

اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودمهارگری، سبک‌های خوردن و

شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن

فرزانه رنجبر نوشری^۱، *سجاد بشرپور^۲، نادر حاجلو^۳، محمد نریمانی^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی.

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی.

۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی.

۴. استاد ممتاز گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی.

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۴/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۶)

Effectiveness of positive psychology intervention on self-control, eating styles and body mass index in overweight women

Farzaneh Ranjbar Noushari¹, *Sajjad Basharpour², Nader Hajloo³, Mohammad Narimani⁴

1. Phd student of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili.

2. Associate Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili.

3. Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili.

4. Professor Emeritus of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili.

(Received: Jul. 05, 2017 - Accepted: Feb. 15, 2018)

Abstract

Objective: overweight is a health problem in every society. The current research has aimed at investigating the effectiveness of positive psychology intervention on self-control, eating styles and body mass index in the overweight women. **Method:** This study were a semi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up. The statistical population of this study included female students of the Payame Noor University of Rezvanshahr. Subjects were screened using the inclusion and exclusion criteria. The samples of this research was 34 persons, who had overweight and randomly divided into experimental and control groups. All of the sample groups completed self-control and eating styles Scales. Also, BMI was calculated by dividing weight (kg) by height squared (m²). Positive psychology intervention was conducted during 14 sessions in experimental group while the control group did not receive any treatment. **Results:** The results show positive psychology intervention has significant impacts on self-control, eating styles and body mass index in the overweight women. **Conclusion:** Positive psychology interventions are effective to promote physical and psychological health. Therefore, it is suggested that this intervention applies for overweight and obesity treatment.

Keywords: Positive psychology intervention, Self-control, Eating styles, Body mass index, Overweight.

چکیده

مقدمه: اضافه وزن یکی از مشکلات سلامتی در تمام جوامع است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودمهارگری، سبک‌های خوردن و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن انجام شد. روش: این مطالعه یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری مطالعه حاضر، در برگزیده دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور رضوانشهر بود. آزمودنی‌ها با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج غربال شدند. نمونه پژوهش شامل ۳۴ فرد مبتلا به اضافه وزن بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. همه افراد نمونه، مقیاس خودمهارگری و سبک‌های خوردن را تکمیل کردند. همچنین شاخص توده بدنی با تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (برحسب متر) اندازه‌گیری شد. مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر طی ۱۴ جلسه در گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نمود. یافته‌ها: نتایج حاکی از تأثیر معنادار مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودمهارگری، سبک‌های خوردن و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن بود. نتیجه‌گیری: مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر در ارتقاء سلامت جسمی و روانشناختی اثرگذار هستند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که این مداخله در درمان اضافه وزن و چاقی به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر، خودمهارگری، سبک‌های خوردن، شاخص توده بدنی، اضافه وزن.

*نویسنده مسئول: سجاد بشرپور

*Corresponding Author: Sajjad Basharpour

Email: basharpour_sajjad@uma.ac.ir

• این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول مقاله می باشد.

مقدمه

چاقی و اضافه وزن با افزایش مرگ و میر کلی (ریزوتو و فراتیگلیونی^۵، ۲۰۱۴) و همچنین برخی از بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری عروق کرونری قلب، دیابت نوع ۲، سرطان، فشار خون بالا، سکته مغزی، آپنه خواب، مشکلات تنفسی و آرتروز در ارتباط است (بری^۶، ۲۰۰۴؛ فاینر^۷، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه مداخلات مبتنی بر اعمال جراحی (پیکات^۸ و همکاران، ۲۰۰۹)، دارو درمانی (پدوال، لی و لو^۹، ۲۰۰۳)، رژیم غذایی محدود (مان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۷) و برنامه‌های ترکیبی رژیم غذایی و ورزش (کاریونی و لورنسو^{۱۱}، ۲۰۰۵)، به تنهایی قادر به درمان همه جانبه چاقی نیستند، اخیراً درمان‌های روان‌شناختی در حل این مشکل مورد استقبال قرار گرفته است. از جمله متغیرهای روان‌شناختی که بررسی آن در افراد دارای اضافه وزن، حائز اهمیت است، سبک‌های خوردن می‌باشد. رفتار خوردن، پدیده پیچیده‌ای است که در برگیرنده وسعت و فراوانی دوره‌های خوردن و انتخاب غذاهای روزانه می‌باشد و میزان دریافت انرژی کلی فرد را تعیین می‌کند و نتیجه عوامل محیطی، فیزیولوژیکی و روان‌شناختی می‌باشد (مارتینز، رابرتسون و مورگان^{۱۲}، ۲۰۰۸). سه سبک خوردن که با پرخوری و اضافه وزن در ارتباط است، خوردن

در بسیاری از کشورها، اضافه وزن^۱ و چاقی^۲ در کودکان و بزرگسالان یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی است (نگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۴) و به عنوان اختلالی مزمن و بسیار شایع که به طور مستقیم و غیرمستقیم با بیماری‌های زیادی همراه است، یکی از زمینه‌های مهم مطالعاتی در روانشناسی سلامت محسوب می‌شود (رو، ریس و روزنوینگ^۴، ۲۰۱۲). سازمان جهانی بهداشت، اضافه وزن و چاقی را به عنوان تجمع چربی غیرطبیعی و یا بیش از حد که ممکن است سلامت را مختل کند تعریف کرده است. بر اساس آخرین گزارش اعلام شده از سوی این سازمان، در سال ۲۰۱۴ بیش از ۱/۹ میلیارد (۳۹ درصد) از جمعیت بزرگسال دارای اضافه وزن و بیش از ۶۰۰ میلیون نفر (۱۳ درصد) مبتلا به چاقی بودند. با وجود تلاش‌های بسیار زیاد برای کنترل چاقی، شیوع اضافه وزن و چاقی در سراسر جهان بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۴ بیش از دو برابر شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۶). در ایران، طی یک مطالعه گسترده که ۹۹۱ مرد و ۱۱۸۸ زن از شهرستان‌های اردبیل، اصفهان، اهواز، تهران، رشت، کرمان و مشهد مشارکت داشتند، شیوع اضافه وزن در مردان ۴۹ درصد و در زنان ۵۳ درصد گزارش شد و ۱۰/۲ درصد مردان و ۱۸/۶ درصد زنان چاق بودند (آقاعلی نژاد، قراخانلو، فرزاد و بیاتی، ۱۳۹۲).

