

پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس خوردن ذهن‌آگاهانه با میانجی‌گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن در زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی

علی‌اکبر پونده نژادان^۱، یوسفعلی عطاری^{۲*}، دردانه حسین^۳

تاریخ ارسال: ۹۶/۱۰/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۶

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین مدل رابطه‌ی بین خوردن ذهن‌آگاهانه با کیفیت زندگی با میانجی‌گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن در زنان دارای اضافه وزن و چاقی در شهر اهواز انجام شد. طرح پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی شهر اهواز در سال ۱۳۹۶ است. نمونه‌ی پژوهش حاضر به وسیله‌ی دعوت از طریق آگهی از میان ۶۲۵ زن داوطلب شهرستان اهواز، ۴۰۰ نفر با کسب رضایت و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند، برگزیده شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (۱۹۹۶)، پرسشنامه‌ی خوردن ذهن‌آگاهانه فرامسون، کریستال، شنک، لیتمن، زلیاد و بنیتز (۲۰۰۹)، پرسشنامه‌ی نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون، اکسوم و پری (۲۰۰۵) و پرسشنامه‌ی رفتار خوردن داچ ون استرین، فریجترز، برگرز و دفارس (۱۹۸۶) بهره برده شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از برنامه‌های آماری SPSS-۲۵ و AMOS-۲۴ استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد بین خوردن ذهن‌آگاهانه با کیفیت زندگی، رابطه‌ی مثبت و معنادار و بین تصویر بدنی و رفتارهای خوردن با کیفیت زندگی، رابطه‌ی منفی و معناداری وجود داشت ($p < 0/01$). همچنین، نتایج شاخص‌های برازندگی مدل، از برازش مدل پیشنهادی با یک شاخص اصلاح حمایت کردند. پژوهش حاضر نشان داد که عوامل شناختی (مانند خوردن ذهن‌آگاهانه و تصویر بدنی) و عوامل رفتاری (مانند رفتارهای خوردن) موجب بهبود کیفیت زندگی زنان دارای اضافه وزن و چاقی نیز می‌شود.

واژه‌های کلیدی: تصویر بدنی، خوردن ذهن‌آگاهانه، رفتارهای خوردن، کیفیت زندگی

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. pondnezhadan@yahoo.co.uk

۲. *استاد گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. yousefaliattari1@yahoo.com

۳. استادیار علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور شاخه اهواز. dordaneh.h@yahoo.com

مقدمه

چاقی و اضافه وزن^۱ یکی از مشکلات اصلی تهدیدکننده‌ی سلامتی و عمده‌ترین بیماری مربوط به سوخت‌وساز بدن^۲ در بسیاری از ملل است (ویدا^۳، ۲۰۰۶). شواهد پزشکی نشان می‌دهد که پرخوری^۴ منجر به بروز مشکلات جدی سلامتی همچون فشارخون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول و به دنبال آن مشکلات قلبی عروقی و به‌طور کلی، کیفیت زندگی^۵ پایین در میان افراد می‌شود (کارنفورد، بارکان، هینکو و هاروتیز^۶، ۲۰۱۲). در سال‌های اخیر، کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از پیامدهای مهم بیماری‌های مزمن مورد توجه محققان و متخصصان بالینی قرار گرفته است. در همین راستا، راهبردهای جدید سازمان بهداشت جهانی^۷ بیان می‌کند که کانون و تمرکز پژوهش‌ها باید چشم‌انداز سلامتی را مدنظر قرار دهد و بر افزایش کیفیت زندگی افراد تمرکز کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). به نقل از شیخی، هومن، احدی و سپاه‌منصور، (۱۳۹۰). کیفیت زندگی خود شامل دو مؤلفه است؛ نخست، مؤلفه‌ی عاطفی است که به عواطف مثبت و منفی تقسیم می‌گردد و دوم مؤلفه‌ی شناختی است که معمولاً به رضایت از زندگی^۸ اشاره دارد. (قیداری و جلوداری، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی خوب لازمه‌ی یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است و شامل ارزیابی شناختی افراد از وضعیت زندگی خودشان است (یوسف‌نژاد شیروانی و پیوسته‌گر، ۱۳۹۰). در واقع، کیفیت زندگی مفهومی کلی و ناشی از نحوه‌ی ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است. به همین علت، افراد دارای کیفیت زندگی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته و آینده خود و دیگران، رویدادهای مثبت بیشتری را به یاد می‌آورند و ارزیابی مثبتی از پیرامون خود دارند (تیم^۹، ۲۰۱۰). اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره ۵ بُعد زیر را در برمی‌گیرد:

1. obesity & overweight
2. metabolism
3. Vaidya
4. overeating
5. quality of life
6. Cornford, Barkan, Hinko, & Horowitz
7. world health organization
8. life satisfaction
9. Thimm

– فیزیکی: مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود از این دسته هستند.

– روانی: اضطراب، افسردگی و ترس از این زمره‌اند.

– اجتماعی: این بعد در مورد رابطه‌ی فرد با خانواده، دوستان و همکاران و در نهایت جامعه است.

– روحی: درک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی را در برمی‌گیرد. ثابت شده است که بعد روحی، زیرمجموعه‌ی بعد روانی نبوده و یک دامنه‌ی مهم و مستقل محسوب می‌شود.

– علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان: در این راستا مواردی مانند درد، تهوع و استفراغ را می‌توان نام برد. این بعد بیشتر در ابزارهای اختصاصی مورد توجه واقع می‌شود (نجات، ۱۳۸۷).

بنا بر بررسی فاهیه^۱ (۲۰۰۴، به نقل از برادران، ۱۳۹۵) امروزه می‌توان سه رویکرد عمده

به کیفیت زندگی را شناسایی کرد:

– رویکرد اول معتقد است که کیفیت زندگی به شرایط افراد مربوط است؛

– رویکرد دوم، کیفیت زندگی را یک مفهوم چندبعدی می‌داند. این نگرش به توصیف حوزه‌های چندگانه‌ی کیفیت زندگی و همچنین تأثیر متقابل این حوزه‌ها بر یکدیگر می‌پردازد؛

– سومین رویکرد نیز معتقد است که کیفیت زندگی با دو شاخص عینی و ذهنی اندازه‌گیری می‌شود. جنبه‌ی ذهنی به افراد کمک می‌کند تا تعریفی از هویت، آرمان‌ها و جهت‌یابی زندگی‌شان ارائه کنند و این جنبه زمانی با ارزش است که با شرایط عینی زندگی همراه شود (عظیمی و باجلان، ۱۳۸۸).

از جمله متغیرهایی که بر کیفیت زندگی افراد چاق می‌تواند تأثیر داشته باشد، خوردن

ذهن آگاهانه^۲، تصویر بدنی^۳ و رفتارهای خوردن^۴ هستند.

خوردن ذهن آگاهانه به عنوان آگاهی غیر قضاوتی از حالت‌های هیجانی و فیزیکی مرتبط

با خوردن توصیف می‌شود (فرامسون، کریستال، شنک، لیتمن، زیلاد و بنیتز^۵، ۲۰۰۹). ذهن

آگاهی، یک مفهوم مربوط به آگاهی‌ها و هوشیاری‌هایی است که به اینجا و زمان حال

1. Fahiye

2. mindful eating

3. body image

4. eating behaviors

5. Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliadt, & Benitez

محدود می‌شود و نه تنها دربرگیرنده‌ی عدم پیش‌داوری در نگرش است، بلکه نیازمند، هوشیاری، تمرکز پایدار و گشودگی ذهن است. بر همین اساس، ذهن آگاهی منجر به بینش غیردردآور و غیرشخصی خواهد شد؛ زیرا تجارب کاملاً آگاهانه و هوشیارانه منجر به پایداری در کسب تجربه‌های اساسی خواهد شد (بار، لایکینز و پترز^۱، ۲۰۱۲). به این ترتیب، کابات-زین^۲ (۲۰۰۳) ذهن آگاهی را به عنوان حالت توجهی برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه‌ی کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف کرده است (اصغری، قاسمی جوبنه، حسینی صدیق و جامعی، ۱۳۹۵)؛ البته توجه در این تعریف، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه‌ی کنونی. برخی از یافته‌ها نشان داده‌اند که ذهن آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی و معنادار کردن آن و از این راه، باعث افزایش بهزیستی افراد می‌شود و به علاوه، یک چارچوب متعادل ذهنی است که از بزرگنمایی‌های هیجانی و ناگوار جلوگیری می‌کند و فرصتی فراهم می‌سازد که فرد از حالت‌های هیجانی ناخوشایند و بروز ناپایداری هیجان‌ها فاصله بگیرد (والش، بالینت، فردریکسن و مدسن^۳، ۲۰۰۹). خوردن ذهن آگاهانه به کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی برای غذا خوردن شامل آگاهی غیرقضاوتی از نشانه‌های داخلی و خارجی تأثیرگذار بر میل به خوردن، انتخاب غذا، مقدار مصرف و شیوه‌ای که غذا مصرف می‌شود، اشاره دارد (چونگ و هان^۴، ۲۰۱۰). در رژیم‌های غذایی، استراتژی‌های خوردن ذهن آگاهانه عمدتاً در مدیریت چاقی و اختلالات خوردن استفاده شده است (اورایلی، اسپروویجت-مت و بلک^۵، ۲۰۱۴). یک پژوهش مقطعی در شمال استرالیا نشان داد که نمره‌ی بالا در ذهن آگاهی با خوردن ذهن آگاهانه مرتبط بود و خوردن ذهن آگاهانه با انتخاب اندازه‌های کوچک‌تر غذاهای پرانرژی مرتبط بود (بشارا، هونتچینسون و ویلسون^۶، ۲۰۱۳). یکی از مدل‌هایی که تا حدودی توانسته است به تبیین سازه‌ی ذهن آگاهی پردازد مدل شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن^۷

