

نقش علائم افسردگی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته در دانشجویان دختر

محمد رضا خدا بخش^{1*}، فریبا کیانی²

تاریخ پذیرش: 1393/12/12

تاریخ دریافت: 1393/6/31

خلاصه

مقدمه: نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که هیجان‌ناامدگویی به طور خاص با رفتارهای خوردن آشفته رابطه دارند و زمانی که رفتار خوردن در پاسخ به هیجان‌ناامدگویی صورت گیرد، احتمال بیشتری وجود دارد که فرد سلامتی‌اش را از دست دهد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین نقش افسردگی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته در میان دانشجویان دختر بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی 464 نفر از دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبائی که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند، انجام گردید. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های علائم افسردگی، ناگویی خلقی و مقیاس رفتارهای خوردن آشفته پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین علائم افسردگی، ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته همبستگی درونی معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که متغیرهای علائم افسردگی و ناگویی خلقی به ترتیب 23% و 22% از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را به طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از اهمیت علائم افسردگی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته می‌باشد و این عوامل می‌توانند میزان بالایی از تغییرپذیری این علائم را تبیین نمایند.

واژه‌های کلیدی: علائم افسردگی، ناگویی خلقی، رفتارهای خوردن آشفته، دانشجویان دختر

1- دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: khodabakhsh@atu.ac.ir، تلفن: 09365861050

2- دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، شهرکرد، ایران

مقدمه

مطالعه علمی اختلالات خوردن (Eating Disorders)، حوزه نسبتاً جدیدی است که در دهه ی 1960 شدت گرفت و گسترش فزاینده‌ای تا کنون داشته است. نتایج تحقیقات، حاکی از شواهد نگران کننده‌ای است مبنی بر اینکه اختلالات خوردن می‌توانند هزینه‌های سنگینی را بر زندگی فرد تحمیل نموده و افراد را با هر جنس و سنی مبتلا کنند. اختلالات خوردن به عنوان شرایط تهدیدکننده زندگی، آشفتگی‌های جدی در خوردن و تصویر بدن است و در زنان رواج زیادی داشته و به عنوان نشانگان چند عامل ناهمگون است که نتیجه کارکرد عوامل نورویولوژی، روانشناختی و اجتماعی- فرهنگی است. برای مثال شیوع بالاتر اختلالات خوردن در زنان می‌تواند بواسطه تمرکز فرهنگی بر روی لاغری زنان باشد. از دیدگاه رشدی، محققان پیشنهاد می‌کنند این عوامل گوناگون را باید به صورت یکپارچه در نظر گرفت و اختلالات خوردن را به عنوان اختلالات رشدی در فرایند خودتنظیمی با نقص در ظرفیت پردازش و تنظیم هیجانات به عنوان آشفتگی اولیه مفهوم‌سازی نمود. در سال‌های اخیر، اختلالات خوردن، رفتارها و باورهای خوردن مشکل ساز، به گونه‌ای فزاینده شایع شده‌اند [1].

بی‌اشتهایی عصبی (Anorexia Nervosa) و پرخوری عصبی (Bulimia Nervosa) شیوع بیشتری در زنان سنین بین 15 تا 24 سال دارند [2]. شواهد تجربی، پیوستاری آسیب‌شناختی را در حوزه اختلال‌های خوردن نشان می‌دهند. اصطلاح خوردن آشفته (Disordered Eating) برای افرادی استفاده می‌شود که در میانه پیوستار قرار دارند. این افراد، نوع خاصی از رفتارهای نامنظم و آشفته را نشان می‌دهند که دلالت بر اختلال خوردن خاصی مانند بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی ندارد. افرادی که این نوع از الگوهای خوردن آشفته را دارند در گروه اختلال‌های خوردن تصریح نشده قرار می‌گیرند و در برخی موارد نشانه‌هایی از هر دو نوع اختلال را نشان داده و پیش زمینه‌ای برای ابتلا به اختلال خوردن بالینی خواهند داشت [3]. رفتارهای خوردن آشفته شامل استفاده از مکانیسم‌های جبرانی برای کنترل وزن و خوردن می‌باشد که شامل محدودیت‌های تغذیه‌ای،

