

# اثر بخشی مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن

## هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن

املیا میرزامحمدعلائینی\*، احمد علیپور\*\*، احمدعلی نوربالا\*\*\*، مژگان آگاه‌هریس\*\*\*\*

دریافت مقاله :

۹۲/۶/۱

پذیرش:

۹۲/۱۱/۱

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف مشخص کردن کارآمدی مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن صورت گرفته است.

**روش:** با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، از میان زنان داوطلب واجد معیارهای ورود-خروج به پژوهش، ۲۲ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند، کلیه آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی به گویه‌های پرسشنامه غذا خوردن هیجانی پاسخ دادند و مشخصات تن‌سنجی آنها نیز اندازه‌گیری شد.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۶م نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون t مستقل، نشان داد مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی به طور معنادار باعث اصلاح الگوهای غذا خوردن هیجانی (خشم، اضطراب و افسردگی) و کاهش وزن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** این مداخله باعث کاهش وزن و اصلاح غذا خوردن هیجانی به واسطه تنظیم هیجان‌ها، اصلاح باورهای مخرب غذا خوردن و بازسازی شناختی در میان افراد دارای غذا خوردن هیجانی شده است.

**کلیدواژه:** مداخله، غذا خوردن هیجانی، چاقی، اضافه وزن

\* پژوهشگر مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران مرکز، ایران (نویسنده مسئول) [Emelia\\_1983ir@yahoo.com](mailto:Emelia_1983ir@yahoo.com)

\*\* پژوهشگر مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، استاد گروه روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور تهران مرکز

\*\*\* استاد گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\*\*\* پژوهشگر مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، گرمسار

## مقدمه

اضافه وزن و چاقی با سرعت فزاینده‌ای در حال تبدیل شدن به تهدیدی بالقوه برای سلامتی در دنیای در حال پیشرفت امروزی است (سانتونجا، مورالز، ویلانوا، کورتز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). نگرانی در مورد این حوزه سلامت منجر به ارتقاء اقدامات پیشگیرانه‌ای شده است که بر اهدافی دوگانه متمرکز شده‌اند: اطلاع‌رسانی عموم در مورد خطرات بالقوه اضافه وزن و در مورد مزایای اصلاح رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم (سانتونجا و همکاران، ۲۰۱۲). از طرفی چاقی شرایطی پیچیده، پرهزینه و چندوجهی است که پرخوری عامل معنادار مؤثری در پیدایش آن است، رفتارهای پرخوری<sup>۲</sup> شناخته شده به طور معناداری با چاقی مرتبط هستند، رفتارهایی از قبیل: خوردن هیجانی، خوردن تکانشی، عدم خودداری در غذا خوردن و عدم خودداری شناختی در غذا خوردن (هایس، بتالون، مک‌کروی، روبن‌آف، لیپمن و روبرتس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). به طوری که معمولاً عاطفه منفی<sup>۴</sup> با الگوهای خوردن ناسالم مرتبط است، اگرچه عاطفه منفی در مطالعات متعدد با کم‌خوری و کاهش اشتها نیز ارتباط دارد، اما عمدتاً پرخوری در واکنش به هیجان‌های منفی اتفاق می‌افتد، این تغییرات در رفتارهای غذا خوردن ممکن است منجر به بهم ریختن الگوهای غذا خوردن و افزایش وزن شود (فیت، آلیسون و گلیبتر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). پس هیجان‌ها رفتارهای غذا خوردن را تغییر می‌دهند:

