

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

محسن کچویی^{*} ، علیرضا مرادی^۱ ، آمنه سادات کاظمی^۲ ، زینب قنبری^۳

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 به طور کامل درک نشده است. هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش متمایز کننده 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 بدست آمده با استفاده از تحلیل همبستگی پرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: رابطه بین خوردن مهار شده با تنظیم هیجان ($P < 0.01$) معنی دار بود. تنظیم هیجان پرداختن به خوردن مهار شده را پیش‌بینی نمود. هم‌چنین، رابطه بین خوردن هیجانی با تنظیم هیجان ($P < 0.01$) و تکانشگری ($P < 0.05$) معنی دار بود. تنظیم هیجان و تکانشگری پرداختن به خوردن هیجانی را پیش‌بینی نمودند. به علاوه، رابطه بین خوردن بیرونی با تنظیم هیجان ($P < 0.05$) معنی دار بود. تنظیم هیجان می‌تواند پرداختن به خوردن بیرونی را پیش‌بینی نماید.

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

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

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

مطالعات انجام شده در حوزه مشکلات مرتبط با خوردن، به طور

عمده به رفتارهایی پرداخته‌اند که ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های خوردن مانند پرخوری افراطی و رفتار پاکسازی را منعکس می‌کنند [۱]. 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 می‌شوند. محدود کردن مصرف غذا، خوردن هیجانی و خوردن بیرونی پیش‌بینی کننده «پرخوری افراطی» [۲]، «چاقی» [۳]، «بهزیستی روان شناختی پایین» [۴] و «اختلال‌های خوردن» [۵] هستند. خوردن مهار شده به محدود کردن تعمدی 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 متفاوت 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 [۷]. همانند خوردن هیجانی، تصور می‌شود کسانی که مرتکب رفتار خوردن بیرونی می‌شوند نیز در ردبایی سیگنال‌های گرسنگی یا سیری

مقدمه
شیوع مشکلات مرتبط با خوردن (از چاقی تا اختلال‌های خوردن) در سالهای اخیر سیری صعودی داشته است؛ به طوری که شیوع چاقی در بزرگسالان ایرانی ۱۸/۵ درصد [۱] و شیوع اختلال‌های 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 ارتیاطی، 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

***لشان نویسنده مسئول:** تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

تلفن: ۰۲۱ ۲۲۰۰۶۶۶۰؛ دوئوپیس: kachooei.m@gmail.com

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

تکانشگری با اختلال‌های خوردن [۱۴]، بیش خوری [۱۵]، رفتارهای پرخوری افراطی و یا پاکسازی [۱۶]، و اضافه وزن و چاقی [۱۷] رابطه داشته و به عنوان صفتی تعیین کننده در افراد چاقی که در کم کردن وزن مشکل دارند، در نظر گرفته می‌شود [۱۸]. تأثیر تکانشگری روی الگوهای خوردن ناسالم مختلف هنوز به طور دقیق و کامل درک نشده است، اما به نظر می‌رسد افراد دارای رفتارهای پرخوری افراطی و یا پاکسازی (Purgung)، 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 الگوهای 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 مراجعه کننده 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 ۳۸۴ 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، تمايل برای شرکت در پژوهش و میزان تحصیلات دیپلم به بالا. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: یائسگی 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 کاهنده یا محرك 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 باشد [۶]. نظریه بیرون‌گرایی (Externality) پیشنهاد می‌کند که رفتار خوردن برخی افراد تحت تاثیر 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، سازه‌های مستقل و متمایزی بوده و از لحاظ آسیب‌پذیری نسبت به هر یک از این رفتارهای خوردن ناسالم تفاوت‌های فردی وجود دارد. برای مثال، هرچند به نظر می‌رسد خوردن هیجانی و خوردن بیرونی با یکدیگر روی می‌دهند، و همبستگی بین خرده مقیاس‌های 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 به نظر می‌رسد تها خوردن هیجانی باشد که به عنوان متغیر تعديل کننده اینکه 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 روان‌شناختی زیربنایی متفاوت این الگوها جستجو کرد، چراکه به نظر 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 زیربنایی روان‌شناختی بسیار مورد توجه در حوزه خوردن است. مفهوم تنظیم هیجان اشاره به تلاش‌هایی دارد که افراد برای اثرگذاری و بیان هیجانات خود متقابل می‌شوند [۱۱]. ضعف در تنظیم هیجانی می‌تواند خطر آسیب شناسی روانی را افزایش دهد [۱۱]. ضعف و ناتوانی در تنظیم هیجانی، رفتار خوردن را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد [۱۲]. افرون بر این، از آنچاکه به کارگیری الگوهای خوردن ناسالم با درک و تنظیم حالات درونی مرتبط است، این رفتارها نیز تحت تأثیر چگونگی تنظیم هیجانات هستند. با این حال، رابطه دقیق تنظیم هیجان با الگوهای خوردن ناسالم مشخص نیست. از سوی دیگر، افزایش «تکانشگری» به طور عمده منجر به بازداری زدایی 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 محرك‌های درونی یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای فرد تکانشگر یا دیگران» [۱۳]. معلوم شده است که

