

## مقایسه پریشانی هیجانی، خودکارآمدی خوردن، بامداد گرایی و سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال پرخوری با کنترل شاخص توده بدنی

الهام فارسی مدان<sup>۱</sup>

سودابه شیرانی بروجنی<sup>۲</sup>

طیبه شریفی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۱

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه افراد مبتلا به اختلال پرخوری و افراد غیر مبتلا از لحاظ، سبک‌های مقابله‌ای، بامدادگرایی، خودکارآمدی در زمینه خوردن، استرس، اضطراب و افسردگی با کنترل شاخص توده بدنی بود. روش این پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری را کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه شهرستان اردبیل تشکیل می‌دادند که ۵۳ نفر از افراد مبتلا به اختلال پرخوری با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی، مطابق با پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان گروه بیمار و ۶۱ نفر نیز به عنوان گروه غیر بیمار انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های شاخص افسردگی اضطراب و استرس لویندا (۱۹۹۵)، مقیاس بامدادگرایی اسمیت، ریلی و میدکیف (۱۹۸۹)، پرسشنامه پرخوری گورمالی و همکاران (۱۹۸۲)، مقیاس خودکارآمدی در کنترل وزن کلرک و همکاران (۱۹۹۱) و سبک‌های مقابله‌ای بیلینگنز و موس (۱۹۸۱) بود و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوارینانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بعد از کنترل شاخص توده بدنی، افراد مبتلا به اختلال پرخوری اضطراب و افسردگی بیشتر و خودکارآمدی کمتری در کنترل خوردن داشتند. آنها از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدارتری استفاده می‌کردند و تمایلات عصرگرایانه آنها نسبت به افراد غیر بیمار بالاتر بود. بنابراین توجه به پریشانی هیجانی، خودکارآمدی در مدیریت تغذیه، نوع شخصیت بامدادگرایی و سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند نقش مهمی در مدیریت پرخوری این بیماران داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال پرخوری، خودکارآمدی، شاخص توده بدنی، بامدادگرایی، روانشناسی سلامت

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روانشناسی عمومی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول) elham23460@yahoo.com

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روانشناسی عمومی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، ایران Ssh948056@gmail.com

<sup>۳</sup> استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، ایران sharifi\_ta@yahoo.com

## مقدمه

اختلال پرخوری از اختلالاتی است که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی وارد اختلالات تغذیه‌ای شده است. پرخوری حداقل باید یکبار در هفته به مدت ۳ ماه اتفاق افتد، با استفاده‌ی مکرر از رفتارهای جبرانی نامناسب مرتبط نیست، منحصراً در طی دوره‌های بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی اتفاق نمی‌افتد. شیوع این اختلال در یک دوره دوازده ماهه در میان جوانان ۱۸ سال به بالا در میان دختران ۱/۶ و در میان پسران ۰/۸ گزارش شده است. میزان آن در افرادی که در جستجوی درمان هستند بیشتر از جمعیت عادی گزارش شده است. پنجمین راهنمای آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) بیان کرده است که اگر دوره پرخوری در هفته بین ۱ تا ۳ بار باشد خفیف، بین ۴ تا ۷ متوسط، بین ۸ تا ۱۳ شدید و ۱۴ به بالا، خیلی شدید طبقه‌بندی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلالات تغذیه‌ای با خود، بیماری‌های مختلفی را به همراه دارد. این بیماران نسبت به افراد غیر بیمار به میزان بیشتری به سرطان (رایبسون، بل و داویس، ۲۰۱۴، لایمو، ۲۰۱۴: ۲۸۰)، دیابت (ایسر، لگراند، پیت، اسپن و پاکوت، ۲۰۱۴: ۱۴۵) بیماری‌های قلبی (دی اسپاتر، لایو و مالانی، ۲۰۱۴: ۴۰۴) و غیره مبتلا می‌شوند. به علاوه به عنوان یک عامل خطر مهم در ابتلا به پرفشاری خون و افزایش چربی خون مطرح هستند. اشاره شده است که چاقی نه تنها با پیامدهای پزشکی، بلکه با موقعیت اجتماعی افراد نیز در ارتباط است (وریچ، جاود، فراز، خاوجا و سالم، ۲۰۰۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد اختلال پرخوری با نرخ بالای اختلالات روانپزشکی، کیفیت زندگی پایین مرتبط است (کسلر و همکاران، ۲۰۱۳، لاوندر و همکاران، ۲۰۱۴: ۹۱۰). این افراد اغلب نرخ بالایی از تکانشگری و سازه‌های مرتبط با آن شامل نوجویی، مشکل در حفظ رفتار هدف‌گرا در زمینه‌ی پریشانی دارند، به علاوه این افراد دارای رفتارهایی هستند که با رفتارهای تکانشی (مانند مصرف مواد) هم‌زمان است (لاوندر و همکاران، ۲۰۱۴: ۱۵۴). این افراد ممکن است در زمینه‌ی عصب شناختی

1. Robinson, Bell, & Davis

2. Laiyemo

3. Esser, Legrand-Poels, Piette, Scheen, & Paquot

4. De Schutter, Lavie, & Milani

5. Warrach, Javed, Faraz-ul-Haq, Khawaja, & Saleem

6. Kessler

7. Lavender

مخصوصاً با توجه به کارکرد اجرایی و فرایندهای مرتبط به آن دارای نقیصه‌هایی باشند که به‌طور زمینه‌ای با این اختلال مرتبط باشد (ساوالدی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰: ۹۲). در مطالعه‌ای مولر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) یافتند افراد چاقی که دارای اختلال پرخوری هستند مشکل بیشتری در تصمیم‌گیری نسبت به افراد چاقی که دارای اختلال پرخوری نیستند، دارند.

