

The Mediator Role of Emotion Regulation Difficulties in Relationship between Alexithymia and Disordered Eating Behaviors among Students Allameh Tabataba'i University, Iran.

Mohammad Reza Khodabakhsh¹, Fariba Kiani^{2*}

¹Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

²Young Researchers & Elite Club, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

*Corresponding Author:
Fariba Kiani, Young Researchers & Elite Club, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Email:
fariba.kiani64@gmail.com

Received: 24 May, 2015

Accepted: 25 Aug, 2015

Abstract

Background and Objectives: Emotion regulation difficulties predicts disordered eating, but how emotion regulation difficulties lead to disordered eating remains an unanswered question. In this research, the role of alexithymia and emotion regulation difficulties was investigated in the prediction of disordered eating behaviors among students.

Methods: This descriptive study was performed on 264 students of Allameh Tabataba'i University, who were selected by multiple cluster sampling. Data were collected using Toronto Alexithymia Scale, Eating Attitudes Test, and Emotion Regulation Questionnaire. Analysis of data was performed using Pearson correlation coefficient and stepwise regression. The significance level was considered to be $p < 0.01$.

Results: Results showed that there was a significant correlation among emotion regulation difficulties, alexithymia, and disordered eating behaviors ($p < 0.01$). The results of stepwise regression analysis indicated that alexithymia and emotion regulation difficulties significantly predicted disordered eating behaviors ($p < 0.01$) and emotion regulation difficulties has a mediator role in the relationship between alexithymia and disordered eating behaviors ($p < 0.01$).

Conclusion: The results of this study is indicative of the importance of emotion regulation difficulties and alexithymia in the prediction of disordered eating behaviors, and these factors can explain the high rate of disordered eating behaviors variance.

Keywords: Emotions; Affective symptoms; Binge-eating disorder; Mood disorders; Students.

نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان در رابطه ناگویی خلقی با رفتارهای خوردن آشفته در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی

محمد رضا خدابخش^۱، فریبا کیانی^{۲*}

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات تنظیم هیجان، خوردن آشفته را پیش‌بینی می‌کند، اما اینکه چگونه مشکلات تنظیم هیجان منجر به خوردن آشفته می‌شود، سؤال است که بی‌جواب مانده است. در این پژوهش، نقش ناگویی خلقی و مشکلات تنظیم هیجان در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته در میان دانشجویان بررسی شد.

روش بررسی: این پژوهش به روش توصیفی از نوع همبستگی بر روی ۲۶۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند، انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ناگویی خلقی تورنتو (Toronto)، آزمون بازخورد خوردن و پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام صورت گرفت. سطح معنی‌داری، $p < 0/01$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین مشکلات تنظیم هیجان، ناگویی خلقی و خوردن آشفته، همبستگی معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد ناگویی خلقی و مشکلات تنظیم هیجان، به‌طور معنی‌داری رفتارهای خوردن آشفته را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/01$)، و مشکلات تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته، نقش واسطه‌ای دارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از اهمیت مشکلات تنظیم هیجان و ناگویی خلقی در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته بوده و این عوامل می‌توانند میزان بالایی از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین کنند.

کلیدواژه‌ها: هیجان؛ نشانه‌های عاطفی؛ اختلال خوردن؛ اختلالات خلقی؛ دانشجویان.

گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

^۲باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

فریبا کیانی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
fariba.kiani64@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۳

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Khodabakhsh MR, Kiani F. The mediator role of emotion regulation difficulties in relationship between alexithymia and disordered eating behaviors among students Allameh Tabataba'i University, Iran. Qom Univ Med Sci J 2016;10(2):44-51.