چنان چه تحقیقات نشان داده‌اند. القاء هیجان‌های منفی به افزایش مصرف غذا منجر می‌شود که احتمالاً تلاشی است در جهت کاستن عواطف منفی (تلک، آگراس و لینهان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). تحقیقات ثابت کرده‌اند افراد چاق از بالا بودن خلق منفی در رنج هستند، وقتی که فرد باور داشته باشد غذا خوردن، خلق را بهبود می‌بخشد، در پاسخ به عواطف منفی به غذا خوردن روی می‌آورد تا آن خلق منفی تنظیم شود (ترنر، لوسزینسکا، وارنر و شوآرتز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). اسنک، انجلز، جان‌سنز و ون‌استرین<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷ نشان داده‌اند، هیجان‌های افراد چاق بر الگوی غذا خوردن آنها تأثیر منفی دارد. از آنجا که غذا خوردن هیجانی به عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان‌های منفی از قبیل استرس، تنهایی<sup>۹</sup>، کسالت<sup>۱۰</sup>، اضطراب<sup>۱۱</sup> و غیره (دوگان، گوجت‌تکین و کاترانچوگلو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱) تعریف می‌شود، مطالعات در حوزه غذا خوردن هیجانی در تلاش هستند تا چاقی را از این حوزه تبیین کنند، به طوری که نشان داده‌اند افراد چاق در پاسخ به حالات هیجانی منفی بسیار بیشتر از افراد دارای وزن بهنجار غذا می‌خورند (انگوین-ردریگز، چو، آنگر و اسپروت-متز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان داده‌اند، خوردن هیجانی اغلب در جمعیت چاق اتفاق می‌افتد، به این ترتیب که معمولاً افراد دارای اضافه وزن در مقایسه با افراد با وزن بهنجار و زیر وزن بهنجار، بیشتر

6. Telch, Agras, & Linehan
7. Turner, Luszczynska, Warner, & Schwazer
8. Snoek, Engels, Janssens, & Van Strien
9. Loneliness
10. bored
11. anxiety
12. Dogan, GocetTekin, & Katrancioğlu
13. Nguyen-Rodriguez, Chou, Unger, & Spruijt-Metz

1. Santonja, Morales, Villanueva & Cortes
2. over eating behaviors
3. Hays, Bathalon, McCrory, Roubenoff, Lipman, & Roberts
4. negative affect
5. Faith, Allison, & Geliebter

استرین، وندرزوآلو و انجلز<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی برای اولین بار وجود عامل ژنتیکی را در خوردن هیجانی پیدا کردند، یعنی وجود ژنی به نام 5-HTTLPR که باعث ایجاد غذا خوردن هیجانی در برخی افراد می‌شود. ماخت، هاپت و الگرین<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) دریافتند که دانش‌آموزانی که قبل از دادن امتحان استرس داشتند، گزارش می‌دهند که غذا خوردن، حواس آن‌ها را از استرس منحرف می‌کند. برای درمانگری غذا خوردن هیجانی از روش‌های روانشناختی متعددی استفاده شده است، روش‌هایی از قبیل: درمانگری شناختی، درمانگری شناختی- رفتاری، فنون تنش‌زدایی و غیره. متزونی، پگنینی، گورینی، پرتسیوزا، کستل‌نواوو، مولیناری<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۹) به وسیله تمرینات آرمیدگی<sup>۸</sup> عضلانی-ذهنی توانستند غذا خوردن هیجانی را تعدیل کنند. زابینسکی، ویلفلی، کالفاس، وینزلبرگ و تیلور<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) تحت مداخله‌ای شناختی در گروهی که مبتلا به اختلال خوردن بودند، آسیب را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دادند. با توجه به افزایش شیوع چاقی و همچنین افزایش تجربه هیجان‌های منفی از قبیل استرس، پریشانی، خشم و غیره در زندگی ماشینی امروز، پژوهش حاضر در این راستا و با هدف بررسی تأثیر مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن می- باشد.

گزارش می‌کنند با غذا خوردن هیجانی درگیر هستند (گلیتر و آورسا، ۲۰۰۳). از این رو اکثر مطالعات در زمینه غذا خوردن هیجانی روی جمعیت چاق متمرکز شده‌اند (انگوین-ردریگز و همکاران، ۲۰۰۸). دنیس و گلدبرگ (۱۹۹۶) دریافتند که در مقایسه با زنان با وزن بهنجار، زنان چاق تمایل دارند در پاسخ به برانگیختگی هیجانی بیشتر بخورند و تصویر از خود منفی‌تری دارند (ون-استرین، اسکپرز و کاکس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ کویاک، ووگل، سیرینگ، اسکیل و وبر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ فیت و همکاران، ۱۹۹۸؛ هایس و همکاران، ۲۰۰۲؛ گلیبر و آورسا، ۲۰۰۳ و صارمی، خمسه و دانیال، ۱۳۷۰). آرنا، کناردی و آگراس<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) نشان دادند خشم و ناکامی وقوع دوره‌های پرخوری را تا ۴۲٪ تسریع می‌کند، در مقابل افسردگی، تنها ۱۶٪ وقوع این دوره‌ها را تسریع می‌کند. علاوه بر این کسانی که تمایل دارند در پاسخ به خشم یا افسردگی پرخوری کنند، در مقایسه با کسانی که در پاسخ به اضطراب پرخوری می‌کنند، بیشتر احتمال دارد که وزن قبل از شروع مداخله درمانی را دوباره کسب کنند (آرنا و همکاران، ۱۹۹۲). افسردگی، اضطراب و خشم هر سه حالات خلقی منفی مهمی هستند که پرخوری را تسریع می‌کنند و بنابراین بررسی‌های تجربی دیگر را توجیه می‌کنند. بر اساس تحقیقات انگوین-ردریگز و همکاران (۲۰۰۸) غذا خوردن هیجانی اغلب با اضافه وزن و چاقی مرتبط است. ون