اگرچه در مورد افسردگی (دینارد و ریچارد<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳؛ چگارلامودی، کیم و نتون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸)؛ ونریدنت نورتلند<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) اضطراب و استرس (ونریدنت نورتلند و همکاران، ۲۰۱۳) و رابطه آن با چاقی و اختلالات تغذیه‌ای تحقیقات گوناگونی انجام شده است، اما در زمینه اختلال پرخوری عصبی و رابطه آن با این متغیرها به‌طور مستقیم، خیلی کم به آن پرداخته شده است. داهل<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی یافتند، بیمارانی مبتلا به چاقی، دارای بیشترین مشکلات روانشناختی هستند. بیماران دارای اختلال پرخوری نسبت افراد غیر مبتلا، دارای بیشترین سطح افسردگی و روان‌رنجورخویی هستند. لینده<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۴) یافتند، اختلال پرخوری با افسردگی در میان زنان و مردان دارای افزایش وزن رابطه دارد و میزان شیوع اختلال پرخوری با افسردگی در طول عمر بالا است. دینجمانس<sup>۸</sup> (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای رابطه بین سرکوب هیجان‌های منفی و پرخوری را در افراد مبتلا به اختلال پرخوری بررسی کردند، آنها یافتند که سرکوب هیجان‌های منفی پس از القای خلق منفی با میزان مصرف کالری ارتباطی ندارد. اما افراد افسرده مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد مبتلا به پرخوری که افسرده نیستند، پس از القای خلق منفی به‌طور معنی‌داری کالری بیشتری مصرف می‌کنند.

یکی از مهمترین فاکتور در کاهش پرخوری و ادامه رژیم درمانی خودکارآمدی است. یافته‌ها بیان می‌کند که افراد چاق در زمینه اختلال پرخوری دارای مشکلات شدیدی هستند، به‌نحوی که نمی‌توانند پابند رژیم‌درمانی خود باشند و زود رژیم خود را رها می‌کنند (پرسنل و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۸۰). پرسنل و همکاران (۲۰۰۸) یافتند که خودکارآمدی و علائم افسردگی افزایش وزن بیشتری را در مردان پیش-بینی می‌کند. در مطالعه‌ای ابوالقاسمی و جعفری (۱۳۹۱) به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی

<sup>1</sup>. Savaldi

<sup>2</sup>. Müller

<sup>3</sup>. Dennard, & Richards

<sup>4</sup>. Chagarlamudi, Kim, & Newton

<sup>5</sup>. Van ReedtDortland

<sup>6</sup>. Dahl

<sup>7</sup>. Linde

<sup>8</sup>. Dingemans

بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی پرداختند و گزارش دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی علائم پرخوری مرضی و تصویر بدنی منفی را به‌طور معنی‌داری کاهش و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد.

یکی از متغیرهایی که در ادبیات پرخوری کم‌تر به آن توجه شده است، شخصیت بامدادگرا-عصرگرا است. افرادی که دارای شخصیت عصرگرا هستند به میزان بیشتری دچار اختلالات تغذیه‌ای می‌شوند. فلگ و لندلر (۲۰۰۹) در پژوهشی یافتند که افراد عصرگرا تمایلات بیشتری به خوردن دارند. این نتیجه را لوکاسن<sup>۱</sup> (نیز ۲۰۱۳) تأیید کرد. بنابراین به دلیل اهمیت شخصیت بامدادگرایی و عصرگرایی در رفتار خوردن، می‌توان با شناخت زیربناهای این نوع شخصیت زمینه لازم برای کاهش رفتارهای پرخوری را فراهم نمود.

گزارش مطالعات در جمعیت بالینی و غیر بالینی نشان می‌دهد که مبتلایان به اختلال خوردن با ویژگی‌های شخصیتی مثل بی‌ثباتی هیجانی و دوری‌گزینی اجتماعی از سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی برای رویارویی با موقعیت‌های نگران‌کننده استفاده می‌کنند و منجر به شدت بخشیدن و تداوم علائم بالینی این اختلال می‌شوند (گاریسیا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴: ۶۵). در پژوهشی سالونسکی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی تأثیر استرس و مقابله بر روی اختلال خوردن پرداختند و یافتند که سبک مقابله‌ای هیجان‌مداری و سبک مقابله‌ای اجتنابی به‌طور مثبتی با استرس و اختلال خوردن رابطه دارد. همچنین سبک مقابله‌ای هیجان‌نمایی رابطه میان استرس و اختلال خوردن را تعدیل می‌کند. اما میان استرس و سبک مقابله‌ای منطقی یا گسلیده<sup>۴</sup> و اختلال پرخوری رابطه‌ای وجود ندارد. در مطالعه‌ای دینارد و ریچارد (۲۰۱۳) به بررسی افسردگی، مقابله در اختلال خوردن پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که افسردگی پیش‌بینی‌کننده اختلال خوردن بعد از کنترل کردن رابطه میان افسردگی و مقابله است. همچنین سبک مقابله‌ای اجتنابی رابطه معنی‌داری با اختلال خوردن دارد. اما پیش‌بینی‌کننده خوبی بعد از کنترل رابطه میان مقابله و افسردگی نیست. بنابراین توجه به راهبردهای مقابله‌ای افراد مبتلا به اختلال پرخوری می‌تواند حائز اهمیت باشد. جمع‌بندی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد در ایران در مورد اختلال پرخوری پژوهش‌های زیادی انجام نشده است. هنوز اطلاعات

<sup>1</sup>. Lucassen

<sup>2</sup>. Garcia-Graue

<sup>3</sup>. Sulkowski

<sup>4</sup>. detached

روانشناختی در مورد پرخوری به اندازه کافی وجود ندارد و نیاز است که در این زمینه اطلاعات بیشتری به دست آید تا بتوان گام‌های مؤثری با توجه به فرهنگ ایرانی در این زمینه برداشته شود.