5. Rizzuto & Fratiglioni

6. Bray

7. Finer

8. Picot

9. Padwal, Li & Lau

10. Mann

11. Curioni & Lourenço

12. Martins, Robertson & Morgan

1. overweight

2. obesity

3. Ng

4. Rø, Reas & Rosenvinge

میرزا محمد علائینی، علی پور، نوربالا، و آگاه هریس، (۱۳۹۲). نتایج پژوهش ون استرین، دونکر و اونز^{۱۲} (۲۰۱۶) نشان داد که عواطف منفی و شاخص توده بدنی همبستگی مثبتی با سبک خوردن هیجانی داشته است. در مطالعه رومل^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۲) ۹۶ نفر از زنان چاق با ۵۶ نفر از زنان عادی مقایسه شدند و به پرسشنامه‌های عادات خوردن داچ و مقیاس سطح آگاهی هیجانی پاسخ دادند. زنان چاق در آگاهی‌های هیجانی، نمرات پایین تری داشتند و از غذا خوردن هیجانی به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان، بیشتر از گروه شاهد استفاده می‌کردند.

افراد دارای اضافه وزن، همچنین مسائل مربوط به سلامت، مانند استرس را تجربه می‌کنند. استرس روان‌شناختی با افزایش توده بدن مرتبط می‌باشد (کوونن، کیویماک، کاکس، کاکس و وترا^{۱۴}، ۲۰۰۵؛ کاتویتز، گرینر، سمر، تچان و الفرینگ^{۱۵}، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش مچت^{۱۶} (۲۰۰۸) حاکی از این بود که افراد هنگام استرس غذای بیشتری مصرف می‌کنند که این رفتار خوردن ممکن است منجر به افزایش وزن شان گردد. همچنین، مشخص شده است که هر سه سبک خوردن - بیرونی، هیجانی و بازداری شده - با استرس در ارتباط است (هو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۳).

سازه روان‌شناختی دیگری که می‌تواند در ارتباط با اضافه وزن مطرح باشد، خودمهارگری

بیرونی^۱، هیجانی^۲ و بازداری شده^۳ می‌باشد. خوردن بیرونی، به خوردن در پاسخ به محرک‌های مرتبط با غذا بدون در نظر گرفتن حالات گرسنگی و سیری اشاره دارد. خوردن هیجانی، پرخوری در پاسخ به هیجانات منفی و خوردن بازداری شده، تحت عنوان محدود کردن آگاهانه مصرف غذا در نظر گرفته می‌شود (هالبرستات^۴ و همکاران، ۲۰۱۶).

باید دانست که مصرف غذا نه تنها با نیازهای متابولیک تنظیم می‌شود (المکوایست، کوپاری، بالتاسار، ایچینوس و لوول^۵، ۲۰۰۵؛ مانینگ و باترهام^۶، ۲۰۱۴)، بلکه تحت تأثیر حالات عاطفی، انگیزه‌ها و فرایندهای خودتنظیمی نیز قرار می‌گیرد (برای مثال تریژر، کاردی و کان^۷، ۲۰۱۱). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، هیجانات منفی و یا دشواری در تنظیم آن‌ها، یکی از عوامل دخیل در مشکلات مربوط به وزن می‌باشند (جاکوبی^۸ و همکاران، ۲۰۱۱؛ ونوسی^۹ و همکاران، ۲۰۱۵؛ میکوپولوس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵). افراد چاق از بالا بودن خُلق منفی در رنج هستند، وقتی که فرد باور داشته باشد غذا خوردن، خُلق را بهبود می‌بخشد، در پاسخ به عواطف منفی به غذا خوردن روی می‌آورد تا آن خُلق منفی تنظیم شود (ترنر، لوسزینسکا، وارنر و شوازر^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ به نقل از

1. external eating
2. emotional eating
3. restrained eating
4. Halberstadt
5. Elmquist, Coppari, Balthasar, Ichinose & Lowell
6. Manning & Batterham
7. Treasure, Cardi & Kan
8. Jacobi
9. Vannucci
10. Michopoulos
11. Turner, Luszczynska, Warner, & Schwazer

12. van Strien, Donker & Ouwens
13. Rommel
14. Kouvonen, Kivimaki, Cox, Cox & Vahtera
15. Kottwitz, Grebner, Semmer, Tschan & Elfering
16. Macht
17. Hou

تجربه هیجان‌های مثبت در مورد گذشته، حال و آینده و یادگیری مهارت‌هایی برای تقویت شدت و طول مدت این هیجان‌ها باشند. زندگی متعهدانه درگیر شدن و جذب در کار، روابط صمیمانه و اوقات فراغت است و زندگی معنادار شامل استفاده از توانمندی‌ها و استعداد‌های برجسته شخص در تعلق و خدمت به چیزی فراتر از خود است.

روان‌شناسان مثبت‌نگر، هیجان‌ها و خاطرات مثبت را در بحث‌های خود با درمان‌جویان راه‌اندازی کرده و به آن‌ها توجه می‌کنند (رشید، ۲۰۱۵). هیجان‌های مثبت، نقش مهمی در بهزیستی روان-شناختی و جسمانی انسان‌ها دارند (امانس و مک کالو، ۲۰۰۳). یافته‌های یک فراتحلیل که به بررسی نتایج ۴۱ پژوهش در زمینه تأثیر درمان مثبت‌نگر در بهبود مشکلات روان‌شناختی پرداخته است، نشان می‌دهد مداخله‌های مثبت‌نگر موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود (بولیر^۶ و همکاران، ۲۰۱۳). کار، فریدمن و جیف^۷ (۲۰۰۷) به بررسی ارتباط نمایه توده بدنی و عاطفه مثبت و منفی ۳۰۰۰ نفر از بزرگسالان ۲۵ تا ۷۴ ساله پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که افراد دارای نمایه توده بدنی بالاتر، سطوح بالاتری از عاطفه منفی را گزارش می‌دهند. رابرتسون (۲۰۱۵) در پژوهشی تأثیر مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر را در برخی از شاخص‌های روان‌شناختی و جسمانی افراد چاق مورد بررسی قرار داد. نتایج بیانگر این بود که افراد شرکت‌کننده در این مداخله، از نظر

