

The discriminative role of emotion regulation and impulsivity in different unhealthy eating patterns

Kachooei M^{1*}, Moradi AR², Kazemi AS¹, Ghanbari Z³

1- Department of Clinical Psychology, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, I. R. Iran.

2- Department of Clinical Psychology, Faculty of Sport Science and Physical Education, Kharazmi University, Tehran, I. R. Iran.

3- M.Sc. Student of Psychology, Faculty of Sport Science and Physical Education, Kharazmi University, Tehran, I. R. Iran.

Received February 17, 2016; Accepted July 13, 2016

Abstract:

Background: Apart from important role of unhealthy eating patterns on eating-related problems (i.e. obesity and eating disorders), the underlying processes of such eating patterns are not fully understood. This study aimed to examine the role of emotion regulation and impulsivity in unhealthy eating patterns.

Materials and Methods: In this study which was carried out with a correlation method, the adult female (no=347) from Tehran completed the self-reported inventories. Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ), difficulties in emotion regulation scale (DERS), and Barratt impulsivity scale (BIS-11) were used as measuring tools. Data was analyzed using Pearson correlational analysis and multiple regression analysis.

Results: The relationship between restrained eating and emotion regulation was significant ($P<0.01$). Emotion regulation predicted the engagement in restrained eating. There were a significant relationship between emotional eating and emotion regulation ($P<0.01$) and impulsivity ($P<0.01$). Emotion regulation and impulsivity predicted the engagement in emotional eating. In addition, the relationship between external eating and emotion regulation was significant ($P<0.05$). Emotion regulation can predict the engagement in external eating.

Conclusion: These findings highlight the importance of emotion regulation as a key risk factor in unhealthy eating patterns. Moreover, the restrictive eating patterns and binge eating patterns differ each other in terms of impulsivity. Treatment interventions must address the emotion regulation and include the strategies to cope with impulsivity.

Keywords: Eating-related problems, Unhealthy eating patterns, Emotion regulation, Impulsivity

* Corresponding Author.

Email: kachooei.m@gmail.com

Tel: 0098 212 200 6660

Fax: 0098 212 200 6660

Conflict of Interests: *No*

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, October, 2016; Vol. 20, No 4, Pages 383-390

Please cite this article as: Kachooei M, Moradi AR, Kazemi AS, Ghanbari Z. The discriminative role of emotion regulation and impulsivity in different unhealthy eating patterns. *Feyz* 2016; 20(4): 383-90.

نقش متمایز کننده تنظیم هیجان و تکانشگری در انواع مختلف الگوهای خوردن ناسالم

*^۱ محسن کجویی ، علیرضا مرادی ، آمنه سادات کاظمی ، زینب قنبری^۲

خلاصه:

سابقه و هدف: اگرچه الگوهای خوردن ناسالم نقش مهمی در مشکلات مرتبط با خوردن (چاقی و اختلال‌های خوردن) ایفا می‌کنند، اما فرایندهای زیربنایی این الگوهای خوردن ناسالم به‌طور کامل درک نشده است. هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش متمایزکننده تنظیم هیجان و تکانشگری در الگوهای خوردن ناسالم بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش همبستگی بود و ۳۴۷ زن بزرگسال از جمعیت عمومی تهران پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: پرسشنامه رفتار خوردن داج (DEBQ)، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS) و مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11). داده‌های به‌دست آمده با استفاده از تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: رابطه بین خوردن مهار شده با تنظیم هیجان ($P < 0/01$) معنی‌دار بود. تنظیم هیجان پرداختن به خوردن مهار شده را پیش‌بینی نمود. همچنین، رابطه بین خوردن هیجانی با تنظیم هیجان ($P < 0/01$) و تکانشگری ($P < 0/01$) معنی‌دار بود. تنظیم هیجان و تکانشگری پرداختن به خوردن هیجانی را پیش‌بینی نمودند. به‌علاوه، رابطه بین خوردن بیرونی با تنظیم هیجان ($P < 0/05$) معنی‌دار بود. تنظیم هیجان می‌تواند پرداختن به خوردن بیرونی را پیش‌بینی نماید.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها اهمیت نقش تنظیم هیجان را به‌عنوان یک عامل خطر کلیدی برای الگوهای خوردن ناسالم آشکار می‌سازد. هم-چنین، الگوهای خوردن محدود کننده و الگوهای پرخوری از لحاظ تکانشگری متفاوت هستند. مداخلات درمانی باید به تنظیم هیجان بپردازند و شامل راهبردهایی برای مقابله با تکانشگری باشند.

