شاخص توده بدنی: مقایسه تنظیم هیجان و رفتار خوردن

مهستی شهسواری*[1]، علی فتحی آشتیانی[2]، کاظم رسول زاده طباطبائی[3]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

یافته / دوره هجدهم / شماره ۳ / پاییز ۹۵ / مسلسل ۶۹

چکیده

دریافت مقاله: ۹۵/۶/۲۹ پذیرش مقاله: ۹۵/۸/۱۵

مقدمه: چاقی یک مشکل شایع برای سلامت عمومی است که با خطر ایجاد بیماری‌های مختلف همراه است. به‌منظور بهبود درمان و مداخله مناسب در برابر موج فزاینده چاقی، شناسایی عوامل قابل توجه استعداد ابتلا به‌اضافه وزن و چاقی دارای اهمیت حیاتی است. بر همین اساس در این مطالعه به بررسی مقایسه‌ای تنظیم هیجان و رفتار خوردن در زنان با شاخص توده بدنی بالا و طبیعی پرداخته‌ایم.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع علّی- مقایسه ای بوده، جامعه آماری شامل زنان مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تغذیه مناطق یک و دو شهر تهران و زنان با وزن طبیعی ساکن در این مناطق بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس پرسشنامه‌های دشواری در تنظیم هیجان (DERS) و رفتار خوردن (TFEQ) را تکمیل کردند. داده‌ها با روش آماری t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و نمره کل تنظیم هیجان و نیز خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده در افراد چاق به‌طور معناداری بیشتر از افراد با وزن طبیعی است. برعکس خویشتن داری شناختی در افراد چاق به‌طور معناداری کمتر از افراد با وزن طبیعی است.

بحث و نتیجه‌گیری: دشواری در تنظیم هیجان و رفتار خوردن می‌تواند نقش مهمی را در چاقی داشته باشند که نیازمند توجه بیشتر است.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، رفتار خوردن، شاخص توده بدنی.

*آدرس مکاتبه : تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی.

پست الکترونیک: mahasti.shahsavari@gmail.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

چاقی یک مشکل شایع برای سلامت عمومی در سراسر جهان است، که با خطر ایجاد بیماری‌های مختلف همراه است. علت زیادشدن چربی بدن افراد این است که انرژی که به بدن شخص می‌رسد، بیش از مقداری است که در سوخت و ساز به کار می‌رود. بدن انرژی اضافه را به‌صورت چربی در بافت چربی ذخیره می‌کند. بافت چربی فعالیت سوخت و سازی کمتری در مقایسه با سایر بافت‌ها دارد، بنابراین اگر بافت چربی جانشین بافت‌های غیر چربی شود، خود چربی می‌تواند مستقیماً باعث کاهش میزان سوخت و ساز شود (۱). به نظر می‌رسد که توده چربی بیش از حد، نقش حیاتی در اختلال در نظم متابولیک دارد و منجر به بیماری‌هایی مانند دیابت نوع ۲، دیس لیپیدمی و فشارخون بالا می‌شود، اما تغییرات در توده عضلانی نیز ممکن است به دلیل نقشش در تنظیم قند خون از طریق دفع گلوکز تحریک شده به‌وسیله انسولین تأثیر گذار باشد (۲).

در دسترس بودن خیلی راحت غذا، هم چنین در پی راحتی بودن و کاهش فعالیت‌های فیزیکی، همگی به افزایش چاقی کمک می‌کنند، ولی ماهیت هیجانی خوردن هنوز هم یک عامل خیلی مهم است (۳).

کوتینهو و همکاران، بر اساس مطالعات پیشین عنوان می‌کنند که تنظیم هیجانی به مرحله‌ای اشاره دارد که افراد به‌واسطه آن بر هیجانات خود و اینکه آن‌ها چگونه هیجاناتشان را بیان و تجربه می‌کنند تأثیر می‌گذارد. دشواری در تنظیم هیجانی باید نتیجه کمبود توانایی‌ها و قابلیت‌های تنظیم هیجانی باشد (۴).

