

تجارب زیسته افراد چاق در پرخوری: بررسی دلایل روانشناختی پرخوری افراد چاق در اصفهان*
علیرضا بابادی^۱، محمدباقر کجباغ^۲، ابوالقاسم نوری^۳، محمدرضا عابدی^۴

Lived experiences of obese people in overeating: a study of the psychological reasons for obesity in isfahan

Alireza Babadi¹, Mohamad bagher Kajbaf², Abolghasem Nouri³, Mohamad reza Abedi⁴

چکیده

زمینه: پرخوری و چاقی می تواند علل و دلایل روانشناختی داشته باشد. اما مسئله اصلی اینست: دلایل روانشناختی پرخوری افراد چاق کدامها هستند؟ **هدف:** هدف پژوهش حاضر تجارب زیسته افراد چاق در پرخوری: بررسی دلایل روانشناختی پرخوری افراد چاق در اصفهان بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع کیفی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه افراد بزرگسال مبتلا به اضافه وزن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بودند. ۱۴ فرد بزرگسال مبتلا به اضافه وزن به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار عیارتند از: مصاحبه های عمیق نیمه ساختاریافته. داده ها، با استفاده از روش هفت مرحله ای کلایزی تحلیل شد. **یافته ها:** نتایج به دست آمده از تحقیق شامل ۱۱۵ مفهوم، ۲۵ مقوله و ۵ مضمون بود. مضمون های استخراج شده عبارت اند از: (۱) استرس (۲) بد تنظیمی هیجانی (۳) انتظارات و ارزش ها (۴) ویژگی های شخصیتی و (۵) خلق منفی. نتایج این بررسی صریحاً بیانگر نقش خلق منفی و به خصوص بد تنظیمی هیجانی در بروز پرخوری در افراد مبتلا به چاقی است. **نتیجه گیری:** عدم مهارت های لازم در مدیریت استرس، هیجانات و روابط و همراه با ویژگی های شخصیتی خاص می تواند منجر به بروز پرخوری در افراد چاق شود. **واژه کلیدیها:** تجارب زیسته، افراد چاق، پرخوری، دلایل روانشناختی

Background: Overweight and obesity can have psychological causes. but the main question is: What are the psychological causes of obesity? **Aims:** The purpose of the present study was to investigate the lived experiences of obese people in overeating: Psychological causes of obesity in Isfahan. **Method:** This was a qualitative study. The statistical population of the study consisted of all adults with weight gain in Isfahan in 2018. Fourteen overweight adults were selected through purposive sampling. Tools include: In-depth semi-structured interviews. data were analyzed using Colaizzi's seven-step method. **Results:** The results of the study consisted of 115 concepts, 25 categories and 5 themes. The themes extracted are: 1) stress 2) emotional maladjustment 3) expectations and values 4) personality traits and 5) negative mood. The results of this study clearly indicate the role of negative mood and especially emotional dysregulation in overweight in obese individuals. **Conclusions:** Lack of necessary skills in stress management, emotions and relationships with specific personality traits can lead to overweight in obese individuals. **Key Words:** Living experiences, obese, overeating, psychological reasons

Corresponding Author: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

* مقاله بر گرفته از رساله دکترا نویسنده اول می باشد.

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۱ Ph.D Student, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

^۴ استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ Professor, Department of Counseling, Isfahan University, Isfahan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۲/۲۰

دریافت: ۹۸/۱۱/۰۴

مقدمه

به امروز ادامه دارد (لطفی کنگر شاهی و همکاران، ۱۳۹۸، اسنوکز و هال، ۲۰۰۲، رنجبر نوشری و همکاران، ۱۳۹۶).

در مقابل دیدگاه سنتی بیشتر رژیم غذایی را به عنوان عامل چاقی معرفی می‌کرد، مطالعات اخیر نگاهی جدید به مشکل چاقی از دریچه فرهنگی - بیولوژیکی دارند. عوامل بیولوژیکی ممکن است تا حدودی باعث اختلاف بین نژادی یا قومی با وضعیت اقتصادی - اجتماعی در چاقی افراد باشد. به عنوان مثال، وضعیت پایین یا تبعیض زیاد نسبت به نژاد خاصی ممکن است منجر به افزایش استرس شود و از آنجا که استرس تأثیر مستقیمی بر غدد هیپوتالاموس، هیپوفیز و آدرنال دارد باعث افزایش کورتیزول پلازما شده که در چاق شدن و پرخوری افراد نقش مستقیم دارد. علاوه بر این، بیماری توسط عوامل و جنبه‌های فرهنگی حاکم بر ادراک، برچسب زدن، توضیح و ارزیابی تجربیات ناراحت کننده شکل می‌گیرد (کلیمن، ایزنبرگ و گود، ۲۰۰۶). از آنجا که تجربه بیماری بخشی جداناپذیر سیستم‌های اجتماعی برای تعریف معناداری زندگی و قوانین برای رفتار است، به شدت تحت تأثیر ارزش‌ها و انتظارات خاص فرهنگی قرار می‌گیرد. بنابراین، چاقی به عنوان یک بیماری یا معضل فردی اجتماعی در فرهنگ‌های مختلف به طور متفاوت برداشت می‌شود (مارکی، ۲۰۰۴). برای مثال، گندزاگلو (۲۰۱۵) نشان دادند از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین تمایز و درک اضافه‌وزن به عنوان یک تهدید برای سلامتی وجود دارد. علاوه بر این، انگیزه‌های افراد برای غذا خوردن، تحت تأثیر ویژگی‌های خاص جامعه و ارزش‌های و انتظارات فرهنگی قرار دارد که متغیرهایی در برمی‌گیرد که می‌توانند در مورد مشکلات بهداشت جهانی اضافه‌وزن و چاقی بینش بیشتری نشان دهند. اگرچه دستورالعمل‌هایی برای شناسایی، ارزیابی و درمان افراد چاق وجود دارد (لومنگ، اپوگلیس کابرال، بردلی و زاگرم، ۲۰۰۶) اما شواهد کافی برای توصیه به یک روش درمانی خاص مبتنی بر عوامل فرهنگی (مانند مدلی بر اساس ارزش‌های و انتظارات خاص فرهنگی) هنوز وجود ندارند (کاپریو و همکاران، ۲۰۰۸). به طور کلی، پیش‌نیاز ایجاد یک درمان روانشناختی برای افراد چاق در فرهنگ خاص با ارزش‌ها و انتظارات متفاوت، شناسایی دلایل پرخوری افراد می‌باشد (تسنگ و استرترز، ۲۰۰۱). با توجه به مطالب بیان شده هدف اصلی پژوهش پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهشی بود، دلایل روانشناختی پرخوری افراد چاق کدام‌ها هستند؟

