

## بررسی اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و سبک زندگی بهبود دهنده سلامت زنان چاق

حامد عامری

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

### چکیده

پژوهش حاضر، به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و سبک زندگی بهبود دهنده سلامت زنان چاق انجام گرفته است. در این پژوهش از طرح آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل زنان دارای اضافه وزن و چاق در شهر تهران است. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۴۰ نفر از این زنان به عنوان نمونه انتخاب شدند در یک گروه آزمایشی (شامل ۲۰ زن) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. جلسه‌ای برای تبیین اهداف تحقیق و مداخله تشکیل شد؛ و گروه آزمایش به مدت ۳ ماه (۱۲ جلسه) جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و بعد از مرحله آموزش، تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه تنظیم هیجان و سبک زندگی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری ۰,۰۵ تعیین شد نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی داری در خصوص نمره متغیرهای پژوهش وجود داشت. نتایج همچنین نشان داد که گروه درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی گروهی باعث بهبود سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و مشکلات در تنظیم هیجان در زنان چاق شدند ( $sig > 0.05$ ). این مطالعه نشان داد که آموزش اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی گروهی می‌تواند مشکلات تنظیم هیجان و سبک زندگی ارتقای سلامت زنان چاق را بهبود بخشد.

**کلید واژه:** گروه درمانی هیجان مدار، طرحواره درمانی گروهی، دشواری تنظیم هیجان، سبک زندگی بهبود دهنده، زنان چاق

## مقدمه

چاقی در دهه های گذشته در سراسر جهان به طور چشمگیری افزایش یافته است و این یک مشکل بهداشت عمومی است (چن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). اضافه وزن و چاقی مشکلات بهداشت عمومی رو به رشد در سطح جهان هستند و بیش از ۱٫۹ میلیارد نفر را تحت تاثیر قرار می دهند. شیوع چاقی در بین زنان بیشتر از مردان است و بین سال های ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۶ سه برابر شده است (پائولو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی اضافه وزن و چاقی از نگرانی های عمده سلامت عمومی هستند که حدود نیمی از جمعیت بزرگسال جهان را تحت تاثیر قرار می دهند و شیوع آن در بین زنان بیشتر از مردان است (موشا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در کشورهای با درآمد کم و متوسط ضافه وزن و چاقی به سرعت در حال افزایش است، به ویژه در مناطق شهری در مقایسه با مناطق روستایی این امر بیشتر شایع است (فورد<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست و اضافه وزن و چاقی در زنان در سنین باروری به طور قابل توجهی افزایش یافته است. اثرات اضافه وزن و چاقی بر سلامت به خوبی بررسی شده است. بار جهانی بیماری مربوط به شاخص توده بدنی بالا زیاد است. در سطح جهانی، شاخص توده بدنی بالا عامل بیش از ۴ میلیون مرگ و میر است که دو سوم آن به دلیل بیماری های قلبی عروقی است (تابارس سیدسوس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). در کشورهای با درآمد کم و متوسط، سال های زندگی تعدیل شده با ناتوانی مرتبط با چاقی زیاد است و در مقایسه با کشورهای با درآمد بالا به طور پیوسته در حال افزایش است (لیم<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در میان زنان در سنین باروری، اضافه وزن و چاقی با افزایش خطر ابتلا به بیماری های غیرواگیر، عوارض بارداری، زایمان سزارین، پیامدهای نامطلوب زایمان و مرگ و میر نوزادان مرتبط است (ون در لیندن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). چاقی در زنان اغلب با پیامدهای نامطلوبی مانند فشار خون بالا، پره اکلامپسی، دیابت، سزارین، ماکروزومی و خفگی نوزاد همراه است (مک اینتایر و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعه ای که اخیراً در تانزانیا انجام شد، ارتباط بین اضافه وزن مادر و افزایش خطر عوارض زایمانی داخل زایمان و زایمان سزارین را گزارش کرد (موانامسانگو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، فرزندان مادران چاق در مقایسه با فرزندان مادران دارای شاخص توده بدنی نرمال، تا ۲۹ درصد افزایش خطر بستری شدن در بیمارستان به دلیل بیماری قلبی عروقی و ۳۵ درصد افزایش خطر مرگ زودرس در بزرگسالی داشتند (رینولدز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی گروهی بر مشکلات تنظیم هیجان و سبک زندگی بهبود دهنده سلامت زنان چاق در شهر تهران انجام می شود. احساسات به حالت عاطفی متمرکز بر رویداد، یک الگوی پیچیده از واکنش شامل عناصر تجربه، اعمال و فیزیولوژی اشاره دارد (ساندر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). ظهور چاقی این دو جنبه روانی را تشدید می کند و باعث می شود فرد چاق احساس خطر کنند. افراد ریسک را به صورت شناختی تفسیر می کنند و به آن به صورت احساسی پاسخ می دهند. باورهای ریسک اغلب منشا احساسات منفی و ناراحتی روانی هستند (لپین و آرو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹). واکنش اجتماعی و عاطفی به بیمارهای حاصل از چاقی چند بعدی است. علاوه بر این، نه

