

بررسی روابط خانوادگی، خودکنترلی و ناگویی خلقی به عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده اختلال بی‌اشتهایی روانی

مهدی ایمانی^۱، میلاد شرفی‌زادگان^۲، ریحانه منیری^۳، فرزانه ابراهیمی^۴

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۰۴

هدف: اختلال بی‌اشتهایی روانی یکی از اختلال‌های نسبتاً شایع روانی است که در دهه‌های اخیر شیوع یافته و تعداد زیادی افراد، به‌ویژه دختران جوان را تحت تأثیر قرار داده است. این پژوهش به منظور پیش‌بینی اختلال بی‌اشتهایی روانی به عنوان متغیر ملاک و روابط خانوادگی، خودکنترلی و ناگویی خلقی به عنوان متغیرهای پیش‌بین انجام گرفت. **روش:** این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است. نمونه این مطالعه شامل ۱۰۹ نفر از زنان شهر شیراز بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. بی‌اشتهایی روانی با استفاده از پرسشنامه گارنر و گرفینکل (۱۹۷۹)، روابط خانوادگی با استفاده از پرسشنامه پیوند خانوادگی پارکر و همکاران (۱۹۷۹)، خودکنترلی با استفاده از مقیاس خودکنترلی گراسمیک (۱۹۹۳) و ناگویی خلقی با به‌کارگیری مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۸۶) اندازه‌گیری شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دادند که شتاب‌زدگی

۱. دکتری مشاوره، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

Dr.Mahdiimani@gmail.com

۲. (نویسنده مسئول)، کارشناسی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز،

Milad.sharafi.zadegan@gmail.com

شیراز، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی

ایران، تهران، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی- کودک و نوجوان، گروه روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم تربیتی و

روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

به عنوان یکی از زیر مقیاس‌های خودکنترلی ($\beta = -0/24, p < 0/05$) و حمایت افراطی از زیر مقیاس‌های روابط خانوادگی ($\beta = 0/23, p < 0/05$)، اختلال بی‌اشتهایی روانی را پیش‌بینی کردند. این در حالی است که ناگویی خلقی قادر به پیش‌بینی اختلال بی‌اشتهایی روانی نبود. **نتیجه‌گیری:** پژوهش نشان داد که تلاش برای تنظیم شتاب‌زدگی و کاهش حمایت افراطی در روابط خانوادگی در پیش‌گیری از ابتلا به بی‌اشتهایی روانی می‌تواند مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: بی‌اشتهایی روانی، روابط خانوادگی، ناگویی خلقی

مقدمه

بی‌اشتهایی روانی^۱ یک اختلال روانی جدی است که با ترس شدید از افزایش وزن، کاهش وزن قابل توجه و تحریف تصویر بدن خود توصیف می‌شود (کوزاکی، راب، آلدوسری و برادجن^۲، ۲۰۱۰؛ استروبر، فریمن، لمپرت، دیاموند و کای^۳، ۲۰۰۰) تحقیقات نشان می‌دهد که بالغ‌بره ۵ درصد از جمعیت به طور منظم رفتارهای ناسالم کنترل وزن دارند؛ شامل وعده‌های غذایی ناقص، جایگزین‌های مواد غذایی (پودر و یا یک نوشیدنی خاص) و کشیدن زیاد سیگار. علاوه بر این تا ۲۰ درصد از جمعیت تلاش‌های کنترل شدیدتر وزن، مانند استفراغ خودخواسته، روزه گرفتن، مصرف قرص‌های رژیمی، مصرف مسهل و ادرارآورها را گزارش کرده‌اند. تخمین زده می‌شود که اختلالات بالینی خوردن ۷ درصد از کل جمعیت را تحت تأثیر قرار دهد (کناردی، برون و وت^۴، ۲۰۰۱؛ وارتن، آدامز و هامپل^۵، ۲۰۰۸). علاوه بر این، چنین اختلالات خوردن غیر بالینی تا حدی نگران‌کننده است چراکه شایع‌ترین شاخص پیشرفت یک اختلال خوردن به شکل بالینی است (استایس^۶، ۲۰۰۲). با افزایش تعداد مطالعات علمی که به بررسی

1. anorexia nervosa.

2. Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J.

3. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W.