واژگان کلیدی: مشکلات مرتبط با خوردن، الگوهای خوردن ناسالم، تنظیم هیجان، تکانشگری

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیستم، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۵، صفحات

مقدمه

مطالعات انجام شده در حوزه مشکلات مرتبط با خوردن، به‌طور عمده به رفتارهایی پرداخته‌اند که ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های خوردن مانند پرخوری افراطی و رفتار پاکسازی را منعکس می‌کنند [۴]. محدود کردن مصرف غذا، خوردن هیجانی و خوردن در پاسخ به نشانه‌های بیرونی (خوردن بیرونی) از جمله این رفتارها هستند. هرچند این سه الگوی خوردن جزء رفتارهای بالینی خوردن بیمار-گون لحاظ نمی‌شوند، اما از این جهت مورد توجه هستند که در سطح افراطی خود، شاخصی برای مشکلات بالینی محسوب می-شوند. محدود کردن مصرف غذا، خوردن هیجانی و خوردن بیرونی پیش‌بینی کننده «پرخوری افراطی» [۵]، «چاقی» [۶]، «بهزیستی روان شناختی پایین» [۷]، و «اختلال‌های خوردن» [۶] هستند. خوردن مهار شده به محدود کردن تعدی رفتار خوردن اشاره دارد و خیلی از افراد در تلاش برای کاهش وزن مرتکب خوردن مهار شده می‌شوند [۶]. خوردن هیجانی در پاسخ به حالات برانگیختگی هیجانی منفی مانند خشم، ترس یا اضطراب روی می‌دهد. ممکن است این رفتار پیامد ناتوانی فرد در متمایز کردن گرسنگی از سایر حالات درونی آزارنده، یا رفتاری آموخته شده به شکل مصرف غذا و خوراکی برای کاهش آشفتگی هیجانی باشد [۸]. همانند خوردن هیجانی، تصور می‌شود کسانی که مرتکب رفتار خوردن بیرونی می‌شوند نیز در ردیابی سیگنال‌های گرسنگی یا سیری

شیوع مشکلات مرتبط با خوردن (از چاقی تا اختلال‌های خوردن) در سال‌های اخیر سیری صعودی داشته است؛ به‌طوری‌که شیوع چاقی در بزرگسالان ایرانی ۱۸/۵ درصد [۱] و شیوع اختلال-های خوردن در دختران نوجوان ۶/۶ درصد [۲] گزارش شده است. مشکلات مرتبط با خوردن با عملکرد روانی اجتماعی پایین، از جمله سازگاری اجتماعی ضعیف، مشکلات ارتباطی، کاهش رضایت از زندگی و وضعیت آموزشی و شغلی آسیب دیده مرتبط است [۳]. اما رفتار خوردن ناسالم تنها به این رفتارهای بالینی محدود نمی‌شود و باید به انواع دیگر الگوهای خوردن ناسالم نیز توجه داشت.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی
^۳ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی

* نشانی نویسنده مسئول:

تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

تلفن: ۰۲۱ ۲۲۰۰۶۶۶۰ دورنویس: ۰۲۱ ۲۲۰۰۶۶۶۰

پست الکترونیک: kachooei.m@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۲۸ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۵/۴/۲۳

تکانشگری با اختلال‌های خوردن [۱۴]، بیش‌خوری [۱۵]، رفتارهای پرخوری افراطی و یا پاکسازی [۱۶]، و اضافه وزن و چاقی [۱۷] رابطه داشته و به‌عنوان صفتی تعیین‌کننده در افراد چاقی که در کم کردن وزن مشکل دارند، در نظر گرفته می‌شود [۱۸]. تأثیر تکانشگری روی الگوهای خوردن ناسالم مختلف هنوز به‌طور دقیق و کامل درک نشده است، اما به‌نظر می‌رسد افراد دارای رفتارهای پرخوری افراطی و یا پاکسازی (Purging)، احتمالاً تکانشگری بالاتری دارند و در مقابل کسانی که صرفاً مرتکب رفتارهای خوردن مهار شده می‌شوند، احتمالاً تکانشگری بالایی ندارند؛ به این معنی که در افرادی که خوردن را مهار می‌کنند، در واقع به-علت میزان بالای کنترل شناختی که دارند تکانشگری ممکن است پایین باشد. درک بهتر رابطه تکانشگری با الگوهای مختلف خوردن ناسالم به مطالعه بیشتری نیاز دارد. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری با الگو-های خوردن ناسالم است. فرض می‌شود استفاده بیشتر از رفتارهای خوردن مهار شده با دشواری بیشتر در تنظیم هیجان و تکانشگری پایین‌تر ارتباط دارد، استفاده بیشتر از رفتارهای خوردن هیجانی با مشکلات بیشتر در تنظیم هیجان و تکانشگری بالاتر رابطه دارد، و استفاده بیشتر از رفتارهای خوردن بیرونی با مشکلات بیشتر در تنظیم هیجان و تکانشگری بالاتر رابطه دارد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی همبستگی است. جامعه آماری پژوهش زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت و باشگاه‌های ورزشی شهر تهران بودند. در این پژوهش با توجه به جدول مورگان که بالاترین حجم نمونه را برای مطالعات همبستگی ۲۸۴ نفر پیشنهاد می‌کند، عمل شد. با توجه به اینکه تهیه لیست از افراد جامعه برای انتخاب تصادفی امکان‌پذیر نبود، نمونه‌گیری به-شکل در دسترس صورت گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم سوء مصرف یا وابستگی به مواد، تمایل برای شرکت در پژوهش و میزان تحصیلات دیپلم به بالا. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: یانسگی و بارداری، ابتلا به دیابت، فشار خون، تیروئید و سرطان (با توجه به تأثیرگذاری بر وزن و رفتار خوردن)، استفاده از داروهای مربوط به اختلالات روان، داروهای کاهشدهنده یا محرک اشتها و داروهای روان‌گردان. پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص و نامعتبر و ارزیابی ملاک‌های ورود و خروج در نهایت داده‌های ۳۴۷ شرکت‌کننده برای تجزیه و تحلیل باقی ماند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم به هریک از مراکز مورد نظر مراجعه شده و

