آگاهانه به هیجان فعلی، توجه کامل به هیجان مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان
جلسه ششم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت و منفی، آموزش ارزیابی از هیجانات و توجه به پیامدهای هر هیجان و تلاش برای ابراز مناسب و بازداری از ابراز نامناسب هیجان
جلسه هفتم	آموزش تغییر هیجانات منفی از طریق عمل بر خلاف هیجان تجربه شده مانند ترس، عصبانیت و استرس
جلسه هشتم	جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون

علایم روان‌پزشکی شامل «شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی» را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این مقیاس ۷ ماده اضافی نیز وجود دارد که در هیچ یک از موارد یاد شده طبقه‌بندی نشده است. آزمون SCL-۹۰ حالت‌های فرد را از یک هفته پیش مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای تعیین شروع علایم روان‌پزشکی در هر حیطه، از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمرات ۲/۵ و بالاتر از آن در هر حیطه به عنوان حالت مرضی محسوب می‌گردد. پایایی و روایی این ابزار در مطالعات داخل کشور مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. مصطفی‌نژاد و همکاران پایایی ۰/۸۸ را برای این پرسش‌نامه گزارش نمودند (۲۸). در سایر مطالعات، پایایی ۰/۹۴ و ۰/۸۶ نیز به دست آمده است (۲۹، ۲۷). پایایی زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۶ محاسبه گردید.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که ۳۹ درصد افراد مورد بررسی (۱۲ نفر) سن بین ۴۰-۳۰ سال داشتند و افراد ۳۰-۲۰ سال (۷ نفر، ۲۸ درصد) در رتبه بعدی بودند. همچنین، میانگین سنی شرکت کنندگان ۹/۶۱ ± ۳۷/۹۲ سال به دست آمد. بیشتر نمونه‌ها (۱۹ نفر،۶۳ درصد) متأهل بودند. همچنین، بیشترین فراوانی (۹ نفر، ۳۶ درصد) مربوط به افراد با سطح تحصیلات کارشناسی و کمترین فراوانی، مربوط به افراد با سطح تحصیلات ابتدایی و کارشناسی ارشد (هرکدام ۱ نفر، ۴ درصد) بود. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارایه شده است.

به منظور بررسی معنی‌داری آماری تفاوت‌های ملاحظه شده در میانگین‌ها و پاسخگویی به فرضیات پژوهش، میانگین گروه‌های آزمایش و شاهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با کنترل اثر پیش‌آزمون با آزمون تحلیل کواریانس (کنترل نمرات پیش‌آزمون) مورد تحلیل قرار گرفت. قبل از ارایه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون Kolmogorove-Smirnov بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($P > ۰/۰۵۰$). همچنین، پیش‌فرض همگنی واریانس نیز با استفاده از آزمون Levene مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر عدم معنی‌داری مقدار P بود و نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > ۰/۰۵۰$).

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مؤلفه‌های پژوهش

متغیر	نوبت ارزیابی	گروه شاهد	گروه آزمایش
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون	۱/۴۸ ± ۰/۹۹	۰/۸۶ ± ۰/۶۷
	پس‌آزمون	۱/۲۲ ± ۰/۷۴	۰/۶۱ ± ۰/۵۳
	پیگیری	۱/۴۰ ± ۰/۸۵	۰/۴۷ ± ۰/۳۸
افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۷۸ ± ۰/۸۸	۱/۳۱ ± ۰/۹۰
	پس‌آزمون	۱/۶۰ ± ۰/۷۱	۰/۸۳ ± ۰/۴۹
	پیگیری	۱/۶۶ ± ۰/۸۹	۰/۵۵ ± ۰/۳۴
وسواس	پیش‌آزمون	۱/۳۴ ± ۰/۸۸	۱/۱۸ ± ۰/۶۲
	پس‌آزمون	۱/۲۰ ± ۰/۸۷	۰/۸۰ ± ۰/۵۵
	پیگیری	۱/۲۷ ± ۱/۰۱	۰/۵۸ ± ۰/۴۸
جسمانی‌سازی	پیش‌آزمون	۱/۵۸ ± ۱/۰۴	۱/۳۵ ± ۰/۷۹
	پس‌آزمون	۱/۳۰ ± ۰/۵۳	۰/۷۴ ± ۰/۴۲
	پیگیری	۱/۳۶ ± ۰/۸۹	۰/۷۴ ± ۰/۴۱