4. Kenardy, J., Brown, W. J., & Vogt, E.

5. Wharton, C. M., Adams, T., & Hampl, J. S.

6. Stice, E.

بی‌اشتهایی روانی می‌پردازند، درک ما از این بیماری به تدریج بهبود می‌یابد. بی‌اشتهایی روانی اغلب در دوران بلوغ (نوجوانی) آغاز می‌شود. که به طور عمده بر نوجوانان دختر و زنان جوان تأثیر می‌گذارد (گرانج و لوئب^۱، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد علت این اختلال توسط چند عامل رشدی، فرهنگی-اجتماعی و بیولوژیکی تعیین می‌شود که جنبه‌های بالینی آن به خوبی از هر دو دیدگاه جسمانی و روانی، ثبت شده است (آل قوچ، کالوگی، لامبورگینی و دال گریو^۲، ۲۰۱۴؛ هرپرتز-دهلمان^۳، ۲۰۱۵). با توجه به گستردگی و شدت مشکلات مرتبط با بی‌اشتهایی روانی، شناسایی عواملی که ممکن است افراد را در معرض خطر بیشتری برای اتخاذ عادات بی‌اشتهایی روانی قرار دهد، حائز اهمیت است (فروریچ، ورتانیان، زاودزکی، گریشام و تویز^۴، ۲۰۱۶). در میان تمام عوامل فرهنگی-اجتماعی اثرگذار بر رشد کودک، هنوز هم خانواده انتقال‌دهنده اصلی ارزش‌ها، اصول اخلاقی، آرمان‌ها، عادت‌ها و شیوه‌های تفکر و عمل به شمار می‌آید (بهزادی، سروقد و سامانی، ۱۳۹۰).

رشد کودکان در بافت خانواده، محله، جامعه، کشور و جهان صورت می‌گیرد. در این بافت، آنها تحت تأثیر والدین، خواهران، برادران و سایر بزرگسالانی که در تماس با آنان قرار می‌گیرند، هستند. این مسئله مدت‌هاست شناخته شده که روابط خانوادگی ناسالم ممکن است نقشی در علل و درجات اختلالات خوردن داشته باشد (مالینکرودت، گانت و کابل^۵، ۱۹۹۵). پیوند ناسالم با والدین به ویژه سطح پایین توجه مادری و پدری ممکن است با تداوم بی‌اشتهایی روانی مزمن نیز در ارتباط باشد (بالیک، سالیوان، فیرو پیکرینگ^۶، ۲۰۰۰). همچنین زنان مبتلابه بی‌اشتهایی روانی به طور شاخص، توجه کمتر

1. Grange, D. Le, & Loeb, K. L.

2. El Ghoch, M., Calugi, S., Lamburghini, S., & Dalle Grave, R.

3. Herpertz-Dahlmann, B.

4. Froyreich, F. V., Vartanian, L. R., Zawadzki, M. J., Grisham, J. R., & Touyz, S. W.

5. Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M.

6. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A.

7. care.

والدین و مراقبت^۱ بیشتر آنها را نسبت به گروه کنترل غیر بالینی و نه روان پزشکی، گزارش کردند (هالورسن و هایدال^۲، ۲۰۱۳). در کنار عوامل فرهنگی- اجتماعی مؤثر بر اختلال بی‌اشتهایی روانی می‌توان به خودکنترلی به‌عنوان عاملی فردی در بروز و شیوع این اختلال اشاره کرد.

خودکنترلی^۳ به‌عنوان اعمال کنترل خود به‌وسیله خود، تعریف می‌شود (موراو و بامیستر^۴، ۲۰۰۰) کنترل خود با حوزه‌های گوناگونی در ارتباط است. فواید خودکنترلی بر روی حیطه‌های مختلفی همچون سلامت جسمانی، نگهداری رژیم غذایی، اختلال خوردن (تنگنی، بامیستر و بون^۵، ۲۰۰۴) مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعات نشان دادند که خودکنترلی در پیگیری اهداف طولانی‌مدت و ولاتر برای فرد بسیار تأثیرگذار می‌باشد. اگرچه این چنین یافته‌هایی روشن ساختند که خودکنترلی در منع رفتار نامطلوب نقش دارد، اما باید گفت که در برخی موارد جهت شروع رفتار مطلوب نیز مورد نیاز است (داکورت و سلیگمن^۶، ۲۰۱۲). پیشنهاد شده است که اختلالات بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی ممکن است در دو سریک پیوستار شتاب‌زدگی^۷- کنترل قرار گرفته باشند. همچنین صفات مرتبط با اختلال بی‌اشتهایی روانی منعکس‌کننده برجسته کنترل خود، احتیاط و وجدان است.

این دیدگاه مورد حمایت ویتوسک^۸ و ماناک^۹ است که پیشنهاد کردند پرخوری روانی شامل رفتارهایی (اجبار، شتاب‌زدگی و بی‌ثباتی عاطفی) مخالف گروه مبتلا به بی‌اشتهایی روانی (محدودیت و استحکام) است (به نقل از باتلر و مونتگمری^{۱۰}، ۲۰۰۵).

1. overprotectivness.

2. Halvorsen, I., Rø, Ø., & Heyerdahl, S.

3. self control.

4. Muraven, M., & Baumeister, R. F.

5. Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L.

6. Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. P.

7. impulsiveness.

