

خوردن هیجانی و خودشفقت‌ورزی در افراد فربه: نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی

Emotional Eating and Self-Compassion in People with Obesity: The Mediating Role of Emotional Processing

Ashraf Babakhanlou Department of Psychology, Najafabad Branch Islamic Azad University, Najafabad, Iran	Seyyed Abbas Haghayegh, PhD Department of Psychology, Najafabad Branch Islamic Azad University, Najafabad, Iran	سیدعباس حقایق* گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران	اشرف باباخانلو گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
Fardin Moradi Manesh, PhD Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran	Akram Dehghani, PhD Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran	اکرم دهقانی گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران	فریدین مرادی‌منش گروه روان‌شناسی، واحد دزفول دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف تدوین مدل ساختاری خوردن هیجانی و خودشفقت‌ورزی در افراد فربه با نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی انجام شد. روش پژوهش مقطعی از نوع همبستگی بود. تعداد ۳۷۸ نفر (۱۳۶ مرد، ۲۴۲ زن) از افراد مبتلا به فربه‌ی با روش نمونه‌برداری مرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه خوردن هیجانی (داج، ۱۹۸۶)، پرسشنامه خودشفقت‌ورزی (ریس و نف، ۲۰۱۱) و پرسشنامه پردازش هیجانی (باکر، توماس، گورور، سانتوناستازو و ویتلزی، ۲۰۱۰) را تکمیل کردند. به‌منظور پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج نشان داد بین خودشفقت‌ورزی با خوردن هیجانی اثر مستقیم منفی معنادار، بین خودشفقت‌ورزی با پردازش هیجانی اثر غیرمستقیم مثبت معنادار و بین پردازش هیجانی با خوردن هیجانی اثر غیرمستقیم منفی معنادار وجود دارد. از نتایج می‌توان چنین استنباط کرد که خودشفقت‌ورزی بر خوردن هیجانی با نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی در افراد مبتلا به فربه‌ی تأثیر دارد. بنابراین، این پژوهش اهمیت خودشفقت‌ورزی و پردازش هیجانی در خوردن هیجانی را در افراد مبتلا به فربه‌ی برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: خوردن هیجانی، خودشفقت‌ورزی، پردازش هیجانی، چاقی

Abstract

This study aimed to investigate the structural model of emotional eating and self-compassion in people with obesity with the mediating role of emotional processing. The study method was cross-sectional and Correlational. A total of 378 (136 males, 242 females) obese individuals were selected by stage sampling method. All the participants responded to Emotional Eating Questionnaire (Dach, 1986), Self-Compassion Questionnaire (Reese & Neff, 2011), and Emotional Processing Questionnaire (Baker, Thomas, Gore, Santonastazo, & Whiteley, 2010). Structural equation modeling was used to answer the research hypotheses. The results showed that there was a significant direct and negative relationship between self-compassion and emotional eating, a significant indirect and negative relationship between self-compassion and emotional processing, and a significant indirect and negative relationship between emotional processing with emotional eating. It can be concluded from the results that self-compassion affects emotional eating through emotional processing. Therefore, the present study demonstrates the importance of self-compassion and emotional processing in emotional eating in people with obesity.

Keywords: emotional eating, self-compassion, emotional processing, obesity

received: 27 November 2019

accepted: 23 March 2020

Contact information: abbas_haghayegh@yahoo.com

دریافت: ۹۸/۰۹/۰۶

پذیرش: ۹۹/۰۱/۰۴

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی سلامت است. SID.ir

کاسرلی، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، وزن بدن یکی از متغیرهای اساسی در تفاوت‌های فردی است که تقریباً در تمامی جنبه‌های زندگی اثری فراگیر دارد و اگرچه اغلب در سلامت جسمانی اثرگذار است، با انواع فرایندهای روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی نیز رابطه دارد (کیرو و دیگران، ۲۰۱۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد فربه از حد بالای خلق منفی رنج می‌برند (آدام و ایپل، ۲۰۰۷). از این‌رو، وقتی فرد باور داشته باشد غذا خوردن، خلق را بهبود می‌بخشد (گانلی، ۱۹۸۹)، در پاسخ به عواطف منفی به غذا خوردن روی می‌آورد تا خلق منفی تنظیم شود (یوپادهای و دیگران، ۲۰۱۸)؛ بنابراین هیجان‌ها رفتارهای غذا خوردن را تغییر می‌دهند (پیستسکی، هاینوس، لاوندر، کراو و پترسون، ۲۰۱۷) و تلاش مکرر برای مهار یا تغییر هیجان‌ها با آسیب همراه است (وانسینک، ۲۰۰۴). این ضرر و زیان به راحتی در رفتاری مثل غذا خوردن هیجانی قابل مشاهده است (هریسون، میتچیسون، ریگر، رادجرز و موند، ۲۰۱۶). از آنجاکه غذا خوردن هیجانی به‌عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان‌های منفی مانند تنیدگی^۳، تنهایی، کسالت^۴، و اضطراب تعریف می‌شود (دروست و کسرجسی، ۲۰۱۸)، پژوهش‌ها در قلمروی غذا خوردن هیجانی نشان داده‌اند که افراد فربه در پاسخ به حالات هیجانی منفی، بسیار بیشتر از افراد دارای وزن پهن‌جار غذا می‌خورند (حسین‌زاده، هومن، صالحی و کوشکی، ۱۳۹۱؛ رایبسنسون، سافر، آستین و اتکین، ۲۰۱۵؛ میرزا محمد علائینی، نوربالا و آگاه هریس، ۱۳۹۲). نتایج پژوهش ون استرین (۲۰۱۸) نیز نشان می‌دهد که عواطف منفی و شاخص توده بدنی^۵ با سبک خوردن هیجانی^۶ رابطه مثبت دارد. همچنین رومل و دیگران (۲۰۱۲) با مقایسه عادات خوردن و سطح آگاهی هیجانی^۷ زنان فربه و زنان عادی نشان داده‌اند که زنان فربه در آگاهی هیجانی، نمرات پایین‌تری دارند و از خوردن هیجانی به‌عنوان راهبردی برای خودنظم‌جویی بیشتر استفاده می‌کنند.