5. van Strien, van der Zwaluw, Engels  
6. Macht, Haupt, & Ellgrin  
7. Manzoni, Pagnini, Gorini, Preziosa, Castelnovo, Molinari, & Riva  
8. relaxation  
9. Zabinski, Wilfley, Calfas, Winselberg, & Taylor

1. Geliebter, & Aversa  
2. van Strien, Schippers, & Cox  
3. Kubiak, Vögele, Siering, Schiel, & Weber  
4. Arnow, Kenardy & Agras

## روش

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه‌ها از طریق فراخوانی در دانشگاه پیام نور مرکز تهران انتخاب شدند که طی آن از میان زنانی که به آزمایشگاه روان‌شناسی دانشکده مراجعه کرده بودند، زنانی که BMI آنها بالای ۲۵ بود و نمرات آنها در مقیاس خوردن هیجانی (EES؛ آرنه، کناردی و آگراس، ۱۹۹۵) ( $M=52/62$ ,  $SD=18/81$ ,  $N=280$ ) یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود و همچنین در سن باروری قرار داشتند، هیچ‌گونه دارویی مصرف نمی‌کردند، به هیچ بیماری روان‌پزشکی خاصی مبتلا نبودند و تحت هیچ رژیم غذایی خاصی نبودند، تعداد ۲۲ داوطلب انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش که تحت مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی و گروه گواه که تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند، جایگزین شدند. ابتدا کلیه آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش رضایت خود را از شرکت در این پژوهش اعلام کردند و آزمودنی‌های گروه آزمایش متعهد شدند در طول ۱۶ هفته، هفته‌ای ۱ بار و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه در جلسات شرکت نمایند. همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان دو گروه خواسته شد که در طی دوره مداخله از هیچ رژیم غذایی تبعیت نکنند و صرفاً به ثبت نوع و مقدار مواد غذایی و آشامیدنی خود در کاربرگ‌های ثبت غذای روزانه اکتفا کنند و آنها را به صورت هفتگی به درمانگر تحویل دهند. کلیه جلسات به صورت ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و همچنین ۲ جلسه شامل جلسه

صفر (ارزیابی) و جلسه ۱۵ (ارزشیابی) اجرا شد، در جلسه صفر و جلسه آخر کلیه آزمون‌ها و اندازه‌گیری‌ها اجرا شد. بر این اساس آزمودنی‌ها در هر جلسه تحت مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی قرار گرفتند و کاربرگ‌های مربوط به کنترل هیجان‌های منفی (احساس گناه، شرم، درماندگی، اضطراب، یأس، سردرگمی و احساس تنهایی) (کونینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷) را پر کردند (هر جلسه به یکی از این هیجان‌ها اختصاص دارد)، به این ترتیب که در هر جلسه به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که احساس‌ها و هیجان‌های روزمره خود را بشناسند و بین باورهای منطقی و غیرمنطقی خود در مورد آنها تمییز قائل شوند و در مواقع هیجان شدید به جای روی آوردن به پرخوری، بتوانند این هیجان‌ها را بشناسند و با آنها کنار بیایند و از آنها به نحوی سالم بهره بگیرند (کونینگ، ۲۰۰۷). خلاصه جلسات مداخله به شرح زیر می‌باشد:

جلسه ۱- کارکرد احساس‌ها (هدف: آشنایی و ایجاد ارتباط با احساس‌ها و هیجان‌های خود)،  
جلسه ۲- ترس از احساس‌ها (هدف: رویارویی با انواع هیجان‌ها و تمییز بین باورهای منطقی از غیر منطقی در مورد هیجان‌ها)، جلسه ۳- احساسات، نه غذا (هدف: ایجاد توانایی در تمییز بین احساس از تغذیه و ایجاد ارتباط بین حواس فیزیکی با هیجان‌ها)، جلسه ۴- هفت تا از مشکل‌ترین احساس‌ها برای کسانی که اختلال خوردن دارند (هدف: شناسایی راه اندازه‌دهی هیجان‌ها و پذیرش همه هیجان‌های خوب و بد)، جلسه ۵- احساس گناه<sup>۲</sup> (هدف: افزایش سطح آگاهی نسبت به احساس گناه

2. Koenig  
3. guilt

1. emotional eating scale

خوردن<sup>۸</sup> (هدف: شناسایی به راه‌اندازندگان هیجانی، و باورهای منطقی و غیر منطقی در این خصوص، و یادگیری چگونگی تنظیم پاسخ‌های هیجانی به این به راه‌اندازندگان)، جلسه ۱۴- احساس شادکامی<sup>۹</sup>، سلامتی<sup>۱۰</sup> و داشتن سلامتی<sup>۱۱</sup> و داشتن وزنی طبیعی<sup>۱۲</sup> (هدف: کشف احساسات درباره غذا، پذیرش بدن خود با هر سایز و شکلی)، جلسه ۱۵- اجرای پس‌آزمون (هدف: در آخر میزان کاهش وزن و شاخص توده بدنی در آزمودنی‌ها، میزان کاهش در دفعات خوردن هیجانی بعد از اتمام مداخله در دو گروه تعیین و مقایسه شد). در نهایت پس از پایان پژوهش و اجرای پس‌آزمون با توجه به ملاحظات اخلاقی، دستورالعمل کنترل غذا خوردن هیجانی به اعضای گروه کنترل نیز آموزش داده شد. مقیاس غذا خوردن هیجانی (آرنا، کناردی و آگراس ۱۹۹۵) یک مقیاس خود گزارش‌دهی ۲۵ موردی است که شدت رابطه بین خلق منفی و اختلالات خوردن را می‌سنجد. این ۲۵ مورد در مقیاس لیکرت ۵ امتیازی از ("هیچ میلی به خوردن ندارم") تا ("میل شدیدی به خوردن دارم") نمره گذاری شده است. و شامل سه زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و خشم است. دامنه نمرات این مقیاس از ۲۵ تا ۱۲۵ است. برای مقیاس غذا خوردن هیجانی (EES) پایایی درونی ۰/۸۱ و اعتبار ۰/۷۹ گزارش شده است. پژوهشگر جهت بررسی پایایی درونی EES در جمعیت ایرانی این پرسشنامه را روی ۲۸۰

و تمایز بین احساس گناه بهنجار از احساس گناه نابهنجار و خودکار)، جلسه ۶- احساس شرم<sup>۱</sup> (هدف: شناسایی باورهای منطقی و غیر منطقی در مورد احساس شرم و درک فرق بین احساس شرم و احساس گناه)، جلسه ۷- احساس درماندگی<sup>۲</sup> (هدف: شناسایی و ارتباط با احساس درماندگی و یادگیری چگونگی رویارویی با آن)، جلسه ۸- اضطراب<sup>۳</sup> (هدف: شناسایی و تمایز بین اضطراب از احساس ترس و یادگیری مواجهه با احساس اضطراب در مواقع اضطراب آور)، جلسه ۹- احساس یأس<sup>۴</sup> (هدف: شناسایی خاطرات کودکی در مورد یأس، و یادگیری چگونگی مواجهه با آن)، جلسه ۱۰- احساس گیجی<sup>۵</sup> (هدف: یادگیری چگونگی اعتماد کردن به خود و اتخاذ تصمیم درست در مواقع اضطراب‌آور، و شناسایی باورهای منطقی و غیر منطقی در مورد احساس گیجی)، جلسه ۱۱- احساس تنهایی<sup>۶</sup> (هدف: ایجاد توانایی تمایز بین احساس تنهایی از احساس کسلی و پوچی، و شناسایی باورهای منطقی و غیر منطقی در مورد احساس تنهایی)، جلسه ۱۲- آزاد سازی احساس‌ها (هدف: شناسایی بایدها و نبایدهای هیجانی، یادگیری کنترل شدت احساس‌ها و عواطف، شناسایی مکانیزم‌های دفاعی شایع، و یادگیری احساس کردن درست احساسات)، جلسه ۱۳- به راه‌اندازندگان<sup>۷</sup> احساسات شدید و اختلال‌های