است. خودمهارگری به ظرفیت فرد برای غلبه کردن و مهار تکانه‌های غیرقابل پذیرش و نامطلوب، نظم دادن به رفتارها، تفکرات و هیجان‌ها اشاره دارد (تانجی، بامیستر و بون^۱، ۲۰۰۴). در مطالعه طولی کلر، هارتمن و سیگریست^۲ (۲۰۱۶) خودمهارگری بالاتر با تغییرات در رفتارهای خوردن، کیفیت رژیم غذایی و شاخص توده بدنی همراه می‌باشد. در پژوهش تسوکویاما، تومی، فایت و دکوورث^۳ (۲۰۱۰) مشخص گردید که در دوره انتقال از کودکی به نوجوانی، خودمهارگری یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر اضافه وزن می‌باشد.

یکی از مداخلات روان‌شناختی که می‌تواند این جمعیت خاص را مورد هدف قرار دهد، مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر است. روان‌شناسی مثبت‌نگر، مطالعه علمی هیجان‌های مثبت، صفات فردی مثبت و ساختارهایی است که باعث ایجاد تغییرات مثبت در فرد می‌شود. این رویکرد بر افزایش توانمندی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست‌یابند (سلیگمن و سیکزنتمیهایلی^۴، ۲۰۰۰). زیربنای نظری روان‌درمانی مثبت‌نگر ریشه در کارهای سلیگمن (۲۰۰۲)؛ به نقل از سلیگمن، رشید و پارکز^۵ (۲۰۰۶) دارد که معتقد است شادی شامل زندگی لذت‌مند، متعهدانه و معنادار است. زندگی لذت‌مند، زمانی حاصل می‌شود که افراد قادر به

1. Tangney, Baumeister & Boone
2. Keller, Hartmann & Siegrist
3. Tsukayama, Toomey, Faith & Duckworth
4. Seligman & Csikszentmihalyi
5. Seligman, Rashid & Parks

6. Bolier

7. Carr, Friedman & Jaffe

۲۰ تا ۳۵ سال، دریافت نکردن رژیم غذایی خاص، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی جهت کاهش وزن، عدم بارداری، عدم دارا بودن بیماری جسمی و روان‌شناختی قابل توجهی که نیاز به مصرف دارو یا رژیم غذایی خاصی داشته باشند و شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰. لازم به ذکر است که در این مطالعه، محاسبه شاخص توده بدنی از طریق تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر مربع) انجام گرفت. وزن شرکت‌کنندگان با کمینه پوشش و بدون کفش به وسیله ترازوی دیجیتالی سکای آلمان با ۱۰۰ گرم خطا و قد آن‌ها نیز با نوار مدرج استاندارد با واحد سانتی‌متر و دقت ۰/۱ در وضعیت ایستاده کنار دیوار و بدون کفش مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

افرادی که بیش از دو جلسه در مداخله غیبت داشتند از جمع شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر خارج گردیدند. در نهایت ۳۴ نفر به عنوان نمونه نهایی باقی ماندند (۱۷ نفر در هر گروه). گروه آزمایش، تحت مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت-نگر بر اساس پروتکل درمانی رشید (۲۰۰۸) قرار گرفت که این مداخله در ۱۴ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی برگزار گردید. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. پس از اتمام مداخله، از گروه‌های آزمایش و کنترل پس از عمل آمد. همچنین مرحله پیگیری، دو ماه بعد از اتمام مداخلات، در هر دو گروه اجرا گردید.

حالات خلقی مثبت، شکوفایی و رضایت از زندگی افزایش قابل ملاحظه‌ای را نشان دادند، نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در آن‌ها کاهش یافت و در نهایت کاهش نسبی وزن در شرکت‌کنندگان مشاهده گردید. در راستای مطالب پیشین، مطالعه حاضر قصد دارد تا به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودمهارگری، سبک‌های خوردن و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن بپردازد.

روش

پژوهش حاضر، از نمونه پژوهش‌های نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره پیگیری می‌باشد. در این مطالعه، مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر به عنوان متغیر مستقل و متغیرهای خودمهارگری، سبک‌های خوردن و شاخص توده بدنی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری مطالعه حاضر را تمامی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه پیام نور استان گیلان واحد رضوانشهر در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دهند. پس از غربالگری اولیه بر اساس طرح پایش سلامت جسمی و روان‌شناختی که در شروع سال تحصیلی به مدت دو هفته انجام شد، از بین افرادی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۲۰ نفر در هر گروه). ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر عبارت بودند از: مؤنث بودن، سن

فرزانه رنجبر نوشری و همکاران: اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودمهارگری، سبک‌های خوردن ...

خوردن هیجانی، خوردن در پاسخ به آشفتگی هیجانی؛ خوردن بیرونی، خوردن در پاسخ به نشانه‌های بیرونی غذا؛ و خوردن بازداری شده، که محدود کردن رفتار خوردن را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی بازآزمایی، همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵) و روایی عاملی این پرسشنامه مناسب گزارش شده است (فی و فیلیسون، ۲۰۱۱). در ایران صالحی فدردی، مداح شورچه و نعمتی (۱۳۹۰) اعتبار و روایی پرسشنامه را مطلوب ارزیابی نمودند. در پژوهش علی‌پور، عبدخدایی و محمدی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های خوردن هیجانی، بیرونی و بازداری شده به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۶، و ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس خودمهارگری. این مقیاس توسط تانجینی و همکاران (۲۰۰۴) تهیه شده و دارای ۳۶ ماده است که به صورت پنج درجه‌ای لیکرت تنظیم گردیده است و دامنه نمره کل افراد بین ۳۶ تا ۱۸۰ می‌باشد. رفیعی هنر و جان بزرگی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۵ محاسبه نمودند. حسین‌خانزاده، همتی علمدارلو، آقابابایی، مرادی و رضایی (۱۳۹۰) ضریب بازآزمایی و آلفای کرونباخ این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۰ گزارش نمودند.