رفتارهای جبرانی نامناسب و افکار تحریف شده درباره اهمیت وزن و شکل بدن [4] ترس از چاق شدن، رفتارهای کنترل وزن نامناسب و اشتغال ذهنی با غذا [5] است و پیامدهای مخربی بر سلامت دارد [6]. تحقیقات نشان می‌دهد شیوع رفتارهای خوردن آشفته در حال افزایش است و حتی فراتر از شیوع ثبت شده برای اختلالات خوردن است، به‌ویژه در میان افراد جوان [7]. مطالعات، همبسته‌ها و پیش‌بینی کننده‌های گوناگونی را برای رفتارهای خوردن آشفته از ژنتیک تا پویایی‌های خانواده و ارزش‌های فرهنگی شناسایی کرده‌اند. در سال‌های اخیر محققان بر نیاز به فهم بهتر اثرات عوامل مرتبط با هیجان بر رفتارهای خوردن آشفته تأکید می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی با اختلالات هیجانی چون افسردگی و اضطراب خطر بیشتری در بروز اختلالات خوردن دارند [8].

مطالعات بالینی نشان می‌دهند افرادی با بی‌اشتهایی عصبی حداقل یک دوره افسردگی عمده را در زندگی خود گزارش می‌کنند [9]. مطالعات مبتنی بر جمعیت نیز همبودی (comorbidity) رفتارهای خوردن آشفته با علائم افسردگی را تأیید می‌کنند [10]. همبودی روانپزشکی در افرادی با اختلالات خوردن بسیار رایج است. مطالعات بالینی و جامعه نشان می‌دهد بین 55% تا 98% افراد با بی‌اشتهایی عصبی و 88% تا 97% افرادی با پرخوری عصبی دارای اختلالات محور یک (Axis I disorder) هستند [11,12]. فقدان اشتها، خستگی، تمرکز ضعیف، ناستواری هیجانی، آسیب به خود و گناه از ویژگی‌های هر دو اختلال است [4].

تحقیقات نشان می‌دهد ناگویی خلقی (Alexithymia) با نشانگان اختلالات خوردن در جمعیت غیر بالینی رابطه دارد [13]. تحقیقات اندکی، بر رابطه بین ناگویی خلقی و اختلالات خوردن در نمونه‌های غیر کلینیکی پرداخته‌اند و این نوع از تحقیقات بدون شک مهم می‌باشند؛ به‌خصوص نمونه‌های غیر کلینیکی که ترکیبی از دانشجویان دختر هستند که اختلالات خوردن در میان آن‌ها شایع‌تر است. یکی از مسائل مورد مطالعه در این پژوهش، بررسی نقش ساختار شخصیتی ناگویی خلقی در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته است. Sifneos ناگویی خلقی را به عنوان نشانه‌های روانی بدنی که افراد مبتلا قادر به شناسایی و بیان هیجانات نیستند،