ناتوان باشند [۶]. نظریه بیرون‌گرایی (Externality) پیشنهاد می‌کند که رفتار خوردن برخی افراد تحت تأثیر محیط بیرونی یا به-عبارت دیگر نشانه‌های مرتبط با غذا نظیر منظره و بوی غذا قرار دارد و در پاسخ به این نشانه‌های بیرونی تمایل فرد به خوردن افزایش می‌یابد [۹]. اما نکته مهم در مورد الگوهای خوردن ناسالم این است که هر یک از این الگوها با وجود تشابه ظاهری، سازه-های مستقل و متمایزی بوده و از لحاظ آسیب‌پذیری نسبت به هر یک از این رفتارهای خوردن ناسالم تفاوت‌های فردی وجود دارد. برای مثال، هرچند به‌نظر می‌رسد خوردن هیجانی و خوردن بیرونی با یکدیگر روی می‌دهند، و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های خوردن هیجانی و خوردن بیرونی ۰/۵ گزارش شده است [۶]، اما شواهد حاکی از آن است که خوردن هیجانی و خوردن بیرونی سازه‌های مستقل و متفاوتی بوده و از مکانیسم‌های زیربنایی متفاوتی برخوردارند؛ در رابطه بین گرفتاری‌های روزمره و خوردن تنقلات به‌نظر می‌رسد تنها خوردن هیجانی باشد که به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده ایفای نقش می‌کند و خوردن بیرونی در این رابطه نقشی ندارد [۱۰]. ریشه این تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به الگوهای خوردن ناسالم را باید در مکانیسم‌های روان-شناختی زیربنایی متفاوت این الگوها جستجو کرد، چراکه به‌نظر می‌رسد آسیب‌پذیری در برابر خوردن مهار شده، خوردن هیجانی و خوردن بیرونی، زیربنای روان‌شناختی داشته باشد. شناسایی و درک زیربنای روان‌شناختی هر یک از این الگوها به برآورد خطر و انتخاب درمان مناسب برای افرادی که در معرض مشکلات خوردن هستند، کمک می‌کند. «تنظیم هیجان» یکی از زیربناهای روان‌شناختی بسیار مورد توجه در حوزه خوردن است. مفهوم تنظیم هیجان اشاره به تلاش‌هایی دارد که افراد برای اثرگذاری و بیان هیجانات خود متقبل می‌شوند [۱۱]. ضعف در تنظیم هیجانی می‌تواند خطر آسیب‌شناسی روانی را افزایش دهد [۱۱]. ضعف و ناتوانی در تنظیم هیجانی، رفتار خوردن را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۲]. افزون بر این، از آنجاکه به‌کارگیری الگوهای خوردن ناسالم با درک و تنظیم حالات درونی مرتبط است، این رفتارها نیز تحت تأثیر چگونگی تنظیم هیجانات هستند. با این‌حال، رابطه دقیق تنظیم هیجان با الگوهای خوردن ناسالم مشخص نیست. از سوی دیگر، افزایش «تکانشگری» به‌طور عمده منجر به بازدارندگی رفتار یا رفتارهایی می‌شود که فرد سعی در کنترل آن دارد. تکانشگری سازه‌ای چند بعدی است و یکی از بهترین تعریف‌های آن عبارت است از «زمینه‌ای برای واکنش‌های سریع و بدون برنامه به محرک‌های درونی یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای فرد تکانشگر یا دیگران» [۱۳]. معلوم شده است که

پرسشنامه‌ها در اختیار افرادی که داوطلب شرکت در مطالعه بودند، قرار گرفت. شرکت کنندگان طی یک جلسه و به صورت انفرادی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. توضیحات لازم درباره دلایل انجام پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و شرکت آزادانه در مطالعه ارائه شد و رضایت آنها برای شرکت در مطالعه اخذ گردید. همچنین، به آنها اعلام گردید هر زمانی که تقاضا داشتند می‌توانند از نتایج آگاهی یابند. با توجه به اینکه تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه زن بودند، جهت حفظ امنیت خاطر آنها اجرای پرسشنامه‌ها توسط همکار خانم صورت گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی: از این پرسشنامه جهت جمع‌آوری متغیرهای جمعیت شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، قد و وزن) و سوالات مربوط به ملاک‌های ورود و خروج استفاده شد. همچنین، محاسبه شاخص توده بدنی (BMI) در این پرسشنامه توسط پژوهشگر و بر اساس اطلاعات شرکت کنندگان صورت گرفت. شاخص توده بدنی از طریق تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه شد. و به صورت وزن طبیعی ($BMI=18/50-24/99 \text{ kg/m}^2$)، اضافه وزن ($BMI=25/00-29/99 \text{ kg/m}^2$)، و چاق ($BMI>30$) طبقه بندی گردید.