بر اساس آنچه اشاره شد، پدیده‌های آسیب‌شناسی روانی مانند اختلال‌های خوردن، علت‌های چندعاملی دارند (دمرچلی، کاکاوند و جلالی، ۱۳۹۶). این علت‌ها به عوامل مربوط به آسیب‌پذیری

امروزه اضافه‌وزن و فربهی به پدیده‌ای همه‌گیر و جهانی تبدیل شده و بیش از ۳۰ سال است که شیوع آن با روند ثابتی در اروپا، ایالات متحده آمریکا، آسیا و خاورمیانه در حال رشد است (وب و وادن، ۲۰۱۷). ایران نیز از این آسیب جدی مصون نبوده است و به‌رغم اهمیت موضوع، منابع پژوهشی اندکی در این زمینه در کشور وجود دارد (ولدیگی، ۱۳۹۶). بنا بر تعریف سازمان جهانی سلامت (۲۰۱۶)، فربهی عبارت است از تجمع چربی غیرطبیعی یا بیش‌ازحد که ممکن است سلامتی افراد را مختل کند. طبق آخرین گزارش اعلام‌شده این سازمان، در سال ۲۰۱۴ بیش از ۱/۹ میلیارد (۳۹ درصد) از جمعیت بزرگسال دارای اضافه‌وزن و بیش از ۶۰۰ میلیون نفر (۱۳ درصد) به فربهی مبتلا بودند. با وجود کوشش‌های بسیار زیاد برای مهار فربهی و اضافه‌وزن، شیوع این مشکلات در سراسر جهان بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۴ بیش از دو برابر شده است. در ایران، طی پژوهش گسترده‌ای روی ۹۹۱ مرد و ۱۱۸۸ زن از شهرهای اردبیل، اصفهان، اهواز، تهران، رشت، کرمان و مشهد، شیوع اضافه‌وزن در مردان ۴۹ درصد و در زنان ۵۳ درصد گزارش شد و ۱۰/۲ درصد از مردان و ۱۸/۶ درصد از زنان به فربهی مبتلا بودند (رنجبر نوشری، ۱۳۹۶). داده‌های مراکز مهار و پیشگیری از بیماری^۱ نیز نشان می‌دهد که این مشکل به‌ویژه در میان جوانان گسترش پیدا کرده است، بدین صورت که حدود ۶۰/۳ درصد از افراد ۲۰ تا ۳۹ سال، مبتلا به اضافه‌وزن یا فربهی هستند (اوگدن، کارول، کیت و فلگال، ۲۰۱۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افزایش بیش‌ازحد وزن با سرعت بیشتری در این گروه رخ می‌دهد (کاهیل و دیگران، ۲۰۱۸) و با افزایش بیشتر وزن در آینده همراه است (میلانسچی، سیمونز، ون‌راسوم و پنیکس، ۲۰۱۹). افزون بر آن، این نگرانی وجود دارد که شروع زودتر فربهی با بهبودی کمتر و پیامدهای منفی‌تری همراه باشد (ارکایا، کارابولوتلو و کالیک، ۲۰۱۸)، از جمله افزایش مرگ‌ومیر (داوین، کیم و میلیجیکویک، ۲۰۱۹) و برخی از بیماری‌های مزمن مانند بیماری عروق کرونری قلب، دیابت نوع ۲، سرطان، فشارخون بالا، سکنه مغزی، آپنه خواب^۲، مشکلات تنفسی، و آرتروز (نیومارچ، ویلر و

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
2. sleep apnea

3. stress
4. boredom
5. body mass index

6. emotional eating style
7. emotional awareness

همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پردازش‌های هیجانی^{۱۲} نیز نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری^{۱۳} با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا در افراد مبتلا به فریبی ایفا می‌کند (ترنر، روس و کوپر، ۲۰۰۵). پردازش هیجانی، واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی است که فرد آن را فرصتی مهم یا چالش‌برانگیز ارزیابی می‌کند و این واکنش‌های زیستی با پاسخ فرد که به آن رویدادهای محیطی همراه می‌شوند (میلز، نیومن، کوسار و مورای، ۲۰۱۵). مفهوم پردازش هیجانی نخستین بار توسط راجمن^{۱۴} (۱۹۸۰) معرفی شد. وی پردازش هیجانی را فرایندی می‌داند که به وسیله آن، آشفتگی عاطفی^{۱۵} جذب و به اندازه‌ای کاهش می‌یابد که تجربه‌ها و رفتارهای دیگر می‌تواند بدون آشفتگی صورت گیرد (نقل از مهری‌نژاد، فرح بیجاری و نوروزی نرگسی، ۱۳۹۵). افزون بر آن، پردازش هیجانی را می‌توان به صورت پردازشی در نظر گرفت که به وسیله آن، تحریف‌های هیجانی^{۱۶}، جذب و حل می‌شود (واسیکیو و فیکن، ۲۰۰۲). این تحریف‌ها، رفتارها و تجارب دیگر فرد را به سمت اختلال‌های خوردن سوق می‌دهد (فیلیس، هولندر، راسموسن و آرنویتز، ۱۹۹۷). اغلب مردم به طور موفقیت‌آمیز، حوادث آزاردهنده را که در زندگی شخصی‌شان اتفاق می‌افتد، پردازش می‌کنند، اما برخی از افراد مبتلا به فریبی قادر به حل یا پردازش سازگارانه^{۱۷} تحریف‌های هیجانی نیستند؛ در نتیجه در سطح بالای برانگیختگی با تداخل احساس‌هایشان به مدت طولانی واکنش نشان می‌دهند و این مسئله مشکلاتی از جمله بروز اختلال‌های خوردن را در پی دارد (پادمالا، سامبوکو و پساوا، ۲۰۱۹). در مجموع اگرچه پردازش احساس‌ها و هیجان‌ها در افراد مبتلا به فریبی کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است، اما شواهد بیانگر وجود مشکل‌های پردازشی در این افراد است (سانتوس، ۲۰۱۸).

