

نقش عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی اختلال پرخوری

محمد نریمانی^۱ و محمد علی قاسمی نژاد^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی ابتلا به پرخوری بود. ۵۳ آزمودنی مبتلا به اختلال پرخوری از میان ۳۹۲ دانش‌آموز با استفاده از پرسشنامه‌ی تشخیصی و مصاحبه انتخاب شده و ۶۴ آزمودنی غیرمبتلا به پرخوری در این پژوهش شرکت داشتند. ابزارهای پژوهش شامل: شاخص افسردگی اضطراب و استرس لویندا، مقیاس ترکیبی بامدادگرایی، پرسشنامه‌ی پرخوری، خودکارآمدی در کنترل وزن و سبک‌های مقابله‌ای بودند. نتایج تحلیل نشان داد که با کمک متغیرهای فوق می‌توان ابتلا به اختلال پرخوری را پیش‌بینی کرد. تابع حاصل ۰/۳۱ درصد واریانس تفاوت میان گروه‌ها را تبیین می‌کند. این تابع ۷۶ درصد افراد دو گروه را به درستی به گروه‌های خود منتسب می‌کند. تحلیل ممیز گام به گام نشان داد که به ترتیب متغیرهای افسردگی و دسترسی به مواد غذایی و هیجانانگ منفی از مؤلفه‌های خودکارآمدی در کنترل وزن بیشتر از سایر متغیرها در تمایز دو گروه سهم هستند.

واژه‌های کلیدی: اختلال پرخوری، اختلالات تغذیه، عوامل روان‌شناختی

۱. نویسنده‌ی رابط: استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (narimani@uma.ac.ir)

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۴/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۲۵

مقدمه

پرخوری شامل بلع مقدار زیادی از غذا به‌طور نامعمول و احساس فقدان کنترل در طول دوره‌ی خوردن است، که به میزان حداقل دو بار در هفته و به مدت شش ماه رخ دهد (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۴). پراشتهایی عصبی تکرار دوره‌های راجعه پرخوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب از دوبار در هفته به یک بار در هفته در طی سه ماه گذشته است. معیارهای تشخیصی آن شامل خوردن، در دوره‌های زمانی منفصل (به‌طور مثال هر دوره دو ساعت) و مقدار غذایی مشخصاً بیشتر از مقدار غذایی است که اکثر مردم در دوره‌های زمانی و موقعیت‌های مشابه می‌خورند؛ احساس عدم کنترل بر خوردن در طی دوره‌ها (به‌طور مثال فرد احساس می‌کند نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا کنترلی بر این‌که چه می‌خورد و چه مقدار می‌خورد ندارد) غذا خوردن با سرعت بیشتر از هنجار؛ غذا خوردن تا زمانی که احساس پر بودن ناراحت‌کننده‌ای به فرد دست دهد. خوردن مقدار زیادی از غذا زمانی که فرد به‌طور فیزیکی احساس گرسنگی نمی‌کند؛ تنها غذا خوردن به دلیل احساس شرمندگی از میزان غذایی که می‌خورد؛ احساس انزجار از خود، افسردگی یا احساس گناه زیاد بعد از پرخوری. پرخوری حداقل یکبار در هفته به مدت ۳ ماه اتفاق می‌افتد؛ پرخوری با استفاده‌ی مکرر از رفتارهای جبرانی نامناسب مرتبط نیست و منحصرأ در طی دوره‌های بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی اتفاق نمی‌افتد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳).

اختلال پرخوری احتمالاً رایج‌ترین اختلال خوردن است و تخمین زده شده است که تقریباً دو درصد همه بزرگسالان در ایالت متحده از این اختلال رنج می‌برند (اسپیتزر، یانوسکیو وادن، وینگ، مارکس و استانکارد^۳، ۱۹۹۳). اگرچه اختلال پرخوری به افراد چاق محدود نمی‌شود، این

1 . Kaplan & Sadock

2 . american psychiatric association

3. Spitzer, Yanovski, Wadden, Wing, Marcus & Stunkard

اختلال تشخیصی رایج در این گروه است، خصوصاً در میان مراجعانی که به دنبال درمان برای مشکل چاقی خود هستند (یانوسکی، نیلسون و دوبرت^۱، ۱۹۹۴). بیش از ۳۰ درصد افرادی که چاق هستند و آن‌هایی که تلاش می‌کنند وزن کم کنند، ممکن است از این اختلال رنج ببرند (اسپیترز و همکاران، ۱۹۹۳).

تحقیقات نشان می‌دهد که نیمی از افراد مبتلا به پرخوری چاق هستند (اسپیترز ۱۹۹۲؛ به نقل از میشل و همکاران^۲، ۲۰۰۸). چاقی^۳ که با اختلال پرخوری و اعتیاد به غذا همراه است، امروزه در جهان بسیار شایع بوده و میلیون‌ها نفر از آن رنج می‌برند (سازمان جهانی بهداشت^۴، ۲۰۰۸؛ به نقل از کلات^۵، ۲۰۰۸). بیماری‌های زیادی متأثر از چاقی است (موسسه بین‌المللی سلامت^۶، ۲۰۰۷؛ به نقل از کلات، ۲۰۰۸). نتیجه اینکه تلاش‌های زیادی برای کاهش وزن افراد صورت می‌گیرد، اما درمان‌های اخیر پزشکی برای این بیماری در درازمدت بی‌تأثیر و ناپایدار است (کلات، ۲۰۰۸). مشخص کردن علت پرخوری مشکل است و به نظر می‌رسد که این اختلال از همبستگی چندین علت به وجود می‌آید (پالیوی و هرمان^۷، ۱۹۹۳؛ به نقل از دروچی^۸، ۱۹۹۸) و درمان باید مسائل جسمانی، مشکلات رفتاری و مسائل روان‌شناختی (والش^۹ و دولین، ۱۹۹۵؛ به نقل از دروچی، ۱۹۹۸). از این رو مشخص کردن نقش متغیرهای روان‌شناختی در چاقی و اختلال پرخوری حائز اهمیت است.