- 
- 1 . Chen
  - 2 . Paulo
  - 3 . Mosh
  - 4 . Ford
  - 5 . Tabarés Seisedos
  - 6 . Lim
  - 7 . Van Der Linden
  - 8 . Mwanamsangu
  - 9 . Reynolds
  - 10 . Sander
  - 11 . Leppin and Aro

تنها به عوامل خارجی بلکه به مؤلفه های شخصی و ذاتی نیز بستگی دارد (بروکز<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). عواطف و احساسات نقشی حیاتی در پاسخ به پدیده های ناگهانی ایفا می کنند و درک ما را در مورد چگونگی کنار آمدن با تأثیرات منفی موقعیت های مختلف بر کیفیت زندگی اجتماعی-روانی و سلامتی ما تغییر می دهند. تنظیم احساسات در حفظ رفتار سلامت مفید است. رفتار سلامت مثبت از طریق تنظیم عاطفی کاتالیزوری برای بهبود زندگی و بهزیستی روانی است (جولی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۰). در مدل های تجربی بهزیستی، رشد انسان، فرآیندهای بین فردی، آسیب شناسی روانی و تصمیم گیری، احساسات نقش محوری ایفا می کنند (سارنی، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان مجموعه ای از فرآیندهای شناختی است که نوع واکنش عاطفی و همچنین نحوه تجربه و ابراز این هیجانات را تعیین می کند. راهبردهای تنظیم هیجان که به طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته و معمولاً مورد استفاده قرار می گیرد (معظم<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

ثابت شده است مشکلات در تنظیم هیجان می تواند بر کیفیت و سبک زندگی افراد تأثیر بگذارد. سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت «الگویی از ادراکات و اعمالی است که توسط فرد آغاز می شود و به حفظ و بهبود سطح سلامت و خود درمانی فرد کمک می کند» که علاوه بر حفظ و تشویق، سطح سلامت و رفاه رضایت فردی را افزایش می دهد. اصلاح سبک زندگی مستلزم تغییر رفتارهایی است که بخش بزرگی از عادات روزانه فرد را تشکیل می دهد (طل<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). از طرفی یکی دیگر از جنبه های مهم سبک زندگی، انجام فعالیت بدنی منظم و کاهش وزن و چاقی است. امروزه کم تحرکی به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی شناخته شده است و طبق سازمان جهانی بهداشت (WHO) چهارمین عامل خطر مرگ و میر است (ماسکارو<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). حفظ یک سبک زندگی فعال فواید زیادی در رابطه با سلامتی دارد. سبک زندگی مناسب باعث کاهش اختلالات چربی، مانند سطح بالای تری گلیسیرید پلاسما و کلسترول پایین HDL، و همچنین کاهش وزن و فشار خون می شود (گونزالس گراس و ملنذر، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان داده است که بین رفتارهای غذایی و کیفیت زندگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد (پونده نژادان<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). چاقی و اضافه وزن به شدت با سبک زندگی بی تحرک و کم تحرکی در بزرگسالان مرتبط است. محققان دیگر نقش رفتارهای سبک زندگی مانند فعالیت بدنی و تغذیه را در چاقی نشان داده اند (کاتزمرزیک<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). از طرفی تحقیقات قبلی در مورد کنترل وزن نشان داده است که خلق و خو و احساسات نقش مهمی در جلوگیری از کاهش وزن و ایجاد عود دارد (سوئنسیونیس<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). چالش های سبک زندگی جدیدی که زنان چاق با آن مواجه هستند می تواند منجر به ایجاد مشکلات زیادی در این گروه شود؛ بنابراین مداخلات با هدف کاهش مشکلات تنظیم هیجان و بهبود سبک زندگی زنان چاق در نظر گرفته شود. یکی از روش هایی که امروزه در درمان چاقی مورد توجه قرار می گیرد، گروه درمانی هیجان مدار است. جوشی و تینگیوجام<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۹) نشان دادند که درمانهای متمرکز بر هیجان میتواند سبب افزایش سلامت فردی، عشق و شادی شود. ایزنبرگ<sup>۲۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که برنامه های مداخله های که بر شایستگی های هیجانی تأکید دارند باعث بهبود کیفیت زندگی و سازش اجتماعی افراد مبتلا به بیماریهای مزمن میشود.

از دیگر مداخلاتی که در این تحقیق بررسی می شود مداخلات مربوط به طرحواره درمانی گروهی بر مشکلات تنظیم هیجان و سبک زندگی بهبود دهنده سلامت زنان چاق است. طرحواره ها، الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری

12 . Brooks

13 . Julie

14 . Muazzam

15 . TOL

16 . Mascaró

17 . Ponde Neждан

18 . Katzmarzyk

19 . Swencionis

20 . Joshi, S., &amp; Thingujam

21 . Eisenberg

هستند که از خاطره ها، هیجان، شناختواره ها و احساس های بدنی تشکیل شده اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته، به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات بعدی به کار گرفته شده اند (دارابی و همکاران، ۱۳۹۴). طرحواره به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب یا چهارچوب تعریف می شود. در روان شناسی و روان درمانی، طرح واره به عنوان هر اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. بسیاری از طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند، حتی اگر هیچ گونه کاربرد دیگری نداشته باشند. با این تعریف کلی، طرحواره می تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد و همچنین می تواند در اوایل زندگی یا در سیر بعدی زندگی شکل بگیرد. یانگ<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۰-۱۹۹۹) معتقد است برخی از این طرحواره ها- به ویژه آن ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار در دوران کودکی شکل می گیرند- ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن قرار بگیرند.

رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و بهبود کیفیت زندگی یک رویکرد بین المللی است و یکی از چالش های اصلی محققان و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی است. از این رو پژوهش در مورد چاقی به عنوان یک معضل اجتماعی و عامل خطر و تهدید سلامت و اهمیت سلامت زنان به عنوان یکی از مهمترین ارکان جامعه و خانواده، از اولویت های بهداشتی هر کشوری است. اگرچه مطالعات زیادی برای پیشگیری و درمان چاقی انجام شده و نتایج نسبتاً خوبی ارائه شده است، اما این مطالعات تقریباً اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی گروهی را بر مشکلات تنظیم هیجان بررسی نکرده اند. با توجه به مطالب فوق، محقق به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بین هیجان درمانی گروهی و طرحواره درمانی گروهی از نظر اثربخشی در ارتقای سلامت و مشکلات تنظیم هیجانی در زنان چاق تفاوت وجود دارد؟

### روش تحقیق

برای اینکه نتایج حاصل از پژوهش معتبر باشد باید از یک روش مناسب در پژوهش استفاده شود. چرا که روش نادرست منجر به نتیجه گیری نادرست می شود. دستیابی به هدفهای علمی میسر نخواهد بود مگر اینکه، روش درست صورت پذیرد. انتخاب روش و نوع پژوهش بستگی به هدفها و ماهیت پژوهش و امکانات اجرایی آن دارد بنابراین زمانی می توان در مورد نوع تحقیق تصمیم گرفت که ماهیت موضوع پژوهش، هدف ها و نیز وسعت دامنه تحقیق مشخص باشد. همچنین فرضیات تحقیق از عوامل تعیین کننده نوع روش تحقیق می باشد. در پژوهش حاضر چون اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی گروهی بر مشکلات تنظیم هیجان و سبک زندگی بهبود دهنده سلامت زنان چاق مورد بررسی قرار می گیرد، بنابراین در این پژوهش از روش شبه آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل) بود. به عبارتی این پژوهش از نوع کاربردی می باشد. با توجه به نوع مسئله و فرضیه، روش این پژوهش شبه آزمایشی و طرح این پژوهش، طرح دو گروهی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد که دیاگرام آن به قرار زیر است:

T <sub>2</sub>	X	T <sub>1</sub>	E	R
T <sub>2</sub>	-	T <sub>1</sub>	C	R

جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به کلینیک تغذیه و رژیم درمانی شهر تهران تشکیل دادند معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه، شاخص توده بدنی بالای ۳۰، زن بودن، سن بین ۲۵ تا ۶۰ سال و حداقل سطح تحصیلات و معیارهای خروج شامل اختلالات روانپزشکی مانند اختلال پر خوری، بی اشتها، عصبی، اختلالات شخصیتی و روان پریشی، سوء مصرف مواد؛ و مشکلات شدید خانوادگی بود؛ که از بین آنها، ۴۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در یک گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش، گروه درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی گروهی را در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای دریافت کرد درحالیکه گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد تا نتایج دو گروه با هم مقایسه شود.

در نهایت گروه کنترل پس از تکمیل تحقیقات در مداخله جدید شرکت کردند. همه زنان در این مطالعه همچنین به مشکلات در مقیاس تنظیم هیجان (گراتز و رومر<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۴) و نمایه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (واکر و هیل-پولرکی<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۷) قبل و بعد از مداخله پاسخ دادند. ابزار مورد استفاده برای سنجش تنظیم هیجانی، مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی<sup>۲۵</sup> (DERS) می باشد. این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومر<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۴) برای سنجش جنبه های مختلف تنظیم هیجانی و نقص در آن ابداع شده است. مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی، یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است. خرده مقیاس ها عبارتند از: ۱- عدم پذیرش پاسخ های هیجانی ۲- دشواری های دست زدن به رفتار هدفمند ۳- دشواری های کنترل تکانه ۴- فقدان آگاهی هیجانی ۵- دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و ۶- فقدان شفافیت هیجانی. همسانی درونی و پایایی فرم ترجمه شده فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، مورد محاسبه قرار گرفته است. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالا را برای کل مقیاس (۰/۸۶) و همچنین برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۶۳، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ در یک جمعیت ایرانی نشان داد (علوی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی ۰/۷۷ به دست آمد.

