

مقایسه تنظیم هیجانی، خودکارآمدی در افراد فربه و عادی

الهام وفائی نژاد^۱، یار علی دوستی (نویسنده مسئول)^۲ و بهرام میرزاییان^۳

^۱دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

elhamvafaeinezhad@gmail.com

^۲استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

yarali.dousti@yahoo.com

^۳استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

bahrammirzaian@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه تنظیم هیجانی، خودکارآمدی در افراد فربه و عادی بوده است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مراجعان ۲۰ تا ۵۰ ساله مرکز تغذیه درمانگاه شبانه روزی منطقه ۵ شهرداری تهران، به تعداد ۲۰۰ نفر بود. براساس جدول کرجسی و مورگان حجم نمونه به تعداد ۱۲۰ نفر از زنان به روش غیرتصادفی (هدفمند) انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳)، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (شوآرتزر و جروسلم، ۱۹۹۵) استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و آزمون فریدمن جهت اولویت‌بندی متغیرها و در بخش آمار استنباطی آزمون میانگین دو جامعه مستقل جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. آزمون میانگین دو جامعه مستقل گویای آن است که تفاوت آماری معنی‌داری بین تنظیم هیجانی در زنان چاق و زنان عادی وجود دارد و تفاوت آماری معنی‌داری در متغیر خودکارآمدی بین این دو گروه وجود ندارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت تنظیم هیجانی افراد از جمله عوامل تاثیرگذار بر افزایش وزن در زنان ۲۰ تا ۵۰ سال است. بنابراین توجه به این مولفه‌ها در برنامه‌های پیشگیری و کاهش وزن توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجانی، خودکارآمدی، چاقی.

مقدمه

هرچند چاقی موضوع بهداشتی در بسیاری از کشورهای صنعتی جهان در قرن گذشته بوده، اما شیوع اخیر آن به قدری گسترش یافته که سازمان بهداشت جهانی^۱ آن را به عنوان اپیدمی و تهدید جهانی برای سلامتی اعلام نموده است. در این میان، بیشتر کشورهای آسیایی (از جمله ایران) در حال گذار از سبک زندگی سنتی به سبک زندگی غربی و از صنعت سنتی به صنعتی ماشینی هستند. با صنعتی شدن و پیشرفت جوامع، فعالیت‌های فیزیکی از جمله فعالیت‌های فیزیکی شغلی و ارتباطی به طور محسوس کاهش می‌یابد. هم‌زمان با آن تغییر در عادت‌های غذایی از رژیم‌های سنتی گیاهی و کربوهیدراتی به رژیم‌های پرچربی اتفاق می‌افتد. تغییرات سبک زندگی در این جوامع، شیوع اضافه وزن و چاقی را افزایش داده است. چاقی اختلال مزمنی شامل تعامل پیچیده عوامل محیطی، فرهنگی، روانی اجتماعی، متابولیکی و ژنتیکی است. چاقی به رژیم غذایی و فعالیت‌های فیزیکی مربوط بوده و این دو به همراه وراثت، برخلاف توجه زیاد رسانه‌های ارتباط جمعی به مسئله چاقی، همچنان