پرسشنامه عادات خوردن داچ. این پرسشنامه را ون استرین و همکاران در سال ۱۹۸۶ طراحی نمودند و شامل ۳۳ ماده است که در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (بسیار زیاد) تنظیم گردیده است و دارای سه زیرمقیاس خوردن هیجانی (۱۳ ماده)، خوردن بیرونی (۱۰ ماده) و خوردن بازداری شده (۱۰ ماده) است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر

جلسات درمان	محتوای جلسات
جلسه اول (جهت‌گیری)	فقدان منابع مثبت تداوم بخش آسیب‌های روانی: بحث در مورد نقش غیبت یا فقدان هیجانات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا در تداوم آسیب‌های روانی، زندگی تھی، چارچوب روان-درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع
جلسه دوم (تعهد)	شناسایی توانمندی‌های خاص: شناسایی توانمندی‌های خاص مراجعان از طریق معرفی مثبت و بحث در مورد موقعیت‌هایی که این توانمندی‌های خاص در گذشته به آن‌ها کمک کرده است
جلسه سوم (تعهد/ لذت)	پرورش توانمندی‌های خاص و هیجانات مثبت: بحث در مورد رشد توانمندی‌های خاص؛ آماده شدن برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی، و قابل دست‌یابی جهت پرورش توانمندی‌های خاص؛ و بحث در مورد نقش هیجانات مثبت در بهزیستی
جلسه چهارم (لذت)	خاطرات خوب در مقابل خاطرات بد: بحث در مورد نقش خاطرات خوب و بد در حفظ نشانه‌های افسردگی؛ تشویق مراجعان به بیان احساسات خشم و تلخی و تأثیر آن‌ها بر افسردگی و بهزیستی
جلسه پنجم (لذت/ تعهد)	بخشودگی: معرفی بخشودگی به عنوان ابزاری قدرتمند که می‌تواند خشم و تلخی را تبدیل به احساسات خنثی، و حتی برای برخی افراد تبدیل به هیجانات مثبت کند
جلسه ششم (لذت/ تعهد)	قدردانی: بحث در زمینه قدردانی به عنوان یک تشکر بادوام؛ و یادآوری مجدد نقش خاطرات خوب و بد با تأکید بر قدردانی
جلسه هفتم (لذت/ تعهد)	بررسی میان دوره‌ی درمان: پیگیری تکالیف منزل بخشش و قدردانی؛ بحث در مورد اهمیت پرورش هیجانات مثبت؛ تشویق مراجعان به آوردن و بحث درباره روزنگار موهبت‌ها؛ مرور اهداف مرتبط با توانمندی‌های خاص؛ بحث در مورد فرایند مداخله و پیشرفت به طور جزئی؛ بحث درباره بازخورد مراجعان در خصوص منافع این مداخله
جلسه هشتم (معنا/ تعهد)	قناعت در مقابل بیشینه‌سازی: بحث درباره قناعت (به اندازه کافی خوب) در مقابل بیشینه‌سازی؛ تشویق قناعت به واسطه تعهد
جلسه نهم (لذت)	خوشبینی و امید: هدایت مراجعان به فکر کردن درباره زمان‌هایی که در کارهای مهمی شکست خوردند، یک برنامه بزرگ بهم می‌ریزد و زمانی که توسط شخص دیگری پذیرفته نمی‌شوند
جلسه دهم (تعهد/ معنا)	عشق و دل‌بستگی: بحث در مورد پاسخدهی فعال- سازنده؛ خواستن از مراجعان برای شناسایی توانمندی‌های خاص سایر افراد مهم زندگی‌شان
جلسه یازدهم (معنا)	شجره نامه توانمندی‌های خانواده: بحث در مورد اهمیت شناسایی توانمندی‌های خاص سایر اعضای خانواده
جلسه دوازدهم (لذت)	حس ذائقه: معرفی حس ذائقه به عنوان آگاهی از لذت و کوشش در ایجاد عمدی آن
جلسه سیزدهم (معنا)	موهبت زمان: بحث در مورد روش‌های استفاده از توانمندی‌های خاص برای ارائه موهبت زمان در خدمت به چیزی بزرگتر از خود
جلسه چهاردهم (انسجام)	زندگی کامل: بحث در مورد زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد؛ و بحث در مورد پیشرفت مداخله، منافع و ماندگاری آن

یافته‌ها

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با $25/29 \pm 4/03$ و $25/41 \pm 3/73$ بوده است. میانگین و انحراف معیار متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه گردیده است.

در ادامه جهت مقایسه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر با گروه کنترل در خودمهارگری، سبک‌های خوردن و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده گردید. نخست، جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید، با توجه به عدم معناداری آزمون باکس در همه مقیاس‌ها، می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس-کوواریانس همگن می‌باشد. جهت بررسی همسانی واریانس‌های دو گروه از آزمون لوین استفاده گردید و نتایج نشان از عدم معناداری مؤلفه‌ها داشت، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت. در راستای فرض یکسان بودن واریانس، نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که در هیچ یک از متغیرها در سطح $0/05$ معنادار نمی‌باشد، لذا شرایط برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر فراهم گردید. در این راستا در جداول ۳ تا ۷ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیرهای این مطالعه ارائه گردیده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمره‌های خودمهارگری در گروه‌های آزمایش و کنترل

تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/02$)، همچنین بین نمره‌های خودمهارگری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری به‌دست آمد ($P<0/01$)، سرانجام روند تغییر نمرات خودمهارگری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است ($F=164/41$ ، $P<0/01$)، که در نتیجه می‌توان گفت مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر در مؤلفه خودمهارگری در زنان دارای اضافه وزن اثربخش است.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در زمینه سبک خوردن هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=5/61$ ، $P=0/02$)، بین نمره‌های عامل در متغیر سبک خوردن هیجانی تفاوت معناداری به‌دست آمد ($F=7/65$ ، $P<0/01$)، همچنین بین نمره‌های عامل و گروه‌ها در متغیر مذکور تعامل معناداری مشاهده گردید ($F=223/29$ ، $P<0/01$)، نتایج بیانگر این است که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر در مؤلفه سبک خوردن هیجانی در زنان دارای اضافه وزن اثربخش است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه در مراحل پیش

