

اثربخشی برنامه آموزشی دلسوزی به خود بر کنترل خلق افسرده، خشم و اضطراب در دختران مبتلاه به چاقی

The Effectiveness of Self-Compassion Training on Control Depressed Mood, Anger and Anxiety in Obese Girls

Hamideh Esmailzadeh

Ph.D. Student, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

Dr. Abbas Abolghasemi*

Professor, Department of Psychology, University of Guilan , Rasht, Iran.

abolghasemi1344@guilan.ac.ir

Dr. Reza Kazemi

Assistant Professor, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

Dr. Mohamad Narimany

Professor, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

حمیده اسماعیل زاده

دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

دکتر عباس ابوالقاسمی (نویسنده مسئول)

استاد گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

دکتر رضا کاظمی

استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

دکتر محمد نریمانی

استاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a self-compassion training program on Control Depressed Mood, Anger, and Anxiety in Obese Girls. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical sample of the study was 40 obese Girls students in the tenth and eleventh grades who were selected from among the students of Ahar city in 2018 by convenience sampling and in two groups self-compassion training 20 and control group 20.) Were replaced randomly .The experimental group received 8 sessions of 70 minutes of compassion training. An Emotion control scale was used to collect data (Williams et al, 1997). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance. Findings showed that self-compassion training program had a significant effect on improving depressed mood ($P<0.014$), anger ($P<0.009$), and stress ($P<0.001$) Had in obese girls. These results indicate that this training has good practicality for improving emotion control and can be used as a therapeutic/educational option by psychologists.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی برنامه آموزشی دلسوزی به خود بر کنترل خلق افسرده، خشم و اضطراب در دختران مبتلاه به چاقی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه آماری پژوهش ۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر چاق پایه دهن و یازدهم بودند که از بین دانش‌آموزان شهرستان اهر در سال ۱۳۹۷ به روش درسترس انتخاب و در دو گروه (آموزش دلسوزی به خود ۲۰ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای آموزش دلسوزی به خود دریافت کرد. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس کنترل عواطف (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد برنامه آموزشی دلسوزی به خود تأثیر معناداری بر بهبود خلق افسرده ($P<0.014$), خشم ($P<0.009$) و اضطراب ($P<0.001$) در دختران مبتلاه به چاقی داشت. این نتایج بیان می‌کند که این آموزش از قابلیت عملی خوبی برای بهبود خلق افسرده، خشم و اضطراب برخوردار بوده و می‌تواند به عنوان یک گزینه آموزشی/درمانی از سوی روانشناسان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آموزش دلسوزی به خود، چاقی، خلق افسرده، خشم، اضطراب.

Keywords: self-compassion training, obesity, depressed mood, anger, anxiety

نوع مقاله: پژوهشی

دربیافت: دی ۹۹

پذیرش: دی ۹۹

ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۰

مقدمه

روند رو به رشد چاقی در سال‌های اخیر و رسیدن به سطح همه‌گیری در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و نیز در حال توسعه، چاقی را به یکی از بزرگترین نگرانی‌های بهداشتی در سراسر جهان مبدل کرده است (باومی، هلزنر، افابل و جوزف، ۲۰۱۴). تغییرات شیوه‌ی زندگی و عادات غذایی مردم در جهت مصرف زیاد غذاهای پرچرب و انرژی‌زا و کاهش فعالیت فیزیکی موجب رشد روزافزون چاقی و اضافه وزن شده است (لوینگ، استفان و سابت، ۲۰۲۰؛ گریتز، السکی، لورا و جاپ، ۲۰۲۰).

چاقی در دوران نوجوانی به ویژه برای دختران، که امروزه فرهنگ جامعه بر جذبیت جسمانی مخصوصاً برای زنان تاکید دارد (جان و ماسکس ول، ۲۰۱۵)، به عنوان یک عارضه بسیار زیانبار محسوب می‌شود. علاوه بر این عوارض پزشکی متعدد چاقی در دوران کودکی و نوجوانی اعم از بیماری‌هایی نظری دیابت نوع ۲، افزایش فشارخون، عوارض عصبی (فیلیکیا، چیارتون، مولینا، شانموگان و لامیرت، ۲۰۲۰) در کنار عوارض روانی-اجتماعی آن نظری کاهش اعتماد به نفس، اضطراب، ارزواه اجتماعی، اختلالات هیجانی، افسردگی، غمگینی، عصیانیت (پاینهاش-همیل، سینگر، فلیپ، فرادکین و مودان، ۲۰۱۹؛ گریتز و همکاران، ۲۰۲۰) و نیز شیوع بسیار بالای آن، موجب شده بیش از پیش این معضل مورد توجه قرار گیرد. علاوه در سال ۲۰۱۴ بیش از ۹/۱ میلیارد نفر ۱۸ سال و بالاتر اضافه وزن داشتند. از این میزان ۶۰۰ میلیون نفر چاق بودند. برآوردهای ملی در ایران نشان می‌دهد میزان اضافه وزن و چاقی در گروه سنی ۱۵-۳۵ سال درصد است، که آمار بالایی محسوب می‌گردد (صالحی، عبداله زاده، بامری و اسماعیلی‌زاده، ۲۰۱۵).