به این مشکل عمده سلامت عمومی دامن می‌زنند (گالانی^۲، ۲۰۱۴). یکی از مفاهیمی که در برنامه‌های کاهش وزن توجه زیادی را به خود جلب کرده، مفهوم خودکارآمدی می‌باشد. خودکارآمدی معمولی به صورت گرایش روانشناختی به این باور تعریف می‌شود که فرد قادر به انجام یک فعالیت می‌باشد (چو، ۲۰۱۵؛ هرازی و ایروان، ۲۰۲۰). همانطور که جانانا (۲۰۱۶) ادعا می‌کند خودکارآمدی جای خود را به موفقیت می‌دهد. یعنی احساس خودکارآمدی قوی، افزایش عملکرد و موفقیت را پیش بینی می‌کند (نمازیاندوست و ککمک، ۲۰۲۰). آلبرت باندورا^۳ معتقد است برآورد فرد از توانایی خود در یک موقعیت خاص، بر تصمیم وی در انتخاب فعالیت‌ها و اصرار بر آن به شدت تاثیرگذار است، و به عنوان متغیری خاموش و فراموش شده در برنامه‌های کاهش وزن رفتاری تلقی می‌شود. خودکارآمدی به باور و اطمینان فرد به توانایی خود در به نمایش گذاشتن رفتاری خاص حتی در یک موقعیت وسوسه برانگیز دلالت دارد، ولی توانایی ادراک شده‌ی فرد در کنترل وزن از راه مقاومت در برابر خوردن در موقعیت‌های هیجانی مثبت و منفی، دسترسی آسان به مواد غذایی، فشارهای اجتماعی از سوی دیگران و ناراحتی‌های جسمانی می‌باشد. خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی‌کننده‌ی کاهش وزن و پیش‌بینی‌کننده‌ی موفقیت برنامه‌های کنترل وزن است و طی درمان افزایش می‌یابد. افرادی که نوسان وزن زیادی را تجربه می‌کنند، به طور معمول از سطح خودکارآمدی پایین‌تری برخوردار هستند (نویدیان، ۱۳۹۱). سبک‌های تنظیم هیجانی هم یکی از سازوکارهای مهم تغییر در درمان چاقی است (مومنی، ۱۳۹۴). تنظیم هیجان به فرآیندهایی گفته می‌شود که فرکانس، شدت و مدت زمان حالات هیجانی را تعدیل می‌کنند (گراس، ۲۰۱۴؛ وندرلین و همکاران، ۲۰۲۰). به بیان دیگر، تنظیم هیجانی به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی-روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد، تعریف می‌شود (ویمز و پینا، ۲۰۱۰) و مکانیسمی است که افراد به واسطه آن (آگاهانه یا غیرآگاهانه) هیجان‌اتشان را برای رسیدن به پیامد موردنظر تغییر می‌دهند (آلدوا، نولن هوکسما و اسپیزر، ۲۰۱۰). شواهد قانع‌کننده نشان می‌دهد که تنظیم موثر هیجان با فواید بی‌شمار در سلامتی و فواید اجتماعی-روانی مرتبط است. (جوزف و نیومن، ۲۰۱۰؛ ون در لیندن و همکاران، ۲۰۱۷؛ رستوبگ، اکامپو و ونگ، ۲۰۲۰). بر طبق دیدگاه سارنی (۱۹۸۴) منظور از تنظیم هیجان، تنظیم تجربه هیجان به وسیله مدیریت رفتار بیانگر فرد است. از آنجایی که تعریف تنظیم هیجانی شامل مدیریت رفتار علاوه بر تنظیم تجربه هیجان است، روشن است که دشواری در تنظیم هیجان فقط شامل فرایندهای عاطفی نیست، بلکه فرایندهای شناختی را نیز در برمی‌گیرد. زیرا توانایی شناختی به شکل‌گیری زندگی هیجانی در انسان کمک می‌کند (براندون، اسپچیمپل و تانگ، ۲۰۱۵).