مفهوم تنظیم هیجان، یک مفهوم گسترده شامل فرآیندهای هشیار و ناهشیار روانی، فیزیولوژیکی و رفتاری پیچیده است (۵). تنظیم هیجان از طریق افکار و شناخت، با زندگی افراد مرتبط بوده و به افراد در مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها یا احساسات، همزمان یا بعد از رویدادهای استرس زا یا تهدید کننده کمک می‌کند (۶). اگر تنظیم احساسات دچار شکست شود، خود تنظیمی در دیگر زمینه‌ها، مانند کنترل بر روی رفتار خوردن نیز می‌تواند شکست بخورد؛ بنابراین به نظر محتمل می‌رسد که مدل‌های توضیح رفتار خوردن مفرط در اختلال پرخوری و خوردن مفرط در چاقی، مربوط به شکست در خود تنظیمی به دلیل احساسات شدید باشد (۷).

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 (۸).

بسیاری از مردم ادعا دارند که به هنگام اضطراب یا ناراحتی بیشتر غذا می‌خورند و شواهد گویای آن است که فشار عصبی امکان دارد سبب شود فرد بیشتر غذا بخورد (۹). بر اساس نظریه انگیختگی هیجانی نیز، پرخوری توسط انگیختگی هیجانی به‌منظور کاهش سطح انگیختگی رخ می‌دهد (۱۰). انواع مختلفی از رفتارهای خوردن تشخیص داده شده‌اند که شامل خوردن کنترل نشده، خوردن هیجانی و خویشتن داری در خوردن و هر کدامشان با علت شناسی خاص خودشان (منشاء گرفته از تئوری‌ها، به‌عنوان مثال، تئوری بیرونی، تئوری روان تنی و تئوری خویشتن داری) می‌باشند (۱۱).

در آسیب شناسی روانی اختلالات خوردن، مشخص شده است که افرادی که اختلال خوردن دارند عدم تنظیم هیجانات بیشتری را نسبت به افراد سالم گزارش می‌کنند (۱۲). همچنین عدم تنظیم هیجانی پرخوری را در رفتارهای مختلف مانند محدود کردن غذا، ارزش گذاری به وزن، شکل و عواطف منفی توجیه می‌کند (۱۴،۱۳). همچنین عدم تنظیم هیجانات با پرخوری رابطه قوی دارد به‌گونه‌ای که مصرف غذای زیاد شدت هیجانات را کم می‌کند (۱۵).

استرس در سال‌های اولیه زندگی ترشح بیش از حد گلوکوکورتیکوئیدها را از طریق فعالیت بیش از حد محور

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

هیپوتالاموس- هیپوفیز، آدرنالین را تحریک می‌کند (۱۷،۱۶). این واکنش فیزیولوژیکی بافت‌های جانبی را در معرض سطح بالایی از گلوکوکورتیکوئیدها قرار می‌دهد. در دوزهای دارویی، گلوکوکورتیکوئیدها فعالیت‌های ضد التهابی دارند اما در معرض قرارگیری زیاد در سطح گلوکوکورتیکوئیدها ممکن است اختلالات متابولیکی از جمله جمع شدن چربی شکم، افزایش چربی خون و عدم تحمل در برابر گلوکز و انسولین ایجاد کند (۱۹،۱۸).

در پژوهشی عنوان شد که رشد تنظیم هیجان از طریق یادگیری اجتماعی، آموزش والدین راجع به هیجان و مدیریت واکنش‌های هیجانی، شیوه تربیت خانوادگی و رابطه دلبستگی شکل می‌گیرد (۲۰). خشونت هیجانی، جایی که ممکن است هیجان‌ها نادیده یا نامعتبر شمرده شوند ممکن است موجب دشواری‌هایی در تشخیص، بیان و مدیریت هیجان‌ها شود (۲۱).