در خصوص پرسشنامه سبک زندگی این پرسشنامه حاوی ۵۲ سوال است و در مقابل هر سوال ۴ پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، معمولاً (۳) و همیشه (۴) نمره دهی ۵۲ میشود. محدوده ی نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده ی سلامتی بین ۱۲۰۸ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است. شاخص آلفا کرونباخ هم برای کل مقیاس و هم برای زیر مقیاس های آن محاسبه گردیده است. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی زیدی و همکاران (۱۳۸۹) اعتبار و روایی اش سنجیده شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس سبک زندگی ۰/۸۴ به دست آمد. داده های گروه درمانی با استفاده از فرم های اطلاعات فردی (پرسشنامه دموگرافیک) که شامل اطلاعاتی مانند سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، قد و وزن بود، جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. طرح درمانی حاضر از دو مطالعه و بر اساس جلسات گروه درمانی هیجان مدار برگرفته از مدل گرینبرگ (۲۰۱۵) و جلسات طرحواره درمانی گروهی برگرفته از مدل فارل و شاو (۲۰۱۲) استفاده شد

یافته های تحقیق

ابتدا اطلاعات مربوط به آمار توصیفی متغیرها بررسی شد و نتایج به شرح جدول زیر ارائه شد

جدول ۱. میانگین متغیرهای آزمایشی در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرهای آزمایشی	گروه ها	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون
دشواری تنظیم هیجان	آموزش گروه درمانی هیجان مدار	۴۵،۹۰	۳۵،۰۶
	آموزش طرحواره درمانی گروهی	۴۹،۳۰	۴۰،۵۳
	کنترل	۴۶،۱۰	۴۵،۲
سبک زندگی بهبود دهنده	آموزش گروه درمانی هیجان مدار	۳۹،۹۰	۴۰،۵۵
	آموزش طرحواره درمانی گروهی	۴۲،۱۰	۵۰،۱۳
	کنترل	۳۹،۱۰	۴۴،۱۵

23 . Gratz & Roemer

24 . Walker & Hill-Polerecky,

25- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

26- Gratz and Roemer

پس از بررسی آمار توصیفی در این بخش به بررسی استنباطی فرضیه های پژوهشی پرداخته می شود و فرضیه های تحقیق بررسی می شود

فرضیه اول: آموزش گروه درمانی هیجان مدار بر کاهش دشواری تنظیم هیجان مؤثر است.

جهت آزمون فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای اجرای تحلیل کوواریانس، نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی و نمرات پس آزمون به عنوان متغیر وابسته و متغیر گروه به عنوان متغیر مستقل، در نظر گرفته شده است. یکی از مفروضه های مهم در تحلیل کوواریانس که قبل از اجرای این آزمون آماری باید بررسی شود، همگنی ضرایب رگرسیون<sup>۲۷</sup> است. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون در گروه ها مورد بررسی واقع شد که نتایج حاصله در ادامه ارائه می شود با استفاده از آزمون لوین<sup>۲۸</sup>، همگنی واریانس برای متغیرهای آزمایشی انجام شد که در جدول ۲ نتایج ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای نمرات پیش آزمون دشواری تنظیم هیجان

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
دشواری تنظیم هیجان	۴,۵۵	۲	۳۸	۰,۲۰

باتوجه به نتایج مشاهده می شود که F مشاهده شده در هیچ کدام از متغیرها معنادار نمی باشد و نتایج حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس می باشد. از آنجا که نتایج حاصل شده از بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس و برقراری مفروضه ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تغییر نمرات پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان محاسبه گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تغییرات دشواری تنظیم هیجان

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون دشواری تنظیم هیجان	۳۴۸۷,۳۲۲	۱	۳۴۸۷,۳۲۲	۱۸۴,۴۲۰	۰,۰۰۱	۰,۸۵
گروه	۸۱۷,۵۸۷	۲	۳۵۴,۱۲۴	۴۸,۴۴	۰,۰۰۱	۰,۶۷
خطا	۷۷۱,۶۴۵	۳۷	۲۸,۳۷			
کل (اصلاح شده)	۵۰۷۵,۵۶۳	۴۰				

مشاهده می شود، F محاسبه شده برای متغیر گروه در تفاوت دشواری تنظیم هیجان برابر با ۴۸,۴۴ می باشد که با درجه آزادی ۲ در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ ( $P < ۰,۰۱$ ) و خطای کمتر از ۰,۰۰۱ ( $p < ۰,۰۰۱$ ) از لحاظ آماری معنادار هستند؛ بنابراین بهبود نمرات دشواری تنظیم هیجان در بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل متفاوت و به لحاظ آماری معنادار می باشد.

فرضیه دوم: گروه درمانی هیجان مدار بر سبک زندگی بهبود دهنده سلامت زنان چاق مؤثر است.

