



رابطه بین راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان، سندرم شناختی - توجهی و فشار روانی ادراک‌شده با اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن

۱. مهدیه حاجی ملکی: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه علم و هنر یزد، ایران
۲. محمد صالح نشان*: استاد مدعو گروه روانشناسی و مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: msneshan@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان، سندرم شناختی - توجهی و فشار روانی ادراک‌شده با اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن بود. روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد دارای اضافه‌وزن ساکن در شهر یزد بود که در بازه زمانی سه‌ماهه چهارم سال ۱۴۰۴ در دسترس پژوهشگر قرار داشتند. تعداد افراد نمونه براساس فرمول کوکران (۱۹۷۷)، ۳۸۴ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اختلال خوردن فن‌اشترین و همکاران (۱۹۸۶)، راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان شات و همکاران (۲۰۰۹)، سندرم شناختی - توجهی ولز (۲۰۰۹) و فشار روانی ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد. نتایج نشان‌داد که بین راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان با اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن در افراد با اضافه وزن رابطه وجود ندارد. همچنین، بین سندرم شناختی - توجهی با ضریب همبستگی ۰,۲۹ و مولفه‌های آن از جمله زمان درگیری افراد با نگرانی و اندیشناکی با ضریب همبستگی ۰,۳۲، تهدیدبایی با ضریب همبستگی ۰,۱۹، رفتارهای مقابله‌ای با ضریب همبستگی و میزان اعتقاد به باورهای فراشناختی با ضریب همبستگی ۰,۲۶ رابطه مثبت معناداری با اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن وجود داشت. بعلاوه، بین فشار روانی ادراک‌شده با ضریب همبستگی ۰,۴۶ رابطه مثبت معناداری با اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن وجود داشت. نهایتاً، ۲۴ درصد از تغییرات متغیر ملاک یعنی اختلال خوردن، توانست توسط متغیرهای راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی، سندرم شناختی - توجهی و فشار روانی ادراک‌شده تبیین شود.

کلیدواژه‌گان: راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان، سندرم شناختی - توجهی، فشار روانی ادراک‌شده، اختلال خوردن، اضافه وزن.



The investigation of the relationship between emotion regulation process strategies, cognitive-attentional syndrome, and perceived psychological stress with eating disorder in overweight individuals

1. Mahdieh Haji Maleki: Master's student in General Psychology, University of Science and Art of Yazd

2. Mohammad Saleh Neshan*: Adjunct Faculty, Department of Psychology & Counselling, Ya. C., Islamic Azad University, Yazd, Iran

*Corresponding Author's Email: msneshan@gmail.com

Abstract

The aim of the present study was to investigate the relationship between emotion regulation process strategies, cognitive-attentional syndrome, and perceived psychological stress with eating disorder in overweight individuals. The research method was descriptive–correlational. The statistical population of the study consisted of all overweight individuals residing in the city of Yazd who were accessible to the researcher during the fourth quarter of the year 1404 (2025–2026). Based on Cochran's formula (1977), a sample size of 384 individuals was determined, who were selected through convenience sampling. For data collection, the Eating Disorder Questionnaire by Van Strien et al. (1986), the Emotion Regulation Process Strategies Questionnaire by Schutte et al. (2009), the Cognitive-Attentional Syndrome Questionnaire by Wells (2009), and the Perceived Psychological Stress Questionnaire by Cohen et al. (1983) were used. Data analysis was performed using SPSS software, version 27. The results indicated that there was no relationship between emotion regulation process strategies and eating disorder in overweight individuals. Furthermore, cognitive-attentional syndrome, with a correlation coefficient of 0.29, and its components—including the time individuals are engaged with worry and rumination with a correlation coefficient of 0.32, threat monitoring with a correlation coefficient of 0.19, coping behaviors with a correlation coefficient, and the degree of belief in metacognitive beliefs with a correlation coefficient of 0.26—had a significant positive relationship with eating disorder in overweight individuals. In addition, perceived psychological stress, with a correlation coefficient of 0.46, had a significant positive relationship with eating disorder in overweight individuals. Finally, 24% of the variance in the criterion variable, namely eating disorder, could be explained by the variables of emotion regulation process strategies, cognitive-attentional syndrome, and perceived psychological stress.

Keywords: *Emotion regulation process strategies, cognitive-attentional syndrome, perceived psychological stress, eating disorder, overweight.*



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

اضافه وزن^۱ به وضعیتی اشاره دارد که طی آن میزان بافت چربی بدن فرد بیش از سطح بهینه برای حفظ سلامت جسمانی و کارکردهای فیزیولوژیک قرار می‌گیرد، که این وضعیت اغلب در اثر برهم خوردن تعادل میان دریافت انرژی و مصرف آن شکل می‌گیرد (سو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). افزایش بافت چربی بدن می‌تواند در طیفی از اضافه وزن تا چاقی قرار گیرد؛ به گونه‌ای که با تشدید و تداوم تجمع بیش‌ازحد چربی، فرد ممکن است وارد وضعیت چاقی شود. چاقی^۳ به وضعیتی گفته می‌شود که با تجمع بیش‌ازحد بافت چربی در بدن مشخص می‌شود و ممکن است با توزیع یا عملکرد غیر طبیعی بافت چربی نیز همراه باشد؛ این وضعیت می‌تواند با ایجاد اختلال در عملکرد بافت‌ها و اندام‌های بدن، سلامت فرد را تحت تأثیر قرار دهد (روبینو^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). در افراد دارای اضافه‌وزن و چاقی، مواجهه مداوم با انتظارات اجتماعی درباره لاغری و تناسب اندام زمینه‌ساز شکل‌گیری الگوهای ناسازگارانه در رابطه با غذا می‌شود به گونه‌ای که غذا از یک نیاز زیستی به ابزاری برای تنظیم هیجان کاهش تنش یا مقابله با احساسات منفی تبدیل می‌گردد (شیشیرا^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). در چنین بستری اختلالات خوردن به تدریج ظهور می‌یابند، زیرا رفتارهای خوردن تحت تأثیر هیجان‌های حل‌نشده، باورهای ناکارآمد درباره بدن و الگوهای شناختی افراطی قرار می‌گیرند و فرد ممکن است بین دوره‌های پرخوری محدودسازی شدید یا احساس فقدان کنترل در خوردن در نوسان باشد، که این فرآیند نه تنها اضافه وزن را تثبیت می‌کند بلکه چرخه‌ای معیوب از ناراحتی روانی و رفتارهای خوردن آشفته را تداوم می‌بخشد (ملویل^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). اختلال خوردن، به مجموعه‌ای از الگوهای پایدار و ناسازگار در نگرش‌ها، هیجان‌ها و رفتارهای مرتبط با خوردن، وزن و تصویر بدنی اشاره دارد که با آشفتگی قابل توجه روان‌شناختی، اختلال در عملکرد روزمره و پیامدهای جسمانی همراه هستند (اتیا و والش^۷، ۲۰۲۵). در افراد دارای اضافه وزن، اختلال خوردن اغلب به شکل پرخوری افراطی و خوردن هیجانی بروز می‌کنند؛ به این معنا که خوردن نه در پاسخ به گرسنگی فیزیولوژیک، بلکه در واکنش به هیجان‌های منفی، استرس، احساس شرم یا ناکامی صورت می‌گیرد (خالد^۸ و همکاران، ۲۰۲۵). اضافه وزن در این چارچوب صرفاً یک پیامد جسمانی تلقی می‌شود، بلکه می‌تواند در تعامل چرخه‌ای با اختلال خوردن عمل کند؛ به گونه‌ای که تجربه انگ وزن، کاهش عزت نفس و فشار برای کاهش وزن، خود به تشدید رفتارهای ناسازگار خوردن و تداوم اختلال منجر می‌شود (لیزانا کالدرون^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). این الگوی دوطرفه نشان می‌دهد که درک اختلالات خوردن در افراد با اضافه وزن مستلزم توجه همزمان به سازوکارهای شناختی، هیجانی و اجتماعی است و نمی‌توان آن را صرفاً به پرخوری یا شاخص توده بدنی بالا تقلیل داد. در این میان مطالعات نشان می‌دهند که شاخص‌هایی مانند دشواری در تنظیم هیجان، طرد هیجانی و تداخل هیجانی می‌توانند به طور معناداری در شناسایی افراد دارای علائم اختلال خوردن نقش ایفا کنند، امری که بر جایگاه محوری سازوکارهای هیجانی در این چرخه تأکید دارد (روخاس والورده و فلیپه کاستانیو^{۱۰}، ۲۰۲۵).

1. overweight

2. Su

3. Obesity

4. Rubino

5. Shishira

6. Melville

7. Attia & Walsh

8. Khalid

9. Lizana-Calderón

10. Rojas-Valverde & Felipe-Castaño

راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان بر اساس الگوی فرآیندی تنظیم هیجان گراس، به مجموعه راهبردهایی اشاره دارد که فرد در مراحل مختلف شکل‌گیری و تحول هیجان، پیش از تثبیت پاسخ هیجانی نهایی، به کار می‌گیرد (هو و همکاران، ۲۰۲۴). این راهبردها شامل انتخاب موقعیت، تغییر موقعیت، جهت‌دهی توجه، بازاریابی شناختی و تعدیل پاسخ هستند که هر یک در یک مرحله زمانی خاص از فرآیند هیجان عمل می‌کنند (روت و لواس، ۲۰۲۲). تنظیم هیجان در افراد دارای اضافه وزن نقش محوری در شکل‌گیری و تداوم الگوهای ناسازگار خوردن ایفا می‌کند، به گونه‌ای که اختلال در نظم‌جویی هیجان موجب تجربه مبهم و سازمان‌نیافته هیجان‌ها و کاهش توانایی تمایز و پردازش آن‌ها می‌شود (کازاگرانده و همکاران، ۲۰۲۰). در این وضعیت، فرد به جای بهره‌گیری از راهبردهای شناختی و پیش‌بینی تنظیم هیجان، به راهبردهای پاسخ‌محور و فوری روی می‌آورد و پرخوری به عنوان ابزاری برای کاهش تنش هیجانی و اجتناب از هیجان‌های منفی عمل می‌کند. این کارکرد هیجانی غذا اگرچه به طور موقت آرامش ایجاد می‌کند، اما در بلندمدت با تشدید شرم بدنی و ناراحتی روانشناختی، چرخه‌ای خودتقویت‌گر از پرخوری و تثبیت اضافه وزن را شکل می‌دهد (میلر و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، از آنجا که افراد با اختلالات خوردن، سوگیری توجه بیشتری نسبت به محرک‌های مرتبط با بدن و همزمان کاهش توجه به محرک‌های هیجانی نشان می‌دهند، می‌توان چنین استنباط کرد که فعال‌بودن الگوهای شناختی-توجهی ناسازگار در این افراد، در بافت اضافه وزن نیز نقش مهمی ایفا می‌کند؛ به گونه‌ای که تمرکز افراطی بر نشانه‌های بدنی، پردازش هیجان‌های درونی را تضعیف کرده و زمینه تداوم آشفتگی هیجانی و رفتارهای خوردن ناسازگار را فراهم می‌سازد (سفارلیا و همکاران، ۲۰۲۳).