چاقی یک پدیده‌ی پیچیده و چندعاملي است و در بروز و ظهرور آن تعامل پیچیده‌ای از عوامل زیستی، شیوه‌های رفتاری، ساختار روانی و محیط تاثیر دارند. براساس نظریه روان‌تنی^۷ چاقی، زمانی که افراد غذا را به عنوان یک عامل دفاع عاطفی مصرف می‌کنند، اضافه وزن و چاقی ایجاد می‌شود (اسپور، بیکیر، وان استرین و وان هیک، ۲۰۰۷). بر اساس این نظریه افراد چاق، غذا را به عنوان یک تنظیم کننده عاطفی و اغلب اوقات در پاسخ به افسردگی، اضطراب و بی‌حوالگی می‌خورند (گیلبر و آرسا، ۲۰۰۳). در واقع، تأثیرات عاطفی غذاها بر روی رفتار خوردن در افراد چاق بیشتر از افراد با وزن طبیعی است (سزیاسور-برانتا و بریتیک-مارتا، ۲۰۲۰). براساس نتایج مطالعات افراد چاق بوسیله خصوصیات حسی غذا تحریک می‌شوند. روبرو شدن با محیط غنی از سیگنال‌های غذایی باعث می‌شود که آن‌ها به خوردن زیاد تمایل یابند (بارتموف، درویت-ولت و روستین، ۲۰۱۲^۸).

وضعیت هیجانی افراد می‌تواند رفتارهای خوردن آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، به عبارت دیگر افراد به منظور کاهش هیجانات ناخوشایند غذا می‌خورند. بررسی‌ها نشان داده‌اند افراد چاقی که رژیم دارند، عواطف منفی بیشتری مانند خلق افسرده، خشم و اضطراب را در ارتباط با خوردن نسبت به افرادی که رژیم ندارند، احساس می‌کنند (نیوگین-رودریگوزی، چوک، اونگر و اسپرویخت-متز، ۲۰۰۸^۹). چنانچه نتایج مطالعه امیری، برجعلی، سهرابی، پازوکی (۱۳۹۳) و ضیغمی‌محمدی و مژه (۲۰۱۲) حاکی از بالا بودن میزان خلق افسردگی در دانش‌آموزان دختر چاق در مقایسه با دانش‌آموزان دختر با وزن عادی بود. خلق افسرده‌آلہ شکل خفیف و موقت در پاسخ آدمی به فشارهای متعدد زندگی آشکار می‌شود. تداوم طولانی مدت خلق افسرده با تداخل در عملکرد بهنجار فرد همراه بوده و به اختلال افسرگی تبدیل می‌شود.

¹- Bayoumi, Helzner, Afable & Joseph

²- Levinge, Stapleton & Sabot

³- Geerts, Elske, Laura & Jaap

⁴- John & Maxwell

⁵- Felicia, Chiarito, Molina, Shanmugam & Lammert

⁶- Pinhas-Hamiel, Singer, Pilpel, Fradkin & Modan

⁷- Psychosomatic

⁸- Spoor, Bekker, van Strien & van Heck

⁹- Gelieber & Aversa

¹ - Czepczor-Bernat & Brytek-Małera

¹ - Barthomeuf, Droit-Volet & Roisset

¹ - Nguyen-Rodriguez, Chou, Unger & Spruijt-Metz

¹ - Depressed mood

(садوک، سادوک و روئیز^۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۶). بعلاوه خشم نیز یکی از پرشورترین هیجان‌های است که می‌تواند به شیوه‌های گوناگون ایجاد شده و اثرات بسیاری بر ابعاد گوناگون جسمی و روانی داشته باشد (کلامری و پینی، ۲۰۰۳). خشم از نظر شدت، در طیفی از تحریک ملایم یا عصبانیت تا جنون و غضب قرار می‌گیرد. در واقع خشم احساس درونی و هیجان ناشی از برانگیختگی است که غالباً به واسطه واکنش افراد نسبت به رفتارهای نامناسب دیگران ایجاد می‌شود (نولن‌هوکسما، فردیکسون، لافتس و لوتس^۲؛ ترجمه رفیعی و دلیر، ۱۳۹۵).

مطالعات نشان می‌دهند بین احساسات منفی و غذا خوردن ارتباط وجود دارد؛ به گونه‌ای که این احساسات منجر به افزایش دریافت انرژی می‌شوند (استیر، کجرستی، رایگانفیلد و فاین، ۲۰۱۲؛ کوستر و موجت^۳، ۲۰۱۵). همچنین یک باور رایج این است که اضطراب^۴ می‌تواند الگوهای خوردن را تغییر دهد (ون در والک، ساوس و رسوم^۵، ۲۰۱۸؛ کلاتزکین، بالداسارو و راشید، ۲۰۱۹). اضطراب حالتی است که با احساس وحشت مشخص می‌شود و با عالم جسمی که بیانگر افزایش فعالیت دستگاه خود مختار می‌باشند (مثل تپش قلب، تعریق) همراه است. اضطراب بر عملکرد شناختی اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی می‌شود (садوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۶). اضطراب اغلب از تجربیات جدید ایجاد می‌شود و امکان دارد به عنوان تهدیدی برای هویت و اعتماد به نفس فرد درک شود (آدام و امپل^۶، ۲۰۰۷). به طور کلی به نظر می‌رسد که برخلاف افراد چاق، احساسات منفی غذا خوردن در افراد با وزن طبیعی کاهش می‌یابد. هیجانات و عواطف منفی مانند خلق افسرده، اضطراب و خشم می‌تواند منجر به افزایش و یا کاهش انگیزش برای خوردن در افراد با وزن طبیعی شود (اسپور و همکاران، ۲۰۰۷). اگرچه مکانیسم اصلی تأثیر احساسات بر غذا خوردن مشخص نیست، مطالعات نشان داده‌اند که غذا خوردن در پاسخ به احساسات منفی، روشی برای کنترل این احساسات است (تمسون و کراکر^۷؛ ولکو، وانگ، تاماسی و بالیر، ۲۰۱۳^۸). چنانچه نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین چاقی با مشکلات عاطفی/هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد (استیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ هاندرسون و همکاران، ۲۰۱۹). لذا، کمک به افزایش کنترل عواطف^۹ می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیر گذارد و بر ثبات و رشد شخصیت آنان کمک کند (اعیادی، عباسی، پیرانی، تقوایی و پیرانی، ۱۳۹۵). بنابراین با توجه به نقش منفی عواطفی مانند خلق افسرده، خشم و اضطراب در بهداشت روانی افراد دارای چاقی، انجام مداخلاتی به منظور کنترل مناسب و بهبود آن بسیار مهم و قابل اهمیت است.