پرسشنامه رفتار خوردن داچ (DEBQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط فن‌اشراین و همکاران ساخته شده و از ۳۳ ماده و سه خرده مقیاس تشکیل شده است: خوردن مهار شده (۱۰ ماده)، خوردن هیجانی (۱۳ ماده) و خوردن بیرونی (۱۰ ماده). مواد این پرسشنامه دارای مقیاس پاسخ‌گویی پنج درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا بیشتر وقت‌ها=۵) می‌باشند. ماده شماره ۳۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود؛ یعنی در مورد این ماده هرگز=۵ تا بیشتر وقت‌ها=۱ نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمره‌های ماده‌های هر خرده مقیاس و تقسیم آن بر تعداد آن آیتم‌ها نمره کل هر خرده مقیاس را به دست می‌دهد. نمره‌های بالاتر نشان‌گر میزان بالاتر رفتار خوردن مربوط به آن خرده مقیاس است. این پرسشنامه از اعتبار بازآزمایی، همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸ تا ۰/۹۵)، و روایی عاملی مناسب برخوردار است [۶]. همسانی درونی (آلفا) برای سه خرده مقیاس در ایران عبارتند از: آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای خوردن مهار شده، ۰/۹۵ برای خوردن هیجانی، و ۰/۸۵ برای خوردن بیرونی. روابط نیرومند بین پرسشنامه با پرسشنامه ولع به غذا (FCQ-T) نشان از روایی همگرایی مناسب پرسشنامه دارد [۱۹].

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومز ساخته شده و از ۳۶ ماده تشکیل شده و بر اساس مدل یکپارچه تنظیم هیجان [۱۱] ساخته شده است. این مقیاس توانایی فرد برای تعدیل برانگیختگی هیجانی، میزان آگاهی هیجانی، فهم و پذیرش برانگیختگی هیجانی، و ظرفیت کارکرد در زندگی روزانه با وجود حالت هیجانی فرد را اندازه می‌گیرد. مقیاس یک نمره کل (جمع شش خرده مقیاس) و شش خرده مقیاس دارد: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری-های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راه‌بردهای تنظیم هیجانی، و فقدان شفافیت هیجانی. پاسخ افراد روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (نمره ۱ به معنی تقریباً هرگز و نمره ۵ به معنی تقریباً همیشه) ثبت می‌شود. هرچه نمره کل بالاتر باشد، دشواری‌های بیشتری در تنظیم هیجان‌ات وجود دارد. این مقیاس از روایی سازه و پیش‌بینی کافی برخوردار بوده و همسانی درونی کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳) مطلوب گزارش شده است [۱۱]. این مقیاس در ایران نیز از همسانی درونی قابل قبولی (۰/۵۴ تا ۰/۸۶) برخوردار است. برای تعیین روایی، نمره آن با نمره پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن همبسته شده که مشخص شد همبستگی مثبت معنی‌داری بین آنها وجود دارد. این امر نشان‌گر برخوردارگی این پرسشنامه از روایی لازم است [۲۰]. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین سازه تنظیم هیجان و الگوهای مختلف خوردن ناسالم مدنظر بود، تنها از نمره کل مقیاس استفاده شد.

مقیاس تکانشگری Barratt (BIS-11): این مقیاس در سال ۲۰۰۹ توسط استنفورد و همکاران ساخته شد. هدف از طراحی این مقیاس سنجش تکانشگری به‌عنوان سازه‌ای چند بعدی بود که از ابعاد شخصیتی و رفتاری تشکیل می‌شود. این مقیاس از ۳۰ ماده تشکیل شده است که یک نمره کل، و سه عامل از آن حاصل می‌شود. عوامل عبارتند از: تکانشگری توجهی (شناختی)، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی. در مورد هر ماده افراد باید پاسخ خود را روی یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (نمره یک به معنی به‌ندرت، هرگز و نمره چهار به معنی تقریباً همیشه) مشخص کنند. یازده ماده این مقیاس نمره گذاری وارونه دارند. جمع نمره‌ها یک نمره کل برای تکانشگری به‌دست می‌دهد. دامنه نمره کل از ۱۲۰-۳۰ است و فردی با نمره کل ۷۲ یا بالاتر به‌عنوان فردی با پرخاشگری بالا در نظر گرفته می‌شود [۲۱]. نمره‌های بین ۷۱-۵۲ در محدوده طبیعی تکانشگری در نظر گرفته می‌شود و نمره‌های زیر ۵۲ معمولاً نمایان‌گر فردی هستند که یا به‌شدت خودش را