1. Baer, Lykins, & Peters
2. Kabat-Zinn
3. Walsh, Balint, Fredericksen, & Madsen
4. Cheung & Hanh
5. O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz, & Black
6. Beshara, Hutchinson, & Wilson
7. Astin & Freedman

(۲۰۰۶) است. این مدل سه اصل ذهن آگاهی شامل هدف یا قصد، توجه و نگرش را شامل می‌شود. نقش قصد در ذهن آگاهی توسط مطالعه‌ی شاپیرو (۱۹۹۲) نمایان می‌شود که به بررسی قصد افرادی که تمرین ذهن آگاهی را انجام می‌دادند پرداخت و متوجه شد که همچنان که تمرین‌کننده‌ها پیش می‌روند، قصدهای آن‌ها در امتداد یک پیوستار از خودتنظیمی^۱، به خود اکتشافی^۲ و در نهایت به خود رهاسازی^۳ جابه‌جا می‌شود. دومین جزء اساسی ذهن آگاهی، توجه است. در بافت ذهن آگاهی توجه کردن شامل مشاهده اعمال لحظه‌به‌لحظه فرد و تجربه درونی و بیرونی او است. در این اصل که در بسیاری از درمان‌های شناختی مطرح می‌شود، فرد یاد می‌گیرد به محتوای هشیار لحظه‌به‌لحظه توجه کند. به‌عنوان مثال، گشتالت درمانی بر آگاهی از لحظه حال تأکید می‌کند و بنیان‌گذار آن پرلز ادعا می‌کند که، توجه به خودی خود درمان‌بخش است، اهمیت توجه همچنین در درمان رفتارشناختی که بر اساس توجه به رفتارهای درونی و بیرونی (به معنی مشاهده) قرار دارد، دیده می‌شود. به همین ترتیب هسته ذهن آگاهی نیز، توجه است (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶). در اصل نگرش، غالباً ذهن آگاهی با آگاهی صرف مرتبط می‌شود اما کیفیت این آگاهی صراحتاً بیان نشده است. با این وجود، ویژگی‌هایی که فرد به همراه رفتار توجه کردن با خود به همراه دارد نیز تعیین‌کننده است. فرض می‌شود که افراد می‌توانند توجه به تجارب درونی و بیرونی‌شان را بدون قضاوت یا تفسیر کردن یاد بگیرند و پذیرش، مهربانی و باز بودن حتی زمانی که آنچه در زمینه‌ی تجربه اتفاق می‌افتد برخلاف خواسته‌ها و انتظارات عمیق آن‌ها است به کار بندند، بدین ترتیب روشن کردن کیفیتی نگرشی توجه ضروری است (بیشاپ^۴، ۲۰۰۲).

بنابراین، از دیگر عوامل روان‌شناختی که می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد، تصویر بدنی است (زنجانی، ۱۳۸۷). تصویر بدنی یکی از سازه‌های روان‌شناختی و یک مفهوم محوری برای روان‌شناسان سلامت است (گروگان^۵، ۲۰۰۶). تصویر از بدن به‌عنوان

-
1. self-regulation
 2. self-exploration
 3. self-liberation
 4. Bishop
 5. Grogan

پدیده‌ای روان‌شناختی، در خلال مجموعه‌ای از سازه‌های شناختی چندبعدی، تجربه می‌شود. اما این تصورات ذهنی ثابت نیستند و توسط تجاربی که فرد پیدا می‌کند، گسترش می‌یابد و بر اساس عوامل درونی، بیرونی و زمینه‌ای تغییر می‌یابد (اسپیتگ و هندرسون^۱، ۲۰۰۴). یکی از جنبه‌های مهم تشکیل‌دهنده‌ی عزت‌نفس افراد، ظاهر جسمانی و تصویر بدنی است. تصویر ذهنی که مورد پذیرش فرد نباشد، منجر به تغییراتی در احساس ارزشمندی و نارضایتی بدنی می‌شود و ممکن است کیفیت زندگی و رضایت از زندگی را در افراد به‌خصوص زنان تحت تأثیر قرار دهد (نیسی شوشتري، ۱۳۸۰). زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن ممکن است به خاطر استانداردهای فرهنگی-اجتماعی درباره‌ی زیبایی و اندام ایده‌آل، تصویر بدنی منفی از خود داشته باشند و خود را از لحاظ ساختاری زشت و فاقد استانداردهای زیبایی بدانند و در نتیجه، ممکن است دچار عزت‌نفس پایین شده و این عزت‌نفس پایین تمامی جنبه‌های زندگی این افراد را تحت تأثیر خود قرار دهند (زارع‌احمدآبادی و پونده‌نژادان، ۱۳۹۱). تصویر بدن، یک سازه‌ی روان‌شناختی چندبعدی و پیچیده است که شامل ادراکی‌های مرتبط با بدن و خود‌نگرشی‌هایی شامل تفکرات، عقاید، احساسات و رفتارها است (کش^۲، ۲۰۰۴). تامپسون^۳ (۱۹۹۰، به نقل از سوسا^۴، ۲۰۰۸) تصویر بدن را شامل سه مؤلفه‌ی زیر می‌داند:

الف) مؤلفه‌ی ادراکی که با ادراک دقیق ظاهر جسمانی فرد مرتبط است و برآوردی از اندازه و وزن بدن است؛

ب) مؤلفه‌ی ذهنی که شامل جنبه‌هایی نظیر رضایت از ظاهر، توجه، نگرانی و اضطراب ناشی از عدم رضایت از آن است؛

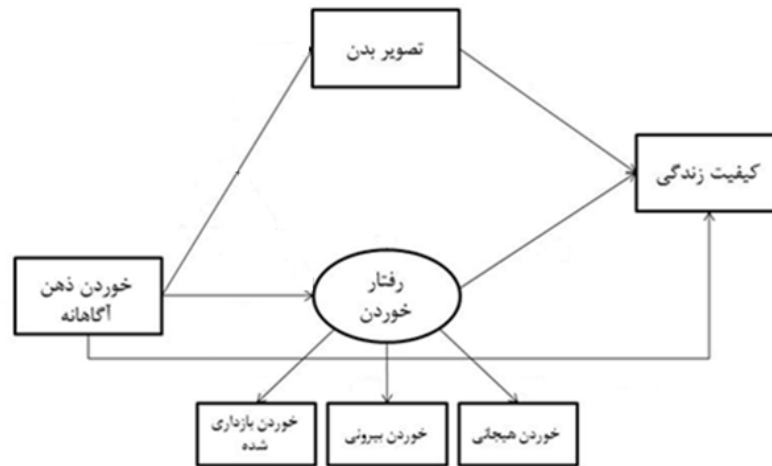
ج) مؤلفه‌ی رفتاری که بر موقعیت‌هایی متمرکز است که افراد از آن اجتناب می‌کنند تا از نگرانی ناشی از عدم تناسب ظاهر بدنی خود دوری گیرند.