بر اساس داده‌های جدول ۳، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میزان اضطراب و وسواس گروه‌ها (آزمایش و شاهد) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بنابراین، آموزش گروهی تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب و وسواس زنان مبتلا به چاقی در مرحله پس‌آزمون اثربخش نبود، اما بین میزان افسردگی و جسمانی‌سازی گروه‌ها (آزمایش و شاهد) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده شد و با توجه به جدول میانگین‌ها (جدول ۲)، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی تنظیم هیجان بر کاهش افسردگی و جسمانی‌سازی زنان مبتلا به چاقی در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده است. علاوه بر این، در مرحله پیگیری، در همه علایم روان‌شناختی شامل اضطراب، افسردگی، وسواس و جسمانی‌سازی بین گروه‌ها (آزمایش و شاهد) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بنابراین، با توجه به جدول میانگین‌ها (جدول ۲) می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش گروهی تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب، افسردگی، وسواس و جسمانی‌سازی زنان مبتلا به چاقی در مرحله پیگیری اثربخش بود.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.8.7]

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس جهت بررسی تأثیر متغیر گروه‌بندی بر میزان علایم روان‌شناختی

متغیر	نوبت ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	اندازه اثر
اضطراب	پس‌آزمون	۰/۸۳	۱	۰/۸۳	۲/۳۴	۰/۱۴۰	۰/۰۹
	پیگیری	۱/۷۵	۱	۱/۵۵	۷/۹۱	۰/۰۱۰	۰/۲۶
افسردگی	پس‌آزمون	۲/۴۰	۱	۲/۴۰	۶/۷۶	۰/۰۱۰	۰/۲۳
	پیگیری	۵/۲۱	۱	۵/۲۱	۱۱/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۳۵
وسواس	پس‌آزمون	۰/۵۴	۱	۰/۵۴	۱/۵۷	۰/۲۲۰	۰/۰۶
	پیگیری	۱/۹۱	۱	۱/۹۱	۶/۵۰	۰/۰۱۰	۰/۲۲
جسمانی‌سازی	پس‌آزمون	۱/۵۰	۱	۱/۵۰	۹/۰۷	۰/۰۰۶	۰/۲۹
	پیگیری	۱/۵۱	۱	۱/۵۱	۵/۱۹	۰/۰۳۰	۰/۱۹

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجان بر علایم آسیب‌شناختی روانی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس و جسمانی‌سازی در زنان چاق شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب و وسواس در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار نبوده است، اما این ارتباط در مرحله پیگیری معنی‌دار گزارش شد. همچنین، اثر تنظیم هیجان بر کاهش افسردگی و جسمانی‌سازی در دو مرحله پیگیری و پس‌آزمون معنی‌دار بود.