1. World health organization

2. Galani

3. Bandura Albert

متداولترین روش آنتروپومتریک تشخیص چاقی شاخص توده وزن بدن (BMI^1) است که از تقسیم وزن به کیلوگرم به مجذور قد به دست می آید (گائینی، صمدی و خالصی، ۱۳۹۳). BMI کمتر از ۱۸٫۵ کیلوگرم بر متر مربع، کمبود وزن، ۱۸ تا ۲۵ وزن عادی، بین ۲۵ تا ۳۰ افزایش وزن و ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع به بالا چاقی در نظر گرفته می شود (وفایی، صفوی، صالحی، ۱۳۹۲).

این شاخص برای نخستین بار در قرن ۱۹ توسط یک ریاضی دان بلژیکی کشف شد، او متوجه شد در افراد با "شکل بدنی نرمال" وزن با مجذور قد تناسب دارد. از آن به بعد، به دلیل ساده بودن، BMI به طور گسترده‌ای در موقعیت های بالینی، مطالعات اپیدمیولوژیک و در اکثر مطالعاتی که افزایش چربی بدن را در افراد بررسی کرده اند، به عنوان شاخصی از چربی بدن استفاده شده است. با این حال BMI روش اندازه گیری دقیقی برای چربی بدن نیست و مهمترین عیب آن این است که فاقد قدرت تشخیص توده چربی و بدون چربی است (گائینی، صمدی و خالصی، ۱۳۹۳). در میان بزرگسالان میزان BMI برای زنان و مردان به طور مشابه تفسیر می گردد. با این حال بین ترکیب بدن افراد مختلف ممکن است تفاوت هایی وجود داشته باشد. معمولاً در بدن زنان در مقایسه با مردان چربی بیشتری ذخیره می شود. میزان چربی بدن زنان ۲۰ تا ۲۱ درصد و مردان ۱۳ تا ۱۷ درصد است. افراد سالمند در مقایسه با افراد جوان تر دارای چربی بیشتری در بدن خود هستند. میزان چربی بدن ورزشکاران نسبت به افرادی که ورزش نمی کنند، کمتر است. سازمان جهانی بهداشت^۲ (۲۰۱۹) اضافه وزن و چاقی را به عنوان تجمع چربی غیرطبیعی و یا بیش از حد که ممکن است سلامت را مختل کند، تعریف کرده 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 اضافه وزن و بیش از ۶۰۰ میلیون نفر (۱۳ درصد) مبتلا به چاقی بودند. با وجود تلاش های بسیار زیاد برای کنترل چاقی، شیوع اضافه وزن و چاقی در سراسر جهان بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۸ بیش از دو برابر شده است. در ایران، طی مطالعه‌ی گسترده‌ای که ۹۹۱ مرد و ۱۱۸۸ زن از شهرستانهای اردبیل، اصفهان، اهواز، تهران، رشت، کرمان و مشهد مشارکت داشتند، شیوع اضافه وزن در مردان ۴۹ درصد و در زنان ۵۳ درصد گزارش شد درصد از زنان چاق بودند (آقاعلی نژاد، قراخلو، فرزاد و بیاتی، ۱۳۹۲). داده‌های اخیر انتشار یافته از مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری نیز نشان می دهند که این مشکل به ویژه در میان جوانان گسترش پیدا کرده است (کارول، کیت و فلگال^۳، ۲۰۱۸). رابطه بین اضافه وزن/چاقی و اختلالات بهداشت روان کاملاً پیچیده است. همچنین شواهد نشان می دهد که افزایش بیش از حد وزن با سرعت بیشتری در این گروه رخ می دهد و با افزایش بیشتر وزن در آینده توأم است. این نگرانی وجود دارد که شروع زودتر چاقی با بهبودی کمتر و پیامدهای منفی تری همراه باشد، پیامدهایی نظیر افزایش مرگ و میر کلی و همچنین تعدادی از بیماری های مزمن، از جمله بیماری عروق کرونری قلب، دیابت نوع ۲، سرطان، فشار خون بالا، سکته مغزی، آپنه خواب، مشکلات تنفسی و آرتروز (ریزوتو و فراتیگلیونی^۴، ۲۰۱۴).

برخورداری از مهارت های سازنده تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد، کمک از دیگران، توسعه دیدگاه و پذیرش، به افراد کمک می کند که بهتر بتوانند با چالش های تهدید کننده بهزیستی هیجانی، مقابله کارآمد کنند (افتخاری، ولنر و ویجیال، ۲۰۰۹؛ برکینگ و واپرمن، ۲۰۱۷). تنظیم هیجانی را می توان جزو مهارت هایی در نظر گرفت که به افراد در مدیریت بهتر هیجانات کمک اساسی می کند. در واقع فرد می تواند بر اینکه چه هیجانی را در چه زمانی و چگونه ابراز کند تا حدی کنترل داشته باشد و بتواند واکنش های هیجانی خود را تعدیل کند (گراس، ۲۰۱۶). در نتیجه به احتمال کمتری بر، اثر مواجهه با رویدادهای استرس آور زندگی، سلامت هیجانی اش به خطر می افتد و از آشفتگی های هیجانی همچون افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری کمتری رنج می برد. خودکارآمدی باعث ایجاد روابط اجتماعی مثبت می شود و فقدان آن فرد را به کناره گیری و بیگانگی اجتماعی سوق می دهد (بندورا، پاسترولی، باربارانلی و کاپرا^۵، ۱۹۹۹)، بنابراین ناکارآمدی اجتماعی، با کاهش

1. Body Mass Index
2. World Health Organization
3. Carroll, Kit & Flegal
4. Rizzuto & Fratiglioni
5. Bandura, Pasteurli, Barbaranli and Capra

حوزه فعالیت و قابلیت‌های فرد، باعث تعامل‌های اجتماعی فاقد کیفیت می‌شود که پیامد آن احساس تنهایی و پایین آمدن خودکارآمدی اجتماعی است. فرزندان خانواده‌های عادی بیشترین میزان خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی و فرزندان خانواده‌های آسیب‌پذیر، نظیر نوجوانان بدسرپرست، کمترین میزان خودکارآمدی اجتماعی را دارند (چناری، یوسفی، ۱۳۹۳). بررسی‌های طولی نشان می‌دهد که خانواده و عوامل شناختی و رفتاری نقش مهم در جلوگیری از بروز افسردگی و خودکارآمدی نقش پیش‌بینی‌کننده در سلامت روان دارد (زیمرمان و کلری، ۲۰۱۶). چرا که مطالعات نشان داده‌اند که شایستگی و تنظیم هیجانی از مهمترین ضربه‌گیرهای اختلالات رفتاری و هیجانی و حتی شناختی به شمار می‌رود (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۳).