در این راستا یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند یاری کننده باشد، آموزش برنامه دلسوزی به خود^{۱۰} است. چرا که دلسوزی به خود با تصور از بدن و رفتارهای مربوط به خوردن و آشامیدن رابطه داشته و افراد دلسوز به خود نگرانی زیادی برای افزایش وزن نداشته و در عین حال پرخوری هم ندارند و تصور بدنه خوبی از خود دارند (نف و گریم، ۲۰۱۳^{۱۱}). دلسوزی به خود از جمله مفاهیمی است که در اثر تعاملات بین افکار فلسفه شرقی خصوصاً بوداییسم و روان‌شناسی غربی به وجود آمده است. دلسوزی به خود سازه‌ای سه مولفه‌ای است که مهربانی با خود^{۱۲} در مقابل قضاوت کردن خود^{۱۳}، اشتراکات انسانی^{۱۴} در مقابل انزو و ذهن آگاهی در مقابل همانند سازی افراطی^{۱۵} را

^۱- Sadock, Sadock & Ruiz

^۲- Calamari & Pini

^۳- Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus & Lutz

^۴- Ester, Kjersti, Ragnfrid & Finn

^۵- Koster & Mojteh

^۶- anxiety

^۷- van der Valk, Savas & van Rossum

^۸- Klatzkin, Baldassaro & Rashid

^۹- Adam & Epel

^{۱۰} - Thomson & Crocker 0

^{۱۱} - Volkow, Wang, Tomasi & Balder 2

^{۱۲} - emotions control 3

^{۱۳} - self-compassion 4

^{۱۴} - Neff & Germer 5

^{۱۵} - kindness- self 6

^{۱۶} - judgment-self 7

^{۱۷} - humanity common 8

^{۱۸} - over identification

شامل می شود (گیلبرت^۱، ۲۰۰۹؛ بایر^۲، ۲۰۱۰). نف (۲۰۰۹) از سازه دلسوزی به خود بعنوان شکلی از پذیرش خود تعریف کرده است که نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه هایی از خود و زندگی خود است که ناخوشایند هستند. دلسوزی به خود به معنی پذیرش عاطفی چیزی است که در این لحظه در درون ما رخ می دهد. تحقیقات زیادی از این ایده حمایت می کنند که دلسوزی به خود مرتبط با تصور بدنی^۳ زنان می باشد (الیسون و کلی^۴، ۲۰۱۹). داشتن دیدگاه دلسوزانه نسبت به خود ممکن است شامل ارزیابی مثبت نسبت به بدن باشد. به طور خاص افرادی که تصور بدنی مثبتی دارند با پذیرش بدنشان به جای پذیرش عیوبشان نسبت به خود دلسوز هستند، بدنشان را با وجود عیوب ظاهری می پذیرند، نگرش مثبتی نسبت به بدنشان دارند و ایده آل های غیرواقعی را رد می کنند (بارکالو^۵، ۲۰۱۰).

آدامز و لری^۶ (۲۰۰۷) به طور تجربی در بررسی های خود نشان دادند که با افزایش دلسوزی به خود، نگرانی های بعد از خوردن کالری زیاد کاهش می یابد؛ زیرا آنها کمتر قضاوت می کنند و حتی زمانی که با آرمان هایشان فاصله زیادی داشته باشند، خودشان را می پذیرند. در این خصوص پژوهش پالمیرا، کاونها و پاینتو-گوویا^۷ (۲۰۱۷) نشان داد که آموزش دلسوزی به خود تاثیر معناداری بر بهبود حس بهتر نسبت به بدن خود در زنان دارای اضافه وزن و چاقی داشت. برقی ایرانی، بگیان و بختی (۱۳۹۵) و الین و هالینز^۸ (۲۰۱۷) در نتایج مطالعات جدأگاههایی به این نتیجه دست رسیدند که درمان مبتنی دلسوزی به خود تاثیر معناداری بر بهبود عواطف منفی داشت. الیسون، کلی و الیزابت^۹ (۲۰۱۶) نیز نشان دادند، که افزایش دلسوزی به خود با بهبود تصویر از بدن خویش همراه بود، دلسوزی به خود بالا در طول روز با سطوح پایین صرف غذا همراه بود. همچنین ریسی و فرامرزی (۲۰۱۹) نیز تاثیر آموزش دلسوزی به خود بر بهبود عزت نفس، تنظیم هیجان و کاهش افکار اضطرابی را تایید کردند.