تنظیم هیجان باعث تعدیل ارزشیابی‌ها و واکنش‌های ذهنی فرد است؛ به صورتی که منجر به واکنش‌های مناسب در ابعاد شناختی، انگیزشی و رفتاری می‌شود (۱۸). در راستای نتایج به دست آمده، بررسی‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش اضطراب و افسردگی که واکنش‌هایی روان‌شناختی به استرس‌های زندگی محسوب می‌شوند، مؤثر باشد (۳۰، ۲۳). Tortella-Feliu و همکاران گزارش نمودند که توانایی در مدیریت تنظیم هیجان، رابطه معکوسی با نشانه‌ها و علایم اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب دارد (۳۰). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی، سلامت جسمانی و روابط بین فردی مؤثر تأثیر می‌گذارد (۲۳)؛ به طوری‌که نشانه‌های نارسایی تنظیم هیجان در بیش از نیمی از اختلالات روان‌شناختی همچون اختلالات اضطرابی و در تمامی اختلالات شخصیتی اتفاق می‌افتد (۱۷). نتایج تحقیق Kusche و Greenberg گزارش کرد که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان نه تنها سبب سازش یافتگی افراد می‌شود، بلکه افسردگی و هیجانات منفی را کاهش می‌دهد (۳۱) و از سوی دیگر، مشخص شده است که فرایندهای مرتبط با خودتنظیمی از جمله کنترل بر رفتار خوردن، به میزان زیادی تحت تأثیر هیجانات هستند (۴). بنابراین، می‌توان گفت وقتی افراد در تنظیم هیجانات خود ناتوان می‌شوند، در کنترل رفتار خوردن دچار مشکل می‌شوند؛ یعنی نمی‌توانند کنترل رفتار خوردن را در موقعیت‌های هیجانی منفی مدیریت نمایند و خلق منفی بیشتری همچون اضطراب و افسردگی را در موقعیت‌های همراه با پرخوری نشان می‌دهند (۳۱).

نتایج ابعاد روان‌شناختی نیز نشان داد که اثر تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر در راستای یافته‌های مطالعه Gross و John (۲۱) می‌باشد. آن‌ها نشان دادند که مداخله گروهی تنظیم هیجان، تأثیر مثبتی بر کاهش اضطراب و استرس دارد. همچنین، Dogan و همکاران ثابت کردند که افراد مبتلا به چاقی، از غذا خوردن هیجانی به عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند (۳۲). بنابراین، آموزش تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن افراد دارای اضافه وزن از هیجانات مثبت و منفی و پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی‌در کاهش پرخوری عصبی و اضطراب داشته باشد.

نتیجه حاضر در زمینه اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجان بر افسردگی در راستای نتایج تحقیقات دیگر مانند McGee و همکاران (۳۳)، Carver و همکاران (۳۴)، Aldo و Nolen-Hoeksema (۳۵) و Demet Ongen (۳۶)، گزارش نمود که تنظیم هیجان ارتباط مستقیمی با افسردگی افراد دارد. در تبیین نتیجه حاضر شاید بتوان گفت که در آموزش گروهی تنظیم هیجان، بر عدم سرکوب ابراز هیجان و استفاده از ارزیابی مجدد تأکید می‌گردد و افراد آموزش می‌بینند که نه تنها از هیجانات اجتناب نکنند، بلکه از سرکوب آن‌ها نیز دست بردارند و این در صورتی است که در پژوهش‌های زیادی بیان شده است که از مؤلفه‌های اصلی و مسبب و تداوم‌بخش افسردگی، سرکوب هیجانات است (۳۷، ۳۶). علاوه بر این، در درمان تنظیم هیجان تأکید زیادی به شناسایی هیجانات و آگاهی از آن‌ها می‌شود و این امر کمک می‌کند که فرد درک و فهم بیشتر و روشن‌تری از هیجانات خود داشته باشد و این مسأله نیز بر افسردگی افراد تأثیر دارد؛ چرا که افراد افسرده درک و آگاهی کمی از هیجانات خود دارند (۳۸).

در تبیین چگونگی اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر باورهای وسواسی، شاید بتوان گفت که نتایج برخی مطالعات نشان داده است، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (Obsessive-Compulsive Disorder یا OCD) در مقایسه با گروه سالم، نمرات بالاتری در دشواری‌های تنظیم هیجان کسب کردند (۴۰، ۳۹). نتایج پژوهش‌های Allen و Barlow (۴۰) و Gencoz و Aka (۴۱) حاکی از آن بود که بین راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان و نشانه‌های OCD رابطه مثبتی وجود دارد. بنابراین، انتظار می‌رود دشواری در تنظیم هیجان، پیش‌بینی کننده نشانه‌های OCD و به دنبال آن باورهای وسواسی را فراهم آورد. آموزش گروهی تنظیم هیجان به افراد مبتلا به چاقی کمک کرد تا با کنترل و مدیریت هیجان‌های منفی و مثبت و مقابله کارامد با آن‌ها در موقعیت‌های برانگیزاننده افکار و تکانه‌های وسواسی،آن‌ها راکنترل کنند و در دام راهبردهای سازش نایافته همچون خوردن، جهت پاسخ به هیجان‌ها گرفتار نشوند.