در دنیای امروز، چاقی به عنوان یک عامل اصلی بیماری‌ها مزمن شناخته شده است که عامل بسیاری از مرگ‌ومیر زودرس در بسیاری از نقاط جهان است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰؛ به نقل از جیمز، ریگی، لیچ و فرس، ۲۰۰۴). طبق آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیش از نیمی از بزرگسالان ایرانی با معضل اضافه‌وزن یا چاقی مفرط روبرو هستند (آلون، ۲۰۱۱). متأسفانه، در میان زنان ایرانی شیوع چاقی بیشتر گزارش شده است (آیت الهی و قریشی‌زاده، ۲۰۱۰) همچنین در ایران، چاقی به عنوان عامل اصلی خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، فشارخون بالا شناخته می‌شود (استقامتی و همکاران، ۲۰۰۹، صالحی‌نیا و همکاران، ۲۰۱۸، تبریزی، صادقی بازرگانی، فرحبخش، نیک نیاز و نیک نیاز، ۲۰۱۶، نجارنصب و دشت بزرگی، ۲۰۱۹)

در سراسر جهان، تلاش‌های فراوان در زمینه کنترل شیوع چاقی در میان این افراد صورت گرفته است که بیشتر بر کنترل میزان مصرف غذاهای مختلف بوده که تنها به کاهش وزن به طور موقتی می‌انجامد. طبق گزارش وولی و گارنر (۱۹۹۴) ۹۰ تا ۹۵ درصد از رژیم‌های غذایی برای افراد چاق به شکست برخورده و وزن کم شده در اندک زمان کوتاهی دوباره بازمی‌گردد. این نتایج ضعیف منجر به این ایجاد تفکر جدید در مورد درمان‌های صرفاً غذایی شد و نتیجه آن کنار گذاشتن این روش درمانی بود. برای مثال، برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ در مورد اثرات نامطلوب این گونه درمان‌ها در اجلاس اجماع ملی مؤسسات بهداشتی هشدار داده شد، چراکه شکست در کاهش وزن به روش رژیم غذایی صرف برای بهبودی پایدار ادامه خواهد داشت و نتیجه‌ای جز اثرات منفی و گهگاه جبران‌ناپذیر نخواهد شد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲). مطالعه فرایدمن و برونل (۱۹۹۵) گویای اثرات منفی روانشناختی این گونه رژیم‌های صرفاً غذای بود. بدین منظور نسل جدیدی از تحقیقات برای حل این معضل در این زمینه به وجود آمد. در این مطالعات نشان داده شد رژیم غذایی اغلب اثرات منفی بر عملکرد روانی و اجتماعی این افراد دارد و می‌تواند منجر به اختلالات خوردن مانند بی‌میلی عصبی شود. در نهایت، درمان‌های رژیمی صرف غذایی، گران‌قیمت و ناخوشایند هستند و وقتی شکست می‌خورند، به عزت نفس افراد آسیب جدی می‌رسانند. بنابراین، نیاز به مطالعات روانشناختی در زمینه چاقی و علل پرخوری و نیز درمان‌های متفاوت روانشناختی، بیشتر و بیشتر احساس شد که تا

روش

پژوهش از نوع کیفی، پدیدارشناسی بود. پدیدارشناسی مطالعه تجارب زندگی است و محقق تجارب زندگی را از طریق مصاحبه و توصیف ارائه شده بررسی می نماید یا به عبارتی پدیدارشناسی کشف و ایجاد بینش نسبت به دنیا «آنطور که تجربه می شود» است. پدیدارشناسی، یکی از روش های تحقیق کیفی و روش سیستماتیک، تعاملی و هدفمند برای توصیف تجارب زندگی و معنی دادن به آن هاست. تحقیق کیفی برای شناسایی احساسات و عواطف بشری به کار می رود که این امر با روش های کمی مشکل است (اسمیت، فلاورز و لارکین، ۲۰۰۹). این پژوهش در نیمه اول سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه افراد بزرگسال مبتلا به اضافه وزن شهر اصفهان بودند. تعداد ۱۴ نفر به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. افراد چاق مراجعه کننده به متخصصان تغذیه در شهر اصفهان از طریق آگهی و اطلاع رسانی در مراکز مشاوره و روانشناختی (به صورت پوستر و آگهی مجازی) دعوت به مصاحبه شدند. برای جذب افراد به مشارکت در مطالعه در آگهی ها پیشنهاد درمان روانشناختی رایگان در مرکز روانشناختی آبان در اصفهان در نظر گرفته شد. در این مطالعه شاخص توده بدن بر این اساس تقسیم وزن شخص برحسب کیلوگرم بر مربع قد شخص برحسب متر می شود (مهان، اسکات - استامپ و کراوز، ۲۰۰۷). اگر شاخص توده بدن به دست آمده کمتر از ۱۸/۵ باشد شخص کم وزن است، شاخص توده بدن ۱۸/۵-۲۴/۹ نرمال، ۲۵-۲۹/۹ دچار اضافه وزن و بیش از ۳۰ دچار چاقی می باشد.

پس از انتخاب شرکت کنندگان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، داشتن دست کم ۱۸ سال، داشتن تحصیلات حداقل دبیرستان، باردار نبودن یا عدم برنامه ریزی برای بارداری، نمره نمایه توده بدنی برابر یا بالاتر از ۳۰، نداشتن اختلالات روان پزشکی و دریافت نکردن هم زمان روان درمانی یا یک برنامه دیگر کاهش وزن، توضیحات لازم به آنها داده شد و پس از اخذ رضایت آنها، زمان و مکان مصاحبه با نظر شرکت کننده تعیین شد. از آنجا که محیط منتخب برای مصاحبه باید محیطی آرام و خصوصی برای تعامل و همچنین خوشایند باشد، مکان مصاحبه یکی از اتاق های کلینیک مرکز روانشناختی آبان که مطمئن و آرام بود، در نظر گرفته شد. قبل از شروع مصاحبه، از شرکت کننده در مورد ضبط مصاحبه اجازه گرفته شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و صدای پاسخ دهندگان