پیش‌بینی کنندگی رفتارهای خوردن آشفته توسط علائم افسردگی و ناگویی خلقی است را امکان‌پذیر می‌سازد. با توجه به وجود مطالعات اندکی که موضوع پژوهش حاضر را به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار داده‌اند و عدم وجود سابقه انجام چنین مطالعه‌ای در ایران، این مطالعه دارای نوع‌آوری‌های خاص خود از نظر موضوع و تبیین نتایج است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی 464 نفر از دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبائی تهران که در سال 93-1392 مشغول به تحصیل بوده و به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و بر اساس فرمول مورگان انتخاب شدند، انجام گردید. ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی پنج دانشکده انتخاب و از هر دانشکده نیز 100 نفر به‌طور تصادفی برگزیده شدند. سپس، از هر کلاس 25 نفر به‌صورت تصادفی انتخاب گردیدند. 36 پرسش‌نامه به دلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شدند. معیار ورود به پژوهش اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش و تمایل دانشجو به شرکت در تحقیق بود. در ابتدا با اخذ مجوز از دانشگاه، پژوهشگر وارد محیط پژوهش شده و سپس پرسش‌نامه‌های مورد نظر در اختیار دانشجویان منتخب قرار داده شده و تکمیل شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش کاملاً توجیه شدند که شرکت در پژوهش برای کلیه افراد اختیاری بوده، هیچ‌گونه نام و نشانی از آن‌ها خواسته نمی‌شود، مسئله رازداری کاملاً رعایت خواهد شد و اطلاعات تنها به‌صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت. ضمناً شرکت‌کنندگان به‌صورت شفاهی رضایت خود را در مورد شرکت در پژوهش اعلام کردند و همچنین سعی بر آن شد تا در تدوین سوالات پرسش‌نامه، از عبارت ارزشی که باعث برانگیختگی حساسیت شرکت‌کنندگان می‌شود استفاده نگردد تا موجب سوگیری در پاسخ‌دهی به سوالات نشود. مدت زمان تقریبی لازم برای پر کردن پرسش‌نامه‌ها 30 دقیقه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 19 و از روش‌های توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات

تعریف می‌کند. ناگویی خلقی دارای سه ویژگی اصلی مشکل در شناسایی احساسات (Difficulties identifying feelings-DIFF)، توصیف احساسات (Difficulties describing feelings-DDF) و سبک‌های جهت‌گیری تفکر بیرون (Externally-oriented thinking-EOT) است [14]. 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. جهت‌گیری تفکر بیرونی زمانی رخ می‌دهد که فرد تمایل به تفکر درباره امور به‌صورت بیرونی و در تضاد با جهت‌گیری تفکر درونی دارد. ناگویی خلقی به‌عنوان اختلال تنظیم عواطف با دفاع‌های اولیه، سبک‌های کنار آمدن غیر انطباقی، آسیب‌پذیری در برابر استرس و نشانه‌های روانی بدنی پیوند می‌یابد [15]. افراد با ناگویی خلقی سطوح کمتری از همدلی را نشان می‌دهند. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد ناگویی خلقی اثرات منفی بر روی بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی می‌گذارد و عاملی خطرناک در ابتلا افراد به پریشانی هیجانی، مشکلات روان‌شناختی و تشخیص عدم سلامت ذهنی است [16]. ناگویی خلقی با افسردگی [17]، بی‌اشتهایی عصبی [18] و پرخوری [19] رابطه دارد. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی با اختلالات خوردن، سطوح بالاتری از ناگویی خلقی را در مقایسه با افراد گروه کنترل نشان می‌دهند [20].

با استناد به شواهد موجود از پژوهش‌های انجام‌شده، دانشجویان دانشگاه گروه هدف مهمی برای ترغیب سبک زندگی سالم در جمعیت بزرگسال می‌باشند. تحقیقات نیز نشان می‌دهد این جمعیت در این گروه سنی به‌ویژه در قشر زنان بیشترین میزان خطر را برای آغاز اختلالات خوردن دارند. با توجه به مطالب گفته شده و تحقیقات گذشته که بر روی جمعیت ایرانی اجرا شده و نشان‌دهنده شیوع بالای رفتارهای خوردن آشفته است [21]، پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سوالات است: (1) آیا علائم افسردگی بر رفتارهای خوردن آشفته تأثیر دارد؟ (2) آیا ناگویی خلقی بر رفتارهای خوردن آشفته تأثیر دارد؟ پاسخ به سوالات مطرح شده، دستیابی به هدف نهایی پژوهش حاضر که تعیین نقش

0/87 برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شد. این مقیاس پرکاربردترین ابزار به منظور اندازه‌گیری ناگویی خلقی است.

