



دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی

مرکز تهران

گروه روان‌شناسی

تأثیر مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی بر مدیریت وزن، غذا خوردن هیجانی و شادکامی

زنان چاق و دارای اضافه وزن

پایان‌نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته روان‌شناسی عمومی

استاد راهنما

جناب آقای دکتر احمد علی پور

استاد مشاور

جناب آقای دکتر احمد علی نوربالا

نگارنده

املیا میرزاحمدعلائینی

۱۳۹۱

سليم الاضلاع

تقدیم به عزیزترین های زندگی

مهربان ترین و فداکارترین

مادر و پدر دنیا

دستان مهربانتان را عاشقانه می بوسم

مراتب سپاس خود را تقدیم می‌کنم به:

استاد ارزشمند و عزیزم جناب آقای دکتر احمد علیپور که راهنمایی این پژوهش را پذیرفته و در این راه همواره با رویی گشاده و صبورانه پذیرایم بودند.

استاد گرانقدر جناب آقای دکتر احمدعلی نوربالا که در طی این پژوهش اینجانب را یاری نمودند.

و

استاد عزیزم سرکار خانم دکتر مژگان آگاه‌هریس که بدون کمک‌های خواهرانه و صمیمانه ایشان پیمودن این مسیر اصلاً برایم ممکن نبود.

همچنین استاد محترم جناب آقای دکتر محمود هرمزی که قبول زحمت کردند و داوری پایان نامه را پذیرفتند.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی بر کاهش وزن، بهبود غذا خوردن هیجانی و افزایش شادکامی زنان چاق یا دارای اضافه وزن انجام شده است. تعداد ۲۲ نفر زن که $BMI \geq 25$ داشتند و بر اساس مقیاس غذا خوردن هیجانی (EES)، نمره آنها بیشتر از ۷۲ بود، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه (یعنی آزمایش و کنترل) جایگزین شدند، سپس هر یک از آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه‌های غذا خوردن هیجانی و شادکامی آکسفورد پاسخ دادند، و همچنین توسط وزنه دیجیتالی وزن شدند. تحلیل داده‌ها با نسخه شانزدهم نرم افزار آماری SPSS، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و چندراهه نشان داد مداخله غذا خوردن هیجانی باعث کاهش وزن، اصلاح غذا خوردن هیجانی و همچنین ارتقای شادکامی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

کلمات کلیدی: غذا خوردن هیجانی، اضافه وزن، چاق، BMI، شادکامی

فصل اول

مقدمه

۱-۱: مقدمه

چاقی^۱ و اضافه وزن^۲ که تجمع غیر طبیعی چربی و بیش از حد چربی در بدن است (هوساین^۳، کاوار و ناهاس، ۲۰۰۷) در حال حاضر به یک مشکل سلامت عمومی در نقاط مختلف دنیا تبدیل شده است (WHO^۴ در ۲۰۰۶) (هوساین و همکاران، ۲۰۰۷). بررسی سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۰۵ نشان داد که حدود ۱/۶ بلیون نفر از بالغین بیش از ۱۵ سال، در جهان مبتلا به اضافه وزن و حداقل ۴۰۰ میلیون نفر چاق بوده اند، در ۲۰ سال گذشته شیوع چاقی در کشورهای در حال توسعه سه برابر شده و بر اساس پیش بینی این سازمان، در سال ۲۰۱۵ تعداد مبتلایان به اضافه وزن و چاقی به ترتیب بالغ بر ۲/۳ بلیون و ۷۰۰ میلیون نفر خواهد بود. شیوع چاقی در میان ایرانیان بالاتر از ۱۸ سال نیز ۲۱/۵٪ گزارش شده است که این میزان در میان زنان ایرانی (۲۷/۳٪) بیشتر از مردان ایرانی (۱۳/۷٪) است (میرزازه، صادقی راد، حق دوست و همکاران، ۲۰۰۹) با این حال شیوع چاقی در کشورهای در حال توسعه ۱۰-۲ درصد است (هوساین و همکاران، ۲۰۰۷).

از طرفی شیوع چاقی به طور جهانی نیز در حال افزایش است (اگدن^۵، ۲۰۱۰؛ و تغییرات شیوه زندگی و عادات کوسزمارسکی^۶، فلگال، کمپبل و جانسون، ۱۹۹۴). در سراسر دنیا غذای مردم در جهت مصرف زیاد غذاهای پرچرب و انرژی زا و کاهش فعالیت فیزیکی موجب

^۱. obesity

^۲. over weight

^۳. Hossain P. Kavar B. ElNahas M.