در پژوهش‌ها اغلب خودشفقت‌ورزی به عنوان متغیر پیش‌بین غذا خوردن هیجانی در نظر گرفته شده است. خودشفقت‌ورزی از طریق سطوح پایین پردازش هیجانی به نظم‌جویی هیجانی فرد

محدود نیست و عوامل محافظت‌کننده که در میان طبقات بعدی سازه‌های مربوط به خود نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند را شامل می‌شود (گلیبتر و آورسا، ۲۰۰۳). از سازه‌های مربوط به خود که نقش حفاظت‌کننده در برابر خوردن هیجانی دارد، خودشفقت‌ورزی^۱ است (هومن و تیلکا، ۲۰۱۵). خودشفقت‌ورزی شکل سالم پذیرش خود^۲ و بیانگر میزان پذیرش جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی خود است (بشارت، کشاورز و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۴). به اعتقاد نف (۲۰۰۳) خودشفقت‌ورزی عبارت است از گشوده بودن و همراه شدن با رنج‌های خود بدون اجتناب از آن‌ها، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرداورانه همراه با درک بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است. این سازه سه مؤلفه اصلی دارد: ۱) مهربانی با خود^۳ در مقابل قضاوت کردن خود^۴؛ تمایل به مهربانی و درک درست نسبت به خود هنگام مواجهه با شکست‌ها، تنیدگی‌ها و مشکلات بدون داشتن دیدگاه قضاوتی^۵ و خود انتقادگر^۶؛ ۲) اشتراکات انسانی^۷ در مقابل انزوا^۸؛ داشتن این دیدگاه که تجارب فردی جزئی از تجارب همه انسان‌ها است. به عبارت دیگر، همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند، و سایرین نیز بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران، چنین تجاربی را در زندگی خود دارند؛ و ۳) ذهن‌آگاهی^۹ در مقابل همسان‌سازی افراطی^{۱۰}؛ فرد تجارب و احساسات خود را به گونه‌ای متعادل می‌نگرد بدون اینکه آن‌ها را بزرگ‌نمایی کند. این نگاه متعادل باعث می‌شود که تجارب دردناک نادیده گرفته نشوند یا به شکل افراطی ذهن را اشغال نکنند (نف، ۲۰۱۱). در همین رابطه، بارنت و شارپ (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان داده‌اند که خودشفقت‌ورزی با نارضایتی بدنی ارتباط منفی دارد. بر اساس پژوهش هولتام و دیک (۲۰۱۴) افراد با نمره بالا در خودشفقت‌ورزی، تمایل کمتری به رفتارهای اختلال خوردن دارند. مهر و آدامز (۲۰۱۶) نیز دریافتند که خودشفقت‌ورزی به خود با افسردگی، اضطراب و تصویر بدنی^{۱۱} رابطه منفی دارد.

1. self-compassion
2. self-acceptance
3. self-kindness
4. self-judgment
5. judicial perspective
6. self-critical

7. common humanity
8. isolation
9. mindfulness
10. over-identification
11. body image
12. emotional processing

13. compatibility
14. Rachman, S.
15. emotional turmoil
16. emotional distortions
17. compatible processing

پژوهشگران حداقل حجم نمونه در معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر است (هولتر، ۱۹۸۳) که در این پژوهش حجم نمونه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد و پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش، در نهایت ۳۷۸ پرسشنامه تحلیل شد.

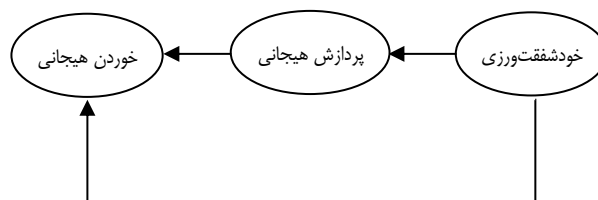
پرسشنامه خوردن هیجانی^۱ (داچ، ۱۹۸۶). این پرسشنامه خودگزارش‌دهی ۳۳ ماده و سه زیرمقیاس دارد: سبک‌های خوردن برونی^۲ (۱۰ ماده)، هیجانی^۳ (۱۳ ماده) و بازداری‌شده^۴ (۱۰ ماده). پاسخ‌دهندگان به هر ماده در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از تقریباً هرگز (نمره ۱) تا بسیار زیاد (نمره ۵) پاسخ می‌دهند.

ون‌اشتراین، فریجتز، برگرز و دیفیرز (۱۹۸۶) روایی پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی بررسی کردند و نشان دادند که همه ماده‌های این پرسشنامه از بار عاملی بالای ۰/۴۵ برخوردارند. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها و کل ابزار را از ۰/۸ تا ۰/۹۵ گزارش کردند. بررسی روایی این پرسشنامه در پژوهش ربانی‌پارسا (۱۳۹۶) از طریق همبسته کردن آن با مقیاس خوردن هیجانی^۵ (آرنو، کناردی^۶ و آگراس^۷، ۱۹۹۵) نشان داد. ضریب همبستگی زیرمقیاس خوردن هیجانی با مقیاس خوردن هیجانی برابر ۰/۸۵ است. ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز در پژوهش صالحی‌فردی و دیگران (۱۳۹۰) از ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ و در پژوهش کجویی، مرادی، کاظمی و قنبری (۱۳۹۵) برای زیرمقیاس‌های خوردن بازداری‌شده، خوردن هیجانی و خوردن برونی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۵ و ۰/۸۵ گزارش شده است.

در این پژوهش نتایج بررسی ساختار عاملی پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی، نشان از برازش مطلوب داده‌ها با الگو داشت ($P < 0.001$, $df = 135$, $GFI = 0.99$, $AGFI = 0.97$, $CFI = 0.99$, $RMSEA = 0.03$). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و زیرمقیاس‌های سبک‌های خوردن برونی، هیجانی و بازداری‌شده ۰/۸۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه خودشفقت‌ورزی- فرم کوتاه^۹ (ریس، پامیر، نف و ون‌گاپت، ۲۰۱۱). این پرسشنامه شامل ۱۲ ماده و سه زیرمقیاس مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود^{۱۰} (۴ ماده)،

آسیب وارد می‌کند و وی را مستعد خوردن هیجانی می‌کند. این متغیرها با فربهی افراد رابطه مستقیم دارند. این پژوهش با ارائه مدل مفهومی (شکل ۱) در پی پاسخ به این پرسش است که آیا پردازش هیجانی در رابطه بین خوردن هیجانی و خودشفقت‌ورزی در افراد فربه نقش واسطه‌ای دارد؟



شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و از نظر زمان گردآوری داده‌ها، مقطعی بود. جامعه آماری آن شامل زنان و مردان مبتلا به فربهی مراجعه‌کننده به مراکز رژیم‌درمانی و خانه‌های سلامت شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌برداری مرحله‌ای استفاده شد. در مرحله اول از بین مناطق ۲۲گانه شهر تهران، ۷ منطقه (۲، ۵، ۷، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۲۱) و از هر منطقه ۳ مرکز رژیم‌درمانی و ۳ خانه سلامت انتخاب شد. سپس در مرحله دوم به صورت هدفمند ۳۷۸ نفر (۱۳۶ مرد و ۲۴۲ زن) با میانگین سنی ۴۸/۵۰ و انحراف استاندارد ۱/۰۲ انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن اضافه‌وزن با شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵ و تمایل به شرکت در پژوهش، و ملاک‌های خروج از پژوهش، بارداری، استفاده از داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، و مصرف داروهای مرتبط با اضافه‌وزن و فربهی بودند. نمونه به صورت داوطلبانه از مراجعان در مراکز رژیم‌درمانی و خانه‌های سلامت انتخاب شد. اگرچه در مدلیابی معادلات ساختاری در مورد حجم نمونه اتفاق نظر کلی وجود ندارد (شریبر، نورا، استیج، بارلو و کینگ، ۲۰۰۶)، اما به زعم بسیاری از

1. Emotional Eating Questionnaire
2. external eating styles
3. emotional
4. inhibited

5. Emotional Eating Scale
6. Arnow, B.
7. Kenardy, J.
8. Agras, W. S.

9. Self-Compassion Questionnaire-Short Form (SCQ-SF)
10. self-kindness versus self-judgment

و ۲۵)، بهبود^۶ (ماده‌های ۸، ۱۲ و ۱۹)، تجربیات هیجانی^۷ (ماده‌های ۱، ۳، ۷ و ۱۱)، نشانه‌هایی از عدم پردازش هیجانی (ماده‌های ۲، ۵، ۲۰، ۲۲ و ۲۴) و اجتناب‌ها^۸ (ماده‌های ۴، ۱۳، ۱۴ و ۲۳) است.

در پژوهش باکر و دیگران (۲۰۱۰)، روایی این پرسشنامه از طریق همبسته‌کردن آن با ابعاد پرسشنامه نظم‌جویی هیجان^۹ (گارنفسکی^{۱۰} و کرایج^{۱۱}، ۲۰۰۶) از ۰/۷۶ تا ۰/۹۵، همسانی درونی زیرمقیاس‌های سرکوب، بهبود، تجربیات هیجانی و نشانه‌هایی از عدم پردازش هیجانی و اجتناب به ترتیب برابر ۰/۶۵، ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۸۱ و ۰/۶۹، و ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش شده است. در ایران، به منظور تعیین روایی ابزار، این پرسشنامه با پرسشنامه نظم‌جویی هیجان (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) همبسته و مشخص شد که بین دو پرسشنامه همبستگی منفی معنادار ($r = -0.54$) وجود دارد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۵ است (نریمانی، ۱۳۹۱). ضریب اعتبار این پرسشنامه در پژوهش مهری‌نژاد و دیگران (۱۳۹۵) نیز برابر ۰/۷۷ گزارش شده است.

در این پژوهش، روایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد و شاخص‌های برازش قابل قبول بود ($CFI = 0.95$, $AGFI = 0.94$, $GFI = 0.96$, $df = 1/44$, $P < 0.11$) (RMSEA = ۰/۰۵). همچنین اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۳ و زیرمقیاس‌های سرکوب، بهبود، تجربیات هیجانی، نشانه‌هایی از عدم پردازش هیجانی، و اجتناب به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۷۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۱ به دست آمد.

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی در جدول ۱ آمده است.

احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا^۱ (۴ ماده) و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی^۲ (۴ ماده) است. پاسخ‌دهندگان به هر ماده در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) به ماده‌ها پاسخ می‌دهند.

ریس و دیگران (۲۰۱۱) به منظور بررسی روایی پرسشنامه، همبستگی نمرات ماده‌ها با زیرمقیاس‌های مربوط به آن‌ها را محاسبه کردند و ضرایب آن‌ها را برای زیرمقیاس‌های مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۶، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ به دست آوردند. همچنین ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۸۶، و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کردند (ریس و دیگران، ۲۰۱۱). نف، کیرک-پاتریک و رود (۲۰۰۷) نیز ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در کشورهای تایلند، تایوان و آمریکا به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۹۵ و ۰/۸۶ و در ایران، کاشانکی، قربانی و حاتمی (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه پردازش هیجانی^۳ (باکر، توماس، گورور، سانتوناستازو و ویتلزی، ۲۰۱۰). این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی ۲۵ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از به هیچ‌وجه تا بی‌نهایت) درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس دارای پنج زیرمقیاس عدم نظم‌جویی هیجان^۴ (ماده‌های ۶، ۱۰، ۱۵، ۱۷ و ۱۸)، سرکوب^۵ (ماده‌های ۹، ۱۶، ۲۱

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| 1. common humanity versus isolation | 5. suppression | 9. Emotion Regulation Questionnaire |
| 2. mindfulness versus over-identification | 6. improvement | 10. Garnefski, N. |
| 3. Emotional Processing Questionnaire | 7. emotional experiences | 11. Kraaij, V. |
| 4. lack of emotion regulation | 8. emotional processing and avoidances | |