مقیاس رفتارهای خوردن آشفته: این مقیاس 26 گویه‌ای، یک پرسشنامه غربالگری است که به منظور بررسی این که آیا رفتار غذا خوردن و نگرش پاسخ‌دهندگان نیازمند ارزیابی بیشتر است، ساخته شده است [26]. این پرسشنامه یک تشخیص را ارائه نمی‌دهد بلکه در عوض، نشانه‌هایی را شناسایی می‌کند که سازگار با هر کدام از اختلال‌های خوردن است. دو نمونه سؤال این مقیاس "دائماً دل‌مشغول غذا هستم" و "وقتی غذا می‌خورد، احساس می‌کنم قادر به متوقف کردن خود نیستم" می‌باشد. این مقیاس بر مبنای طیف لیکرتی 6 درجه‌ای است از 1 (همیشه) تا 6 (هرگز). Rivas و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که این پرسش‌نامه دارای همسانی درونی بالایی می‌باشد [27]. همچنین این پژوهشگران نشان دادند که این مقیاس دارای قابلیت تشخیص بین آزمودنی‌ها با اختلال خوردن (ED)، علامت‌دار و بدون علامت به‌وسیله میانگین تحلیل‌های ROC و با استفاده از نتایج پرسش‌نامه برای تشخیص اختلال خوردن (Eating Disorder Diagnoses) به‌عنوان ملاک است. این مطالعه توانست آزمودنی‌هایی با اختلالات ED و بدون ED را شناسایی کند. روایی و پایایی این مقیاس در جمعیت ایرانی مطلوب گزارش شده است [21]. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ، برابر با 0/81 به دست آمده است.

یافته‌ها

میانگین سنی کل آزمودنی‌ها 23 سال با دامنه 18 تا 33 سال و انحراف استاندارد 6/24 بود. 329 نفر از شرکت‌کنندگان (71 درصد) دارای مدرک کارشناسی، تعداد 88 نفر (19 درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و تعداد 47 نفر (10 درصد) دارای مدرک دکتری بودند. در جدول 1، میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول 1).

استفاده گردید. درجه اطمینان 99% و سطح معناداری $p < 0/01$ در نظر گرفته شد.

ابزار مطالعه

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه حاوی اطلاعاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی بود.

مقیاس علائم افسردگی [22]: این مقیاس 14 گویه‌ای که برای سنجش علائم افسردگی به‌عنوان صفت به کار می‌رود. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از 1 (عمدتاً مخالف) تا 5 (عمدتاً موافق) به سؤالات پاسخ دادند. روایی و پایایی مقیاس در پژوهش قربانی و همکاران بررسی شده است [23]. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب، 0/79 و همچنین دارای روایی بالا گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس برابر با 0/81 به دست آمده است.

مقیاس 20 ماده‌ای ناگویی خلقی تورنتو: یک ابزار خود گزارش دهی 20 سؤالی است که شامل سه زیر مقیاس (1 دشواری در شناسایی احساسات، 2 دشواری در توصیف احساسات و 3 تفکر عینی می‌باشد که به اندازه‌های 5 درجه‌ای لیکرت از نمره 1 (کاملاً مخالف) تا نمره 5 (کاملاً موافق) تقسیم می‌گردد. دو نمونه از سؤالات این مقیاس "عموماً گیج 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"، است. نمره کل از جمع نمره‌های 3 زیرمقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود [24]. بشارت، نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-20 را تهیه و ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب 0/85، 0/82، 0/75 و 0/72 گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است [25]. پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-20 در یک نمونه 67 نفری در دو نوبت با فاصله 4 هفته از 0/80 تا

جدول 1- میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی درونی متغیرهای علائم افسردگی، ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته

ضرایب همبستگی				
میانگین	انحراف معیار	1	2	3
44/64	11/05	1		
41/38	12/38	0/41**	1	
34/43	9/31	0/59**	0/58**	1

** p<0/01

از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای ارزیابی اثر علائم افسردگی و ناگویی خلقی بر رفتارهای خوردن آشفته استفاده شد. در جدول 2، خلاصه مدل تحلیل رگرسیون گزارش شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین متغیرهای علائم افسردگی، ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته همبستگی مثبت درونی بالایی وجود دارد ($p<0/01$). بدین ترتیب که هرچه میزان علائم افسردگی و ناگویی خلقی بالاتر باشد میزان بروز رفتارهای خوردن آشفته بیشتر است.