8. Vitousek.

9. Manake.

10. Butler, G. K. L., & Montgomery, A. M. J.

از لحاظ تاریخی ناگویی خلقی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات گزارش شده در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ات افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی است (نکوئی، یوسفی و منشائی، ۲۰۱۲). مدت‌هاست که ناگویی خلقی به‌عنوان یک اختلال روان‌پزشکی شناخته نمی‌شود بلکه سازه‌ای شخصیتی محسوب می‌شود که به‌طور نرمال در جمعیت عمومی توزیع شده است، و حتی شیوعی بالاتر از افسردگی عمومی دارد (ویلمسن، روسیو و واندرلیندن^۲، ۲۰۰۸). ناگویی خلقی شامل: توانایی محدود در شناسایی و توصیف احساسات، محدود شدن فعالیت‌های تخیلی و جهت‌گیری شناختی بیرونی است (بایاردینی، آبا، بالوری، ولورموز و برادو^۳، ۲۰۱۱) نیاز به پژوهش در این زمینه به این دلیل احساس می‌شد که ناگویی خلقی ۳۹ درصد مشکل نارضایتی از شکل بدن را پیش‌بینی می‌کند (دیاز-کاستیلو و ایزپورا^۴، ۲۰۱۶) و از آنجا که نارضایتی از شکل بدن یکی از علائم مهم ابتلا به بی‌اشتهایی روانی است، احتمال تأثیر مستقیم ناگویی خلقی در ابتلا به بی‌اشتهایی روانی وجود دارد.

با توجه به اهمیت اختلال بی‌اشتهایی روانی به‌ویژه در زنان و تأثیر آن در عملکرد افراد و اندک بودن مطالعاتی که در زمینه متغیرهای مورد نظر انجام گرفته، پژوهش حاضر بر این فرض استوار است که ابتلا به بی‌اشتهایی روانی را می‌توان با بررسی میزان خودکنترلی، روابط خانوادگی، زیرمقیاس‌های آنها و ناگویی خلقی پیش‌بینی کرد.

روش

روش پژوهش در این مطالعه، توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ می‌باشد. تعداد ۱۵۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از

1. alexithymia.

2. Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J.

3. Baiardini, I., Abbà, S., Ballauri, M., Vuillermoz, G., & Braidò, F.

4. Díaz-castillo, R., & Aizpuru, A.

حذف پرسش‌نامه‌های بی اعتبار، تعداد ۱۰۹ پرسش‌نامه مورد تحلیل نهایی قرار گرفت. متغیرهای اصلی این پژوهش شامل: خودکنترلی (شامل زیرمقیاس‌های: شتاب‌زدگی، راحت‌طلبی، خطرپذیری، ترجیح فعالیت جسمانی، خودمحوری و ابراز خشم)، ناگویی خلقی و روابط خانوادگی (شامل زیرمقیاس‌های: مراقبت و حمایت افراطی) به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بی‌اشتهایی روانی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد.

پرسشنامه خودکنترلی گراسمیک و بورسیک و ارنکلو (۱۹۹۳):

پرسشنامه خودکنترلی، یک پرسشنامه خود گزارش دهی است که برای ارزیابی میزان خودکنترلی از ابعاد مختلف ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۴ ماده بوده که در یک مقیاس چهاردرجه‌ای از یک (کاملاً موافقم) تا چهار (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دارای شش زیرمقیاس شتاب‌زدگی، راحت‌طلبی، خطرپذیری، ترجیح فعالیت جسمانی، خودمحوری و ابراز خشم می‌باشد. برای هر یک از زیرمقیاس‌ها چهار ماده در نظر گرفته شده است. پایایی کلی آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است (گراسمیک و همکاران^۱، ۱۹۹۳). با توجه به اینکه این پرسشنامه برگرفته از مدل گراسمیک (۱۹۹۳) می‌باشد، بنابراین استاندارد می‌باشد. در پژوهش علی‌وردی نیا و یونسی (۱۳۹۳) با استفاده از نظر چند تن از اساتید و کارشناسان روایی صوری این مقیاس تأیید گردید و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد که ضریب مطلوبی برای این پرسشنامه محسوب می‌شود.

پرسشنامه پیوند خانوادگی پارکر، تاپلینگ و بروان:

این پرسشنامه به منظور سنجش پیوند خانوادگی ساخته شده است که دارای ۲۵ گویه می‌باشد و دامنه نمرات در یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت ۰ (خیلی زیاد) تا ۴ (خیلی

1. Grasmick, H. G., Bursik Jr, R. J., & Arneklev, B. J.

کم) دسته‌بندی می‌شود. این ابزار از ۲ خرده‌مقیاس مراقبت (۱۲ گویه) و حمایت افراطی (۱۳ گویه) تشکیل شده است. پارکر و همکاران^۱ (۱۹۷۹) پایایی بازآزمایی سه هفته‌ای را به میزان ۰/۷۶ و ۰/۸۳ به ترتیب برای مقیاس‌های حمایت افراطی و مراقبت، گزارش کرده‌اند. همچنین پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت، ۰/۶۲ تا ۰/۶۳ و برای مقیاس حمایت افراطی ۰/۶۶ تا ۰/۸۷ به دست آمده است. روایی این آزمون برای مقیاس مراقبت ۰/۷۶ و برای حمایت افراطی ۰/۶۳ گزارش شده است. محمدی (۱۳۸۴) نیز به منظور تعیین روایی پرسشنامه از روش همبستگی هر سؤال با نمره کل عامل مربوطه استفاده کرد. نتایج همبستگی ماده‌ها در عامل مراقبت، بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۲ و در عامل حمایت افراطی بین ۰/۵۲ تا ۰/۶۳ بود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش نریمانی و همکاران (۱۳۸۸) برای مقیاس مراقبت ۰/۷۴ و برای حمایت افراطی ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس الکسی تایمیا تورنتو (TAS-20):