سندرم شناختی-توجهی، به الگوی پایداری از پردازش شناختی گفته می‌شود که با درگیری افراطی ذهن در افکار تکرارشونده منفی، نگرانی و نشخوار فکری، سوگیری‌های توجه انتخابی نسبت به محرک‌های تهدیدکننده و به کارگیری راهبردهای ناسازگار کنترل فکر و هیجان مشخص می‌شود (ماچیدا و همکاران، ۲۰۲۳)؛ الگویی که موجب تداوم برانگیختگی هیجانی و ناتوانی در خاتمه‌دادن به چرخه‌های شناختی منفی می‌گردد (لم و تسنگ، ۲۰۲۲). مطالعات نشان می‌دهند که افراد دارای اضافه وزن و چاقی، در مقایسه با افراد دارای وزن طبیعی، حساسیت توجهی بالاتری نسبت به محرک‌های غذایی از خود بروز می‌دهند؛ به گونه‌ای که نشانه‌های مرتبط با غذا سهم بیشتری از منابع توجهی آنان را به خود اختصاص می‌دهد. این الگوی سوگیری توجهی از آن جهت اهمیت دارد که با اضافه وزن و چاقی پیوند معناداری دارد و می‌تواند به عنوان عاملی پیش‌بین برای دشواری در کنترل وزن و افزایش وزن در آینده تلقی شود (شکری و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر این، اسموتچاک (۲۰۲۴) در پژوهشی نشان داد که افراد دارای اختلالات خوردن، سطوح بالاتری از فشار روانی را نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند. فشار روانی ادراک‌شده، به ارزیابی ذهنی فرد از میزان فشار، غیرقابل‌پیش‌بینی بودن و فراتر از منابع مقابله‌ای موقعیت‌های زندگی اشاره دارد، که بیش از آنکه بازتاب شدت عینی رویدادها باشد، بیانگر نحوه تفسیر شناختی فرد از مطالبات محیطی و توانایی ادراک‌شده او برای مدیریت آن‌ها است (تیان و همکاران، ۲۰۲۵). در افراد با اضافه وزن، فشار روانی ادراک‌شده اغلب در بستر تجربه‌های مداوم قضاوت اجتماعی، انگ وزن، نارضایتی از تصویر بدنی و نگرانی‌های مرتبط با

1. Hu

2. Rueth & Lohaus

3. Casagrande

4. Miller

5. Sfarlea

6. Machida

7. Lam & Tsang

8. Smutchak

9. Tian

کنترل وزن تشدید می‌شود (کوئاس^۱ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ به گونه‌ای که این فشار ادراک شده می‌تواند تنظیم هیجان را مختل کرده و فرد را به سمت راهبردهای مقابله‌ای کوتاه‌مدت و ناسازگار مانند خوردن هیجانی سوق دهد (الرشیدی^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که اختلال خوردن در افراد دارای اضافه وزن، پدیده‌ای چندبعدی است که در تعامل پیچیده میان فرآیندهای هیجانی، شناختی و فشارهای روان‌شناختی شکل می‌گیرد. راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان، که بر چگونگی انتخاب، تعدیل و تداوم پاسخ‌های هیجانی در بافت‌های مختلف تأکید دارند، می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در گرایش به رفتارهای خوردن ناسازگار ایفا کنند؛ به‌ویژه زمانی که افراد در مواجهه با هیجان‌های منفی شدید یا مداوم، فاقد راهبردهای سازگارانه برای مدیریت تجربه هیجانی خود باشند. در چنین شرایطی، خوردن می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان جایگزین عمل کند و به تسکین موقت تنش‌های هیجانی منجر شود، اما در بلندمدت الگوهای اختلال‌زا در خوردن را تثبیت کند. از سوی دیگر، سندرم شناختی-توجهی با دربرگرفتن نگرانی مفرط، نشخوار ذهنی، پایش تهدید و راهبردهای ناکارآمد کنترل فکر، می‌تواند تمرکز فرد را به‌صورت پایدار بر افکار منفی مرتبط با بدن، وزن و غذا معطوف کند و چرخه معیوب هیجان منفی و رفتار خوردن مشکل‌زا را تشدید نماید. فشار روانی ادراک شده نیز به‌عنوان ارزیابی ذهنی فرد از ناتوانی در مقابله با مطالبات محیطی، می‌تواند ظرفیت نظم‌جویی هیجان را تضعیف کرده و احتمال توسل به خوردن هیجانی و رفتارهای ناسازگار تغذیه‌ای را افزایش دهد. بدین ترتیب، هم‌افزایی این سازوکارهای هیجانی و شناختی، زمینه‌ساز تداوم اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن می‌شود. در این زمینه، مرور پیشینه‌های پژوهشی نشان می‌دهد که هر یک از این متغیرها تاکنون به‌صورت مستقل مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اما مدل یکپارچه‌ای که نقش هم‌زمان راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان، سندرم شناختی-توجهی و فشار روانی ادراک شده را در تبیین اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن تحلیل کند، کمتر مورد توجه قرار گرفته‌است. برای نمونه، رودریگز و ماچادو^۳ (۲۰۲۵) با مرور گسترده ادبیات پژوهشی نشان‌دادند که رویکردهای فرآیندمحور در تنظیم هیجان می‌توانند چارچوبی غنی برای درک اختلالات خوردن فراهم کنند، اما در این مرور، پیوند این مدل‌ها با سازه‌هایی مانند سندرم شناختی-توجهی یا فشار روانی ادراک شده به‌طور تجربی آزمون نشده‌است. همچنین، ننگتیاس و ایساورا^۴ (۲۰۲۴) رابطه معنادار بین تنیدگی روان‌شناختی و خوردن هیجانی را در دانشجویان بین‌المللی گزارش کردند، اما تمرکز آن‌ها بر جمعیت دانشجویی بوده و فرآیندهای شناختی عمیق‌تر مانند الگوهای توجه و نشخوار ذهنی در مدل آن‌ها لحاظ نشده‌است. افزون‌بر این، سفارلیا و همکاران (۲۰۲۳) نشان‌دادند که در اختلالات خوردن، سوگیری‌های توجهی نسبت به محرک‌های مرتبط با بدن نقش مهمی دارند، اما این یافته‌ها عمدتاً در جمعیت‌های بالینی خاص مانند بی‌اشتهایی عصبی بررسی شده و به افراد دارای اضافه وزن یا فشار روانی ادراک شده تعمیم داده نشده‌است. مجموع این مطالعات نشان می‌دهد که اگرچه شواهد معتبری درباره نقش تنظیم هیجان، فشار روانی و فرآیندهای توجهی در اختلالات خوردن وجود دارد، اما بررسی هم‌زمان این سازه‌ها در قالب یک مدل تحلیلی منسجم همچنان مغفول مانده‌است. بر این اساس، پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این پرسش است که آیا بین راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان، سندرم شناختی-توجهی و فشار روانی ادراک شده با اختلال خوردن در افراد دارای اضافه وزن، رابطه وجود دارد؟

1. Cuevas

2. Alreshidi

3. Rodrigues & Machado

4. Ningtyas & Isaura

پژوهش حاضر از نظر هدف، در زمره پژوهش‌های کاربردی اقرار گرفت؛ زیرا نتایج آن توانست در سطح پیشگیری و مداخلات روان‌شناختی مرتبط با الگوهای ناسازگار نظم‌جویی و پیامدهای آن در افراد با اضافه‌وزن، مبنایی برای طراحی برنامه‌های ارزیابی و مداخله فراهم آورد. از نظر روش، پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود؛ بدین معنا که بدون دستکاری در متغیرها، رابطه بین راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان، سندرم شناختی-توجهی، فشار روانی ادراک‌شده و اختلال خوردن بررسی شده است. از حیث رویکرد، این مطالعه کمی بوده و داده‌ها به صورت عددی از طریق ابزارهای روان‌سنجی گردآوری و تحلیل شدند. از منظر بعد زمانی نیز پژوهش مقطعی بود؛ زیرا سنجش متغیرها در یک مقطع مشخص از سال ۱۴۰۴ انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد دارای اضافه‌وزن ساکن در شهر یزد بود که در بازه زمانی سه‌ماهه چهارم سال ۱۴۰۴ در دسترس پژوهشگر قرار داشتند و واجد شرایط مشارکت در پژوهش بودند. در این پژوهش، اضافه‌وزن بر اساس شاخص توده بدنی ۵ تعریف شده و افرادی با مقدار شاخص توده بدنی برابر یا بیشتر از ۲۵ در گروه افراد دارای اضافه‌وزن قرار گرفتند؛ این معیار مطابق با طبقه‌بندی رسمی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۵) است که اضافه‌وزن را در بزرگسالان از آستانه $BMI \geq 25$ تعریف کرده است. جامعه آماری مورد نظر شامل زنان و مردان بزرگسال بود که در زمان اجرای پژوهش در شهر یزد سکونت داشته و از نظر شناختی و هیجانی توانایی پاسخ‌گویی به ابزارهای خودگزارشی پژوهش را داشتند. حجم نمونه با توجه به ماهیت توصیفی-همبستگی پژوهش و به منظور دستیابی به توان آماری مناسب برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش، بر اساس فرمول کوکران (۱۹۷۷)، برای جوامع بزرگ یا نامعین محاسبه شد. فرمول کوکران به صورت زیر است:

$$n = \frac{z^2 p q}{d^2}$$

در این فرمول، n حجم نمونه، Z مقدار متغیر نرمال متناظر با سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۱٫۹۶، p نسبت برآورد صفت مورد نظر در جامعه برابر با ۰٫۵، q برابر با $1-p$ و معادل ۰٫۵، و d میزان خطای مجاز برآورد برابر با ۰٫۰۵ در نظر گرفته شده است. با جایگذاری مقادیر در فرمول کوکران به شکل:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2}$$