خودکارآمدی یکی از غنی‌ترین منابع درون فردی است که فرد را برای انجام کارهای فردی توانمند می‌سازد. براین اساس به نظر می‌رسد افراد با خودکارآمدی بالاتر بیشتر به رفتارهای خودمدیریتی و خود مراقبتی اقدام می‌کنند و در زمان برخورد با عوامل تنش‌زای تهدید کننده سلامتی، واکنش‌های مناسبتری را از خود بروز می‌دهند. از آنجایی که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفته‌گی در تنظیم هیجان می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود. در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است. زیرا انسانها با هر چه مواجه می‌شوند آن را تفسیر می‌کنند.

نتایج پژوهشی با عنوان ارتباط بین ذهن آگاهی، خود-شفقتی، مشکلات تنظیم هیجان و خوردن هیجانی در نوجوانان دارای اضافه وزن/ چاقی توسط گوویا، کاناوارو و موریرا (۲۰۱۹) نشان داد می‌دهد که مشکلات در تنظیم هیجان میانجیگر ارتباط بین ذهن آگاهی و خوردن هیجانی و ارتباط بین خودشفقتی و خوردن هیجانی می‌باشد. این پژوهش بیان می‌کند که سطح ذهن آگاهی و خودشفقتی بالاتر با مشکلات کمتری در تنظیم هیجان را به دنبال دارد، که به نوبه خود، با خوردن هیجانی کمتری را به دنبال دارد و دریافته‌اند که ذهن آگاهی و خودشفقتی ممکن است به نوجوانان مبتلا به اضافه وزن کمک کند که واکنش سازگارتری نسبت به پرباشانی هیجانی ایجاد کنند که در نتیجه ممکن است به آنها کمک کند رفتارهای غذایی سالم تری داشته باشند. نتایج تحقیق چو و کنگ (۲۰۱۵)، نشان داد که در میان زنان مبتلا به چاقی شکمی، افزایش در خودکارآمدی رژیم غذایی و رفتار تقویت کننده سلامتی، پیش بینی کننده کاهش وزن اولیه بود. مکانیسمی که توسط آن افزایش خودکارآمدی رژیم غذایی، کاهش وزن اولیه را پیش بینی می‌کند، می‌تواند تا حدی ناشی از تغییر رفتار تقویت کننده سلامتی باشد. افزایش خودکارآمدی رژیم غذایی از طریق افزایش رفتار تقویت کننده سلامتی، تأثیر غیر مستقیم قابل توجهی در کاهش وزن اولیه داشت.

براساس تلاش متخصصان حوزه سلامت در مورد درمان چاقی و اضافه وزن، برنامه‌های درمانی روانشناختی در کنار درمان‌های پزشکی و رایج مورد استفاده قرار گرفته است، که در پژوهش حاضر نیز بر این امر تأکید شده است. شایسته است مطرح نماییم که مقایسه تنظیم هیجانی و خودکارآمدی در افراد فربه و عادی، توسط دیگر پژوهشگران به کار گرفته نشده است و از این جهت این مطالعه را متمایز می‌نماید. همچنین، مقایسه‌ی این متغیرهای مذکور، تاکنون در هیچ گروهی مورد بررسی قرار نگرفته است. لذا با توجه به اهمیت مسأله از نظر گستردگی اضافه وزن در همه جوامع و در همه سنین و پیامدهای متعدد این مشکل، ضروری است روشهای جدید در این جمعیت خاص مورد بررسی قرار گیرد تا با دستیابی به روشهای درمانی مناسب، به درمان چاقی و اضافه وزن به صورت اساسی و پایدار پرداخته شود تا بر میزان موفقیت برنامه‌های کاهش وزن بیافزاید و در کنار کاهش وزن، به ارتقاء شاخصهای روانشناختی افراد مراجع مرکز تغذیه درمانگاه شبانه روزی منطقه ۵ شهرداری تهران نیز توجه اساسی گردد.