^۴. World Health Organization

^۵. Ogden, J.

^۶. Kuczmarski, R.J.Flegal, K.M.Campbell, S.M. Johnson, C.L.

وزن در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه شده است (گروز^۱، رشد روزافزون چاقی و اضافه های ساز بسیاری از بیماری‌ها به ویژه بیماری‌وزن و چاقی زمینه^۲ ۲۰۰۶؛ پاپکین^۲، ۲۰۰۴). اضافه غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، پرفشاری خون^۳، دیابت نوع دو، اختلال‌های متابولیتی (ناشی از سوخت و ساز بدن)، ورم استخوان - مفصل^۴، اختلالات تنفسی، سنگ کیسه صفرا و برخی انواع سرطان می‌باشد، ارتباط چاقی با مشکلات باروری در زنان و نیز اختلال‌های رفتاری و عاطفی مشخص شده است، هم‌چنین با افزایش شدت چاقی، احتمال مرگ و میر^۵ افزایش می‌یابد.

؛ ملک‌زاده، محمدنژاد، مرات، پورشمس و اعتمادی، ۲۰۰۵؛ حشمت، فخرزاده، WHO^۶ (۲۰۰۶)؛ پورابراهیم، نوری و پژوهی، ۱۳۸۲؛ قاری‌پور، محمدی‌فرد، عسکری و نادری، ۱۳۸۲؛ فاینر، ۲۰۰۶؛ تامسون^۷ و ولف، ۲۰۰۱؛ بهرامی، سداتفوی، پورشمس و کمان‌گر، ۲۰۰۶). این اختلال‌ها شایع‌ترین اختلالات متابولیسم در انسان بوده و به عنوان بیماری‌های مهم دهه‌های اخیر مطرح می‌باشند، این مشکل فقط مختص کشورهای توسعه یافته نیست و شیوع آن در تمام دنیا و از جمله کشورهای در حال توسعه افزایش یافته است، امروزه بسیاری از کشورهای در حال توسعه از سویی با بیماری - های عفونی و سوء تغذیه مواجه هستند و از سوی دیگر یک افزایش سریع در عوامل خطر بیماری - ؛ WHO های مزمن مانند چاقی و اضافه‌وزن به ویژه در مناطق شهری را تجربه می‌کنند. (۲۰۰۶) ملک‌زاده و همکاران ۲۰۰۵؛ حشمت و همکاران، ۱۳۸۲). اطلاعات به دست آمده از مطالعات

^۱. Gross, J.J.

^۲. Popkin B.M.

^۳. hypertension

^۴. osteoarthritis

^۵. mortality

^۶. World health organization

^۷. Thompson, D. Wolf, A.M.

داخل کشور (ملکزاده و همکاران، ۲۰۰۵؛ رشیدی، محمد پور- اهرنجانی، وفا و کاراندیش، ۲۰۰۵) نیز حاکی از شیوع بالای چاقی در ایران است و ضرورت انجام اقدامات پیش‌گیرانه و شناسایی گروه‌های پرخطر را روشن می‌سازد.

هیجان‌ها هم در عرصه‌های علمی و هم در نظر عامه مردم مقبول هستند، که گاهی اوقات رفتارهای خوردن و اغلب خوردن هیجانی از آنها نشأت می‌گیرند (تایر^۱، ۲۰۰۱). به خصوص که عواطف منفی با الگوهای خوردن ناسالم مرتبط هستند، اگرچه نقش عاطفه منفی، در رابطه با کم-خوری و کاهش اشتها مورد مطالعه قرار گرفته است، اما عمدتاً در واکنش به هیجان‌های منفی، پرخوری پدید می‌آید، این تغییرات در رفتارهای خوردن ممکن است الگوهای خوردن را به هم بریزد و موجب چاقی شود. خوردن هیجانی^۲ اغلب به عنوان پرخوری، در پاسخ به خلق منفی بدون توجه به هیجان‌های خاص، در نظر گرفته می‌شود، غذا خوردنی که در پاسخ به علائم گرسنگی جسمانی نباشد، می‌تواند به پرخوری و مشکلات سلامت منجر شود (فیت^۳، آلیسون و گلیبتر، ۱۹۹۷).