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 تعديل 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، دشواری‌های 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 روابی 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 روابی، نمره آن با نمره پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن همبسته شده که مشخص شد همبستگی مثبت معنی‌داری بین آنها وجود دارد. این امر نشان‌گر برخورداری این پرسشنامه از روابی 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 به عنوان 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 بی برنامگی. در مورد هر ماده افراد باید پاسخ خود را روی یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (نمره یک به معنی بدندرت، 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 به دست می‌دهد. دامنه نمره کل از ۱۲۰-۳۰ است و فردی با نمره کل ۷۲ یا بالاتر به عنوان فردی با پرخاشگری بالا در نظر گرفته می‌شود [۲۱]. نمره‌های بین ۵۲-۷۱ در محدوده طبیعی تکانشگری در نظر گرفته می‌شود و نمره‌های زیر ۵۲ معمولاً نمایان‌گر فردی هستند که یا به شدت خودش را

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، محرومانه 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 تأهل، 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 مجدور 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 ($BMI>25 \text{ kg/m}^2$) طبقه بندی گردید.

پرسشنامه رفتار خوردن داج (DEBQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط فن‌اشترain 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). این پرسشنامه دارای مقیاس پاسخ‌گویی پنج درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱ تا بیشتر وقت‌ها = ۵) می‌باشد. ماده شماره ۳۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود؛ یعنی در مورد این ماده هرگز = ۵ تا بیشتر وقت‌ها = ۱ نمره گذاری 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 روابی 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 روابی همگرای مناسب پرسشنامه دارد [۱۹].

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 حداقل آن کارشناسی ارشد بود؛ $28/8$ درصد دارای تحصیلات دیپلم، $8/9$ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، $35/4$ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و $26/8$ درصد دارای تحصیلات کارشناس ارشد بودند. در جدول شماره ۱ از شرکت کنندگان متأهل و بقیه مجرد بودند. در جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش (الگوهای خوردن، تنظیم هیجان و تکانشگری) در گروه نمونه به نمایش درآمده است.

کنترل می کند یا صادقانه به سوالات پاسخ نداده است [۲۱]. هم سانی درونی کل مقیاس و خرد مقیاسها (ضرایب الگای کرونباخ $0/73$ تا $0/83$) بالا گزارش شده است. همچنین، این مقیاس با سایر پرسشنامه های خودگزارشی تکانشگری مانند مقیاس هیجانی طلبی زاکرمن، مقیاس تکانشگری آیزنک و مقیاس بازداری و فعال سازی رفتاری همبستگی خوبی دارد [۲۱]. در ایران نیز ضرایب الگای 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 زیرمقیاس های 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، داده های جمع آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه گام به گام) از طریق نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

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

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

* $P < 0/05$ و ** $P < 0/01$

خوردن هیجانی در جدول شماره ۳ به نمایش درآمده است. چنان که در جدول ۳ مشاهده می شود هر دو مقیاس دشواری های تنظیم هیجان و تکانشگری قادر به پیش بینی معنی دار خوردن هیجانی هستند. در گام اول، مقیاس دشواری های تنظیم هیجان را تبیین کرده است. در گام دوم، مقیاس تکانشگری ($P < 0/01$)، $14/7$ درصد از واریانس خوردن هیجانی را تبیین کرده است. در گام دوم، مقیاس تکانشگری ($P < 0/01$) 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. چنان که در این جدول مشاهده می شود مقیاس دشواری های تنظیم هیجان قادر به پیش بینی معنی دار خوردن بیرونی است. دشواری های تنظیم هیجان ($P < 0/01$)، $9/3$ درصد از واریانس خوردن هیجانی را تبیین کرده است. هرچند مقیاس تکانشگری با خوردن بیرونی رابطه دارد (جدول شماره ۱)، پیش بینی کننده معنی داری برای آن نیست.

چنان که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، الگوی خوردن مهار شده با تنظیم هیجان رابطه ای مثبت و معنی دار ($P < 0/01$) داشته، در حالی که با تکانشگری رابطه ای منفی و معنی دار ($P < 0/05$) دارد. در مورد الگوی خوردن هیجانی، بین این الگوی خوردن با تنظیم هیجان ($P < 0/01$) و تکانشگری ($P < 0/01$) رابطه مثبت معنی دار 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 تفاوت ها در پیش بینی الگوهای خوردن مختلف از طریق نمره های کل دشواری های تنظیم هیجان و تکانشگری از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. تحلیل رگرسیون مربوط به الگوی خوردن مهار شده در جدول ۲ قابل ملاحظه است. چنان که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود تنها مقیاس دشواری های تنظیم هیجان قادر به پیش بینی معنی دار نشانه های خوردن مهار شده است. مقیاس دشواری های تنظیم هیجان ($P < 0/01$)، $12/3$ درصد از واریانس خوردن مهار شده را تبیین کرده است. تحلیل رگرسیون مربوط به الگوی