از سوی دیگر نیز، رفتارهای خوردن نیز به نظر می‌رسد توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد دارای اضافه وزن را داشته باشد. رفتار خوردن آشفته به‌عنوان تلاش‌هایی برای کنار

-
1. Spettigue & Henderson
 2. Cash
 3. Thompson
 4. Sousa

آمدن با عواطف منفی به وسیله‌ی فراهم کردن راحتی کوتاه‌مدت یا حواس‌پرتی نگریسته می‌شوند (اسمیت، واندرلیچ، هرون، اسلیوینسکی، کروسبی، میشل و همکاران^۱، ۲۰۰۷). پژوهش روی کارکردهای هیجانی و رفتارهای خوردن آشفته عمدتاً به مطالعه‌ی دو بعد از هیجان محدود شده است، عواطف منفی و تنظیم هیجان (گریفیتس، آنگوس، موری و تویز^۲، ۲۰۱۴). گمان می‌رود که مشکلات در تنظیم هیجان، رفتارهای خوردن آشفته را در طی زمانی که فرد آشفتگی هیجانی دارد، پیش‌بینی می‌کند (لافرانس، رابینسون، کاسمرلی، منزفیلد-گرین و لافرانس^۳، ۲۰۱۴). رفتارهای خوردن آشفته می‌تواند به چاقی و اضافه وزن منجر شده و در نتیجه سلامت جسمانی، روانی و عملکردی فرد را تحت تأثیر خود قرار دهد و به کیفیت زندگی پایین و نارضایتی از زندگی بینجامد. شیوع رفتارهای خوردن آشفته در حال افزایش و حتی فراتر از شیوع ثبت‌شده برای اختلالات خوردن، به‌ویژه در میان افراد جوان است (وایت، رینولدز-مالیر و کوردرو^۴، ۲۰۱۱). علاوه بر بار مالی سنگینی که مبتلایان به این اختلال‌ها به سیستم سلامت تحمیل می‌کنند، ماهیت پیچیده‌ی این اختلال‌ها، آن‌ها را در زمره‌ی دشوارترین اختلال‌های روانی از نظر درمان قرار داده است. بنابراین، بررسی متغیرهای مرتبط با چاقی و اضافه وزن می‌تواند سهم مهمی در برنامه‌های درمانی، آموزشی و همچنین بالا بردن کیفیت زندگی این افراد داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال کلی بود که آیا مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس خوردن ذهن‌آگاهانه با میانجی‌گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن در زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی، برازنده‌ی داده‌ها است (شکل ۱ را ببینید)؟

1. Smyth, Wonderlich, Heron, Sliwinski, Crosby, Mitchell, et al.
2. Griffiths, Angus, Murray, & Touyz
3. Lafrance, Robinson, Kosmerly, Mansfield-Green, & Lafrance
4. White, Reynolds-Malear, & Cordero



شکل ۱. مدل پیشنهادی پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس خوردن ذهن‌آگاهانه با میانجی‌گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن در زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی.

بنابراین، با توجه به مدل مفهومی ترسیم‌شده، در پژوهش حاضر فرضیه‌های مستقیم و

غیرمستقیم زیر مورد بررسی می‌گیرند:

فرضیه‌های مستقیم از قرار زیر است:

- خوردن ذهن‌آگاهانه بر تصویر بدنی تأثیر مثبت و معناداری دارد.
- خوردن ذهن‌آگاهانه بر رفتارهای خوردن تأثیر مثبت و معناداری دارد.
- خوردن ذهن‌آگاهانه بر کیفیت زندگی تأثیر مثبت و معناداری دارد.
- تصویر بدنی بر کیفیت زندگی تأثیر مثبت و معناداری دارد.
- رفتارهای خوردن بر کیفیت زندگی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

فرضیه‌های غیرمستقیم از قرار زیر است:

- تصویر بدنی در ارتباط بین خوردن ذهن‌آگاهانه و کیفیت زندگی در زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی، میانجی‌گری می‌کند.
- رفتارهای خوردن در ارتباط بین خوردن ذهن‌آگاهانه و کیفیت زندگی در زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی، میانجی‌گری می‌کند.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی و به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری^۱ (SEM) بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی در کنار خلیج همیشه فارس شهرستان اهواز در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه اولیه پژوهش شامل ۶۲۵ زن متأهل بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند و سپس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج غربالگری شدند که نتیجه این غربالگری حذف ۲۲۵ نفر از این نمونه بود و در نتیجه تعداد نمونه نهایی به ۴۰۰ نفر رسید. ملاک‌های ورود عبارت بود از: توانایی خواندن و نوشتن، مدت ازدواج حداقل ۱ سال، در قید حیات بودن همسر، زندگی با همسر کنونی، ساکن دائمی اهواز بودن در حال حاضر، ازدواج اول بودن، دامنه‌ی سنی بین ۲۰ تا ۴۹ سال، داشتن اضافه وزن با BMI بیشتر از ۲۵؛ و ملاک‌های خروج عبارت بود از: مبتلا بودن به بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، مصرف داروهای اضافه وزن و چاقی، بی‌سواد بودن، عدم رضایت از شرکت، دوره‌های بارداری و شیردهی، یائسه بودن، مطلقه بودن، فوت همسر، داشتن مشکلات خانوادگی و زناشویی (که با پرسش از شرکت‌کننده‌ها در مورد مراجعه به مراکز حل اختلاف یا دادگاه مشخص می‌شد)، داشتن مشکلات عاطفی و خلقی محسوس، عدم مشغولیت به ورزش روزانه، معلولیت جسمی، داشتن بیماری جسمی یا هرگونه علت زیستی برای اضافه وزن، داشتن همسر معتاد.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه، پرسشنامه‌ی خوردن ذهن آگاهانه، پرسشنامه‌ی نگرانی از تصویر بدنی و پرسشنامه‌ی رفتار خوردن داچ استفاده شد.

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه^۲ (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) تدوین شده و شامل ۲۶ ماده است که کیفیت زندگی را در چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی می‌سنجند. پاسخ‌ها بر روی یک طیف لیکرت از ۱ (اصلاً) تا ۵ (بی‌نهایت)

1. structural equation modeling

2. world health organization quality of life questionnaire

نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه‌ی نمره‌ی فرد از ۲۶ تا ۱۳۰ است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در تحقیقات خارجی تأیید شده است (اسکوینگتون، لطفی و اوکنل^۱، ۲۰۰۴). همچنین، ضرایب روایی و اعتبار به‌دست‌آمده حاکی از مناسب بودن این مقیاس برای کیفیت زندگی در نمونه‌های ایرانی بود (نجات، منتظری، هلاکوئینایی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵). ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی خوردن ذهن‌آگاهانه ۲ (MEQ): این پرسشنامه توسط فرامسون و همکاران (۲۰۰۹) طراحی شده و حاوی ۲۸ ماده‌ی خود گزارش‌دهی است که شامل ۵ بعد از خوردن ذهن‌آگاهانه است: عدم بازداری، نشانه‌های خارجی، آگاهی، پاسخ هیجانی و حواس‌پرتی. ماده‌ها بر اساس یک طیف لیکرت ۴ امتیازی از (هرگز/بندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب = ۳، همیشه = ۴) درجه‌بندی می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰/۴۳ تا ۰/۸۱ به دست آمده است؛ همچنین، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۶ بود که نشانگر سطح بالای پایایی این پرسشنامه است (فرامسون و همکاران، ۲۰۰۹). روایی بیرونی این متغیر در این پژوهش به‌وسیله گرفتن ضریب همبستگی پیرسون آن با مقیاس پنج‌عاملی ذهن‌آگاهی^۳ (FFMQ) بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمایر و تونی^۴ (۲۰۰۶) ۰/۲۸ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به دست آمد. پرسشنامه‌ی نگرانی از تصویر بدنی^۵ (BICI): این پرسشنامه‌ی ۱۹ سؤالی توسط لیتلتون، اکسوم و پری^۶ (۲۰۰۵) ساخته شده است که به بررسی نارضایتی فرد درباره‌ی ظاهرش می‌پردازد و توسط محمدی و سجادی‌نژاد (۱۳۸۴) در ایران هنجاریابی شده است. این پرسشنامه روی مقیاسی پنج‌درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافقم و ۵ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. کمینه و بیشینه نمره‌های این پرسشنامه به

1. Skevington, Lotfy, & O'Connell
2. mindful eating questionnaire
3. five facet mindfulness questionnaire
4. Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney
5. body image concern inventory
6. Littleton, Axsom, & Pury

ترتیب ۱۹ و ۹۵ است که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی نارضایتی بیشتر از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. این پرسشنامه شامل ۲ عامل نگرانی درباره‌ی بدشکلی ظاهر و تداخل نگرانی درباره‌ی ظاهر در عملکرد اجتماعی طراحی شده است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آوردند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ تا ۰/۷۶ به دست آمد. محمدی و سجادی‌نژاد (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۴ و برای عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آوردند. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی رفتار خوردن داچ ۱ (DEBQ): این پرسشنامه توسط ون استرین، فریجترز، برگرز و دفارس^۲ (۱۹۸۶) به منظور تعیین سبک‌های خوردن ساخته شد. سؤالات آزمون شامل ۳۳ سؤال و سه خرده‌مقیاس برای سنجش سبک‌های خوردن هیجانی، خوردن بازداری شده و خوردن بیرونی است. پاسخ‌ها به صورت رتبه‌بندی ۵ درجه‌ای است (هرگز = ۱، به ندرت = ۲، گاهی = ۳، اغلب = ۴ و بسیار زیاد = ۵). مطالعات متعدد، آلفای کرونباخ بالا (۰/۸۲ تا ۰/۹۴) را برای مقیاس‌های آن گزارش نموده‌اند (هابنر، بالدوفسکی، کروسبی، مولر، دی زوان و هیلبرت^۳، ۲۰۱۶). پرسشنامه‌ی یادشده توسط صالحی فدردی، مدح شورچه و نعمتی (۱۳۹۰) در ایران هنجاریابی شده است. علیپور، عبدخدایی و محمدی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن بازداری شده را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آوردند. ضریب پایایی نمره کل این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌های خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن بازداری شده به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۳ به دست آمد.