در پژوهشی دیگر نشان داده شد که هیجانات مخصوصاً عدم تنظیم هیجانی نقش مهمی را در ایجاد و حفظ اختلال خوردن دارند و این نتایج از نظریه تنظیم هیجانی و عاطفه منفی در اختلال خوردن حمایت می‌کند (۲۲). آنستیس و همکاران نیز از مدل عدم تنظیم هیجانات برای خوردن اختلال آمیز حمایت کردند که در آن رفتارهای خوردن مختل شده به دلیل تلاش برای کاهش عواطف منفی ایجاد شده است (۲۳).

با توجه به مطالب ذکرشده در بالا و به‌منظور بهبود درمان و مداخله مناسب برای مبارزه با این موج فزاینده چاقی، شناسایی عوامل قابل توجه استعداد ابتلا به‌اضافه وزن و چاقی، دارای اهمیت حیاتی است. در تلاش برای بررسی تفاوت‌های بالقوه بین افراد مبتلا به چاقی و افراد با وزن طبیعی و ترسیم تفاوت پاره‌ای ویژگی‌های روانشناختی و اقدامات رفتاری صفات خوردن که معمولاً با چاقی مرتبط هستند، این مطالعه به بررسی مقایسه بین تنظیم هیجان و رفتار خوردن در افراد مبتلا به چاقی و افراد با وزن طبیعی پرداخته است.

مواد و روش‌ها

جامعه و نمونه مورد مطالعه

پژوهش حاضر با توجه به موضوع و اهداف آن، یک طرح علّی- مقایسه ای بود که دارای دو جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به چاقی با شاخص توده بدنی ۳۰ و بالاتر، ساکن در منطقه یک و دو شهر تهران، مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های مرتبط با تغذیه و مطب پزشکان و جامعه آماری دوم شامل زنان ساکن در منطقه یک و دو شهر تهران که شاخص توده بدنی آنان بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ بود و جزء طبقه زنان با وزن طبیعی محسوب می‌شدند. از بین آنها، ۷۵ نفر از جامعه اول و ۷۵ نفر از جامعه دوم که از لحاظ سن، تحصیلات و وضعیت تأهل با یکدیگر همتا شده بودند، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود در پژوهش حاضر شامل، افراد با شاخص توده بدنی ۳۰ و بالاتر به‌عنوان نمونه چاق و افراد با شاخص توده بدنی بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ به‌عنوان نمونه با وزن طبیعی بودند. سن افراد بین ۲۰ تا ۴۵ سال بود و شاخص توده بدنی در افراد چاق ناشی از بیماری‌های زمینه‌ای دیگر نبود و هم چنین شاخص توده بدنی در افراد با وزن طبیعی نیز ناشی از مصرف دارو یا رژیم کاهش وزن نبود. شرکت کنندگان از حداقل تحصیلات دیپلم و رضایت کامل برای شرکت در پژوهش برخوردار بودند.

ابزارهای اندازه گیری

۱- فرم مشخصات جمعیت شناختی: شامل اطلاعاتی از قبیل سن، میزان تحصیلات، سابقه مصرف دارو، سابقه رژیم غذایی، سابقه جراحی مرتبط با کاهش وزن و هم چنین اطلاعات وزن و قد آزمودنی‌ها بود.

۲- پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS): یک مقیاس ۳۶ گویه‌ای است که توسط گراتز و رومر، طراحی شده است و دارای یک نمره کلی و شش نمره اختصاصی در

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

زیر مقیاس‌هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجان شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد. نمره گذاری گویه‌ها در این مقیاس از طریق یک درجه بندی لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد که نمرات بالاتر، نشان دهنده‌ی دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجانات است. گراتز و رومر پایایی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. روایی سازه و روایی پیش بین این مقیاس نیز تأیید شده است (۲۴). عسگری و همکاران پایایی نسخه فارسی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند و داده‌های حاصل از همبستگی این مقیاس با مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن نیز روایی همگرای مقیاس را تأیید کرده است (۲۵). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر، از طریق ثبات درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه گردید که ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۱و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