جدول ۱

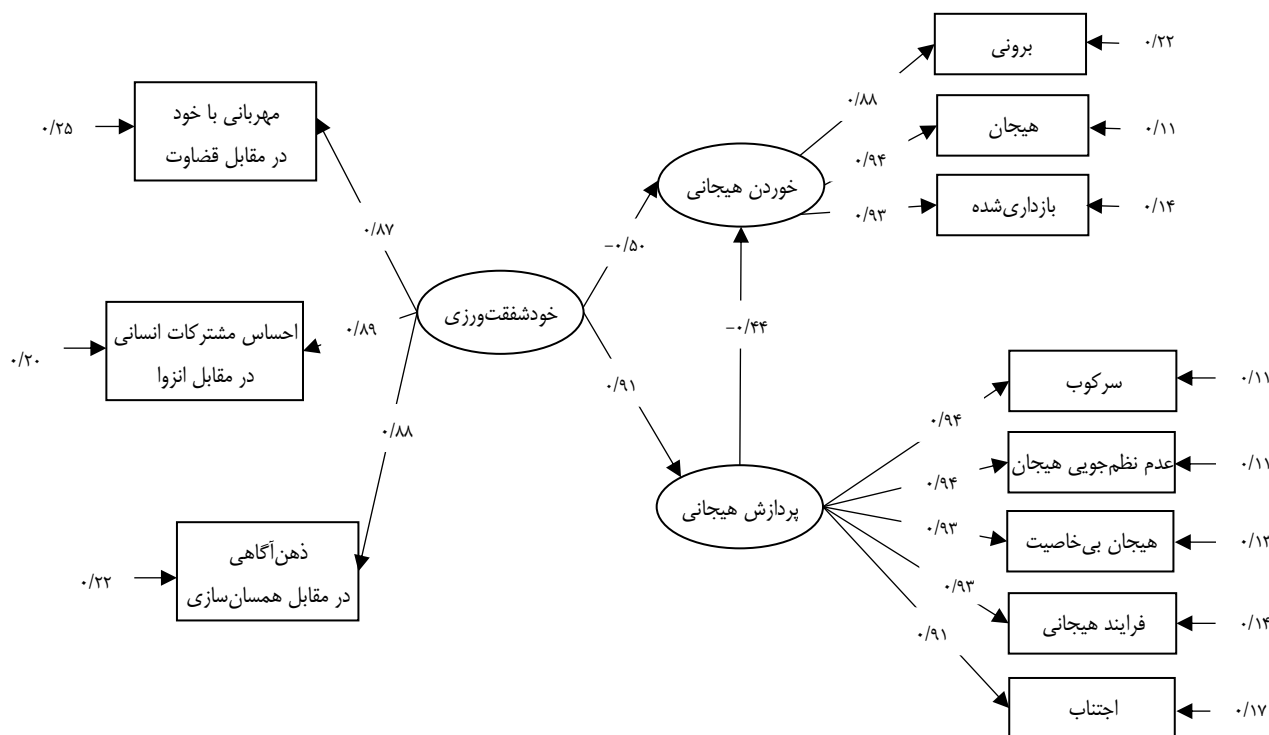
میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. خوردن برونی	۳/۲۹	۰/۷۹	-									
۲. خوردن هیجانی	۳/۳۱	۰/۸۰	۰/۸۵*	-								
۳. خوردن بازدارنده شده	۳/۲۱	۰/۸۱	۰/۸۰*	۰/۸۷*	-							
۴. سرکوب	۳/۲۱	۰/۷۸	۰/۷۳*	۰/۷۷*	۰/۷۶*	-						
۵. عدم نظم‌جویی هیجان	۳/۳۷	۰/۷۸	۰/۷۳*	۰/۷۶*	۰/۷۶*	۰/۹۲*	-					
۶. هیجان بی‌خاصیت	۳/۳۶	۰/۷۷	۰/۷۶*	۰/۸۱*	۰/۸۲*	۰/۸۴*	۰/۸۷*	-				
۷. فرایند هیجانی	۳/۱۹	۰/۷۸	۰/۷۱*	۰/۷۵*	۰/۷۷*	۰/۸۹*	۰/۸۷*	۰/۸۴*	-			
۸. اجتناب	۳/۳۵	۰/۸۳	۰/۷۵*	۰/۷۸*	۰/۷۸*	۰/۸۴*	۰/۸۳*	۰/۸۸*	۰/۸۳*	-		
۹. مهربانی با خود	۳/۲۷	۰/۷۴	۰/۷۲*	۰/۷۵*	۰/۷۲*	۰/۶۵*	۰/۵۵*	۰/۵۴*	۰/۶۵*	۰/۵۳*	-	
۱۰. احساس مشترکات	۳/۲۴	۰/۷۹	۰/۶۹*	۰/۷۰*	۰/۷۲*	۰/۶۴*	۰/۵۳*	۰/۵۲*	۰/۵۳*	۰/۵۱*	۰/۸۶*	-
۱۱. ذهن‌آگاهی	۳/۱۵	۰/۸۱	۰/۵۱*	۰/۷۴*	۰/۷۲*	۰/۶۳*	۰/۵۴*	۰/۵۳*	۰/۵۵*	۰/۵۲*	۰/۸۵*	۰/۸۶*

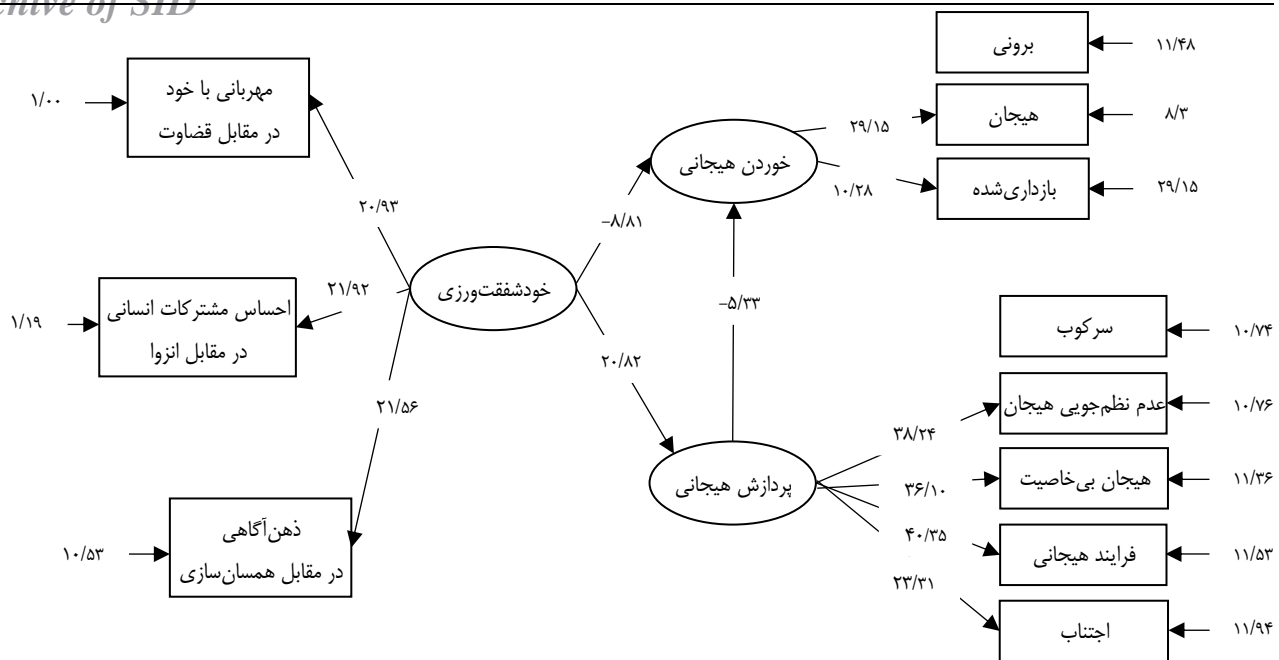
*P < ۰/۰۰۱

افزودن موارد مرتبط با مدل، و انتخاب روش بیشینه درست‌نمایی^۱، مدل اجرا شد و نمودار مسیر برازش شکل‌های زیر به‌دست آمد.