1. shame
2. helplessness
3. anxiety
4. disappointment
5. confusion
6. loneliness
7. triggers

8. triggers to intense feelings and disordered eating
9. happiness
10. health
11. health
12. natural body weight

انحراف استاندارد ۸/۱۵ سال در این پژوهش شرکت کردند. کلیه آزمودنی‌ها مؤنث و در مقطع کارشناسی تحصیل کرده بودند.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

گروه	N	کمینه	بیشینه	M	SD
آزمایش	۱۱	۲۹	۴۷	۳۸/۸۱	۷/۰۹
کنترل	۱۱	۲۰	۴۷	۳۲/۷۲	۸/۲۹
کل	۲۲	۲۰	۴۷	۳۵/۷۷	۸/۱۵

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد وزن آزمودنی‌های دو گروه در پیش‌آزمون و پس-آزمون ارائه شده است. مندرجات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که نمرات وزن گروه آزمایش در موقعیت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۲. آزمون t اختلافی برای بررسی تفاوت معناداری وزن

متغیر	موقعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t-test	درجه آزادی	P-value
وزن	پیش-آزمون	آزمایش	۷۸/۶۳	۵/۴۰	۳/۱۰	۲۰	۰/۰۰۶
		کنترل	۷۷/۸۱	۱۰/۷۴			
پس-آزمون	آزمایش	آزمایش	۷۵/۸۵	۵/۲۱	۱۲/۰۱	۲۰	۰/۰۰۶
		کنترل	۸۰/۶۶	۱۲/۰۱			

شماره ۳ ویژگی‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در مقیاس غذا خوردن هیجانی (EES) ارائه شده است همانگونه که در جدول نیز منعکس شده است، نمرات غذا خوردن هیجانی در آزمودنی‌های گروه آزمایش بهبود یافته است.

دانشجو (شامل ۲۲۰ زن و ۶۰ مرد) که به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند اجرا کرد و ضریب همسانی درونی را برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آورد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات برای کل مقیاس نیز به ترتیب ۵۲/۶۲ و ۱۸/۸۱ محاسبه شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های خشم، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۷ و ۰/۸۹ به دست آمد.

### یافته‌ها

در جدول شماره ۱ ویژگی‌های توصیفی سن آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک گروه ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود، در مجموع ۲۲ آزمودنی (۱۱ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل) با میانگین سنی ۳۵/۷۷ سال و با

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود نتایج بیانگر آن است که میان تغییر وزن در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). بدین معنی که مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی به کاهش وزن آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل منتهی شده است. در جدول

جدول ۳. آزمون t اختلافی برای بررسی تفاوت معناداری نمرات غذا خوردن هیجانی

متغیر	موقعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t-test	درجه آزادی	p-value
غذا خوردن هیجانی	پیش آزمون	آزمایش	۹۲/۷۲	۱۹/۹۲	۵/۱۸	۲۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	کنترل	۷۹/۰۹	۱۳/۸۸			
	پس آزمون	آزمایش	۴۸/۲۷	۱۵/۵۵			
	پس آزمون	کنترل	۸۰/۰۹	۱۴/۳۶			

توصیفی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در زیر مقیاس‌های غذا خوردن هیجانی (EES) ارائه شده است. همانگونه که در جدول نیز منعکس شده است، نمرات زیر مقیاس‌های غذا خوردن هیجانی در آزمودنی‌های گروه آزمایش بهبود یافته است.

نتایج آزمون t مستقل ارائه شده در جدول شماره ۳ بیانگر معناداری تفاوت تغییر نمرات غذا خوردن هیجانی در دو گروه است ( $P < ۰/۰۵$ ). بدین معنی که مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی به اصلاح غذا خوردن هیجانی منتهی شده است. در جدول شماره ۴ ویژگی‌های

جدول ۴. آزمون t اختلافی برای بررسی تفاوت معناداری نمرات زیر مقیاس‌های غذا خوردن هیجانی