۳- پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن (TFEQ): پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن، یک ابزار خود گزارش دهی ۲۱ سؤالی است که توسط کاپلری و همکاران جهت ارزیابی رفتارهای مختل خوردن طراحی شده است (۱۱). نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۵۵ سؤال بوده که در مراحل بعد به ۵۱ سؤال و سپس به ۱۸ سؤال تقلیل یافته و در نهایت به فرم ۲۱ سؤالی تجدید نظر شده، تبدیل شده است. نسخه تجدیدنظر شده، شامل سه زیر مقیاس خویشتن‌داری شناختی، خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده می‌باشد. همسانی درونی هر زیر مقیاس در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۵ بر اساس آلفای کرونباخ قرار می‌گیرد که نشان می‌دهد پرسشنامه حاضر از اعتبار مطلوبی برخوردار است (۱۱). پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن در همبستگی با دیگر مقیاس‌های مشابه از قبیل مقیاس خویشتن داری و پرسشنامه رفتارهای غذایی هلندی به ترتیب از روایی همگرای بالا ۰/۷۴ و ۰/۹۸ برخوردار است که نشان دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است (۲۶).

نمره گذاری گویه‌ها در این مقیاس از طریق یک درجه بندی لیکرت چهار درجه‌ای انجام می‌شود. سؤال ۲۱ نیز بر روی یک مقیاس نمره‌گذاری لیکرت هشت درجه‌ای نمره-گذاری می‌شود. نمره خام هر زیر مقیاس از طریق جمع نمره لیکرت سؤالات هر زیر مقیاس به دست می‌آید. نمره بالاتر، نشان‌دهنده سطح بالاتری از رفتار خوردن مورد نظر می‌باشد (۱۱). اعتبار و روایی پرسشنامه حاضر در ایران توسط بیدادیان و همکاران (۲۶) انجام شد. اعتبار آن از طریق روش ثبات درونی محاسبه گردید که برای هر یک از مؤلفه‌های خویشتن داری شناختی، خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده به ترتیب معادل ۰/۴۲، ۰/۹۱ و ۰/۷۸ به دست آمد و از روایی مطلوب نیز، برخوردار بوده است. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر، از طریق ثبات درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه گردید که ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه خویشتن داری شناختی ۰/۵۴، خوردن هیجانی ۰/۹۲ و خوردن کنترل نشده ۰/۸۲ محاسبه شد.

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش شاخص‌های توصیفی و روش آمار استنباطی شامل آزمون t برای دو گروه مستقل، استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های توصیفی مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن گروه نمونه چاق ۳۱/۹۰ و انحراف استاندارد آن ۶/۵۹ و میانگین سن نمونه با وزن طبیعی ۲۹/۸۶ و انحراف استاندارد آن ۶/۰۹ بوده و همچنین میانگین شاخص توده بدنی نمونه چاق، ۳۲/۴۱ و انحراف استاندارد آن ۲/۹۹ و در نمونه با وزن طبیعی به ترتیب ۲۱/۹۵ و ۱/۷۲ بوده است.

برای آزمون این فرضیه که دشواری‌های تنظیم

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

هیجان در افراد چاق در مقایسه با افراد با وزن طبیعی بیشتر است و با توجه به مقیاس مورد استفاده (DERS) که دارای ۶ مؤلفه و یک نمره کلی است و در آن‌ها نمره‌ای در سطح مقیاس فاصله‌ای به دست می‌دهد از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده گردید و مفروضه‌های آن مبنی بر همگنی واریانس‌ها بررسی و در تمام خرده مقیاس‌ها اختلاف واریانس‌ها معنادار نمی‌باشد. نتایج در جدول ۱ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین دو گروه چاق و با وزن طبیعی در کل تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارتی افراد چاق، دشواری‌های بیشتری در تنظیم هیجان در مقایسه با گروه با وزن طبیعی دارند که با توجه به خرده مقیاس‌های این آزمون،

این دشواری‌ها شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و هم چنین نمره کل دشواری در تنظیم هیجان می‌باشد که در افراد چاق بالاتر از افراد با وزن طبیعی است.