اهداف پژوهش

تعیین تفاوت بین تنظیم هیجانی در افراد فربه و عادی
تعیین تفاوت بین خودکارآمدی در افراد فربه و عادی

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر با توجه به موضوع، اهداف و فرضیه های مورد نظر از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است. جامعه آماری کلیه افراد (زن و مرد) فربه ($BMI > 30$) در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال مراجع مرکز تغذیه درمانگاه شبانه روزی منطقه ۵ شهرداری تهران به تعداد ۲۰۰ نفر را تشکیل می دهند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال و تمایل به شرکت در پژوهش، و معیار خاص ورود به گروه فربه داشتن اضافه وزن (شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع) یا چاقی (شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع)، را تشکیل دادند. نمونه اولیه این پژوهش بر اساس جدول مورگان و کرجسی شامل ۱۲۰ آزمودنی است. روش نمونه گیری به شیوه ی غیرتصادفی (هدفمند) و گروه همتا هم بر اساس ملاک سن، جنسیت و وضعیت تاهل تعیین شدند. در این تحقیق از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوآرتزر و جروسلم (۱۹۹۵) استفاده شده است.

یافته های تحقیق

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول شماره ۱ فرض نرمال بودن توزیع مقادیر برای متغیر های تحقیق در سطح خطای ۰/۰۵ تایید می شود لذا جهت آنالیز داده ها در راستای اهداف تحقیق از تحلیل پارامتریک استفاده شد که در فرضیه اصلی از تحلیل مانوا در در فرضیه ای جزئی از تحلیل آزمون t استفاده شد.

جدول ۱ بررسی نرمال بودن توزیع داده ها

متغیر	آماره کلموگروف اسمیرنوف تحت آزمون Z	مقدار احتمال
خود کار آمدی	۱/۲۰۵	۰/۱۰۹
تنظیم هیجان	۱/۳۳۳	۰/۰۰۵۷
سرکوبی تنظیم هیجان	۱/۳۵۱	۰/۰۵۲
ارزیابی مجدد تنظیم هیجان	۱/۲۵۲	۰/۰۸۷

تنظیم هیجانی و خودکارآمدی در بین افراد فربه و عادی تفاوت وجود دارد. جهت بررسی فرضیه فوق از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ تحلیل آنالیز واریانس چند متغیره

روش	مقدار شاخص شیوه آزمون	آماره f	درجه آزادی	سطح معنی داری	اندازه اثر	آزمون box'M
پیلایی	۰/۳۳۹	۱۴/۷۵۳	(۴ و ۱۱۵)	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹	
لامبداویلکنز	۰/۶۶۱	۱۴/۷۵۳	(۴ و ۱۱۵)	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹	۱۱/۰۳۷
ریشه بزرگ روی	۰/۵۱۳	۱۴/۷۵۳	(۴ و ۱۱۵)	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹	p=۰/۳۸۷
T2هتلینگ	۰/۵۱۳	۱۴/۷۵۳	(۴ و ۱۱۵)	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹	

نتایج تحلیل واریانس چند متغره تحت شیوه لامبداویلکنز که آزمونی قوی تر است نشان می دهد در سطح خطای ۰/۰۵ معنی دار می باشد یعنی بین گروه طبیعی و گروه فربه در متغیر های تحقیق در حالت کلی اختلاف معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$; $F = 14.753$ ، $df = (4 و 115)$) اندازه از چند گانه ۰/۳۹۹ بدست آمده است.

فرضیه فرعی اول: تنظیم هیجانی در بین افراد فربه و عادی تفاوت وجود دارد.

جهت بررسی فرضیه زیر از آزمون t دو جامعه استفاده شده است ابتدا فرض برابری واریانس دو گروه صورت گرفت و سپس در راستای پذیرش یا عدم پذیرش فرض برابری واریانس از آزمون t مناسب استفاده شد.

جدول ۳ مقایسه تنظیم هیجان و ابعاد آن در افراد فربه و طبیعی

متغیر	فرض برقراری واریانس		فرض برابری میانگین	
	مقدار f	مقدار احتمال	t	df
تنظیم هیجان	۷/۲۷۲	۰/۰۰۸	۷/۳۶۶	۱۱۴/۰۷
سرکوبی تنظیم هیجان	۴/۳۷۸	۰/۰۳۹	۶/۲۶۷	۱۱۵/۲۹
ارزیابی مجدد تنظیم هیجان	۴/۴۹۷	۰/۰۳۶	۶/۱۱۰	۱۱۳/۳۵