با استفاده از آزمون لوین، همگنی واریانس برای متغیرهای آزمایشی انجام شد که در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین برای نمرات پیش آزمون سبک زندگی بهبود دهنده

27. homogeneity of regression slopes

28. Levene

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
سبک زندگی بهبود دهنده	۲,۰۳۹	۲	۴۲	۰,۱۴

نتایج بدست آمده از آزمون لوین نشان می دهد که F مشاهده شده در هیچ کدام از متغیرها معنادار نمی باشد و نتایج حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس می باشد. با توجه به نتایج حاصل شده از بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس و برقراری مفروضه ها، تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تغییر نمرات پرسشنامه سبک زندگی بهبود دهنده محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است

جدول ۵. تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تغییرات سبک زندگی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
پیش آزمون سبک زندگی	۱۶۳۵,۳۲۱	۱	۱۶۳۵,۳۲۱	۱۸۴,۲۵۴	۰,۰۰۱	۰,۸۸
گروه	۹۰۰,۵۲۰	۲	۴۵۰,۲۰۰	۷۰,۷۵	۰,۰۰۱	۰,۷۷
خطا	۳۲۳,۴۴	۳۷	۸,۷۸۷			
کل (اصلاح شده)	۲۵۸۹,۰۱۱	۴۰				

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس یک متغیره، F محاسبه شده برای متغیر گروه در تفاوت سبک زندگی بهبود دهنده برابر با ۷۰,۷۵ می باشد که با درجه آزادی ۲ در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ ( $P < 0,01$ ) و خطای کمتر از ۰,۰۰۱ ( $p < 0,001$ ) از لحاظ آماری معنادار هستند؛ بنابراین بهبود نمرات سبک زندگی در بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل متفاوت و به لحاظ آماری معنادار می باشد.

به منظور بررسی فرضیه سوم و چهارم تحقیق نیز از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که برای خلاصه سازی نتایج هر دو فرضیه به ترتیب ارائه شده است

فرضیه سوم آموزش طرحواره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان تاثیر دارد

فرضیه چهارم: آموزش طرحواره درمانی گروهی بر سبک زندگی بهبود دهنده سلامت زنان چاق تاثیر دارد

نتایج این دو فرضیه در جدول ۶ خلاصه شده است

جدول ۶. خلاصه نتایج فرضیه های سوم و چهارم

فرضیه ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
فرضیه سوم	بین گروهی	۱۳,۲۲	۲	۷,۲۸	۱۵,۳۵۲	۰,۰۰۱
	درون گروهی	۳۲۴۱,۳۳	۳۸	۱۴۲,۴۷		
	کل	۳۲۵۴,۵۵	۴۰			
فرضیه چهارم	بین گروهی	۱۹۵,۲۸	۲	۷۷,۶۴	۲۱,۷۰۱	۰,۰۰۱
	درون گروهی	۴۳۸۷	۳۸	۹۸,۰۰		
	کل	۴۵۸۲,۲۸	۴۰			

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس، F محاسبه شده برای هر دو فرضیه که با درجه آزادی ۲ در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ ( $P < 0,01$ ) و خطای کمتر از ۰,۰۰۱ ( $p < 0,001$ ) از لحاظ آماری معنادار هستند؛ بنابراین هر دو

فرضیه آخر نیز تایید شدند.

### نتیجه گیری

چاقی به عنوان تجمع غیرعادی یا بیش از حد چربی که خطری برای سلامتی ایجاد می کند، تعریف می شود. یک معیار خام جمعیتی برای چاقی، شاخص توده بدنی، وزن فرد (به کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد او (بر حسب متر) است. فردی با شاخص توده بدنی ۳۰ یا بیشتر به طور کلی چاق در نظر گرفته می شود. چاقی یکی از مهم ترین عوامل خطر برخی از بیماری های مزمن مانند دیابت، بیماری های قلبی عروقی و سرطان است. اگرچه این مشکل زمانی فقط در کشورهای توسعه یافته وجود داشت، اما اکنون اضافه وزن و چاقی در کشورهای با درآمد کم و متوسط، به ویژه در مناطق شهری، افزایش چشمگیری یافته است (یعقوبی و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان می دهد که عوامل عاطفی نقش مهمی در چاقی دارند و به نظر می رسد احساسات منفی یکی از عوامل افزایش خطر چاقی و تهدید سلامت جامعه باشد. افراد با اشتهاى بالا نسبت به افراد کم اشتها در تنظیم احساسات مشکلات بیشتری دارند. مطالعات همچنین نشان داده اند که خوردن یک استراتژی عاطفی یا پاسخ به ناراحتی یا آسیب عاطفی است (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۶؛ میکنتی<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). در این راستا، تحقیقات اهمیت تنظیم هیجان را در چاقی نشان داده است. خدایانه و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که تنظیم هیجان نقش مهمی در پیش بینی رفتارهای غذایی در افراد دارای اضافه وزن و چاق دارد. مجموعه دیگری از تجزیه و تحلیل ها نشان می دهد که مشکلات در تنظیم هیجان در پرخوری عصبی و آسیب شناسی خوردن مهم است. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی گروهی بر مشکلات تنظیم هیجان و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت زنان چاق انجام شد. یافته های این تحقیق نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی گروهی به طور معنی داری نمرات دشواری در تنظیم هیجان را کاهش داده و نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان چاق گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل افزایش داد. با توجه به بررسی هایی که انجام شده در این حوزه، تحقیقات بسیار کمی در این حوزه انجام شده است. از این رو این یافته ها از جدیدترین دستاوردها در زمینه موضوع مورد مطالعه می باشد در همین راستا بایستی اشاره کرد که، محققان تنظیم هیجان را یکی از علل چاقی معرفی کرده اند و معتقدند که احساسات با افزایش احتمال چاقی، نقش مهمی در به خطر انداختن سلامت عمومی دارند (کلایندورست و همکاران، ۲۰۲۰؛ یعقوبی و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه تحقیقات مرتبط با اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی گروهی را بر مشکلات تنظیم هیجان و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت زنان چاق اندک است، اما نتایج این تحقیقات نیز نشان می دهد که تنظیم هیجان با چاقی و گروه درمانی هیجان مدار ارتباط دارد. گروه درمانی در تنظیم هیجان افراد مبتلا به برخی اختلالات از جمله اختلالات خوردن موثر است. به عنوان مثال وونک<sup>۳۰</sup> و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقات خود نشان دادند که گروه درمانی متمرکز بر هیجان، احساسات منفی، تنظیم هیجان و خودکارآمدی را در زنان مبتلا به بی اشتهاى عصبی بهبود می بخشد. در مطالعه دیگری، لافرانس<sup>۳۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) دریافته اند که گروه درمانی متمرکز بر هیجان مشکلات تنظیم هیجان را برای مردان و زنان مبتلا به افسردگی اضطراب کاهش می دهد.