حجم نمونه مورد نیاز برابر با ۳۸۴ نفر به دست آمد. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر در دسترس آمبتی بر فراخوان عمومی بود و با توجه به ماهیت میدانی پژوهش، جامعه هدف غیرنهادی و عدم وجود چارچوب نمونه‌گیری رسمی از افراد دارای اضافه‌وزن، این شیوه به عنوان مناسب‌ترین و عملیاتی‌ترین روش انتخاب شد. بدین ترتیب، پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم، اقدام به انتشار فراخوان پژوهش در مراکز مرتبط با سلامت جسمانی و روان‌شناختی از جمله کلینیک‌های کنترل وزن، مراکز مشاوره روان‌شناختی، باشگاه‌های ورزشی، مراکز تغذیه، و بسترهای مجازی مرتبط با حوزه سلامت در شهر یزد کرد. در متن فراخوان، هدف پژوهش، شرایط ورود به مطالعه، ماهیت داوطلبانه مشارکت، محرمانگی اطلاعات و شیوه پاسخ‌گویی به ابزارهای پژوهش به طور شفاف توضیح داده شد تا افراد واجد شرایط، به صورت آگاهانه برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی

1 Applied Research

2 Descriptive–Correlational

3 Quantitative

4 Cross-sectional

5 Body Mass Index

6 World Health Organization

7 Cochran

8 convenience sampling

نمایند. پس از دریافت درخواست مشارکت، داوطلبان ابتدا از نظر ملاک‌های ورود و خروج غربالگری شدند و تنها افرادی که شاخص توده بدنی برابر یا بیشتر از ۲۵ داشتند و سایر شرایط تعیین‌شده را احراز کردند، وارد نمونه نهایی شدند. نمونه‌گیری تا دستیابی به حجم نمونه محاسبه‌شده بر اساس فرمول کوکران ادامه یافت و به‌منظور کاهش سوگیری انتخاب، فراخوان در چندین بستر متفاوت و در بازه زمانی مشخص تکرار شده است. ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش حاضر با هدف افزایش دقت روش‌شناختی، کنترل عوامل مداخله‌گر و تضمین همگنی نسبی نمونه تعریف شده‌اند. این ملاک‌ها به‌گونه‌ای تنظیم شده‌اند که ضمن حفظ امکان دسترسی عملی به جامعه هدف، اعتبار درونی یافته‌ها و تفسیر دقیق روابط بین متغیرهای پژوهش را تسهیل نمایند. ملاک‌های ورود به نمونه: ۱. داشتن اضافه‌وزن: دارا بودن شاخص توده بدنی برابر یا بیشتر از ۲۵ که بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۵) نشان‌دهنده قرار گرفتن فرد در گروه افراد دارای اضافه‌وزن است و بر اساس خوداظهاری قد و وزن یا مستندات مرتبط احراز شده است. ۲. سن بزرگسالی: داشتن حداقل ۱۸ سال سن در زمان اجرای پژوهش به‌منظور اطمینان از بلوغ شناختی، هیجانی و توانایی پاسخ‌گویی آگاهانه به ابزارهای خودگزارشی. ۳. سکونت در شهر یزد: اقامت در محدوده جغرافیایی تعریف‌شده در بازه زمانی اجرای پژوهش به‌منظور انطباق نمونه با جامعه آماری پژوهش. ۴. رضایت آگاهانه برای مشارکت: تمایل داوطلبانه به شرکت در پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه پس از دریافت توضیحات کامل درباره اهداف، روند اجرا و حقوق شرکت‌کنندگان. ۵. توانایی پاسخ‌گویی معتبر: برخورداری از توانایی شناختی و روانی لازم برای درک مفاد پرسشنامه‌ها و ارائه پاسخ‌های دقیق و منسجم بر اساس خوداظهاری شرکت‌کننده. ۶. نداشتن سابقه مداخلات تهاجمی مرتبط با وزن: نداشتن سابقه انجام جراحی‌های کاهش وزن یا مداخلات پزشکی تهاجمی مشابه در شش ماه اخیر که بتواند رفتار خوردن و فشار روانی ادراک‌شده را به‌طور معنادار تحت تأثیر قرار دهد. ۷. عدم دریافت درمان‌های هم‌زمان مؤثر بر متغیرها: قرار نداشتن تحت روان‌درمانی یا دارودرمانی فعال با تمرکز مستقیم بر اختلال خوردن، تنظیم هیجان یا فشار روانی در زمان اجرای پژوهش، به‌گونه‌ای که بتواند روابط واقعی بین متغیرهای پژوهش را مخدوش سازد. ملاک‌های خروج از نمونه: ۱. انصراف داوطلبانه: خروج از پژوهش به درخواست شرکت‌کننده در هر مرحله از فرآیند گردآوری داده‌ها بدون هیچ‌گونه پیامد منفی. ۲. پرسشنامه ناقص: عدم تکمیل بیش از ده درصد از گویه‌های هر یک از ابزارهای پژوهش که موجب کاهش اعتبار داده‌ها شده است. ۳. الگوی پاسخ‌دهی نامعتبر: مشاهده پاسخ‌دهی تصادفی، کلیشه‌ای یا یکنواخت که نشان‌دهنده عدم دقت در تکمیل پرسشنامه‌ها است و در مرحله پالایش داده‌ها شناسایی شده است. داده‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه‌های اختلال خوردن فن‌اشترین و همکاران (۱۹۸۶)، راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان‌شات و همکاران (۲۰۰۹)، سندرم شناختی - توجهی ولز (۲۰۰۹) و فشار روانی ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) گردآوری و با استفاده از آزمون رگرسیون خطی همزمان و همبستگی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۷ تحلیل شد.

اختلال خوردن: پرسشنامه اختلال خوردن توسط فن‌اشترین و همکاران (۱۹۸۶) به‌منظور تعیین رفتار خوردن ساخته شده است. این ابزار که به پرسشنامه اختلال خوردن داچ موسوم است و شامل ۳۳ سؤال است. پاسخ‌ها به‌صورت رتبه‌بندی ۵ درجه‌ای از هرگز (نمره ۱) تا بسیار زیاد (نمره ۵) است. پرسش‌ها در خصوص عادت‌های خوردن افراد است (برای مثال: آیا وقتی عصبانی باشید، میل به خوردن پیدا می‌کنید؟). فن‌اشترین و همکاران (۱۹۸۶) برای نسخه ۳۳ گویه‌ای پرسشنامه رفتار خوردن داچ، ضرایب آلفای کرونباخ ۰٫۹۵ برای خوردن مهارشده، ۰٫۹۴ برای خوردن هیجانی و ۰٫۸۰ برای خوردن بیرونی گزارش کردند. تحلیل‌های عاملی مطالعه اصلی نیز ثبات ساختار عاملی را در زیرنمونه‌های مختلف نشان دادند.

1 Van Strien

2 Schutte

3 Wells

4 Cohen

و الگوی همبستگی‌های اصلاح‌شده گویه - کل در زیرنمونه‌ها مشابه بود. داکانالیس او همکاران (۲۰۱۳) ویژگی‌های روان‌سنجی همین نسخه ۳۳ گویه‌ای را در ۹۹۰ بزرگسال ایتالیایی، شامل ۵۱۷ زن و ۴۷۳ مرد با دامنه سنی ۲۰ تا ۶۳ سال، بررسی کردند. نمونه برای تحلیل‌های عاملی به دو زیرنمونه مستقل ۴۹۵ نفری تقسیم شد. در تحلیل عاملی اکتشافی، مقدار KMO برابر با ۰,۹۲ و آزمون کرویت بارتلت معنادار بود، $\chi^2=1385.2$ ، $p<0.001$ سه عامل در مجموع ۶۷,۴ درصد واریانس را تبیین کردند؛ عامل خوردن هیجانی با مقدار ویژه ۶,۰۴، ۳۹,۱ درصد، خوردن مهارشده با مقدار ویژه ۲,۹۵، ۱۹,۹ درصد و خوردن بیرونی با مقدار ویژه ۱,۶۹، ۸,۴ درصد واریانس را تبیین کردند. تمامی بارهای عاملی اصلی بیش از ۰,۴۰ بود و دامنه همبستگی اصلاح‌شده گویه - کل برای خوردن هیجانی ۰,۷۶ تا ۰,۸۸، خوردن بیرونی ۰,۵۱ تا ۰,۸۰ و خوردن مهارشده ۰,۵۵ تا ۰,۸۷ گزارش شد. در زیرنمونه مستقل ۴۹۵ نفری، تحلیل عاملی تأییدی ساختار سه‌عاملی را با شاخص‌های $\chi^2(494)=1321.2$ ، $S-B$ ، $CFI=0.966$ ، $RMSEA=0.057$ ، $TLI=0.969$ با فاصله اطمینان ۹۰ درصد ۰,۵۴ تا ۰,۶۰ و $SRMR=0.070$ تأیید کرد و همه بارهای عاملی در سطح $p<0.001$ معنادار بودند. در کل نمونه ۹۹۰ نفری، ضرایب آلفای کرونباخ برای خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن مهارشده به ترتیب ۰,۹۶، ۰,۹۳ و ۰,۹۲ بود. همچنین در زیرنمونه ۱۵۰ نفری که پس از میانگین ۳۴,۳ روز، با انحراف معیار ۴,۹ و دامنه ۳۰ تا ۳۸ روز، مجدداً ارزیابی شدند، ضرایب پایایی بازآزمایی برای این سه مؤلفه به ترتیب ۰,۹۳، ۰,۹۲ و ۰,۹۴ به دست آمد. در بررسی روایی ملاکی، در مردان همبستگی خوردن هیجانی با خرده‌مقیاس پرخوری EAT-26 برابر با ۰,۳۱ و همبستگی خوردن مهارشده با خرده‌مقیاس رژیم گرفتن ۰,۶۰ بود؛ این ضرایب در زنان به ترتیب ۰,۳۵ و ۰,۶۹ گزارش شدند (همگی $p<0.001$). پس از کنترل سن و شاخص توده بدنی نیز ضرایب متناظر برای مردان ۰,۲۶ و ۰,۵۷ و برای زنان ۰,۲۹ و ۰,۶۵ باقی ماندند. خوردن بیرونی با خرده‌مقیاس‌های EAT-26 رابطه معناداری نشان‌داد. همچنین ناوردایی پیکربندی، متریک و اسکالر ساختار سه‌عاملی بر حسب جنسیت، وضعیت وزن و گروه سنی تأیید شد؛ در تمام مقایسه‌های متوالی، تغییر CFI کمتر از ۰,۰۱ بود. این پرسشنامه توسط صالحی فدردی، مدح شورچه و نعمتی (۱۳۹۰؛ به نقل از پونده نژادان و همکاران، ۱۳۹۷) در ایران هنجاریابی شده است. علیپور و همکاران (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ را از ۰,۷۶ تا ۰,۹۱ گزارش کرده‌است. محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۴) نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰,۸۴ و پونده نژادان و همکاران (۱۳۹۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰,۹۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه اختلال خوردن با هدف سنجش میزان ثبات درونی و ارزیابی انسجام گویه‌های ابزار، از طریق روش آلفای کرونباخ و بر روی ۳۸۴ نفر بررسی شد. نتایج نشان‌داد که ضریب پایایی نمره کل اختلال خوردن برابر با ۰,۹۰۴ بوده‌است که نشان‌دهنده ثبات درونی مطلوب و انسجام مناسب گویه‌های این پرسشنامه است.

راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان: پرسشنامه راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان توسط شات و همکاران (۲۰۰۹) به منظور سنجش راهبردهای نظم‌جویی هیجان بر اساس الگوی فرآیندی گراس و جان (۲۰۰۷) طراحی شده‌است. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که شامل ۲۸ گویه بوده و در یک طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای از ۱ = مخالفت شدید تا ۷ = موافقت شدید تکمیل می‌شود. بر این اساس، پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه ۲۸ و بالاترین نمره ۱۹۶ است. نمره پایین‌تر در این پرسشنامه به معنی بهره‌گیری کمتر از راهبردهای نظم‌جویی هیجان و نمره بالاتر به معنی بهره‌گیری بیشتر از راهبردهای نظم‌جویی هیجان است. این پرسشنامه دارای ۷ بعد شامل انتخاب موقعیت، تعدیل موقعیت، گسترش توجه، تغییر شناختی، تعدیل تجربی، تعدیل رفتاری و تعدیل زیستی است که چهار بعد نخست راهبردهای متمرکز بر پیش‌اند و سه بعد پایانی راهبردهای متمرکز بر پاسخ را می‌سنجند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی در مطالعه شات و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که ساختار پرسشنامه متشکل از ۷ عامل مرتبه اول

1Dakanalis

2Gross & John

است که هر عامل با ۴ گویه سنجیده می‌شود. ضرایب بار عاملی گویه‌ها در همه عوامل بزرگ‌تر از ۰,۴۰ گزارش شد. همچنین ساختار عاملی مرتبه دوم نیز مورد تأیید قرار گرفت؛ به گونه‌ای که ۱۶ گویه ذیل عامل «راهبردهای متمرکز بر پیشانید» و ۱۲ گویه ذیل عامل «راهبردهای متمرکز بر پاسخ» قرار گرفتند. این الگوی عاملی، همخوانی کامل با مدل فرآیندی نظم‌جویی هیجان گراس و جان نشان می‌دهد. نتایج بررسی روایی ملاکی نشان داد که ضریب استاندارد بتا برای این راهبردها $\beta = 0.45$ و مقدار معناداری $p = 0.003$ گزارش شد. در مقابل، راهبردهای متمرکز بر پاسخ نقش معناداری در پیش‌بینی بهزیستی نداشتند ($\beta = -0.04$, $p = 0.77$). همچنین همبستگی نیمه‌جزئی بین راهبردهای متمرکز بر پیشانید و بهزیستی برابر با $r = 0.34$ و بین راهبردهای متمرکز بر پاسخ و بهزیستی برابر با $r = -0.03$ گزارش شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های انتخاب موقعیت ۰,۵۹، تعدیل موقعیت ۰,۸۰، گسترش توجه ۰,۷۹، تغییر شناختی ۰,۹۶، تعدیل تجربی ۰,۷۲، تعدیل رفتاری ۰,۷۳ و تعدیل زیستی ۰,۷۰ به دست آمد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای مجموعه ۱۶ گویه مربوط به راهبردهای متمرکز بر پیشانید برابر با ۰,۹۱ و برای ۱۲ گویه مربوط به راهبردهای متمرکز بر پاسخ برابر با ۰,۸۵ گزارش شد. در پژوهش حسنی و کدیور (۱۳۹۲) تحلیل عاملی اکتشافی توسط منجر به استخراج ۷ عامل شد که در مجموع ۶۳ درصد واریانس کل را تبیین کردند. دامنه اشتراکات گویه‌ها بین ۰,۴۴ تا ۰,۷۱ گزارش شد و تمامی بارهای عاملی استخراج‌شده بزرگ‌تر از ۰,۴۰ بودند. در مرحله تحلیل عاملی تأییدی نسخه فارسی، شاخص‌های برازش مدل نیز شواهد عددی روشنی از روایی سازه ارائه دادند. مقدار مجذور خی برابر با $\chi^2 = 416.48$ با $df = 329$ به دست آمد و شاخص‌های برازش شامل $NFI = 0.95$, $CFI = 0.91$, $RMSEA = 0.04$, $GFI = 0.97$, $RFI = 0.87$ و $SRMR = 0.04$ گزارش شد. افزون بر این، نتایج مربوط به همبستگی‌های مجموعه ماده در نسخه فارسی نشان داد که دامنه ضرایب همبستگی گویه‌ها با نمره کل خرده‌مقیاس‌های مربوطه عمدتاً بیشتر از ۰,۴۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰,۵۷ تا ۰,۹۴ گزارش شد و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰,۹۴ به دست آمد. همچنین، پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی چهار هفته‌ای برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰,۵۶ تا ۰,۷۴ گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی با هدف سنجش میزان ثبات درونی و ارزیابی انسجام گویه‌های ابزار، از طریق روش آلفای کرونباخ و بر روی ۳۸۴ نفر بررسی شد. نتایج نشان داد که ضریب پایایی نمره کل راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی برابر با ۰,۸۵ بوده‌است که نشان‌دهنده ثبات درونی مطلوب و انسجام مناسب گویه‌های این پرسشنامه است.

سندرم شناختی - توجهی: مقیاس سندرم شناختی - توجهی، توسط ولز (۲۰۰۹) به منظور ارزیابی فعال شدن سندرم شناختی-توجهی ایجاد شده است. مقیاس سندرم شناختی - توجهی همچنین وسیله‌ای برای ارزیابی تغییرات ایجادشده در نگرانی، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. این پرسشنامه ۱۶ گویه ۹ درجه‌ای دارد که برحسب مقیاس لیکرتی از ۰ تا ۸ درجه‌بندی می‌شود. کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشانه‌ی فعال‌سازی بیشتر سندرم شناختی-توجهی می‌باشد. فرگوس و همکاران (۲۰۱۲) اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ را بین ۰,۷۸ تا ۰,۸۶ گزارش کردند و روایی همگرایی خوبی با ابزاری که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ($r = 0.63$) را می‌سنجد نشان داده است. گوندوز و همکاران (۲۰۱۹) ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سندرم شناختی - توجهی را در نمونه‌ای شامل ۲۲۱ نفر بررسی کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ۱۶ گویه برابر با ۰,۷۷۱، برای بخش سندرم شناختی - توجهی برابر با ۰,۷۷۲ و برای بخش باورهای فراشناختی برابر با ۰,۶۸۵ گزارش شد. مقدار شاخص KMO برابر با ۰,۷۱۳ بود و آزمون کرویت بارت با مقدار کای‌دو ۹۹۵,۹۷۱ در سطح معناداری ۰,۰۰۱ معنادار شد. بارهای عاملی گویه‌ها، به‌جز گویه استفاده از الکل یا مواد، در دامنه ۰,۳۱۵ تا ۰,۷۳۸ قرار داشت. همچنین، نمره کل پرسشنامه با فراشناخت، افسردگی، اضطراب، اضطراب

فراگیر و نگرانی به ترتیب ضرایب همبستگی مثبت ۰,۴۶۸، ۰,۲۵۰، ۰,۲۴۹، ۰,۳۵۳ و ۰,۲۵۴ نشان داد. در ایران و در پژوهش فرّخی و سهرابی (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰,۸۹ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالا است. همچنین، پایایی بازآزمایی با فاصله ۵۰ روز برابر با ۰,۸۴ گزارش شد که دلالت بر ثبات زمانی مطلوب ابزار دارد ($P < 0.001$). برای بررسی روایی سازه، از همبستگی CAS-1 با دو ابزار معتبر یعنی پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) و پرسشنامه نشخوار فکری (RRS) استفاده شد. نتایج نشان داد که همبستگی CAS-1 با MCQ-30 برابر با ۰,۸۶۶ و با RRS برابر با ۰,۸۹۸ بوده که هر دو از نظر آماری معنادار بودند ($P < 0.001$) و بیانگر روایی همگرایی قوی این مقیاس است. افزون بر این، تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که سوالات در مجموع ۷۷ درصد واریانس کل را تبیین کردند. در پژوهش پرویز و همکاران (۱۴۰۱) اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰,۵۳ و با استفاده از تنصّف ۰,۴۵ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه سندرم شناختی-توجهی با هدف سنجش میزان ثبات درونی و ارزیابی انسجام گویه‌های ابزار، از طریق روش آلفای کرونباخ و بر روی ۳۸۴ نفر بررسی شد. نتایج نشان داد که ضریب پایایی نمره کل سندرم شناختی-توجهی برابر با ۰,۸۲۸ بوده است که نشان‌دهنده ثبات درونی مطلوب و انسجام مناسب گویه‌های این پرسشنامه است.