متغیر	موقعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t-test	درجه آزادی	p-value
خشیم	پیش آزمون	آزمایش	۴۴/۵۴	۹/۹۱	۴/۹۹	۲۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	کنترل	۳۸/۸۲	۸/۱۲			
	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۷۳	۸/۰۱			
	پس آزمون	کنترل	۳۹/۲۷	۷/۹۵			
افسردگی	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۰۰	۴/۵۸	۵/۳۳	۲۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	کنترل	۱۶/۰۹	۴/۴۱			
	پس آزمون	آزمایش	۸/۷۳	۳/۳۴			
	پس آزمون	کنترل	۱۵/۹۱	۴/۶۷			
اضطراب	پیش آزمون	آزمایش	۳۰/۱۸	۵/۸۲	۵/۲۹	۲۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	کنترل	۲۴/۱۸	۲/۴۱			
	پس آزمون	آزمایش	۱۵/۸۲	۴/۶۸			
	پس آزمون	کنترل	۲۴/۹۱	۲/۷۳			

نتایج آزمون  $t$  مستقل ارائه شده در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تفاوت ترکیب متغیرهای وابسته (زیرمقیاس‌های خشم، افسردگی و اضطراب) در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ( $P < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج مندرج در جدول شماره ۲ مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی به کاهش معنادار وزن منتهی شده است. این یافته با یافته تلک و همکاران (۲۰۰۱) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در درمان اختلال خوردن افراطی و در نتیجه کاهش وزن، هماهنگ است. همچنین به اعتقاد فیشر، چن، کاترمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) کنترل غذا خوردن هیجانی می‌تواند به کاهش وزن افراد منتهی شود که با یافته پژوهش حاضر همسو است. نتایج مطالعات مختلف بیانگر آن است که پرخوری در پاسخ به هیجان‌های مختلف نقش مؤثری در سبب-شناسی چاقی و اضافه وزن دارد (ون‌استرین و همکاران، ۱۹۹۵؛ کویباک و همکاران، ۲۰۰۸؛ فیت و همکاران، ۱۹۹۸؛ هایس و همکاران، ۲۰۰۲؛ گلیبر و آورسا، ۲۰۰۳ و صارمی و همکاران، ۱۳۷۰). همچنین به اعتقاد هادسون، هیریپی، پاپ و کسلر<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) سطوحی از پریشانی به عنوان عامل مهمی در ایجاد پرخوری، با افزایش وزن و چاقی در ارتباط است. نتایج بررسی‌های لورو و اورلیانس<sup>۳</sup> (۱۹۸۱) نشان داد افرادی که مهارت‌های مدیریت استرس ضعیفی دارند، برای رها شدن از افکار و هیجان‌های مرتبط با عوامل استرس‌زا به پرخوری

روی می‌آورند؛ این روش آسودگی فوری اما موقتی از پریشانی هیجانی را برای آنها به دنبال دارد. ماخت و همکاران (۲۰۰۵) نیز در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که پرخوری باعث منحرف شدن حواس از استرس می‌شود. ترنر و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که افراد چاق از بالا بودن خلق منفی در رنج هستند، وقتی که فرد باور داشته باشد غذا خوردن، خلق را بهبود می‌بخشد، در پاسخ به عواطف منفی به غذا خوردن روی می‌آورد تا آن خلق منفی تنظیم شود، همچنین دوگان و همکاران، (۲۰۱۱) ثابت کرده‌اند افراد چاق از غذا خوردن هیجانی به عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند. با توجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد افراد دارای غذا خوردن هیجانی از پرخوری به عنوان راهکار مقابله‌ای ناکارآمد برای مقابله با عوامل استرس‌زا و هیجان‌های ناشی از آنها استفاده می‌کنند (آرنا و همکاران، ۱۹۹۲). بنابراین می‌توان انتظار داشت که مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی با تعدیل پاسخ در مقابل هیجان‌ها و آموزش راهکارهای مقابله‌ای کارآمد به جای پرخوری جهت ارائه پاسخ مناسب به هیجان‌های ناشی از عوامل استرس‌زا در کاهش غذا خوردن هیجانی و به تبع آن کاهش وزن و شاخص توده بدنی مؤثر باشد. این مداخله به واسطه تشخیص و تمییز باورهای منطقی از غیر منطقی در مورد هیجان‌ها، تمییز احساس از غذا و شناخت به‌راه‌اندازندگان<sup>۴</sup> هیجانی، شناخت مکانیزم‌های دفاعی شایع، روی مؤلفه شناخت و محور ذهن‌بدن (تایلور، ۲۰۰۶، ترجمه جان‌بزرگی، آگاه‌هریس و گلچین، ۱۳۹۱) کار می‌کند، و با از بین