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

تکانشگری

P	t	ضریب β	SE	ضریب b	R ² تعديل شده	R ²	متغیرهای پیش‌بین	گام
۰/۰۰۰۱	۴/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۱۲۳	۰/۱۲۶	تنظیم هیجان	۱

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

P	t	ضریب β	SE	b	R ² تعديل شده	R ²	متغیرهای پیش‌بین	گام
۰/۰۰۰۱	۶/۳۰	۰/۳۲	۰/۰۳	۰/۰۵۶	۰/۱۴۷	۰/۱۵۳	تنظیم هیجان	۱
۰/۰۰۰۱	۴/۵۰	۰/۰۲۵	۰/۰۳	۰/۰۴۲			تنظیم هیجان	۲
۰/۰۱	۲/۵۸	۰/۰۱۵	۰/۰۵	۰/۰۱۴	۰/۱۶۶	۰/۱۷۲	تکانشگری	

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

P	t	ضریب β	SE	b	R ² تعديل شده	R ²	متغیرهای پیش‌بین	گام
۰/۰۱	۲/۳۳	۰/۰۱۸	۰/۰۲	۰/۰۰۵	۰/۰۹۳	۰/۰۹۶	تنظیم هیجان	۱

تکاندها است که برخی از افراد مهارگر می‌تواند برای مدتی طولانی رفتار خوردن خود را محدود کنند، بدون اینکه در اینکه فرون کترولی 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 بدست 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 منعکس کننده ناتوانی در بهتأثیر انداختن نیازها و بازداری رفتارها است. در واقع رابطه خوردن هیجانی و بیرونی با تکانشگری حکایت از ناتوانی فرد در تحمل آشتفتگی یا در کنترل پاسخ دهنده به نشانه‌های غذا در محیط بیرونی دارد. این افراد در شرایط آشتفتگی 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 پراشتایری روانی (BN) که ویژگی بارز آن خودداری فرد از مصرف غذا است، با تکانشگری پایین ارتباط دارد. نکته قابل توجه اینکه خرده مقیاس مهار خوردن در پرسشنامه داج به موقفیت در مهار خوردن اشاره دارد، در حالی که 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 مخاطره آمیز (یعنی هیجان جویی بدون توجه به خطرات احتمالی) می‌شوند [۲۶]. این افراد می‌توانند افکار مزاحم مربوط به غذا را بازداری کنند و تحت تأثیر محرك‌های غذایی قرار نگیرند. در نتیجه این توانایی مدیریت

بحث

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 هم‌سو 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-اشهای روانی (AN) که ویژگی بارز آن خودداری فرد از مصرف غذا است، با تکانشگری پایین ارتباط دارد. نکته قابل توجه اینکه خرده مقیاس مهار خوردن در پرسشنامه داج به موقفیت در مهار خوردن اشاره دارد، در حالی که 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 مخاطره آمیز (یعنی هیجان جویی بدون توجه به خطرات احتمالی) می‌شوند [۲۶]. این افراد می‌توانند افکار مزاحم مربوط به غذا را بازداری کنند و تحت تأثیر محرك‌های غذایی قرار نگیرند. در نتیجه این توانایی مدیریت

رفتارهای تکانشی محسوب می‌شوند. در چنین درمان‌هایی مهارت‌های کلی حل مسئله، راهبردهای تنظیم هیجانی، مهارت‌های میان‌فردي و تحمل آشتفتگی به درمان جویان 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، به‌نظر 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 تعیین پذیری 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 به طور مستقیم برای افراد با مشکلات خوردن پاتولوژیک به کار برد. استفاده از خرده مقیاس‌های خوردن مهار شده، هیجانی و بیرونی اطلاعاتی در مورد رفتارهای خوردن خاص فراهم می‌آورد، با این حال تعیین پذیری یافته‌ها برای همه انواع الگوهای خوردن ناسالم را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آیده 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 آیده 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؛ درحالی که 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 این گونه 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 بر حسب حضور یا عدم حضور ویژگی‌های تکانشی متمایز کرد. همان‌طور که در جدول همیستگی (جدول شماره ۱) و جداول مربوط به تحلیل رگرسیون قابل مشاهده است، سازه تنظیم هیجان با میزان بالاتر یک از این سه نوع خوردن ناسالم مرتبط است. این نتیجه با یافته‌های پیشین [۲۶، 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 بخشنده، 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 هیجانات دست به خوردن هیجانی می‌زند. این رابطه را می‌توان در قالب نظریه‌های گریز تنظیم هیجان درک کرد که پیشنهاد می‌کند خوردن هیجانی از طریق مسدودسازی (block-ing) یا گستنگی (dissociation) آگاهی از آشتفتگی را کاهش می‌دهد [۲۷]. طبق نظریه روان‌تنی برج، خوردن هیجانی در کسانی روی می‌دهد که در نتیجه تجارت و یادگیری‌هایی که در سیر تحول خود دارند، در تشخیص حالات هیجانی و حواس احتسابی 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 این چنین 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 پایدارتری را تجربه کنند که برای تعديل آنها به زحمت افتدند. 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] Roustaei R, Hajifarahi M, Dezhkam M, Houshia-
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.