



Predicting of Nursing Student's Eating Disorder Based on Alexithymia, Coping Styles and Cognitive Emotion Regulation

Azita Amirfakhraei ¹, Sana Rezaei ², Zahra DashtBozorgi ^{3,*}, 

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Young Research and Elite Club, BandarAbbas Branch, Islamic Azad University, BandarAbbas, Iran

² MA of Personality Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Zahra DashtBozorgi, Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: zahradb2000@yahoo.com

Received: 29 Dec 2017

Accepted: 06 Nov 2018

Abstract

Introduction: In recent years, the eating disorder as a psychosocial disorder has increased dramatically and this disorder has an important role in reduction of physical and mental health. This research aimed to predicting of nursing students' eating disorder based on alexithymia, coping styles and cognitive emotion regulation.

Methods: This study was a descriptive from correlational type. The research population was the nursing students' of Islamic Azad University of Ahvaz branch in 2017-18 years which from them 210 student (29 man and 181 woman) were selected by stratified randomly sampling method. All of them completed the questionnaires of eating disorder, alexithymia, coping styles and cognitive emotion regulation. Data was analyzed with using SPSS-21 and by Pearson correlation and multiple regression with enter model methods.

Results: The findings showed that alexithymia ($r = 0.173$), avoid-focused coping style ($r = 0.198$) and negative cognitive emotion regulation strategies ($r = 0.465$) had a significantly positive relationship with nursing students' eating disorder and problem-focused coping style ($r = -0.376$) and positive cognitive emotion regulation strategies ($r = -0.541$) had a significantly negative relationship with nursing students' eating disorder. Also, the variables of positive cognitive emotion regulation strategies, negative cognitive emotion regulation strategies and problem-focused coping style significantly could predict 45.5 percent of variance of nursing students' eating disorder that in this prediction the share of positive cognitive emotion regulation strategies was higher than other variables ($P < 0.05$).

Conclusions: The results indicate the role and importance of the variables of positive and negative cognitive emotion regulation strategies and problem-focused coping style in predicting nursing students' eating disorder. Therefore counselors and therapists should pay attention to the signs of mentioned variables and based on design and implement appropriate programs to decrease the nursing student's eating disorder.

Keywords: Eating Disorder, Nursing Students, Alexithymia, Coping Styles, Cognitive Emotion Regulation



پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری بر اساس ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان

آزیتا امیرفخرایی^۱، سنا رضایی^۲، زهرا دشت‌بزرگی^۳ ID

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

^۲ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی شخصیت، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا دشت‌بزرگی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
ایمیل: zahradb2000@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۰۸

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر اختلال خوردن به عنوان یک اختلال روانی-اجتماعی افزایش چشمگیری داشته و این اختلال نقش مهمی در افت سلامت جسمی و روانی دارد. این پژوهش با هدف پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری بر اساس ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ بودند که از میان آنان ۲۱۰ دانشجو (۲۹ مرد و ۱۸۱ زن) با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. همه آنها پرسشنامه‌های اختلال خوردن، ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 و با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ناگویی هیجانی ($r = 0/173$)، سبک مقابله اجتناب‌مدار ($r = 0/198$) و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ($r = 0/465$) با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار مثبت و سبک مقابله مساله‌مدار ($r = -0/376$) و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ($r = -0/541$) با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار منفی داشتند. همچنین متغیرهای راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و سبک مقابله مساله‌مدار به‌طور معناداری توانستند ۴۵/۵ درصد از تغییرات اختلال خوردن دانشجویان پرستاری را پیش‌بینی کنند که در این پیش‌بینی سهم راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بیشتر از سایر متغیرها بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از نقش و اهمیت متغیرهای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و سبک مقابله مساله‌مدار در پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری بود. بنابراین مشاوران و درمانگران باید به نشانه‌های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌های مناسبی برای کاهش اختلال خوردن دانشجویان پرستاری طراحی و اجرا کنند.