برای آزمون فرضیه دوم که نوع رفتار خوردن در دو گروه افراد چاق و افراد با وزن طبیعی متفاوت است و با توجه به مقیاس مورد استفاده (TFEQ) که دارای سه خرده مقیاس خویشتن داری شناختی، خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده می‌باشد و برای هر آزمودنی در هر خرده مقیاس نمره‌ای در سطح مقیاس فاصله‌ای به دست می‌دهد برای آزمون این فرضیه از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد. مفروضه‌های مورد بررسی همگنی واریانس‌ها در هر سه خرده مقیاس تأیید شد. نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، t مشاهده شده در هر سه خرده مؤلفه معنادار است ($P<۰/۰۵$). به عبارت دیگر، بین دو گروه در سه مؤلفه رفتارهای خوردن (خویشتن داری شناختی، خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده)، تفاوت معنادار وجود دارد و افراد چاق در مقایسه با افراد با وزن طبیعی، هم خویشتن داری کمتری در خوردن دارند و هم خوردن آن‌ها غیرقابل کنترل و هیجانی است.

جدول ۱. نتایج آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت زنان با وزن طبیعی و چاق در دشواری‌های تنظیم هیجانی.

	وزن طبیعی		چاق				
دشواری‌های تنظیم هیجانی	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	df	t_{ob}	سطح معناداری
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۳/۵۵	۴/۹۷	۱۵/۱۶	۵/۰۵	۱۴۸	-۱/۹۷۳	۰/۰۵۰
دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند	۱۳/۷۹	۴/۳۹	۱۵/۲۷	۴/۲۲	۱۴۸	-۲/۱۰۶	۰/۰۳۷
دشواری‌های کنترل تکانه	۱۵/۰۱	۵/۲۲	۱۶/۸۳	۵/۲۶	۱۴۸	-۲/۱۱۸	۰/۰۳۶
فقدان آگاهی هیجانی	۱۵/۳۲	۴/۱۹	۱۶/۰۵	۴/۵۹	۱۴۸	-۱/۰۲۲	۰/۳۰۸
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۱۸/۲۵	۶/۵۹	۲۰/۸۴	۶/۳۵	۱۴۸	-۲/۴۴۸	۰/۰۱۶
فقدان شفافیت هیجانی	۱۰/۲۱	۳/۷۶	۱۰/۴۷	۳/۲۹	۱۴۸	-۰/۴۳۹	۰/۶۶۱
نمره کل	۸۶/۱۳	۲۰/۴۹	۹۴/۶۱	۲۰/۴۳	۱۴۸	-۲/۵۳۸	۰/۰۱۲

جدول ۲. نتایج آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت زنان با وزن طبیعی و چاق در خرده مقیاس‌های رفتار خوردن.

	وزن طبیعی		چاق				
خرده مقیاس‌های رفتار خوردن	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	df	t_{ob}	سطح معناداری
خویشتن داری شناختی	۱۸/۷۳	۳/۵۰	۱۷/۴۸	۳/۴۶	۱۲۹	۲/۰۴۵	۰/۰۴۳
خوردن هیجانی	۱۰/۹۲	۴/۷۱	۱۴/۳۳	۵/۰۲	۱۴۰	-۴/۱۷۵	۰/۰۰۰۱
خوردن کنترل نشده	۱۸/۶۶	۴/۳۸	۲۱/۹۶	۵/۸۶	۱۴۰	-۳/۷۹۸	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