هدف بسیاری از بررسی‌های انجام شده در زمینه هیجان، تنظیم آن بر رفتار و شناخت است (گروس، ۱۹۹۸). هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی رو به رو می‌شود، احساس خوب و خوش‌بینی به تنهایی برای کنترل هیجان‌های وی کافی نیست، بلکه او نیازمند آن است که در این

^۱. Thayer, R.

^۲. emotional eating

^۳. Faith, M. S. Allison, D. B. Geliebter, A.

لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد و می‌کوشد هیجان‌های خود را کنترل کند (داماسیو^۱، ۱۹۹۴).

محققین در ارزیابی تأثیر تنظیم هیجان بر شادکامی^۲، شادکامی را هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجان‌های منفی از جمله افسردگی^۳ و اضطراب^۴ تعریف کرده‌اند (ماتلین^۵ و گاورون، ۱۹۷۹؛ آرگیل^۶، مارتین و لو، ۱۹۹۵). آنها روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصی و دوست داشتن دیگران و طبیعت را نیز بخشی از شادکامی دانستند و نشان دادند که افراد به دلیل ارزیابی مثبت از رویدادها، شادتر هستند (ماتلین و گاورون، ۱۹۷۹؛ آرگیل و همکاران، ۱۹۹۵).

۲-۱. بیان مسئله

(از جمله انسان) معمولاً به صورت بافت در بدن مرحله‌ای است که در آن انرژی ذخیره شده چاقی می‌شود (ویلبرن^۷، بکهام سلامت تجمع می‌یابد، به طوری که منجر به بروز عوامل خطر ساز چربی و کمپیل، ۲۰۰۵). یکی از روش‌های تعیین اضافه‌وزن و چاقی استفاده از شاخص توده بدنی

^۱. Damasio, A.R.

^۲. happiness

^۳. depression

^۴. anxiety

^۵. Matlin, M. W. Gawron, V.J.

^۶. Argile, M. Martin, M. Lu, L.

^۷. Wilborn, C. Beckham, J. Campbell, B.

(یعنی بر m) بر مجذور قد به متر (kg) است که از خارج قسمت تقسیم وزن به کیلوگرم (BMI^۱) محاسبه می شود. این فرمول توسط کوئلت^۲ ستاره شناس و ریاضی دان Wt/Ht^2 اساس فرمول برابر با ۲۵ تا BMI بندی افرادی که بلژیکی^۳ پیشنهاد شد (فیربن^۴، ۲۰۰۸). بر اساس این طبقه ۲۹/۹ دارند و دامنه سنی آنها ۶۰-۱۸ سال است؛ در طبقه افراد دارای اضافه وزن قرار می گیرند (فیربن، ۲۰۰۸). عوامل خطر ساز چاقی عبارتند از عوارض جسمی نظیر بیماری های قلبی- دیدگی مفاصل، کمر درد، انواع سرطان، پرفشاری خون و افزایش میزان عروقی، دیابت، آسیب شناختی آن شامل کاهش سطوح حرمت مرگ و میر (اگدن، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰) و پیامدهای روان خود، تصویر خود^۵ منفی و کاهش کیفیت زندگی، افزایش امکان ابتلا به اختلال های افسردگی، دو زدگی و بازار هراسی است (اگدن، ۲۰۱۰ و ۲۰۰۷). قطبی، حمله وحشت چاقی یک نشانگان ناهمگن است که می تواند به عنوان نتیجه تعامل بین عوامل ژنتیکی، اجتماعی، اقتصادی، غدد درون ریز، عوامل سوخت و ساز بدن و عوامل آسیب شناسی روانی مورد بررسی قرار بگیرد (هدلی^۶، اگدن، جانسون، کارول، کارتین و فلگال، ۲۰۰۴؛ اگدن^۷، یانفسکی، کارول و فلگال، ۲۰۰۷). این مشکل در حدود ۴۰ درصد از خانم ها و ۲۰ درصد از آقایان دیده می -

^۱. Body Mass Index

^۲. Quetlet

^۳. Belgian

^۴. Fairburn, C.G.

^۵. self- image

^۶. Hedley, A.A. Ogden, C.L. Johnson, C.L. Carroll, M.D. Curtin, L.R. Flegal, K.M.