به‌منظور بررسی اثر خودشفقت‌ورزی بر خوردن هیجانی با نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی در افراد فربه، از معادلات ساختاری تأییدی استفاده شد. بدین منظور، پس از رسم ساختار،



شکل ۲. ضریب مسیر و بارهای عاملی مدل



شکل ۳. ضرایب معناداری مدل

جدول ۳

ضرایب مسیر و مقادیر t برای متغیرهای پژوهش

وضعیت	مسیر	ضریب مسیر	مقدار t
خودشفقت‌ورزی ← پردازش هیجانی	۰/۹۱	۲۰/۸۲	پذیرفته شد
پردازش هیجانی ← خوردن هیجانی	-۰/۴۴	-۵/۳۳	پذیرفته شد
خودشفقت‌ورزی ← خوردن هیجانی	-۰/۵۰	-۵/۸۱	پذیرفته شد

به منظور بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴

تفکیک اثرات، مستقیم، غیرمستقیم برای متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
خودشفقت‌ورزی	پردازش هیجانی	۰/۹۱	-	۰/۹۱
پردازش هیجانی	خوردن هیجانی	-۰/۴۴	-	-۰/۴۴
خودشفقت‌ورزی	خوردن هیجانی	-۰/۵۰	-۰/۴۰	-۰/۹۰

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، تأثیر خودشفقت‌ورزی بر خوردن هیجانی با نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی در افراد فریه برابر ۰/۹۰- است.

با توجه به شاخص‌های خی‌دو و ریشه دوم واریانس خطای تقریب^۱، این مدل برازش مناسبی به داده‌ها ارائه می‌کند. در جدول ۲، مهم‌ترین و متداول‌ترین شاخص‌های برازش آمده است. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، همه شاخص‌ها کفایت آماری دارند؛ بنابراین، با اطمینان می‌توان دریافت پژوهشگر در مورد این شاخص‌ها به برازش نسبتاً کاملی دست یافته است.

جدول ۲

شاخص‌های برازش مدل ترسیمی

شاخص‌ها	سطح تحت پوشش	χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
(کای اسکورتر)						
مقادیر الگو	۱۰۶/۹۲	۲/۶۱	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۸	۰/۰۵۹
دامنه پذیرش		< ۳	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۰/۱

با توجه به شکل‌های ۱ و ۲، خودشفقت‌ورزی بر خوردن هیجانی با نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی در افراد فریه تأثیر دارد؛ بنابراین فرضیه تأثیر خودشفقت‌ورزی بر خوردن هیجانی با نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی در افراد فریه پذیرفته می‌شود. در جدول ۳، ضرایب مسیر به همراه مقادیر t برای متغیرهای پژوهش آمده است. همان‌طور که مشخص است، مسیرهای مورد آزمون، پذیرفته شده‌اند.

درباره خود ندارند. افزایش خودشفقت‌ورزی ممکن است عاملی محافظتی در برابر رفتارهای خوردن آشفته^۴ باشد. به عبارتی، افراد مبتلا به فربهی که سطح خودشفقت‌ورزی بالاتری دارند، با احتمال کمتری درگیر افکار منفی درباره ظاهر بدنی خود می‌شوند و کمبودهای خود را می‌پذیرند که این واکنش باعث افزایش خودپنداشت بدنی^۵ و به دنبال آن، کاهش تمایل به رفتارهای خوردن هیجانی می‌شود (استیس و شاو، ۲۰۰۲).

همچنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که پردازش هیجانی در افراد مبتلا به فربهی دچار آسیب شده و این افراد بیان هیجانی کمتری را نسبت به دیگران نشان می‌دهند. افزون بر آن، نگرانی و اضطراب می‌تواند راهبرد ناموفقی^۶ برای جلوگیری از فعالیت فیزیولوژیک مرتبط با پردازش هیجانی باشد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اضطراب ارتباط دارد (رومل و دیگران، ۲۰۱۲)؛ بنابراین، به‌رغم وجود پژوهش‌های متعدد درباره رابطه غذا خوردن هیجانی در افراد مبتلا به فربهی، یافته‌ها تا حد زیادی متناقض هستند. فیلیپس و دیگران (۱۹۹۷) علت این امر را نادیده گرفتن نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده برخی متغیرهای دیگر دانسته‌اند که در این بین، متغیرهای واسطه‌ای مانند پردازش هیجانی نقش مهمی ایفا می‌کنند. علت دیگر این است که پژوهش‌های گذشته همگی به‌طور مجزا به این پدیده نگریسته و آن را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج پژوهش با یافته‌های ترنر و دیگران (۲۰۰۵) همسو است. افزون بر آن، یافته‌ها حاکی از آن است که افراد در سنین بالاتر و با شاخص توده بدنی بیشتر، نسبت به خوردن هیجانی آسیب‌پذیری بیشتری دارند (باکر و دیگران، ۲۰۰۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت مدیریت هیجان‌ها سبب قدرت سازمان‌دهی و سازگاری فرد در موقعیت‌های تحریک‌کننده می‌شود. فردی که توانایی مدیریت و پردازش هیجانی رشدیافته‌ای دارد، آزاد از هرگونه اجبار بیرونی و درونی می‌تواند هیجان‌ها را تجربه یا از بروز آن‌ها جلوگیری کند. درواقع، عدم توانایی در پردازش هیجان‌ها باعث می‌شود که احساس‌های فرد بر عقل و منطق او

هدف این پژوهش تدوین مدل خوردن هیجانی و خودشفقت‌ورزی در افراد فربه با نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی بود. نتایج نشان داد که خودشفقت‌ورزی بر خوردن هیجانی اثر مستقیم منفی، خودشفقت‌ورزی بر پردازش هیجانی اثر غیرمستقیم مثبت، و پردازش هیجانی بر خوردن هیجانی اثر غیرمستقیم منفی می‌گذارد. در سبب‌شناسی فربهی، دلایل مختلفی مانند تأثیرات عوامل سوخت‌وسازی^۱ و وراثتی^۲، محیطی، فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. یکی از عوامل روان‌شناختی، خودشفقت‌ورزی است که با فربهی و خوردن هیجانی در ارتباط است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (آدام و ایپل، ۲۰۰۷؛ حسین‌زاده و دیگران، ۱۳۹۱؛ میزرا محمدعلائینی و دیگران، ۱۳۹۲؛ نریمانی، ۱۳۹۱) همسو است.