-
1. Nelson & Dubbert
 2. Mitchell & et all
 3. Obesity
 4. World Health Organization (WHO)
 5. Klatt
 6. National Institute of Health (NIH)
 7. Polivy & Herman
 8. Derouchey
 9. Walsh

مطالعات نشان می‌دهد که خودکارآمدی رفتار خوردن شاخص پیش‌بینی کننده کاهش وزن است و در جریان برنامه‌هایی که به منظور کاهش وزن طراحی و اجرا می‌شوند، افزایش می‌یابد، مانع از افزایش وزن مجدد می‌شود، انگیزه و پایداری به رفتار را افزایش می‌دهد. به طور کلی می‌توان گفت که خودکارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه آموزش و مشاوره‌های تغذیه‌ای کاهش وزن مورد توجه و دقت قرار گیرد و گرنه صرفاً ارائه اطلاعات در مورد رفتار سالم و بهداشتی کافی نیست (پلاس‌دوتیر^۱، ۲۰۰۸). اختلال پرخوری اغلب با یک اختلال خلقی همراه است. شیوع اختلالات خلقی در افراد با معیارهای تشخیصی پرخوری به طور معناداری بالاتر است. صرف نظر از این موضوع هنوز شواهد قطعی که ارتباط علی میان این دو اختلال را نشان دهد، وجود ندارد. این احتمال نیز وجود دارد که عوامل عاطفی و احساسی ممکن است به طور غیر مستقیم منجر به پرخوری شود و تنها پیش زمینه‌ای برای بروز رفتارهای پرخوری در فرد است. بسیاری از افراد که رفتارهای خوردن مخرب دارند، احساس می‌کنند که پرخوری برای آنها به مراتب آسان‌تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان آور و ناخوشایند است (گینسبرگ^۲، ۲۰۰۷).

بر اساس تحقیقات، در اختلالات خوردن، سبک مقابله با فشار روانی از جمله عمده‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده محسوب می‌شود به گونه‌ای که افراد برای مقابله با فشار روانی تلاش می‌کنند تا نوعی سبک مقابله برای کاهش آنها انتخاب کنند. انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه به جای حل تعارضات می‌تواند منجر به بروز انواع اختلالات خوردن گردد (هینریچسن، وایت، والر و میر^۳، ۲۰۰۳).

افراد عصرگرا گرایش بیشتری به اختلالات رفتاری مختلفی مانند: افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلال دوقطبی، پراشتهایی روانی، نقص توجه و بیش‌فعالی دارند. این ارتباط میان

-
1. Plasdottir
 2. Ginsburn
 3. Hinrichsen, Wright, Waller & Meyer

عصرگرایی و اختلال رفتاری خاص می‌تواند به وسیله‌ی ویژگی‌های شخصیتی ویژه‌ای میانجی‌گری شود (تونتی، آدان، کاسی، دپاسالیس، فابری و ناتل^۱، ۲۰۱۰). فلگ و لندلر^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی یافت که افراد عصرگرا تمایلات بیشتری به خوردن داشتند. این نتیجه رالوکاسن^۳ (۲۰۱۳) تایید کرد. بنابراین به دلیل اهمیت شخصیت بامدادگرایی و عصرگرایی در رفتار خوردن انسان، می‌توان با شناخت زیربناهای این نوع شخصیت زمینه لازم برای کاهش رفتارهای پرخوری را فراهم نمود.

مطالعات فوق نشان می‌دهد که چاقی یک از مشکلات جوامع معاصر است. اهمیت این موضوع را می‌توان با توجه به بیانات پژوهشگران (لاریجانی، ۱۳۹۲) در نظر گرفت، که ۶۰ درصد از مرگ و میرها در ایران به دلیل چاقی و عوارض آن است، و ایران رتبه ۶۶ دنیا در زمینه چاقی است. همچنین چاقی و اضافه وزن در بین مردان ایرانی ۴۲/۸ درصد و در بین زنان ۵۷ درصد است که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۱۵ در مردان به ۵۴ درصد و در زنان به ۷۴ درصد افزایش یابد.

با توجه به نتایج مطالعات فوق مبنی بر اینکه شیوع رفتارهای پرخوری و چاقی تاثیرات مخربی بر سلامت انسان می‌گذارد. بنابراین پیشگیری از پرخوری، بهتر است، در سنین پایین‌تر آغاز شود، لذا سوال اصلی پژوهش حاضر این است که عوامل روان‌شناختی می‌تواند اختلال پرخوری را در دانش‌آموزان پیش‌بینی کند؟

روش

روش تحقیق مطالعه حاضر با توجه به موضوع آن توصیفی از نوع همبستگی است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان مقاطع

متوسطه‌ی شهر اردبیل، که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل دادند. ۵۳

-
1. Tonti, Adan, Caci, De Pascalis, Fabbri & Natale
 2. Fleig & Randler
 3. Lucassen

دانش‌آموز مبتلا به اختلال پرخوری جامعه‌ی آماری به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین نحو 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 بالای پرسشنامه ذکر کنند.