فشار روانی ادراک‌شده: مقیاس فشار روانی ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) تهیه شده و دارای ۱۴ سوال است و برای سنجش فشار روانی عمومی ادراک‌شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث فشارزا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از همیشه تا هرگز تکمیل می‌شود. بر این اساس گزینه به کاملاً مخالفم نمره ۱، گزینه مخالفم نمره ۲، گزینه نظری ندارم نمره ۳، گزینه موافقم نمره ۴ و گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ دریافت می‌کند. اما عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) نشان دادند که این ابزار از پایایی و روایی قابل قبولی برخوردار است. در این پژوهش، نسخه ۱۴ سؤالی پرسشنامه بر روی چند نمونه مختلف مورد آزمون قرار گرفت و مقدار آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰,۸۴ تا ۰,۸۶ گزارش شد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب است. همچنین، برای بررسی روایی همگرا، همبستگی معناداری بین نمرات پرسشنامه استرس ادراک‌شده با شاخص‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب گزارش گردید (برای مثال، همبستگی با مقیاس افسردگی بک برابر با $r = 0.65$ و با مقیاس اضطراب برابر با $r = 0.61$ بود). علاوه بر این، ارتباط مثبت نمرات پرسشنامه با تعداد مراجعات به مراکز درمانی در طول ماه‌های گذشته تأیید شد که شواهدی از روایی ملاکی ابزار به شمار می‌آید. السونی و لطیف (۲۰۱۴) همسانی درونی این آزمون را به روش آلفا کرونباخ ۰,۷۴ محاسبه کرده‌اند. در پژوهش امینی و همکاران (۱۴۰۱)؛ به نقل از میرعبدالعظیمی و مدحی، (۱۴۰۳) روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شد. همچنین تحلیل عاملی نشان داد که گویه‌های این پرسشنامه ۴۸/۲ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند. اصغری و همکاران (۱۳۹۲) به نقل از سعادت و همکاران، (۱۳۹۴). نیز همسانی درونی این آزمون را به روش آلفا کرونباخ بر روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان ۰,۸۴ محاسبه کرده‌اند همچنین روایی این پرسشنامه به روش های تحلیل عاملی، سازه و محتوایی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پرسشنامه توسط شکوهی امیرآبادی و همکاران (۱۳۸۹) با ضریب پایایی ۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه فشار روانی ادراک‌شده با هدف سنجش میزان ثبات درونی و ارزیابی انسجام گویه‌های ابزار، از طریق روش آلفای کرونباخ و بر روی ۳۸۴ نفر بررسی شد. نتایج نشان داد که ضریب پایایی نمره کل فشار روانی ادراک‌شده برابر با ۰,۸۴۸ بوده است که نشان‌دهنده ثبات درونی مطلوب و انسجام مناسب گویه‌های این پرسشنامه است.

یافته‌ها

براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی، تعداد ۳۸۴ نفر از افراد دارای اضافه‌وزن در این پژوهش شرکت کردند. از این تعداد، ۶۳ درصد زن و ۳۷ درصد مرد بودند. همچنین، سن ۴۱،۷ درصد بین ۱۸ تا ۳۰ سال، ۳۰ درصد بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۹،۸ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۸،۶ درصد بیشتر از ۵۱ سال بود. بعلاوه، ۳۴،۱ درصد مجرد و ۶۵،۹ درصد متأهل بودند. هم‌طور، تحصیلات ۲۴،۲ درصد در سطح دیپلم، ۹،۱ درصد در سطح فوق دیپلم، ۴۰،۶ درصد در سطح لیسانس و ۲۶ درصد در سطح فوق لیسانس و بالاتر می‌باشد. در جدول ۱، آمار توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای تحقیق و هر یک از مؤلفه‌های آن آمده است.

جدول ۱: آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
اختلال خوردن					
نمره کل راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی	۳۸۴	۴۳	۱۴۶	۹۷،۶۷	۱۷،۷۸
راهبردهای	۳۸۴	۱۰	۲۷	۱۸،۴۹	۲،۸۱
فرآیندی	۳۸۴	۵	۲۸	۱۷،۹۴	۳،۰۲
نظم‌جویی	۳۸۴	۸	۲۶	۱۷،۶۶	۲،۹۹
تغییر شناختی	۳۸۴	۱۳	۲۳	۱۷،۴۶	۲،۲۵
تعدیل تجربی	۳۸۴	۱۴	۲۱	۱۶،۷۷	۱،۶۰
تعدیل رفتاری	۳۸۴	۱۰	۲۷	۱۷،۴۳	۲،۷۴
تعدیل زیستی	۳۸۴	۱۱	۲۲	۱۶،۴۶	۱،۹۶
نمره کل سندرم شناختی - توجهی					
سندرم	۳۸۴	۰	۱۱۱	۶۷،۲۴	۱۶،۲۳
شناختی -	۳۸۴	۰	۲۲	۱۲،۸۲	۳،۸۰
توجهی	۳۸۴	۰	۲۸	۱۴،۴۲	۵،۰۰
میزان اعتقاد به باورهای فراشناختی	۳۸۴	۰	۵۵	۳۲،۸۸	۸،۴۹
نمره کل فشار روانی ادراک‌شده	۳۸۴	۲۳	۵۹	۴۱،۲۲	۶،۶۸

براساس اطلاعات مندرج در جدول ۱، میانگین اختلال خوردن برابر با ۹۷،۶۷، میانگین راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی برابر با ۱۲۲،۲۱، میانگین سندرم شناختی - توجهی برابر با ۶۷،۲۴ و میانگین فشار روانی ادراک‌شده برابر با ۴۱،۲۲ است. در سطح مؤلفه‌های راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی، بیشترین میانگین با مقدار ۱۸،۴۹ مربوط به مؤلفه انتخاب موقعیت و کمترین میانگین با مقدار ۱۶،۴۶ مربوط به مؤلفه تعدیل زیستی است. در میان مؤلفه‌های سندرم شناختی - توجهی، مؤلفه میزان اعتقاد به باورهای فراشناختی با میانگین ۳۲،۸۸ بالاترین مقدار را به خود اختصاص داده است، در حالی که مؤلفه زمان درگیری افراد با نگرانی و اندیشناکی با میانگین ۷،۱۳ پایین‌ترین مقدار را نشان می‌دهد. قبل از اجرای مدل رگرسیونی، پیش - فرض‌های این روش آماری شامل ۱. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع تک‌متغیری، ۲. پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه و ۳. پیش‌فرض وجود رابطه

بین نمرات متغیرهای وابسته مورد بررسی و تایید قرار گرفتند. همچنین نرمال بودن باقی مانده رگرسیون و خودهمبستگی نیز در آزمون رگرسیون بررسی شد.

جدول ۲: آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین راهبردهای فرآیندی نظم جویی با اختلال خوردن

متغیر	شاخص	نظم جویی	انتخاب	تعدیل	گسترش	تغییر	تعدیل	تعدیل	تعدیل
		موقعیت	موقعیت	موقعیت	توجه	شناختی	تجربی	رفتاری	زیستی
اختلال خوردن	R	-۰,۰۰۲	۰,۰۱۶	۰,۰۴۶	-۰,۰۶۵	-۰,۰۰۴	۰,۰۴۷	۰,۰۰۵	-۰,۰۴۹
	Sig	۰,۹۶۲	۰,۷۵۷	۰,۳۷۱	۰,۲۰۳	۰,۹۴۱	۰,۳۵۷	۰,۹۲۰	۰,۳۳۶
N=۳۸۴ **معناداری در سطح ۰,۰۱									

با توجه به نتیجه آزمون همبستگی، بین راهبردهای فرآیندی نظم جویی هیجان با اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن رابطه وجود ندارد.

جدول ۳: آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین سندرم شناختی - توجهی با اختلال خوردن

متغیر	شاخص	سندرم شناختی - توجهی	زمان درگیری با	تهدید یابی	رفتارهای	اعتقاد به
		تو جویی	نگرانی		مقابله ای	باورهای
اختلال خوردن	R	۰,۲۹۳**	۰,۳۱۹**	۰,۱۹۱**	۰,۱۸۷**	۰,۲۵۵**
	Sig	۰,۰۰۱	۰,۰۰۱	۰,۰۰۱	۰,۰۰۱	۰,۰۰۱
N=۳۸۴ **معناداری در سطح ۰,۰۱						

با توجه به نتیجه آزمون همبستگی، بین سندرم شناختی - توجهی با اختلال خوردن با ضریب همبستگی ۰,۲۹ در سطح ۰,۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. بین زمان درگیری افراد با نگرانی و اندیشناکی با اختلال خوردن با ضریب همبستگی ۰,۳۲ در سطح ۰,۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. بین تهدید یابی با اختلال خوردن با ضریب همبستگی ۰,۱۹ در سطح ۰,۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. بین رفتارهای مقابله ای با اختلال خوردن با ضریب همبستگی ۰,۱۹ در سطح ۰,۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. بین میزان اعتقاد به باورهای فراشناختی با اختلال خوردن با ضریب همبستگی ۰,۲۶ در سطح ۰,۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. همچنین ضریب همبستگی مثبت گویای این مطلب است که هرچه میزان سندرم شناختی - توجهی و مولفه های آن بیشتر شود، سطح اختلال خوردن افزایش می یابد. لذا بین سندرم شناختی - توجهی با اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن رابطه وجود دارد.

جدول ۴: آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین فشار روانی ادراک شده با اختلال خوردن

متغیر	شاخص	فشار روانی ادراک شده
اختلال خوردن	R	۰,۴۶۳**
	Sig	۰,۰۰۱
N=۳۸۴ **معناداری در سطح ۰,۰۱		

با توجه به نتیجه آزمون همبستگی، بین فشار روانی ادراک شده با اختلال خوردن با ضریب همبستگی ۰,۴۶ در سطح ۰,۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. همچنین ضریب همبستگی مثبت گویای این مطلب است که هرچه میزان فشار روانی ادراک شده بیشتر شود، سطح اختلال خوردن افزایش می‌یابد. لذا بین فشار روانی ادراک شده با اختلال خوردن در افراد با اضافه وزن رابطه وجود دارد.

جدول ۵: جدول تحلیل واریانس و خلاصه مدل رگرسیونی برای بررسی معناداری مدل رگرسیونی

متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig.	R	R ²	AR ²
اختلال خوردن	رگرسیون	۳۲۱۳۲,۳۳۶	۱۲	۲۶۷۷,۶۹۵	۱۱,۱۷	۰,۰۰۱	۰,۵۱۵	۰,۲۶۵	۰,۲۴۲
	باقیمانده	۸۸۹۱۲,۶۶۱	۳۷۱	۲۳۹,۶۵۷	۳				
	مجموع	۱۲۱۰۴۴,۹۹	۳۸۳	-					

۷

بر اساس اطلاعات جدول ۵، میزان معناداری F برای اختلال خوردن با درجه آزادی ۱۲ و ۳۷۱ کمتر از میزان ۰,۰۱ محاسبه شد که این امر بیان گر این است که مدل رگرسیونی در سطح ۹۹٪ معنادار است ($p < ۰,۰۱$) و $F(۱۲,۳۷۱) = ۱۱,۱۷$ و متغیرهای راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی، سندرم شناختی- توجهی و فشار روانی ادراک شده، به خوبی توانستند اختلال خوردن را پیش‌بینی کنند. همچنین، شدت همبستگی بر اساس مقدار ضریب همبستگی چندگانه برای اختلال خوردن برابر با ۰,۵۲ می‌باشد و مجذور R تعدیل شده برابر ۰,۲۴ می‌باشد، که نشان‌داد ۲۴ درصد از تغییرات متغیر ملاک یعنی اختلال خوردن، توانست توسط متغیرهای راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی، سندرم شناختی- توجهی و فشار روانی ادراک شده تبیین شود.