با توجه به روند رو به رشد چاقی و مشکلات ناشی از آن به ویژه در نوجوانان دختر و مشکلات هیجانی و عاطفی ناشی از آن، انجام مداخلاتی به منظور کاهش عواطف منفی این نوجوانان امری مهم و اساسی می باشد. به خصوص اینکه آموزش مناسب و دلسوزی به خود می تواند زمینه ساز توجه مستمر به خویشتن را در افراد مورد آموزش به همراه داشته باشد (نف، ۲۰۰۹)، که این عامل به نوبه خود می تواند زمینه مصرف غذا با کالری بالا را کاهش داده (آدامز و لری، ۲۰۰۷) و در طول مدت بر کنترل وزن دانش آموزان چاق نیز تأثیرگذار باشد، که این موضوع بیانگر اهمیت انجام این مداخله است. لذا با توجه به آنچه بیان گردید پژوهش حاضر به بررسی اثریخشی برنامه آموزشی دلسوزی به خود بر کنترل خلق افسرده، خشم و اضطراب در دختران مبتلاه به چاقی پرداخت.

روش

این پژوهش به لحاظ نوع روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر چاق پایه دهم و یازدهم شهرستان اهر در سال ۱۳۹۷ بودند ($N=1323$). نمونه پژوهش از میان جامعه آماری، براساس میزان شیوع ۱۶ درصدی چاقی در میان دختران نوجوان در ایران (صالحی و همکاران، ۱۵، ۲۰۰۷) نفر بودند که، با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشایی، انتخاب شدند. برای این منظور بعد از انجام مکاتبات اداری و کسب مجوزهای لازم ابتدا از بین مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه شهرستان اهر (جمعاً ۱۲ مدرسه می باشد)، ۶ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و از هر مدرسه تعداد ۳ کلاس پایه دهم و یازدهم انتخاب شدند. سپس دانش آموزان مستقر در این کلاس ها (تعداد ۵۶۰ نفر دانش آموز) در خصوص اضافه وزن با شاخص توده بدن مورد غربالگری قرار گرفته و از طریق اندازه گیری وزن تعداد ۸۳ نفر به عنوان افراد چاق شناسایی شدند و بعد از اعمال ملاک های ورود از این بین، تعداد ۴۰ نفر انتخاب و در دو گروه کنترل (۲۰ نفر) و گروه آزمایش (۲۰ نفر) به صورت تصادفی گمارده

¹- Gilbert

²- Baer

³- body image

⁴- Allison & Kelly

⁵- Barcalow

⁶- Adams & Leary

⁷- Palmeira, Cunha & Pinto-Gouveia

⁸- Elaine & Hollins

⁹- Allison, Kelly& Elizabeth

شدند. ملاک‌های ورود شامل داشتن اضافه وزن یا چاقی براساس شاخص توده بدنی، تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در درمان و ملاک‌های خروج شامل مصرف داروی لاغری در طول درمان، شرکت در سایر برنامه‌های کاهش وزن، عدم تمایل به شرکت در طول درمان و غیب متوالی دو جلسه بودند. در ادامه گروه آزمایش تحت ۸ جلسه آموزش دلسوزی به خود به صورت ۱ بار در هفته و به مدت ۷۰ دقیقه قرار گرفتند. در این مدت گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند (لازم به توضیح است که هر دو گروه در طول دوره پژوهش تحت رژیم غذایی براساس نظر متخصص تغذیه قرار گرفتند. هزینه‌های ایاب و ذهاب افراد از سوی پژوهشگر پرداخت گردید. به منظور جلوگیری از افت آزمودنی در صورتی که یکی از آزمودنی‌ها به دلیلی از برنامه‌های آموزشی و درمانی باز می‌ماند، درمانگر برای وی به صورت فوق العاده برنامه درمانی ارائه می‌نمود). در نهایت پس از پایان جلسات آموزشی، مجدداً همه‌ی شرکت‌کنندگان مورد پس آزمون قرار گرفته و اطلاعات از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS^{۲۲} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. قابل ذکر است در پژوهش حاضر در هر دو گروه مورد مطالعه کمترین فراوانی ۱۷ ساله (دلسوزی به خود ۲۵ درصد و کنترل ۳۰ درصد) و بیشترین فراوانی ۱۵ ساله بودند. در گروه کنترل کمترین فراوانی پایه دهم (۴۵ درصد) و بیشترین فراوانی پایه یازدهم (۵۵ درصد) و در گروه دلسوزی به خود هر پایه به طور یکسان ۵۰ درصد بود. همچنین در هر دو گروه کمترین فراوانی وضعیت اجتماعی عالی و بیشترین فراوانی وضعیت اجتماعی متوسط گزارش کردند.