بعد از بررسی، ۳۹۲ دانش‌آموز که نمره برش آنها بالاتر از ۱۷ بود مشخص گردید. به علاوه در یک جلسه از آنها دانشجوی دکتری روان‌شناسی مصاحبه به عمل آورد مبنی بر اینکه آنها طبق راهنمای تشخیصی پنجمین راهنمایی تشخیصی و آماری تشخیص اختلال پرخوری را دریافت می‌کردند به عنوان گروه نمونه انتخاب می‌شدند. در گروه عادی نیز، ۶۲ دانش‌آموز عادی به طور تصادفی در این مدارس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس ترکیبی بامدادگرایی: مقیاس ترکیبی بامدادگرایی^۱ را اسمیت، ریلی و میدکیف^۲ (۱۹۸۹) و با هدف بهبود دیگر پرسشنامه‌های بامدادگرایی - عصرگرایی ساخته‌اند و در واقع یک مقیاس ترکیبی با ۱۳ ماده است. 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 $0/60 (P < 0/01)$ گزارش شد. آنها پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/80$ به دست آوردند.

مقیاس خودکارآمدی در کنترل خوردن: این پرسشنامه را کلرک، آبرامز، نیایورا، اتون و روسی^۳ (۱۹۹۱) ساخته‌اند. 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

1. Composite Scale Of Morningness

2. Smith, Reilly & Midkiff

3. Clark, Abrams, Niaura, Eaton & Rossi

منفی، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت و سرگرم کننده است. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها و نمره کل بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است. نویدیان، عابدی، باغبان، فاتحی‌زاده و پورشریفی (۱۳۸۸) میزان پایایی و روایی این آزمون را در ایران در سطح مطلوب گزارش کرده‌اند.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا: مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را لویندا (۱۹۹۵) ساخته است. این مقیاس ۲۱ ماده دارد و هر آزمودنی به هر آیتم به صورت هرگز (۰) تا خیلی زیاد (۳) پاسخ می‌دهد. آیتم‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ و ۱۸ استرس، آیتم‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ اضطراب، آیتم‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱ اضطراب را می‌سنجند. ضریب آلفای کرونباخ برای این افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱. همچنین در سایر پژوهش‌ها نیز میزان روایی و پایایی این مقیاس مورد تایید قرار گرفته است (نریمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه‌ی مقابله با استرس: مقابله با استرس را بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ به منظور اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس، طراحی و تدوین کرده‌اند. این مقیاس شیوه‌های مقاله افراد را در هنگام مشکلات مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهش پورشهباز (۱۳۷۴) ضریب پایایی بازآزمایی کل ۰/۷۳، مقابله رفتاری ۰/۷۷، مقابله شناختی ۰/۸۳ و مقابله اجتنابی ۰/۶۰ به‌دست آورده است (به نقل از نریمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۴).

مقیاس پرخوری: گورمالی، بلاک، داستون و راردین^۱ (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 غذاخوردن سریع، تنها غذاخوردن سریع، تنها غذا خوردن)

1. Gormally, Black, Dastun & Rardin

اختلال پرخوری را می‌سنجند. در این مقیاس نمرات پایین تر از ۱۷ نشان‌دهنده عدم ابتلا به اختلال پرخوری عصبی است. هومن (۱۳۹۰) و مولودی، دژکام، موتابی و امیدوار (۱۳۸۹) روایی و پایایی این مقیاس را در ایران مورد تأیید قرار دادند.

نتایج

نتایج تحلیل پژوهش 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 $72/33 \pm 13/68$ و افراد عادی $60/72 \pm 11/06$ ، میانگین و انحراف معیار قد افراد دانش‌آموزان مبتلا به پرخوری $165/98 \pm 9/02$ و دانش‌آموزان عادی $168/57 \pm 9/36$ و میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال پرخوری $26/44 \pm 4/97$ و افراد عادی $21/38 \pm 3/61$ به دست آمد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در ۲ نمونه نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه

دانش‌آموزان عادی		دانش‌آموزان مبتلا پرخوری		متغیرهای پیش‌بین
SD	M	SD	M	
۵/۰۶	۱۵/۹۰	۴/۴۷	۱۸/۱۳	استرس
۵/۱۹	۱۳/۱۸	۵/۸۴	۱۷/۰۹	افسردگی
۴/۴۱	۱۳/۰۳	۴/۳۰	۱۵/۳۳	اضطراب
۷/۴۴	۲۱/۳۶	۶/۰۹	۱۷/۲۲	سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار
۶/۱۴	۱۱/۶۱	۸/۰۹	۱۳/۳۰	سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار
۷/۱۳	۱۴/۹۶	۱۰/۵۳	۱۴/۵۸	فشار اجتماعی
۳/۷۰	۱۳/۷۲	۳/۴۱	۱۱/۰۰	دسترسی به مواد غذایی
۳/۵۱	۱۴/۴۲	۳/۲۷	۱۲/۴۷	هیجان مثبت
۳/۱۵	۱۶/۲۹	۳/۵۸	۱۳/۳۵	هیجان منفی
۳/۱۶	۱۵/۶۷	۳/۳۳	۱۴/۳۵	ناراحتی جسمی

نقش عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی اختلال پرخوری

۱۲/۸۵	۷۴/۳۳	۱۶/۵۵	۶۵/۷۷	خودکارآمدی در پرخوری
۳/۱۳	۴/۰۸	۴/۳۲	۲۱/۶۰	پرخوری
۵/۷۱	۳۸/۶۵	۵/۳۹	۳۶/۰۲	بامداد گرایی

جدول ۱ میانگین دانش‌آموزان دارای اختلال پرخوری و عادی در متغیرهای موردپژوهش را نشان می‌دهد. از روش تحلیل ممیز برای پیش‌بینی عضویت گروهی استفاده شد. در این روش ابتدا آزمون برابری میانگین گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه انجام شد. جدول ۲ خلاصه نتایج آزمون برابری متغیرهای پیش‌بین را در دو نمونه دانش‌آموزان مبتلابه اختلال پرخوری و عادینشان می‌دهد.