جدول 2- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون گام به گام با متغیرهای پیش‌بینی علائم افسردگی و ناگویی خلقی و متغیر ملاک رفتارهای خوردن آشفته

Sig	ΔF	ΔR^2	R^2	ضریب همبستگی چندگانه
0/000	231/56	0/35	0/35	0/59
0/000	119/74	0/14	0/49	0/70

امکان تبیین رفتارهای خوردن آشفته بر اساس این دو متغیر وجود دارد.

نتایج این دو مدل تحلیل رگرسیون برای تبیین رفتارهای خوردن آشفته از روی متغیرهای علائم افسردگی و ناگویی خلقی نشان داد که ضریب F مربوط به هر دو مدل از لحاظ آماری در سطح کمتر از 0/0001 معنی‌دار است. بنابراین،

جدول 3- خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته بر اساس متغیرهای علائم افسردگی و ناگویی خلقی

متغیر	β	B	SE	T	R^2	Sig
علائم افسردگی	0/42	0/48	0/04	11/16	0/23	0/000
ناگویی خلقی	0/41	0/55	0/05	10/94	0/22	0/000

آشفته از طریق ناگویی خلقی، نتایج نشان داد ناگویی خلقی با بتای 0/41، 22% از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین می‌کند.

در جدول 3، ضرایب تحلیل رگرسیون گام به گام ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود متغیر علائم افسردگی با بتای 0/42 قادر است 23% از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین کند. در خصوص پیش‌بینی رفتارهای خوردن

بحث

روزهایی رخ می‌دهد که با افزایش عواطف منفی (افسردگی) همراه بوده است [31].

نتایج این پژوهش نشان داد که ناگویی خلقی به‌طور معنی‌داری رفتارهای خوردن آشفته را در میان دانشجویان دختر پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با یافته‌های برخی مطالعات [28] همسو است. این یافته را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تفسیر کرد: اختلالات روانی دیگر به‌ویژه اختلال افسردگی نشان می‌دهد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا بیان می‌کند نرخ افسردگی در افرادی با اختلالات خوردن بین 50% تا 75% است [29]. همبودی اختلال افسردگی با اختلالات خوردن با پیامد منفی اختلالات خوردن شامل نرخ بالای خودکشی و مرگ ناشی از خودکشی، همراه است. تحقیقات نشان می‌دهد افسردگی با رفتارهای خوردن آشفته، افزایش سوء استفاده از مواد و نارضایتی از تصویر بدن رابطه دارد. در واقع، نتایج مطالعات، نشان دهنده ارتباط اختلالات خوردن با افسردگی در زمینه‌ی سهمیم بودن در برخی از عوامل خطر ساز مشترک در سبب‌شناسی هر دو اختلال چون نارضایتی از تصویر بدن است [30]. Blinder و همکاران به این نتیجه رسیدند که 95% افرادی که دچار اختلالات خوردن هستند، از برخی اشکال اختلالات خلقی نیز رنج می‌برند [12]. به‌طور مشابه، تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند نشانگان اختلالات خوردن و نارضایتی بدن به‌طور قوی با نشانگان افسردگی ارتباط دارند. نظریات گوناگونی تلاش می‌کنند این ارتباط بین اختلالات خوردن با نشانگان افسردگی را تبیین کنند. هنوز روشن نیست آیا ابتدا افسردگی به وجود آمده است یا افسردگی در نتیجه استرس و تغذیه ناسازگاری است که با اختلالات خوردن رابطه دارد. برخی از نظریه‌پردازان پیشنهاد می‌کنند افسردگی مقدمه و پیش درآمد اختلالات خوردن است و شاید افسردگی آسیب‌پذیری شخص در برابر ایجاد اختلالات خوردن را افزایش می‌دهد؛ برخی نظریه‌پردازان نیز بر روابط متقابل تأکید می‌کنند [31]. از دیدگاه نظری در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، خوردن، کاهش موقتی آشفتگی‌های هیجانی منفی (افسردگی) را فراهم می‌کند که تهدید موجودیت فرد را به همراه دارند. تحقیقات نشان می‌دهد بالاترین میزان رفتارهای پاک‌سازی (purging) در افرادی با اختلالات خوردن در