ابتدا در دو روزنامه‌ی محلی و یک آگهی فراخوان در سیستم الکترونیک مجازی جهت همکاری شرکت‌کننده‌های دارای ویژگی‌های موردنظر جهت مراجعه به مراکز مشاوره و رژیم‌درمانی و روان‌شناسی «بین‌الملل» در شهر اهواز به چاپ رسید که داوطلبان شرکت‌کننده

1. Dutch Eating Behaviour Questionnaire
2. Van Strien, Frijters, Bergers, & Defares
3. Hübner, Baldofski, Crosby, Müller, de Zwaan, & Hilbert

۶۲۵ نفر بودند که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج غربال‌گری، افراد واجد شرایط با تعداد ۴۰۰ نفر انتخاب شدند. پس از توضیح ماهیت پژوهش و هدف آن، یک فرم مکتوب رضایت آگاهانه به شرکت‌کننده‌ها داده شد. بعد از دریافت رضایت و اجازه‌ی آن‌ها، پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های پژوهش به آن‌ها ارائه شد و روند بررسی شرکت‌کننده‌ها با استفاده از ابزارهای پژوهش، آغاز گردید. همچنین، کلیه‌ی مراحل پژوهش از جمله پرسشگری و اجرا به صورت انفرادی در اتاق مشاوره انجام گرفته است. به علاوه، کلیه‌ی مسائل اخلاقی (از جمله توضیح هدف پژوهش برای شرکت‌کننده‌ها، دادن زمان کافی به هر شرکت‌کننده برای تکمیل پرسشنامه «حدود ۹۰ دقیقه»، توضیح‌های اضافه در مورد سؤال‌های مقیاس‌ها در صورت نیاز، اجازه خروج از مطالعه، اطمینان از بی‌نام بودن مقیاس‌ها و اجازه باخبر شدن از نتایج پژوهش) و اخلاق پژوهش (انجام کلیه‌ی مراحل توسط خود پژوهشگر، صداقت با شرکت‌کننده‌ها، صداقت در تحلیل و گزارش داده‌ها) در حین انجام کار رعایت شد.

یافته‌های پژوهش

در این بخش، یافته‌های آماری پژوهش ارائه شده‌اند.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

شاخص‌های توصیفی	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
خوردن ذهن آگاهانه	۸۳/۷۵	۷/۷۷	۶۰	۱۱۰
تصویر بدن	۵۲/۳۹	۱۵/۵۳	۱۹	۹۵
خوردن هیجانی	۳۲	۹/۹۸	۱۳	۶۰
خوردن بیرونی	۲۹/۳۰	۶/۹۱	۱۰	۴۹
خوردن بازدارنده شده	۳۰/۰۹	۷/۶۵	۱۰	۴۹
کیفیت زندگی	۸۸/۶۰	۱۳	۵۰	۱۲۹

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای متغیرهای خوردن ذهن آگاهانه ۸۳/۷۵ و ۷/۷۷، تصویر بدن ۵۲/۳۹ و ۱۵/۵۳، خوردن هیجانی

۳۲ و ۹/۹۸، خوردن بیرونی ۲۹/۳۰ و ۶/۹۱، خوردن بازداری شده ۳۰/۰۹ و ۷/۶۵ و کیفیت زندگی ۸۰/۶۰ و ۱۳ به دست آمد.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین متغیرهای سن، قد و وزن

شاخص‌های آماری		میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
متغیر					
سن زنان	۳۵/۸۵	۷/۷۵	۲۰	۴۹	
قد زنان	۱۶۲/۲۹	۶/۳۰	۱۴۸	۱۸۶	
وزن زنان	۸۲/۹۱	۱۲/۵۲	۵۷	۱۴۳	

بر اساس یافته‌های جدول ۲، میانگین (و انحراف معیار) سن ۳۵/۸۵ (و ۷/۷۵)، میانگین (و انحراف معیار) قد ۱۶۲/۲۹ (و ۶/۳۰)، میانگین (و انحراف معیار) وزن ۸۲/۹۱ (و ۱۲/۵۲) به دست آمد.

جدول ۳. فراوانی و درصد فراوانی میزان تحصیلات شرکت‌کننده‌ها

شاخص‌های آماری		فراوانی	درصد فراوانی
تحصیلات			
دیپلم و زیر دیپلم	۱۸۲	۱۸۲	٪۴۵/۵
فوق دیپلم	۴۲	۴۲	٪۱۰/۵
لیسانس	۱۳۸	۱۳۸	٪۳۴/۵
فوق لیسانس	۳۷	۳۷	٪۹/۲۵
دکتری	۱	۱	٪۰/۲۵

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که از میان زنان شرکت‌کننده ۱۸۲ نفر (٪۴۵/۵) با سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۴۲ نفر (٪۱۰/۵) با سطح تحصیلات فوق دیپلم، ۱۳۸ نفر (٪۳۴/۵) با سطح تحصیلات لیسانس، ۳۷ نفر (٪۹/۲۵) با سطح تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (٪۰/۲۵) با سطح تحصیلات دکتری می‌باشند. همچنین، بیشترین و کمترین فراوانی‌ها به ترتیب مربوط به گروه‌های «دیپلم و زیر دیپلم» (۱۸۲ نفر) و «دکتر» (۱ نفر) بود.

جدول ۴. نتایج آزمون طبیعی بودن متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری		متغیرها
آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	Z	
سطح معناداری		
۰/۳۰	۰/۴۵	خوردن ذهن آگاهانه
۰/۲۵	۰/۶۱	تصویر بدن
۰/۲۹	۰/۴۸	خوردن هیجانی
۰/۱۵	۰/۳۹	خوردن بیرونی
۰/۱۹	۰/۴۳	خوردن بازدارنده شده
۰/۲۳	۰/۴۶	کیفیت زندگی

همان‌گونه که در جدول ۴، مشاهده می‌شود نمره‌ی Z (و سطح معناداری) به ترتیب برای متغیرهای خوردن ذهن آگاهانه ۰/۴۵ (۰/۳۰)، تصویر بدن ۰/۶۱ (۰/۲۵)، خوردن هیجانی ۰/۴۸ (۰/۲۹)، خوردن بیرونی ۰/۳۹ (۰/۱۵)، خوردن بازدارنده شده ۰/۴۳ (۰/۱۹)، و کیفیت زندگی ۰/۴۶ (۰/۲۳) به دست آمد، که این بیانگر این موضوع است که نمره‌ی Z آن‌ها معنادار نیست، بنابراین تخطی از فرض طبیعی بودن داده‌ها قابل مشاهده نیست.

جدول ۵. نتایج بررسی هم خطی چندگانه متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری		متغیرها
شاخص‌های هم خطی چندگانه	آماره تحمل	
عامل تورم واریانس		
۱/۱۲۳	۰/۸۹۰	خوردن ذهن آگاهانه
۱/۳۹۹	۰/۷۱۵	تصویر بدن
۱/۵۴۴	۰/۶۴۸	خوردن هیجانی
۱/۷۰۱	۰/۵۸۸	خوردن بیرونی
۲/۲۵۱	۰/۴۴۴	خوردن بازدارنده شده

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود آماره تحمل و (عامل تورم واریانس) به ترتیب برای متغیرهای خوردن ذهن آگاهانه ۰/۸۹۰ (۱/۱۲۳)، تصویر بدن ۰/۷۱۵ (۱/۳۹۹)، خوردن هیجانی ۰/۶۴۸ (۱/۵۴۴)، خوردن بیرونی ۰/۵۸۸ (۱/۷۰۱)، و خوردن بازدارنده شده ۰/۴۴۴ (۲/۲۵۱) است. مندرجات جدول ۴-۴ نشان می‌دهند که ارزش‌های تحمل

به دست آمده برای متغیرها، بالای ۰/۱۰ هستند و نشان دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها می‌باشند. همچنین مقدار عامل تورم واریانس به دست آمده برای متغیرها کوچک‌تر از ۱۰ هستند و این نشان می‌دهد که بین متغیرها، هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

جدول ۶. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. خوردن ذهن آگاهانه	۱					
۲. تصویر بدن	** -۰/۲۵	۱				
۳. خوردن هیجانی	** -۰/۲۷	** ۰/۳۴	۱			
۴. خوردن بیرونی	** -۰/۱۸	** ۰/۴۶	** ۰/۵۹	۱		
۵. خوردن بازداری شده	** -۰/۳۸	** -۰/۳۸	** -۰/۳۸	** -۰/۳۸	۱	
۶. کیفیت زندگی	** ۰/۳۴	** -۰/۴۰	** -۰/۲۷	** -۰/۲۸	** -۰/۳۸	۱