جدول ۲. آزمون برابری میانگین متغیرهای پیش‌بین

p	df2	df1	F	لامبدای ویلکز	متغیرهای پیش‌بین
۰/۰۱	۱۱۲	۱	۶/۱۲	۰/۹۴۸	استرس
<۰/۰۰۱	۱۱۲	۱	۱۴/۳۳	۰/۸۸۷	افسردگی
۰/۰۰۶	۱۱۲	۱	۷/۹۲	۰/۹۳۴	اضطراب
۰/۰۰۲	۱۱۲	۱	۱۰/۳۲	۰/۹۱۶	سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار
۰/۲۰	۱۱۲	۱	۱/۵۹	۰/۹۸۶	سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار
۰/۸۱	۱۱۲	۱	۰/۰۵	۱/۰۰	فشار اجتماعی
<۰/۰۰۱	۱۱۲	۱	۱۶/۵۰	۰/۸۷۲	دسترسی به مواد غذایی
۰/۰۰۳	۱۱۲	۱	۹/۳۴	۰/۹۲۳	هیجان مثبت
<۰/۰۰۱	۱۱۲	۱	۲۱/۶۵	۰/۸۳۸	هیجان منفی
۰/۰۳	۱۱۲	۱	۴/۶۴	۰/۹۶	ناراحتی جسمی
۰/۰۱	۱۱۲	۱	۶/۳۱	۰/۹۴۷	بامداد گرایی

با توجه به جدول ۲ مشخص می‌شود که از بین ۱۱ متغیر پیش‌بین، میانگین گروه‌ها در ۹ متغیر تفاوت معنادار شد و در متغیر سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار ($P=0/20$) و فشار اجتماعی ($P=0/81$)

تفاوت معنادار نشد.

مرحله دوم در تحلیل ممیز تشکیل یک تابع خطی از متغیرهاست. در آن پژوهش تحلیل ممیز روی داده‌ها یک بار به‌روش همزمان و یک‌بار به‌روش گام‌به‌گام انجام گرفت. جدول ۳ خلاصه‌ای از اطلاعات مربوط به توابع ساده و همزمان را نشان می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه‌ای از اطلاعات مرتبط به توابع ساده و همزمان

p	df	لامبدای		درصد		مقدار ویژه	متغیر پیش بین
		ویلکز	همبستگی متعارف	واریانس	ویلکز		
<۰/۰۰۰۱	۱۱	۳۹/۴۳۵	۰/۶۹۱	۰/۵۵۶	۱۰۰	۰/۴۴۸	کل متغیرها به روش همزمان
<۰/۰۰۰۱	۳	۳۴/۶۸۵	۰/۷۳	۰/۵۱۹	۱۰۰	۰/۳۶۹	کل متغیرها به روش گام به گام

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که تابع حاصل از روش همزمان تابعی است با مقدار ویژه ۰/۴۴۸ و لامبدای ویلکز ۰/۶۹. مقدار ویژه نسبت مجمع مجذورات بین گروهی به مجموع مجذورات درون گروهی است. مقدار ویژه نشان دهنده‌ی توان تابع ممیز است. در تحلیل ممیز پس از محاسبه مقدار ویژه تابع آزمون معناداری تابع انجام شده است زیرا مقدار لامبدای ویلکز از ۱ کوچکتر و سطح معناداری آن از سطح معناداری تعیین شده یعنی $\alpha=۰/۰۵$ کوچکتر است ($p<۰/۰۰۰۱$). توضیح آنکه لامبدای ویلکز نسبت مجذورات درون گروهی به کل مجذورات است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۶). پس لامبدای ویلکز میزان واریانس تبیین نشده را نشان می‌دهد. با کم کردن مقدار لامبدای ویلکز از عدد یک یا با مجذور کردن لامبدای ویلکز از عدد یک یا با مجذور کردن همبستگی متعارف (همبستگی میان نمره‌های ممیز و سطوح متغیر وابسته) عددی به دست می‌آید که مقدار واریانس تبیین نشده را نشان می‌دهد. با این وصف حدود ۰/۳۱ درصد از واریانس‌های تفاوت دو گروه را متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌کند. پس ترکیب خطی متغیرهای پیش-

بین قادر به پیش‌بینی متغیر وابسته یعنی عضویت گروهی افراد دو نمونه است. جدول ۴ ضرایب غیر استاندارد، استاندارد و ساختاری تابع ممیز حاصل از تحلیل همزمان ۱۱ متغیر را نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب حاصل از تحلیل ممیز کل متغیرها به روش همزمان

متغیرهای پیش‌بین	ضرایب تابع ممیز متعارف (غیر استاندارد)	ضرایب استاندارد	ضرایب ساختاری
استرس	۰/۰۴	۰/۷۶۶	-۰/۳۴
افسردگی	-۰/۱۰۶	۰/۲۷۹	-۰/۵۳
اضطراب	۰/۰۲۱	-۰/۳۴۸	-۰/۳۹
سبک مقابله ای مسئله‌مدار	۰/۰۳	-۰/۳۹۵	۰/۴۵
سبک مقابله ای هیجان‌مدار	-۰/۰۳	-۰/۱۲۸	-۰/۱۷
فشار اجتماعی	۰/۰۰۱	۰/۱۵۳	۰/۰۳
دسترسی به مواد غذایی	۰/۱۰۸	۰/۲۹۸	۰/۵۷
هیجان مثبت	۰/۰۱	۰/۱۵۳	۰/۴۳
هیجان منفی	۰/۱۷	۰/۱۵۳	۰/۶۵
ناراحتی جسمی	-۰/۰۵	-۰/۱۸	۰/۳۰
بامداد گرایی	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۳۵
عدد ثابت -۴/۰۹۵			

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود متغیرهای استرس، اضطراب، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، دسترسی به مواد غذایی، به ترتیب بیشترین سهم را از کل متغیرها در تابع ممیز دارند (ضرایب استاندارد از ۰/۷۶ تا ۰/۳۰) (معمولاً متغیرهای دارای وزن یا ضریب ساختاری مساوی یا بالاتر از ۰/۳۰ در تعریف بعد ممیز مهم قلمداد می‌شوند از این ضرایب برای اطلاق یک نام معنی‌دار به توابع ممیز یا به بیانی دیگر توصیف و تفسیر توابع استفاده می‌شود (به نقل از مهرابی‌زاده هنرمند، داودی، شکرکن و نجاریان، ۱۳۸۶).