بحث و نتیجه گیری

همانطور که نتایج آماری فرضیه اول نشان داد، دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار در بین دو گروه زنان چاق و زنان با وزن طبیعی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تفاوت در تنظیم هیجان در بین افراد چاق و افراد با وزن طبیعی، همسو با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین در ارتباط با دشواری در تنظیم هیجان می‌باشد و در واقع عدم تنظیم هیجانات به‌عنوان پدیده خیلی مهمی در همه طیف اختلالات خوردن مورد حمایت قرار گرفته است. چند مطالعه دریافته‌اند که هیجان خواهی بسیار با رفتارهای خوردن رها شده مرتبط است. در مطالعه ای که بر روی کودکان انجام شده بود کودکانی که کنترل ضعیفی بر پرخوری نشان دادند، از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه معنادار بیشتری برای مدیریت اضطراب نسبت به گروه کنترل استفاده کردند (۲۷). در پژوهشی دیگر نشان داده شد که زنان چاق، نقایصی را در آگاهی هیجانی دارند و آن‌ها از غذا خوردن هیجانی به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان بیشتر از گروه کنترل استفاده می‌کردند (۲۸). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که عدم تنظیم هیجان می‌تواند یک عامل مهم در سبب شناسی چاقی باشد. در مجموع، تنظیم هیجان، ما را قادر می‌سازد که با انعطاف پذیری بیشتری به وقایع محیطی پاسخ دهیم. توانایی تغییر دادن رفتار همراه با تغییر محرک، در کنش‌وری سازگارانه هیجان‌ها اهمیت خاصی دارد. در افراد چاق دشواری در تنظیم هیجان، می‌تواند کنش‌وری مؤثر در محیط اجتماعی را تحت تأثیر قرار داده و در نتیجه فرد را در معرض خطر بروز جنبه‌های مختلف، آسیب شناختی روانی و جسمانی و دیگر عوارض وابسته قرار دهد. بنابراین وقتی افراد از رفتارهای ناکارآمد از جمله پرخوری، برای تنظیم هیجاناتشان استفاده کنند، تکرار این رفتارها باعث افزایش وزن و در نتیجه رو به رو شدن با عوارض خطرناک مرتبط با چاقی می‌شوند.

با توجه به آنچه نتایج آماری به دست آمده از بررسی فرضیه دوم که رفتارهای خوردن در افراد چاق متفاوت از افراد با وزن طبیعی است، نشان داد خویشتن داری شناختی در افراد چاق پایین‌تر از افراد با وزن طبیعی است، همچنین خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده نیز در افراد چاق بالاتر از افراد با وزن طبیعی می‌باشد.

نتایج این پژوهش در خصوص رفتارهای خوردن و تفاوت آن در بین افراد چاق و افراد با وزن طبیعی نیز در راستای پژوهش‌های قبلی می‌باشد. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند که بسیاری از افرادی که از وزن زیاد رنج می‌برند و یا دچار یک اختلال خوردن هستند، از خود رفتارهای ناسازگارانه غذا خوردن احساسی محور (خوردن در پاسخ به احساسات) نشان می‌دهند (۳۱-۲۹). همچنین، مطالعات پیشین نشان داده‌اند که تجربیات هیجانی می‌توانند بر رفتارهای خوردن در آزمایشگاه (۳۳،۳۲) و در موقعیت‌های طبیعی (۳۴) تأثیر داشته باشند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که رفتارهای خوردن ناکارآمد رابطه نزدیکی با عدم تنظیم هیجانات دارد و در افراد چاق این رفتارها به شکل تلاشی برای تنظیم کردن یا فرار از هیجانات منفی انجام می‌شوند. به نظر می‌رسد که خوردن هیجانی به عنوان یک راهبرد در خدمت جبران عکس‌العمل راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان باشد. این یافته‌ها هم چنین نشان می‌دهند که بد کارکردی تنظیم هیجان یک متغیر مهم در ایجاد رفتارهای خوردن مختل و به دنبال آن چاقی است. تمرکز بر روی این یافته‌ها، می‌تواند نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان را به عنوان یک متغیر مهم در مدیریت استرس و رفتارهای خوردن مختلف برای جبران این کمبود نشان دهد که زمینه ساز مشکلات سلامتی بسیاری، از جمله چاقی و عوارض مرتبط با آن می‌باشد. آشکار شدن این مسئله و درک آن ممکن است بتواند یک هدف مفید برای مداخله باشد و در پیشگیری و درمان افراد مبتلا به چاقی کمک کننده باشد.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