ابزار سنجش

مقیاس کنترل عواطف (ASC): به منظور بررسی متغیرهای خلق افسرده، خشم و اضطراب از مقیاس کنترل عواطف که توسط ویلیامز، چامبلز و اهرنر^۱ (۱۹۹۷) طراحی شده است، استفاده شد. این مقیاس شامل ۴۲ سوال با چهار زیر مقیاس با عنوانی خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است. مقیاس به صورت خودستجویی است و پاسخهای عبارات در مقیاس هفت درجه ای از شدت مخالف (نموده ۱) تا به شدت موافق (نموده ۷) تنظیم شده است. ۱۱ سوال این مقیاس نمره گذاری معکوس می‌شود. کسانی که در این مقیاس نمره بالاتری کسب نمایند، مهارت کمتری در کنترل عواطف خود دارند. ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸، و برای خرده مقیاس‌های خشم ۰/۷۲ و ۰/۷۳، خلق افسرده ۰/۷۶ و ۰/۹۱، اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و عاطفه مثبت ۰/۷۴ و ۰/۸۴ گزارش کردند. نتایج همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ نشان می‌دهد مقیاس کنترل عواطف از همسانی درونی معبری برخوردار است. همبستگی آزمون در بین خرده مقیاس‌های آزمون و بین سوالات پرسشنامه در سطح اطمینان ۰/۰ معنادار است. در ایران نیز طهماسبیان، خزایی، عارفی، سعیدپور و حسینی (۱۳۹۳) مقدار آلفای کرونباخ نمره کل کنترل عواطف ۰/۸۴ و خرده مقیاس‌های خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت را به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۶۰، ۰/۷۳، ۰/۶۴ و ۰/۷۰ گزارش کرده است. در این مطالعه زیر مقیاس‌های مربوط به خلق افسرده، خشم و اضطراب مورد استفاده قرار گرفت.

پروتکل آموزش دلسوزی به خود: آموزش دلسوزی به خود در این پژوهش مبتنی بر درمان دلسوزی به خود گیلبرت (۲۰۰۹) بود که شامل ۸ جلسه‌ای ۷۰ دقیقه‌ای بود و به صورت هفت‌های یک جلسه طبق مراحل زیر انجام گرفت

جدول ۱. مراحل آموزش دلسوزی به خود (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه، ارزیابی میزان عواطف توصیف و تبیین عواطف و عوامل مرتبط آن و مفهوم سازی آموزش دلسوزی به خود
جلسه دوم	آموزش همدلی: آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدانه دنبال کنند.
جلسه سوم	آموزش همدردی: شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
جلسه چهارم	آموزش بخشایش: پذیرش اشتباہات و بخشیدن خود به خاطر اشتباہات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.

^۱- Emotion Control Scale

^۲- Williams, chambless & Ahrens,

اثریخشی برنامه آموزشی دلسوزی به خود بر کنترل خلق افسرده، خشم و اضطراب در دختران مبتلاه به چاقی
The Effectiveness of Self-Compassion Training on Control Depressed Mood, Anger and Anxiety in Obese Girls

آموزش پذیرش مسائل: پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	جلسه پنجم
آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی: ایجاد احساسات ارزشمند در خود تابتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.	جلسه ششم
آموزش مسئولیت‌پذیری: آموزش مسئولیت‌پذیری مولفه اساسی آموزش دلسوزی به خود است که براساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خودانتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.	جلسه هفتم
آموزش و تمرین مهارت‌ها: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.	جلسه هشتم

یافته‌ها

در این بخش یافته‌های حاصل از پژوهش به شرح جداول ذیل ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خلق افسرده، خشم و اضطراب در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	آزمون	آماره‌ها		وضعیت	S-W	P
			میانگین	انحراف معیار			
خشم	دلسوزی به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۲۱/۸۵	(۲۵/۱۰)	پیش آزمون (پس آزمون)	۰/۹۶۵	۰/۰۸۶
کنترل	دلسوزی به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۲۰/۷۵	(۲۰/۶۴)	پیش آزمون (پس آزمون)	۰/۹۷۸	۰/۳۶۵
خلق	دلسوزی به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۲۱/۲۵	(۲۴/۸۰)	پیش آزمون (پس آزمون)	۰/۹۷۹	۰/۴۰۱
افسرده	دلسوزی به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۲۰/۴۵	(۲۰/۴۵)	پیش آزمون (پس آزمون)	۰/۹۸۳	۰/۵۵۳
اضطراب	دلسوزی به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۲۹/۹۵	(۳۴/۵۵)	پیش آزمون (پس آزمون)	۰/۹۸۲	۰/۵۵۴
کنترل	دلسوزی به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۲۶/۴۰	(۲۶/۴۰)	پیش آزمون (پس آزمون)	۰/۹۷۶	۰/۲۹۴

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش در مراحل پیش و پس آزمون برای گروه درمانی و گروه کنترل ارائه شده است. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون، حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش در هر دو مرحله بود. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است. براین اساس، استفاده از تحلیل پارامتریک بلامانع است.

جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از آزمون M Box استفاده شد. براساس نتایج این آزمون حاکی از عدم معنادار بودن آماره M Box در تحلیل چندمتغیری و برقراری پیش فرض عدم تفاوت بین واریانس‌ها بود ($M Box = ۳۹/۴۸۹$, $F = ۰/۷۱۹$, $P = ۰/۹۳۳$). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد. برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها، از آزمون X2 بارتل استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که رابطه بین این متغیرها، معنادار است ($X2 = ۳۰/۷۸۰$, $df = ۱۱۱$, $P < 0/۰۱$). بنابراین، شرط همبستگی مکفی بین متغیرهای پژوهش برقرار است. براین اساس، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری خلق افسرده، خشم و اضطراب

گروه	لامبادی ویلکز	شاخص‌های اعتباری	اثر
OP	۰/۲۲۵۰	۰/۰۰۰	Eta

براساس نتایج جدول ۳ که مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، شامل آزمون‌های اثربیلایی، لامبدا ویلکز، اثر هتلینگ، و بزرگترین ریشه روی برای مولفه‌های کنترل عواطف ($F=30/78, P<0.001$)، ($F=22.5, P=0.022$) معنی دار می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری خلق افسرده، خشم و اضطراب

منبع	مولفه‌ها	SS	df	MS	F	P	Eta	OP
گروه	خلق افسرده	۹۷/۸۲۵	۱	۹۷/۸۲۵	۴/۸۲۱	۰/۰۱۴	۰/۱۰۲	۰/۴۰
	خشم	۱۳۹/۵۲۵	۱	۱۳۹/۵۲۵	۶/۷۱۷	۰/۰۰۹	۰/۱۱۲	۰/۲۲
	اضطراب	۴۹۴/۱۰۰	۱	۴۹۴/۱۰۰	۲۳/۸۹۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹۵	۰/۸۷

براساس نتایج جدول ۴ بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خلق افسرده، خشم و اضطراب تفاوت معنادار وجود دارد. مجدور اتا، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه به ترتیب برای خلق افسرده ($F=4/82, P<0.05$)، خشم ($F=6/71, P<0.01$) و اضطراب ($F=23/89, P<0.01$) است. بدین معنا که شرایط آزمایشی بر کاهش خلق افسرده، خشم و اضطراب تاثیر گذار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی برنامه آموزشی دلسویزی به خود بر کنترل خلق افسرده، خشم و اضطراب در دختران مبتلاه به چاقی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش دلسویزی به خود بر کنترل خشم، خلق افسرده و اضطراب دختران مبتلاه به چاقی تاثیر معناداری داشت. به طوری آموزش دلسویزی به خود موجب بهبود کنترل خشم، خلق افسرده و اضطراب در گروه آزمایش شده بود. با توجه به اینکه این سه متغیر به عنوان زیرمولفه‌های مهم کنترل عواطف می‌باشند، لذا بررسی همسوی، یا عدم همسوی و همچنین تبیین آنها به صورت منسجم و یک پارچه صورت گرفت. براین اساس نتیجه به دست آمده با یافته‌های پژوهش ریسی و فرامرزی (۲۰۱۹)، الیسون، کلی و الیزابت (۲۰۱۶)، برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی دلسویزی به خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کنترل عواطف همسوی داشت. همچنین پالمیرا و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان گروهی بر پایه دلسویزی به خود تاثیر معناداری بر بهبود حس بهتر نسبت به بدن خود در زنان دارای اضافه وزن و چاقی داشت. الیسون و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان دادند، که افزایش دلسویزی به خود با بهبود تصویر از بدن خوبیش همراه بود.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان بر بیان کرد که آموزش رویکرد دلسویزی به خود به مراجع کمک می‌کند تا بر روی کسب دلسویزی به خود، تمرین‌های تمرکز و اقدام مشفقاته تمرکز کند. دلسویزی به خود به افراد کمک می‌کند تا نسبت به خود و دیگران مهربان باشند و اولین قدم برای نشان دادن مهربانی، حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران است، نه حساسیت به رفتار خود و دیگران (نف و گریمر، ۲۰۱۳). همچنین رویکرد دلسویزی به خود به افراد آموزش می‌دهد که هر چقدر رفتار مهربانانه بیشتری داشته باشند، کم کم ذهن آنها هم مهربان می‌شود. بعلاوه درمان مبتنی بر دلسویزی به خود موجب تسهیل تغییر عاطفی (کاهش خشم و اضطراب) به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند (گیلبرت، ۲۰۰۵).

همچنین به کمک رویکرد دلسویزی به خود به مراجعان مولفه‌های اشتیاق که شامل: حساسیت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی، غیر قضاوتی نبودن و مراقبت از بهزیستی آموزش داده می‌شود تا بتوانند رنجی که دارند را تحمل کنند و در راستای ارزش‌ها مشغول باشند و در عین حال خود را در کنند (نف، ۲۰۰۹). بر همین اساس در ابتدا از مراجعان خواسته می‌شود که برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از رنج خود و دیگران تلاش کنند که این خود نقش اصلی را در مهربانی ایفا می‌کند. همچنین از آنها خواسته می‌شود که نسبت به رنج خود و دیگران بدون اجتناب از آنها حساسیت نشان دهد که این حساسیت به آگاهی از زمان حال اشاره دارد. همچنین به مراجع آموزش داده می‌شود که انگیزه درگیر شدن با رنج، حساسیت نسبت به رنج و همدردی با رنج نیازمند توانایی تحمل هیجانات، افکار و احساسات بدنی دشوار است و مراجع در تحمل پریشانی یاد می‌گیرد که توانایی ماندن با هیجان پدید آمده را داشته باشد، بدون آنکه بخواهد نسبت