مقدمه

رفتارهای خوردن سالم می‌تواند خطر شرایط نامطلوبی چون بیماری کرونر قلبی، دیابت و آسم را کاهش دهد (۱). اختلالات خوردن، بیماری‌های جدی هستند که بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در سالهای اخیر، شناسایی عواملی که در حفظ و ایجاد رفتارهای خوردن آشفته مؤثرند، به کانونی برای انجام تحقیقات بیشتر تبدیل شده است (۲). شیوع رفتارهای خوردن آشفته در حال افزایش و حتی فراتر از شیوع ثبت‌شده برای اختلالات خوردن، به‌ویژه در میان افراد جوان است (۳). حدود ۱٪ از زنان از بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی رنج می‌برند (۴). پیش‌بینی‌کننده‌های گوناگونی از ژنتیک تا ارزش‌های فرهنگی، شناسایی شده است که می‌توانند بر رفتارهای خوردن آشفته تأثیرگذار باشند (۵). در سالهای اخیر، محققان بر نیاز به فهم بهتر تأثیر عوامل مرتبط با هیجان بر رفتارهای خوردن آشفته تأکید می‌کنند (۶). رفتارهای خوردن آشفته، رفتارهای نابهنجاری است که با اختلالات خوردن پیوند دارد. از جمله این رفتارها می‌توان به رفتارهایی چون خوردن محدودشده، خوردن هیجانی، خوردن بازداری‌زدایی‌شده، خوردن شبانه، پرخوری، نگرانی در مورد خوردن، شکل و وزن بدن، اتخاذ رژیم غذایی سخت و کنترل شکل و وزن بدن از طریق رفتارهای جبرانی نامناسب (برای مثال پاکسازی) که با ملاک‌های روانپزشکی اختلالات خوردنی (چون بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی) توصیف‌شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مطابقت نداشته باشد، اشاره کرد. ارزیابی‌ها نشان می‌دهد بین ۳۰-۱۱٪ دانشجویان از رفتارهای خوردن آشفته رنج می‌برند (۷). رفتارهای خوردن آشفته با رفتارهایی که سلامت افراد را تهدید می‌کنند (مانند سیگار کشیدن و استفاده از الکل) رابطه دارند (۸). یکی از عواملی که با رفتارهای خوردن آشفته ارتباط دارد، ناگویی خُلقی (Alexithymia) است. برای مثال تحقیقات نشان داده است ناگویی خُلقی در افراد با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی، در سطح بالاتری قرار دارد (۹). ناگویی خُلقی به‌عنوان افرادی با نشانه‌های روانی بدنی که قادر به شناسایی و بیان هیجان‌ات نیستند، تعریف می‌شود. ناگویی خُلقی دارای سه ویژگی شامل: مشکل در شناسایی احساسات (زمانی رخ می‌دهد که فرد در تمایز میان احساسات دچار پریشانی

می‌شود)، مشکل در توصیف احساسات (هنگامی است که فرد نمی‌تواند آنچه را که به لحاظ هیجانی احساس کرده، بیان کند) و جهت‌گیری تفکر بیرونی (زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تمایل به تفکر درباره امور به‌صورت بیرونی و در تضاد با جهت‌گیری تفکر درونی دارد) می‌باشد (۱۰). ناگویی خُلقی به‌عنوان اختلال تنظیم عواطف با دفاع‌های اولیه، سبک‌های کنارآمدن غیرانطباقی، آسیب‌پذیری در برابر استرس و نشانه‌های روانی-بدنی (۱۱)، همدلی پایین (۱۲)، پریشانی هیجانی، مشکلات روان‌شناختی و تشخیص عدم سلامت ذهنی (۱۳)، افسردگی و اضطراب (۱۱)، افزایش خشم و پرخاشگری (۱۴)، اختلال شخصیت مرزی (۱۵)، آسم و فشارخون اساسی (۱۶)، سبک‌های غیرانطباقی تنظیم هیجان (۱۷)، همبودی با اختلالات طیف اوتیسم (۱۸)، وابستگی و سوءاستفاده از الکل و مواد (۱۹) و اختلالات خوردن (۲۰) رابطه دارد. اما آیا رابطه بین ناگویی خُلقی با رفتارهای خوردن آشفته یک رابطه خطی و ساده است؟ توجه به کلیت یافته‌های موجود این فرضیه را تقویت می‌کند که به احتمال قوی بعضی از سازه‌های روان‌شناختی در حوزه هیجان در رابطه بین این متغیرها، نقش واسطه‌ای دارند. یکی از این متغیرها تنظیم هیجان بوده که افراد دارای رفتارهای خوردن آشفته در آن نقص نشان می‌دهند (۲۱). تنظیم هیجان شیوه‌ای است که با استفاده از آن، افراد پاسخ‌های رفتاری و شناختی خود را به تجربیات عاطفی تعدیل می‌کنند (۲۲). فرضیه کلیدی در این بافت این است که افرادی با اختلالات خوردن، نقائصی در تنظیم هیجان نشان داده و فاقد مهارت‌های لازم برای انطباق و کنارآمدن مؤثر با عواطف منفی هستند. به این رفتارهای خوردن آشفته به‌عنوان تلاش‌هایی برای کنارآمدن با عواطف منفی (به‌وسیله فراهم کردن راحتی کوتاه‌مدت یا حواس‌پرتی) نگاه می‌شود. مشکلات در تنظیم هیجان، رفتارهای خوردن آشفته را در طی زمانی که افراد آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کنند، پیش‌بینی می‌کند. برای مثال تحقیقات نشان داده‌اند مشکلات تنظیم هیجان با رفتارهای خوردن آشفته، رابطه پیچیده‌ای دارند و شامل تعامل با عواملی همچون شاخص توده بدنی نیز می‌باشد (۲۳). با توجه به اینکه دانشجویان، گروه هدف مهمی برای ترغیب سبک زندگی سالم در جمعیت بزرگسال هستند و تحقیقات انجام‌شده در داخل و خارج از ایران نیز نشان می‌دهد