^۷. Ogden, C.L. Yanovski, S.Z. Carroll, M.D. Flegal, K.M.

شود و با افزایش سن میزان آن در هر دو گروه بیشتر می‌شود (کینان- بکر^۱، نویمن، چینیک، گرین و نیتزان- کالوسکی، ۲۰۰۵).

(۱۹۹۸) اعلام کرد چاقی به یک اپیدمی WHO با توجه به گسترش چاقی در سراسر جهان جهانی تبدیل شده است. همچنین چاقی با فشارهای شدید اقتصادی، اجتماعی، روانی و فیزیکی دلوین^۲، یانفسکی و ویلسون، ۲۰۰۲؛ ولف^۳ و کلدیتس، ۱۹۹۸؛ مرکز ملی آمار (در ارتباط است سلامت آمریکا^۴، ۲۰۰۳) در نتیجه با توجه به شیوع چاقی و پیامدهای جدی آن، یافتن راهی موفقیت‌آمیز برای توجه به این اپیدمی که سلامت فیزیکی و روانی بخش اعظمی از جمعیت (WHO، ۱۹۹۸) بزرگسال را دربردارد بسیار حیاتی است)

هیجان‌ها و احساس‌های هیجانی به عنوان بخشی از فعالیت عصب زیست‌شناختی در زندگی هر فردی، به عنوان پاسخی به روندهای درونی و بیرونی دیده می‌شوند و خود می‌توانند روی عملکرد جسمانی و روان‌شناختی فرد تأثیرگذار باشند (ایزارد^۵، ۲۰۰۹).

یکی از عملکردهایی که تحت تأثیر هیجان‌ها قرار می‌گیرد غذا خوردن است که می‌تواند به صورت غذا خوردن هیجانی دیده شود که نوعی از غذا خوردن در شرایط هیجانی بدون وجود اشتهای واقعی در افراد است که معمولاً نیز همراه با خوردن غذاهای پرنرژی به‌ویژه فست فودها می‌باشد و لذا سبب چاقی در افراد می‌گردد (انگاین- میشل^۶، آنگر و اسپروت- متز، ۲۰۰۷). به

^۱. Keinan-Boker, L. Noyman, N. Chinich, A. Green, M.S. Nitzan-Kaluski. D.

^۲. Delvin, M.J. Yanovski, S.Z. Wilson, G.T.

^۳. Wolf, A. M. Colditz, G.A.

^۴. National Centre for Health Statistics

^۵. Izard, C. E.

^۶. Nguyen-Michel, S.T. Unger, J.B. Spruijt-Metz, D.

گونه‌ای که با کنترل آن می‌توان باعث کاهش وزن در افراد چاق گردید (فیشر^۱، چن و کاترمن، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر میزان شیوع خوردن هیجانی همراه با هیجان‌های مثبت در افراد دچار چاقی و اضافه وزن بیش از افراد با وزن بهنجار و کم‌وزن است (انگین-میشل و همکاران، ۲۰۰۷؛ گلیبتر^۲ و آورسا، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های بسیاری از امکان نقش غذا خوردن هیجانی حمایت می‌کند که تعریف آن عبارت است از "غذا خوردن در پاسخ به مجموعه‌ای از هیجان‌های منفی نظیر اضطراب، افسردگی، خشم و تنهایی به منظور مقابله با عواطف منفی" (آرنا^۳، کناردی و آگراس، ۱۹۹۵). فرض بر آن است پرخوری، از طریق کاهش موقتی هیجان‌های منفی قادر است حالات هیجانی منفی را تعدیل کند و یا موجب حواس پرتی از حالات هیجانی انزجارآور شود (آرنا و همکاران، ۱۹۹۲؛ ویزر^۴ و تلک، ۱۹۹۹).

به طور کلی غذا خوردن می‌تواند به منبع نگرانی و اضطراب تبدیل شود (رزین^۵، کورزر و گزارش می‌کنند که استرس و BED^۶ کوهن ۲۰۰۲). افرادی که از اختلال پرخوری رنج می‌برند (عواطف منفی اغلب وقوع دوره‌های پرخوری را تسریع می‌بخشد (کناردی، آرنا و آگراس، ۱۹۹۶؛ تلک^۷ و آگراس، ۱۹۹۶؛ ماشب^۸ و گریلو، ۲۰۰۶؛ میر^۱، والر و واترز، ۱۹۹۸).