یک تبیین احتمالی آن است که خودشفقت‌ورزی با رفتارهای خوردن سالم نظیر آگاهانه خوردن (وانسینک، ۲۰۰۴) و افزایش رفتارهای سالم (گلیتر و آورسا، ۲۰۰۳) ارتباط دارد. همچنین فربهی و رفتارهای خوردن هیجانی یک برچسب اجتماعی نیرومند به همراه دارد؛ بنابراین، خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یک رگه روان‌شناختی مثبت در جهت بهبود شرایط، پذیرش توانایی‌ها و بهزیستی روان‌شناختی^۳ افراد عمل می‌کند. افرادی که از سطح بالاتر خودشفقت‌ورزی برخوردارند، معمولاً حس اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی بیشتری دارند، در نظم‌جویی و تعادل هیجان‌ها کارآمدتر هستند، و در برخورد با مسائل و موقعیت‌های تنبیدی‌زا، کمتر به خوردن هیجانی به‌عنوان راهبردی سازش‌نایافته روی می‌آورند (گانلی، ۱۹۸۹). به‌طورکلی، به‌نظر می‌رسد فراگیری جنبه‌های مثبت خودشفقت‌ورزی از طریق مداخلات مبتنی بر خودشفقت‌ورزی، این امکان را به افراد دارای شاخص توده بدنی بالا می‌دهد که با شرایط دشوار بهتر مقابله کنند، در برابر فشارهای اجتماعی احساس‌های منفی کمتری نسبت به خود داشته باشند، و نسبت به نظم‌جویی هیجان بهتر عمل کنند؛ بنابراین در تبیین این یافته بر اساس نظر واسیکیو و فیکن (۲۰۰۲) می‌توان گفت که افراد با سطح بالای خوشفقت‌ورزی با خود مهربان هستند، خود را به‌رغم کاستی‌ها و کمبودها می‌پذیرند، و قضاوت سخت‌گیرانه

در مورد کاربرد عواطف و هیجان‌ها در زندگی افراد مبتلا به فریبی با مهارت‌های روانی ارزیابی هیجان‌های خود و مدیریت هیجان‌ها نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

منابع

بشارت، م. ع.، کشاورز، س. و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی و خودمهارگری در رابطه بین روان‌سازهای سازش‌یافته اولیه و کیفیت زندگی. *فصلنامه روان‌شناسان تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۱(۴۴)، ۳۵۵-۳۴۱.

حسین‌زاده، ع. ا.، هومن، ح. ع.، صالحی، م. و کوشکی، ش. (۱۳۹۱). پیوند مادری و نشانه‌های مرتبط با خوردن: نقش واسطه‌ای باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹(۳۴)، ۱۴۲-۱۲۹.

دمرجلی، ن.، کاکاوند، ع. و جلالی، م. ر. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای ترس از ارزیابی مثبت و منفی در ارتباط اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن در ارتباط اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۳(۵۱)، ۲۸۴-۲۷۱.

ربانی پارسا، م. ج. (۱۳۹۶). *اثربخشی مصاحبه انگیزشی به شیوه گروهی، بر کاهش خوردن هیجانی و کاهش اضطراب در افراد چاق: نقش تعدیلگر تکانشگری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد. رنجبر نوشری، ف. (۱۳۹۶). *مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر بهزیستی ذهنی، سبک‌های خوردن، خودمهارگری و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن*. پایان‌نامه دکتری، رشته روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.

صالحی فدردی، ج.، مداح شورجه، ر. و نعمتی، م. (۱۳۹۰). مقایسه ساختار انگیزشی و سبک‌های خوردن در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی و دارای وزن طبیعی. *نشریه اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۸۱-۱۷۰. کاشانکی، ح.، قربانی، ن. و حاتمی، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی القای رفتار جامعه‌پسند بر سلامت روانی و جسمانی: نقش خودشفقت‌ورزی و بهوشیاری. *مجله شناخت اجتماعی*، ۶(۲)، ۵۷-۳۹.

کجویی، م.، مرادی، ع. ر.، کاظمی، آ. و قنبری، ز. (۱۳۹۵). نقش متمایزکننده تنظیم هیجان و تکانشگری در انواع مختلف الگوهای خوردن ناسالم. *دو ماهنامه فیض*، ۲۰(۴)، ۳۹۰-۳۸۳.

کیانی، ف. (۱۳۹۴). *رابطه خوردن عاطفی با راهبردهای تنظیم هیجان*

غلبه داشته باشد و فرد در موقعیت‌های مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی محیط و بدون توجه به راه‌حل‌های منطقی، دست به پرخوری بزند؛ بنابراین، افرادی که توانایی پردازش هیجانی بالاتری دارند، در مقایسه با افرادی که قادر به پردازش هیجانی مناسب نیستند از عملکرد مناسب‌تری برخوردارند (مهری‌نژاد و دیگران، ۱۳۹۵). از سوی دیگر، در افراد مبتلا به فریبی به دلیل وجود احساس نقص و اضافه‌وزن بیش‌ازحد، برخی از اهداف همچون اهداف عاطفی و هیجانی، دچار ناکامی و خلل می‌شود و به کاهش سطح پردازش هیجانی آن‌ها می‌انجامد، چراکه پردازش هیجانی فرایندی است که به سبب آن آشفستگی عاطفی، جذب و به اندازه‌ای کاهش می‌یابد که تجربه‌ها و رفتارهای دیگر می‌توانند بدون اغتشاش^۱ صورت بگیرند، اما افراد مبتلا به فریبی با تجربه احساس مورد تمسخر قرار گرفتن از سوی دیگران به دلیل فریبی بیش‌ازحد، بیشتر دچار آشفستگی عاطفی می‌شوند و پردازش هیجانی منفی در آن‌ها بیشتر است (راچمن، ۲۰۰۱). با توجه به اینکه میزان فریبی در افراد فریه دارای مشکلات شخصیتی و هیجانی بیشتر است، می‌توان نتیجه گرفت که عدم مدیریت و پردازش هیجانی مناسب می‌تواند اقدام به عمل‌های جراحی تهاجمی^۲ را در پی داشته باشد (کیانی، ۱۳۹۴).