ساخته شده است. این پرسشنامه، تشخیصی را ارائه نمی‌دهد؛ بلکه در عوض نشانه‌هایی را شناسایی می‌کند که سازگار با هر کدام از اختلالات خوردن است. در واقع، از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا شدت نگرش‌ها و رفتارهای خود را در ارتباط با غذا و وزن درجه‌بندی کنند. این آزمون نگرانی‌ها و عادات خوردن نابهنجار را نیز اندازه‌گیری می‌کند (۲۵). سه زیرمقیاس در این ابزار وجود دارد که حوزه‌های متفاوتی از رفتارهای خوردن آشفته یا تمایلات اختلالات خوردن را ارزیابی می‌کند. اولین زیرمقیاس ارزیابی، رژیم گرفتن یا اشتغال ذهنی با تمایل به لاغر شدن و میزان کالری‌های غذا می‌باشد؛ دومین زیرمقیاس، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا بوده که احساسات شرکت‌کننده را در ارتباط با غذا انعکاس می‌دهد و سومین زیرمقیاس شامل: ارزیابی مهار دهانی، کنترل ادراک‌شده توسط شرکت‌کننده در ارتباط با غذا خوردن و فشارهایی که از جانب دیگران برای افزایش وزن دریافت می‌کند، می‌باشد. دو نمونه از سؤالات این مقیاس "دائماً دل‌مشغول غذا هستم" و "وقتی غذا می‌خورم، احساس می‌کنم قادر به متوقف کردن خود نیستم". بر مبنای مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای از ۱ (همیشه) تا ۶ (هرگز) می‌باشد (۲۶). روایی و پایایی مقیاس در ایران به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۷).

۲- پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی: پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی، پرسشنامه‌ای خودسنجی است. ساختار این پرسشنامه چند بُعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. نسخه اصلی این پرسشنامه با ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیزپنداری، سرزنش دیگران) دارای ۳۶ ماده است (۲۸). برای این ابزار در ایران، روایی و پایایی مطلوبی گزارش شده است (۲۹).

۳- مقیاس ۲۰ ماده‌ای ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20): یک ابزار خودگزارش‌دهی ۲۰ سؤالی است که شامل سه زیرمقیاس شامل: دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی می‌باشد که به اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) تقسیم می‌شود.

این جمعیت در این گروه سنی، به‌ویژه در قشر زنان، بیشترین میزان خطر را برای آغاز اختلالات خوردن دارد، در این پژوهش نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان در رابطه ناگویی خلقی با رفتارهای خوردن آشفته در دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی بر روی ۲۶۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی تهران (۱۶۴ دانشجوی دختر و ۱۰۰ دانشجوی پسر)، در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌ها به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و براساس فرمول مورگان (با در نظر گرفتن تعداد جامعه، ۱۴۰۰ نفر و سطح اطمینان، ۰/۹۵) انتخاب شدند. ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی به‌طور تصادفی ۵ دانشکده، از هر دانشکده، ۴ کلاس و از هر کلاس، ۱۵ نفر و در مجموع، ۶۰ نفر از هر دانشکده انتخاب شد. ۳۶ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن، کنار گذاشته شد. معیار ورود به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش و تمایل دانشجویان به شرکت در تحقیق بود. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: استفاده از داروهای تجویزی و غیرتجویزی، به‌منظور کاهش وزن، افراد مبتلا به اختلالات شناخته‌شده روانپزشکی (مانند افسردگی، بی‌اشتهایی یا پرخوری عصبی) و عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش.