به این هیجانات و رویدادهای ذهنی در دام سرزنش، قضاوت و شرم بیفتند (مانند جلسه آموزشی پنجم در مطالعه حاضر که به آموزش پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف پرداخت); چرا که خود انتقادگری منجر به اجتناب، درد هیجانی و تشدید رنج و در مجموع افزایش عواطف منفی مانند خلق افسرده، خشم و اضطراب می‌گردد. براین اساس آموزش دلسوزی به خود با تأثیر گذاری بر کیفیت مواجهه با رنج، دچار کاهش عواطف منفی شده و از طرفی احساس کمک کردن به خود در جهت رفع مشکلات را نیز فزونی می‌بخشد (گیلبرت، ۲۰۰۵). بعلاوه قابل بیان است که کاهش عواطف منفی در این دانشآموزان به واسطه درمان مذکور به افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب‌پذیر هستند، اجازه می‌دهد که در زمان حال (زمان و مکان کنونی) باشند و در نتیجه به جای آن که واکنشی بیش از حد اضطرابی و خشم به موقعیت نشان دهند، در کسینی تری از میزان تهدید به دست آورند (آمستار، ۲۰۰۸)، که در مطالعه حاضر نیز این نتیجه به دست آمد.

در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان بیان نمود که برنامه آموزشی دلسوزی از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی برای بهبود خلق افسرده، خشم و اضطراب در دختران مبتلاء به چاقی برخوردار است. با این حال پژوهش حاضر با محدودیت‌های روبر بود که از جمله آن عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی دانشآموزان مورد مطالعه بود. چرا که ویژگی‌های فردی و هیجانی یکی از عامل‌های تأثیر گذار بر سبک‌های تغذیه‌ای افراد است. عدم انجام مرحله پیگیری از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود؛ چرا که کنترل وزن و تغذیه افراد با گذشته زمان تغییر می‌یابد. همچنین این پژوهش بر روی دانشآموزان دختر چاق پایه دهم و یازدهم شهرستان اهر صورت گرفته است، در تعیین نتایج به عمل آمده باید احتیاط شود. براین اساس پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی مرحله پیگیری نیز انجام گیرد. بعلاوه پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی بر روی جامعه آماری دیگری (جنسیت و مکان) صورت گیرد تا قدرت تعیین نتایج بیشتر شود. در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعات پیشین در خصوص مشکلات روانشناختی ناشی از چاقی برای دانشآموزان به ویژه دختران، پیشنهاد می‌گردد روانشناسان مدارس از برنامه درمانی مذکور به منظور افزایش کنترل خلق افسرده، خشم و اضطراب و کاهش مشکلات روانشناختی دانشآموزان چاق استفاده کنند.

منابع

- احمدی، ع.، شیخ علیزاده، س.، و شیرمحمدی، م. (۱۳۸۵). بررسی آزمایشی تاثیر ورزش بر سلامت روانی دانشجویان. *مجله حرکت*, ۲۹، ۲، ۱۰-۱۷.
- اعیادی، ن.، عباسی، م.، پیرانی، ذ.، تقایی، د.، و پیرانی، آ. (۱۳۹۵). رابطه کنترل عواطف و تحمل پریشانی با استفاده آسیب‌زا از تلفن همراه در میان دانشجویان. *فصلنامه فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی*, ۱، ۱۳۲-۱۱۵.
- امیری، ح.، برجعلی، ا.، سهراپی، ف.، و پازوکی، ع.ر. (۱۳۹۳). مقایسه افسرده‌گی و کیفیت زندگی در زنان چاق با شاخص توده بدنی مختلف و زنان بهنگار شهر تهران. *مجله علوم پژوهشکی رازی*, ۲۱، ۱۲۷، ۱-۱۱۲.
- ایمانی، ج.، و مهتریبور، م. (۱۳۹۰). بررسی رابطه کنترل عواطف و سلامت روانی با عملکرد تحصیلی دانشآموزان دوره متوسطه نظری بشاغرد. *پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی*.
- برقی ایرانی، ز.، بگیان، مج.، و بختی، م. (۱۳۹۵). اثریخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر تعديل روان‌سازه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانشآموزان مبتلا به اختلال ریاضی. *مجله روان‌شناسی معاصر*, ۱۱، ۱، ۱۰۱-۱۱۳.
- سادوک، ب.، سادوک، و.، روئیز، ب. (۲۰۱۵). کیاپلان و سادوک خلاصه روانپژوهشکی علوم رفتاری / روانپژوهشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ارجمند.
- طهماسبیان، ح.، خزایی، ح.، عارفی، م.، سعیدی پور، م.، و حسینی، ع. (۱۳۹۳). هنگاریابی آزمون مقیاس کنترل عواطف. *ماهnamه دانشگاه علوم پژوهشکی کرمانشاه*, ۶، ۶، ۶۵-۷۴.
- نولن هوکسما، س.، فردیکسون، ب.، لافتی، ج.، و لوتس، ک. (۲۰۱۴). زمینه روانشناسی اتکینسون و هیلگاردن. ترجمه حسن رفیعی و مجتبی دلیر. (۱۳۹۵). جلد اول، چاپ دوم، تهران: انتشارات ارجمند.

قارزی، م.، کلیدری، ب.، محمودیه، م.، ذوالفاری، ب.، و دواشی جمالویی، س. (۱۳۹۶). طراحی و تایید پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به چاقی. *محله دانشکده پژوهشی اصفهان*, ۲۵، ۴۲۱-۴۲۶.