بقیه متغیرها به دنبال این متغیرها قرار می‌گیرد. کمترین سهم متعلق به سبک مقابله‌ای

هیجان‌مدار بود. ضرایب ساختاری مربوط به متغیرهای استرس، اضطراب، افسردگی، سبک مقابله-ای مسئله‌مدار، دسترسی به مواد غذایی، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار، هیجان مثبت، هیجان منفی، ناراحتی جسمی و بامدادگرایی بالاتر از ۰/۳۰ است. بنابراین در تعریف بعد حاصل از تابع همزمان اهمیت بیشتری دارد. جدول ۵ نتایج تحلیل گام به گام روی متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج ممیز گام به گام روی کل متغیرها

لامبدای ویلکیز							مرحله	ورود	
Fدقیق			df3	df2	df1	آماره			
p	df2	df1	آماره						
<۰/۰۰۱	۱۵۰	۱	۲۱/۶۵	۱۱۲	۱	۱	۰/۸۳۸	افسردگی	۱
<۰/۰۰۱	۱۱۱	۲	۱۷/۳۸	۱۱۲	۱	۲	۰/۷۶۱	دسترسی به مواد غذایی	۲
<۰/۰۰۱	۱۱۰	۳	۱۳/۵۲	۱۱۲	۱	۳	۰/۷۳۱	هیجان منفی	۳

با نگاهی به جدول ۵ در می‌یابیم که متغیر افسردگی، اولین متغیری است که در معادله وارد می‌شود و پس از آن دسترسی به مواد غذایی و در آخر هیجان منفی وارد می‌شود. پس از این دو مرحله هیچ کدام از متغیرهای باقی‌مانده به F ورود (۳/۸۱) دست نیافتند. از سوی دیگر F هیچ کدام از متغیرهای درون معادله به سطح خروجی (۲/۷۱) نرسیده است و تحلیل پس از این مرحله متوقف شده است. بنابراین ۳ متغیر فوق بیش از سایر متغیرها در طبقه‌بندی گروه‌ها موثرتر است.

جدول ۶. ضرایب حاصل از تحلیل ممیز کل متغیرها به روش گام به گام

متغیرهای پیش‌بین	ضرایب تابع ممیز متعارف (غیر استاندارد)	ضرایب استاندارد تابع	ضرایب ساختاری
افسردگی	-۰/۱۰۰	-۰/۵۵	-۰/۵۸
دسترسی به مواد غذایی	۰/۱۱۵	۰/۴۱	۰/۶۳
هیجان منفی	۰/۱۷۱	۰/۵۷	۰/۷۲
عدد ثابت			-۲/۴۸

جدول ۶ ضرایب سه گانه حاصل از تحلیل گام‌به‌گام روی متغیرها را نشان می‌دهد. با توجه به داده‌های جدول ۶ می‌توان معادله ممیز حاصل از روش گام‌به‌گام روی متغیرها را به صورت زیر نوشت:

$$D = -2/48 - 0/58dep^1 + 0/63ac^2 + 0/72NA^3$$

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود ضریب ساختاری هردو متغیر بالاتر از ۰/۳۰ قرار گرفته است این متغیرها به افسردگی، دسترسی به مواد غذایی و هیجان منفی بود. همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد تابع همزمان قادر است که به‌طور کلی ۷۱٪ و تابع گام‌به‌گام ۷۶٪ از افراد را به درستی به گروه‌های خود منتسب کند.

جدول ۷. وضعیت پیش‌بینی عضویت گروهی در دو تابع همزمان و گام‌به‌گام

ضریب کپا (معنی داری)	طبقه بندی صحیح	عضویت گروهی			روش
		کل	پیش‌بینی شده عادی	عضویت گروهی واقعی پرخور	
۰/۴۳ <۰/۰۰۱	٪۷۱/۹	۵۳	۱۸	۳۵	تعداد
		۶۱	۴۷	۱۴	عادی
		۱۰۰	۳۴	۶۶	پرخور
		۱۰۰	۷۷	۲۳	عادی
۰/۵۲۶ <۰/۰۰۱	٪۷۶/۳	۵۳	۱۲	۴۱	تعداد
		۶۱	۴۶	۱۵	عادی
		۱۰۰	۲۲/۰۶	۷۷/۴	پرخور
		۱۰۰	۷۵/۴	۲۴/۶	عادی