در ابتدا با اخذ مجوز از دانشگاه، پژوهشگر با ورود به محیط پژوهش، پرسشنامه‌ها را مطابق روش نمونه‌گیری در اختیار دانشجویان قرار داد تا تکمیل کنند. زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها، ۳۰ دقیقه بود. شرکت‌کنندگان در پژوهش کاملاً توجیه شدند که شرکت در پژوهش برای تمامی افراد اختیاری بوده و هیچ‌گونه نام و نشانی از آنها خواسته نمی‌شود و اطلاعات تنها به‌صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت. درضمن، شرکت‌کنندگان به‌صورت شفاهی رضایت خود را در مورد شرکت در پژوهش اعلام کردند.

۱- آزمون بازخوردهای خوردن: این مقیاس ۲۶ گویه‌ای (۲۴)، یک پرسشنامه غربالگری است که به‌منظور کمک به تعیین نیاز به ارزیابی بیشتر رفتار غذا خوردن و نگرش پاسخ‌دهندگان،

در این مطالعه برای تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون و از آماره‌های استنباطی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی کل آزمودنی‌ها، ۲۲ سال با دامنه سنی ۱۸-۳۳ سال و انحراف استاندارد ۶/۱، میانگین سن مردان ۲۵ سال با دامنه ۱۸-۳۳ سال و انحراف استاندارد ۵/۹ و میانگین سن زنان ۲۳ سال با دامنه ۱۸-۳۰ سال و انحراف استاندارد ۶/۲ بود. ۲۱۹ نفر از شرکت‌کنندگان (۸۳٪) مجرد و ۲۳ نفر (۹٪) متأهل بودند، همچنین تعداد ۲۲ نفر (۸٪) وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده بودند. ۱۷۱ نفر از شرکت‌کنندگان (۶۵٪) دارای مدرک کارشناسی، تعداد ۶۶ نفر (۲۵٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد و تعداد ۲۷ نفر (۱۰٪) دارای مدرک دکتری بودند. در جدول شماره یک آماره‌های توصیفی و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

دو نمونه از سؤالات این مقیاس به صورت "عموماً گنج می‌شوم که چه نوع هیجان یا عاطفه‌ای را احساس می‌کنم" و "برای من سخت است که عمیق‌ترین احساسات درونی خود را حتی برای دوستان نزدیک خود بیان نمایم"، می‌باشد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های ۳ زیرمقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌گردد. این مقیاس توسط آزمودنی کامل می‌شود. محققان نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ را تهیه و ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و گزارش کرده‌اند که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (۳۰). پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته از ۰/۸۷-۰/۸۰ برای ناگویی خلقی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شده است. این مقیاس پرکاربردترین ابزار، به منظور اندازه‌گیری ناگویی خلقی است. در تحقیقات پیشین این مقیاس همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی همگرا و افتراقی مطلوبی را نشان داده است (۳۱).

جدول شماره ۱. میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی متغیرها

متغیرها	میانگین ± انحراف معیار	همبستگی
مشکلات تنظیم هیجان	۸۴/۱ ± ۸/۵	۱
ناگویی خلقی	۵۵/۱ ± ۷/۸	۰/۴۲**
رفتارهای خوردن آشفته	۲۰/۲ ± ۶/۵	۰/۶۱**