1. Fischer, Chen, Katterman
2. Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler
3. Loro & Orleans

4. triggers



شناختی افراد را کاهش می‌دهد و پرخوری در اثر فشار بر منابع شناختی اتفاق می‌افتد. با توجه به آنچه گفته شد می‌توان انتظار داشت که مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی با آگاه کردن افراد در مورد احساسات و هیجان‌هایشان و ارائه راهبردهایی برای تمایز قائل شدن میان باورهای منطقی و غیرمنطقی درباره هیجانات، پذیرش هیجانات منفی، شناسایی به‌راه‌اندازهای هیجانی و آموزش نحوه درست برخورد با آنها به افراد در زمینه انتخاب پاسخ درست در موقعیت‌های هیجانی کمک کند و از این رهگذر به کاهش غذا خوردن هیجانی و در پی آن کاهش وزن منجر شود.

### محدودیت‌های پژوهش

۱. در این پژوهش از نمونه در دسترس استفاده شد.
۲. نمونه این پژوهش شامل زنان چاق و دارای اضافه وزن فاقد مشکلات سلامتی و در سنین باروری بود. لذا در تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر گروه‌های سنی (نوجوانان و زنان یائسه)، مردان، افراد چاق و دارای اضافه وزنی که با سایر مشکلات سلامتی (روانی - جسمی) هم-ابتلائی دارند، باید جانب احتیاط را رعایت کرد.
۳. نمونه این پژوهش شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه پیام‌نور بود. بنابراین در تعمیم نتایج به دانشجویان سایر مقاطع و سایر دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی باید احتیاط کرد.
۴. در این پژوهش پیگیری انجام نشد.

بردن ترس از تجربه احساسات منفی و ایجاد ارتباط با احساس‌ها و هیجان‌های منفی، آزادسازی هیجانات، افزایش آگاهی از کارکرد هیجانات منفی و به وجود آوردن احساس شادکامی<sup>۱</sup> و سلامت<sup>۲</sup> (کونینگ، ۲۰۰۷) روی مؤلفه عاطفی و هیجانی کار می‌کند. همچنین همان‌گونه که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است اصلاح غذا خوردن هیجانی به دنبال مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی است. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که هیجانات افراد چاق می‌تواند بر الگوی غذا خوردن آنها تأثیر منفی داشته باشد (اسنک و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین براساس مطالعات مختلف هیجانات منفی از جمله خشم، اضطراب و افسردگی با پرخوری در ارتباط است (فیت و همکاران، ۱۹۹۷؛ دسمت و شفراشتاین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). به اعتقاد تایر<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) خوردن و آشامیدن یکی از راهکارهایی است که افراد برای مدیریت خلق‌شان از آن استفاده می‌کنند. بنابراین به نظر می‌رسد پرخوری بیشتر از اینکه ناشی از گرسنگی و تشنگی فیزیولوژیکی باشد یک راهکار مقابله‌ای برای تنظیم هیجانات و ارتقای خلق است. ماخت (۲۰۰۵) نیز معتقد است که هیجانات به کنترل شناختی افرادی که بر غذا خوردن‌شان کنترل دارند، آسیب می‌زند و موجب افزایش غذای مصرفی در آنها می‌شود. همچنین بنابر نظر بون، استروب، اسخات و ایتما<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) و والیس و هترینگتون<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) هیجان‌های منفی ظرفیت

1. happiness
2. health
3. Desmet, & Schifferstein
4. Thayer
5. Boon, Stroebe, Schut, & Ijntema
6. Wallis & Hetherington

## پیشنهاد‌های پژوهشی

۱. مداخله این پژوهش روی دو گروه زنان و مردان اجرا شود و بین دو گروه مقایسه صورت گیرد. مداخله این پژوهش روی نمونه‌های بیشتر، سایر گروه‌های سنی (نظیر نوجوانان و زنان یائسه) و افراد چاق و دارای اضافه وزنی که با سایر مشکلات سلامتی (روانی - جسمی) هم‌ابتلائی دارند، نیز اجرا شود تا قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش از این حیث بررسی شود.
۲. در مطالعات بعدی از دوره‌های پیگیری نیز استفاده شود.

**قدردانی:** بدین وسیله از مسئولین محترم مرکز خدمات روان‌شناسی ره‌سلامت که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، قدردانی می‌شود.