واژگان کلیدی: اختلال خوردن، دانشجویان پرستاری، ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

رفتارها و نگرش‌های نادرست خوردن است که به صورت یک زنجیره اختلال در غذا خوردن می‌باشد [۲]. ویژگی‌های بارز اختلال خوردن شامل خود محروم‌سازی غذایی مانند مصرف خیلی کم غذاهایی که بدن به آنها نیاز دارد، وسواس فکر کردن در مورد غذا و کالری آن، پرخوری تا حد بیمار شدن و داشتن اعتقادات غیرواقعی در مورد وزن و غذا خوردن می‌باشد [۳]. افراد مبتلا به اختلال خوردن دیگران را

محیط کاری پرستاران به دلیل فشارها و استرس‌های شغلی زیاد بر عادات و رژیم غذایی آنان تأثیر منفی دارد و عادات و رژیم غذایی نامناسب عموماً باعث افزایش وزن و چاقی پرستاران می‌شود [۱]. در سال‌های اخیر رفتارها و نگرش‌های نادرست درباره خوردن به‌طور چشمگیری رو به افزایش می‌باشد که نقش مهمی در کاهش سلامت جسمی و روانی دارند. اختلال خوردن (Eating disorder) به معنای

کاهش دهد. سبک‌های اجتناب‌مدار راهبردهایی را دربرمی‌گیرند که در آن فرد بیشتر به دنبال فرار یا اجتناب از موقعیت استرس‌زا می‌باشد [۱۷]. نتایج پژوهش‌ها درباره رابطه سبک‌های مقابله‌ای و اختلال خوردن متناقض می‌باشند [۱۴، ۱۸-۲۰]. برای مثال Kirsch ضمن پژوهشی درباره نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای در رابطه بین تصویر بدن و اختلال‌های خوردن در سه مرحله قبل از ورود به دانشگاه، پایان‌ترم اول و پایان سال اول گزارش کرد که بین راهبرد مقابله مساله‌مدار با اختلال‌های خوردن در هر سه مرحله رابطه معنادار معکوس، بین راهبرد هیجان‌مدار با اختلال‌های خوردن در هر سه مرحله رابطه معنادار مستقیم و بین راهبرد اجتناب‌مدار با اختلال‌های خوردن در دو مرحله پایان‌ترم اول و پایان سال اول رابطه معنادار مستقیم وجود داشت، اما بین راهبرد اجتناب‌مدار با اختلال‌های خوردن در مرحله قبل از ورود به دانشگاه رابطه معناداری وجود نداشت [۱۸]. همچنین کجویی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سبک‌های مساله‌مدار هیجان‌مدار با اختلال خوردن دانشجویان رابطه مثبت و معنادار داشتند [۱۹]. در پژوهشی دیگر اصغری و همکاران گزارش کردند که سبک هیجان‌مدار با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی رابطه مثبت و معنادار و سبک مساله‌مدار با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی رابطه منفی و معنادار داشت [۲۰].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با اختلال خوردن، تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation) می‌باشد [۲۱]. تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به‌منظور تغییر یا تعدیل تجربه هیجانی، ابراز هیجانی و شدت و یا نوع تجارب هیجانی به کار می‌رود [۲۲]. مدل تنظیم شناختی هیجان یکی از مهمترین مدل‌های هیجان است که به کمک راهبردها و فرایندهای شناختی انجام می‌شود. فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجان‌های خود را تنظیم نمایند [۲۳]. تنظیم شناختی هیجان به تمامی راهبردهای شناختی اطلاق می‌شوند که نشانگر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و اتفاقات ناگوار می‌باشند [۲۴]. همچنین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا اطلاق می‌شود و به‌طور کلی این راهبردها به دو طبقه راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان تقسیم می‌شوند [۲۵]. راهبردهای مثبت، راهبردهای سازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند و منجر به بهبود عزت نفس، صلاحیت‌های اجتماعی و غیره می‌شوند که شامل پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه می‌باشند. در مقابل راهبردهای منفی، راهبردهای ناسازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند و منجر به استرس، افسردگی و سایر آسیب‌های روانی می‌شوند که شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیزپنداری می‌باشند [۲۶]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه معنادار بین تنظیم شناختی هیجان و اختلال خوردن می‌باشند [۲۱، ۲۷، ۲۸]. برای مثال Micanti و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که بین مشکلات تنظیم هیجان و اختلال خوردن رابطه معنادار مستقیم وجود داشت [۲۱]. MacVie ضمن پژوهشی درباره رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و علائم اختلال خوردن به این نتیجه رسیدند که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با علائم اختلال خوردن همبستگی منفی و راهبردهای منفی تنظیم هیجان با علائم اختلال خوردن همبستگی مثبت داشت [۲۷]. همچنین

به‌صورت سلسله مراتبی درجه‌بندی می‌کنند. به عبارت دیگر آنان افراد دارای تناسب اندام و جذاب را در بالا و افراد زشت و چاق را در پایین سلسله مراتب قرار می‌دهند [۴]. از دیدگاه روانشناختی اختلال خوردن در افرادی ایجاد می‌شود که از آشوب و عذاب درونی رنج می‌برند و دل‌مشغولی آنها مسائل جسمانی است و برای احساس آرامش به غذا رومی‌آورند [۵].