این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارش دهی برای ارزیابی سازه ناگویی خلقی در جمعیت بالینی و غیربالینی است. که دارای ۲۰ ماده می‌باشد که در مقیاسی پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. در زمینه بررسی پایایی مقیاس نانویی خلقی، تیلور و همکاران میزان اعتبار این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و به روش بازآزمایی بافاصله زمانی سه هفته ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند (بگبی، پارکر و تیلور^۲، ۱۹۹۴). در نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۰/۸۵ گزارش شده است (بشارت، خواجه‌سوی و پورخاقان، ۱۳۹۱). لوملی^۳ و همکاران (۲۰۰۵) جهت سنجش روایی سازه، آن را با آزمون هوش هیجانی^۴ مایر، سالووی

1. Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B.
2. Bagby, M., Parker, J. D. a, & Taylor, G. J.
3. lumley.
4. Emotional Intelligence Test.

و کوروسو^۱ و نیز راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار^۲ (مقیاس راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار) همبسته نمودند؛ نتایج به ترتیب، $r = -0/37$ ، $r = -0/59$ به دست آمد. همچنین بشارت (۱۳۸۶) روایی ملاکی نوع هم‌زمان این مقیاس را برحسب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی کرد و نتایج مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه بازخوردهای خوردن گارنر و گریفینکل (EAT-26):

این پرسشنامه در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی برای نشانه‌ها و ویژگی‌های بیمارگونه خوردن در جمعیت بالینی و غیر بالینی به کار می‌رود. این پرسشنامه دارای ۲۶ ماده است که در یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۳ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود (گارنر، اولمستد، بور و گارفینکل^۳، ۱۹۸۲) در مطالعه، گان، موهد-نصیر، زالیلایه و هازیزی^۴ (۲۰۱۱) پایایی همسانی درونی برای زنان ۰/۷۷ و برای مردان ۰/۸۳ محاسبه شد. روایی هم‌زمان و روایی پیش بین پرسشنامه بازخوردهای خوردن به همان نسبت، اعتبار آن تأیید شده است (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲) در مطالعه رجبی و حسینی به نقل از نوبخت (۱۳۹۳) روایی محتوایی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاصل حاکی از روایی محتوایی مطلوب بود. هم‌چنین پایایی به روش بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب پایایی با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه شد. براساس نتایج همبستگی بین نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله پرسشنامه در گروه مورد مطالعه ۰/۹۱ بود که اعتبار مطلوبی را نشان می‌دهد.

1. Mayer, Salovey, Karuso.

2. emotional approach coping.

3. Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.

4. Gan, W. Y., Mohd Nasir, M. T., Zalilah, M. S., & Hazizi, A. S.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از مجموع ۱۰۹ آزمودنی به عنوان گروه نمونه با میانگین سنی ۲۸/۸۰ و دامنه سنی ۱۸-۶۱ که ۵۴ نفر مجرد و ۵۵ نفر متأهل بودند، با میانگین بی‌اشتهایی عصبی ۷/۹۵ و انحراف معیار ۸/۹ نشان دهنده وجود رابطه بین متغیرهای پژوهش حاضر است. پس از بررسی داده‌ها و پیش فرض‌های مربوط به اجرای آزمون‌های آماری یافته‌های زیر حاصل شد. یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه، در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
بی‌اشتهایی عصبی	۷/۹۵	۸/۹	۳	۳۷
روابط خانوادگی	۴۳	۵/۴۷	۲۷	۵۹
مراقبت	۲۵/۴۴	۵/۳۹	۱۰	۳۶
حمایت افراطی	۱۷/۵۵	۴/۸۵	۵	۳۰
ناگویی خلقی	۵۰/۸۰	۱۳/۷۱	۲۸	۹۰
خودکنترلی	۶۹/۵۹	۹/۷۴	۴۴	۱۰۵
شتاب‌زدگی	۱۲/۳	۲/۳۴	۴	۱۶
راحت‌طلبی	۱۱/۵۳	۲/۴۳	۴	۱۶
خطرپذیری	۱۱/۵۵	۲/۹۹	۴	۱۶
ترجیح فعالیت جسمانی	۱۰/۱۸	۴/۹۳	۴	۴۲
خودمحوری	۱۲/۵۸	۲/۷	۶	۱۶
ابراز خشم	۱۱/۶۹	۳/۸۳	۴	۴۲

ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. ضرایب همبستگی نشان می‌دهند که بی‌اشتهایی عصبی بیشترین همبستگی را با شتاب‌زدگی (به صورت منفی) ($r = -0/24, p < 0/05$) و بعد از آن با حمایت افراطی (به صورت مثبت) ($r = 0/23, p < 0/05$) و با خطرپذیری (به صورت منفی) ($r = -0/19, p < 0/05$) و با ناگویی

خلقی (به صورت مثبت) ($r = 0/18$, $p < 0/05$) و بعد از آن با خودکنترلی ($p < 0/05$)،
 و مراقبت ($r = -0/174$, $p < 0/05$) (هر دو به صورت منفی) و کمترین میزان
 همبستگی را با راحت طلبی (به صورت منفی) ($r = -0/171$, $p < 0/05$) دارد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک

	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
۱. بی‌اشتهایی عصبی												۱	
۲. روابط خانوادگی											۱	۰/۳	
۳. مراقبت										۱	۰/۶۰*	-۰/۱۷*	
۴. حمایت افراطی									-	-۰/۴۳*	۰/۲۵*	۰/۲۳*	
۵. ناگویی خلقی								-	۰/۲۶*	-۰/۲۵*	-۰/۱	۰/۱۱*	
۶. خودکنترلی							-	۰/۳۱*	-۰/۷	۰/۲۴*	۰/۱۷*	-۰/۱۱*	
۷. شتاب‌زدگی						-	۰/۶۳*	۰/۳۱*	-۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱	-۰/۲۴*	

۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
				-	* ۰/۵۷	* ۰/۳۰	* ۰/۴۰	* ۰/۲۰	* ۰/۱۷	- ۰/۱۰	* ۰/۱۷	۸. راحت طلبی
			-	* ۰/۱۱	* ۰/۲۳	* ۰/۴۰	- ۰/۲	- ۰/۰	- ۰/۴	- ۰/۴	* ۰/۱۹	۹. خطرپذیری
		-	* ۰/۱۴	- ۰/۰	- ۰/۰	* ۰/۶۰	- ۰/۰	- ۰/۶	- ۰/۴	* ۰/۱۹	- ۰/۳	۱۰. ترجیح فعالیت جسمانی
	-	- ۰/۵	- ۰/۱۰	- ۰/۵	- ۰/۲	* ۰/۷۸	- ۰/۲	* ۰/۱۷	- ۰/۷	- ۰/۷	- ۰/۱۲	۱۱. خودمحوری
-	- ۰/۷	- ۰/۲	* ۰/۱۱	* ۰/۱۱	* ۰/۳۱	* ۰/۶۰	* ۰/۱۰	* ۰/۱۷	* ۰/۲۷	- ۰/۱۱	- ۰/۷	۱۲. ابراز خشم

*P < ۰/۰۵

به منظور تعیین قوی ترین پیش بینی کننده های بی اشتهایی روانی از بین متغیرهای پیش بین (شتاب زدگی، حمایت افراطی، خطرپذیری، ناگویی خلقی، خودکنترلی و مراقبت) رگرسیون گام به گام با توجه به این پیش فرض ها که متغیرها از نوع فاصله ای هستند، توزیع جامعه به دلیل اینکه آزمون کولموگروف اسمیرنوف معنی دار نشد ($p > ۰/۰۵$)، نرمال است فرض ها تأیید شده اند و بین متغیر ملاک و وابسته رابطه خطی وجود دارد، مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۳). همان گونه که در جدول زیر مشاهده می شود از میان متغیرهای پیش بین تنها دو متغیر قادر به پیش بینی معنادار بی اشتهایی روانی بودند. به عبارت دیگر شتاب زدگی بیشترین توان پیش بینی بی اشتهایی روانی به طور

منفی ($\beta = -0/24, p < 0/05$) و بعد از آن حمایت افراطی می‌تواند آن را به طور مثبت ($0/05$)، در گام اول، ورود متغیر شتاب زدگی به تنهایی می‌تواند ۵ درصد تغییرات بی‌اشتهایی روانی را پیش‌بینی کند. در گام دوم، ورود متغیر حمایت افراطی این مقدار را به ۸ درصد می‌رساند.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام

گام	متغیر پیش‌بین	R ^{Adj}	F	P.value	β	t	p.value
اول	شتاب زدگی	۰/۵	۶/۹۵۳	۰/۱۰	-۰/۲۴	*-۲/۶۳	۰/۱۰
دوم	حمایت افراطی	۰/۸	۶/۱۰۸	۰/۳	-۰/۲۲	*-۲/۴۴	۰/۱۶
					۰/۲۰	*۲/۲۳	۰/۲۷

$P < 0/05^*$

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال بی‌اشتهایی روانی یکی از اختلال‌های نسبتاً شایع روانی است که در دهه‌های اخیر شیوع یافته و تعداد زیادی افراد، به ویژه دختران جوان را تحت تأثیر قرار داده است. در این راستا پژوهش حاضر بر پایه پژوهش‌های انجام شده در سال‌های اخیر در زمینه علت‌شناسی بی‌اشتهایی روانی با هدف تعیین نقش روابط خانوادگی، خودکنترلی، زیر مؤلفه‌های آنها و ناگویی خلقی در پیش‌بینی علائم اختلال بی‌اشتهایی روانی انجام شده است.