** $(p < 0.01)$ ، * $(p < 0.05)$

۳- رابطه معنی‌دار متغیر پیش‌بینی‌کننده و متغیر ملاک در غیاب میانجی و ۴- رابطه همزمان متغیر پیش‌بینی‌کننده به همراه میانجی با متغیر ملاک. هنگامی که متغیر واسطه به مدل اضافه می‌شود رابطه بین پیش‌بینی‌کننده و ملاک به‌طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. به‌علاوه، به‌منظور تخمین اندازه و معنی‌داری این اثر غیرمستقیم، از آزمون سوبل (آزمونی که مستقیماً معنی‌داری روابط را نسبت به توزیع بهنجار Z با استفاده از خطای استاندارد متغیر میانجی می‌سنجد) استفاده می‌شود. بدین ترتیب پس از تقسیم حاصل ضرب دو ضریب غیراستانداردی که مسیرهای متغیر واسطه را تشکیل می‌دهند بر خطای استاندارد این حاصل ضرب، نسبت به‌دست‌آمده با جدول توزیع بهنجار مقایسه می‌گردد؛ اگر نسبت به‌دست‌آمده بزرگتر از ۱/۹۶ باشد، در نتیجه اثر متغیر میانجی،

مشکلات تنظیم هیجان با رفتارهای خوردن آشفته ($r=0.53$)، $(p < 0.01)$ و ناگویی خلقی ($r=0.42$)، $(p < 0.01)$ همبستگی مثبت معنی‌داری داشت. همچنین متغیر ناگویی خلقی، همبستگی مثبت معنی‌داری با رفتارهای خوردن آشفته داشت ($r=0.61$)، $(p < 0.01)$. برای آزمون اثر واسطه‌ای متغیر مشکلات تنظیم هیجان بر رابطه بین متغیرهای ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته، از رویکرد مطرح‌شده توسط Baron و Kenny (۳۲) استفاده شد. طبق این روش چهار گام وجود دارد که با سه معادله رگرسیون انجام شده و براساس آن تعیین می‌گردد که یک متغیر، رابطه بین یک متغیر پیش‌بینی‌کننده و یک متغیر دیگر، ملاک را واسطه‌گری می‌کند این چهار گام عبارتند از: ۱- رابطه معنی‌دار متغیر پیش‌بینی‌کننده و واسطه؛ ۲- رابطه معنی‌دار

معنی دار بوده است. از تحلیل رگرسیون برای آزمون فرضیات مطرح شده درباره نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان

جدول شماره ۲: تحلیل رگرسیون برای بررسی نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان در رابطه ناگویی خلقی با خوردن آشفته

سطح معنی داری	T	β	SE	B	گام‌های Baron و Kenny (سال ۱۹۸۶)
اثرات مستقیم و کلی					
۰/۰۰۰	۷/۱۲	۰/۳۵	۰/۰۵	۰/۳۶	گام ۱: رابطه بین متغیر ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته
۰/۰۰۰	۹/۹۹	۰/۶۳	۰/۰۷	۰/۶۹	گام ۲: رابطه بین متغیر مشکلات تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن آشفته
۰/۰۳۴	۵/۴۳	۰/۲۴	۰/۰۳	۰/۲۰	گام ۳: رابطه بین متغیر ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته بعد از کنترل مشکلات تنظیم هیجان
اثر غیرمستقیم و معنی داری آن					
سطح معنی داری	Z	مقدار سوبل (Sobel)			
۰/۰۳۹	۳/۵۶				

در مطالعه حاضر ارتباط ناگویی خلقی با رفتارهای خوردن آشفته با نتایج تحقیقات پیشین (۲۰)، که نشان دادند مشکلات در شناسایی و توصیف احساسات با انتظارات کنارآمدن ضعیف ارتباط دارد و این انتظارات کنارآمدن، ضعیف خوردن هیجانی را پیش‌بینی می‌کند، همخوانی داشت. همچنین در پژوهش حاضر، مشکلات تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی با رفتارهای خوردن آشفته نقش میانجی داشت. این نتایج را می‌توان برحسب احتمالات زیر بدین صورت تفسیر کرد که تحقیق بر روی تنظیم هیجان به‌طور گسترده بر روی متغیرهایی متمرکز شده‌اند که مانع توانایی شخص در کاهش موفقیت‌آمیز شدت عواطف منفی می‌شوند. بنابراین، هنگامی که افراد با استرس‌های گوناگون روبه‌رو می‌شوند، یکی از ساختارهایی که مانع تنظیم هیجان عواطف منفی در آنها می‌گردد، ناگویی خلقی است که در واقع نقص در توانایی تشخیص و از این‌رو تنظیم هیجان‌ها می‌باشد. بنابراین، ناگویی خلقی مدل بالقوه‌ای برای فهم این است که چگونه هیجان‌ات تنظیم نشده ممکن است واسطه‌ای برای پیامدهای سلامت مشخصی باشد. زمانی که ویژگی‌های فردی افراد دارای ناگویی خلقی تبیین می‌شود، افراد دارای رفتارهای خوردن آشفته نیز نقائص مشخصی در شناسایی و ارتباط برقرار کردن با احساسات خود نشان می‌دهند. به همین دلیل، نظریات بر نقش اساسی هیجان‌ات در رفتارهای خوردن آشفته تأکید می‌کنند. در واقع، یکی از شرایطی که ممکن است به‌طور کل مانع تنظیم هیجان گردد، ناگویی خلقی است (۳۳).