بنابراین با توجه به اهمیت این اختلال و مشکلات جسمانی و روانی که به دنبال دارد و عدم مطالعه نظام‌مند متغیرهای مورد استفاده، به‌ویژه در داخل ایران و چندبعدی و کاربردی بودن این پژوهش بر کاهش مشکلات پیش روی دانش‌آموزان، از جمله مسائل قابل توجه جهت بررسی و مطالعه دقیق در این حوزه است. این مطالعه سعی دارد با نگاهی جامع‌تر به نقش متغیرهای روانشناختی پرخوری یعنی متغیرهای شخصیتی (بامداد گرایی، سبک های مقابله‌ای)، بالینی (پریشانی هیجانی) و روانشناختی-تغذیه‌ای (خودکارآمدی خوردن) سعی دارد که تفاوت بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا را مشخص سازد. بنابراین به دلیل شایع بودن مشکلات روانی و عملکردهای تحصیلی پایین دانش‌آموزانی که در معرض ابتلا به افزایش وزن و چاقی هستند، انجام چنین مطالعاتی از ضروریات است. کاربست نتایج این پژوهش در زمینه پیشگیری و تدوین برنامه‌های درمانی در پژوهش‌های آتی بر اساس نتایج این پژوهش، به ویژه در دانش‌آموزان از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا بین دو گروه افراد دارای اختلال پرخوری و افراد غیر بیمار از لحاظ سبک‌های مقابله‌ای، بامدادگرایی، خودکارآمدی در زمینه خوردن، پریشانی هیجانی با کنترل شاخص توده بدنی، تفاوت وجود دارد؟

## روش

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر اردبیل که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل دادند. ۵۳ دانش‌آموز مبتلا به اختلال پرخوری جامعه آماری به صورت نمونه‌گیری هدفمند از بین ۳۹۲ دانش‌آموز مشکوک به اختلال پرخوری انتخاب شدند. روش انتخاب گروه نمونه بدین نحو بود که ابتدا از میان دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه اردبیل به صورت خوشه‌ای ۶ دبیرستان انتخاب شد و پرسشنامه‌ی پرخوری در بین آن‌ها توزیع گردید و از آن‌ها خواسته شد که نام خود را در بالا پرسشنامه ذکر نمایند. برای انتخاب گروه بیمار سعی شد پرسشنامه به افرادی داده شود که به‌طور ظاهری تاحدودی دارای افزایش وزن باشند تا اینکه بعد از بررسی ۳۹۲ دانش‌آموز و همچنین گرفتن مصاحبه

از آن‌هایی که نمرات آن‌ها بالاتر از ۱۷ مطابق با پرسشنامه گورمالی، ابلاک، داستون و راردین (۱۹۸۲)، به نقل از مولودی، (۱۳۸۸) بود، ۵۳ نفر به عنوان گروه بیمار انتخاب شدند. به علاوه بعد از مشخص شدن افراد مبتلا به اختلال پرخوری در یک جلسه توسط پژوهشگر مصاحبه به عمل آورده شد، مبنی بر اینکه آن‌ها طبق راهنمای تشخیصی پنجمین راهنمایی تشخیصی و آماری تشخیص اختلال پرخوری را داشته باشند. همچنین ۶۲ دانش آموز غیر مبتلا به طور تصادفی در این مدارس انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس (شاخص توده بدنی به عنوان متغیر کنترل استفاده شد) بهره گرفته شد.

### ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

مقیاس ترکیبی بامدادگرایی: مقیاس ترکیبی بامدادگرایی<sup>۲</sup> توسط اسمیت، ریلی و میدکیف<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) و باهدف بهبود دیگر پرسشنامه‌ی بامدادگرایی - عصرگرایی ساخته شده است و در واقع یک مقیاس ترکیبی با ۱۳ ماده است. در این مقیاس نمرات کمتر از ۲۳ نشان دهنده تیپ عصرگرا، ۲۳ تا ۴۳ تیپ میانه و نمرات بالاتر از ۴۴ نشان دهنده تیپ بامدادگرا است. پیکا، آماتو، پیرو و کروگلنسی<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) آلفای کرونباخ نسخه اصلی را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش زرگر، رحیمی پردنجانی، محمد زاده ابراهیمی و نوروزی (۱۳۹۱) اعتبار این مقیاس از طریق همبسته کردن نمره کل مقیاس با یک سوال کلی که در برگیرنده محتوای این مقیاس بود به دست آمد که این ضریب  $P < 0/01$  گزارش شد. آنها پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه بدست آوردند.

مقیاس خودکارآمدی در کنترل خوردن: این پرسشنامه توسط کلرک، آبرمز، نیابورا، اتون و روسی<sup>۵</sup> (۱۹۹۱) ساخته شد. در این مقیاس آزمودنی‌ها میزان اعتماد و اطمینان خود در کنترل جلوگیری از رفتار خوردن را در موقعیت‌های مختلف و سوسه برانگیز بر اساس طیف لیکرتی ۵ نقطه‌ای (از عدم اطمینان تا بسیار مطمئن) بیان می‌کنند. خرده مقیاس‌های آن شامل هیجان‌های منفی، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت و سرگرم