جدول ۶: ضرایب همبستگی و رگرسیون راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی، سندرم شناختی- توجهی و فشار روانی ادراک شده بر اختلال خوردن

عامل	ضرائب غیر استاندارد	Beta	t	سطح معنی-داری
	انحراف استاندارد	استاندارد		
مقدار ثابت	۵۴,۸۱۹	-	۴,۴۵۷	۰,۰۰۱
راهبردهای انتخاب موقعیت	۰,۱۴۲	۰,۳۳۴	۰,۴۲۵	۰,۶۷۱
فرآیندی تعدیل موقعیت	۰,۷۰۵	۰,۳۴۵	۲,۰۴۲	۰,۰۴۲
نظم‌جویی گسترش توجه	-۰,۸۱۱	۰,۳۶۶	-۲,۲۱۷	۰,۰۲۷
تغییر شناختی	۰,۰۹۸	۰,۴۳۲	۰,۲۲۷	۰,۸۲۰
تعدیل تجربی	-۰,۱۵۶	۰,۵۷۳	-۰,۲۷۲	۰,۷۸۶
تعدیل رفتاری	۰,۰۲۳	۰,۳۵۸	۰,۰۶۵	۰,۹۴۸
تعدیل زیستی	-۰,۷۴۷	۰,۴۳۷	-۱,۷۱۰	۰,۰۸۸
سندرم زمان درگیری افراد با نگرانی و اندیشناکی	۰,۸۵۳	۰,۳۵۱	۲,۴۳۰	۰,۰۱۶
شناختی- تهدید یابی	۰,۱۸۶	۰,۲۸۷	۰,۶۴۸	۰,۵۱۸
توجهی رفتارهای مقابله‌ای	-۰,۰۶۵	۰,۲۰۱	-۰,۳۲۱	۰,۷۴۸
میزان اعتقاد به باورهای فراشناختی	۰,۰۴۱	۰,۱۳۰	۰,۳۱۸	۰,۷۵۱
فشار روانی ادراک شده	۱,۱۱۱	۰,۱۳۵	۰,۴۱۸	۸,۲۲۰

با توجه به اطلاعات جدول ۶، اختلال خوردن بر اساس فشار روانی ادراک شده با سطح معناداری ۰,۰۰۱ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰,۴۲، مؤلفه زمان درگیری افراد با نگرانی و اندیشناکی از متغیر سندرم شناختی- توجهی با سطح معناداری ۰,۰۱۶ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰,۱۴ و مؤلفه تعدیل موقعیت از متغیر راهبردهای فرآیندی نظم جویی با سطح معناداری ۰,۰۴۲ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰,۱۲ به طور مثبت و مؤلفه گسترش توجه از متغیر راهبردهای فرآیندی نظم جویی با سطح معناداری ۰,۰۲۷ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰,۱۴ به طور منفی، قابل پیش بینی است. همچنین سطح معناداری مقدار ثابت برابر با ۰,۰۰۱ محاسبه شده است که این امر نشان داد مقدار ثابت محاسبه شده بر متغیر ملاک تاثیرگذار بود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطهٔ راهبردهای فرآیندی نظم جویی هیجان، سندرم شناختی-توجهی و فشار روانی ادراک شده با اختلال خوردن در افراد دارای اضافه وزن انجام شد و یافته های آن نشان داد که این سه سازه، هرچند با سهمی متفاوت، در تبیین اختلال خوردن نقش دارند. نخستین یافتهٔ پژوهش حاکی از آن بود که بین راهبردهای فرآیندی نظم جویی هیجان و اختلال خوردن رابطهٔ مستقیم و معناداری وجود ندارد. این نتیجه با شماری از پژوهش های پیشین که دشواری کلی در تنظیم هیجان یا اثرهای غیرمستقیم و واسطه ای آن را با علائم اختلال خوردن تأیید کرده اند، ناهمسو به نظر می رسد، اما این ناهمخوانی را می توان با تفاوت سطح تحلیل تبیین کرد؛ در آن پژوهش ها تنظیم هیجان به عنوان سازه ای کلی یا از مسیر متغیرهای میانجی مانند خودتنظیمی و بدتنظیمی هیجانی زمینه ای سنجیده شده است، در حالی که پژوهش حاضر به طور خاص رابطهٔ مستقیم راهبردهای فرآیندی را بررسی کرده است. تبیین نظری این یافته آن است که اختلال خوردن اساساً اختلالی در سطح محتوای شناختی، طرحواره های ناسازگار و باورهای بنیادین دربارهٔ وزن، شکل بدن و ارزش شخصی است، در حالی که راهبردهای فرآیندی نظم جویی هیجان به مدیریت لحظه ای و موقعیتی هیجانات مربوط می شوند. فرد دارای اضافه وزن ممکن است از راهبردهایی مانند تغییر شناختی یا گسترش توجه برای مدیریت اضطراب روزمرهٔ خود به خوبی استفاده کند، اما این توانایی تأثیری بر باورهای عمیق او دربارهٔ ارزش شخصی بر پایهٔ وزن و شکل بدن ندارد؛ بنابراین دو سطح پردازش موقعیتی و طرحواره ای می توانند مستقل از یکدیگر عمل کنند و اختلال خوردن را نمی توان صرفاً به مدیریت ناکارآمد هیجانات تقلیل داد، زیرا این اختلال پدیده ای چندوجهی با ریشه های اجتماعی-فرهنگی، روان پویشی و زیستی است که در طول سال ها شکل می گیرد و باورهای فرد را عمیقاً دگرگون می سازد.

دومین یافتهٔ پژوهش نشان داد که بین سندرم شناختی-توجهی و مؤلفه های آن با اختلال خوردن رابطهٔ مثبت و معنادار وجود دارد. این نتیجه با پژوهش هایی که نقش تحریف های شناختی و سوگیری توجه را در اختلالات خوردن تأیید کرده اند همسو است و بر اساس مدل فراشناختی و لژ قابل تبیین است. سندرم شناختی-توجهی مجموعه ای از پاسخ های مقابله ای ناکارآمد است که از طریق فعال سازی باورهای فراشناختی مثبت و منفی، فرآیندهای پردازش اطلاعات را هدایت می کند. در افراد دارای اضافه وزن، دل مشغولی مداوم نسبت به وزن، شکل بدن و غذا خوردن با این سندرم پیوند می خورد؛ به این معنا که زمان زیادی که فرد صرف نگرانی و اندیشناکی می کند منابع شناختی او را فرسوده می سازد، تهدید یابی یا پایش مداوم نشانه های خطر در بدن و محیط، توجه انتخابی را به سمت محرک های مرتبط با تهدید می کشاند و رفتارهای مقابله ای نظیر سرکوب فکر، اجتناب رفتاری و چک کردن های مکرر، با جلوگیری از مواجههٔ واقعی و یادگیری اصلاحی، باورهای ناکارآمد دربارهٔ خطرناک بودن ذهن و

محیط را دست‌نخورده نگه می‌دارد. بدین ترتیب این سندرم با ایجاد سبکی صلب و انعطاف‌ناپذیر در پردازش، مانع اصلاح باورهای ناکارآمد در سطوح عمیق‌تر می‌شود و فرد را در چرخه‌های نگرانی، تهدید‌یابی و مقابله^۱ ناکارآمد به دام می‌اندازد و اختلال خوردن را تداوم می‌بخشد و تشدید می‌کند.

سومین یافته^۲ پژوهش بیانگر رابطه^۳ مثبت و معنادار میان فشار روانی ادراک‌شده و اختلال خوردن بود؛ یافته‌ای که با پژوهش‌های پیشین درباره^۴ پیوند استرس، اضطراب و افسردگی با رفتارهای خوردن ناسازگار و خوردن هیجانی همسو است. فشار روانی ادراک‌شده نه یک پاسخ هیجانی ساده، بلکه وضعیتی شناختی-هیجانی است که بر اساس نظریه^۵ تراکنشی لازاروس و فولکمن، از ارزیابی اولیه^۶ تهدید‌آمیز موقعیت و ارزیابی ثانویه^۷ ناکافی بودن منابع مقابله شکل می‌گیرد. در افراد دارای اضافه‌وزن، این عدم تعادل شناختی به دلیل مواجهه با تصویر بدنی منفی، قضاوت‌های اجتماعی و شکست‌های مکرر در کنترل وزن تشدید می‌شود و در چنین شرایطی اختلال خوردن به عنوان راهبردی مقابله‌ای، هرچند ناکارآمد اما در دسترس، برای کاهش موقت پریشانی روانی به کار می‌رود؛ غافل از آنکه خود چرخه‌ای از احساس گناه، شرم و درماندگی را بازتولید می‌کند. این یافته با نظریه^۸ عدم تعادل تلاش-پاداش، نظریه^۹ بار آلوستاتیک و نقش مزمن کورتیزول در اختلال سیستم پاداش و گرایش به غذاهای پرکالری، دیدگاه روان‌پوشی براچ درباره^{۱۰} تجارب اولیه^{۱۱} منفی و باورهای ناکارآمد، مدل شناختی فیربورن درباره^{۱۲} رژیم‌های سخت و تفسیر شکست به عنوان فاجعه، و نظریه^{۱۳} اجتناب تجربی هیز درباره^{۱۴} فرار از تجربیات درونی ناخوشایند از طریق آمیختگی شناختی با افکار مربوط به خوردن، به‌خوبی قابل تبیین است.