متغیر	مثبت نگر			کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
خودمهارگری	۶۹/۲۴(۸/۷۴)	۷۷/۷۱(۸/۳۴)	۷۵/۵۹(۸/۷۵)	۷۰/۷۱(۷/۹۳)	۶۷(۷/۴۶)	۶۴/۶۵(۷/۵۷)
سبک خوردن هیجانی	۳۱/۴۷(۶/۱۳)	۲۶/۲۹(۵/۹۲)	۲۷/۴۱(۶/۳۱)	۳۰/۸۲(۶/۰۳)	۳۴/۲۹(۵/۷۸)	۳۴/۳۵(۵/۲۶)
سبک خوردن بیرونی	۳۲/۵۳(۴/۹۵)	۲۸/۷۱(۵)	۲۸/۶۵(۴/۹۹)	۳۲(۵/۹۲)	۳۵/۴۱(۴/۹۸)	۳۴/۷۶(۴/۵۹)
سبک خوردن بازداری	۲۲/۸۸(۵/۴۳)	۱۸/۱۸(۵/۰۸)	۱۸/۷۶(۵/۲۹)	۲۲/۴۷(۵/۳۱)	۲۵/۸۸(۵/۴۰)	۲۵/۰۶(۵/۴۰)
شاخص توده بدنی	۲۷/۸۲(۰/۹۵)	۲۷/۱۳(۱/۰۸)	۲۷/۳۷(۱/۰۸)	۲۷/۷۴(۱/۱۹)	۲۸/۵۴(۱/۱۶)	۲۸/۶۰(۱/۰۱)

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در خودمهارگری دو گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
بین آزمودنی ها						
گروه	۱۱۵۳/۴۲	۱	۱۱۵۳/۴۲	۵/۹۵	۰/۰۲	۰/۱۶
خطا	۶۲۰۷/۳۷	۳۲	۱۹۳/۹۸			
درون آزمودنی ها						
عامل	۱۲۱/۲۰	۲	۶۰/۶۰	۲۳/۲۶	۰/۰۱	۰/۴۲
عامل و گروه	۸۵۶/۷۳	۲	۴۲۸/۳۶	۱۶۴/۴۱	۰/۰۱	۰/۸۴
خطا	۱۶۶/۷۵	۶۴	۲/۶۱			

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در سبک خوردن هیجانی دو گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
بین آزمودنی ها						
گروه	۵۷۸/۹۱	۱	۵۷۸/۹۱	۵/۶۱	۰/۰۲	۰/۱۵
خطا	۳۳۰۱/۵۷	۳۲	۱۰۳/۱۷			
درون آزمودنی ها						
عامل	۱۲/۹۶	۲	۶/۴۸	۷/۶۵	۰/۰۱	۰/۱۹
عامل و گروه	۳۷۸/۱۸	۲	۱۸۹/۰۹	۲۲۳/۲۹	۰/۰۱	۰/۸۸
خطا	۵۴/۲۰	۶۴	۰/۸۵			

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین نمره-های شاخص توده بدنی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/02$)، همچنین بین نمره‌های شاخص توده بدنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری به دست آمد ($P<0/01$)، سرانجام روند تغییر نمرات شاخص توده بدنی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است ($F=94/82$, $P<0/01$)، با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، می‌توان گفت مداخله مبتنی بر روان-شناسی مثبت‌نگر در شاخص توده بدنی زنان دارای اضافه وزن تأثیرگذار است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین سبک خوردن بیرونی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/02$)، بین سبک خوردن بیرونی در مراحل سه‌گانه تفاوت معناداری به دست نیامد ($P>0/05$)، اما روند تغییر نمرات سبک خوردن بیرونی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه تفاوت معناداری داشته است ($P<0/01$)، با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، می‌توان گفت که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر در مؤلفه سبک خوردن بیرونی زنان دارای اضافه وزن تأثیرگذار است.

نتایج جدول ۶ بیانگر این است که بین نمره-های گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه سبک خوردن بازداری شده تفاوت معناداری وجود دارد ($F=6/27$, $P=0/02$)، بین نمره‌های سبک خوردن بازداری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری به دست آمد ($P<0/01$)، همچنین بین نمره‌های عامل و گروه‌ها در شاخص سبک خوردن بازداری شده تعامل معناداری مشاهده گردید ($F=223/35$, $P<0/01$)، در نتیجه می‌توان گفت مداخله مبتنی بر روان-شناسی مثبت‌نگر در مؤلفه سبک خوردن بازداری شده در زنان دارای اضافه وزن اثربخش است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در سبک خوردن بیرونی دو گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
بین آزمودنی ها						
گروه	۴۲۸/۲۵	۱	۴۲۸/۲۵	۵/۷۸	۰/۰۲	۰/۱۵
خطا	۲۳۷۲/۷۵	۳۲	۷۴/۱۵			
درون آزمودنی ها						
عامل	۵/۴۳	۲	۲/۷۲	۱/۵۸	۰/۲۱	۰/۰۵
عامل و گروه	۲۷۴/۴۹	۲	۱۳۷/۲۵	۷۹/۸۰	۰/۰۱	۰/۷۱
خطا	۱۱۰/۰۸	۶۴	۱/۷۲			

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در سبک خوردن بازداری شده دو گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
بین آزمودنی ها						
گروه	۵۲۳/۱۵	۱	۵۲۳/۱۵	۶/۲۷	۰/۰۲	۰/۱۶
خطا	۲۶۷۰/۲۰	۳۲	۸۳/۴۴			
درون آزمودنی ها						
عامل	۱۱/۵۳	۲	۵/۷۷	۸/۳۸	۰/۰۱	۰/۲۱
عامل و گروه	۳۱۹/۷۷	۲	۱۵۹/۸۸	۲۳۲/۳۵	۰/۰۱	۰/۸۸
خطا	۴۴/۰۴	۶۴	۰/۶۹			