نتایج

این مطالعه با مشارکت ۳۴۷ نفر انجام شد. میانگین \pm انحراف معیار سنی زنان حاضر در مطالعه $28/2 \pm 7/3$ سال و کمترین سن ۱۸ و بیشترین ۵۰ سال بود. میانگین شاخص توده بدنی $23/9 \pm 5/1$ و کمترین ۱۸ و بیشترین ۳۵ کیلوگرم بر مترمربع بود. حداقل سطح تحصیلات دیپلم و حداکثر آن کارشناسی ارشد بود؛ $28/8$ درصد دارای تحصیلات دیپلم، $8/9$ درصد دارای تحصیلات کاردانی، $35/4$ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و $26/8$ درصد دارای تحصیلات کارشناس ارشد بودند. $41/2$ درصد از شرکت کنندگان متأهل و بقیه مجرد بودند. در جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش (الگو-های خوردن، تنظیم هیجان و تکانشگری) در گروه نمونه به نمایش درآمده است.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	$\bar{X} \pm SD$	۱	۲	۳	۴	۵
خوردن مهار شده	$2/8 \pm 0/9$	-				
خوردن هیجانی	$2/5 \pm 1/04$	$0/22^{**}$	-			
خوردن بیرونی	$3/1 \pm 0/7$	$-0/12^{**}$	$0/35^{**}$	-		
تنظیم هیجان	$88/4 \pm 19/9$	$0/38^{**}$	$0/43^{**}$	$0/24^{**}$	-	
تکانشگری	$62/9 \pm 10/5$	$-0/11^*$	$0/26^{**}$	$0/13^*$	$0/45^{**}$	-

* $P < 0/05$ و ** $P < 0/01$

کنترل می‌کند یا صادقانه به سوالات پاسخ نداده است [۲۱]. هم-سانی درونی کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها (ضرایب آلفای کرونباخ $0/73$ تا $0/83$) بالا گزارش شده است. همچنین، این مقیاس با سایر پرسشنامه‌های خودگزارشی تکانشگری مانند مقیاس هیجانی طلبی زاگرم، مقیاس تکانشگری آیزنک و مقیاس بازداری و فعال سازی رفتاری همبستگی خوبی دارد [۲۱]. در ایران نیز ضرایب آلفای این مقیاس ($0/67$ تا $0/81$) و ضرایب بازآزمایی $0/49$ تا $0/79$ گزارش شده است. روایی همگرای این پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر تایید شد [۲۲]. با توجه به هدف پژوهش، در مطالعه حاضر تنها از نمره کل این مقیاس استفاده شد. در پایان، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه گام‌به‌گام) از طریق نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

چنان‌که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، الگوی خوردن مهار شده با تنظیم هیجان رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار ($P < 0/01$) داشته، درحالی‌که با تکانشگری رابطه‌ای منفی و معنی‌دار ($P < 0/05$) دارد. در مورد الگوی خوردن هیجانی، بین این الگوی خوردن با تنظیم هیجان ($P < 0/01$) و تکانشگری ($P < 0/01$) رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. در مورد الگوی خوردن بیرونی، همبستگی مثبتی بین این الگو و تنظیم هیجان ($P < 0/01$) و تکانشگری ($P < 0/05$) وجود دارد. در ادامه برای بررسی تفاوت‌ها در پیش-بینی الگوهای خوردن مختلف از طریق نمره‌های کل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. تحلیل رگرسیون مربوط به الگوی خوردن مهار شده در جدول ۲ قابل ملاحظه است. چنان‌که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود تنها مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان قادر به پیش‌بینی معنی‌دار نشانه‌های خوردن مهار شده است. مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان ($P < 0/01$)، $\beta = 0/16$ ، $12/3$ درصد از واریانس خوردن مهار شده را تبیین کرده است. تحلیل رگرسیون مربوط به الگوی

خوردن هیجانی در جدول شماره ۳ به نمایش درآمده است. چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود هر دو مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری قادر به پیش‌بینی معنی‌دار خوردن هیجانی هستند. در گام اول، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان ($P < 0/0001$)، $\beta = 0/32$ ، $14/7$ درصد از واریانس خوردن هیجانی را تبیین کرده است. در گام دوم، مقیاس تکانشگری ($P < 0/01$)، $\beta = 0/15$) نیز به مدل اضافه شده و واریانس تبیین شده خوردن هیجانی را به $16/6$ درصد رسانده است. تحلیل رگرسیون مربوط به الگوی خوردن بیرونی در جدول شماره ۴ به نمایش درآمده است. چنان‌که در این جدول مشاهده می‌شود مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان قادر به پیش‌بینی معنی‌دار خوردن بیرونی است. دشواری‌های تنظیم هیجان ($P < 0/01$)، $\beta = 0/18$ ، $9/3$ درصد از واریانس خوردن هیجانی را تبیین کرده است. هرچند مقیاس تکانشگری با خوردن بیرونی رابطه دارد (جدول شماره ۱)، پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای آن نیست.

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی الگوی خوردن مهار شده از طریق نمره‌های کل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری

گام	متغیرهای پیش‌بین	R ²	R ² تعدیل شده	ضریب b	SE	ضریب β	t	P
۱	تنظیم هیجان	۰/۱۲۶	۰/۱۲۳	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۱۶	۴/۰۱	۰/۰۰۰۱

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی الگوی خوردن هیجانی از طریق نمره‌های کل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری

گام	متغیرهای پیش‌بین	R ²	R ² تعدیل شده	ضریب b	SE	ضریب β	t	P
۱	تنظیم هیجان	۰/۱۵۳	۰/۱۴۷	۰/۰۵۶	۰/۰۳	۰/۳۲	۶/۳۰	۰/۰۰۰۱
۲	تنظیم هیجان			۰/۰۴۲	۰/۰۳	۰/۲۵	۴/۵۰	۰/۰۰۰۱
	تکانشگری	۰/۱۷۲	۰/۱۶۶	۰/۰۱۴	۰/۰۵	۰/۱۵	۲/۵۸	۰/۰۱