چهارمین یافته^{۱۵} پژوهش نشان داد که ۲۴ درصد از تغییرات متغیر ملاک، یعنی اختلال خوردن، توسط راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان، سندرم شناختی-توجهی و فشار روانی ادراک‌شده تبیین می‌شود و در این میان، فشار روانی ادراک‌شده، مؤلفه^{۱۶} زمان درگیری با نگرانی و اندیشناکی و مؤلفه^{۱۷} تعدیل موقعیت به‌طور مثبت و مؤلفه^{۱۸} گسترش توجه به‌طور منفی پیش‌بینی‌کننده^{۱۹} اختلال خوردن بودند. جستجوی نظام‌مند پژوهشگر نشان داد که هرچند روابط دوتایی هر یک از این سازه‌ها با اختلال خوردن در ادبیات پژوهشی تا حدی تبیین شده است، مدل یکپارچه‌ای که اثر همزمان و سهم نسبی این سه متغیر را در بافت افراد دارای اضافه‌وزن بسنجد، در پیشینه مغفول مانده است؛ از این رو یافته^{۲۰} حاضر به روشن‌تر شدن حدود نظری و تجربی این روابط کمک می‌کند. در تبیین نهایی می‌توان گفت این سه سازه از مسیرهایی متمایز اما تعامل‌کننده عمل می‌کنند: ناکارآمدی در نظم‌جویی هیجان، به‌ویژه وقتی فرد از ظرفیت‌های شناختی خود برای ارزیابی مجدد یا تغییر تمرکز توجه بهره نمی‌برد، بستری برای شکل‌گیری سندرم شناختی-توجهی فراهم می‌کند و سندرم شناختی-توجهی با ایجاد سبک پردازش صلب و بسته^{۲۱} روانی، مانع واقعیت‌آزمایی و یادگیری اصلاحی می‌شود و فشار روانی ادراک‌شده به‌عنوان کاتالیزور، هر دو فرآیند را تشدید می‌کند و آستانه^{۲۲} تحمل فرد را در برابر محرک‌های غذایی کاهش می‌دهد. بر این اساس، چرخه‌ای خودتکامل‌شونده از پریشانی روانی، پردازش تکراری اطلاعات منفی و رفتارهای خوردن آسیب‌زا شکل می‌گیرد که رهایی از آن دشوار است. در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اختلال خوردن در افراد دارای اضافه‌وزن پدیده‌ای چندلایه است که در آن باورهای طرحواره‌ای عمیق، سبک‌های پردازش شناختی-توجهی ناسازگار و فشار روانی ادراک‌شده در تعامل با یکدیگر عمل می‌کنند؛ از این رو مداخلات درمانی مؤثر نیز باید فراتر از آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، بر بازسازی باورهای فراشناختی، کاهش نگرانی و اندیشناکی، اصلاح تهدید‌یابی و رفتارهای مقابله‌ای و مدیریت استرس ادراک‌شده در این جمعیت متمرکز شوند.

- اسلام نیا، ر؛ خلغتری، ج. و قربان شیرودی، ش. (۱۴۰۲). ارائه مدل ساختاری تصویر تن بر اساس طرحواره‌های جنسی، تیپ شخصیتی، نگرش به خوردن با میانجی‌گری کمال‌گرایی در افراد دچار آسیب فرهنگی اختلال بدشکلی بدن. روان‌شناسی فرهنگی زن (زن و فرهنگ سابق)، ۱۵(۵۸)، ۷-۱۹.
- اعرابی، ا؛ حسنی، ج؛ اکبری، م؛ حاتمی، م. و شعرافچی‌زاده، م. ر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کلاسیک و درمان خودشفقت‌ورزی در پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس با توجه به نقش انعطاف‌پذیری شناختی و راهبردهای فرایندی تنظیم هیجان، رساله دکتری، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- بزرگی، م. و زربخش، م. ر. (۱۴۰۲). نقش میانجی سبک خوردن در رابطه بین افسردگی، اضطراب، استرس و تکانشگری با اختلال خوردن افراد چاق. نشریه روانشناسی تحلیلی شناختی، ۱۴ (۵۲)، ۶۲-۷۶.
- پرویز، ا؛ خدادادی، ع. و عسگری، م. س. (۱۴۰۱). تدوین مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی بر اساس نیازهای اساسی روان‌شناختی و خودمهارگری با نقش واسطه‌ای جهت‌گیری هدف و هوش هیجانی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱۰(۳۸)، ۱۹۵-۲۲۰.
- پونده نژادان، ع. ا؛ عطاری، ی. و حسین، د. (۱۳۹۷). پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خوردن ذهن آگاهانه با میانجی‌گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن در زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹ (۳۴)، ۱۴۱-۱۷۰.
- پیرمحمدی، ف؛ پورحسین، ر. و غلامعلی لواسانی، م. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای مقایسه اجتماعی در رابطه طرحواره‌های ذهنی با نگرش‌های مربوط به تصویر بدنی و عزت نفس دانش‌آموزان مبتلا به چاقی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
- تحویلیان، م. ر؛ مظاهری، م. و مظاهری، م. (۱۴۰۳). نقش پیش‌بینی‌کننده راهبردهای تنظیم هیجان، نظم‌جویی هیجانی و خلاقیت هیجانی در سیستم‌های مغزی - رفتاری و کنترل افکار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- جعفرزاده، ح. (۱۳۹۶). رابطه خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی. نشریه روانشناسی و روان‌پزشکی شناختی، ۵ (۲)، ۸۳-۹۴.
- جلودار، م؛ ترابی، ف. و راه‌پیمای، س. (۱۴۰۳). پیش‌بینی علائم اختلال خوردن بر اساس کمال‌گرایی و دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان دختر دوره متوسطه دوم شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی زند - شیراز، دانشکده علوم انسانی.
- حسنی، ج. و کدیور، پ. (۱۳۹۲). تعیین اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۴(۱۴)، ۱۱۱-۱۴۶.
- خیرآبادی، ه؛ بخشی‌پور، ا. و جاجرمی، م. (۱۴۰۰). مدل‌یابی ارتباط ساختاری استرس و اختلال خوردن با میانجی‌گری معنای زندگی و اجتناب تجربی. نشریه روانشناسی، ۱۴ (۱۰۰)، ۵۰۹-۵۱۸.
- سعادت، س؛ اصغری، ف. و جزایری، ر. (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تحصیلی با استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه گیلان. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۵ (۱۲)، ۶۷-۷۸.
- سمرادجاء، ن. و نویدی مقدم، م. (۱۴۰۱). رابطه تنظیم هیجان، اختلال بدریخت‌انگاری و اضطراب اجتماعی با اختلال خوردن در زنان جوان متقاضی عمل‌های لاغری. نشریه سلامت اجتماعی، ۱۰ (۱)، ۵۲-۶۳.
- شعاع‌کاظمی، م. ا؛ میرمحمدی، م. و محمدی، ف. (۱۴۰۲). رابطه بین سلامت روانی با اختلالات خوردن و رفتارهای واری بدن در دانشجویان دختر. فصلنامه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۸. ۲۷۱-۲۹۳.
- شکوه مهدوی، ف. و برازنده، ا. (۱۴۰۲). بررسی رابطه تفکر ارجاعی و تحمل پریشانی با فرسودگی تحصیلی بر اساس نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجان در دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

- شکوهی امیرآبادی، ل.؛ خلعتبری، ج. و رضابخش، ح. (۱۳۸۹). استرس ادراک شده در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با سبک های اسنادی مختلف در سال ۱۳۸۷، نوآوری های مدیریت آموزشی (اندیشه های تازه در علوم تربیتی)، ۵ (۴): ۱۰۷-۱۱۹.
- صلح میرزایی، ب؛ نوری، ر. و حسنی، ج. (۱۴۰۱). نقش تشخیصی راهبردهای تنظیم هیجان، باورهای ارتباطی غیرمنطقی، طرحواره های هیجانی و تمایز یافتگی در افراد دارای تعارض زناشویی زیاد و تعارض زناشویی کم، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی.
- فاطمی نیا، س؛ پیروی، م. و نصیر دهقان، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر استرس ادراک شده، باورهای فراشناختی تکنانگسری و بهزیستی روانشناختی نوجوانان دختر مقطع متوسطه دوم ملارد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد.
- فرخی، ح. و سهرابی، ف. (۱۳۹۶). بررسی پایایی، روایی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس سندروم توجه-شناختی (CAS-1). فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی، ۸ (۳۰)، ۹-۱۵.
- قاسمی علی آبادی، ز. س؛ پور آقا رودبرده، ف. و کافی، س. م. (۱۴۰۳). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، انعطاف پذیری شناختی و خودشفقت ورزی در بهزیستی روانشناختی دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، مؤسسه آموزش عالی راهبرد شمال.
- الماسی زفره ئی، ط؛ متقی، ش. و صافی، م. ه. (۱۴۰۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر آنگ ادراک شده و استرس فرزند پروری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اردکان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- محمدی، ف؛ محمدی، ع؛ اسماعیلی سودرجانی، ا؛ نصرتی، م. و بزی، م. (۱۴۰۱). نقش تنظیم هیجان در تبیین اختلال خوردن هیجانی نوجوانان مبتلا به چاقی: نقش واسطه ای ذهنی سازی. نشریه رویش روانشناسی، ۱۱ (۵)، ۲۳-۳۲.
- محمدی، ن. و سجادی نژاد، م. السادات. (۱۳۸۴). ارزیابی شاخص های روان سنجی پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت نفس در دختران نوجوان. مطالعات روانشناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء. ۳ (۱)، ۸۵-۱۰۱.
- مددی الموسوی، س. س؛ حسن زاده، س. و رضایی طلب، ف. (۱۴۰۳). مقایسه کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی با و بدون مشکل خواب، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- مظفری گزافی، ش؛ صلاحیان، ا. و خدایی، ع. (۱۴۰۳). بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با ترومای دوران کودکی و استرس پس از سانحه با نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور استان کردستان، مرکز پیام نور سنندج.
- میرعبدالعظیمی، س. ا. و مدحی، م. (۱۴۰۳). پیش بینی استرس ادراک شده بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و هوش معنوی در دانش آموزان دختر فاقد پدر. رویش روانشناسی، ۱۳ (۳)، ۱۴۰۱-۱۵۰.
- نعمتی، م. (۱۴۰۲). طراحی برنامه کاهش وزن تلفیقی و مقایسه اثربخشی آن با تحریک مغناطیسی فراجمجمه ای مغز بر سوگیری توجه، بازداری رفتاری، ولع مصرف و شاخص های آنتروپومتریک در زنان مبتلا به چاقی. رساله دکتری تخصصی، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- Alreshidi, N. F., Alenzi, H., Alrashidi, R., & Aljaloud, L. (2024). Prevalence and association of obesity, depression, and psychological stress among the population of Saudi Arabia. *South Eastern European Journal of Public Health*, 648-658. <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.1456>
- Alsunni A, Latif R. (2014). Perceived stress among medical students in preclinical years: A Saudi Arabian perspective. *Saudi J Health Sci*; 3(3): 155-9.
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2025). Eating disorders: A review. *JAMA*, 333(14), 1242-1252. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.0132>
- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>