یافته‌های این پژوهش مبنی بر معناداری رابطه بین شتاب‌زدگی و بی‌اشتهایی روانی به صورت منفی با اکثر پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند (کلز، واندراکن و ورتومن^۱، ۲۰۰۲، ۲۰۰۵) همسو و با یافته‌های پژوهش والندریچ و همکاران^۲ (۲۰۰۴) ناهم‌سو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اشاره کرد که با توجه به اینکه افراد مبتلابه

1. Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H.

2. Wonderlich, S. A., Connolly, K. M., & Stice, E.

بی‌اشتهایی روانی برخلاف افراد مبتلابه پراشتهایی روانی که به‌طور ناخواسته و تکانشگرانه به مصرف غذا می‌پردازند، در رفتارهای خوردن به شکل حساب‌شده رفتار می‌کنند. که این بیانگر سطح پایین شتاب‌زدگی در این افراد می‌باشد. طبق گزارش‌ها، دلیل نتایج ناهم‌سووالندرلیچ و همکاران (۲۰۰۴) با سایر پژوهش‌ها عدم استفاده از ابزارهای عینی‌تر است. همچنین دلیل تفاوت در یافته‌های این پژوهش‌ها می‌تواند ناشی از استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی مختلف در بررسی میزان شتاب‌زدگی افراد باشد. علاوه بر آن طبق نظردیوید سارور و همکاران^۱ (۲۰۱۹) به دلیل اینکه افراد مبتلابه بی‌اشتهایی روانی و افراد در معرض آن هنگام پاسخگویی به گزاره‌های مربوط به رفتارهای خوردن حجم بالایی از پریشانی شخصی را تجربه می‌کنند، واریانس پاسخ‌ها افزایش یافته و ممکن است برپایایی نتایج حاصل از ابزارهای خودگزارش‌دهی مختلف در پژوهش‌ها اثر بگذارد.

همچنین یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش که نشان‌دهنده ارتباطی معنادار به‌صورت مثبت بین حمایت افراطی و بی‌اشتهایی روانی است، با اکثر پژوهش‌ها (پری، سیلورا، نیلندز، روسنوینگ و هانسن^۲، ۲۰۰۸؛ تتلی، مقدم، داوسون و رنولدسون^۳، ۲۰۱۴) هماهنگ و با پژوهش راسل و همکاران^۴ (۱۹۹۲) ناهم‌سواست. بررسی این یافته‌ها بیان‌کننده دو الگوی مشترک بین والدین افراد مبتلا شامل حمایت بیش‌ازحد و توجه کم آنها است. در تبیین حمایت افراطی والدین این افراد می‌توان به سبک فرزند‌پروری مستبدانه اشاره کرد. شیوه فرزند‌پروری استبدادی با ویژگی‌های توقع، کنترل و مداخله بالا و پذیرش پایین مشخص شده است. این والدین قوانین خود را به‌صورت انعطاف‌ناپذیری تحمیل می‌کنند، از نظر تربیتی خشن و تنبیه‌گردد و با اعمال خشونت کلامی، فرزند خود

1. Sarwer, David B. Kelly C. Allison, Thomas A. Wadden, Rebecca Ashare, Jacqueline C. Spitzer, Courtney McCuen-Wurst, Caitlin LaGrotte, Noel N. Williams, Michael Edwards, Colleen Tewksbury, Jingwei Wu.

2. Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H., & Hanssen, T.

3. Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M.

4. Russell, J. D., Kopec-Schrader, E., Rey, J. M., & Beumont, P. J.

را تحقیر می‌کنند (لوند، گودمن، کولبرت، ووندرلیچ، کروسبی، آنجل، میچل، گران، کرو و پترسون^۱، ۲۰۱۷)، آنها با رفتار بد، مقابله و فرزند بدرفتار را تنبیه می‌کنند. ابراز محبت و صمیمیت آنها نسبت به فرزندان در سطح پایین است. آنها امیال فرزندان را در نظر نمی‌گیرند و عقایدش را جویا نمی‌شوند. این والدین علاوه بر کنترل گری، توجه کافی نسبت به فرزندان خود ابراز نمی‌دارند که این مسئله باعث تشدید آسیب در فرزندان می‌شود. فرزندان این افراد زودرنج بوده و در برابر فشارهای روانی آسیب پذیرند. گرسنگی دادن به خود که ویژگی اصلی در بی‌اشتهایی روانی است یکی از راه‌هایی است که این فرزندان در جهت نشان دادن استقلال و خودمختاری در برابر استبداد والدین از خود بروز می‌دهند.