از طرفی در خصوص رویکرد طرحواره درمانی گروهی نیز می توان این رویکرد نیز شباهت های زیادی به رویکرد گروه درمانی هیجان مدار دارد. در واقع با کمک این دو روش درمانی می توان سیستم تنظیم هیجانی و سبک زندگی شرکت کنندگان را تحت تأثیر قرار داد و از تأثیر عوامل مخرب مانند هیجان ناسازگار یا طرحواره های اولیه جلوگیری کرد. در

29 . Micanti

30 . Wnuk

31 . Lafrance



هر دو روش، شرکت کنندگان یاد می‌گیرند که احساسات خود را کنترل کنند و با تنظیم احساسات و اصلاح طرحواره های ذهنی، احساس بهتری را تجربه کنند. برای مثال، هر دو روش درمانی از آرامش برای تنظیم احساسات استفاده می‌کنند. در رویکرد متمرکز بر هیجان، درمانگران به عنوان متخصص در تجربیات خود دیده می‌شوند. در این درمان از تکنیک های گشتالت برای رویارویی و در طرحواره درمانی از تکنیک های نامه نویسی، گفتگوی خیالی و ایفای نقش برای برانگیختن و تنظیم احساسات استفاده می‌شود. هر دوی این درمان ها نظم و انسجام ذهنی را تقویت می‌کنند و آشفتگی عاطفی را کاهش می‌دهند؛ بنابراین کنترل منابع عاطفی می‌تواند به فرد کمک کند تا سلامت روانی بهتری داشته باشد و بتواند با آرامش بیشتری مشکلات را حل کند (یعقوبی و همکاران، ۲۰۲۰).

طرحواره های ناسازگار اولیه در زمینه رشد شناختی بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و این طرحواره ها در واقع به افراد کمک می‌کنند تا تجربیات خود را توضیح دهند. بر این اساس، اگرچه تغییر این طرحواره ها از نظر شناختی می‌تواند بسیار کمک کننده باشد. در تغییر تجارب هیجانی و دشواری های تنظیم هیجانی، به ویژه در زنان چاق که طرحواره هایی مانند رهاشدگی/بی ثباتی، محرومیت هیجانی، کنترل نفس ناکافی و خود انضباطی دارند، چندان موثر نیست؛ بنابراین به نظر می‌رسد گروه درمانی هیجان محور بیشتر است موثر و کاربردی در تغییر مشکلات در تنظیم هیجان در مقایسه با طرحواره درمانی گروهی دارد (دوس علی وند و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به نتایج حاصل از آزمون های آماری توصیه می‌شود پیشنهاد می‌شود مشاوران و پزشکان عرصه خانواده و سلامت نحوه تنظیم هیجان و سبک زندگی بهبود دهنده سلامت زنان چاق را آموزش دهند و از این طریق از بروز برخی از مشکلات پیشگیری کنند.

توسعه ی استراژی های مثبت برای تنظیم شناختی هیجان در زنان چاق از طریق برنامه های آموزشی گروه درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی گروهی از راهکار های مناسب برای ارتقاء سطح سلامت جسم و روحی زنان چاق می‌باشد؛ بنابراین از این رویکردها در بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجان استفاده شود.