- Bardeen, J. R., Clauss, K., & Fergus, T. A. (2022). Factor structure and incremental utility of the multidimensional cognitive attentional syndrome scale (MCASS): A bifactor analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(3), 836-843.
- Berding, K., Bastiaanssen, T. F. S., Moloney, G. M., Boscaini, S., Strain, C. R., Anesi, A., Long-Smith, C., Mattivi, F., Stanton, C., Clarke, G., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2023). Feed your microbes to deal with stress: a psychobiotic diet impacts microbial stability and perceived stress in a healthy adult population. *Molecular Psychiatry*, 28(2), 601–610. <https://doi.org/10.1038/S41380-022-01817-Y>
- Booth, B. M., Vrzakova, H., Mattingly, S. M., Martinez, G. J., Faust, L., & D'Mello, S. K. (2022). Toward Robust Stress Prediction in the Age of Wearables: Modeling Perceived Stress in a Longitudinal Study With Information Workers. *IEEE Transactions on Affective Computing*, 13(4), 2201–2217. <https://doi.org/10.1109/TAFFC.2022.3188006>
- Burns, E. J. (2024). Improving the DSM-5 approach to cognitive impairment: Developmental prosopagnosia reveals the need for tailored diagnoses. *Behavior Research Methods*, 56(7), 7872-7891.
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G., Guarino, A., & Favieri, F. (2020). Emotion and overeating behavior: Effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1333–1345. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>
- Chasles, M. J., Joubert, S., Cole, J., Delage, É., & Rouleau, I. (2024). Vulnerability to semantic and phonological interference in normal aging and amnesic mild cognitive impairment (aMCI). *Neuropsychology*, 38(5), 416.
- Cheng, S. T., Li, K. K., Or, P. P., & Losada, A. (2022). Do caregiver interventions improve outcomes in relatives with dementia and mild cognitive impairment? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*, 37(8), 929.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A. (1983). Global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behavior*, 24, 385-396.
- Conboy, N. E., Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2021). Development and validation of the Multidimensional Cognitive Attentional Syndrome Scale (MCASS). *Psychological Assessment*, 33(6), 489–498.
- Cuevas, A. G., Chen, R., Thurber, K. A., Slopen, N., & Williams, D. R. (2019). Psychosocial stress and overweight and obesity: Findings from the Chicago Community Adult Health Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(11). <https://doi.org/10.1093/abm/kaz008>
- Dakanalis, A., Zanetti, M. A., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & Caccialanza, R. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite*, 71, 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.010>
- Dounchis, J. Z., Karam, A. M., Stein, R. I., & Wilfley, D. E. (2021). Subtyping patients with binge-eating disorder by dietary restraint and negative affect: Characteristics and treatment outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(12), 1020.
- Feng, G., Xu, X., & Lei, J. (2023). Tracking perceived stress, anxiety, and depression in daily life: a double-downward spiral process. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2023.1114332/PDF>
- Fergus, T. A., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2012). Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 53, 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.017>
- Gamonal-Limcaoco, S., Montero-Mateos, E., Lozano-López, M. T., Maciá-Casas, A., Matías-Fernández, J., & Roncero, C. (2022). Perceived stress in different countries at the beginning of the coronavirus pandemic. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 57(4), 309–322. <https://doi.org/10.1177/00912174211033710>
- Garcia, N. (2023). *The Quality of Life of Older Adults with Mild Cognitive Impairment*. Adler University.
- Goldman, A. S. (2024). *Subjective Cognitive Impairment, Self-Perceptions of Aging, Symptoms of Affective Disorders, and Objective Cognitive Impairment: A Moderated Mediation Model* (Doctoral dissertation, Miami University).
- Hu, Z., Zhao, T., & Shu, Z. (2024). Improving the emotions experienced: Regulation strategies used by remote learners during COVID-19. *International Journal of Learning and Teaching*, 10(6), 679–684. <https://doi.org/10.18178/ijlt.10.6.679-684>
- Khalid, R., Lister, N. B., Paxton, S. J., Maguire, S., Libesman, S., Seidler, A. L., Cooper, K., Quigley, F., Yourell, J., Baur, L. A., & Jebeile, H. (2025). Potential pathways to the onset and development of eating disorders in people with overweight and obesity: A scoping review. *Obesity Reviews*, 26(1), e13840. <https://doi.org/10.1111/obr.13840>

- Lam, K. C. K., & Tsang, H. W. H. (2022). Cognitive attentional syndrome in Hong Kong people with depression. *Environmental and Occupational Health Practice*, 4(1), Article ID: 2022-0013-OA. <https://doi.org/10.1539/eohp.2022-0013-OA>
- Levinson, C. A., Hunt, R. A., Christian, C., Williams, B. M., Keshishian, A. C., Vanzhula, I. A., & Ralph-Nearman, C. (2022). Longitudinal group and individual networks of eating disorder symptoms in individuals diagnosed with an eating disorder. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 131(1), 58.
- Lizana-Calderón, P., Alvarado, J. M., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., & Soto-Núñez, M. (2024). Influence of body image, risk of eating disorder, psychological characteristics, and mood-anxious symptoms on overweight and obesity in Chilean youth. *Behavioral Sciences*, 14(3), 154. <https://doi.org/10.3390/bs14030154>
- Machida, M., Tanobe, K., Lee, S. K., Hara, S., Kumano, H., & Tayama, J. (2023). Development and validation of the Cognitive Attentional Syndrome Scale 1 Revised–Japanese Version. *Japanese Psychological Research*, 67(3), 260–271. <https://doi.org/10.1111/jpr.12445>
- Melville, H., Lister, N. B., Libesman, S., Seidler, A. L., Cheng, H. Y., Kwan, Y. L., Garnett, S. P., Baur, L. A., & Jebeile, H. (2025). The prevalence of eating disorders and disordered eating in adults seeking obesity treatment: A systematic review with meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, 58(9), 1644–1661. <https://doi.org/10.1002/eat.24483>
- Miller, M., Carnell, S., Mostofsky, S., & Rosch, K. S. (2023). Difficulties with emotion regulation and frustrative nonreward in youth with ADHD and overweight/obesity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(10, Suppl), S188–S189. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.09.111>
- Ningtyas, N. S. A. & Isaura, E. R. (2024). Emotional Eating and Psychological Distress: Unveiling the Hidden Struggles of International Students in Surabaya. *Amerta Nutrition*, 8(4), 582–592. <https://doi.org/10.20473/amnt.v8i4.2024.582-592>
- Quinn, C. G., Rabin, L. A., & Saykin, A. J. (2024). Mild cognitive impairment and dementia. In M. W. Parsons & M. M. Braun (Eds.), *Clinical neuropsychology: A pocket handbook for assessment* (4th ed., pp. 372–409). American Psychological Association.
- Rodrigues, T. F. & Machado, P. P. P. (2025). Emotion regulation and eating disorders – the current status of research and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 38(6), 421–426. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000001043>
- Rojas-Valverde, M. & Felipe-Castaño, E. (2025). Emotion Regulation as a Predictor of Disordered Eating Symptoms in Young Female University Students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(9), 171. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15090171>
- Rubino, F., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Cohen, R. V., Wilding, J. P. H., Brown, W. A., Stanford, F. C., Batterham, R. L., Farooqi, I. S., Farpour-Lambert, N. J., le Roux, C. W., Sattar, N., Baur, L. A., Morrison, K. M., Misra, A., Kadowaki, T., Tham, K. W., Sumithran, P., Garvey, W. T., ... Mingrone, G. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(3), 221–262. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)
- Rueth, J.-E., & Lohaus, A. (2022). Process-oriented measurement of emotion regulation: General and specific associations with psychosocial adjustment and well-being in (pre-)adolescence. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 904389. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.904389>
- Schaffert, J., Chiang, H. S., Fatima, H., LoBue, C., Hart, J., & Cullum, C. M. (2023). History of traumatic brain injury does not alter course of neurocognitive decline in older adults with and without cognitive impairment. *Neuropsychology*, 37(8), 923.
- Schutte, N. S., Manes, R. R., & Malouff, J. M. (2009). Antecedent-focused emotion regulation, response modulation and well-being. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 28(1), 21–31. <https://doi.org/10.1007/s12144-009-9044-3>
- Sepehry, A. A., Schultz, I. Z., Cohen, D. A., & Greer, S. (2023). From subjective cognitive decline to mild cognitive impairment to dementia: Clinical and capacity assessment considerations. *Psychological Injury and Law*, 16(3), 273–287.
- Sfärlea, A., Radix, A. K., Schulte-Körne, G., Legenbauer, T. & Platt, B. (2023). Attention Biases for Eating Disorder-Related Stimuli Versus Social Stimuli in Adolescents with Anorexia Nervosa – An Eye-Tracking Study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51, 541–555. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00993-3>
- Shishira, K. B., Vaishali, K., Kadavigere, R., Sukumar, S., Bommasamudram, T., & Hoogar, P. (2025). Exploring needs, perceptions, and preferences towards exercise video among overweight individuals – a qualitative study [version 3;

- peer review: 1 approved, 2 approved with reservations]. F1000Research, 13, 998. <https://doi.org/10.12688/f1000research.150772.3>
- Smutchak, S. (2024). Analysis of psychological features of youth with disordered eating behavior. Bulletin of Postgraduate Education: Collection of Scientific Papers. Series "Social and Behavioral Sciences; Management and Administration", 30(59), 100–124. [https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30\(59\)-100-124](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30(59)-100-124)
- Stott, N., Fox, J. R. E. & Williams, M. O. (2021). Attentional bias in eating disorders: A meta-review. International Journal of Eating Disorders, 54(8), 1377–1399. <https://doi.org/10.1002/eat.23560>
- Su, D., Chen, L., Ding, J., Wang, J., & Shi, S. (2024). Association of overweight and obesity with cardiovascular disease morbidity and adverse outcomes in older adults: a retrospective cohort study [Preprint]. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3844842/v1>
- Tian, T., Huang, Z., Zhou, J., & others. (2025, April 22). Perceived stress and psychological distress among Chinese nurses: The mediating and moderating roles of psychological flexibility and insomnia [Preprint, Research Square]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6144966/v1>
- Van Strien, T., Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A. and Defares, P.B. (1986) The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. International Journal of Eating Disorders, 5, 295-315.
- Van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. Appetite, 52(2), 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.010>
- Wells, A. (2009). Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression, New York, Guilford Press.