## منابع

تایلور، ر (۱۳۹۱). درمان‌گری شناختی - رفتاری ناتوانایی‌ها و بیماری‌های مزمن. ترجمه: جان‌بزرگی، مسعود، آگاه‌هریس، مژگان و گلچین، ندا. تهران: انتشارات ارجمند.

صارمی، ع.، خمسه، ا. و آروین دانیال، ج. (۱۳۷۰). چاقی، علل و رابطه آن با بیماری‌ها و ورزش، تهران، انتشارات چهر.

Arnou B., Kenardy J., & Agras (1992). Binge eating among the obese : a descriptive study. *J Behav Med*, 15: 155-70.

Boon, B., Stroebe, W., Schut, H., & Ijntema, R. (2002). Ironic processes in the eating behaviour of restrained eaters. *British Journal of Health Psychology*, 7, 1-10.

Dennis, K. E., & Goldberg, A. P. (1996) Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors*, 21(1), 103-116.

Desmet, P. M. A., & Schifferstein, H. N. J. (2008). Sources of positive and negative emotions in food experience. *Appetite*, 50, 290.

Dogan, T., GocetTekin, E., & Katranciglu, A. (2011). Feeding your feelings: A self report measure of emotional eating. *Procedia social and Behavioral Sciences*, 15, 2074-2077.

Faith, M. S., Allison, D. B., & Geliebter, A. (1997). Emotional eating and obesity: Theoretical

considerations and practical recommendation. In S. Dalton (Ed.) *Overweight and weight management: The health professional's guide to understanding and practice*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc.

Fischer, S., Chen, E., Katterman S. (2007). Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obes Surg*, 17(6): 84-778.

Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341-347.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.

Hays, N., Bathalon, G., McCrory, M., Roubenoff, R., Lipman, R., & Roberts. S. (2002). Eating behavior

- correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75(3), 476-483.
- Koenig, Karen R. (2007). *The Food and Feelings Workbook: a full course meal on emotional health*. The United States of America: Gürze Books.
- Kubiak, T., Vögele, C., Siering, M., Schiel, R., & Weber, H. (2008). Daily hassles and emotional eating in obese adolescents under restricted dietary conditions—The role of ruminative thinking. *Appetite*, 51, 206-209.
- Loro, A.D., Jr., & Orleans, C.S. (1981). Binge eating in obesity: preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment. *Addictive Behaviors*, 6, 155-166.
- Macht, M., Haupt, C., & Ellgrin, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: A field study. *Eating Behaviors*, 6, 2, 109-112.
- Manzoni, G.M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E., & Riva, G. (2009). Can relaxation reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow up. *American Dietetic association*, 8, 1427-1432.
- Nguyen-Rodriguez, S.T., Chou, C-P., Unger, J.B., & Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 9, 238-246.
- Santonja, F.-J., Morales, A., Villanueva, R.-J., & Cortes, J.-C. (2012). Analyzing the effect of public health campaigns on reducing excess weight: A modeling approach for the Spanish autonomous region of the community of Valencia. *Evaluation and program planning*, 35, 34-39.
- Snoek, H. M., Engels, R.C.M.E., Janssens, J.M.A.M, & Van Strien, T. (2007). Parental behaviour and adolescents' emotional eating. *Appetite*, 49, 223-230.
- Thayer, R. (2001). *Calm Energy: How people regulate mood with food and exercise*. Oxford: Oxford University Press.
- Telch, C.F., Agras, W.S., & Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.
- Turner, S.A., Luszczynska, A., Warner, L., & Schwazer, R. (2010). Emotional & uncontrolled eating styles and chocolate chip cookie consumption. A controlled trial of the effects of positive mood enhancement. *Appetite*, 54, 143-149.
- van Strien, T., Schippers, G.M., & Cox, W.M. (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addictive Behaviors*, 20, 585-594.
- van Strien, T., van der Zwaluw, C. S., Engels, R. C.M.E. (2010). Emotional eating in adolescents: A gene (SLC6A4/5-HTT) eDepressive feelings interaction analysis. *Journal of Psychiatric Research* 44, 1035-1042.
- Wallis, D. J., Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: The effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43, 39-46.
- Zabinski, M.F., Wilfley, D.E., Calfas, K.J., Winselberg, A.J., & Taylor, C.B. (2004). An interactive psycho-educational intervention for women at risk of development an eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72, 914-919.