<sup>1</sup>. Gormally, Black, Dastun & Rardin

<sup>2</sup>. Composite Scale Of Morningness

<sup>3</sup>. Smith, Reilly & Midkiff

<sup>4</sup> Pica, Amato, Pierro & Kruglanski

<sup>5</sup>. Clark, Abrams, Niaura, Eaton, & Rossi

کننده است. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها و نمره کل بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است. نویدیان، عابدی، باغبان، فاتحی زاده و پورشریفی (۱۳۸۸) میزان پایایی و روایی این آزمون را در ایران در سطح مطلوب گزارش کردند.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا: برای ارزیابی آشفتگی هیجانی از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس که توسط لویندا (۱۹۹۵) ساخته شده، استفاده شد. این مقیاس ۲۱ ماده دارد و هر آزمودنی به هر آیتم به صورت هرگز (۰) تا خیلی زیاد (۳) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای این افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱. ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد ( $n=400$ )، برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین در سایر پژوهش‌ها نیز میزان روایی و پایایی این مقیاس مورد تایید قرار گرفته است (نریمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای: پرسشنامه مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ به منظور اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس، طراحی و تدوین شده است. این مقیاس، شیوه‌ی مقابله افراد را در هنگام مشکلات مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهش پور شهپاز (۱۳۷۴) ضریب پایایی بازآزمایی کل ۰/۷۳، مقابله رفتاری ۰/۷۷، مقابله شناختی ۰/۸۳ و مقابله اجتنابی ۰/۶۰ بدست آورده است (به نقل از نریمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۴).

مقیاس پرخوری: گورمالی<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۲)، به نقل از مولودی، (۱۳۸۸) این مقیاس را به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند. این مقیاس از ۱۶ ماده تشکیل شده است که ابعاد شناختی - عاطفی (مانند احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (مانند غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن) اختلال پرخوری را می‌سنجند. در این مقیاس نمرات پایین‌تر از ۱۷ نشان‌دهنده عدم ابتلا به اختلال پرخوری عصبی است. هومن (۱۳۹۰) و مولودی، دزکام، موتابی و امیدوار (۱۳۸۹) روایی و پایایی این مقیاس را در ایران مورد تایید قرار دادند.

## یافته‌ها

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه شهر اردبیل که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل دادند. ۵۳ دانش آموز مبتلا به اختلال پرخوری جامعه

<sup>۱</sup>. Gormally

آماري به صورت نمونه‌گیری هدفمند از بین ۳۹۲ دانش آموز مشکوک به اختلال پرخوری انتخاب شدند. نتایج نشان داد ۵۴ درصد گروه نمونه دختر و ۴۶ درصد آن پسر بودند. میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان دارای اختلال پرخوری  $17/09 \pm 1/63$  و افراد عادی  $17/04 \pm 1/02$  بود. میانگین و انحراف معیار وزن دانش‌آموزان دارای اختلال پرخوری  $13/68 \pm 72/33$  و افراد عادی  $11/06 \pm 72/72$  و میانگین و انحراف معیار قد افراد دانش‌آموزان مبتلا به پرخوری  $165/98 \pm 9/02$  و دانش‌آموزان عادی  $168/57 \pm 9/36$  به دست آمد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در ۲ نمونه نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیر ی پژوهش در دو گروه

متغیر های پژوهش	دانش آموزان مبتلا پرخوری		دانش آموزان عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	۱۸/۱۳	۴/۴۷	۱۵/۹۰	۵/۰۶
آشفستگی	۱۷/۰۹	۵/۸۴	۱۳/۱۸	۵/۱۹
هیجانی	۱۵/۳۳	۴/۳۰	۱۳/۰۳	۴/۴۱
اضطراب	۱۷/۲۲	۶/۰۹	۲۱/۳۶	۷/۴۴
سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار	۱۳/۳۰	۸/۰۹	۱۱/۶۱	۶/۱۴
سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار	۶۵/۷۷	۱۶/۵۵	۷۴/۳۳	۱۲/۸۵
خودکارآمدی در پرخوری	۲۱/۶۰	۴/۳۲	۴/۰۸	۳/۱۳
پرخوری	۳۶/۰۲	۵/۳۹	۳۸/۶۵	۵/۷۱
بامدادگرایی	۲۶/۴۴	۴/۹۷	۲۱/۳۸	۳/۶۱
شاخص توده بدنی				

جدول ۱ میانگین دانش‌آموزان دارای اختلال پرخوری و عادی در متغیر های مورد پژوهش را نشان می‌دهد. همانطور قابل ملاحظه است میانگین ی افراد مبتلا به اختلال پرخوری در همه متغیر بجز سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار بالاتر از افراد عادی است. جدول ۲ نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین و همگنی شیب‌ها در افراد بیمار و عادی، بر اساس متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین و همگنی شیب در افراد بیمار و عادی، بر اساس متغیرهای پژوهش



متغیر	همگنی واریانس		همگنی شیب		نرمال بودن توزیع داده	
	لوین	P	F	P	K-S	P
استرس	۰/۵۰۸	۰/۴۷	۲/۰۵	۰/۱۵	۰/۹۴	۰/۲۸
افسردگی	۰/۵۰۱	۰/۴۸	۱/۷۸	۰/۱۸	۱/۰۵	۰/۲۱
اضطراب	۰/۰۰۴	۰/۹۵	۰/۱۸	۰/۶۶	۰/۹۸	۰/۲۸
سبک مقابله ای مسئله مدار	۰/۳۶۹	۰/۵۴	۲/۶۸	۰/۱۰	۰/۸۲	۰/۵۰
سبک مقابله ای هیجان مدار	۰/۰۹	۰/۷۵	۰/۶۵	۰/۴۱	۱/۷۹	۰/۰۰۳
خودکارآمدی در پر خوری	۰/۶۰	۰/۴۳	۰/۱۷	۰/۶۷	۰/۵۶	۰/۹۰
بامدادگرایی	۰/۲۷	۰/۶۰	۲/۴۶	۰/۱۱	۱/۰۴	۰/۲۲

برای استفاده از تحلیل کواریانس از آزمون همگنی واریانس و همگنی شیبها و نرمال بودن توزیع داده استفاده شد. همانطور که در جدول فوق ملاحظه می گردد هیچ کدام یک از آزمون همگنی شیبها و همگنی واریانس و نرمال بودن توزیع داده معنی دار نشدند، تنها نرمال بودن توزیع نمره ی سبک مقابله ای هیجان مدار تایید نشد. در کل، جدول ۲ نشان می دهد که پیش فرض های همگنی واریانس و همگنی شیبها و نرمال بودن توزیع داده ها برای استفاده از تحلیل کواریانس تایید می گردد.