به آنها اطمینان داده شد. مدت زمان هر مصاحبه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه و حداکثر ۹۰ دقیقه بود. مصاحبه ها تماماً بر روی دستگاه ضبط شدند. در مطالعات کیفی تعداد شرکت کننده به عمق اطلاعات مورد نیاز برای کسب بینش در مورد پدیده مورد مطالعه و نیز به فرصت زمانی محقق جهت جمع آوری اطلاعات و در دسترس بودن شرکت کننده ها بستگی دارد (برنز و گراو، ۲۰۰۵) برای محققان کیفی غیر معمول نیست که تعداد شرکت کننده ۱۰، ۲۰ یا ۴۰۰ نفری را گزارش کنند (پراکاپ و هستینگ تولسما، ۲۰۰۳). تعداد شرکت کننده ها زمانی کافی خواهد بود که محقق به اشباع اطلاعات برسد، بدین معنا که اطلاعات جدیدی به دست نیاید (برنز و گراو، ۲۰۰۵). نمونه گیری در این مطالعه بدون اطلاع از تعداد شرکت کننده تا زمان رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه یافت، به طوری که اشباع اطلاعات با ۱۴ مصاحبه به دست آمد. در این مطالعه به منظور جمع آوری اطلاعات از مصاحبه های عمیق به روش نیمه ساختاریافته با مطرح نمودن سؤالات پیشنهادی اوتمر و اوتمر (۲۰۰۴) استفاده شد. فرآیند هفت مرحله ای کلایزی (۱۹۷۸) مطابق ذیل می باشد: ۱) محقق به خواندن کلیه توصیف ها و داستان های شرکت کنندگان جهت هم احساس شدن با شرکت کنندگان می پردازد، ۲) محقق واژه ها و جملات مرتبط با پدیده مورد مطالعه را استخراج می کند. کلایزی این مرحله را فرآیند استخراج جملات مهم می نامد، ۳) محقق تلاش می کند که به هر کدام از جملات مهم استخراج شده مفهوم خاصی بدهد، ۴) محقق مرحله سوم را برای هر کدام از توضیحات شرکت کنندگان تکرار کرده و سپس مفاهیم فرموله شده را به درون دسته های خاص موضوعی مرتب می نماید. در این مرحله، محقق به توضیحات اصلی جهت موفق نمودن مطالب رجوع می کند و در صورت مشاهده تناقض گویی، از حذف داده ها و مطالبی که متناسب نیستند، چشم پوشی کند، ۵) در این مرحله محقق قادر به ترکیب نمودن کلیه عقاید استنتاج شده به درون یک توصیف جامع و کامل شامل همه جزئیات از پدیده تحت مطالعه است، ۶) پس توصیف جامع پدیده ها، محقق آنها را به یک توصیف صریح و دور از ابهام خلاصه می کند و نهایتاً، ۷) در مرحله پایانی، محقق به شرکت کنندگان در پژوهش به منظور تصحیح عقایدشان از یافته های پژوهش و موثق نمودن یافته ها رجوع می کند (برنز و گراو، ۲۰۰۵). تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس روش هفت مرحله ای کلایزی و با استفاده از نرم افزار NVIVO نسخه ۱۰ انجام شد.

ابزار

اتخاذ راهکارهایی برای علائم غلبه کنید یا از آن اجتناب می کنید؟
 ۱۲. این علائم چه مشکلات اجتماعی برای شما ایجاد کرده است؟
 ۱۳. این علائم چه مشکلات خانوادگی برای شما ایجاد کرده است؟
 ۱۴. این علائم چه مشکلات خلقی و روانی را برای شما ایجاد کرده است؟
 ۱۵. این علائم چه مشکلات رفتاری را برای شما ایجاد کرده است.

یافته‌ها

جهت دستیابی به اعتبار محتوایی بسته درمانی برای بزرگسالان مبتلا به چاقی، به وسیله مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته ۱۴ بزرگسال مبتلا به چاقی که شرایط حضور در مطالعه را داشتند مورد بررسی قرار گرفتند و پاسخ‌های آنها ثبت و ضبط گردید، سپس داده‌های جمع آوری شده پس از پیاده‌سازی بر روی کاغذ کدگذاری گشته و اطلاعات حاصله با روش استقرایی و در پنج مرحله کدگذاری گشتند.

مصاحبه نیمه ساختار یافته: برای جمع آوری اطلاعات پژوهش از روش مصاحبه استفاده شده است. نوع مصاحبه‌ای استفاده شده در پژوهش حاضر مصاحبه‌ای نیمه ساختار یافته بود که سؤالات آن بر اساس پیشنهاد اوتمر (۱۳۸۹) طراحی گردید و عبارت بودند از: ۱. چه علائم و نشانه‌هایی را تجربه می کنید؟ ۲. این علائم شما از کی شروع شده است و از کجا؟ ۳. قبل از این که این علائم به شما دست دهد و بعد از آن چه حالاتی را تجربه می کنید؟ ۴. تجربه شخصی و ذهنی شما از دور بودن از تلفن همراهتان چیست؟ ۵. آیا علائم و حالات شما تغییر هم کرده است؟ ۶. این علائم چقدر طول می کشند؟ ۷. در چه زمان و مکان‌هایی این علائم به شما دست می دهد؟ ۸. چه زمان‌هایی علائم شدیدتر می شوند؟ ۹. در چه زمان‌های این علائم خفیف تر است؟ ۱۰. کدام علائم رنج آورتر است؟ ۱۱. آیا تلاش کرده‌اید با

جدول ۱. نتایج تحلیل مضمون استقرایی نیاز بزرگسالان مبتلا به چاقی

واحد‌های معنایی	کدهای باز	کدهای فرعی	کدهای اصلی	تم اصلی
سر کار همش انکال هستم و استرس دارم و برای آرام شدن رو میارم به خوردن و مأموریت‌های زیاد و راه دور دارم که استرس دارم (۱۸، ۱۰، ۲، ۳، ۱۳، ۱۶، ۹) — بیشتر اوقات با مجروحین سرکار دارم (۱، ۱۳، ۱۴) — ساعت کاریم نامنظم و این ساعات خوردن غذا بهم میزنه (۱، ۱۵، ۱۴) — درآمد کم باعث استرسم میشه (۵، ۱۱، ۱۴، ۱۹) — انجام پایان‌نامه باعث میشه خونه بمونم و پرخوری کنم (۴) — وقتی به ادامه تحصیل فکر می کنم استرس می گیرم (۱۳) — دوران امتحانات پرخوری میکنم — امتحان زبانم آیلنس (۴، ۱۳، ۲۰) — دوری از خانواده بخاطر مأموریت بهم فشار میاره (۲، ۸، ۱۲) — آینده فرزندان برام خیلی مهم و بهش فک می کنم استرس می گیرم (۴) — رفتار سرد همسرم از زندگی خستم میکنه (۱) — نگرانی از اتفاقات آینده باعث رو آوردن به پر خوری میشه (۱۳) — نمی توانم جلو پرخوری استرسی را بگیرم (۲، ۳، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۵، ۱۶) — اراده ضعیف و در برابر غذا دارم و نمیتونم نخورم (۱، ۳، ۹، ۱۷) — گاهی اینقدر پرخوری می کنم که دچار تهوع میشم (۶، ۹) — دل شوره زیاد دارم و خوردن اروم میکنه — (۱۴، ۱۵، ۱۹) ترس از نتیجه تصمیم دارم — تپش قلب می گیرم (۱۳، ۷، ۱۶، ۱۹) — نمیتونم خودم را در برابر وسوسه‌های غذایی کنترل کنم (۲، ۸) — شب‌بیداری زیاد دارم و تا دیر وقت بیدار میمونم (۵، ۶، ۸، ۱۶، ۷، ۴، ۱۲، ۱۵، ۱۸) — خواب راحت نیست و مشکل دارم تو خواب و مکرر میشم (۵، ۶، ۸، ۱۶، ۴) — سردی روابط با دوستان و خانواده دارم (۱۶، ۴، ۷) — از همسر به خاطر برخی از رفتاراش دوری می کنم (۷، ۸، ۱۱، ۱۳) — من را با زنان دیگر مقایسه می کند (۷، ۱۳) — منم اتفاقات را از من مخفی می کند (۷، ۱۱) — گاهی به خاشتر هیچ تویخ می شوم (۹، ۱۱، ۱۵) — با همسرم لجبازی می کنم (۸، ۱۳، ۱۶، ۱۷) — در مواجهه با همسر احساس ناامنی می کنم (۱۳، ۹) — توسط همسرم مسخره میشم و تحقیریم می کند (۹، ۱۱، ۱۵، ۱۸، ۱۹) — دوران بد کودکی داشتم برای همین احساس ناامنی می کنم (۱۱) — اقرار از من توقع بی جا دارند و احساس می کنم ازم سو استفاده می کنند (۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۲۰) — انتقاد خانواده در مورد رفتارم منو مضطرب می کنه (۷، ۸، ۱۹).	استرس شغلی استرس تحصیلی استرس‌های خانواده عدم کنترل رفتار اضطراب اختلال خواب تعارض با همسر تعارض با والدین	استرس	بسترسازهای استرس - اضطراب	بسترسازهای شناختی رفتاری