۱. افسردگی

۲. دسترسی به مواد غذایی

۳. هیجان منفی

جدول ۷ نشان می‌دهد که تحلیل همزمان در پیش‌بینی عضویت گروهی افراد عادی موفق‌تر است (۷۷ در برابر ۶۶) همچنین در تحلیل گام به گام در پیش‌بینی عضویت گروهی افراد مبتلا به پرخوری موفق‌تر است (۷۷/۴ در برابر ۷۵/۴). ضریب کپا (یک ضریب همبستگی است که توافق دو طبقه بندی را بررسی می‌کند). بنابراین، این ضریب برای تابع همزمان و گام به گام بیانگر توافق خوب طبقه بندی است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی متغیرهایی پیش‌بین اختلال پرخوری انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که دو گروه دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان مبتلا به اختلال پرخوری در متغیرهای، افسردگی، اضطراب، استرس، بامدادگرایی، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، خودکارآمدی در زمینه خوردن و چهار مؤلفه آن با یک دیگر تفاوت معناداری داشتند به نحوی دانش‌آموزان پرخور میانگین بالاتری در اضطراب و افسردگی و استرس داشتند. ولی در سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار بامدادگرایی، خودکارآمدی در خوردن و مؤلفه‌های آن میانگین پایین‌تری داشتند. این تفاوت‌ها همگی مطابق با پیش‌بینی و هماهنگ با اکثر یافته‌های پژوهشی است که به برخی از این پژوهش‌ها در مقدمه اشاره گردید و از ذکر مجدد آنها در اینجا خودداری می‌شود. اما تنها در سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و مؤلفه فشارهای اجتماعی دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

با نگاه به میانگین دو گروه در سبک هیجان‌مدار مشاهده می‌شود که میانگین افراد پرخور بالاتر از افراد عادی است اما این تفاوت معنادار نیست. مطابق با این یافته می‌توان چنین مطرح کرد که سبک هیجان‌مدار ممکن است نقش تعدیل‌کننده در رابطه اختلال پرخوری با سایر متغیرها داشته باشد. سالونسکی، دمپسی و دمپسی^۱ (۲۰۱۱) بیان کردند که سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار نقش تعدیل‌کننده میان استرس و اختلال پرخوری دارد. افراد عادی برای مقابله با مشکلات از راهبردهای هیجانی

1. Sulkowski, Dempsey & Dempsey

استفاده هم می‌کنند و نتوان مطرح کرد که دو سبک هیجان مدار و مسئله مدار دو روی یک سکه باشد. ممکن است افراد در مواقع مشکلات در ابتدا به صورت هیجان مدار با مشکلات مقابله کنند ولی افراد قوی‌تر روبه سبک مسئله‌مدار آورده و به‌دنبال راه‌حل عملیاتی باشد.

نتایج نشان داد که افراد پرخور کارآمدی کمتری در زمینه‌ی خوردن داشتند به نحوی که نمی‌توانند مدیریت مصرف غذا را برای خود داشته باشند. مطابق با نظر مورین، دمرس، تورکات و مانگو^۱ (۲۰۱۳) می‌توان گفت که خانواده در زمینه مصرف غذا و میزان آن هیچ اطلاعات دقیقی به فرزندان خود نمی‌دهند. حتی مهارت‌های آشپزی هم به فرزندان خود یاد نمی‌دهند. در دنیای کنونی که زنان مجبورند در کنار مردان به مشاغل بیرون از خانه روی آورند، این عدم مدیریت مصرف و پخت غذا تشدید یافته و فرزندان مجبورند که از غذاهای بیرون و فست‌فودها استفاده کنند که همه آنها زمینه پرخوری و چاقی را فراهم می‌آورد. به هر حال تمامی شرایط محیطی و خانوادگی دست به دست هم می‌دهد تا افراد پرخور بی‌کفایت‌تر از سایر افراد به تنظیم مصرف غذا پردازند و در هیجانات مثبت و منفی در هنگام دسترسی به مواد غذایی به رفتارهای پرخورانه روی بیاورند.

داده‌ها نشان داد افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصرگرتر از افراد عادی بودند. در راستای این یافته فلگ و لندلر (۲۰۰۹) در پژوهشی یافت که افراد عصرگرا تمایلات بیشتری به خوردن داشتند. این نتیجه رالوکاسن نیز (۲۰۱۳) تأیید کرد. بنابراین به‌دلیل اهمیت شخصیت بامدادگرایی و عصرگرایی در رفتار خوردن انسان، می‌توان با شناخت زیربناهای این نوع شخصیت زمینه لازم برای کاهش رفتارهای پرخوری را فراهم می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان چنین مطرح کرد که افرادی که تمایلات عصرگرایانه دارند معمولاً در وعده‌های غذایی خود دچار مشکلات متعددی هستند زیرا آنها خیلی دیرتر از خواب بلند می‌شود و وعده‌ی صبحانه و ناهار آنها ادغام شده و خیلی سازمان نیافته به مصرف غذا روی می‌آورند. زیرا مجبورند تا دیر وقت بیدار بمانند ممکن است به

پرخوری‌های شبانه پردازند. کما اینکه تحقیقات نشان داده است که پرخوری شبانه با عصر‌گرایی رابطه معناداری دارد (هارب، لواندوسکی، اولیویرا، کایومو، آلیسون، استانکارد و هیدالگو، ۲۰۱۲). هدف اصلی در این پژوهش تعیین اثر ترکیب خطی استرس، افسردگی، اضطراب، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، بامداد‌گرایی، خودکارآمدی در کنترل وزن و مولفه‌های آن در پیش‌بینی اختلال پرخوری بود. تحلیل ممیز همزمان که برای دستیابی به این هدف انجام شد نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای فوق‌قادر است ۳۱ درصد از واریانس تفاوت دو گروه را تبیین کند. ضرایب استاندارد تابع ممیز نشان می‌دهد که ترتیب اهمیت متغیرها در تابه ممیز به قرار زیر است: استرس، اضطراب، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار دسترسی به مواد غذایی، به ترتیب بیشترین سهم را از کل متغیرها در تابع ممیز دارند (ضرایب استاندارد از ۰/۷۶ تا ۰/۳۰). بقیه متغیرها به دنبال این متغیرها قرار می‌گیرد. کمترین سهم متعلق به سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار بود. ضرایب ساختاری مربوط به متغیرهای استرس، اضطراب، افسردگی، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، دسترسی به مواد غذایی، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار، هیجان مثبت، هیجان منفی، ناراحتی جسمی و بامداد‌گرایی بالاتر از ۰/۳۰ هستند. بنابراین در تعریف بعد حاصل از تابع همزمان اهمیت بیشتری دارند.