^۱. Fischer, S. Chen, E. Katterman, S.

^۲. Geliebter, A. Aversa, A.

^۳. Arnow B. Kenardy, J. Agras, W.S.

^۴. Wisner, S. Telch, C.F.

^۵. Rozin, P. Kurzer, N. Cohen, A. B.

^۶. binge eating disorder

^۷. Telch, C.F. Agras, W.S.

^۸. Masheb, R.M. Grilo, C.M.

پژوهشگران دریافته‌اند که استرس بر غذا خوردن تأثیر می‌گذارد (گرینو^۲ و وینگ، ۱۹۹۴؛ بام^۳ و استیر^۵ و کوپر، ۱۹۹۳؛ استون^۶ و (پوسلازنی، ۱۹۹۹؛ استپتو^۴، ۱۹۹۱). هم بر مقدار مصرف غذا برونل، ۱۹۹۴؛ والیس^۷ و هترینگتن، ۲۰۰۴؛ ویلنبرینگ^۸، لوین و مورلی، ۱۹۸۶) و هم بر نوع غذای مصرف شده تأثیر دارد (استپتو^۹، لیپسی و واردل، ۱۹۹۸؛ الیور^{۱۰} و واردل، ۱۹۹۹؛ واردل، استپتو، الیور و لیپسی، ۲۰۰۰؛ کارترایت^{۱۱}، واردل، استگلس، سیمون، کروکر و جرویس، ۲۰۰۳؛ زلنر^{۱۲}، لویزا، گونزالز، پیتا، مورالس و پکورا، ۲۰۰۶).

مطالعات میدانی از تأثیر استرس بر انتخاب غذایی نشان داده است که مردم زمانی که تحت استرس قرار می‌گیرند، تمایل دارند مصرف غذاهای چرب و شیرین پرکالری را افزایش دهند (کارترایت و همکاران، ۲۰۰۳؛ الیور، واردل، ۱۹۹۹؛ استپتو و همکاران، ۱۹۹۸؛ واردل و همکاران، ۲۰۰۰).

بسیاری از این مطالعات میدانی دریافته‌اند که تفاوت‌های جنسیتی در گزارش‌دهی انتخاب غذایی دخیل هستند. زمانی که استرس وجود ندارد زن‌ها بیشتر از مردها گزارش کرده‌اند که

^۱. Meyer, C. waller, G. Waters, A.

^۲. Greeno, C.G. Wing, R.R

^۳. Baum, A. Posluszny, D.M.

^۴. Steptoe, A.

^۵. Steere, J. Cooper, P.J.

^۶. Stone, A. A. Brownell, K. D.

^۷. Wallis, D. J. Hetherington, M. M.

^۸. Willenbring, M. L. Levine, A.S. Morley, J. E.

^۹. Steptoe, A. lipsey, Z. Wardle, J.

^{۱۰}. Oliver, G.

^{۱۱}. Cartwright, M. Wardle, J. Steggle, N. Simon, A.E. Croker, J.E. Jarvis, M.J.

^{۱۲}. Zellner, D. A. Loaiza, S. Gonzalez, Z. Pita, J. Morales, J. Pecora, D.

غذاهای سالم را انتخاب می‌کنند و از مصرف غذاهای پرچرب اجتناب می‌کنند و سعی می‌کنند مقادیر بسیاری از میوه‌جات و غذاهای پر فیبر استفاده کنند (واردل^۱، هاسه، استپتو، نیلاپان، جانواتیوز و بلیسل، ۲۰۰۴)، اما الیور و واردل (۱۹۹۹) دریافتند که زمانی که افراد تحت استرس هستند، زنان به احتمال بیشتری از مردان گزارش می‌دهند که در مصرف شیرینی و شکلات افزایش و در مصرف گوشت، ماهی، میوه و سبزیجات کاهش نشان می‌دهند، بدین معنا که زنان وقتی تحت استرس هستند، تمایل به گزارش مصرف وعده‌های غذایی ناسالم دارند و زمانی که تحت استرس نیستند وعده‌های غذایی سالم را گزارش می‌کنند، به نظر نمی‌رسد که این چنین تغییرات غذایی در میان مردان تحت استرس وجود داشته باشد، تنها تغییری که در خوردن مردان تحت استرس وجود دارد این است که آنها گزارش می‌کنند زمانی که تحت استرس هستند در مصرف گوشت افزایش نشان می‌دهند در حالی که زنان در این زمینه چنین گزارش‌هایی ندارند (استپتو و همکاران، ۱۹۹۸). بر خلاف این خود گزارش‌دهی‌ها از انتخاب غذا تحت استرس، پژوهش‌های آزمایشگاهی تغییرات اندکی در انتخاب غذایی تحت تأثیر تفاوت‌های جنسیتی یافته است (گرانبرگ^۲ و استروب، ۱۹۹۲؛ الیور، واردل و گیسون، ۲۰۰۰).