واحد‌های معنایی	کدهای باز	کدهای فرعی	کدهای اصلی	تم اصلی
همیشه عصبانیت رو کنمان می‌کنم اما رو می‌آورم به پر خوری--غر می‌زنم و می‌خورم (۱۶، ۲، ۱۱، ۱۵)--- نمیتونم زبانم را کنترل کنم و پرخاشگری کلامی دارم (۴، ۵، ۱۶)--- چندین بار با پزشک تغذیه‌ام درگیر شدم (۲، ۱۱، ۱۵)---مدام خودخوری دارم (۴، ۵، ۱۶، ۲، ۱۱، ۱۵)---عواطفم را کمتر ابراز می‌کنم (۱۰)--- خواسته و نیازها را سرکوب می‌کنم (۱۴)--- برای خواسته‌های کوچکم رودربایستی دارم و خود خوری می‌کنم (۱۵)---همیشه بصورت مخفیانه گریه می‌کنم (۱۰)---همیشه مادرم ناراحتم میکنه (۱۱، ۱۷)--- احساسات نسبت به زندگی و دیگران کنمان می‌کنم (۱۱، ۱۲)---عذاب وجدان دارم بخاطر پر خوری---خود سرزنشگری دارم و خودم رو مقصر میدانم (۱۷، ۱۹).	خشم و پرخاش عدم ابراز عواطف و احساسات	خشم	زمینه سازی های هیجانی - خلقی	بسترسازهای عاطفی - هیجانی

واحد‌های معنایی	کدهای باز	کدهای فرعی	کدهای اصلی	تم اصلی
همیشه وقتی میگم رژیم دارم یا نمی‌خوام، اطرفیانم ناراحت میشن (۱، ۶، ۱۱، ۱۴، ۱۵)--- اغلب اصرار میکنن تا با همدیگر غذا بخوریم (۱، ۶، ۱۱)---من نتوانستم انتظارات والدین رو برآورده کنم (۱، ۱۴، ۱۵)---حی اصرار به خوردن میکنن، بدون اینکه میل زیاد داشته باشم باهاشون مجبورم همراهی کنم (۱، ۶، ۱۱)---حرف مردم درباره ظاهرم واقعاً ناراحت کننده است--وقتی دانشگاه قبول شدم، رژیم سخت گرفتم اما بعد از دانشگاه دوباره رژیم رو ترک کردم (۱۵، ۱۷، ۳)---وقتی می‌خواستم از ازدواج کنم همیشه رژیم داشتم اما بعد ازدواج رهاش کردم (۱۵)---که دوروبرم دوستانم یا غریبه باشه، خوردنم رو کنترل می‌کنم (۶)--- عادت به خوردن شیرینیجات، هله هوله، نون با برنج، فست فودها دارم--- ریزه خوری زیاد و مداوم دارم (۴، ۶، ۱۲)--- شب‌ها پر خوری می‌کنم (۴، ۲، ۶)--- فعالیت ندارم (۱۷، ۳)---ما عادت داریم به پر خوری کردن و تند غذا خوردن---صبحانه نخورم (۶، ۱۲)--- عادت کردم به تبلی و دیر خوابیدن (۴، ۶)---تنهایی و بی حوصلگی باعث پر خوریم می‌شود. (۴، ۶، ۱۲، ۱۵، ۱۷).	انتظارات همسر و خانواده انتظارات والدین انتظارات اجتماعی عادت غذایی نامناسب سبک زندگی نامناسب	فرهنگ	زمینه سازهای خانوادگی - اجتماعی	بسترسازهای فرهنگی

واحد‌های معنایی	کدهای باز	کدهای فرعی	کدهای اصلی	تم اصلی
حساسیت بیش از حد به مسائل دارم کنم (۲، ۳، ۱۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۹)--- به نحو احسن باید وظایفم رو انجام بدم (۲۰، ۱۸، ۱۴) نتیجه محور هستم اگر نتیجه نگیریم رها می‌کنم کارم رو (۱۶، ۱۵، ۱۳، ۱۰، ۱۷، ۱۸)--- بیش از حد برای شروع هر کاری فکر می‌کنم (۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶)---همیشه ترس از شکست دارم (۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۳، ۷، ۴، ۲)..... چاقی بودن خودم را نمی‌پذیرم (۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۳)---از مسائل کناره گیری می‌کنم تا بهشون بپردازم (۱، ۳، ۹، ۱۷)--- در تمامی مسائل باید منظم و دقیق باشم--- همیشه درگیر محاسبه کالری غذای مصرفی هستم--- اهمیت بالای برای چیدمان زندگی قائلم (۱۶، ۴، ۷)--- زود ناامید میشم برای همین رژیمم رو بعد از مدت کوتاه رها می‌کنم (۵، ۶، ۸، ۱۶، ۴)--- در تصمیم گیری ضعیفم (۷، ۱۳)--- پشتکار لازم رو برای هیچ کاری ندارم (۴)--- فاصله دور با دوستان دارم و حامی خاصی ندارم (۵، ۸، ۱۶، ۴، ۷، ۱۲، ۱۵، ۱۸)--- برای فعالیت ورزشی دوستی ندارم (۱۱)--- رابطه کلامی و فیزیکی با دوستان ندارم (۱۸)--- ارتباط کلامی صمیمی با والدینم ندارم (۷، ۱۱)--- ارتباط کلامی صمیمی با اعضای خانواده ندارم (۱۵)--- ارتباط کلامی صمیمی با همسر ندارم (۱۴، ۱۵، ۱۹)--- همیشه حساس تنهایی می‌کنم (۱۶، ۴، ۷).	عدم جراتمندی وسواس تکانش گری اختلال ارتباطی	ویژگی‌های شخصیتی	زمینه سازهای شناختی و رفتاری	بسترهای شناختی رفتاری