این مطالعه نیز مانند تمامی مطالعات به دلیل شرایط و امکانات پژوهش علمی دارای محدودیت هایی است که محققین می‌توانند در تحقیقات آتی آن را مد نظر قرار دهند و برطرف کنند. یکی از محدودیت های این پژوهش محدود بودن آن با زنان بود. از این رو، پیشنهاد می‌شود که تحقیقات بیشتری بر روی مردان برای تعیین اثربخشی آنها متمرکز شود. محدودیت دیگر این پژوهش که در تحقیق پرسشنامه حائز اهمیت است این است که برای جمع آوری اطلاعات از روش خودگزارشی استفاده شده است. این روش دقت کمی دارد و احتمال خطا وجود دارد. همچنین در روش های خود گزارش دهی، آزمودنی ممکن است سعی کند چهره خوبی از خود نشان دهد که بر تفسیر نتایج تأثیر می‌گذارد. یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش، بی توجهی به مرحله پیگیری بود که به دلیل محدودیت زمانی پژوهش بود، در حالی که پیگیری می‌تواند در نتیجه گیری بهتر مفید باشد. پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابه با بیش از ده جلسه انجام شود. به نظر می‌رسد می‌توان تعداد جلسات را افزایش داد و تأثیر آن را بر برخی از اجزای تحقیق دوباره بررسی کنید. از این درمان به عنوان روشی موثر در مراکز درمانی، بیمارستان ها، کلینیک های تغذیه، مراکز مشاوره و سایر خدمات روانپزشکی برای تنظیم احساسات مختلف به ویژه معلمان زن، تغذیه، چاقی و اضافه وزن، توصیه می‌شود، زیرا این روش می‌تواند برای کاهش آسیب های جسمی و روانی ناشی از چاقی در زنان استفاده می‌شود.

## منابع

۱. خدایانه مریم، سهرابی فر، احدی حسین، تقیلو س (۱۳۹۷). نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سیستم های مغزی- رفتاری با رفتار خوردن در افراد دارای اضافه وزن و چاقی [پژوهش]. مجله پژوهش در سلامت روان ۱۳۹۷؛ ۱۱: ۵۵-۷۳.

۲. دارابی، افسانه، برجعلی، احمد و اعظمی، یوسف. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی و هیجانی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۵(۱۸)، ۱۴۳-۱۶۶.
۳. دوس علی وند هدی، طهماسبی نجمه، قنبری جلفایی عاطفه، قهرمانی سوسن، پیشگاه رودسری محدثه. مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های ظاهر در افراد سالم با وزن طبیعی و مبتلا به چاقی. کومش ۱۳۹۴؛ ۱۶ (۳): ۳۲۹-۳۳۷.
۴. علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
۵. فتح‌آبادی جلیل، ایزد دوست مونا، تقوایی داوود، شلانی بیتا، صادقی سعید (۱۳۹۶). پیش‌بینی ابتلا به چاقی بر مبنای باورهای غیرمنطقی سلامت، سبک زندگی سلامت محور و مکان کنترل سلامت. عنوان نشریه؛ ۱۱ (۳) ۱-۱۲:
۶. محمدی زیدی عیسی، پاکپور حاجی آقا امیر، محمدی زیدی بنفشه (۱۳۸۹). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران؛ ۲۰ (۱): ۱۱۳-۱۰۲.
7. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (۲۰۲۰). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* ۳۹۵, ۹۱۲-۹۲۰.
8. Chen, W., Li, B., Gan, K., Liu, J., Yang, Y., Lv, X., & Ma, H. (۲۰۲۳). Gestational Weight Gain and Small for Gestational Age in Obese Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Endocrinology*, ۲۰۲۳.
9. Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ... & Guthrie, I. K. (۲۰۰۱). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, ۷۲(۴), ۱۱۱۲-۱۱۳۴.
10. Ford, N. D., Patel, S. A., & Narayan, K. V. (۲۰۱۷). Obesity in low-and middle-income countries: burden, drivers, and emerging challenges. *Annual review of public health*, ۳۸, ۱۶۴-۱۴۵.
11. González-Gross, M., & Meléndez, A. (۲۰۱۳). Sedentarism, active lifestyle and sport: Impact on health and obesity prevention. *Nutricion hospitalaria*, ۲۸(۵), ۸۹-۹۸.
12. Joshi, S., & Thingujam, N. S. (۲۰۰۹). Perceived emotional intelligence and marital adjustment: Examining the mediating role of personality and social desirability. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, ۳۵(۱), ۷۹-۸۶.
13. Julie, B. (۲۰۲۰). Tips for Controlling Your Emotions During COVID-۱۹.
14. Katzmarzyk, P. T., Barreira, T. V., Broyles, S. T., Champagne, C. M., Chaput, J. P., Fogelholm, M., ... & Church, T. S. (۲۰۱۳). The international study of childhood obesity, lifestyle and the environment (ISCOLE): design and methods. *BMC public health*, ۱۳(۱), ۱-۱۳.
15. Kleinendorst, L., Abawi, O., van der Voorn, B., Jongejan, M. H., Brandsma, A. E., Visser, J. A., ... & van den Akker, E. L. (۲۰۲۰). Identifying underlying medical