افراد با سطوح بالایی از ناگویی خلقی مشکلاتی در شناسایی و توصیف احساسات خود دارند. به‌واسطه محدودیت‌های آن‌ها در تنظیم هیجانات، این افراد به‌وسیله احساسات غیرقابل کنترل خود درهم شکسته می‌شوند؛ در نهایت آن‌ها تلاش می‌کنند به‌وسیله رفتارهای خود تحریکی غیر انطباقی چون رژیم گرفتن، هیجانات خود را تنظیم کنند. این راهبردها به‌منظور سازمان دادن به عواطف خود بکار برده می‌شوند [33] و می‌توانند بخشی از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین کنند. ناتوانی در بیان تجربیات هیجانی که در نتیجه‌ی عدم تمایز و ناتنظیمی عواطف در افراد دچار ناگویی خلقی مشاهده می‌شود می‌تواند از طریق تحریف تصویر بدنی با رفتارهای خوردن آشفته در این افراد رابطه داشته باشد. همسو با این نتایج، تحقیقات نشان داده است زنانی با رفتارهای خوردن آشفته در مقایسه با زنان گروه کنترل در زمینه ناگویی خلقی در سطح بالاتری هستند و ممکن است هیجانات خود را به احساسات بدنی و ظاهر فیزیکی منتقل سازند [34]. در واقع می‌توان گفت رفتارهای خوردن آشفته در افرادی با ناگویی خلقی نشان‌دهنده تعارضات درونی و احساسات نامشخصی است که آن‌ها تجربه می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد ناگویی خلقی و مشکلاتی در بازشناسی و تنظیم هیجانات منفی، منجر به رفتارهای خوردن آشفته می‌شود که در واقع می‌تواند به‌عنوان راهبردی در کاهش این هیجانات در افراد دچار ناگویی خلقی باشد [35]. برای مثال، افرادی با اختلال پرخوری عصبی که دارای سطوح بالایی از ناگویی خلقی هستند ممکن است تلاش کنند تا با احساسات منفی خود از طریق استفراغ کردن در ارتباط باشند. استفراغ کردن به منظور فراموشی تجربیات هیجانی و اجتناب از احساسات منفی توسط آن‌ها بکار گرفته می‌شود. در این موارد می‌توان گفت بهبود توانایی

این برنامه‌ها از بروز موارد جدید جلوگیری کرده و افرادی را که از قبل این اختلال را داشته‌اند ترغیب می‌کنند تا به دنبال مراجعه به متخصصین باشند. سبب‌شناسی و درمان رفتارهای خوردن آشفته باید شبکه ارتباطات بیمار را نیز در نظر بگیرد و فقط بر روی بیمار تمرکز نداشته باشد. محققان در این حوزه باید به فراتر از عوامل سطح فردی تمرکز کنند و عوامل سطح ارتباطی را به‌عنوان رفتارهایی که سلامت را در معرض خطر قرار می‌دهند، در نظر بگیرند. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به شخصیت و نشانگان اختلالات خوردن کمک کند. پژوهش حاضر، به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأیید تجربی بیشتر است. تا آن زمان، یافته‌های پژوهش حاضر باید با احتیاط تفسیر شوند. همین‌طور، نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به‌علاوه، مشکلات و محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت.