نتایج تحلیل گام‌به‌گام نیز نشان داد که با سه متغیر که به ترتیب ورود در معادله عبارتند از: افسردگی، دسترسی به مواد غذایی و هیجان‌انگیز منفی. این سه متغیر تابع ممیزی را شکل می‌دهند که توانی برابر با ترکیب خطی یازده متغیر را دارند. افسردگی از متغیرهایی بود که در تابع ممیز قرار گرفت. این نتیجه با یافته‌های ونریدنت نورتلند، وربارگ، گیلتی، لیچت، وگلزانگ، و ون و زیتمن^۲ (۲۰۱۳)، ونوچی، تونی، مارمانی و پروگی^۳ (۲۰۱۳) و دینارد و ریچارد^۴ (۲۰۱۳). همسو بود. اما با یافته‌های عسکری، حسن بیگی، خسروی، مالک، حسینیگی، پورموحد و علاقه‌بند (۲۰۱۳) مرتبط نبود.

1. Harb, Levandovski, Oliveira, Caumo, Allison, Stunkard & Hidalgo
2. van ReedtDortlandVreeburg, Giltay, Licht, Vogelzangs, van Veen & Zitman
3. Vannucchi, Toni, Maremmanni & Perugi
4. Dennard & Richards

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان داشت که بسیاری از افراد که رفتارهای خوردن مخرب دارند، احساس می‌کنند که پرخوری برای آنها به مراتب آسان‌تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان‌آور و ناخوشایند است. محققان معتقدند که مدل تنظیم عاطفی، بر این مسئله تأکید دارد که برخی افراد یاد گرفته‌اند تا حالات عاطفی دردآور خود را با خوردن کنترل و تنظیم کرده و بدین وسیله به نوعی بر آن‌ها سرپوش بگذارند. فربرن و کوپ و همکاران، ۱۹۸۴؛ به نقل از گینسبرگ، ۲۰۰۷) در این راستا هیلبرت و توچن-کافرت^۱ (۲۰۰۷) بیان کردند که خلق منفی، پیشایند و تقویت‌کننده‌ی پرخوری در اختلال پرخوری و پراشتهایی روانی است، اما پرخوری منجر به کاهش خلق منفی نمی‌شود، چرا که بعد از پرخوری فرد دچار احساس گناه شده و خلق منفی تشدید می‌شود. از منظر سبک‌های مقابله نیز می‌توان بیان داشت: در اختلالات خوردن، سبک مقابله با فشار روانی از جمله عمده‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده محسوب می‌شود به گونه‌ای که افراد برای مقابله با فشار روانی تلاش می‌کنند تا نوعی سبک مقابله برای کاهش آنها انتخاب کنند. انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه به جای حل تعارضات می‌تواند منجر به بروز انواع اختلالات خوردن گردد (هینریچس و همکاران، ۲۰۰۳). از آنجایی که افرادی که دارای اختلال پرخوری هستند مستعد چاقی هستند و از نظرتناسب بدنی متفاوتند، این عامل در خلق آنها تأثیر گذاشته و باعث می‌شود که آنها برداشت منفی نسبت به خود کنند. همه این عوامل باعث افزایش احساس گناه و در ادامه باعث افسردگی و پرخوری می‌شود.

در مورد خودکارآمدی در کنترل وزن مشخص شد که دو مؤلفه آن یعنی دسترسی به مواد غذایی و هیجانات منفی پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای اختلالات خوردن بودند. این یافته مورینو همکاران (۲۰۱۳)، شین، شین، لو، داتون، آبود و ایلچ^۲ (۲۰۱۱)، جونز، فارلانتو، جکسون و کیمز^۳ (۲۰۰۷) همسو است. محققان بیان داشته‌اند که خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی‌کننده‌ی کاهش

-
1. Hilbert & Tuschen-Caffier
 2. Shin, Shin, Liu, Dutton, Abood & Ilich
 3. Jonse, Furlanetto, Jackson & Kinn

وزن و پیش‌بینی‌کننده‌ی موفقیت برنامه کنترل وزن است و طی درمان افزایش می‌یابد. افرادی که نوسان وزن زیادی را تجربه می‌کنند، معمولاً خودکارآمدی پایین‌تری دارند. در پژوهشی ۷۱ درصد از آزمودنی‌ها عدم خودکارآمدی را به عنوان مهمترین مانع پایبندی به رژیم غذایی کاهش وزن نام برده‌اند. افسردگی، هیجان‌های منفی، تنش، احساس غمگینی، داغ دیدگی، فقدان انگیزه عدم تمایل به تعهد را مهمترین عامل عدم پایبندی به کاهش وزن نام برده‌اند (به نقل از نویدیان، کرمان ساروی و ایمانی، ۱۳۹۱).

به‌طور کلی این پژوهش نشان می‌دهد که بین ابعاد مختلف متغیرهای پژوهش و اختلال پرخوری رابطه وجود دارد. از آنجاکه درک بهتر متغیرهای روان‌شناختی برای اختلال پرخوری و چاقی و همچنین برنامه‌های درمانی و مداخلات مؤثرتر ضروری است، بنابراین یافته‌های این پژوهش در سطوح مختلف آموزشی و بالینی می‌تواند از راه‌سنجش متغیرهای روان‌شناختی که در این پژوهش مطرح شد به شناسایی و درمان افراد پرخور و چاق متقاضی کاهش وزن کمک مؤثری کند. از محدودیت‌های عمده این پژوهش این است که نمی‌توان بیان داشت که متغیرهای مورد بررسی با اختلال پرخوری روابط علی دارند بنابراین بهتر است در قالب یک طرح آزمایشی این متغیرها بررسی شده تا تعمیم‌پذیری آن افزایش بیابد.