بررسی نتایج از جدول ۳ نشان داد در سطح خطای ۰/۰۵ تحت فرض عدم برابری واریانس بین دو گروه فربه و عادی از نظر سطح میانگین متغیر تنظیم هیجان (کل) اختلاف معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$ ، $t = ۷/۳۶۶$ ، $df = ۱۱۴/۰۷$). همچنین بررسی ابعاد نشان داد در بعد سرکوبی تنظیم هیجان در سطح خطای ۰/۰۵ تحت فرض عدم برابری واریانس بین دو گروه فربه و عادی از نظر سطح میانگین اختلاف معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$ ، $t = ۶/۲۶۷$ ، $df = ۱۱۵/۲۹$). بررسی بعد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان در سطح خطای ۰/۰۵ تحت فرض عدم برابری واریانس بین دو گروه فربه و عادی از نظر سطح میانگین اختلاف معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$ ، $t = ۶/۱۱۰$ ، $df = ۱۱۳/۳۵$). بنابراین نمره تنظیم هیجانی و ابعاد آن در گروه عادی بالاتر از گروه فربه می باشد.

فرضیه فرعی دوم: خودکارآمدی در بین افراد فربه و عادی تفاوت وجود دارد.

جهت بررسی فرضیه زیر از آزمون t دو جامعه استفاده شده است ابتدا فرض برابری واریانس دو گروه صورت گرفت و سپس در راستای پذیرش یا عدم پذیرش فرض برابری واریانس از آزمون t مناسب استفاده شد.

جدول ۴ مقایسه خودکارآمدی در افراد فربه و طبیعی

متغیر	فرض برقراری واریانس		فرض برابری میانگین	
	مقدار f	مقدار احتمال	t	df
خود کار آمدی	۰/۰۲۱	۰/۸۸۵	۱/۹۰۸	۱۱۸

بررسی نتایج از جدول ۴ نشان داد در سطح خطای ۰/۰۵ تحت فرض برابری واریانس بین دو گروه فربه و عادی از نظر سطح میانگین متغیر خودکارآمدی اختلاف معنی داری وجود ندارد ($p = ۰/۰۵۹$ ، $t = ۱/۹۰۸$ ، $df = ۱۱۸$). علی رقم اینکه سطح میانگین گروه عادی از گروه فربه بالاتر بود ولی اختلاف آماری معنی داری بین آنها وجود ندارد.

نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از آزمون میانگین دو جامعه مستقل نشان می‌دهد میانگین (\pm انحراف معیار) تنظیم هیجانی در افراد فربه برابر $۹/۷۸ \pm ۳۷/۲۳$ و تنظیم هیجانی در افراد عادی برابر $۸/۱۱ \pm ۴۹/۳۲$ بوده و این مقدار با توجه به نتیجه آزمون نشاندهنده این است که میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجانی در افراد عادی بیشتر از افراد فربه می باشد. در سطح خطای ۰/۰۵ تحت فرض عدم برابری واریانس بین دو گروه فربه و عادی از نظر سطح میانگین متغیر تنظیم هیجان اختلاف معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$ ، $t = ۷/۳۶۶$ ، $df = ۱۱۴/۰۷$).

هیجانها جزء لاینفک رویدادهای زندگی هر فرد به شمار می‌آیند. بر این اساس برای پژوهش‌های انسانی چه در حیطه درمان در صورت وجود نابهنجاری و چه در حیطه بهزیستی در صورت سلامت، همواره باید موضوع هیجانها مورد توجه قرار گیرد. در این میان، افراد دارای اضافه وزن که یک وضعیت مزمن نابهنجاری فیزیولوژیک و روانشناختی را تحمل می‌کنند، بیشتر دچار

مشکلات هیجانی هستند. در نتیجه برای درمان و کمک به این گروه باید در حیطه مدیریت هیجانی اقداماتی انجام گیرد. از طرفی، با اهمیتی که روابط بین فردی در زندگی افراد، به عنوان موجودات اجتماعی دارد و خاصه افراد چاق که به داشتن روابط بین فردی، نیاز روانی بیشتری دارند، توجه به این حیطه در راستای درمان چاقی در کنار صرفه‌جوییهای مالی، بسیار مهم و حیاتی است.