واحد‌های معنایی	کدهای باز	کدهای فرعی	کدهای اصلی	تم اصلی
دائماً احساس ناکامی و شکست می‌کنم (۴، ۵، ۱۶، ۲، ۱۱، ۱۵)---احساس غمگینی همیشه همراه من است (۱۰)---عذاب وجدان از خوردن همیشه اذیتم میکند (۱۵)---از زندگی خسته شدم (۵)---احساس گناه می‌کنم (۱۷، ۱)---احساس تنهایی می‌کنم (۷)---گرایش به خودکشی دارم (۱۷)---عیب‌گیری از خود می‌کنم، مخصوصاً بعد از پرخوری (۱۱، ۶، ۱۲)---مداوم فحش و ناسزا به خودم میدم (۳، ۱۸)---از خود و شرایط زندگی راضی نیستم (۲، ۱۳)---به وضع ظاهری به خاطر چاقی نمی‌رسم (۷)---نا توانی و بی‌عرضگی در حفاظت از خود و خانواده دارم (۱۱، ۶، ۱۲)---نمی‌توانم وزنم را کم کنم (۱۱، ۱۲)---سکوت در برابر بی‌عدالتی اذیتم میکند---نا توانی در حل مسئله دارم (۱۰، ۲۰)---حسرت و مقایسه دیگران با خود خیلی ناراحت کننده است---(۴، ۵، ۱۶، ۲، ۱۱، ۱۰، ۱۵) در زندگی هدفی ندارم (۱۳)---روی زندگی کنترل ندارم (۱۱)---بی‌انگیزگی هستم (۱۴)---اراده ضعیفی دارم (۱۰)---ناامیدی باعث پر خوریم میشه (۶).	افسردگی	عزت‌نفس پایین	اعتماد به نفس پایین	معنا در زندگی
		خلق منفی	سازهای	زمینه
			عاطفی -	بسترهای
			هیجانی	عاطفی هیجانی

پس از کدگذاری و تحلیل موضوعی (مضمون) مصاحبه‌ها، برای اطمینان از نتایج جمع آوری شده نسبت روایی محتوایی محاسبه و برآورد گردید که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است. نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که در نگاه اولیه و قبل از اینکه تطابق درمان مبتنی بر تجارب زیسته ویژه بزرگسالان مبتلا به چاقی را مد نظر قرار دهیم، به ترتیب تمرکز درمانی لازم است بر موارد زیر متمرکز شود. بسترسازهای فکری و شناختی، بسترسازهای عاطفی و هیجانی، بسترسازهای رفتاری، بسترسازهای خانوادگی، بسترسازهای اجتماعی.

۱. آیا بسته تدوین شده بر اساس تجربه زیسته افراد چاق دارای اعتبار تخصصی و فنی (مبتنی بر نظر متخصصان) است؟ ۲. آیا بسته بسته بسته تدوین شده بر اساس تجربه زیسته افراد چاق دارای اعتبار اجرایی است؟ در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مطالعه پایلوت ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در هر سه متغیر شاخص توده بدنی، دور کمر و دور باسن گروه آزمایش (درمان تدوین شده) تغییراتی را نشان می‌دهد. برای تعیین تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در مطالعه پایلوت آزمون t گروه‌های همبسته انجام گرفت که نتایج آن را در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

۱. آیا بسته تدوین شده بر اساس تجربه زیسته افراد چاق دارای اعتبار تخصصی و فنی (مبتنی بر نظر متخصصان) است؟ ۲. آیا بسته بسته بسته تدوین شده بر اساس تجربه زیسته افراد چاق دارای اعتبار اجرایی است؟ در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مطالعه پایلوت ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در هر سه متغیر شاخص توده بدنی، دور کمر و دور باسن گروه آزمایش (درمان تدوین شده) تغییراتی را نشان می‌دهد. برای تعیین تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در مطالعه پایلوت آزمون t گروه‌های همبسته انجام گرفت که نتایج آن را در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

۱. آیا بسته تدوین شده بر اساس تجربه زیسته افراد چاق دارای اعتبار تخصصی و فنی (مبتنی بر نظر متخصصان) است؟ ۲. آیا بسته بسته بسته تدوین شده بر اساس تجربه زیسته افراد چاق دارای اعتبار اجرایی است؟ در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مطالعه پایلوت ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در هر سه متغیر شاخص توده بدنی، دور کمر و دور باسن گروه آزمایش (درمان تدوین شده) تغییراتی را نشان می‌دهد. برای تعیین تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در مطالعه پایلوت آزمون t گروه‌های همبسته انجام گرفت که نتایج آن را در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. میانگین رتبه پنج مقوله اصلی برحسب واحد‌های معنایی، کدهای باز و مقولات فرعی

ردیف	رتبه در واحد‌های معنایی	رتبه در مقولات فرعی	رتبه در مقولات اصلی	مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه
۱	۱	۱	۱	۳	۱
۲	۷	۳	۵/۵	۱۵/۵	۱۷/۵
۳	۴	۵	۵/۵	۱۴/۵	۸۳/۴
۴	۵/۲	۲	۵/۵	۱۰	۳۳/۳
۵	۵/۲	۵	۵/۵	۱۳	۳۳/۴

جدول ۳. تعداد جلسات آموزشی اختصاص یافته به هر یک از پنج حوزه مسائل بزرگسالان مبتلا به چاقی

ردیف	حوزه‌های درمانی مورد نیاز بزرگسالان مبتلا به چاقی	درصد اختصاص یافته به درمان	تعداد جلسات اختصاص یافته به درمان	زمان اختصاص یافته به درمان (دقیقه)
۱	بسترسازهای فکری شناختی	۴۰	۴	۲۴۰
۲	بسترسازهای عاطفی هیجانی	۲۰	۱	۶۰
۳	بسترسازهای رفتاری	۲۰	۱	۶۰
۴	بسترسازهای خانوادگی	۱۰	۱	۶۰
۵	بسترسازهای اجتماعی	۱۰	۱	۶۰
۶	مجموع	۱۰۰	۸	۴۸۰ دقیقه معادل ۸ ساعت

جدول ۴. ماتریس جلسات اختصاص یافته به درمان مبتنی بر تجارب روانشناختی افراد مبتلا به چاقی											
جلسات درمان	محور موضوعی درمان	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱	بسترسازهای فکری شناختی	۱									
۲	بسترسازهای فکری شناختی		۲								
۳	بسترسازهای فکری شناختی			۳							
۴	بسترسازهای فکری شناختی				۴						
۵	بسترسازهای رفتاری					۵					
۶	بسترسازهای خانوادگی						۶				
۷	بسترسازهای خانوادگی							۷			
۸	بسترسازهای اجتماعی								۸		

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون				
متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	M	SD	M	SD
شاخص توده بدنی	۳۴/۳۶	۰/۵۹	۳۱/۸۸	۰/۵۰
اندازه دور کمر	۱۰۶/۵۰	۷/۳۳	۹۸/۴۰	۵/۷۴
اندازه دور باسن	۱۲۰/۶۰	۸/۵۰	۱۱۴	۶/۵۰
خودکارآمدی وزن	۳۹	۱۳/۴۹	۵۰/۳۰	۷/۳۸
بهزیستی ذهنی	۱۳۰/۶۰	۱۰/۱۶	۱۳۷/۳۰	۶/۴۴
عزت نفس	۱۰/۲۶	۴/۳۵	۳۰/۹۰	۵/۷۸
عادات غذایی	۲۱/۲۰	۲/۷۱	۲۵/۰۱	۳/۱۱