منابع

- زرگر، یدالله؛ رحیمی پردنجانی، طیبه؛ محمدزاده ابراهیمی، علی و نوروزی، زهرا (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی ساده و چندگانه‌ی بامدادگرایی و کیفیت خواب با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۴(۱۲)، ۳۸۳-۳۷۵.
- لاریجانی، باقر (۱۳۹۲). چاقی، عامل ۶۰ درصد مرگ و میرها در کشور. قابل دسترس در لینک زیر: <http://khabaronline.ir/detail/309569/society/health>
- مولودی، رضا (۱۳۸۸). *مقایسه طرحواره‌های ناسازگار در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

- مولودی، رضا؛ دژکام، محمود؛ موتابی، فرشته و امیدوار، نسرين (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲)، ۱۱۴-۱۰۹.
- نیرمانی، محمد و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۴). آزمون‌های روان‌شناختی. اردبیل: نشر باغ رضوان.
- نویدیان علی؛ عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران؛ فاتحی‌زاده، مریم السادات و پورشریفی، حمید (۱۳۸۸). اعتبار و روایی پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خود کارآمدی وزن در افراد دارای اضافه وزن و چاق. *مجله علوم رفتاری*، ۳(۳)، ۲۲۲-۲۱۷.
- نویدیان، علی؛ کرمان ساروی، فتیحه و ایمانی محمد (۱۳۹۱). رابطه‌ی خود کارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن با اضافه وزن و چاقی. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۴(۶)، ۵۶۳-۵۵۶.
- هومن، فرزانه؛ مهرابی‌زاده‌هنرمند، مهناز؛ خواجه‌الدین، 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 جنبدی شاپور*، ۱۰(۴)، ۴۲۵-۴۱۷.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.)*. Washington, DC. American Psychiatric Press
- 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.
- 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.
- Derouchey, S. A. (1998). *A treatment program for obese binge eaters*. Dissertation of P.H.D in Clinical Psychology, California School of Professional Psychology, Alameda.
- Fleig, D. & Randler, C. (2009). Association between chronotype and diet in adolescents based on food logs. *Eating behaviors*, 10(2), 115-118.
- Ginsburg, S. M. (2007). *An integrative group model treatment program for binge eating disorder*. Dissertation for P.H.D in Psychology, Alliant International University.
- Harb, A., Levandovski, R., Oliveira, C., Caumo, W., Allison, K. C., Stunkard, A., & Hidalgo, M. P. (2012). Night eating patterns and chronotypes: A correlation with binge eating behaviors. *Psychiatry research*, 200(2), 489-493.
- Hilbert, A & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 521-530.
- Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating behaviors*, 4(2), 117-126.

- Jones, N., Furlanetto, D. L. C., Jackson, J. A., & Kinn, S. (2007). An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20(5), 486-494.
- Klatt, I. (2008). *Treating the obese-binge eating disorder and food addiction: A model program*. Doctor of Psychology in Clinical Psychology, California Institute of Integral Studies.
- 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.
- Mitchell, J. E., Devlin, M. J., Zwaan, M. D., Crow, S. J. & Peterson, C. B. (2008). *Binge-eating disorder*. New York London: The Guilford Press.
- Morin, P., Demers, K., Turcotte, S., & Mongeau, L. (2013). Association between perceived self-efficacy related to meal management and food coping strategies among working parents with preschool children. *Appetite*.
- Pálsdóttir, Á. (2008). Information behaviour, health self-efficacy beliefs and health behaviour in Icelanders' everyday life. *Information Research*, 13(1), 4.
- Shin, H., Shin, J., Liu, P. Y., Dutton, G. R., Abood, D. A., & Ilich, J. Z. (2011). Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutrition Research*, 31(11), 822-828.
- 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.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D. & Stunkard, A. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- 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.
- Tonetti, L., Adan, A., Caci, H., De Pascalis, V., Fabbri, M. & Natale, V. (2010). Morningness-eveningness preference and sensation seeking. *European Psychiatry*, 25(2), 111-115.
- van ReedtDortland, 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.
- Vannucchi, G., Toni, C., Maremmi, I. & Perugi, G. (2013). Does obesity predict bipolarity in major depressive patients? *Journal of affective disorders*.

The role of psychological factors in predicting binge eating disorder

M. Narimani¹ & M. A. Ghasemi Nezhad²

Abstract

The purpose of this study was to investigate the role of psychological factors in predicting binge eating disorder. In this study 53 student out of 392 with binge eating disorder selected by diagnostic questionnaire and interview also 64 normal students were selected by available sampling method. The subjects completed Eating Attitude Test and Binge Scale in addition to body Image Concern Inventory. 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 and coping styles questionnaire. Discriminant analysis was used to determine group membership. Results: The results of the discriminant analysis showed that these variables can help to predicting how patients will become addicted. The resulting function will explain 31% of differences between the groups. The function assigned 76% of the individuals in both groups to their groups properly. Enter discriminant analysis showed that the depression, food availability and negative emotions that is a component of efficacy in weight control participate more than other variables in the distinction between the groups. The results showed that these variables have a significant effect on the predicting binge eating disorder. Therefore, clinicians need to pay special attention to the role of psychological factors in these patients to prevent recurrence.

Keywords: Binge Eating Disorder, Psychological Factors

1. Corresponding Author: Professor of psychology, university of Mohaghegh Ardabili (narimani@uma.ac.ir)
2. Ph.D student of psychology of Mohaghegh Ardabili