نتایج حاصل از این مطالعه این نکته مهم بالینی را هم در بر دارد که با توجه به نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان به‌عنوان میانجی استفاده از رفتارهای خوردن ناکارآمد، باید به نقش این عامل توجه بیشتری شده و در برنامه درمانی بر روی هیجان‌ها و شناخت به‌عنوان یک عامل مهم پرداخته شود. در یک جمع بندی می‌توان مطرح کرد افرادی که به دلیل نقص در عوامل مرتبط با مدیریت و کنترل هیجانات نمی‌توانند از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان استفاده کنند ممکن است دچار عدم تنظیم هیجان شوند. پس استرس‌های محیطی در افرادی که مدیریت استرس پایینی داشته باشند آن‌ها را در برابر اختلالات روانی آسیب پذیر کرده و در نتیجه سازگاری آن‌ها در موقعیت‌های تنش زا کم می‌شود و این افراد ممکن است از رفتارهایی مانند خوردن بی‌قید و بند برای جبران این کمبود و تنظیم هیجاناتشان استفاده کنند. در نهایت می‌توان این‌گونه نتیجه گیری کرد که چون افراد دارای سبک غذا خوردن هیجانی از پرخوری به عنوان راهکار مقابله ناکارآمد برای مقابله با عوامل استرس زا و تنظیم هیجاناتشان استفاده می‌کنند، وقتی که مهارت‌های روانشناختی لازم فرا گرفته شوند پیشگیری از چاقی و ادامه روند درمان چاقی و عوارض ناشی از آن با صرف هزینه های کمتری ممکن خواهد شد و در نتیجه کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری های ناتوان کننده کاهش خواهد یافت. هم چنین شناسایی این عوامل باعث افزایش درک ما از رفتارها و علل زیربنایی چاقی می‌شود و چنین دانشی کمک خواهد کرد تا بدانیم در درمان کدام یک از اقدامات باید آموزش و کدام رفتارها باید تقویت شوند و این که چه مشاوره‌هایی باید در زمینه پیشگیری و درمان چاقی ارائه گردد.

در پژوهش حاضر امکان استفاده از نمونه گیری تصادفی مقدور نبود و در نتیجه از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد که از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. هم چنین با توجه به اینکه افراد داوطلب شرکت کننده در پژوهش حاضر را زنان با مشاغل مختلف تشکیل می‌دادند، در تعمیم یافته‌ها به جامعه مردان و هم چنین افراد با نوع خاص شغلی باید دقت بیشتری کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش اجرای آن در میان جمعیت بهنجار می‌باشد که تعمیم آن به جامعه بالینی با محدودیت‌هایی همراه می‌باشد.

تشکر و قدردانی

گروه نویسندگان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را دارد.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

References

1. Sarafino EP. Health psychology: biopsychosocial interaction, 4th Ed. Translated by Ahmadi-Abhari A., et al. Tehran: Roshd Publisher; (1384).
2. Napolitano A, Miller SR, Murgatroyd PR, Coward WA, Wright A, Finer N, et al. Validation of a quantitative magnetic resonance method for measuring human body composition. Obesity. 2008; 16: 191-198.
3. Hill JO, Wyatt HR, Reed GW, Peters JC. Obesity and the environment: Where do we go from here? Scince. 2003; 299(5608): 853-855.
4. Coutinho J, Ribeiro E, Ferreirinha R, Dias P. The Portuguese Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptome. Rev Psiq Clin Journal. 2010; 37(4): 145-151.
5. Amone-P'Olok K, Garnefski N, Kraaij V. Adolescents caught between fires Cogntive emotion regulation in respons to war experiences in Northern Uganda. J Adolesc. 2007; 30: 655-669.
6. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional Emotional and Regulation: Their role in predicting Quality of Social Functioning. J Pers Soc Psychol. 2000; 78: 136-157.
7. Leehr EH, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2015; 49: 125-134.
8. Martins C, Robertson MD, Morgan LM. Effects of exercise and restrained eating behaviour on appetite control. Proc Nutr Soc. 2008; 67: 28-41.
9. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. Binge eating among the obese. J Behav Med. 1992; 45: 439-447.
10. Pine CJ. Anxiety and eating behavior in obese and nonobese American Indians and white Americans. J Pers Soc Psychol. 1985; 49: 774-780.
11. Cappelleri JC, Bushmakin AG, Gerber RA, Leidy NK, Sexton CC, Lowe MR, et al. Psychometric analysis of the three factor eating questionnaire R21: Result from a large diverse sample of obese and non-obese participant. Int J Obes (Lond). 2009; 33(6): 611-620.
12. Harrison AA, Sullivan SS, Tchanturia KK, Treasure JJ. Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognation and emotion regulation. Psychol Med. 2010; 40: 1887-1897.
13. Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. Eat Behav. 2013; 14: 309-313.
14. Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulation emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulatr and tolerate negative affect?. Eat Behav. 2007; 8(2): 162-169.
15. Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