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویانی که به‌عنوان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

کنار آمدن با هیجانات منفی یا کاهش در سطح ناگویی خلقی می‌تواند با کاهش رفتارهای خوردن آشفته‌ای چون خوردن/پاک‌سازی در رابطه باشد. تحقیقات نشان می‌دهد بهبود ناگویی خلقی در افرادی با رفتارهای خوردن آشفته به‌طور مستقیم با سطح مشکل در شناسایی احساسات در پیش از درمان در رابطه است. افرادی با ناگویی خلقی که مشکل بیشتری در شناسایی احساسات خود دارند نشانگان بیشتری را در پیگیری و بهبود کمتری را نشان دادند [34].

نتیجه‌گیری: به‌طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر کارهای تحقیقاتی گذشته در زمینه ارتباط ناگویی خلقی و نشانگان افسردگی با اختلالات خوردن را در نمونه غیر بالینی متشکل از مردان و زنان ارتقاء می‌دهد. بر این اساس، می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، میزان بروز اختلالات خوردن در میان دانشجویان به‌عنوان یک مشکل اجتماعی رو به فزونی است. دانشجویان زن یک گروه در معرض خطر برای ایجاد اختلالات خوردن می‌باشند و برنامه‌های پیشگیری اولیه و ثانویه به منظور مقابله با این شرایط در میان دانشجویان زن مورد نیاز است. شناسایی ناگویی خلقی در افرادی با نشانگان اختلالات خوردن به‌عنوان یک عامل پیش‌آگهی منفی در راهبردهای درمانی امری اساسی است. استفاده از راهبرد ارائه اطلاعات به دختران جوان، بعد اصلی در برنامه‌های پیشگیری می‌باشد.

References

1. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry* 2007;61(3):348-58.
2. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry* 2006;19(4):389-94.
3. Neumark-Sztainer, D. Higher Weight Status and Restrictive Eating Disorders: An Overlooked Concern. *Journal of Adolescent Health* 2015; 56(1):1-10.
4. Brownley, K. A., Peat, C. M., La Via, M., & Bulik, C. M. Pharmacological Approaches to the Management of Binge Eating Disorder. *Drugs* 2015; 75(1): 9-32.
5. Loth, K., Wall, M., Choi, C. W., Bucchianeri, M., Quick, V., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. Family meals and disordered eating in adolescents: Are the benefits the same for everyone?. *International Journal of Eating Disorders* 2015; 48(1): 100-110.
6. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders* 2009;42(2):97-103.

7. White S, Reynolds-Malear JB, Cordero E. Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating disorders* 2011; 19(4): 323-34.
8. Wade TD, Bergin JL, Martin NG, Gillespie NA, Fairburn CG. A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease* 2006; 194(7): 510-7.
9. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1992;31(5):810-8.
10. Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *The American journal of psychiatry* 1995;152(1): 64-71.
11. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry* 2011;68(7):714-23.
12. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine* 2006; 68(3): 454-62.
13. Abbate-Daga, G., Quaranta, M., Marzola, E., Amianto, F., & Fassino, S. (2015). The Relationship between Alexithymia and Intolerance of Uncertainty in Anorexia Nervosa. *Psychopathology*, 48(3), 202-208.
14. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics* 2001;42(3):235-40.
15. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and psychosomatics* 2005; 74(6), 371-79.
16. Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salminen JK, Huhtala H, Joukamaa M. Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Journal of psychosomatic research* 2007;62(6):657-65.
17. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research* 2000;48(1):99-104.
18. Carano A, De Berardis D, Gambi F, Di Paolo C, Campanella D, Pelusi L, et al. Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 2006;39(4): 332-40.
19. Quinton S, Wagner HL. Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and individual differences* 2005;38(5):1163-73.
20. Wagner H, Lee V. Alexithymia and individual differences in emotional expression. *Journal of Research in Personality* 2008;42(1):83-95.
21. Gargari BP, Kooshavar D, Sajadi NS, Safoura S, Behzad MH, Shahrokhi H. Disordered eating attitudes and their correlates among Iranian high school girls. *Health promotion perspectives* 2011;1(1):41-9.
22. Costello C, Comrey AL. Scales for measuring depression and anxiety. *The Journal of Psychology* 1967;66(2):303-13.
23. Ghorbani N, Framariz AG, Watson P. Philosophy, self-knowledge, and personality in Iranian teachers and students of philosophy. *The Journal of Psychology* 2005;139(1):81-95.

24. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research* 1994;38(1):23-32.
25. Besharat MA, Shahidi V. Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies on the Relationship Between Attachment Styles and Alexithymia. *Europe's Journal of Psychology* 2014;10(2):352-62.
26. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test :psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine* 1982;12(04):871-8.
27. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish journal of psychology* 2010;13(02):1044-56.
28. Dodge, E., & Simic, M. Anorexia runs in families: does this make the families responsible? A commentary on 'Anorexia runs in families: is this due to genes or the family environment?' (Dring, 2014). *Journal of Family Therapy* 2015; 37(1); 93-102.
29. Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., Ornstein, R. M., Rome, E. S., Garber, A. K., ... & Kreipe, R. E. Update on the Medical Management of Eating Disorders in Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2015; 56(4); 370-375.
30. Johnson F, Wardle J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress. A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114, 119-125.
31. Pollice C, Kaye WH, Greeno CG, Weltzin TE. Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1997;21(4):367-76.
32. Lawson R, Waller G, Sines J, Meyer C. Emotional awareness among eating-disordered patients: the role of narcissistic traits. *European Eating Disorders Review* 2008;16(1):44-8.
33. Speranza M, Loas G, Wallier J, Corcos M. Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of psychosomatic research* 2007;63(4):365-71.
34. Kessler H, Schwarze M, Filipic S, Traue HC, von Wietersheim J. Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2006;39(3):245-51.
35. Karukivi M, Hautala L, Korpelainen J, Haapasalo-Pesu K-M, Liuksila P-R, Joukamaa M, et al. Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eating Disorders* 2010;18(3):226-38.

The Role of Depressive Symptoms and Alexithymia in Predicting Disordered Eating Behavior Among Female Students

Khodabakhsh M^{*1}, Kiani F²

1- Ph.D in Psychology, Young Researchers and Elite Club, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

^{*}(Corresponding Author). khodabakhsh@ut.ac.ir, Tel:0936586105

2 – Ph.D in Psychology, Young Researchers and Elite Club, shahrekord Branch, Islamic Azad University, shahrekord, Iran

Received: 22 September 2014

Accepted: 3 March 2015

Introduction: The previous Research has shown that undesirable emotions are related to disordered eating behaviors and when eating is in response to negative emotions, it is more likely to affect a person's health. The aim of this study was to investigate the role of depression symptoms and alexithymia in predicting disordered eating behaviors among female College students.

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted on 464 female students of Allameh Tabataba'i University which were selected by multiple cluster sampling, was conducted. Participants responded to the questionnaires of depression symptoms, Toronto Alexithymia Scale and The eating attitudes test. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise regression.

Results: Results showed that there was a significant internal correlation among depression symptoms, alexithymia and disordered eating behavior ($p < 0.01$). Also, stepwise regression analysis indicated that depression symptoms and alexithymia significantly predicted 23% and 22% of the variance of disordered eating behaviors respectively ($p < 0.01$).

Conclusion: The results suggest the importance of depression symptoms and alexithymia in predicting the disordered eating behaviors and these factors can explain the high degree of variability of these symptoms.

Key words: Depression symptoms, Alexithymia, Disordered eating behaviors, Girl Students

Please cite this article as follows:

Khodabakhsh M, Kiani F. The role of depressive symptoms and alexithymia in predicting disordered eating behavior among girl students. *Community Health journal* 2014; 8(3): 27-36.

Funding: This research was funded by Research Committee of Islamic Azad University

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University approved the study.