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که موجب می‌شود تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. نخست آنکه، سنجش متغیرهای پژوهش تنها با استفاده از آزمون‌های خودگزارش‌دهی صورت گرفت. در همین راستا، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌ها آتی از روش‌های دیگر مانند مصاحبه نیز استفاده شود. دوم آنکه، این پژوهش تنها روی افراد مبتلا به فریبی انجام گرفت؛ از این‌رو، انجام این پژوهش در جامعه افرادی عادی نیز پیشنهاد می‌شود. سوم آنکه، ماهیت مقطعی طرح پژوهش امکان هرگونه تفسیر علی از نتایج را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد. خوردن هیجانی متغیر مهمی برای فریبی است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این نکته در درمان فریبی و کاهش وزن افراد مورد توجه قرار گیرد و مهارت‌های مقابله با هیجان‌های منفی به افراد آموخته شود تا از خوردن به‌عنوان یک راهکار دفاعی در مقابل اضطراب و ناکامی‌ها، کمتر استفاده شود. همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی با حضور روان‌شناسان سلامت

- Cahill, A. G., Haire-Joshu, D., Cade, W. T., Stein, R. I., Woolfolk, C. L., Moley, K., ... & Klein, S. (2018). Weight control program and gestational weight gain in disadvantaged women with overweight or obesity: a randomized clinical trial. *Obesity, 26*(3), 485-491.
- Daawin, P., Kim, S., & Miljkovic, T. (2019). Predictive Modeling of Obesity Prevalence for the US Population. *North American Actuarial Journal, 23*(1), 64-81.
- Deroost, N., & Cserjési, R. (2018). Attentional avoidance of emotional information in emotional eating. *Psychiatry Research, 269*(5), 172-177.
- Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Çalik, K. Y. (2018). The effect of maternal obesity on self-esteem and body image. *Saudi Journal of Biological Sciences, 53*(4), 96-114.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 8*(3), 343-361.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*(6), 1045-1053.
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors, 3*(4), 341-347.
- Harrison, C., Mitchison, D., Rieger, E., Rodgers, B., & Mond, J. (2016). Emotion regulation difficulties in binge eating disorder with and without the overvaluation of weight and shape. *Psychiatry Research, 245*(7), 436-442.
- Holter, J. B. (1983). Aspects of storing and sampling ensiled forages. *Journal of Dairy Science, 66*(6), 1403-1408.
- Holtham, T., & Dyck, M. (2014). The positive impact of self-compassion on disordered eating and associated risk factors. *Journal of Eating Disorders, 2*(1), 14-28.
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image, 41*(23), 15, 1-7.
- Kyrou, I., Randevara, H. S., Tsigos, C., Kaltsas, G., & شناختی، اضطراب اجتماعی و برجسب چاقی در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان.
- مهری‌نژاد، ا.، فرح بیجاری، ا. و نوروزی نرگسی، م. (۱۳۹۵). مقایسه سوگیری توجه و سبک‌های پردازش هیجانی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مبتلا به بدریخت‌انگاری و غیرمبتلا. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۶(۲۴)، ۹۹-۱۱۴.
- میرزا محمد علائینی، ا.، علیپور، ا.، نوربالا، ا. ع. و آگاه هریس، م. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن. مجله روان‌شناسی سلامت، ۲(۷)، ۳۱-۲۱.
- نیرمانی، م. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش کنترل تکانه بر پردازش هیجانی، تکانشوری و حواس‌پرتی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۳)، ۱۰۱-۱۲۲.
- ولدبیگی، م. (۱۳۹۶). تأثیر جراحی چاقی بر پارامترهای افسردگی. پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد شهر تهران.
- Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior, 91*(4), 449-458.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders, 18*(1), 79-90.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(2), 167-178.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: Scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of Psychosomatic Research, 68*(1), 83-88.
- Barnett, M. D., & Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among US college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences, 99*(21), 225-234.

- Pisetsky, E. M., Haynos, A. F., Lavender, J. M., Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2017). Associations between emotion regulation difficulties, eating disorder symptoms, non-suicidal self-injury, and suicide attempts in a heterogeneous eating disorder sample. *Comprehensive Psychiatry*, 73(1), 143-150.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 164-171.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Robinson, A., Safer, D. L., Austin, J. L., & Etkin, A. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter? *Eating Behaviors*, 18(2), 186-191.
- Rommel, D., Nandrino, J. L., Ducro, C., Andrieux, S., Delecourt, F., & Antoine, P. (2012). Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite*, 59(1), 21-26.
- Santos, F. (2018). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*, 41(2), 31-46.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323-338.
- Steiger, H., & Bruce, K. R. (2007). Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 220-227.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29(4), 381-387.
- Weickert, M. O. (2018). Clinical problems caused by obesity. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13-27.
- Mehr, K. E., & Adams, A. C. (2016). Self-compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 30(2), 132-145.
- Milaneschi, Y., Simmons, W. K., van Rossum, E. F., & Penninx, B. W. (2019). Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*, 24(1), 18-27.
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39(4), 156-166.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-11
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.
- Newmarch, W., Weiler, M., & Casserly, B. (2019). Obesity cardiomyopathy: the role of obstructive sleep apnea and obesity hypoventilation syndrome. *Irish Journal of Medical Science* 102(1), 1-8.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*, 311(8), 806-814.
- Padmala, S., Sambuco, N., & Pessoa, L. (2019). Interactions between reward motivation and emotional processing. *Progress in Brain Research*, 247(1), 1-21.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., & Aronowitz, B. R. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology*

- the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Personality and Individual Differences*, 24(9), 455-479.
- Wasyliw, L., & Fekken, G. C. (2002). Personality and self-reported health: Matching predictors and criteria. *Personality and Individual Differences*, 33(4), 607-620.
- Webb, V. L., & Wadden, T. A. (2017). Intensive lifestyle intervention for obesity: Principles, practices, and results. *Gastroenterology*, 152(7), 1752-1764.
- World Health Organization. (2016). *World malaria report 2015*. World Health Organization. [https://www.intechopen.com/World malaria report](https://www.intechopen.com/World+malaria+report).
- Upadhyay, J., Farr, O., Perakakis, N., Ghaly, W., & Mantzoros, C. (2018). Obesity as a disease. *Medical Clinics*, 102(1), 13-33.
- Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(2), 1-8.
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R.; Bergers, G. P. A. & 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(2), 295-315.
- Wansink, B. (2004). Environmental factors that increase