از بین متغیرهای پیش‌بین، ناگویی خلقی در الگوی پیش‌بینی وارد نشد. تعدادی از پژوهش‌ها در زمینه ارتباط ناگویی خلقی با بی‌اشتهایی روانی، همسان با پژوهش حاضر (اشمیت، حیوانی و تریجر^۲، ۱۹۹۳؛ تورس و همکاران^۳، ۲۰۱۵) و برخی دیگر (دیاز-کاستیلو و ایزپورو، ۲۰۱۶؛ گرامگلیا و همکاران^۴، ۲۰۱۶) ناهم‌سومی باشند. با توجه به پژوهش‌های انجام شده می‌توان چنین تبیین کرد که اگرچه ناگویی خلقی ارتباط مستقیمی با بی‌اشتهایی روانی ندارد، اما با توجه به سطح بالای آن در بیماران مبتلابه بی‌اشتهایی روانی به نظر می‌رسد که رفتارهای اختلال آمیز خوردن راهکارهایی برای جلوگیری، سرکوب و یا تنظیم عواطفی هستند که فرد مبتلابه ناگویی خلقی در درک و یا بیان آنها دچار مشکل است که هدایت توجه را از احساسات منفی به بدن و غذا به دنبال

1. Lavender, J. M., Goodman, E. L., Culbert, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., ... & Peterson, C. B, Scott G. Engel, James E. Mitchell, Daniel Le Grange, Scott J. Crow & Carol B. Peterson.
2. Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J.
3. Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Miller, K., Vieira, F. M., Roma-Torres, A., ... Costa, P.
4. Gramaglia, C., Ressico, F., Gambaro, E., Palazzolo, A., Mazzarino, M., Bert, F., ... Zeppegno, P.

دارد. طبق پژوهش جنل و همکاران^۱ ابراز هیجانات و نه ناگویی خلقی پیش‌بین اختلالات خوردن در زنان است. این در حالی است که ناگویی خلقی رابطه قوی‌تری با اختلالات خوردن در مردان دارد. (جوانی، شریعتمدار، فرخی، ۱۳۹۴)

به همین دلیل پیشنهاد شده است که ناگویی خلقی می‌تواند در روند درمان اختلالات خوردن تأثیرگذار باشد، چراکه ناتوانی توضیح عواطف به دیگران می‌تواند مشکلات دیگری را در روند درمان افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی ایجاد کند.

این پژوهش بر روی گروهی از زنان شهر شیراز انجام گرفت. تعمیم یافته‌ها به جامعه مربوطه بر پایه یافته‌های به دست آمده از این پژوهش باید با احتیاط انجام شود. همچنین، به دلیل انجام پژوهش بر روی جمعیت بهنجار، امکان تعمیم یافته‌های آن به جامعه بالینی وجود ندارد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در زمینه علائم پیش‌بینی کننده اختلال بی‌اشتهایی روانی از ابزارهای عینی‌تری استفاده کنند. چراکه طبق یافته‌های این پژوهش، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی چه در گزارش میزان شتاب‌زدگی خود و چه در ارزیابی حمایت والدین از بینش کافی برخوردار نبوده و ابزارهای خودگزارش دهی در این موارد چندان قابل اعتماد نیستند. همچنین توصیه می‌شود که از مطالعات طولی به‌ویژه در بررسی رابطه ناگویی خلقی و بی‌اشتهایی روانی استفاده شود.

منابع

- بشارت، م.، خواجوی، ز.، و پورخاقان، ف. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و عملکرد جنسی. *رویش روان‌شناسی*، ۴ (۱)، ۶۴-۵۱.
- بهزادی، ب.، سروقد، س.، و سامانی، س. (۱۳۹۰). تحلیل عامل تأییدی بر نسخه فارسی مقیاس پیوند والدینی پارکر. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۶ (۲)، ۸۹-۸۱.
- جوانی، ل.، شریعتمدار، آ.، و فرخی، ن. (۱۳۹۴). بررسی رابطه تعارض والد-فرزند و خودپنداره تحصیلی

1. Janelle N. Beadl, Sergio Paradiso, Alexandria Salerno, & Laurie M. McCormick.

دانش‌آموزان با رضایت از زندگی آنها ۱۴ (۵۶)، ۴۴-۲۵.