- Adams, C.E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120-1144.
- Allison, C., & Kelly, C. (2019). A daily diary study of self-compassion, body image, and eating behavior in female college students. *Body Image*, 17, 152-160.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety disorder*, 22(2), 211-21.
- Baer, R.A. (2010). *Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness and acceptance based treatments*. In R. A. Baer(Ed.), Assessing mindfulness & acceptance processes in clients.Oakland: New Harbinger.
- Barcalow, N.L.(2010). But I Like My Body: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106-16.
- Barthomeuf, L.E., Droit-Volet, S., & Rousset, S. (2012). How emotions expressed by adults' faces affect the desire to eat liked and disliked foods children compared to adults. *British Journal of Developmental Psychology*, 30, 253-266.
- Bayoumi, N., Helzner, E., Afable, A. & Joseph, M. (2019). A real-world evaluation of a tertiary care childhood obesity intervention to reduce metabolic risk in a hard-to-reach urban population. *BMC Pediatrics*, 19(1), 678-385.
- Calamari, E., & Pini, M. (2003). Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment styles. *Adolescence*, 38(150), 287-303
- Czepczor-Bernat, K. & Brytek-Matera, A. (2020). The impact of food-related behaviours and emotional functioning on body mass index in an adult sample. *Eating and weight disorders*, 12(1), 640-648.
- Elaine, C.J. & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13
- Ester, M.S., Kjersti, S.G., Ragnfrid, H.S. & Finn, S. (2012). The Link Between Negative Emotions and Eating Disorder Behaviour in Patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 451-460.
- Felicia, M., Chiarito, M., Molina, E., Shanmugam, H., & Lammert, F. (2020). Childhood obesity, cardiovascular and liver health: a growing epidemic with age. *World J Pediatr*, 16(5), 438-445.
- Geerts, M., Elske, M. Laura, R., & Jaap, P. (2020). Behavioral and psychological factors associated with suboptimal weight loss in post-bariatric surgery patients. *Eating and weight disorders*, 1, 351-357.
- Gelieber, A., Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341-347.
- Gilbert, P. (2009). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). *Focused therapies and com-passionate mind training for shame and self-attacking*. In: Gilbert P, ed. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge Publication.
- Henderson, Z., Fox, E., Traynor, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders: A qualitative meta-synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 547-582.
- John, E.D., & Maxwell, A. (2015). Relationship between Body Image Satisfaction and Psychological Well-Being: The Impact of Africentric Values. *Journal of Social Science Studies*, 2(1), 320-345.
- Klatzkin, R.R., Baldassaro, A., & Rashid. S. (2019). Physiological responses to acute stress and the drive to eat: The impact of perceived life stress. *Appetite*, 133, 393-399.
- Koster, E., & Mojett, J. (2015). From mood to food and from food to mood: A psychological perspective on the measurement of food-related emotions in consumer research, Food, emotions and food choice. *Physiol Behav*, 76(2), 180-91.
- Levinge, E., Stapleton, P., & Sabot, D. (2020). Delineating the psychological and behavioural factors of successful weight loss maintenance. *Heliyon*, 6(1), 31-40.
- Neff, K.D. (2009). *Self-compassion*. In M. R. Leary & R. H. Hoyle(Eds), *Handbook of individual differences in social behavior*(pp. 561-573). New York: Guilford Press.
- Neff, K.D., & Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 28- 44.
- Nguyen-Rodriguez, ST., Chou, CH., Unger, JB., Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 9(2), 238-246.
- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness-and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 12, 24-36.
- Reisi, H., & Faramarzi, S. (2019). The effectiveness of self-compassion on self-esteem, emotion regulation and anxiety thoughts in the children's (10-12 years) with depression disorder in the city of Shahrekord. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 5(3), 17-25
- Salehi-Abargouei, A., Abdollahzad, H., Bameri, Z., & Esmaillzadeh, A. (2015). Underweight, overweight and obesity among zabolí adolescents: a comparison between international and iranians' national criteria. *International journal of preventive medicine*. 4(5):523-30.
- Spoor, S.T., Bekker, M.H., van Strien, T., & van Heck, G.L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48, 368-376.
- Thomson, D., & Crocker, C. (2013). A data-driven classification of feelings. *Food Qual Prefer*, 27(3), 137-52.

The Effectiveness of Self-Compassion Training on Control Depressed Mood, Anger and Anxiety in Obese Girls

- van der Valk, E.S., & Savas, M., & van Rossum, E.F.C. (2018). Stress and Obesity: Are There More Susceptible Individuals? *Current Obesity Reports*, 7, 193–203.
- Volkow, N., Wang, J., Tomasi, D., & Baler, D. (2013). Obesity and addiction: neurobiological overlaps. *Obes Rev*, 14(2), 2–18.
- Williams, K.E., chambless, D.L., & Ahrens, A.H .(1997). Are emotion frightening? Anextension of the fear concept. *Behaviour Research and therapy*, 35(4), 239.
- Zeighami Mohammadi, Sh., & Mojdeh, F. (2012). Correlation between body mass index, bodyimage, anddepression among women referring toHealth Clinic of Hazrat-e-Ali Hospital HealthClinic in Karaj. *Mod Care*, 9(1), 40-48.