** $p < 0/01$

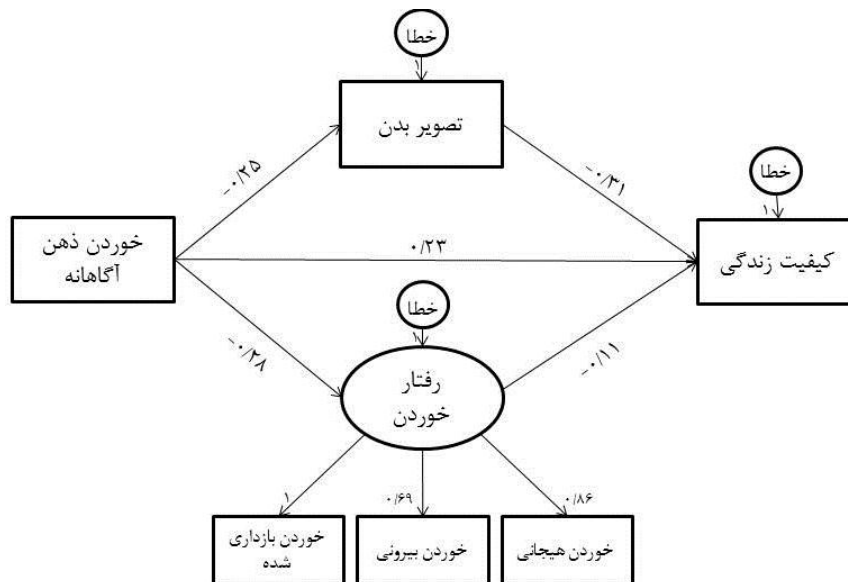
مندرجات جدول ۶ همبستگی ساده‌ی بین متغیرها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، رابطه‌ی بین تمام متغیرهای پژوهش معنادار است. همچنین، کمترین و بیشترین ضرایب همبستگی بین متغیرها با متغیر وابسته به ترتیب متعلق به خوردن هیجانی (۰/۲۷-) و تصویر بدن (۰/۴۰-) است.

جدول ۷. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی رابطه‌ی بین خوردن ذهن آگاهانه با کیفیت زندگی با میانجی‌گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن

RMSEA	CFI	GFI	NFI	TLI	(χ^2/df)	P	Df	χ^2
۰/۱۶	۰/۸۷	۰/۹۳	۰/۸۵	۰/۸۴	۱۴/۳۴	۰/۰۰۱	۷	۱۰۰/۴۴

همان‌گونه که در جدول ۷ نشان داده شده است، مجذور کای بر درجه آزادی مدل پیشنهادی با $df = 7$ برابر با ۱۴/۳۴ و معنادار است ($p < 0/01$). شاخص‌های برازندگی ۰/۸۴ $\chi^2 =$ ، $CFI = 0/87$ و $GFI = 0/93$ ، $NFI = 0/85$ ، $TLI =$ مقدار قابل قبول ۰/۷ هستند؛ با این حال، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) ۰/۱۶ است که بیانگر خطای بالای مدل پیشنهادی است (شکل ۲ را ببینید).

بنابراین، مدل پیشنهادی مورد اصلاح قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.



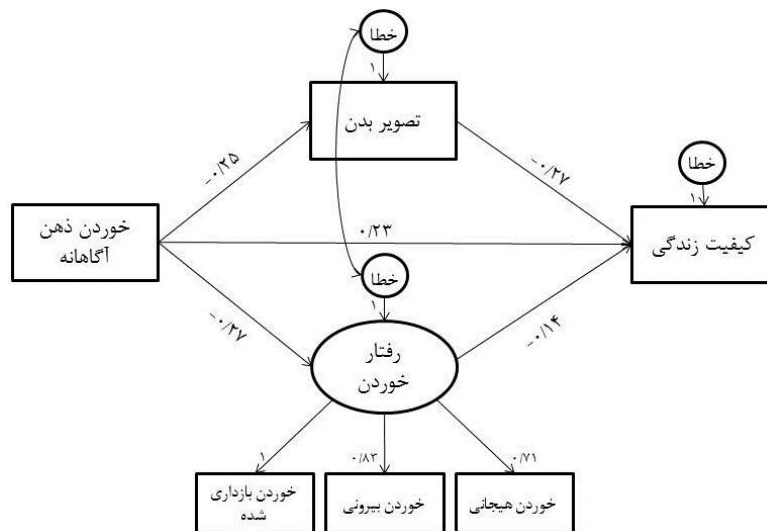
شکل ۲. ضرایب مسیر مدل پیشنهادی.

جدول ۸. شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح‌شده‌ی رابطه‌ی بین خوردن ذهن‌آگاهانه با کیفیت زندگی با میانجی‌گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن

RMSEA	CFI	GFI	NFI	TLI	(χ^2/df)	P	Df	χ^2
۰/۰۸	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۴	۰/۹۰	۴/۱۹	۰/۰۰۱	۶	۱۵/۱۷

همان‌گونه که در جدول ۸ نشان داده شده است، برای مدل اصلاح‌شده با یک شاخص اصلاح از تصویر بدنی به رفتار خوردن، مجذور کای بر درجه آزادی با $df = ۶$ برابر با $۴/۱۹$ به دست آمد که معنادار است ($p < ۰/۰۱$)، البته باید توجه داشت که این شاخص نسبت به حجم نمونه حساس است و در نمونه‌های با حجم بیش از ۲۰۰ نفر تقریباً همیشه معنادار است. شاخص‌های برازندگی $TLI = ۰/۹۰$ ، $NFI = ۰/۹۴$ ، $GFI = ۰/۹۸$ و $CFI = ۰/۹۵$ به دست آمده‌اند و همگی بالاتر از مقدار قابل قبول $۰/۷$ و مقدار عالی $۰/۹$ هستند. همچنین، شاخص

جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) ۰/۰۸ است که بیانگر خطای قابل قبول مدل نهایی است (شکل ۲ را ببینید). بنابراین، پاسخ به پرسش اول پژوهش، مثبت است.



شکل ۳. ضرایب مسیر مدل اصلاح شده

جدول ۹. نتایج ضرایب مسیرهای مستقیم مدل نهایی

مسیرها	برآورد استاندارد	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری (p)
خوردن ذهن آگاهانه به تصویر بدنی	-۰/۲۵	-۰/۳۳۳	-۰/۱۸۰	p = ۰/۰۰۱
خوردن ذهن آگاهانه به رفتارهای خوردن	-۰/۲۷	-۰/۳۸۹	-۰/۱۶۳	p = ۰/۰۰۱
خوردن ذهن آگاهانه به کیفیت زندگی	۰/۲۳	۰/۱۴۶	۰/۳۱۱	p = ۰/۰۰۱
تصویر بدنی به کیفیت زندگی	-۰/۲۷	-۰/۳۷۳	-۰/۱۷۹	p = ۰/۰۰۱
رفتارهای خوردن به کیفیت زندگی	-۰/۱۴	-۰/۲۵۶	-۰/۰۲۵	p = ۰/۰۴۱

همان گونه که در جدول ۹ مشاهده می‌شود، کلیه ضرایب مسیرهای مستقیم مدل نهایی در سطح آماری ۰/۰۵ معنادار بودند. همچنین، بیشترین ضریب مربوط به مسیرهای خوردن ذهن آگاهانه به کیفیت زندگی ($\beta = -۰/۲۷$) و تصویر بدنی به کیفیت زندگی ($\beta = -۰/۳۱$) و کمترین ضریب مربوط به مسیر رفتارهای خوردن به کیفیت زندگی ($\beta = -۰/۱۴$) بودند.

جدول ۱۰. نتایج ضرایب مسیرهای غیرمستقیم مدل نهایی به روش بوت‌استرپ

مسیرها	داده	بوت	سوگیری	SE	حد پایین	حد بالا
خوردن ذهن آگاهانه به کیفیت زندگی از راه تصویر بدنی	۰/۱۵۷	۰/۱۵۹	۰/۰۰۲	۰/۰۳۷	۰/۲۳۹	۰/۰۹۱
خوردن ذهن آگاهانه به کیفیت زندگی از راه رفتارهای خوردن	۰/۳۶۰	۰/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳۳	۰/۲۰۹	۰/۰۷۷

همان‌گونه که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، ضرایب کلیه‌ی مسیرهای غیرمستقیم در سطح آماری ۰/۰۵ معنادار بودند و بیانگر میانجی‌گری تصویر بدنی در ارتباطات بین خوردن ذهن آگاهانه (۰/۱۵۷) به کیفیت زندگی و میانجی‌گری رفتارهای خوردن در ارتباطات بین خوردن ذهن آگاهانه (۰/۱۵۷) به کیفیت زندگی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

چنانکه پیش‌تر نیز عنوان شد، پژوهش حاضر در تلاش بود تا با بررسی پیشینه‌ی نظری و تجربی پژوهشی درباره‌ی کیفیت زندگی این افراد، مدلی علی جهت شناخت بهتر کیفیت زندگی این زنان ارائه دهد. یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان به دو بخش کلی تقسیم‌بندی کرد. در بخش اول، مسیرهای مستقیم مدل نهایی مورد بحث و مقایسه با ادبیات قبلی قرار گرفته‌اند.