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی الگوی خوردن بیرونی از طریق نمره‌های کل دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری

گام	متغیرهای پیش‌بین	R ²	R ² تعدیل شده	ضریب b	SE	ضریب β	t	P
۱	تنظیم هیجان	۰/۰۹۶	۰/۰۹۳	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۱۸	۲/۳۳	۰/۰۱

بحث

تکانه‌ها است که برخی از افراد مهارگر می‌توانند برای مدتی طولانی رفتار خوردن خود را محدود کنند، بدون اینکه در اینکه فزون کنترلی لغزشی را تجربه کنند. سطوح بالای دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری با خوردن هیجانی مرتبط است. نتایج مربوط به رابطه خوردن هیجانی و تکانشگری همسو با شواهد موجود است که نشان می‌دهند تکانشگری بالا با بیش‌خوری در پاسخ به حالات هیجانی [۲۵] مرتبط است. آخرین فرض به رفتار خوردن بیرونی می‌پردازد. بر اساس نتایج به‌دست آمده بین خوردن بیرونی با دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری همبستگی مثبت برقرار است. رابطه مثبت بین خوردن بیرونی و تکانشگری هم‌سو با مطالعات پیشین است [۲۶]. تکانشگری منعکس‌کننده ناتوانی در به‌تأخیر انداختن نیازها و بازداری رفتارها است. در واقع رابطه خوردن هیجانی و بیرونی با تکانشگری حکایت از ناتوانی فرد در تحمل آشفتگی یا در کنترل پاسخ دهی به نشانه‌های غذا در محیط بیرونی دارد. این افراد در شرایط آشفتگی یا در مواجهه با نشانه‌های غذا تحمل مقاومت نداشته، نمی‌توانند با تأمل با موقعیت رویارو شده و در نتیجه بدون فکر و دوراندیشی دست به خوردن می‌زنند. یافته‌های واکسمن [۱۴] در خصوص ارتباط تکانشگری بالا با پراشتهایی روانی (BN) که ویژگی بارز آن مصرف مهار-ناپذیر غذا است، نیز از رابطه مثبت خوردن هیجانی و بیرونی با تکانشگری حمایت می‌کند. در واقع می‌توان حالات هیجانی که منجر به رفتار خوردن هیجانی می‌شوند و یا نشانه‌های بیرونی که منجر به رفتار خوردن بیرونی می‌شوند را هم‌چون راه‌اندازهایی برای پرخوری افراطی دانست [۲۶]. در مورد رابطه الگوهای

مطالعه حاضر نشان داد که خوردن مهار شده با دشواری بیشتر در تنظیم هیجان و تکانشگری کمتر رابطه دارد. هم‌چنین، خوردن هیجانی با دشواری بیشتر در تنظیم هیجان و تکانشگری بالاتر مرتبط است و خوردن بیرونی با دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری رابطه دارد (جدول شماره ۱). بررسی رفتارهای خوردن ناسالم از این جهت حائز اهمیت است که رفتارهایی کلیدی و مهم در اختلال‌های خوردن و چاقی محسوب می‌شوند و فرد را مستعد ابتلا به مشکلات خوردن می‌کنند. رفتارهای خوردن مهار شده هم-سو با مطالعات پیشین با دشواری بالا در تنظیم هیجان [۲۳] و تکانشگری پایین [۱۴] مرتبط است. در مورد ارتباط تکانشگری با خوردن مهار شده می‌توان به بررسی مروری واکسمن [۱] اشاره کرد. واکسمن [۱۴] در بررسی مروری خود نتیجه گرفت که بی-اشتهایی روانی (AN) که ویژگی بارز آن خودداری فرد از مصرف غذا است، با تکانشگری پایین ارتباط دارد. نکته قابل توجه اینکه خرده‌مقیاس مهار خوردن در پرسشنامه داج به موفقیت در مهار خوردن اشاره دارد، درحالی‌که مقیاسی مانند مقیاس مهار (RS) نشان‌گر افرادی است که در حفظ رفتار مهارگر خود مشکل داشته و در نتیجه نوساناتی را در وزن خود گزارش می‌کنند. افراد موفق در مهار رفتار خوردن به احتمال کمتری مرتکب رفتارهای تکانشی (یعنی خطرجویی بدون توجه به عواقب) و مخاطره‌آمیز (یعنی هیجان‌جویی بدون توجه به خطرات احتمالی) می‌شوند [۲۴]. این افراد می‌توانند افکار مزاحم مربوط به غذا را بازداری کنند و تحت تأثیر محرک‌های غذایی قرار نگیرند. در نتیجه این توانایی مدیریت