- رجیبی، س.، و حسینی، ف. (۱۳۹۳). بررسی همه‌گیرشناسی رفتارهای بیمارگونه خوردن و ارتباط آن با پنج عامل بزرگ شخصیت در دانش‌آموزان دختر. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۳ (۲)، ۸۱-۶۷.
- علیوردی نیا، ا.، و یونسی، ع. (۱۳۹۳). تأثیر میزان خودکنترلی بر ارتکاب جرم در میان دانش‌جویان. *راهبرد فرهنگ*، ۲۶، ۱۱۸-۹۳.
- نریمانی، م.، محمودی، ن.، و ملکشاهی، فر. م. (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی و سبک دلبستگی در کودکان با لکت و بدون لکت. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۹ (۲)، ۱۶۲-۱۵۵.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل تاب آور در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد مخدر. رساله دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران.
- Bagby, M., Parker, J. D. a, & Taylor, G. J. (1994). the Twenty-Item Item Selection Toronto and Cross-Validation Structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Baiardini, I., Abbà, S., Ballauri, M., Vuillermoz, G., & Braido, F. (2011). Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *G. Ital. Med. Lav. Ergon*, 33, A47-A52.
- Beadle, J. N., Paradiso, S., Salerno, A., & McCormick, L. M. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25 (2), 107.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2), 139-147
- Butler, G. K. L., & Montgomery, A. M. J. (2005). Subjective self-control and behavioural impulsivity coexist in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 6 (3), 221-227.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-220.
- , L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating -disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32 (4), 707-714.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual Differences*, 39 (4), 739-749.
- Diaz-castillo, R., & Aizpuru, A. (2016). Relationship between alexithymia and body dissatisfaction in Mexican women with different eating disorders.
- Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. P. (2012). IQ outdoes self-discipline in predicting academic performance of adolescents. *Psychological Science*, 16 (12), 939-944.

- El Ghoch, M., Calugi, S., Lamburghini, S., & Dalle Grave, R. (2014). Anorexia nervosa and body fat distribution: A systematic review. *Nutrients*, 6 (9), 3895–3912.
- Fahy, T., & Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 162, 193–197.
- Foreich, F. V., Vartanian, L. R., Zawadzki, M. J., Grisham, J. R., & Touyz, S. W. (2016). Psychological need satisfaction, control, and disordered eating. *British Journal of Clinical Psychology*, 1–16.
- Gan, W. Y., Mohd Nasir, M. T., Zalilah, M. S., & Hazizi, A. S. (2011). Direct and indirect effects of sociocultural influences on disordered eating among Malaysian male and female university students. A mediation analysis of psychological distress. *Appetite*, 56 (3), 778–783.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12 (1980), 871–878.
- Gramaglia, C., Ressico, F., Gambaro, E., Palazzolo, A., Mazzarino, M., Bert, F., ... Zeppegno, P. (2016). Alexithymia, empathy, emotion identification and social inference in anorexia nervosa: A case-control study. *Eating Behaviors*, 22, 46–50.
- Grange, D. Le, & Loeb, K. L. (2007). Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. *Early Intervention in Psychiatry*, 1 (1), 27–39.
- Grasmick, H. G., Bursik Jr, R. J., & Arneklev, B. J. (1993). Reduction in drunk driving as a response to increased threats of shame, embarrassment, and legal sanctions. *Criminology*, 31 (1), 41.
- Halvorsen, I., Rø, O., & Heyerdahl, S. (2013). Nine-year follow-up of girls with anorexia nervosa and their siblings: Retrospective perceptions of parental bonding and the influence of illness on their everyday life. *European Eating Disorders Review*, 21 (1), 20–27.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24 (1), 177–196.
- Kenardy, J., Brown, W. J., & Vogt, E. (2001). Dieting and health in young Australian women. *European Eating Disorders Review*, 254 (September 1997), 242–254.
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). A multifaceted spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (4), 430–441.
- Lavender, J. M., Goodman, E. L., Culbert, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., ... & Peterson, C. B. (2017). Facets of impulsivity and compulsivity in women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25 (4), 309–313.
- Lumley M. A., Gustavson B. J., Partridge R. T., Labouvie-Vief G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: interrelationships among measures. *Emotion* 5, 329–342.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment Patterns in

- the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (3), 307–317.
- Mukai, T., Crago, M., & Shisslak, C. M. (1994). Eating attitudes and weight preoccupation among female high school students in Japan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 35 (4), 677–688.
 - Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-Regulation and Depletion of Limited Resources: Does Self-Control Resemble a Muscle? *Psychological Bulletin*, 126 (2), 247–259.
 - Nekouei, Z. K., Yousefy, A., & Manshaee, G. (2012). Cognitive-behavioral therapy and quality of life: An experience among cardiac patients. *Journal of education and health promotion*, 1 (1), 2.
 - Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52 (1), 1–10.
 - Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H., & Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9 (1), 13–24.
 - Russell, J. D., Kopec-Schrader, E., Rey, J. M., & Beumont, P. J. (1992). The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86 (3), 236–239.
 - Sarwer, D. B., Allison, K. C., Wadden, T. A., Ashare, R., Spitzer, J. C., McCuen-Wurst, C., ... & Wu, J. (2019). Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*.
 - Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (1), 54–58.
 - Stice, E. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38 (5), 669–678.
 - Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157 (3), 393–401.
 - Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72 (2), 271–324.
 - Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15 (1), 49–59.
 - Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Miller, K., Vieira, F. M., Roma-Torres, A., ... Costa, P. (2015). Alexithymia in anorexia nervosa: The mediating role of depression. *Psychiatry Research*, 225 (1–2), 99–107.
 - Wharton, C. M., Adams, T., & Hampl, J. S. (2008). Weight loss practices and body weight perceptions among US college students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 56 (5), 579–84.

- Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: The state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47 (9), 903–910.
- Wonderlich, S. A., Connolly, K. M., & Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (2), 172–182.