الیور و همکاران (۲۰۰۰) دریافتند که زنانی که تحت تأثیر استرس به خوردن هیجانی روی می‌-

آورند، در این مواقع در مصرف غذاهای پرچرب و شیرین افزایش نشان می‌دهند.

تحقیقات نشان داده که افراد دچار اضافه وزن و چاق که در جستجوی درمان کاهش وزن

هستند به طور معناداری بیشتر از کسانی که در پی این روش‌ها نیستند، علائمی از پریشانی

^۱. Wardle, J. Hasse, A.M. Steptoe, A. Nillapun, M. Jonwutiewes, K. Bellisle, F.

^۲. Grunberg, N. E. Straub, R. O.

این هیجانی و آسیب‌شناسی روانی را تجربه می‌کنند (وادن^۱، وومبی، استانکارد و اندرسون، ۲۰۰۲)، اختلال‌ها اغلب شامل افسردگی، اضطراب، نارضایتی از تصویر بدنی^۲ است، همچنین تجربیات بالینی از پرخوری در بین این جمعیت وجود دارد، به طوری که برآورد می‌شود بیش از ۳۰٪ از افراد چاقی که در پی کاهش وزن خود هستند از علایم معنادار پرخوری رنج می‌برند (استانکارد^۳، ۲۰۰۲). متأسفانه آن دسته افرادی که پرخوری می‌کنند احتمالاً پریشانی روان‌شناختی و آسیب‌شناسی بیشتری از جمله افسردگی بیشتر و تصویر بدنی منفی‌تر و عزت نفس پایین‌تری را نسبت به افرادی که پرخوری ندارند تجربه می‌کنند (وادن و فلان^۴، ۲۰۰۲؛ فیت، آلیسون و گلیتر، ۱۹۹۷). تمایل به خوردن در پاسخ به پریشانی هیجانی احتمالاً منجر به نقض یا پایان زود هنگام درمان‌های کاهش وزن و نهایتاً مداخله در موفقیت درمان می‌شود (کلارک^۵، نیارا، کینگ و پرا، ۱۹۹۶).

کاپلان^۶ و کاپلان، ۱۹۵۷؛ براچ^۷، ۱۹۷۳) بینش بیشتری به نقش (نظریه‌های روان-تنی^۶ چاقی زیان‌آوری که کارکردهای روان‌شناختی تعدیل شده می‌توانند در موفقیت درمان بازی کنند می‌دهند. نظریه‌های روان-تنی چاقی معمولاً پیش‌بینی می‌کنند که افراد چاق در پاسخ به حالت-

^۱. Wadden, T. A. Womble, L. G. Stunkard, A. J. Anderson, D. A.

^۲. body image dissatisfaction

^۳. Stunkard, A. J.

^۴. Phelan, S.

^۵. Clark, m.m. Niaura, R. King, T.K. Pera, V.

^۶. psychosomatic theories

^۷. Kaplan, H. I.

^۸. Brunch, H.

های هیجانی ناراحت‌کننده یا منفی مثل خشم، اضطراب، کسالت^۱، افسردگی پرخوری می‌کنند، این خوردن هیجانی در بین افرادی که در جستجوی درمان‌های کاهش وزن هستند رایج است همچنین در بین آن دسته افرادی که در پی این درمان‌ها هستند و به پرخوری با اختلال‌های خوردن هم دچار هستند خیلی رایج‌تر است (کانتی^۲، باخار و بری، ۲۰۰۲؛ فیت و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۶).