رفتارهای تکانشی محسوب می‌شوند. در چنین درمان‌هایی مهارت‌های کلی حل مسئله، راه‌بردهای تنظیم هیجانی، مهارت‌های میان‌فردی و تحمل آشفتگی به درمان‌جویان آموزش داده می‌شود. با توجه به نقش تنظیم هیجان و تکانشگری در الگوهای خوردن ناسالم و با توجه به اینکه رفتار درمانی دیالکتیکی به این دو سازه توجه دارد، به نظر می‌رسد که فنون رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان الگوهای خوردن ناسالم مفید باشند. باید به محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز اشاره کرد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی یکی از این محدودیت‌ها به‌شمار می‌رود. هم‌چنین، ماهیت گروه نمونه تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه را به گروه‌های بالینی و مردان محدود می‌کند. یافته‌های این مطالعه رهنمودی برای مشکلات خوردن فراهم می‌آورند، با این حال استفاده از نمونه‌ای غیربالینی بدین معنی است که نمی‌توان یافته‌ها را به‌طور مستقیم برای افراد با مشکلات خوردن پاتولوژیک به‌کار برد. استفاده از خرده‌مقیاس‌های خوردن مهار شده، هیجانی و بیرونی اطلاعاتی در مورد رفتارهای خوردن خاص فراهم می‌آورد، با این حال تعمیم‌پذیری یافته‌ها برای همه انواع الگوهای خوردن ناسالم را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به نقش این دو سازه در الگوهای خوردن ناسالم در جمعیت مردان و جمعیت بالینی نیز پرداخته شود. هم‌چنین، ماهیت طرح مطالعه مقطعی بوده که از تفسیرهای علی درباره روابط جلوگیری می‌کند. در نتیجه، اجرای مطالعات طولی به درک رابطه علی تنظیم هیجان و تکانشگری با الگوهای خوردن ناسالم کمک می‌کند.

نتیجه‌گیری

در مجموع مطالعه حاضر از این ایده که زیربنای الگوهای خوردن ناسالم مختلف مکانیزم‌های متفاوتی وجود دارد، حمایت می‌کند؛ درک این تفاوت در طراحی مداخلات درمانی راه‌گشا است. همان‌طور که نتایج نشان داد، مشکل در تنظیم هیجان به شکل فراگیری یک عامل خطر برای ارتکاب رفتارهای خوردن ناسالم محسوب می‌شود؛ درحالی‌که سازه تکانشگری با الگوی خوردن هیجانی رابطه نیرومندتری دارد و می‌توان آن را عامل خطری برای این الگوی خوردن ناسالم در نظر گرفت.

تشکر و قدردانی

در پایان صمیمانه از کلیه عزیزانی که به ما در اجرای این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

خوردن ناسالم با سازه تکانشگری، به‌طور کلی می‌توان این‌گونه گفت که به‌نظر می‌رسد رفتارهای متمایل به پرخوری و رفتارهای متمایل به مهار در نقاط انتهایی دو قطب طیف رفتارهای تکانشی قرار دارند و می‌توان الگوهای خوردن مختلف را برحسب حضور یا عدم حضور ویژگی‌های تکانشی متمایز کرد. همان‌طور که در جدول همبستگی (جدول شماره ۱) و جداول مربوط به تحلیل رگرسیون قابل مشاهده است، سازه تنظیم هیجان با میزان بالاتر هر یک از این سه نوع خوردن ناسالم مرتبط است. این نتیجه با یافته‌های پیشین [۲۶،۱۲،۱۰] هم‌سو است که نشان دادند میزان بالاتر دشواری در تنظیم هیجان در میان الگوهای خوردن ناسالم، اختلال‌های خوردن گوناگون و چاقی رایج است. ممکن است این دشواری‌ها به مشکلات خوردن شتاب بخشند، یا اینکه این دشواری‌ها در سیر پیشرفت مشکلات خوردن پدید آیند. به‌ویژه، رابطه نیرومندتر دشواری‌های تنظیم هیجان با خوردن هیجانی کاملاً قابل قبول به‌نظر می‌رسد؛ چراکه فرد در جهت کاهش مشکلات خود در تنظیم هیجان دست به خوردن هیجانی می‌زند. این رابطه را می‌توان در قالب نظریه‌های گریز تنظیم هیجان درک کرد که پیشنهاد می‌کنند خوردن هیجانی از طریق مسدودسازی (-block ing) یا گسستگی (dissociation) آگاهی از آشفتگی را کاهش می‌دهد [۲۷]. طبق نظریه روان‌تنی برج، خوردن هیجانی در کسانی روی می‌دهد که در نتیجه تجارب و یادگیری‌هایی که در سیر تحول خود دارند، در تشخیص حالات هیجانی و حواس احساسی مرتبط با گرسنگی و سیری مشکل دارند [۸]. نتایج یک مطالعه آزمایشگاهی نیز از این رابطه حمایت می‌کند؛ در این آزمایش خوردن القا شده توسط استرس بیشتر در کسانی ظاهر شده که در شناسایی و تنظیم هیجان‌ات خود مشکل داشتند [۲۸]. در کل می‌توان این‌چنین گفت که افرادی که راه‌بردهای تنظیم هیجان انطباقی کمتری دارند، بیشتر احتمال دارد که در تلاش برای رهایی از تجربه عاطفی ناخوشایند خود به سمت الگوهای خوردن ناسالم بروند. یا از سوی دیگر، ممکن است افرادی با الگوهای خوردن ناسالم هیجان‌ات شدیدتر و پایداری را تجربه کنند که برای تعدیل آنها به زحمت افتند. با توجه به ارتباط فراگیر تنظیم هیجان با الگوهای خوردن ناسالم، آموزش تنظیم هیجان می‌تواند یک هدف مداخله‌ای بالقوه برای افرادی با مشکلات خوردن یا برای اقدامات پیشگیرانه باشد. علاوه بر این، پرداختن به سازه تکانشگری و آموزش مدیریت تکانه برای افرادی با الگوی خوردن هیجانی یک هدف مداخله‌ای و آموزشی دیگر محسوب می‌شود. درمان‌هایی مانند رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) مداخله درمانی مفیدی برای مدیریت