نتایج فرضیه‌ی اول نشان داد که رابطه‌ی منفی و معناداری بین خوردن ذهن آگاهانه و تصویر بدنی وجود داشت؛ در نتیجه این فرضیه تأیید شد. این نتیجه با پژوهش‌های طالب‌زاده و اسمعیل‌زاده آخوندی (۱۳۹۵)، دیویس، اندرسون و پاپوچیک^۱ (۲۰۱۴)، ولچ، میلر، قادری و ویلنکورت^۲ (۲۰۰۹) و داوونی و چنگک^۳ (۲۰۰۷) همسو است. طالب‌زاده و اسمعیل‌زاده آخوندی (۱۳۹۵) در پژوهش خود به بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و بهبود افسردگی افراد پرداختند و دریافتند که ذهن آگاهی و فنون مرتبط با آن می‌توانند در کاهش تصویر بدنی منفی در میان افراد و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها به‌عنوان یک روش

1. Davis, Anderson, & Pobocik

2. Welch, Miller, Ghaderi, & Vaillancourt

3. Downey & Chang

درمان در کنار سایر درمان‌ها به‌خوبی مورد استفاده قرار گیرد. داوئی و چنگک (۲۰۰۷) در پژوهش خود که به وجود ارتباط بین خوردن مختل و ناآگاهانه با تصویر بدنی مختل پی بردند، بیان کردند که ویژگی‌های منفی مثل کمال‌گرایی اجتماعی مدار و خوردن‌های آشفته در میان زنانی که نارضایتی بدنی بیشتری داشتند، به‌طور معناداری بالاتر از سایر زنان با تصویر بدنی مناسب‌تر بود. این نویسندگان دریافتند در حالی که زنان به‌طور فزاینده‌ای نسبت به شکل و ظاهر بدنشان، نارضایتی بیشتری را تجربه می‌کنند، بیشتر مستعد خوردن نامناسب و ناآگاهانه می‌شوند. به‌علاوه، می‌توان این‌گونه در نظر گرفت که در میان زنان دارای اضافه وزن و چاقی که در رفتار غذا خوردن خود، می‌آموزند که به آنچه می‌خورند، ترکیبات و مزه‌ی آن توجه کنند، احساسی که در طی غذا خوردن و بعد از آن در آن‌ها به وجود می‌آورد، به اصرارهای درونی غذا خوردن و هیجان‌هایی که باعث میل به خوردن می‌شوند آگاهی کسب می‌کنند، در حال استفاده از «خوردن ذهن‌آگاهانه» هستند. خوردن ذهن‌آگاهانه می‌تواند توجه کامل به غذا به‌جای صرفاً و بدون توجه در دهان گذاشتن و خوردن آن بدون آگاهی و توجه به افکار، هیجان‌ها و احساس‌های خود باشد. وقتی افراد این ویژگی‌های ذهن‌آگاهانه را در خوردن خود لحاظ می‌کنند، نسبت به تبعات و نتایج آن آگاهی بیشتری می‌یابند و پذیرش بیشتری هم نسبت به آن کسب می‌کنند. در نتیجه، نارضایتی آن‌ها از شکل و ظاهر بدنشان نیز کمتر می‌شود.

نتایج فرضیه‌ی دوم نشان داد که رابطه‌ی منفی و معناداری بین خوردن ذهن‌آگاهانه و رفتارهای خوردن وجود داشت؛ در نتیجه، این فرضیه تأیید شد. به‌عبارت‌دیگر، در پژوهش حاضر نشان داده شد که در میان زنان دارای اضافه وزن و چاقی که خوردن ذهن‌آگاهانه را تجربه می‌کردند، از رفتارهای خوردن ناسالم کمتری استفاده می‌کردند. این یافته را می‌توان با یافته‌های پژوهش‌های طالب‌زاده و اسمعیل‌زاده آخوندی (۱۳۹۵)، دیویس و همکاران (۲۰۱۴)، ولچ و همکاران (۲۰۰۹) و داوئی و چنگک (۲۰۰۷) همسو دانست. در همین راستا، ولچ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی که به بررسی نگرش‌ها و رفتارهای خوردن پرداختند، پژوهش‌های مختلف نشان داده شده، مؤید نتایج مشابه بوده‌اند و دریافته‌اند که ذهن‌آگاهی بیشتر در افراد در ارتباط مستقیم با رفتارهای خوردن سالم‌تر است. مجموعه‌ی رو به رشدی

از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تغییر نگرش‌ها و رفتارهای خوردن ما در ارتباط با آداب و تشریفات غذا خوردن می‌تواند دقیقاً به همان میزان وسواس روی نوع مواد غذایی که مصرف می‌کنیم، مهم باشد (برای مثال، طالب‌زاده و اسمعیل‌زاده آخوندی، ۱۳۹۵). خوردن ذهن آگاهانه مفهومی است که هدف آن، متصل کردن ما به تجربه‌ی خوردن - و لذت بردن از - غذایمان است. هدف خوردن ذهن آگاهانه، بنا کردن وعده‌های غذایی مان بر سرخ‌های فیزیکی مثل علائم گرسنگی بدنی به جای سرخ‌های هیجانی مثل خوردن هیجانی است. از همین رو، اهداف آن کاملاً در مقابل رفتارهای خوردن ناسالمی قرار می‌گیرد که با خوردن هیجانی (برای مثال، خوردن به خاطر آرام کردن استرس)، خوردن بازداری شده (برای مثال، تلاش عمدی فرد جهت کم کردن میزان تغذیه) و خوردن بر اساس علائم بیرونی (برای مثال، جذب غذا شدن به خاطر بو یا ظاهر آن) مشخص می‌شود. بنابراین، می‌توان این گونه در نظر گرفت که وقتی افراد فنون ذهن آگاهی را فرامی‌گیرند، کمتر تحت تأثیر سرخ‌های بیرونی قرار می‌گیرند و بر اساس نیازهای بدنی و فیزیکی خود مشغول غذا خوردن می‌شوند.

نتایج فرضیه‌ی سوم نشان داد که رابطه‌ی مثبت و معناداری بین خوردن ذهن آگاهانه و کیفیت زندگی وجود داشت؛ در نتیجه این فرضیه تأیید شد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های کیارنی، مک‌درموت، مارتینز و سیمپسون^۱ (۲۰۱۱)، کافمن، لنت و سونسوینیس^۲ (۲۰۱۱)، کریستلر و وولور^۳ (۲۰۱۱)، های^۴ (۲۰۰۳) و ریبل، گریسون، برنارد و روزنزویگ^۵ (۲۰۰۱) همسو است. می‌توان این گونه بیان کرد که از آنجا که در میان زنان دارای اضافه وزن و چاقی، نارضایتی‌های بسیاری در ارتباط با عادت‌های غذایی خود و تأثیر آن بر عملکرد و ظاهرشان وجود دارد، فراگرفتن مهارت‌های ذهن آگاهانه و به کار بردن آن‌ها در امور مربوط به غذا خوردن و اصلاح رفتارهای خوردن، می‌تواند پیشرفت قابل توجهی در کاهش تنش‌های ناشی از رفتارهای خوردن ناسالم را داشته باشد و در نتیجه‌ی آن، رضایت و کیفیت بالاتری از زندگی را تجربه کنند. به‌طور کلی، در میان افراد دارای اضافه وزن و چاقی، به دلیل رفتارهای

1. Kearney, McDermott, Martinez, & Simpson
2. Kofman, Lent, & Swencionis
3. Kristeller & Wolever
4. Hay
5. Reibel, Greeson, Brainard, & Rosenzweig

خوردن غیرذهن‌آگاهانه، احساس خوب و لذت‌بخش زیادی از خوردن غذای خود دریافت نمی‌کنند. در مقابل، پیامدهای منفی حاصل از عادت‌های غذایی بد، آن‌قدر دامن‌گیر فرد دارای اضافه وزن و چاقی می‌شود که باعث کیفیت پایین زندگی وی می‌شود.