جدول ۳. نتایج حاصل از تجزیه تحلیل مانکوا بر روی میانگین متغیر ی پژوهش آزمودنی های بیمار و عادی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P
اثر پیلایی	۰/۲۰۳	۳/۷۴	۷	۱۰۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۷۹۷	۳/۷۴	۷	۱۰۳	۰/۰۰۱
اثر هنتلینگ	۰/۲۵۴	۳/۷۴	۷	۱۰۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۵۴	۳/۷۴	۷	۱۰۳	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین گروه عادی و بیمار از لحاظ متغیرهای مورد مقایسه در سطح  $p=0/001$  تفاوت معنی داری وجود دارد. بر این اساس می توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت در مرحله بعد از طریق تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا به بررسی متغیرهای پژوهش می پردازیم.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه در متن مانکوا بر میانگین متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری
استرس	۹۲/۰۱	۱	۹۲/۰۱	۳/۸۸	۰/۰۵۱
افسردگی	۱۳۹/۰۱	۱	۱۳۹/۰۱	۵/۴۰	۰/۰۲۲
اضطراب	۸۹/۲۳	۱	۸۹/۲۳	۴/۶۲	۰/۰۳۴
سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار	۳۷۳/۸۷	۱	۳۷۳/۸۷	۷/۸۶	۰/۰۰۶
سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار	۲۰۴/۸۹	۱	۲۰۴/۸۹	۴/۰۷	۰/۰۴۶
خودکارآمدی در پرخوری	۱۶۵۷/۴۴۴	۱	۱۶۵۷/۴۴۴	۷/۵۵	۰/۰۰۷
بامدادگرایی	۱۶۵/۶۵	۱	۱۶۵/۶۵	۵/۲۲	۰/۰۲۴

بر اساس مندرجات جدول ۴ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می‌شود که تفاوت دو گروه در افسردگی ( $F=۵/۴۰$  و  $P=۰/۰۲۲$ )، اضطراب ( $F=۴/۶۲$  و  $P=۰/۰۳۴$ )، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار ( $F=۷/۸۶$  و  $P=۰/۰۰۶$ )، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار ( $F=۴/۰۷$  و  $P=۰/۰۴۶$ )، خودکارآمدی در پرخوری ( $F=۷/۵۷$  و  $P=۰/۰۰۷$ ) بامدادگرایی ( $F=۵/۲۲$  و  $P=۰/۰۲۴$ ) معنی دار است. بنابراین پس از شاخص توده بدنی بین دو گروه بیمار و عادی از لحاظ این متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در متغیر استرس ( $F=۳/۸۸$  و  $P=۰/۰۵۱$ ) تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه گیری

با توجه به توضیحاتی که در مقدمه درباره پرخوری و متغیرهای مرتبط به آن ارائه شد، می‌توان چنین نتیجه گرفت که علی‌رغم تاریخچه علمی بسیار کوتاه در این زمینه، هم‌اکنون نتیجه این پژوهش می‌تواند زمینه‌ی لازم را برای پیشگیری از اختلال پرخوری فراهم آورد. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه افراد مبتلا به اختلال پرخوری و افراد غیر مبتلا از لحاظ، سبک‌های مقابله‌ای، بامدادگرایی، خودکارآمدی در زمینه خوردن، استرس، اضطراب و افسردگی با کنترل شاخص توده بدنی بود.

نتایج نشان داد که همگنی واریانس و نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش و همچنین همگنی شیب‌ها در تمام متغیرها معنی دار نشدند، بنابراین تمام پیش فرض‌های لازم برای انجام تحلیل کواریانس وجود دارد. همانطور که نتایج نشان داد، میزان لامبدای ویلکز معنی دار شد این

نشان می دهد که رابطه ترکیب خطی متغیرهای وابسته با متغیر مستقل معنی دار است. از آنجا که میزان ارزش لامبدا نشانگر ضریب عدم تعیین است، بنابراین ۲۱ درصد تفاوت های گروه بیماران دارای اختلال پرخوری و افراد غیر مبتلا بعد از کنترل شاخص توده بدنی توسط اضطراب، استرس، افسردگی، خودکارآمدی در خوردن، سبک های مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار و بامدادگرایی تعیین می شود. ۷۹ درصد از تفاوت ی دو گروه توسط عوامل دیگر تعیین می شود.

نتایج نشان داد که بین دو گروه بیمار و افراد غیر بیمار از لحاظ افسردگی با کنترل شاخص توده بدنی تفاوت وجود دارد که با نتایج پژوهش داهل و همکاران (۲۰۱۲)، لینده و همکاران (۲۰۰۴) دیجمانس (۲۰۰۹) همسو است. دیجمانس (۲۰۰۹) بیان کرد افراد پرخور دارای خلق منفی تری هستند. برای تبیین این سافته می توان چنین مطرح کرد که افراد دارای اختلال پرخوری ممکن است بعد از مصرف غذا دچار احساس گناه شوند و این احساس گناه خلق منفی را در آنها تقویت نماید و در ادامه باعث افسردگی شود. از طرف دیگر می توان چنین تبیین کرد، باتوجه به اینکه جامعه معیارهای خاصی برای تناسب اندام در نظر گرفته است و لاغری و اندام ظریفتر را تبلیغ می کند، این افراد بعد از مصرف غذا خود پنداره مثبت خود را در مورد تناسب اندام از دست می دهند و دچار افسردگی می شوند. تحقیقات نشان داده است که تصویر تن ضعیف و افسردگی از جمله اختلالاتی است که در افراد چاق و پرخور مشاهده شده است (اسچونفیلد و همکاران، ۲۰۱۳، کلی و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین شاید بتوان چنین تبیین کرد که تصویر تن ضیف می تواند رابطه بین پرخوری و افسردگی را میانجی گری نماید.