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در شاخص توده بدنی دو گروه طی سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
بین آزمودنی ها						
گروه	۱۸/۸۰	۱	۱۸/۸۰	۵/۵۵	۰/۰۳	۰/۱۵
خطا	۱۰۸/۳۹	۳۲	۳/۳۹			
درون آزمودنی ها						
عامل	۰/۷۹	۲	۰/۳۹	۶/۶۶	۰/۰۱	۰/۱۷
عامل و گروه	۱۱/۱۹	۲	۵/۶۰	۹۴/۸۲	۰/۰۱	۰/۷۵
خطا	۳/۷۸	۶۴	۰/۵۹			

نتیجه‌گیری و بحث

طی سالیان متمادی در مطالعات متعددی بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر در درمان مشکلات روان‌شناختی به‌کار گرفته شده است، اما نقش این مداخله بر شاخص‌های سلامت روان‌شناختی و جسمی در افراد اضافه وزن به‌صورت بسیار محدود توسط دیگر پژوهشگران به‌کار گرفته شده است و از این جهت این مطالعه را متمایز می‌نماید.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که بین نمره‌های خودمهارگری در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر سازه خودمهارگری در زنان دارای اضافه وزن اثربخش بوده است که با نتایج پژوهش فیشباچ و لابرو^۱ (۲۰۰۷) همسو است. در این مطالعه مشخص گردید که حالات خلقی مثبت با افزایش خودمهارگری و انگیزش نسبت به اهداف خاص در ارتباط است. بر اساس نتایج پژوهش اشتاتزر و می‌یر (۲۰۱۶) چاقی منجر به کاهش بهزیستی روان‌شناختی در آن دسته از افرادی می‌شود که خودمهارگری محدودتری را نسبت به سایرین گزارش دادند. بنابراین مداخله مثبت‌نگر با تمرکز بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی منجر به افزایش خودمهارگری در افراد دارای اضافه وزن می‌گردد.

با نگاهی به تعریف خودمهارگری تحت عنوان توانایی تشخیص و تنظیم امیال و عواطف، که مشخصه آن اعمال اراده، خود انضباطی و توانایی

به تعویق انداختن لذت یا پاداش است (بامیستر، ۲۰۰۲؛ به نقل از سعیدی، بهرامی احسان و علی پور، ۱۳۹۵)، نتیجه حاصل شده در این مطالعه دور از ذهن نیست. بسیاری از نویسندگان اصطلاحات خودمهارگری و تنظیم خود را به‌جای یکدیگر به‌کار می‌برند، و بعضی دیگر خودمهارگری را جنبه هشیارانه و عامدانه فرایند تنظیم خود می‌دانند (بامیستر، وهس و تایس^۲، ۲۰۰۷؛ به نقل از سعیدی و همکاران، ۱۳۹۵). هیچان مثبت می‌تواند خود تنظیمی (تایس، بامیستر، شمولی و موراون^۳، ۲۰۰۷) و رفتارهای هدفمند (آسپینوال^۴، ۱۹۹۸) را بهبود ببخشد. این فرایند ممکن است به‌طور خاص در زمینه تهدیدات درک شده مربوط به سلامت مثل اضافه وزن (رید^۵ و آسپینوال، ۱۹۹۸) باشد. بنابراین مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر موجب می‌گردد تا افراد خود را بهتر شناخته، به زندگی خود تعهد بیشتری داشته، تجربه‌های مثبت خود را بازشناسند و به نقش این تجارب مثبت در افزایش کنترل بر خود، پی ببرند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که بین سه سبک خوردن (هیجانی، بیرونی و بازداری شده) در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، می‌توان گفت که مداخله مبتنی بر روان-

2. Baumeister, Vohs & Tice
3. Tice, Baumeister, Shmueli & Muraven
4. Aspinwall
5. Reed

1. Fishbach & Labroo

وجود دارد. خوردن هیجانی ممکن است یکی از نشانه های پرخوری به طور کلی و نه به طور خاص در حضور هیجانات منفی باشد. نشانه های مختلفی می توانند با خوردن غذا در ارتباط باشند مانند دیدن و بوی غذا، محیطی که شخص در آن هست، زمان خاص از روز، حالت های فیزیولوژیکی، شناختی و خاطرات. بر اساس یافته های پژوهش مارتین-نمت، پنکوفر، گالانیک، ولسور-فردریچ و بریانت^{۱۱} (۲۰۰۹) عزت نفس پایین و سبک مقابله اجتنابی با رفتار خوردن ناسالم در ارتباط است و آموزش مهارت هایی برای کاهش استرس، ایجاد عزت نفس و استفاده از رویکردهای مثبت تر برای مقابله با استرس می تواند از تغذیه ناسالم و در نتیجه چاقی پیشگیری کند. بر این اساس، آموزش مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر به افراد دارای اضافه وزن کمک می نماید تا به جای اینکه هیجانات منفی خویش را با غذا خوردن سرکوب کنند، مهارت هایی را برای توجه به احساسات مثبت و پذیرش آنها فرا گیرند و این در نهایت منجر به تغییر سبک خوردن می گردد.

سرانجام نتایج مطالعه بیانگر این بود که بین نمره های گروه های آزمایش و کنترل در شاخص توده بدنی تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه می توان گفت مداخله مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر بر شاخص توده بدنی اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با یافته های مطالعات کار، فریدمن و جیف (۲۰۰۷) و رابرتسون (۲۰۱۵) همسو

شناسی مثبت نگر بر سبک خوردن زنان دارای اضافه وزن تأثیرگذار است.