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد در گام اول، متغیر ناگویی خلقی به‌طور معنی داری، رفتارهای خوردن را پیش‌بینی می‌کند ($\beta = 0.35$ ، $p < 0.01$). در گام دوم، طبق تحلیل رگرسیون، متغیر مشکلات تنظیم هیجان (متغیر واسطه‌ای)، به‌طور معنی داری رفتارهای خوردن آشفته را پیش‌بینی می‌کند ($\beta = 0.63$ ، $p < 0.01$). نتایج تحلیل رگرسیون در گام سوم نشان داد وقتی در رابطه بین متغیر ناگویی خلقی و خوردن آشفته، متغیر مشکلات تنظیم هیجان به‌عنوان متغیر واسطه‌ای وارد شود این رابطه کاهش می‌یابد (اگرچه هنوز معنی داری نیست) ($\beta = 0.24$ ، $p < 0.05$). در مطالعه حاضر این نتیجه همسان با حضور اثر تعدیل‌کننده جزئی بود و معنی داری اثر واسطه‌ای به‌وسیله آزمون معنی داری سوبل تأیید شد ($p < 0.05$ ، $z = 3.56$). در نتیجه، این تحلیل از فرضیه نقش تعدیل‌کننده مشکلات تنظیم هیجان در رابطه بین متغیر ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته حمایت کرد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد مشکلات تنظیم هیجان، به‌طور معنی داری رفتارهای خوردن آشفته را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش پیشین (۲۳) بر روی دانشجویان غیربالینی که با استفاده از آزمون بازخورد خوردن و مشکلات تنظیم هیجان انجام شده بود و نشان داد رفتارها و نگرش‌های خوردن آشفته با مشکلات تنظیم هیجان و تأثیرگذاری شاخص توده بدنی ارتباط دارد، همخوانی داشت.

ناگویی خُلقی توجه خاصی را در پیش‌بینی نتیجه درمان در افرادی با اختلالات خوردن به خود جلب کرده است (۲۰). برخی از نویسندگان نیز اختلالات خوردن را به‌عنوان اختلال رشد خودتنظیمی، با ظرفیت مختل در پردازش و تنظیم هیجانات طبقه‌بندی کرده‌اند.

محدودیت‌ها

پژوهش حاضر، به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن زمان، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همچنین، نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مشکلات تنظیم هیجان، نقش واسطه‌ای در رابطه بین ناگویی خُلقی با رفتارهای خوردن آشفته در دانشجویان دارد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رفتارهای خوردن آشفته در واقع به‌عنوان مکانیسم تنظیم هیجان برای بیان احساسات و عواطف شناسایی نشده در افراد دارای ناگویی خُلقی عمل می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به شخصیت و نشانگان اختلالات خوردن کمک کرده و سؤالات مهمی را در زمینه عوامل تأثیرگذاری که با سبب‌شناسی و پیش‌آگهی اختلالات خوردن در ارتباط است، مطرح سازند که باید در تحقیقات آینده مورد بررسی قرار گیرد. لذا این پژوهش به درمانگران در حوزه اختلالات خوردن یادآوری می‌کند که عوامل شخصیتی (ناگویی خُلقی) و هیجانی را همزمان در درمان افراد مبتلا به اختلالات خوردن در نظر داشته باشند. همچنین با اجرای آزمون‌های غربالگری می‌توان به شناسایی افرادی پرداخت که مشکلاتی در تنظیم هیجان و بیان احساسات خود دارند (به‌عنوان گروه در معرض خطر برای ایجاد رفتارهای خوردن آشفته) و با اجرای درمان‌هایی که تمرکز اصلی آنها بر موضوع هیجان است، گامی مؤثر در درمان آنها برداشت.