References:

- [1] Mirzazadeh A, Salimzadeh H, Arabi M, Navadeh S, Hajarizadeh B, Haghdoost AA. Trends of Obesity in Iranian Adults from 1990s to late 2000s; a Systematic Review and Meta-analysis. *Middle East J Dig Dis* 2013; 5(3): 151-7.
- [2] Roustae R, Hajifaraji M, Dezhkam M, Houshiar-rad A, Mehrabi Y, Zowghi T. Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the city of Tehran, 2010. *Iran J Nutr Sci Food Technol* 2013; 8(1): 135-44. [in Persian]
- [3] Striegel-Moore RH, Seeley JR, Lewinsohn PM. Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experienced an eating disorder during adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(5): 587-93.
- [4] Kane TA, Loxton NJ, Staiger PK, Dawe S. Does the tendency to act impulsively underlie binge eating and alcohol use problems? An empirical investigation. *Personal Individ Differ* 2004; 36(1): 83-94.
- [5] Chen EY, McCloskey MS, Keenan KE. Subtyping dietary restraint and negative affect in a longitudinal community sample of girls. *Int J Eat Disord* 2009; 42(3): 275-83.
- [6] Van Strien T, Frijters JE, Bergers G, Defares PB. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord* 1986; 5(2): 295-315.
- [7] Lindeman M. The state of mind of vegetarians: Psychological well-being or distress? *Ecol Food Nutr* 2001; 41(1): 75-86.
- [8] Konttinen H, Männistö S, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite* 2010; 54(3): 473-9.
- [9] Schachter S, Goldman R, Gordon A. Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *J Pers Soc Psychol* 1968; 10(2): 91-7.
- [10] 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 (Suppl 1): S20-31.
- [11] 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 Assess* 2004; 26(1): 1-54.
- [12] Danner UN, Evers C, Stok FM, van Elburg AA, de Ridder DT. A Double Burden: Emotional Eating and Lack of Cognitive Reappraisal in Eating Disordered Women. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20(6): 490-5.
- [13] Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American J Psychiatry* 2001; 158(11): 1783-93.
- [14] Waxman SE. A systematic review of impulsivity in eating disorders. *J Eat Disord Rev* 2009; 17(6): 408-25.
- [15] Guerrieri R, Nederkoorn C, Stankiewicz K, Alberts H, Geschwind N, Martijn C, et al. The influence of trait and induced state impulsivity on food intake in normal-weight healthy women. *Appetite* 2007; 49(1): 66-73.
- [16] Steiger H, Bruce KR. Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *Canadian J Psychiatry* 2007; 52(4): 220-7.
- [17] Guerrieri R, Stanczyk N, Nederkoorn C, Jansen A. Reward-sensitive women overeat in a varied food environment, but only when hungry. *Eat Behav* 2012; 13(4): 317-33.
- [18] Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite* 2006; 47(2): 253-6.
- [19] Kachooei M, Ashrafi E. Exploring the factor structure, Reliability and Validity of the Food Cravings Questionnaire-Trait (FCQ-T) in Iranian adults. *J Kerman Univ Med Sci* In press. [in Persian]
- [20] Asgari P, Pasha GR, Aminian M. Relationship between emotion regulation, daily hassles and body image with eating disorders in women. *Thought Behav* 2011; 13: 65-78. [in Persian]
- [21] Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: an update and review. *Personal Individ Differ* 2009; 47(5): 385-95.
- [22] Javid M, Mohammadi N, Rahimi C. Psychometric properties of Persian version of Barratt Impulsiveness Scale. *J Psychological Models Methods* 2012; 8: 23-34.
- [23] Harrison A, O'Brien N, Lopez C, Treasure J. Sensitivity to reward and punishment in eating disorders. *Psychiatry Res* 2010; 177(1-2): 1-11.
- [24] Claes L, Nederkorn C, Vandereycken W, Guerrieri R, Vertommen H. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eat Behav* 2006; 7(3): 196-203.
- [25] Jasinska AJ, Yasuda M, Burant CF, Gregor N, Khatri S, Sweet M, et al. Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. *Appetite* 2012; 59(3): 738-47.
- [26] Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JF. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite* 2009; 53(2): 245-8.
- [27] Hallings-Pott C, Waller G, Watson D, Scragg P. State dissociation in Bulimic Eating Disorders: an experimental study. *Int J Eat Disord* 2006; 38(1): 37-41.
- [28] Van Strien T, Ouwens MA. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eat Behav* 2007; 8(2): 251-7.