نتایج فرضیه‌ی چهارم نشان داد که رابطه‌ی منفی و معناداری بین تصویر بدنی و کیفیت زندگی وجود داشت؛ در نتیجه، این فرضیه تأیید شد. به عبارت دیگر، در پژوهش حاضر دریافت شد که هرچه تصویر بدنی زنان دارای اضافه وزن و چاقی، مثبت‌تر بود، از کیفیت زندگی بالاتری نیز بهره می‌بردند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دوارت و همکاران (۲۰۱۵)، جکت دار و ویلیامز^۱ (۲۰۰۴) و کش و فلمینگ^۲ (۲۰۰۲) که دریافتند تصویر بدنی مثبت با کیفیت زندگی بیشتر مرتبط است، همسو است. دوارت و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود دریافتند که نارضایتی از تصویر بدنی و ادراکات نامناسب بودن بر حسب تصویر بدنی، در کلیه‌ی ابعاد خود (ابعاد فیزیکی، محیطی، روابط اجتماعی و به‌ویژه، با ابعاد روان‌شناختی) با کیفیت زندگی بدتر مرتبط است. در مقابل، هرچه افراد، ادراک مثبت‌تری از ظاهر و شکل بدن خود داشتند و نسبت به آن احساس خوبی داشتند، کیفیت زندگی بالاتری را نیز گزارش می‌کردند. یک تصویر بدنی منفی (یعنی، نارضایتی بدنی و سرمایه‌گذاری مفرط بر تصویر بدنی) می‌تواند پیامدهای روانی-اجتماعی مضر مثل خوردن مختل (استایس^۳، ۲۰۰۲)، افسردگی (نولز، کش و وینستد^۴، ۱۹۸۵، به نقل از کش و همکاران، ۲۰۰۴)، اضطراب اجتماعی (کش و فلمینگ^۵، ۲۰۰۲) و عزت‌نفس ضعیف (پاول و هندریکس^۵، ۲۰۰۸) شود. در این راستا، اختلال بدشکلی بدن شامل یک بدکارکردی تصویر بدنی است که به‌طور قابل توجهی با بهزیستی هیجانی و اجتماعی روزمره‌ی فرد در تداخل است (فیلیپس^۶، ۲۰۰۲). چنین یافته‌هایی همگی به‌وضوح بر تلویحات تصویر بدنی منفی در ارتباط با کیفیت زندگی تأکید دارند. ارزیابی‌های منفی از شکل و ظاهر بدن فرد می‌تواند با به وجود آوردن احساس

-
1. Jakatdar & Williams
 2. Cash & Fleming
 3. Stice
 4. Noles & Winstead
 5. Powel & Hendricks
 6. Phillips

منفی در فرد مثل شرم و خجالت، باعث فاصله گرفتن فرد از اجتماع و کاهش عملکرد اجتماعی و در نتیجه، کیفیت زندگی پایین تر شود.

نتایج فرضیه پنجم نشان داد که رابطه منفی و معناداری بین رفتارهای خوردن و کیفیت زندگی وجود داشت؛ در نتیجه، این فرضیه تأیید شد. به عبارت دیگر، در پژوهش حاضر نشان داده شد که هرچه زنان دارای اضافه وزن و چاقی، از رفتارهای خوردن سالم تری پیروی می‌کردند، کیفیت زندگی بالاتری را نیز گزارش می‌کردند. این یافته با نتایج پژوهش‌های کافمن و همکاران (۲۰۱۱)، جنکینز و همکاران (۲۰۱۱) و های (۲۰۰۳) همسو است. کافمن و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود دریافتند که فراوانی رفتارهای خوردن ناسالم و پرخوری به‌طور منفی با کیفیت زندگی ادراک‌شده‌ی افراد همبسته بود. این نویسندگان بیان کردند که صرف‌نظر از وزن کلی به‌دست‌آمده یا ازدست‌رفته به خاطر رفتارهای غذایی ناسالم، شرکت‌کننده‌ها، کیفیت زندگی پایین تری را گزارش می‌کردند که نشان‌دهنده‌ی این امر است که این رفتارها نه تنها بر پیامدهای وزنی بلکه بر پیامدهای روانی-اجتماعی نیز تأثیر می‌گذارند. به علاوه، الگوهای غذا خوردن غیر انطباقی نیز دارای تأثیر منفی بر پیامدهای وزنی و روان‌شناختی هستند؛ به‌طوری که افرادی که پرخوری افراطی دارند، میزان کاهش کمی در شاخص توده‌ی بدنی خود نسبت به سایر افراد کسب می‌کنند و وزن بیشتری را نیز اضافه می‌کنند و درعین حال، به پریشانی روان‌شناختی بیشتر نیز مرتبط است (کولز، دیکسون و اوبراین^۱، ۲۰۰۸). از مدت‌ها پیش، سهم رفتارهای خوردن ناسالم و به‌نوعی، اختلالات خوردن، در طیف گسترده‌ای از اختلال‌ها در حیطه‌های فیزیکی و روان‌شناختی تأیید شده است، اما پژوهش‌های کمی به بررسی تأثیر این عوامل بر کیفیت زندگی افرادی که از این رفتارهای ناسالم رنج می‌برند، وجود دارد. های (۲۰۰۳) در پژوهش خود دریافت که رفتار خوردن ناسالم، واریانس بیشتری از کیفیت زندگی را در مقایسه با اضافه یا کاهش وزن تبیین می‌کرد. این نویسنده بیان کرد که این نتیجه‌ی غیرمنتظره می‌تواند به‌ویژه انعکاس‌دهنده‌ی ماهیت مضر نداشتن کنترل بر رفتار غذا خوردن باشد. بنابراین،

1. Colles, Dixon, & O'Brien

نداشتن کنترل بر رفتار غذا خوردن می‌تواند تأثیر ادراک‌شده‌ی بسیار بیشتری بر عملکرد و کیفیت زندگی افراد در مقایسه با رفتارهای حفظ وزن داشته باشد. علاوه بر این، پیامدهای منفی ناشی از رفتارهای خوردن ناسالم مثل اضافه وزن، پرخوری، احساس ناتوانی در تنظیم کردن برنامه‌ی غذا و مواردی مانند آن، از جمله عواملی هستند که می‌توانند با فراخوانی احساس‌های منفی در شخص، از میزان کیفیت زندگی او به‌طور معناداری بکاهند.

در بخش دوم، به بررسی نتایج برازش مدل نهایی و همچنین مسیرهای غیرمستقیم پژوهش پرداخته شده است که در ارتباط با آن‌ها، پژوهش قبلی در ادبیات پژوهش صورت نگرفته است. نتایج نشان داد با توجه این که مقادیر شاخص‌های تاکر لویز، برازش هنجار شده، نیکویی برازش و برازش تطبیقی دارای مقادیر بالاتر از $0/9$ هستند، می‌توان گفت که نشان‌دهنده‌ی مناسب بودن مدل پیشنهادی است و ریشه‌ی میانگین مجذورات خطای برآورد برابر با $0/08$ است که نشان‌دهنده‌ی خطای پایین و قابل قبول مدل است؛ همچنین، مقدار مجذور کای تقسیم بر درجه آزادی 8 و سطح معناداری آن کوچک‌تر از $0/05$ است که معنادار است ولی با توجه به تعداد حجم نمونه‌ی زیاد که بیش از 200 نفر و برابر با 400 نفر بود، قابل توضیح است. به علاوه، نشان داده شد خوردن ذهن آگاهانه با داشتن یک حالت ذهن آگاهی، با افزایش انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری فرد، در نهایت منجر به پیامدهای مثبتی در افزایش کیفیت کلی زندگی فرد می‌شود؛ در نتیجه، فرضیه‌ی ششم پژوهش تأیید شد. همچنین، نتایج نشان داد که وقتی زنان متأهل دارای اضافه وزن و چاقی، از ذهن آگاهی بیشتری در رفتار غذا خوردن خود بهره می‌برند، کیفیت زندگی آن‌ها نیز بالاتر می‌رود؛ با این حال، وقتی این زنان علی‌رغم داشتن خوردن ذهن آگاهانه، برداشت و تصویر ذهنی منفی از بدن خود دارند، از میزان تأثیر مثبت خوردن ذهن آگاهی آن‌ها بر کیفیت زندگی شان کاسته می‌شود و نارضایتی بیشتری را تجربه می‌کنند؛ در نتیجه، فرضیه‌ی هفتم پژوهش نیز تأیید شد. تأثیر منفی که تصویر بدنی منفی می‌تواند بر کیفیت زندگی بگذارد می‌تواند به واسطه‌ی احساس‌های منفی که به خاطر ترس از بد جلوه نشان دادن در نظر دیگران، فراخوانی می‌کند، باعث شود که خوردن ذهن آگاهانه در فرد نیز کاهش یابد. در نهایت، پژوهش حاضر دریافت که وقتی زنان چاق دارای اضافه وزن و چاقی، رفتارهای خوردن

ناسالمی را در پیش می‌گیرند، به‌طور معناداری از تأثیر مثبت خوردن ذهن آگاهانه بر کیفیت زندگی آن‌ها کاسته می‌شود؛ چراکه علی‌رغم آن‌که این زنان تلاش می‌کنند تا با توجه صرف به غذا در لحظه‌ی غذا خوردن و عدم توجه به تبعات آن، از غذا خوردن خود لذت ببرند، اما در نهایت تأثیر منفی که تصور آن‌ها از بدشکلی بدنشان بر کاهش کیفیت زندگی‌شان می‌گذارد، باعث می‌شود که حتی بیشترین آرامش در لحظه‌ی غذا خوردن، تأثیر خود را بر افزایش کیفیت زندگی از دست بدهد و از قدرت آن کاسته شود.