یکی از مداخلات روانشناختی که می‌تواند این جمعیت خاص را هدف قرار دهد، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندها اشاره دارد که افراد از طریق آنها به دنبال نظارت، ارزیابی و هدایت مجدد جریان خودکار هیجان‌ها، فرورنشانی مطابق با نیازها و اهداف خود هستند. یافته‌های پژوهش نشان دادند مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان، اثربخشی لازم را بر وزن افراد عادی و چاق داشته است. این نتایج نیز همسو با نتایج پژوهش زبردست و همکاران (۲۰۱۵) است که آموزش مدیریت هیجان، مهارت‌های تنظیم هیجانی را بهبود بخشیده و منجر به کاهش وزن در زنان چاق و عادی شد. در پژوهش کریستاکس^۱ و همکاران (۲۰۱۳) اثربخشی یک برنامه مدیریت استرس ۸ هفته‌ای که شامل آرام سازی پیش‌رونده عضلات و تنفس دیافراگمی بود، بر کاهش وزن و رفتار خوردن در نمونه‌ای از زنان دچار اضافه‌وزن و چاقی بررسی شد و نتایج آن نشان داد که مدیریت استرس منجر به کاهش وزن و نمایه توده بدنی در این افراد شده است. این یافته با نتایج تحقیق رضایی و همکاران (۱۳۹۸)، زبردست و همکاران (۲۰۱۵)، کریستاکس و همکاران (۲۰۱۳) و گوویا و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد.

یافته‌های حاصل از آزمون میانگین دو جامعه مستقل نشان می‌دهد که میانگین (\pm انحراف معیار) خودکارآمدی در افراد فربه برابر $۲۷/۰۲ \pm ۴/۷۲$ و خودکارآمدی در افراد عادی برابر $۴/۹۴ \pm ۲۸/۷۰$ بوده است. با توجه به نتیجه آزمون، در سطح خطای $۰/۰۵$ تحت فرض برابری واریانس بین دو گروه فربه و عادی از نظر سطح میانگین متغیر خودکارآمدی اختلاف معنی داری وجود ندارد ($t= ۱/۹۰۸$, $df=۱۱۸$, $p=۰/۰۵۹$). علی‌رغم اینکه سطح میانگین گروه عادی از گروه فربه بالاتر بود ولی اختلاف آماری معنی داری بین آنها وجود ندارد.

محققان بیان داشته‌اند که خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی کننده‌ی کاهش وزن و پیش‌بینی کننده‌ی موفقیت برنامه کنترل وزن است و طی درمان افزایش می‌یابد. افرادی که نوسان وزن زیادی را تجربه می‌کنند، معمولاً خودکارآمدی پایین‌تری دارند. در پژوهشی ۷۱ درصد از آزمودنی‌ها عدم خودکارآمدی را به عنوان مهمترین مانع پایبندی به رژیم غذایی کاهش وزن نام برده‌اند. افسردگی، هیجان‌های منفی، تنش، احساس غمگینی، داغ دیدگی، فقدان انگیزه عدم تمایل به تعهد را مهمترین عامل عدم پایبندی به کاهش وزن نام برده‌اند (نویدیان و همکاران، ۱۳۹۱).

با توجه به یافته‌های مطالعه اخیر که سطح میانگین خودکارآمدی گروه عادی از گروه فربه بالاتر بود ولی اختلاف آماری معنی داری بین آنها وجود ندارد، می‌توان تبیین کرد که تنظیم هیجان در افراد دارای اضافه‌وزن کمتر از افراد عادی می‌باشد، اما خودکارآمدی افراد فربه تفاوت معنی داری با افراد عادی ندارد و این افراد در انجام تکالیف روزمره در حد متوسط جامعه احساس موفقیت دارند و حس خودکارآمدی متوسط جامعه را دارا هستند. این یافته با نتایج تحقیق چو و کنگ (۲۰۱۵)، ایم و همکاران (۲۰۱۷)، امیری زاده و همکاران (۱۳۹۵) و نویدیان و همکاران، ۱۳۹۱ همخوانی ندارد.

پیشنهاد‌های تحقیق

- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تاثیر تنظیم هیجان را در متغیرهای چون سلامت روان، شادکامی، خودکارآمدی، عزت نفس، افسردگی و گرایش به پرخوری نیز بررسی کنند.
- پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بیشتری در زمینه تنظیم هیجانی، خودکارآمدی و همچنین مولفه‌های آنها انجام گردد.
- به منظور اطمینان بیشتر، تکرار پژوهش با استفاده از آزمون‌های دیگر و ... در نمونه‌های گسترده‌تر توسط پژوهشگران دیگر صورت بگیرد.

¹ Christaki

- برای افزایش تعمیم پذیری داده ها لازم است این پژوهش در جوامع دیگر مورد بررسی قرار گیرد.
 - به محققان بعدی پیشنهاد می شود تا آنجایی که می توانند متغیرهای مزاحمی که در اینجا به آنها اشاره نشده است و به ذهن پژوهشگران می رسد، کنترل کنند و جامعه های با میزان تناسب بیشتر را در اختیار داشته باشند، تا تحقیق و پژوهش دقیق تری را انجام دهند و بتوانند آن را به جامعه تعمیم دهند.