در تبیین نتیجه حاضر در زمینه اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجان بر جسمانی‌سازی شاید بتوان گفت که مروری بر یافته‌های موجود نشان می‌دهد که

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.8.7]

یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به چاقی، مشکلات و کاستی‌های وسیع آن‌ها در حوزه هیجان‌ها می‌باشد. نارساکنش‌وری‌های هیجانی در رویارویی با حوادث تنیدگی‌زا، از جمله هسته‌های اساسی آسیب‌شناسی روانی می‌باشد که در دیدگاه روان تحلیلگری با عنوان مکانیزم‌های دفاعی دسته‌بندی شده است. به عبارت دیگر، برای مقابله با فراخوانی هیجان‌های مختلف، افراد از الگوها و سبک‌های دفاعی خاصی استفاده می‌کنند (۴۲). در این راستا، Castelnuovo-Tedesco و Whisnant Reiser (۴۳) و Zoccali و همکاران (۴۴) نشان دادند که مکانیزم جسمانی‌سازی در بین افراد مبتلا به چاقی و دارای اضافه وزن شایع است و این احتمال وجود دارد که آن‌ها به استفاده از این مکانیسم تمایل دارند تا از خود در مقابل هیجانات افسرده کننده و سایق‌های پرخاشگری که تمایل به بازداری و فرافکنی آن‌ها به سمت شی خارجی و همچنین، جایگزینی آن با پرخوری است، محافظت کنند. بنابراین، شاید با مدیریت و تنظیم هیجانات این افراد، استفاده از مکانیزم جسمانی‌سازی آن‌ها کاهش یابد.