پژوهش حاضر با دو محدودیت مواجه بود: نخست، استفاده از طرح پژوهش توصیفی بود که امکان تعمیم نتایج را فراهم نمی‌کند و صرفاً به ارائه‌ی توصیفی از ویژگی‌های داده‌های مورد استفاده بسنده می‌کند؛ و دوم، عواملی مانند کیفیت زندگی از جمله عواملی که مشکل از ابعاد مختلف هستند که شایسته‌ی بررسی شدن هستند و عدم شناخت میزانی که هر یک از این ابعاد می‌تواند تحت تأثیر متغیرهای برون‌زاد پژوهش حاضر قرار گیرند، می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را از دید پنهان کند. پیشنهاد می‌شود که عوامل مورد بررسی در پژوهش حاضر در مطالعات علی-مقایسه‌ای مورد بررسی قرار گیرند و تأثیر عواملی مثل پایگاه اقتصادی-اجتماعی، سن، تحصیلات و غیره نیز مورد بررسی قرار گیرند. هم‌چنین، باید رسانه‌های گروهی به‌عنوان یک برنامه‌ی آموزش همگانی به‌منظور افزایش کیفیت زندگی مردم بکار گرفته شوند و در پژوهش‌های بعدی که به‌صورت آزمایشی و نیمه آزمایشی صورت می‌گیرند نیز یک مطالعه‌ی پیگیری نیز در طرح پژوهش گنجانده شود تا امکان ارزیابی پایداری تغییرات مثبت ایجادشده در افراد فراهم گردد. هم‌چنین توصیه می‌گردد به‌منظور بالا بردن کیفیت زندگی این افراد، از مداخلات روان‌شناختی استفاده شود و درمانگران با توجه به حیطه‌ی تخصصی خود، الگوهای متناسب با مشکلات مورد مواجهه را انتخاب و اجرا کنند. لذا انتظار می‌رود که از پژوهش‌های با موضوعات مشابه استقبال گردد تا نمونه‌های بیشتری از جامعه بررسی شوند. در پایان پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی در مورد مردان جامعه دارای اضافه وزن و چاقی با معیارهای مشابه، بررسی‌هایی صورت گیرد تا امکان انجام مقایسه‌های جنسیتی نیز فراهم گردد.

منابع

- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ حسینی صدیق، مریم السادات و جامعی، مینو (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۶)، ۱۱۵-۱۳۲.
- برادران، نجمه (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین امید، خودکارآمدی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در دانشجویان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- زارع‌احمدآبادی، مهدی و پونده‌نژادان، علی‌اکبر (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی سه شیوه رژیم‌درمانی، رژیم‌درمانی به همراه ورزش و رژیم‌درمانی به همراه رفتاردرمانی شناختی بر روی کاهش وزن و بهبود رضایت از زندگی کارکنان مرد چاق و دارای اضافه وزن شرکت ملی حفاری ایران. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳(۱۲)، ۹۳-۱۲۳.
- زنجانی، زهرا (۱۳۸۷). بررسی روایی و پایایی مقیاس محرک‌های تصویری استاندارد در گروهی از دانشجویان شیراز، جنوب ایران. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲(۱۰)، ۱۴۹-۱۵۵.
- شیخی، منصوره؛ هومن، حیدرعلی؛ احدی، حسن و سپاه‌منصور، مژگان (۱۳۹۰). مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس رضایت از زندگی. *اندیشه و رفتار*، ۵(۱۹)، ۱۷-۲۹.
- صالحی فدردی، جواد؛ مدح شورچه، راحله و نعمتی، محسن (۱۳۹۰). مقایسه‌ی ساختار انگیزشی و سبک‌های خوردن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی و دارای وزن طبیعی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۷۰-۱۸۱.
- طالب‌زاده، سپیده و اسمعیل زاده آخوندی، محمد (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن آگاهی بر نارضایتی از تصویر بدنی و کاهش افسردگی در زنان معتاد به شیشه. *اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران*.

- عظیمی، لیلا و باجلان، علی (۱۳۸۸). *مطالعات کیفیت زندگی*. چاپ اول. اراک: نویسنده.
- علیپور، احمد؛ عبدخدایی، احسان و محمدی، حمزه (۱۳۹۵). رابطه بین صبح خیزی، عاطفه مثبت و منفی، رفتار خوردن و خوردن شکلات در دانشجویان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۲(۲)، ۱۱۲-۱۲۱.
- قیداری، سمیرا و جلوداری، آرش (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین مذهب، معنویت و سلامت روان در نوجوانان شهر تهران. در *مجموعه چکیده مقالات اولین کنگره ملی خانواده سالم*. دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، آبان ۱۳۹۴.
- محمدی، نورالله و سجادی نژاد، مرضیه السادات (۱۳۸۴). ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت‌نفس در دختران نوجوان. *مطالعات روان‌شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء*، ۳(۱)، ۸۵-۱۰۱.
- نجات، سحرناز (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۴(۲)، ۵۷-۶۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی‌نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴، ۱-۱۲.
- نیسی شوشتری، عبدالجلیل (۱۳۸۰). بررسی و مقایسه عزت‌نفس دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- یوسف‌نژاد شیروانی، مائده و پیوسته‌گر، مهرانگیز (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲(۴۴)، ۵۵-۶۵.

Baer, R. A., Lykins, E. L., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term

- meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beshara, M., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, 67, 25-29.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bueno, N. B., Florêncio, T. T., Albuquerque Cavalcante, F., Lopes Lins, I., Clemente, A. G., & Lydia Sawaya, A. (2016). Higher central fat and poor self-body image in short-stature overweight/obese women living in Brazilian shantytowns. *PeerJ*, 4, e2547.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *The International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 455-60.
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)*, 16, 615-622.
- Cornford, A. S., Barkan, A. L., Hinko, A., & Horowitz, J. F. (2012). Suppression in growth hormone during overeating ameliorates the increase in insulin resistance and cardiovascular disease risk. *American Journal of Physiology Endocrinology & Metabolism*, 303(10), E1264-72.
- Davis, L., Anderson, D., & Pobocik, R. (2014). The relationships between mindful eating, weight, and quality of life in college students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(4), S171-S172.
- Downey, C. A., & Chang, E. C. (2007). Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: Considering the role of negative affect and body image dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 8, 497-503.
- Dyrenforth, P. S., Kashy, D. A., Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: the relative

- importance of actor, partner, and similarity effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(4), 690.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439-1444.
- Griffiths, S., Angus, D., Murray, S. B., & Touyz, S. (2014). Unique associations between young adult men's emotional functioning and their body dissatisfaction and disordered eating. *Body Image*, 11(2), 175-178.
- Grogan, S. (2006). Body image and health contemporary perspectives. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 523-530.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press, New York, NY.
- Hübner, C., Baldofski, S., Crosby, R. D., Müller, A., de Zwaan, M., & Hilbert, A. (2016). Weight-related teasing and non-normative eating behaviors as predictors of weight loss maintenance. A longitudinal mediation analysis. *Appetite*, 102, 25-31.
- Jakatdar, T. A., & Williams, E. F. (2004). The body-image & quality of life inventory. Further validation with college men and women. *Body Image*, 1(3), 279-287.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kearney, D. J., McDermott, K., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2011). Association of participation in a mindfulness programme with bowel symptoms, gastrointestinal symptom-specific anxiety and quality of life. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 34(3), 363-373.
- Kofman, M. D., Lent, M. R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an internet survey. *Obesity*, 18(10), 1938-1943.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49-61.
- Lafrance Robinson, A., Kosmerly, S., Mansfield-Green, S., & Lafrance, G. (2014). Disordered eating behaviours in an undergraduate sample: Associations among gender, body mass index, and difficulties in emotion regulation. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(3), 320.

- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229-241.
- Noles, S. W., Cash, T. F., & Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 88-94.
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews*, 15(6), 453-461.
- Phillips, K. A. (2002). Body image and body dysmorphic disorder. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 312-321). New York, NY: Guilford Press.
- Powell, M., & Hendricks, B. (2008). Body schema, gender, and other correlates in non-clinical populations. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125, 333-412.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 183-192.
- Seligman, M. E., & Csikzentmihalya, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shapiro, D. H. Jr. (1992). Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *International Journal of Psychosomatic*, 39(1-4), 62-7.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-86.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connel, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOLBREF Quality of life Assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., & et al. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 629.
- Sousa, P. M. L. D. (2008). Body image and obesity in adolescence: A comparative study of social – demographical and behavioral aspects. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 551-563.

- Spettigue, W., & Henderson, K. A. (2004). Eating disorders and the role of the media. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13(1), 16.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- Vaidya, V. (2006). *Psychosocial aspects of obesity*. In V. Vaidya (Eds). Health and Treatment Strategies in Obesity. (pp. 73-85). Basel Press.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315.
- Walsh, J. J., Balint, M. G., SJ, D. R. S., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94-99.
- Welch, E., Miller, J. L., Ghaderi, A., & Vaillancourt, T. (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eating Behaviors*, 10, 168-175.
- White, S., Reynolds-Malear, J. B., & Cordero, E. (2011). Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating Disorders*, 19(4), 323-334.
- WHOQOL, W. (1996). *WHOQOL-Brief introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. WHO December.