نتایج نشان داد که بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال پرخوری و افراد غیر مبتلا از لحاظ اضطراب با کنترل شاخص توده بدنی تفاوت معنی داری وجود دارد، به نحوی که اضطراب افراد پرخور بیشتر از گروه عادی بود. این نتیجه با نتایج پژوهش های ونریدنت نورتلند و همکاران (۲۰۱۳)، عسکری و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. برای تبیین این یافته می توان چنین بیان کرد بسیاری از افراد که رفتارهای خوردن مخرب دارند، احساس می کنند که پرخوری برای آنها به مراتب آسان تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان آور و ناخوشایند است. محققان معتقدند که مدل تنظیم عاطفی، بر این مسئله تأکید دارد که برخی افراد یادگرفته اند تا حالات عاطفی دردآور خود را با خوردن کنترل و تنظیم کرده و بدین وسیله به نوعی بر آن سرپوش گذارند (به نقل از گینسبرگ، ۲۰۰۷). افراد پرخور یاد می گیرند که با مصرف غذای زیاد هیجان های ناخوشایند خود نادیده بگیرند و این امر باعث تقویت رفتارهای خوردن آنها می شود. حتی ممکن است که این افراد آنقدر هیجان های خود را سرکوب کنند که

دیگر از هیجان‌ها خود با خبر نباشند. بنابراین درمان‌هایی مانند ذهن‌آگاهی می‌تواند نقش موثری در شناخت و آگاهی از هیجان‌ها داشته باشد. لوین و همکاران (۲۰۱۴) مطرح کرد که درمان ذهن‌آگاهی نقش مهمی در اکثر اختلالات خوردن مانند پرخوری، خوردن هیجانی، پرخوری عصبی نقش مفیدی دارد.

نتایج نشان داد که بین سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و هجان‌مدار در درو گروه بیمار و عادی بعد از کنترل شاخص توده بدنی تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر افراد بیمار از سبک‌های مقابله‌ای هیجان-مدار بیشتر و از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار کمتری استفاده می‌نمایند. این نتایج با نتایج پژوهش‌های سالونسکی و همکاران (۲۰۱۱)، گارسیا و همکاران (۲۰۰۴)، دینارد و ریچارد (۲۰۱۳) همسو است. بنابراین می‌توان این نتیجه را چنین تبیین کرد که ممکن است مبتلایان به اختلال خوردن با ویژگی‌های شخصیتهایی مثل بی‌ثباتی هیجانی و دوری‌گزینی اجتماعی از سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی برای رویارویی با موقعیت‌های نگران‌کننده استفاده کنند و منجر به شدت بخشیدن و تداوم علائم بالینی این اختلال گردد (گارسیا و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهشی سالونسکی و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی تاثیر استرس و مقابله بر روی اختلال خوردن پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که سبک هیجان‌مداری و سبک اجتنابی به طور مثبتی با استرس و اختلال خوردن رابطه داشت. همچنین سبک هیجان‌مداری رابطه میان استرس و اختلال خوردن را تعدیل می‌کرد. اما میان استرس و سبک مقابله‌ای منطقی یا گسلیده و اختلال پرخوری رابطه‌ای وجود نداشت. افراد مبتلایان به اختلال پرخوری هنگامی که دچار تنش و مشکل می‌شوند بجای اینکه با مشکلات به صورت منطقی برخورد کنند با نشان دادن واکنش‌های هیجانی نامناسب سعی می‌کنند با مسئله برخورد نمایند و یا از طریق اجتناب که می‌تواند رفتارهای پرخوری باشد با مشکلات مواجه شوند. بنابراین یادگیری استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار کمک شایانی به کاهش رفتارهای پرخورانه آنها نماید.

داده‌ها نشان داد که بین دو گروه مبتلا به اختلال پرخوری و افراد عادی از لحاظ خودکارآمدی در خوردن تفاوت معنی داری وجود دارد که با نتایج پرسنل و همکاران (۲۰۰۸) ابوالقاسمی و جعفری (۱۳۹۱) همسو است. پرسنل و همکاران (۲۰۰۸) در تبیین این یافته چنین مطرح کردند که افراد چاق در زمینه پرخوری دارای مشکلات شدیدی هستند به نحوی که نمی‌توانند پابند رژیم درمانی خود باشند و زود رژیم خود را رها می‌کنند. از آنجا که افرادی که خودکارآمدی پایینی در کنترل وزن خود دارند ممکن است متناسب با شرایط و یا ویژگی‌های شخصیتهایی خود به رفتارهای خوردن خود واکنش

نشان دهند. تحقیقات نشان داده است که افراد ممکن است در پاسخ به موقعیت‌هایی که هیجان‌های مثبت را تحریک می‌نماید، مانند گردش و تفریح، جشن‌ها و مراسم‌های ازدواج خودکارآمدی پایینی دارند و رفتارهای خوردن خود را تقویت می‌کنند. از طرف دیگر بعضی از افراد در هنگام هیجان‌های منفی ممکن است برای سرکوب آنها دست به رفتارهای پرخورانه بزنند. افرادی نیز هستند که در هنگام مواجهه با هیجان‌های منفی رفتارهای تغذیه‌ای خود را نادیده بگیرند و حتی ممکن است کاهش وزن نیز داشته باشند. بنابراین رفتارهای تغذیه‌ای برای افراد در شرایط گوناگون متفاوت است (به نقل از نویدیان و همکاران، ۱۳۹۱). نکته مهم این است که بعضی از افراد خودکارآمدی پایینی در موقعیت‌های مختلف در هنگام مصرف غذا دارند و ممکن است دست به پرخوری بزنند که شناسایی شرایط و موقعیت‌ها متناسب با هر فرد و افزایش خودکارآمدی می‌تواند در پیشگیری و یا کنترل رفتارهای خوردن مفید و موثر باشد.