- causes of pediatric obesity: results of a systematic diagnostic approach in a pediatric obesity center. *PloS one*, ۱۵(۵), e.۰۲۳۲۹۹۰
16. Lafrance Robinson, A., McCague, E. A., & Whissell, C. (۲۰۱۴). "That chair work thing was great": A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, ۱۳(۴), ۲۷۷-۲۶۳
  17. Leppin, A., and Aro, A. R. (۲۰۰۹). Risk perceptions related to SARS and avian influenza: theoretical foundations of current empirical research. *Int. J. Behav. Med.* ۱۶, ۷-۲۹
  18. Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... & Pelizzari, P. M. (۲۰۱۲). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to ۶۷ risk factors and risk factor clusters in ۲۱ regions, ۱۹۹۰-۲۰۱۰: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study ۲۰۱۰. *The lancet*, ۳۸۰(۹۸۵۹), ۲۲۶۰-۲۲۲۴
  19. Mascaró, C. M., Bouzas, C., & Tur, J. A. (۲۰۲۱). Association between Non-Alcoholic Fatty Liver Disease and Mediterranean Lifestyle: A Systematic Review. *Nutrients*, ۱۴(۱), ۴۹
  20. McIntyre, H. D., Catalano, P., Zhang, C., Desoye, G., Mathiesen, E. R., & Damm, P. (۲۰۱۹). Gestational diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*, ۵(۱), ۴۷
  21. Micanti, F., Iasevoli, F., Cucciniello, C., Costabile, R., Loiarro, G., Pecoraro, G., ... & Galletta, D. (۲۰۱۷). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, ۲۲, ۱۱۵-۱۰۵
  22. Mosha, D., Paulo, H. A., Mwanyika-Sando, M., Mboya, I. B., Madzorera, I., Leyna, G. H., ... & Fawzi, W. W. (۲۰۲۱). Risk factors for overweight and obesity among women of reproductive age in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC nutrition*, ۷(۱), ۱۰-۱
  23. Muazzam, A., Ali, N., Niazi, Y., & Hassan, N. (۲۰۲۱). Emotion regulation, optimism and quality of life among gastric ulcer patients. *Pakistan journal of medical sciences*, ۳۷(۴), ۹۸۸
  24. Mwanamsangu, A. H., Mahande, M. J., Mazuguni, F. S., Bishanga, D. R., Mazuguni, N., Msuya, S. E., & Mosha, D. (۲۰۲۰). Maternal obesity and intrapartum obstetric complications among pregnant women: Retrospective cohort analysis from medical birth registry in Northern Tanzania. *Obesity Science & Practice*, ۶(۲), ۱۸۰-۱۷۱
  25. Paulo, H. A., Mosha, D., Mwanyika-Sando, M., Mboya, I. B., Madzorera, I., Killewo, J., ... & Fawzi, W. W. (۲۰۲۲). Role of dietary quality and diversity on overweight and obesity among women of reproductive age in Tanzania. *Plos one*, ۱۷(۴), e.۰۲۶۶۳۴۴
  26. Ponde Nejjadan, A. A., Attari, Y., & Hossein, D. (۲۰۱۸). Evaluating the predicting model of life quality based on mindful eating with mediation of body-image and

- eating behaviors among married women with overweight and obesity. *Counseling Culture and Psychotherapy*, ۹(۳۴), ۱۷۰-۱۴۱
27. Reynolds, R. M., Allan, K. M., Raja, E. A., Bhattacharya, S., McNeill, G., Hannaford, P. C., ... & Norman, J. E. (۲۰۱۳). Maternal obesity during pregnancy and premature mortality from cardiovascular event in adult offspring: follow-up of ۲۷۵ ۳۲۳ ۱person years. *Bmj*, ۳۴۷
28. Saarni, C. (۲۰۰۸). "The interface of emotional development with social context," in *Handbook of emotions*, eds M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, and L. F. Barrett (The Guilford Press), ۳۳۲-۳۴۷
29. Sander, D., Armony, J., and Vuilleumier, P. (۲۰۱۳). *The Cambridge Handbook of Human affective Neuroscience*. Cambridge University Press. ۵-۳
30. Swencionis, C., Smith-Wexler, L., Lent, M. R., Cimino, C., Segal-Isaacson, C. J., Ginsberg, M., ... & Wylie-Rosett, J. (۲۰۱۹). Triggers of lapse and relapse of diet and exercise in behavioral weight loss. *Obesity*, ۲۷(۶), ۸۹۳-۸۸۸
31. Tabarés Seisdedos, R. (۲۰۱۷). Health effects of overweight and obesity in ۱۹۵ countries over ۲۵years. *New England Journal of Medicine*, ۲۰۱۷, vol. ۳۷۷, num. ۱, p. ۲۷-۱۳
32. TOL, A., TAVASSOLI, E., SHARIFERAD, G. R., & SHOJAEZADEH, D. (۲۰۱۱). The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences.
33. Van Der Linden, E. L., Browne, J. L., Vissers, K. M., Antwi, E., Agyepong, I. A., Grobbee, D. E., & Klipstein-Grobusch, K. (۲۰۱۶). Maternal body mass index and adverse pregnancy outcomes: a Ghanaian cohort study. *Obesity*, ۲۴(۱), ۲۲۲-۲۱۵
34. Wnuk, S. M., Greenberg, L., & Dolhanty, J. (۲۰۱۵). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating disorders*, ۲۳(۳), ۲۶۱-۲۵۳
35. Yaghoubi, R., Bayazi, M. H., Babaei, M., & Asadi, J. (۲۰۲۰). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy Group and Schema Group Therapy on the Difficulties in Emotion Regulation and Health Promoting Lifestyle of Obese Women. *International Journal of Health Studies*, (۴)۶