آموزش تنظیم هیجان به طور خاص برای آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانات سازگارانه طراحی شده است و می‌تواند برای هدف قرار دادن رفتارهایی که نتیجه بی‌نظمی هیجانی است، مؤثر باشد (۴۳). بنابراین، با توجه به این‌که جسمانی‌سازی ناشی از بروز نقص و نارسایی در سیستم هیجانات می‌باشد و از طرف دیگر، عواطف و هیجانات ارتباط تنگاتنگی با اختلالات خوردن دارند و این که درمان تنظیم هیجان بر مدیریت، کنترل و تنظیم هیجانات متمرکز است و افراد مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری در مدیریت سطوح هیجانی خود مشکل دارند، در پژوهش حاضر و در بخش مهارت‌آموزی تنظیم هیجان بر این مورد تمرکز شد و شاید این مسایل دلیل کاهش فرایند جسمانی‌سازی در افراد باشد. پژوهش حاضر مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان به محدودیت جنسیتی (پژوهش بر روی زنان)، دامنه سنی (۲۵ تا ۶۰ سال) و جغرافیایی (پژوهش در شهر اصفهان) اشاره نمود که بر اساس آن، باید احتیاط‌های لازم در تعمیم نتایج پژوهش صورت گیرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۱۵۰۲۰۷۰۱۹۳۱۰۲۲، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد می‌باشد. بدین وسیله از جناب آقای دکتر خسرو نظری، مدیریت درمانگاه شبانه روزی پاسارگاد ملک شهر که در جمع آوری گروه نمونه و فضای مورد نیاز همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Tuschen-Caffier B, Vogele C, Bracht S, Hilbert A. Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. Behav Res Ther 2003; 41(5): 573-86.
2. DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. Eat Behav 2009; 10(2): 134-6.
3. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. Mayo Clin Proc 2010; 85(8): 746-51.
4. Heatherton TF, Wagner DD. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. Trends Cogn Sci 2011; 15(3): 132-9.
5. Bennett J, Greene G, Schwartz-Barcott D. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. Appetite 2013; 60(1): 187-92.
6. Bruch H. Eating disorders; obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York, NY: Basic Books; 1973.
7. Rommel D, Nandrino JL, Ducro C, Andrieux S, Delecourt F, Antoine P. Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. Appetite 2012; 59(1): 21-6.
8. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? Int J Eat Disord 2009; 42(7): 581-9.
9. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: Science, policy, and action. Lancet 2011; 378(9793): 838-47.
10. Pine CJ. Anxiety and eating behavior in obese and nonobese American Indians and white Americans. J Pers Soc Psychol 1985; 49(3): 774-80.
11. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. Neurosci Biobehav Rev 2015; 49: 125-34.
12. Czaja J, Rief W, Hilbert A. Emotion regulation and binge eating in children. Int J Eat Disord 2009; 42(4): 356-62.
13. Houman F, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Khajeddin N, Zargar Y. The effects of cognitive behavior group therapy on binge eating disorder and in women of Ahvaz overeating anonymous. Jundishapur Sci Med J 2011; 10(4): 417-25. [In Persian].
14. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: timing is everything. Curr Dir Psychol Sci 2001; 10(6): 214-9.
15. Pearl RL, Puhl RM. Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the modified weight bias internalization scale. Body Image 2014; 11(1): 89-92.
16. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. Obesity (Silver Spring) 2014; 22(5): E142-E148.
17. Vohs KD, Baumeister RF. Handbook of self-regulation, research, theory, and applications. New York, NY: Guilford Press; 2011.
18. Gresham D, Gullone E. Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. Pers Individ Dif 2012; 52(5): 616-21.
19. Aldao A, Jazaieri H, Goldin PR, Gross JJ. Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: interactive effects during CBT for social anxiety disorder. J Anxiety Disord 2014; 28(4): 382-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.8.7]