جدول ۶. نتایج آزمون t گروه‌های همبسته متغیرهای پژوهش در مطالعه پایلوت					
متغیر	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار تفاوت	خطای میانگین تفاوت	مقدار t	معناداری
شاخص توده بدنی	-۲/۴۴	-۰/۹۰	۰/۲۷	-۱۱/۰۹	۰/۰۰۱
اندازه دور کمر	-۸/۱۰	-۱/۵۹	۲/۴۸	-۳/۲۵	۰/۰۰۳
اندازه دور باسن	-۶/۵۰	-۲	۲/۸۶	-۲/۷۳	۰/۰۳
خودکارآمدی وزن	۱۱/۳۰	-۶/۱۱	۴/۱۱	۲/۷۵	۰/۰۱
بهزیستی ذهنی	۶/۷۰	-۳/۷۲	۳/۲۱	۲/۰۸	۰/۰۴
عزت نفس	۲۰/۶۴	۱/۴۳	۱/۹۳	۱۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
عادات غذایی	۳/۸۰	۰/۴۰	۱/۲۰	۳/۴۴	۰/۰۰۱

میانگین‌های ارائه شده در جدول ۱، این درمان به صورت معناداری موجب کاهش سایز دور کمر در پس آزمون نسبت به پیش آزمون به مقدار ۸/۱۰ نمره شده است. ۳. در متغیر دور باسن، دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه درمان مبتنی بر تجارب روانشناختی افراد چاق با یکدیگر دارای تفاوت معناداری هستند ($p < ۰/۰۵$). مطابق با میانگین‌های ارائه شده در جدول ۱، این درمان به صورت معناداری موجب کاهش سایز دور باسن در پس آزمون نسبت به پیش آزمون به مقدار ۶/۵۰ نمره شده است. ۴. در متغیر خودکارآمدی وزن، دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه درمان مبتنی بر

چنانکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود: ۱. در متغیر شاخص توده بدنی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، گروه درمان مبتنی بر تجارب روانشناختی افراد چاق با یکدیگر دارای تفاوت معناداری دارند ($p < ۰/۰۰۱$). مطابق با میانگین‌های ارائه شده در جدول ۱، درمان مبتنی بر تجارب روانشناختی افراد چاق به صورت معناداری موجب کاهش وزن در پس آزمون نسبت به پیش آزمون به مقدار ۲/۴۴ نمره شده است. ۲. در متغیر دور کمر، دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه درمان مبتنی بر تجارب روانشناختی افراد چاق با یکدیگر دارای تفاوت معناداری هستند ($p < ۰/۰۰۵$). مطابق با

استرس به گونه باعث از بین بردن مهارکننده‌های شناختی فرد بر میزان خوردن می‌شود. در ضمن، خوردن بیشتر به عنوان مکانیسمی برای رهای از استرس در این افراد به کار می‌رود. بر اساس مطالعه کلمن و همکاران (۲۰۰۶)، افزایش استرس تأثیر مستقیم بر غدد هیپوتالاموس، هیپوفیز و آدرنال داشته که باعث افزایش کورتیزول پلازما شده که در چاق شدن و پرخوری افراد چاق نقش مستقیم دارد. با توجه به نقش بیولوژیک استرس، می‌توان از پرخوری استرسی را به عنوان عامل جهان‌شمول نام برد (چوپرا، گالریب و دارتون - هیل، ۲۰۰۲). مضمون دوم: بد تنظیمی هیجانی، در میان افراد اظهار به پرخوری عاطفی مکرراً ابراز شد. مشکل افراد چاق بیشتر در بازداری شخصی در ابراز و بیان احساسات به طور مستقیم بود. برای مثال، مکانیسم فروکش کردن عصبانیت در اکثر افراد رو آوردن به پرخوری بود. این نوع عدم مهارت در کنترل هیجانات به خصوص خشم یکی از عوامل اصلی بروز پرخوری شناخته شد. مطابق با نظر کوتینن و همکاران (۲۰۰۹) ناتوانی در مهار هیجانات و عواطف روزمره رابطه مستقیمی با پرخوری دارد. بر اساس مدل تنظیم هیجانی، خوردن عاطفی به دلیل وجود احساسات منفی ایجاد نمی‌شود، بلکه به دلیل عدم وجود راهکارهای تطبیقی برای مدیریت حالات عاطفی منفی است (ویزر و تلچ، ۱۹۹۹). در نتیجه، افرادی که فاقد مهارت‌های سازگاری هستند، برای کاهش اثرات منفی، به خوردن غذا متوسل می‌شوند (بوتل، برادن، ناتز - پک، اندرسون و ری، ۲۰۱۸). مضمون سوم: انتظارات و ارزش‌ها، مجموع انتظارات، سبک زندگی و نوع غذاهای پرچرب در این مطالعه با مضمون فرهنگ مشخص شد. این مضمون صریحاً نقش فرهنگ خانواده و جامعه را در ایجاد پرخوری نشان می‌دهد. در تبیین این مضمون می‌توان گفت، روند رو به افزایش چاقی و اضافه‌وزن در جهان حاکی از عدم به‌کارگیری صحیح مداخله‌های سبک زندگی به منظور پیشگیری از این مشکل است (پریک و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، کاهش وزن با برنامه‌های غذایی بدون افزایش فعالیت بدنی، همراه با فراگیری دانش و مهارت‌های لازم جهت اصلاح و بهبود سبک زندگی همراه با افزایش مهارت‌های فردی امری غیرقابل تصور است (کلاهدوزان، ۲۰۰۸) علاوه بر این، با توجه به فرهنگ ایرانیان، فرهنگی جمع‌گرا با ارزش آبرودار (لنگ و کوهن، ۲۰۱۱)، عدم تناسب شکل بدن با اضافه‌وزن می‌تواند سرزنش‌های اجتماعی را به همراه داشته باشد. بنابراین، همان‌طور که در مصاحبه‌ها دیده شد، این نوع سرزنش اجتماعی از طرف اطرافیان

تجارب روانشناختی افراد چاق با یکدیگر دارای تفاوت معناداری هستند ($p < 0/05$). مطابق با میانگین‌های ارائه شده در جدول ۱، این درمان به صورت معناداری موجب افزایش کارآمدی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به مقدار ۱۱/۳۰ نمره شده است. ۵. در متغیر بهزیستی ذهنی، دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه درمان مبتنی بر تجارب روانشناختی افراد چاق با یکدیگر دارای تفاوت معناداری هستند ($p < 0/05$). مطابق با میانگین‌های ارائه شده در جدول ۱، این درمان به صورت معناداری موجب افزایش بهزیستی ذهنی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به مقدار ۶/۷۰ نمره شده است. ۶. در متغیر عزت نفس، دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه درمان مبتنی بر تجارب روانشناختی افراد چاق با یکدیگر دارای تفاوت معناداری هستند ($p < 0/0001$). مطابق با میانگین‌های ارائه شده در جدول ۱، این درمان به صورت معناداری موجب افزایش عزت نفس در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به مقدار ۲۰/۶۴ نمره شده است. ۷. در متغیر عادت غذایی، دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه درمان مبتنی بر تجارب روانشناختی افراد چاق با یکدیگر دارای تفاوت معناداری هستند ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تجارب زیسته افراد چاق در پرخوری: بررسی دلایل روانشناختی پرخوری افراد چاق در اصفهان بود. با توجه به نقش انتظارات و ارزش‌های فرهنگی افراد در شکل‌گیری معضل چاقی در جامعه، این پژوهش به هدف بررسی عوامل روانشناختی پرخوری در افراد چاق در ایران انجام شد. در ابتدا از نتایج به‌دست‌آمده می‌توان این‌گونه برداشت کرد که در ارزش‌های فرهنگ ایرانیان، چاقی به عنوان یک معضل جدی در ادراک افراد چاق محسوب می‌شود، زیرا که این افراد به شدت از چاقی خود ناراحت بودند و انگیزه‌های اصلی خود را برای لاغر شدن سلامت جسمانی و زیبایی ظاهر بیان می‌کردند. بنابراین، به نظر می‌رسد افراد چاق تصویر مطلوبی از ظاهر خود ندارند و این موضوع می‌تواند سرآغاز مشکلات متعدد روانشناختی در این افراد باشد (هیل و ویلیامز، ۱۹۹۸). یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های گندازاگلو (۲۰۱۵)، کاپریو و همکاران (۲۰۰۸) و (تسنگ و استرترز، ۲۰۰۱) همسو بود. مضمون اول: استرس، در میان افراد شرکت‌کننده، از استرس‌آورهای متنوع از قبیل شغل، تحصیل، خانواده و زندگی به عنوان یکی از عوامل روانشناختی اصلی در پرخوری بیان شد. این