پژوهش‌ها بر روی خوردن هیجانی شواهد فراوانی از تأثیرات نامطلوبی که هیجان‌های یک فرد چاق می‌تواند بر الگوهای خوردن داشته باشد بدست آورده است (کانتی و همکاران، ۲۰۰۲؛ فیت و همکاران، ۱۹۹۷؛ گلیبتر، آورسا، ۲۰۰۳). هم‌چنین تحقیقاتی وجود دارد که از این ادعا مبنی بر اینکه خوردن هیجانی می‌تواند به طور معناداری در کنترل وزن مداخله کند، حمایت می‌کند، برای مثال بلیر^۳، لويس و بوت (۱۹۹۰) تغییرات در خوردن هیجانی را بین ۱۸۷ بزرگسال انگلیسی با هم مقایسه کردند و دریافتند که شرکت‌کنندگانی که قادر به کاهش دادن سطوحی از خوردن هیجانی بودند وزن بیشتری کم کردند و در دستیابی به هدفشان در مورد وزن، بعد از گذشت یک سال هم موفق‌تر از کسانی بودند که قادر به کاهش درجاتی از خوردن هیجانی نبودند.

البته نباید از ارتباط بین شکل بدن و چاقی با شادکامی^۴ نیز به سادگی گذشت؛ چرا که این مسأله خود به نوعی توجیه‌کننده چرخه معیوبی است که بین احساس‌های هیجانی ناشی از شادی و در ادامه چاقی حاصل از آن وجود دارد (ویکن^۵، تریت، بلوم و مک فال، ۲۰۰۵). لذا اتخاذ

^۱. bored

^۲. Canetti, L. Bachar, E. Berry, E. M.

^۳. Blair, A. J. Lewis, V. J. Booth, D. A.

^۴. happiness

^۵. Viken R.J. Treat, T.A. Bloom SL. McFall, R.M.

راهکارهایی در جهت افزایش سلامت هیجانی در افراد چاق می‌تواند با کاهش وزن مؤثر در آنها ناشی از تغییر در شادکامی فرد و نیز کاهش خوردن هیجانی در وی همراه باشد. بر همین اساس و با توجه به اهمیت مسأله، این پژوهش بر آن است تا پاسخی مناسب برای این سؤال بیابد که آیا مداخله سلامت غذا خوردن هیجانی باعث مدیریت وزن^۱، غذا خوردن هیجانی و شادکامی در میان زنان دارای اضافه وزن و چاق می‌شود؟

۳-۱. اهمیت و ضرورت پژوهش

خوردن هیجانی به عنوان پاسخی مناسب در مقابل پریشانی محسوب می‌شود (هیترون^۲، هرمان و پولیوی، ۱۹۹۱). بر طبق نظریه‌های روانی- تنی خوردن هیجانی پیامدی است از ناتوانی در تشخیص گرسنگی از دیگر حالات درونی انزجارآور، یا مصرف غذا برای کاهش پریشانی هیجانی، احتمالاً به دلیل تجربیات آموخته شده اولیه. این مسئله حاکی از آن است که خوردن هیجانی، به طور خاص مصرف غذاهای شیرین و پر چرب را افزایش می‌دهد (ماخت^۳، ۲۰۰۸). هم‌چنین خوردن هیجانی به عنوان شیوه خوردن اشکال‌دار به حساب می‌آید که با مقادیر بالای وزن افراد (الفهاگ^۴ و لین، ۲۰۰۵)، مصرف غذاهای ناسالم از قبیل شیرینی‌جات (الفهاگ، تولین^۵ و راسموسن، ۲۰۰۸؛ استریگل- مور^۶، موریسون، اشریبر، اسخومان، کرافورد و ابرزانک، ۱۹۹۹) و

^۱. weight management

^۲. Heatheron, T. F. Herman, C. P. Polivy, J.

^۳. Macht, M.

^۴. Elfhag, K. Linne, Y.

^۵. Tholin, S. Rasmussen, F.

^۶. Striegel-Moore, R. H. Morrison, J. A. Schreiber, G. Schumann, B. C. Crawford, P. B. barzanek, E.