بر اساس شواهد تجربی، افراد مبتلا به اختلال خوردن، هیجانات منفی نظیر خشم، شرم، انزجار، ترس و غم و اندوه را بیشتر تجربه می کنند و این هیجانات را طاقت فرسا می یابند (فاکس و پاور^۱، ۲۰۰۹؛ والر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). در نتیجه، درگیر شدن در رفتارهای خوردن آشفته، وسیله ای را برای مقابله و یا اجتناب از تجربه کردن این هیجانات فراهم می کند (کوپر، ولز و تاد^۳، ۲۰۰۴؛ بیدلوسکی^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ مچت، ۲۰۰۸؛ دالهنستی و گرینبرگ^۵، ۲۰۰۷، ۲۰۰۹). بر این اساس، رفتار پرخوری و خوردن هیجانی نوعی مقابله ناسازگارانه و هیجان محور قلمداد می شود (تایس، براتسلووسکی و بامیستر^۶، ۲۰۰۱؛ وایتساید^۷ و همکاران، ۲۰۰۷؛ اورس، ماریجن استوک و دی ریدر^۸، ۲۰۱۰؛ راسپوپو، ماتسون، ابیزاید و انیسمن^۹، ۲۰۱۳). افرادی که نمره بالایی در خرده مقیاس خوردن هیجانی کسب می کنند، معمولاً در سایر خرده مقیاس های رفتار خوردن نیز نمره بالایی را گزارش می کنند. به عنوان مثال نتایج پژوهش جانسن، شاینز، بونگرز و ون دن آکر^{۱۰} (۲۰۱۶) نشان می دهد که بین خوردن هیجانی و خوردن بیرونی نیز همبستگی مثبتی

1. Fox & Power
2. Waller
3. Cooper, Wells & Todd
4. Bydlowski
5. Dolhanty & Greenberg
6. Tice, Bratslavsky, & Baumeister
7. Whiteside
8. Evers, Marijn Stok & de Ridder
9. Raspopow, Matheson, Abizaid, & Anisman
10. Jansen, Schyns, Bongers & van den Akker

11. Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich & Bryant

سپاسگزاری

در پایان لازم می‌دانیم که از تمامی دانشجویانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند، کمال تشکر را داشته باشیم.

است. به صورت کلی، جهت حفظ توده بدنی سالم، دو چیز ضرورت دارد: توانایی مقابله با استرس، که مصرف کالری را افزایش می‌دهد (دلمن^۱، ۲۰۱۰) و توانایی حفظ خودمهارگری، که برای جلوگیری از پرخوری در موقعیت‌هایی که غذای پرکالری فراوان است، مفید است (لوگل و کوهن^۲، ۲۰۱۲). سیمز^۳ و همکاران (۲۰۰۸) نیز معتقدند تنش‌های روان‌شناختی با مصرف غذای بیشتر به ویژه مصرف غذاهای حاوی مقادیر زیاد چربی رابطه دارد و تنش‌های ادراک شده بالاتر، سه برابر احتمال پیش‌بینی خوردن افراطی را افزایش می‌دهد. با توجه به این الزامات، مداخله-ای که منابع روان‌شناختی را برای بهزیستی و کنترل هیجان‌ات دربرگیرد، می‌تواند کاهش وزن را به دنبال داشته باشد.

همان‌گونه که پیشتر مطرح گردید، مطالعه حاضر یک پژوهش پیشگام در زمینه اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر در افراد دارای اضافه وزن است، با این حال، در مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه هستیم. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این پژوهش بر روی یک نمونه دانشجویی صورت گرفته است و پژوهش‌های بعدی می‌توانند در دیگر محیط‌ها انجام گیرند. این مطالعه محدود به زنان دانشجو بود، همچنین طول دوره پیگیری دو ماهه بود؛ از این رو لازم است تعمیم مطالعه به مردان و نیز استنباط از پایداری اثر درمان با احتیاط انجام گیرد.

1. Dallman
2. Logel & Cohen
3. Sims

منابع

- آقاعلی نژاد، ح.؛ قراخانلو، ر.؛ فرزاد، ب. و بیاتی، م. (۱۳۹۲). هنجارهای اندازه‌های پیکری، ترکیب بدنی و شیوع اضافه وزن و چاقی در جمعیت‌های شهری ایران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۵(۶)، ۱۸-۲۷.
- حسین خانزاده، ع.؛ همتی علمدارلو، ق.؛ آقابابایی، ح.؛ مرادی، ا. و رضایی، ص. (۱۳۹۰). پیش بینی ظرفیت خودمهارگری از طریق انواع جهت‌گیری‌های مذهبی و نقش آن در کاهش بزهکاری. *پژوهشنامه حقوقی*، ۲(۲)، ۱۹-۳۶.
- رفیعی هنر، ح. و جان بزرگی، م. (۱۳۸۹). رابطه جهت‌گیری مذهبی و خودمهارگری. *مجله روانشناسی و دین*، ۱(۴۲)، ۳۱-۳۹.
- سعیدی، ض.، بهرامی احسان، ه. و علی پور، ا. (۱۳۹۵). خودمهارگری و سلامت: نقش تعدیل کننده شفقت خود. *روانشناسی سلامت*، ۵(۱۹)، ۸۸-۱۰۲.
- صالحی فدردی، ج.؛ مداح شورچه، ر. و نعمتی، م. (۱۳۹۰). مقایسه ساختار انگیزشی و سبک‌های خوردن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی و دارای وزن طبیعی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۸۱-۱۷۰.
- علیپور، ا.؛ عبدخدایی، ا. و محمدی، ح. (۱۳۹۵). رابطه بین صبح‌خیزی، عاطفه مثبت و منفی، رفتار خوردن و خوردن شکلات در دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۲(۲)، ۱۲۱-۱۱۲.
- میرزامحمدعلائینی، ا.؛ علی پور، ا.؛ نوربالا، ا.ع. و آگاه هریس، م. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن. *روانشناسی سلامت*، ۲(۷)، ۳۱-۲۱.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C.,... Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Carr, D., Friedman, M. A. & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, 4(2), 165-177.
- Cooper, M.J., Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia
- Aspinwall, L.G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22(1), 1-32.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119-138.
- Bray, G.A. (2004). Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2583-2589.

- nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16.
- Curioni, C.C. & Lourenço, P.M. (2005). Long-term weight loss after diet and exercise: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 29(10), 1168-1174.
- Dallman, M.F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 21(3), 159-165.
- Dolhanty, J. & Greenberg, L.S. (2007). Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy*, 7(1), 97-116.
- Dolhanty, J. & Greenberg, L.S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 336-382.
- Elmquist, J.K., Coppari, R., Balthasar, N., Ichinose, M. & Lowell, B.B. (2005). Identifying hypothalamic pathways controlling food intake, body weight, and glucose homeostasis. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 63-71.
- Emmons, R.A. & McCullough, M.E. (2003). Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.
- Evers, C., Marijn Stok, F. & de Ridder, D. T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792-804.
- Fay, S. H. & Finlayson, G. (2011). Negative affect-induced food intake in non-dieting women is reward driven and associated with restrained-disinhibited eating subtype. *Appetite*, 56(3), 682-686.
- Finer, N. (2015). Medical consequences of obesity. *Medicine*, 43(2), 88-93.
- Fishbach, A. & Labroo, A.A. (2007). Be better or be merry: How mood affects self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(2), 158-173.
- Fox, J.R.E. & Power, M.J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 240-267.
- Halberstadt, J., van Strien, T., de Vet, E., Eekhout, I., Braet, C. & Seidell, J.C. (2016). The association of eating styles with weight change after an intensive combined lifestyle intervention for children and adolescents with severe obesity. *Appetite*, 99, 82-90.
- Hou, F., Xu, S., Zhao, Y., Lu, Q., Zhang, S., Zu, P.,... Tao, F. (2013). Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents. *Appetite*, 68, 63-68.
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S.W., Wilfley, D., Kraemer, H.C. & Taylor, C.B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41(9), 1939-1949.
- Jansen, A., Schyns, G., Bongers, P. & van den Akker, K. (2016). From lab to clinic: extinction of cued cravings to reduce overeating. *Physiology & Behavior*, 162, 174-180.
- Keller, C., Hartmann, C. & Siegrist, M. (2016). The association between dispositional self-control and longitudinal changes in eating behaviors, diet quality, and BMI. *Psychology & Health*, 31(11), 1311-1327.
- Kottwitz, M.U., Grebner, S., Semmer, N. K., Tschan, F. & Elfering, A. (2014). Social stress at work and change in

- women's body weight. *Industrial Health*, 52(2), 163-171.
- Kouvonen, A., Kivimaki, M., Cox, S. J., Cox, T. & Vahtera, J. (2005). Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 577-583.
- Logel, C. & Cohen, G. L. (2012). The role of the self in physical health: Testing the effect of a values-affirmation intervention on weight loss. *Psychological Science*, 23(1), 53-55.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B. & Chatman, J. (2007). Medicare search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *The American Psychologist*, 62(3), 220-233.
- Manning, S. & Batterham, R.L. (2014). The role of gut hormone peptide YY in energy and glucose homeostasis: Twelve years on. *Annual Review of Physiology*, 76(1), 585-608.
- Martins, C., Robertson, M.D. & Morgan, L.M. (2008). Effects of exercise and restrained eating behaviour on appetite control. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(1), 28-41.
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J. & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129-136.
- Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B. & Bryant, F.B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 96-109.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C.,... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945), 766-781.
- Padwal, R., Li, S.K. & Lau, D.C. (2003). Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27(12), 1437-1446.
- Picot, J., Jones, J., Colquitt, J. L., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L. & Clegg, A.J. (2009). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 13(41), 1-214.
- Rashid, T. (2008). *Positive Psychotherapy*. In S. J. Lopez (Ed.), *Positive psychology: Exploring the best in people* (Vol. 4, pp. 187-217). Westport, CT: Praeger
- Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40.
- Raspopov, K., Matheson, K., Abizaid, A. & Anisman, H. (2013). Unsupportive social interactions influence emotional eating behaviors. The role of coping styles as mediators. *Appetite*, 62, 143-149.
- Reed, M.B. & Aspinwall, L.G. (1998). Self-affirmation reduces biased processing of health-risk information. *Motivation and Emotion*, 22(2), 99-132.

- Rizzuto, D., & Fratiglioni, L. (2014). Lifestyle factors related to mortality and survival: A mini-review. *Gerontology*, 60(4), 327-335.
- Rø, Ø., Reas, D.L. & Rosenvinge, J. (2012). The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eating Behaviors*, 13(2), 158-161.
- Robertson, S. (2015). *A positive psychological approach to weight loss and maintenance in obese Australian*. Thesis submitted for PhD, faculty of health sciences, the University of Adelaide.
- 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.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M.E.P., Rashid T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Sims, R., Gordon, S., Garcia, W., Clark, E., Monye, D., Callender, C., Campbell, A. (2008). Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eating Behaviors*, 9(2), 137-142.
- Stutzer, A., & Meier, A. N. (2016) Limited Self-control, Obesity, and the Loss of Happiness. *Health Economics*, 25(11), 1409-1424.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324.
- Tice, D.M., Bratslavsky, E. & Baumeister, R.F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: if you feel bad, do it!. *Journal of personality and social psychology*, 80(1), 53-67.
- Tice, D.M., Baumeister, R.F., Shmueli, D. & Muraven, M. (2007). Restoring the self: Positive affect helps improve self-regulation following ego depletion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(3), 379-384.
- Treasure, J.L., Cardi, V. & Kan, C. (2011). Eating in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 42-49.
- Tsukayama, E., Toomey, S. L., Faith, M. S. & Duckworth, A. L. (2010). Self-control as a protective factor against overweight status in the transition from childhood to adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164, 631-635.
- van Strien, T., Donker, M.H. & Ouwens, M.A. (2016). Is desire to eat in response to positive emotions an 'obese' eating style: Is Kummerspeck for some people a misnomer? *Appetite*, 100, 225-35.
- Vannucci, A., Nelson, E.E., Bongiorno, D.M., Pine, D.S., Yanovski, J.A. & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Behavioral and neurodevelopmental precursors to binge-type eating disorders: Support for the role of negative valence systems. *Psychological Medicine*, 45(14), 2921-2936.
- Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V. & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 118-124.
- Whiteside ,U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter,D., Lo, T. & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer

strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8(2), 162-169.

World Health Organization (2016). *In*

Obesity and Overweight fact sheet. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