(هارتر و ویتسل، ۲۰۰۳). بسیاری از مطالعات بالینی آشکار ساخته‌اند که زمینه افسردگی افراد چاق یا دچار اضافه‌وزن نسبت به همسالان عادی خود بیشتر است (لوپینو و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، نتایج برخی مطالعات انجام‌شده حاکی از ارتباط بین چاقی و سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی نظیر بهزیستی ذهنی ضعیف، استرس، اضطراب و کیفیت زندگی پایین می‌باشد (الگل و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به نتایج این تحقیق می‌توان بیان نمود در میان ایرانیان، عدم مهارت‌های لازم در کنترل استرسورها، مدیریت هیجانات، مدیریت زندگی و روابط و خلق منفی همراه با ویژگی‌های شخصیتی خاص می‌تواند منجر به بروز پرخوری در افراد چاق و عدم کنترل خوردن در آنها شود. لذا، کاهش وزن با برنامه‌های غذایی بدون افزایش فعالیت بدنی، همراه با فراگیری دانش و مهارت‌های لازم جهت اصلاح و بهبود سبک زندگی، بهترین درمان پیشنهادی اضافه‌وزن و چاقی است. علاوه بر این، با توجه به وجود محدودیت‌هایی همچون انتخاب آزمودنی‌ها از جامعه پژوهشی بزرگسالان در شهر اصفهان در تعمیم یافته‌های پژوهش در شهرها با فرهنگ مختلف باید جوانب احتیاط رعایت گردد. با این وجود پیشنهاد می‌گردد در علل پرخوری به دست آمده از پژوهش حاضر بر جوامع دیگر با ویژگی‌های جنسی، سنی و فرهنگی متفاوت اجرا و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد.

تضاد منافع: نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

منابع

رنجبر نوشری، فرزانه؛ بشرپور، سجاد؛ حاجلو، نادر و و نریمانی، محمد (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودمهارگری، سبک‌های خوردن و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه‌وزن. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۲۴(۶)، ۸۷-۱۰۵.

لطفی کنگرشاهی، آرش؛ دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا؛ اشرف تالش، سیده هاله و ابوالحسنی، مریم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش فعالیت و کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳۱(۸)، ۵۳-۷۸.

نجانرنب، سمیه و دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۸). تأثیر مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و فشارخون زنان مبتلا به اختلال

و مردم می‌تواند از یک طرف منجر به نگاه اجتماعی متفاوت و طبعاً رفتار متفاوت گردد و از طرف دیگر به خود سرزنشگری بیشتر در افراد چاق که منجر به بروز پایین آمدن اعتمادبه‌نفس و حتی سرمایه‌های روانشناختی فرد شود (ایزمن و کوهن، ۲۰۱۱). مضمون چهارم: ویژگی‌های شخصیتی، بر اساس مطالعه گرلچ، هرپتز و لوپر (۲۰۱۵)، ویژگی‌های شخصیتی نه تنها به‌عنوان خطر، بلکه به‌عنوان عوامل پیش‌گیرنده در ایجاد اضافه‌وزن و چاقی نقش مهمی دارند. درحالی‌که به‌طور خاص «عصبی بودن»، «تحریک‌پذیری» و «حساسیت به پاداش» به‌عنوان عوامل خطر به نظر می‌رسند، «وجدان گرایی» و «خودکنترلی» به‌عنوان عوامل محافظتی در رابطه با افزایش وزن دارند. وجدان گرایی، به‌عنوان تنظیم خواسته‌های درونی و نظم و انضباط درونی است، بنابراین ممکن است منبع کنترل بالقوه‌ای بر رفتار مبتنی بر پاداش تکانشی باشد. علاوه بر این، افراد با شخصیت کمال‌گرا و خودرهبری پایین می‌توانند منجر به مشکلات بیشتر در تمایز گرسنگی و سیری شوند.

طبق مطالعه گرلچ و همکاران (۲۰۱۵) «خوردن وقتی که از نظر جسمی گرسنه نباشید»، ارتباط معنی‌داری با «تکانشگری» و «خوردن به دلیل عوامل محرک خارجی» با «انگیزه شناختی - تکانشی» به‌طور معنی‌داری دارد. از آنجایی که شخصیت تکانشی رابطه مستقیمی با تصمیمات عجولانه گرفتن (ناتوانی در ممانعت از واکنش غالب یا خودکار است، مخصوصاً در موقعیت‌های هیجانی مثبت یا منفی، هرچند ممکن است فرد، بعداً، پشیمان شود)، عدم دوراندیشی (ناتوانی در پیش‌بینی پیامدهای مثبت یا منفی یک عمل)، عدم پشتکار (دشواری در تمرکز حواس روی تکالیف، و ناراحت شدن یا پرت شدن دائمی حواس، به علت افکار یا خاطرات مزاحم و ناخواسته) و جستجوی دائمی و غیرارادی احساسات مختلف جدید یا هیجان‌انگیز، این افراد با اختلال مهارت‌های ارتباطی نیز مواجه هستند (هیز و همکاران، ۲۰۱۸).