یافته‌ها نشان داد که بین بیماران مبتلا به اختلال پرخوری و افراد غیر مبتلا از شخصیت بامدادگرا و عصرگرا تفاوت وجود دارد به نحوی که بیماران پرخور دارای شخصیت عصرگرتری بودند و افراد عادی دارای شخصیت بامدادگراتر بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های فلگ و لندلر (۲۰۱۰) و لوکاسن (۲۰۱۳) همسو است. این نتایج در جهت تبیین این یافته نشان می‌دهد عصرگرایی ممکن است رفتارهای پرخورانه را در افراد تقویت نماید. این افراد برای اینکه بتوانند در شب بیدار بمانند و ساعات بیشتری را در شب داشته باشند، معمولاً به مصرف کالری زیادی روی می‌آورند. تحقیقات نشان داده است که افراد عصرگرا به میزان بیشتری کافئین و یا مواد مخدر مصرف می‌نمایند (زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). از طرف دیگر می‌توان چنین مطرح کرد افرادی که ساعات بیشتر عصر و شب بیدار هستند قطعاً در هنگام صبح خسته یا خوابند و این خود به خود عملکرد بدنی آنها را کاهش داده و باعث افزایش میزان کالری در بدن شده و عدم فعالیت آنها می‌تواند آنها را به سمت پرخوری سوق دهد.

جمع‌بندی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال پرخوری اضطراب و افسردگی بیشتر و خودکارآمدی کمتری در کنترل خوردن داشتند. آنها از سبک مقابله‌ای هیجان-مدارتری استفاده می‌کردند و تمایلات عصرگرایانه آنها نسبت به افراد غیر بیمار بالاتر بود. بنابراین توجه به این متغیرها می‌تواند راهگشای مشکلات این افراد باشد. زیرا این پژوهش هم به متغیرهای بالینی یعنی اضطراب، افسردگی و استرس توجه نموده و هم به نقش عوامل شخصیتی یعنی

بامدادگرایی و سبک‌های مقابله‌ای را در مرکز توجه خود قرار داده است در نهایت تمرکز خود را بر خودکارآمدی تغذیه‌ای گذاشته است و بیان نموده است که اگر ما بتوانیم خودکارآمدی افراد را در زمینه خوردن افزایش دهیم، بسیاری از مشکلات این افراد کاهش می‌یابد.

از محدودیت‌های عمده پژوهش استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی و استفاده از افرادی که جویایی درمان نبودند، بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی افرادی که دارای اختلال پرخوری و متقاضی درمان هستند چنین تحقیقی برای مشخص شدن بهتر جوانب این امر صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که درمانگران و کسانی که در مطب‌های تخصصی به کار درمان افراد دارای اضافه وزن و افراد مبتلا به اختلال پرخوری مشغول هستند، حتماً به نقش عوامل روانشناختی در درمان این بیماران توجه داشته باشند، تا نتایج درمانی بهتری حاصل شود.

### کتابنامه

- ابوالقاسمی، عباس و جعفری، عیسی (۱۳۹۱). اثر خشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی. *مجله روانشناسی بالینی*، جلد ۴ شماره ۲، ص ۲۹-۳۸.
- زرگر، یدالله؛ رحیمی پردنجانی، طیبه؛ محمد زاده ابراهیمی، علی و نوروزی، زهرا (۱۳۹۰). بررسی رابطه ی ساده و چندگانه ی بامدادگرایی و کیفیت خواب با آمادگی به اعتیاد دردانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، سال دوازدهم، شماره ۴ (پیاپی ۸۵)، ص ۳۸۳-۳۷۵.
- مولودی، رضا (۱۳۸۸). مقایسه طرحواره های ناسازگار در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- مولودی، رضا؛ دژکام، محمود؛ موتابی، فرشته و امیدوار، نسرين (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری، *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲)، ۱۱۴-۱۰۹.
- نیرماني، محمد و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۴) آزمون های روانشناختی. اردبیل: نشر باغ رضوان.
- نویدیان علی؛ عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران؛ فاتحی زاده، مریم السادات و پورشریفی، حمید (۱۳۸۸). اعتبار و روایی پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن در افراد دارای اضافه وزن و چاق. *مجله علوم رفتاری*، دوره ۳ (۳)، ۲۱۷-۲۲.
- نویدیان، علی؛ کرمان ساروی، فتیحه و ایمانی محمد (۱۳۹۱). رابطه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن با اضافه وزن و چاقی. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۴(۶)، ۵۵۶-۵۶۳.
- هومن، فرزانه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ خواجه الدین، نیلوفر و زرگر یدالله (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخوری عصبی در زنان مراجعه کننده به انجمن پرخوری اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*. ۱۰ (۴)، ۴۱۷-۴۲۵.

Askari, J., Hassanbeigi, A., Khosravi, H. M., Malek, M., Hassanbeigi, D., Pourmovahed, Z., & Alagheband, M. (2013). The Relationship between Obesity and Depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 796-800.

Chagarlamudi, H., Kim, J., & Newton, E. (2018). Associations of Prepregnancy Morbid Obesity and Prenatal Depression with Gestational Weight Gain. *Southern medical journal*, 111(1), 23-29.

Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(5), 739.