مصرف بستنی در ارتباط است (وناسترین^۱، ۲۰۰۰). از طرفی، اختلال در سوخت و ساز (متابولیسم) چربی‌ها، اغلب خود را به صورت یک بیماری مزمن به نام چاقی نشان می‌دهد وزن^۵ و چاقی^۶ تهدیدی جدی برای سلامتی (بهرمن^۲، کلیگمن^۳ و جنسون^۴، ۲۰۰۴). اضافه شوند (پری^۷ و کورسیکا، ۲۰۰۶) و شیوع آنها در جامعه روز به روز در حال افزایش محسوب می‌است، مطالعات متعددی در کشورهای پیشرفته، چاقی را به عنوان رابطی میان نحوه تغذیه و بیماری‌های غیر واگیر دانسته‌اند (نلسون^۸، ۲۰۰۴؛ پاپکین^۹، ۲۰۰۴). مطالعات طی ۱۰ سال اخیر نشان می‌دهد که مسأله چاقی یکی از مهمترین مشکلات سلامت می‌باشد که به وسیله سازمان بهداشت جهانی مطرح شده است (پاپکین، ۲۰۰۴). چاقی طی دو دهه گذشته روندی رو به رشد در کشورهای صنعتی و غیر صنعتی داشته و برخی مطالعات گزارش‌هایی مبنی بر شیوع بیش از ۵۰٪ چاقی و اضافه وزن نزد بزرگسالان داده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). در کشورهای در حال توسعه با وجود مشکلات دیگر، چاقی به سرعت در حال افزایش است (مااس^{۱۰}، نیال و ایوس، ۱۹۹۷)، هم چنین این مشکل امروزه گریبان‌گیر کشورهای آسیایی و غیر پیشرفته نیز شده است و از اولویت‌های سلامت در این کشورها محسوب می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸؛

^۱. van Strien, T.

^۲. Behrman R.

^۳. Kliegman R.

^۴. Jenson H.

^۵. overweight

^۶. obesity

^۷. Perri, M. G. Corsica, J. A.

^۸. Nelson.

^۹. Popkin B.M.

^{۱۰}. Maes, H. H. Neale, M.C. Eaves, L. J.

کیل^۱، (۲۰۰۵). بیشتر اهمیت چاقی در سلامت، به دلیل نقشی است که این بیماری در بروز بیماری‌هایی مثل بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، فشار خون و حتی انواع سرطان ایفا می‌کند و چاقی به واسطه این بیماری‌ها خسارات جبران‌ناپذیری بر سلامت می‌گذارد (ولف و کولدیتز، ۱۹۹۸). طی سال‌های گذشته گزارش‌هایی حاکی از افزایش شیوع چاقی در جمعیت ایرانی هستند. با توجه به اینکه جوامع امروزی از جمله جامعه ایرانی در حال پیشروی به سوی تکنولوژی و ماشینی شدن است، افراد کم‌تحرک‌تر از گذشته شده‌اند و هم‌چنین زندگی در جوامع امروزی خصوصاً در شهرهای بزرگ و صنعتی پر از عوامل استرس‌زایی است و افراد هر روزه در حال تجربه کردن این هیجان‌های منفی از جمله استرس، خشم، اضطراب، غم، ترس و غیره هستند که این نیز خود منجر به عاطفه منفی فرد می‌شود و در نتیجه در بسیاری از افراد به خوردن بیشتر از حد معمول و چاقی می‌انجامد، پس امروزه اضافه‌وزن و چاقی تبدیل به مشکل عمده بسیاری از افراد شده است، هم به دلیل زیبایی ظاهری که این روزها برای افراد خصوصاً جوانان تبدیل به دغدغه فکری شده است که به پایین آمدن عزت نفس آنها نیز کمک می‌کند و این مشغله فکری هم باز خود منجر به پیدایش بیشتر هیجان‌های منفی و غذا خوردن‌های هیجانی و در پی آن اضافه‌وزن می‌شود، و هم به دلیل مشکلات سلامتی و جسمانی که از چاقی سرچشمه می‌گیرند و هم هزینه بسیار زیادی که جراحی‌های زیبایی و رژیم‌های غذایی برای افراد دارد، به نظر می‌رسد این تحقیق بتواند به افراد چاق کمک کند تا تنها با کنترل کردن هیجان‌های خود و شناختن درست و پذیرفتن به موقع آنها بتوانند غذا خوردن خود را تعدیل کنند و از خوردن بی‌رویه در شرایط استرس‌زا جلوگیری کنند و در نتیجه وزن خود را کاهش داده و پس از رسیدن به وزن ایده‌آل نیز

^۱. Keil, U.