20. Saarni C. Emotional competence: how emotions and relationships become integrated. Nebr Symp Motiv 1988; 36: 115-82.
21. Gross JJ, John OP. Wise emotion regulation. In: Feldman Barrett L, Salovey P, Editors. The Wisdom in Feeling: Psychological Processes in Emotional Intelligence. New York, NY: Guilford Press; 2002.
22. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Behav Ther 2006; 37(1): 25-35.
23. Desrosiers A, Vine V, Curtiss J, Klemanski DH. Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms. J Affect Disord 2014; 165: 31-7.
24. Esmaeili L, Abedi MR, Najafi MR, Aghaei A, Esmaeili M. Effectiveness of emotion regulation therapy on psychological well being of epileptic girls. J Res Behave Sci 2014; 12(2): 194-204. [In Persian].
25. Meule A, Fath K, Real RG, Sütterlin S, Vogele C, Kübler A. Quality of life, emotion regulation, and heart rate variability in individuals with intellectual disabilities and concomitant impaired vision. Psych Well-Being 2013; 3: 1.
26. Haynos AF, Hill B, Fruzzetti AE. Emotion regulation training to reduce problematic dietary restriction: An experimental analysis. Appetite 2016; 103: 265-74.
27. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. J clin psychol 1977; 33(4): 981-9.
28. Mosalanefad L, Kheshti A, Gholami A. The Assessing mental Health in pregnancy and relative psychopathologic factors in Jahrom. J Jahrom Univ Med Sci 2007; 5(3-4): 23-9. [In Persian].
29. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, et al. Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. J Occup Health 2004; 46(6): 448-54.
30. Tortella-Feliu M, Balle M, Sese A. Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. J Anxiety Disord 2010; 24(7): 686-93.
31. Kusche CA, Greenberg MT. PATHS in your classroom: Promoting emotional literacy and alleviating emotional distress. In: Cohen J, Editor. Social emotional learning and the elementary school child: A guide for educators. New York, NY: Teachers College Press; 2008. p. 140-61.
32. Dogan T, Tekin EG, Katrancioglu A. Feeding your feelings: A self-report measure of emotional eating. Procedia Soc Behav Sci 2011; 15: 2074-7.
33. McGee R, Wolfe D, Olson J. Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. Dev Psychopathol 2001; 13(4): 827-46.
34. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psychol 1989; 56(2): 267-83.
35. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. Behav Res Ther 2010; 48(10): 974-83.
36. Ongen Demet E. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. Procedia Soc Behav Sci 2010; 9: 1516-23.
37. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. Emotion 2006; 6(4): 587-95.
38. Aldinger M, Stopsack M, Barnow S, Rambau S, Spitzer C, Schnell K, et al. The association between depressive symptoms and emotion recognition is moderated by emotion regulation. Psychiatry Res 2013; 205(1-2): 59-66.
39. Fernandez de la C, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S, et al. Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. J Anxiety Disord 2013; 27(2): 204-9.
40. Allen LB, Barlow DH. Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. Behav Modif 2009; 33(6): 743-62.
41. Aka BT, Gencoz T. Perceived Parenting Styles, Emotion Recognition and Regulation in Relation to Psychological Well-being. Procedia Soc Behav Sci 2014; 159: 529-33.
42. Spielberger Charles D, Reheiser Eric C. Psychological defense mechanisms, motivation and the use of tobacco. Personality and Individual Differences 2006; 41(6): 1033-43.
43. Castelnuovo-Tedesco P, Whisnant Reiser L. Compulsive eating: Obesity and related phenomena. Panel report. J Am Psychoanal Assoc 1988; 36(1): 163-71.
44. Zoccali R, Bruno A, Muscatello MR, Mico U, Corica F, Meduri M. Defense mechanisms in a sample of non-psychiatric obese subjects. Eat Behav 2008; 9(1): 120-3.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.8.7]

The Effectiveness of Emotion Regulation Techniques on Decreasing the Psychopathological Problems of Women with Obesity

Asieh Karimi[1], Sedigheh Rezaei-Dehnavi[2], Kamal Moghtadaei[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: A reason for the higher prevalence of psychological problems in individuals with obesity is their lack of emotional control. The aim of this study was the assessment of the effectiveness of emotion regulation techniques on the psychopathological problems in women with obesity.

Methods and Materials: The present clinical trial was conducted through pretest-posttest method and follow-up. From among all women with BMI of over 25 in Isfahan, Iran, in 2015, 24 women were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental (emotion regulation techniques) and control groups. Data were collected using the Symptom Checklist-90 (SCL-90) questionnaire. The collected data was analyzed using ANCOVA in SPSS software.

Findings: The results of psychopathology dimensions indicated that the effect of emotion regulation on the reduction of anxiety and obsession was not significant in the posttest stage ($P > 0.050$), but it was significant in the follow-up stage ($P < 0.050$). However, emotion regulation had a significant effect on the reduction of depression and somatization in the posttest and follow-up stages ($P < 0.050$).

Conclusions: It can be concluded that emotion regulation education is effective on the improvement of psychopathological symptoms in patients with obesity and it has some important implications in the consideration of emotion regulation group therapy in the reduction of the problems of patients with obesity.

Keywords: Group therapy, Emotions, Psychopathology, Adolescent, Obesity

Citation: Karimi A, Rezaei-Dehnavi S, Moghtadaei K. **The Effectiveness of Emotion Regulation Techniques on Decreasing the Psychopathological Problems of Women with Obesity.** J Res Behav Sci 2017; 15(1): 52-8.

Received: 19.12.2016 Accepted: 01.03.2017

1- Department of Cilinical Psychology, School of Humanities, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Isfahan, Iran
3- PhD Student, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Corresponding Author: Asieh Karimi, Email: asieh_karimi_6@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.8.7]