به‌واسطه وجود مشکلاتی در افراد دارای ناگویی خُلقی، آنها مشکلاتی در تحمل کردن و تنظیم برانگیختگی‌های هیجانی نیز از خود نشان می‌دهند (۳۴)، همچنین به لحاظ نظری، وجود نقائصی در افراد دارای ناگویی خُلقی در حوزه شناسایی و توصیف هیجان‌ها، می‌تواند مانع کنارآمدن آنها با حالت‌های عاطفی نامطلوبی باشد که تجربه می‌کنند. در نتیجه، رفتارهای خوردن آشفته به‌عنوان کارکرد تنظیم عواطف به آنها کمک می‌کند. رفتارهای خوردن آشفته با عوامل روان‌شناختی گوناگون (افسردگی، اضطراب و حرمت خود) و عوامل اجتماعی فرهنگی (تأثیرات اعضای خانواده، همسالان و رسانه‌های جمعی) رابطه دارد (۳۵). افراد دچار ناگویی خُلقی دارای مشکلات تنظیم هیجان هستند، آنها توانایی آرامش بخشیدن و مدیریت هیجان‌ها را به دلیل عدم آگاهی از هیجان‌ها ندارند. مطالعات پیشین نیز گزارش کرده‌اند سطوح بالاتری از ناگویی خُلقی در افرادی با رفتارهای خوردن آشفته در مقایسه با کنترل سالم مشاهده می‌شود (۳۶). در بخش اختلالات خوردن نیز می‌توان گفت گرچه شیوع رفتارهای خوردن آشفته در دهه‌های اخیر، بالا گزارش شده است، اما هنوز واضح نیست چرا تنها افراد خاصی مبتلا به اختلالات خوردن می‌شوند. یکی از عوامل مرتبط با خوردن آشفته، ناگویی خُلقی است که به‌عنوان راهبردی در ارتباط با هیجانات منفی شناخته می‌شود. این دو ساختار مشابهت‌هایی نیز دارند. برای مثال ناگویی خُلقی بنابر تعریف ناتوانی برای یافتن واژه، به‌منظور توصیف احساسات خود بوده و به لحاظ مفهومی به‌عنوان ناکارکردی در شناسایی یا آگاهی از احساسات خود در نظر گرفته می‌شود (۹). این در حالی است که تحقیقات نشان می‌دهد بیماران دچار اختلالات خوردن، مشکلات معنی‌داری در شناسایی و بیان احساسات خود به‌صورت کلامی (به‌ویژه عواطف منفی) دارند. شاید علائم ناگویی خُلقی به‌عنوان شیوه‌ای برای دستیابی مجدد به کنترل باشد. اگر یکی از کارکردهای ناگویی خُلقی اجتناب از عواطف باشد، پس می‌توان انتظار داشت بیماران دارای اختلالات خوردن، دچار ناگویی خُلقی بیشتری باشند (۳۴). در واقع، تحقیقات نیز نشان‌دهنده این مطلب است که رابطه‌ای بین بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی با رفتارهای خوردن آشفته وجود دارد.

تشریح و قدردانی

همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

از تمام دانشجویانی که به‌عنوان شرکت‌کننده با این پژوهش

References:

1. Shepherd J, Harden A, Rees R, Brunton G, Garcia J, Oliver S, et al. Young people and healthy eating: A systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Educ Res* 2006;21(2):239-57.
2. Brown AJ, Parman KM, Rudat DA, Craighead LW. Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eat behav* 2012;13(4):347-53.
3. White S, Reynolds-Malec JB, Cordero E. Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eat Disord* 2011;19(4):323-34.
4. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr opin psychiatry* 2006;19(4):389-94.
5. Collier DA, Treasure JL. The etiology of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2004;185(5):363-5.
6. Sim L, Zeman J. Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *J Early Adolesc* 2005;25(4):478-96.
7. Hoerr SL, Bokram R, Lugo B, Bivins T, Keast DR. Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *J Am Coll Nutr* 2002;21(4):307-14.
8. Costarelli V, Antonopoulou K, Mavrovounioti CH. Psychosocial characteristics in relation to disordered eating attitudes in Greek adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19(4):322-30.
9. Berthoz S, Perdereau F, Godart N, Corcos M, Haviland MG. Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures. *J Psychosom Res* 2007;62(3):341-7.
10. Khodabakhsh MR, Kiani F. Effects of emotional eating on eating behaviors disorder in students: The effects of anxious mood and emotion expression. *Int J Pediatr* 2014;2(4.1):295-303.
11. Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, Toccaceli V, Lega I, Stazi MA. Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *J Psychosom Res* 2011;71(4):256-63.
12. Jonason PK, Lyons M, Bethell E, Ross R. Different routes to limited empathy in the sexes: Examining the links between the Dark Triad and empathy. *Pers Individ Dif* 2013;57(5):572-6.
13. Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salminen JK, Huhtala H, Joukamaa M. Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *J Psychosom Res* 2007;62(6):657-65.
14. Payer DE, Lieberman MD, London ED. Neural correlates of affect processing and aggression in methamphetamine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(3):271-82.
15. Joyce AS, Fujiwara E, Cristall M, Ruddy C, Ogrodniczuk JS. Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. *Psychother Res* 2013;23(6):690-704.
16. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007;89(3):230-46.
17. Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian J Soc Sci Res* 2010;7(1):20-31.

18. Bird G, Silani G, Brindley R, White S, Frith U, Singer T. Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. *Brain* 2010;133(5):1515-25.
19. Evren C, Sar V, Evren B, Semiz U, Dalbudak E, Cakmak D. Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62(1):40-47.
20. Spence S, Courbasson C. The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *Eat Behav* 2012;13(4):382-5.
21. Calkins SD. Commentary: Conceptual and methodological challenges to the study of emotion regulation and psychopathology. *J Psychopathol Behav Assess* 2010;32(1):92-5.
22. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross J. J, Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford; 2007. p. 3-24.
23. Lafrance Robinson A, Kosmerly S, Mansfield-Green S, Lafrance G. Disordered eating behaviours in an undergraduate sample: Associations among gender, body mass index, and difficulties in emotion regulation. *Can J Behav Sci* 2014;46(3):320.
24. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12(04):871-8.
25. Ward RM, Hay MC. Depression, coping, hassles, and body dissatisfaction: Factors associated with disordered eating. *Eat Behav* 2015;17:14-8.
26. Voelker DK, Gould D, Reel JJ. Prevalence and correlates of disordered eating in female figure skaters. *Psychol Sport Exerc* 2014;15(6):696-704.
27. Pourghassem Gargari B, Kooshavar D, Seyed Sajadi N, Karami S, Hamed Behzad M, Shahrokhi H. Disordered eating attitudes and their correlates among Iranian high school girls. *Health Promot Perspect* 2011;1(1):41-9.
28. Garnefski N, Kraaij V. Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies? *J Adolesc* 2014;37(7):1153-60.
29. Aminabadi Z, Dehghani M, Khodapanahi M. Factor structure and validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Behav Sci* 2011;5(4):21-2.
30. Besharat MA, Shahidi V. Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Eur J Psychol* 2014;10(2):352-62.
31. Berger SS, Elliott C, Ranzenhofer LM, Shomaker LB, Hannallah L, Field SE, et al. Interpersonal problem areas and alexithymia in adolescent girls with loss of control eating. *Compr Psychiatry* 2014;55(1):170-8.
32. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986;51(6):1173-82.
33. Rufer M, Bamert T, Klaghofer R, Moritz S, Schilling L, Weidt S. Trichotillomania and emotion regulation: Is symptom severity related to alexithymia? *Psychiatry Res* 2014;218(1):161-5.
34. Majohr KL, Leenen K, Grabe HJ, Jenewein J, Nuñez DG, Rufer M. Alexithymia and its relationship to dissociation in patients with panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(10):773-7.
35. Musaiger AO, Al-Mannai M. Association between exposure to media and body weight concern among female university students in five Arab countries: A preliminary cross-cultural study. *J Biosoc Sci* 2014;46(02):240-7.
36. Kiyotaki Y, Yokoyama K. Relationships of eating disturbances to alexithymia, need for social approval, and gender identity among Japanese female undergraduate students. *Pers Individ Dif* 2006;41(4):609-18.