مضمون پنجم: خلق منفی، نهایتاً، افکار و باورهای منفی درباره خود یکی دیگر از عوامل مهم در پرخوری افراد چاق شناخته شد (چوآ، تویز و هیل، ۲۰۰۴). در این راستا، ارتباط بین عزت‌نفس پایین و اضافه‌وزن مورد توجه زیاد قرار گرفته است. عزت‌نفس پایین یک پیچیدگی قابل ملاحظه در اضافه‌وزن است زیرا تحقیقات، عزت‌نفس پایین را با پیامدهای منفی نظیر اختلالات رفتاری، روحیه منفی عدم اعتمادبه‌نفس یا افسرده و سایر مشکلات عاطفی مرتبط می‌سازند

- Gerlach, Gabriele, Herpertz, Stephan, & Loeber, Sabine. (2015). Personality traits and obesity: a systematic review. *Obesity reviews*, 16(1), 32-63.
- Harter, Susan, & Whitesell, Nancy R. (2003). Beyond the debate: Why some adolescents report stable self-worth over time and situation, whereas others report changes in self-worth. *Journal of personality*, 71(6), 1027-1058.
- Hayes, Jacqueline F, Fitzsimmons-Craft, Ellen E, Karam, Anna M, Jakubiak, Jessica, Brown, Mackenzie L, & Wilfley, Denise E. (2018). Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Youth with Overweight and Obesity: Implications for Treatment. *Current obesity reports*, 7(3), 235-246.
- Health, National Institutes of. (1992). Methods for voluntary weight loss and control. *National Institutes of Health Technology conference statement*. Bethesda, Maryland: National Library of Medicine, Office of Medical Applications of Research.
- Hill, AJ, & Williams, Joanne. (1998). Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity*, 22(6), 578.
- Ijzerman, Hans, & Cohen, Dov. (2011). Grounding cultural syndromes: Body comportment and values in honor and dignity cultures. *European Journal of Social Psychology*, 41(4), 456-467.
- James, Philip T, Rigby, Neville, Leach, Rachel, & Force, International Obesity Task. (2004). The obesity epidemic, metabolic syndrome and future prevention strategies. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 11(1), 3-8.
- Kleinman, Arthur, Eisenberg, Leon, & Good, Byron. (2006). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus*, 88(1), 251-149.
- Konttinen, Hanna, Haukkala, Ari, Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa, Silventoinen, Karri, & Jousilahti, Pekka. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 53(1), 131-134.
- Koolahdozan, M. (2008). *Treatment of Obesity and Nutrition Related Diseases with Improved Lifestyle (Third Edition)*. Isfahan:: Isfahan University of Medical Sciences [in Persian].
- Leung, Angela K-Y, & Cohen, Dov. (2011). Within-and between-culture variation: individual differences and the cultural logics of honor, face, and dignity cultures. *Journal of personality and social psychology*, 100(3), 507.
- Lumeng, Julie C, Appugliese, Danielle, Cabral, Howard J, Bradley, Robert H, & Zuckerman, Barry. (2006). Neighborhood safety and overweight status in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(1), 25-31.
- Luppino, Floriana S, de Wit, Leonore M, Bouvy, Paul F, Stijnen, Theo, Cuijpers, Pim, Penninx, Brenda WJH, & Zitman, Frans G. (2010). Overweight, خوردن. نشریه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۳(۳۱)، ۱۱۸-۱۰۳.
- Algul, Ayhan, Ates, M Alpay, Semiz, Umit Basar, Basoglu, Cengiz, Ebrinc, Servet, Gecici, Omer, Cetin, Mesut. (2009). Evaluation of general psychopathology, subjective sleep quality, and health-related quality of life in patients with obesity. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(3), 297-312.
- Alwan, Ala. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*: World Health Organization.
- Ayatollahi, S. M. T., & Ghoshizadeh, Z. (2010). Prevalence of obesity and overweight among adults in Iran. *Obesity Reviews*, 11(5), 335-337. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00725.x
- Boutelle, Kerri N, Braden, Abby, Knatz-Peck, Stephanie, Anderson, Leslie K, & Rhee, Kyung E. (2018). An open trial targeting emotional eating among adolescents with overweight or obesity. *Eating disorders*, 26(1), 79-91.
- Brockopp, Dorothy Young, & Hastings-Tolsma, Marie T. (2003). *Fundamentals of nursing research*: Jones & Bartlett Learning.
- Burns, Nancy, & Grove, Susan K. (2005). *Study guide for the practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*: Saunders.
- Caprio, Sonia, Daniels, Stephen R, Drewnowski, Adam, Kaufman, Francine R, Palinkas, Lawrence A, Rosenbloom, Arlan L., Kirkman, M. Sue. (2008). Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: implications for prevention and treatment. *Obesity*, 16(12), 2566-2577.
- Chopra, Mickey, Galbraith, Sarah, & Darnton-Hill, Ian. (2002). A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of the world Health Organization*, 80, 952-958.
- Chua, John L, Touyz, Stephen, & Hill, AJ. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *International Journal of Obesity*, 28(4), 606.
- Colaizzi, Paul F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it.
- E., Oksel, Gündüzoğlu, NÇ., & S., Topçu. (2015). The Perception of Obese Persons: Cross Cultural Considerations. *Holistic Nursing Practice*, 29(4), 225-231.
- Esteghamati, Alireza, Meysamie, Alipasha, Khalilzadeh, Omid, Rashidi, Armin, Haghazali, Mehrdad, Asgari, Fereshteh,... Abbasi, Mehrshad. (2009). Third national Surveillance of Risk Factors of Non-Communicable Diseases (SuRFNCD-2007) in Iran: methods and results on prevalence of diabetes, hypertension, obesity, central obesity, and dyslipidemia. *BMC public health*, 9(1), 167.
- Friedman, Michael A, & Brownell, Kelly D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological bulletin*, 117(1), 3.

- obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Mahan, L Kathleen, Escott-Stump, Sylvia, & Krause, Marie V. (2007). *Krause's food & nutrition therapy*: Elsevier Saunders.
- Markey, Charlotte N. (2004). Culture and the development of eating disorders: A tripartite model. *Eating disorders*, 12(2), 139-156.
- Organization, World Health. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*: World Health Organization.
- Othmer, E, & Othmer, SC. (2004). The clinical interview using DSM-IV-TR, volume 1: Fundamentals. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(12), 824-825.
- Parikh, Nisha I, Pencina, Michael J, Wang, Thomas J, Lanier, Katherine J, Fox, Caroline S, D'Agostino, Ralph B, & Vasan, Ramachandran S. (2007). Increasing trends in incidence of overweight and obesity over 5 decades. *The American journal of medicine*, 120(3), 242-250. e242.
- Salehinia, Farahnaz, Abdi, Hengameh, Hadaegh, Farzad, Serahati, Sara, Valizadeh, Majid, Azizi, Fereidoun, & Hosseinpanah, Farhad. (2018). Abdominal obesity phenotypes and incident diabetes over 12 years of follow-up: The Tehran Lipid and glucose study. *Diabetes research and clinical practice*, 144, 17-24.
- Smith, Jonathan A, Flowers, Paul, & Larkin, Michael. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*: Sage.
- Snooks, Margaret K, & Hall, Sharon, K. (2002). Relationship of body size, body image, and self-esteem in African American, European American, and Mexican American middle-class women. *Health Care for Women International*, 23(5), 460-466.
- Tabrizi, Jafar Sadegh, Sadeghi-Bazargani, Homayoun, Farahbakhsh, Mostafa, Nikniaz, Leila, & Nikniaz, Zeinab. (2016). Prevalence and associated factors of prehypertension and hypertension in Iranian Population: The Lifestyle Promotion Project (LPP). *PloS one*, 11(10), e0165264.
- Tseng, W.-S., & Streltzer, J. (2001). *Culture and psychotherapy: A guide to clinical practice*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wiser, Susan, & Telch, Christy F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of clinical psychology*, 55(6), 755-768.
- Wooley, C S, & Garner, D M. (1994). Controversies in Management: Dietary treatments for obesity are ineffective. *BMJ*, 309(6955), 655-656. doi: 10.1136/bmj.309.6955.655.