Dahl, J. K., Eriksen, L., Vedul-Kjelsås, E., Strømme, M., Kulseng, B., Mårvik, R., & Holen, A. (2012). Depression, anxiety, and neuroticism in obese patients waiting for bariatric surgery: Differences between patients with and without eating disorders and subthreshold binge eating disorders. *Obesity research & clinical practice*, 6(2), e139-e147.

De Schutter, A., Lavie, C. J., & Milani, R. V. (2014). The impact of obesity on risk factors and prevalence and prognosis of coronary heart disease—the obesity paradox. *Progress in cardiovascular diseases*, 56(4), 401-408.

Dennard, E. E., & Richards, C. S. (2013). Depression and coping in subthreshold eating disorders. *Eating behaviors*, 14(3), 325-329.

Dingemans, A. E., Martijn, C., Jansen, A., & van Furth, E. F. (2009). The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder. *Appetite*, 52(1), 51-57.

Esser, N., Legrand-Poels, S., Piette, J., Scheen, A. J., & Paquot, N. (2014). Inflammation as a link between obesity, metabolic syndrome and type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 105(2), 141-150.

Fleig, D., & Randler, C. (2009). Association between chronotype and diet in adolescents based on food logs. *Eating behaviors*, 10(2), 115-118.

García-Grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldana, C., & Bados, A. (2004). Coping style and vulnerability to eating disorders in adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 12(1), 61-67.

Ginsburg, S.M. (2007). *An integrative group model treatment program for binge eating disorder*. Dissertation for P.H.D in Psychology, Alliant International University.

Kelly, A. C., Carter, J. C., & Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International Journal of Eating Disorders*, 47, 54-64.

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V.,... & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904-914.



Laiyemo, A. O. (2014). The risk of colonic adenomas and colonic cancer in obesity. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 28(4), 655-663.

Lavender, J. M., Alosco, M. L., Spitznagel, M. B., Strain, G., Devlin, M., Cohen, R., ... & Gunstad, J. (2014). Association between binge eating disorder and changes in cognitive functioning following bariatric surgery. *Journal of psychiatric research*, 59, 148-154.

Levin, M. E., Dalrymple, K., Himes, S., & Zimmerman, M. (2014). Which facets of mindfulness are related to problematic eating among patients seeking bariatric surgery?. *Eating behaviors*, 15(2), 298-305.

Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P., & Boyle, R. G. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International journal of obesity*, 28(3), 418-425.

Lucassen, E. A., Zhao, X., Rother, K. I., Mattingly, M. S., Courville, A. B., de Jonge, L., & Cizza, G. (2013). Evening Chronotype Is Associated with Changes in Eating Behavior, More Sleep Apnea, and Increased Stress Hormones in Short Sleeping Obese Individuals. *PloS one*, 8(3), e56519.

Müller, A., Brandl, C., Kiunke, W., Georgiadou, E., Horbach, T., Köhler, H., & de Zwaan, M. (2014). Food-independent tendency to disadvantageous decisions in obese individuals with regular binge eating. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 64-70.

Pica, G., Amato, C., Pierro, A. & Kruglanski, A. W. (2015). The early bird gets the worm: On locomotors' preference for morningness. *Personality and Individual Differences*, 76 (2015): 158-160

Presnell, K., Pells, J., Stout, A., & Musante, G. (2008). Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating behaviors*, 9(2), 170-180.

Robinson, P. J., Bell, R. J., & Davis, S. R. (2014). Obesity is associated with a poorer prognosis in women with hormone receptor positive breast cancer. *Maturitas*, 79(3) 279-286.

Schoenefeld, S. J., & Webb, J. B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating behaviors, 14*(4), 493-496.

Smith, C. S., Reilly, C., & Midkiff, K. (1989). Evaluation of three circadian rhythm questionnaires with suggestions for an improved measure of morningness. *Journal of Applied psychology, 74*(5), 728.

Sulkowski, M. L., Dempsey, J., & Dempsey, A. G. (2011). Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating behaviors, 12*(3), 188-191.

Svaldi, J., Brand, M., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Decision-making impairments in women with binge eating disorder. *Appetite, 54*(1), 84-92.

Van Reedt Dortland, A. K., Vreeburg, S. A., Giltay, E. J., Licht, C. M., Vogelzangs, N., van Veen, T.,... & Zitman, F. G. (2013). The impact of stress systems and lifestyle on dyslipidemia and obesity in anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology, 38*(2), 209-218.

Warraich, H. J., Javed, F., Faraz-ul-Haq, M., Khawaja, F. B., & Saleem, S. (2009). Prevalence of obesity in school-going children of Karachi. *Plos one, 4*(3), e4816.

**The comparison Emotional distress, eating self-efficacy, morningness and coping styles students with binge eating disorder and non-patients, with control of body mass index**

Elham Farsimadan, Sodabeh Shirani Borojeni ,Tayebeh Shraifi

**Abstract**

The aim of present study was comparison coping styles, morningness, self-efficacy in eating, stress, anxiety and depression in binge eating disorder patients with normal people by controlling body mass index. In this study 53 student out of 392 with binge eating disorder selected by diagnostic questionnaire and interview according to Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders also 64 normal students were selected by simple random method. The tools that used in this study was Composite Scale of Morningness (CSM), Lynda's Depression Anxiety Stress Scales (DASS), Weight efficacy Life Style Questionnaire, Binge Eating Scale and Coping Styles Questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that after controlling BMI, patients with binge eating disorder had more anxiety and depression and less self-control. They used the more emotion-focused coping strategies and eveningness tendencies was higher than non-patients. Therefore, attention to emotional distress, self-efficacy in nutrition management, morningness, and coping styles, can play an important role in the management of these patients.

**Keywords:** *Eating disorders, self-efficacy, body mass index, morningness, health psychology*