external eating play a role? Appetite. 2009; 52(2): 380-387.
16. Macri S, Chiarotti F, Wurbel H. Maternal separation and maternal care act independently on the development of HPA responses in male rats. Behav Brain Res. 2008; 191: 277-234.
17. Lippmann M, Bress A, Nemeroff Plotsky PM, Monteggia LM. Longterm behavioral and molecular alterations associated with maternal separation in rat. Eur J Neurosci. 2007; 25: 3091-3098.
18. Maniam J, Antoniadis C, Morris MJ. Early-life stress, HPA axis adaptation and mechanism contributing to later health outcomes. Front Endocrinol (Lausanne). 2014; 5: 73.
19. Paternain L, Dela-Garza AL, Batlle MA, Milagro FI, Martinez JA, Campion J. Prenatal stress increases the obesogenic effects of a high-fat-sucrose diet in adult rats in a sex-specific manner. Stress. 2013; 16: 220-232.
20. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. Soc Dev. 2007; 16: 361-388.
21. Waller G, Corstorphin E, Mountford V. The role of emotional abuse in eating in eating disorder: Implications for treatment. Eat Disord. 2007; 15: 317-331.
22. Megan A, Markey Jillon S, Vander Wal. The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. Compr Psychiatry. 2007; 48: 458- 464.
23. Anestis MD, Selby EA, Fink EL, Joiner TE. The multifactured role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. Int J Eat Disord. 2007; 40: 718-726.
24. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav. 2004; 26(1): 41-54.
25. Askari P, Pasha GH, Aminian M. Relationship between Emotion Regulation, Mental Stresses and Body Image with Eating Disorder of Women. Behav. 2010; 13: 65-78. (In Persian)
26. Bidadian M, Bahrami-Ehsan H, Porsharifi H. Design and Evaluation of predictive maintenance in patients with obesity. [Dissertation]. Tehran, Iran: University of Tehran; 1391.
27. Czaja J, Reif W, Hilbert A. Emotion regulation and binge eating in children. Int J Eat Disord. 2009; 42: 356-362.
28. Rommel D, Nandrino JL, Ducro C, Andrieux S, Delecourt F, Antoine P. Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. Appetite. 2012; 59: 21-26.
29. Goossens L, Braet C, Van Vleirberghe L, Mels S. Loss of control over eating in overweight Youngsters: The role of anxiety, depression, and emotional eating. Eur Eat Disord Rev. 2009; 17: 68-78.
30. Masheb RM, Grilo CM. Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patient with binge eating disorder. Int J Eat Disord. 2006; 39: 141-146.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

31. Ricca V, Castellini G, Losauro C, Ravaldi C, Lapi F, Mannuccu E, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subject. Appetite. 2009; 53: 418-421.
32. Greeno CG, Wing RR. Stress-induced eating. Psychol Bull. 1994; 115(3): 444.
33. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. Nutrition. 2007; 23(11-12): 887-894.
34. O'Connor DB, Jones F, Conner M, McMillan B, Ferguson E. Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. Health Psychol. 2008; 27(1): 20-31.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]