منابع

آقاعلی نژاد، حمید؛ قراخانلو، رضا؛ فرزاد، بابک و بیاتی، مهدی (۱۳۹۲). هنجارهای اندازه های پیکری، ترکیب بدنی و شیوع اضافه وزن و چاقی در جمعیت های شهری ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، بهمن و اسفند، ۱۵ (۶)؛ ۱۸ - ۲۷.
 سمیرا چناری، فریده یوسفی، (۱۳۹۳). ابعاد خودکارآمدی نوجوانان در گونه های مختلف خانواده در مدل بافت نگر فرآیند و محتوای خانواده، فصلنامه روشها و مدل های روان شناختی، ۵ (۱۸)، ۱-۲۴.
 عبدی، سلمان؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ فتحی، حیدر (۱۳۸۹). رابطه سبک های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی، ۸ (۴)، ۲۶۴ - ۲۵۸.
 قنبری، سحر؛ سلجوقی، فاطمه؛ قربانی، عاطفه؛ کریم زاده، سارا (۱۳۹۷). مقایسه میزان خودکارآمدی در تعامل با همسال میان کودکان دبستانی چاق، دارای اضافه وزن و کودکان عادی در شهرستان شیراز. ۷ (۲). تابستان ۱۳۹۷. ۷۶-۸۲.
 کاظمی رضایی، علی؛ خوش سرور، سحر؛ نوری، ربابه (۱۳۹۸). نقش تشخیصی باورهای فراشناختی، دشواری در تنظیم هیجان و هم وابستگی در زنان مبتلا به چاقی، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۲ (۴)، ۸۶-۹۷.
 گایینی، عباسعلی؛ صمدی، علی؛ خالصی، مریم (۱۳۹۳). شاخص توده چربی بدن (FMI) در مقایسه با شاخص توده وزن بدن (BMI) در تعیین چاقی کودکان پیش دبستانی، مجله علوم پزشکی رازی، ۲۱ (۱۲۰)، ۵۳-۶۰.
 مومنی، فرشته (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، اضطراب و مشکلات تنظیم هیجانی دختران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در خوابگاه های دانشجویی، مجله علوم تحقیقات رفتاری. ۱ (۴۳)، ۶۴-۷۱.
 وزیر یزدی، سعید؛ دهقانی، فهیمه؛ بزاز، منصوره (۱۳۹۷). رابطه بین صمیمیت با همسر و خودکارآمدی عمومی با افسردگی پس از زایمان در نخستین زایمان در شهر یزد سال ۱۳۹۵، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۲۵ (۴)، ۵۵۵-۵۶۱.

Aimé, A., Villatte, A., Cyr, C., & Marcotte, D. (2017). Can weight predict academic performance in college students? An analysis of college women's self-efficacy, absenteeism, and depressive symptoms as mediators. *Journal of American College Health*, 65(3), 168-176.

Bandura, A. (1997). Self – efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84, 191-215.

Choo, J., & Kang, H. (2015). Predictors of initial weight loss among women with abdominal obesity: a path model using self-efficacy and health-promoting behaviour. *Journal of advanced nursing*, 71(5), 1087-1097.

Kovin. H. C., Kazdin. A. E., Offord. D. R., Kessler. R. C., Jensen. P. S., & Kupfer. D. J. (2016). Coming to terms with the terms of risk. *Archive of general psychiatry*, 54, 337-343

Margahana, H. (2019). Self Efficacy, Self Personality And Self Confidence On Entrepreneurial Intention: Study On Young Enterprises. *Journal of Entrepreneurship Education*, 22(1), 1-12.

Restubog, S. L. D., Ocampo, A. C. G., & Wang, L. (2020). Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the COVID-19 pandemic.

Sirois, F. M. (2015). "I'll look after my health later": A replication and extension of the procrastination-health model with community-dwelling adults. *Personality and Individual Differences*, 43, 15–26.

Vanderlind, W. M., Millgram, Y., Baskin-Sommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. (2020). Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical psychology review*, 76, 101826.

Zhao, Z., Ding, N., Song, S., Liu, Y., Wen, D., (2019). Association between depression and overweight in Chinese adolescents: a cross-sectional study. *BMJ Open* 9 (2), 1–7.

Zebardast A, Besharat MA, Purhosein R, Bahrami Ehsan H, Pursharifi H. Comparing the effects of interpersonal therapy and regulation of emotion on the reduction of weight in obese women. *J Guilan Univ Med Sci*. 2015;24(94):36-47.