اختلال خوردن دارای خصوصیات بارزی از جمله مختل شدن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلال بارز در افکار خود نسبت به غذا و خود می‌باشد که معمول‌ترین آنها هزّه‌خواری، اختلال نشخوار، اختلال پرخوری، بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی می‌باشند [۶]. متغیرهای روانشناختی مثبت و منفی زیادی با اختلال‌های خوردن مرتبط هستند که یکی از آنها ناگویی هیجانی (Alexithymia) می‌باشد [۷]. ناگویی هیجانی نوعی نارسایی خلقی است که باعث ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود و این افراد در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آنها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است [۸]. ناگویی هیجانی دارای دو جنبه شناختی (به‌معنای ناتوانی در شناسایی، فهم و تفسیر احساسات) و عاطفی (به‌معنای ناتوانی در پاسخ‌دهی و ابراز احساسات) است [۹]. همچنین افراد مبتلا به ناگویی هیجانی تهییج‌های بدنی نابهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند [۱۰]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه معنادار مثبت بین ناگویی هیجانی و اختلال خوردن می‌باشد [۷، ۱۱-۱۳]. برای مثال Westwood و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که ناگویی هیجانی و اختلال‌های خوردن رابطه معنادار منفی داشتند [۱۱]. همچنین خدابخش و کیانی ضمن بررسی نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان در رابطه ناگویی خلقی با رفتارهای خوردن آشفته به این نتیجه رسیدند که بین مشکلات تنظیم هیجان، ناگویی خلقی و رفتارهای خوردن آشفته همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت [۱۲].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با اختلال خوردن، سبک‌های مقابله‌ای (Coping styles) می‌باشد [۱۴]. چگونگی واکنش نسبت به رویدادهای استرس‌زا اساساً به نحوه تفسیر و ارزیابی افراد از آن رویدادها بستگی دارد. افراد در همه سنین با استرس مواجه می‌شوند و با توجه به نامطلوب بودن آنها سعی در انجام فعالیت‌هایی با هدف کاهش استرس می‌کنند که به مجموعه روش‌ها و فعالیت‌ها مقابله گفته می‌شود [۱۵]. سبک‌های مقابله‌ای به‌عنوان کوشش‌های شناختی و رفتاری به منظور افزایش کنترل و اداره موقعیت‌های تنش‌زا، تطابق فرد با محیط و یا تلاش‌هایی برای پیشگیری از پیامدهای منفی شرایط استرس‌زا تعریف می‌شوند [۱۶]. به‌طور کلی سه سبک مقابله اصلی شامل سبک‌های مقابله مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار وجود دارد. سبک‌های مساله‌مدار راهبردهایی را دربرمی‌گیرند که در آنها فرد به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مساله، تغییر ساختار مساله از نظر شناختی، محاسبات و اولویت دادن به حل مساله می‌پردازد. سبک‌های هیجان‌مدار راهبردهایی را دربرمی‌گیرند که در آن فرد به جای حل مساله تلاش می‌کند تا احساسات ناخوشایند خویش را از طریق عصبانیت، ناراحتی، گریه کردن، عیب‌جویی، اشتغال ذهنی و غیره

خوردن، ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان را تکمیل کردند.

پرسشنامه اختلال خوردن، این پرسشنامه توسط Garner و همکاران ساخته شد. این ابزار دارای ۲۶ گویه که با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (۰=برای گزینه‌های هرگز، به ندرت و گاهی اوقات، ۱=اغلب اوقات، ۲=معمولاً و ۳=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها بدست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۸ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای اختلال خوردن بیشتر است. روایی سازه ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شد [۲۹]. همچنین شایقیان و وفایی پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند [۳۰]. در این مطالعه پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو: پرسشنامه ناگویی خلقی Toronto توسط Bagby و همکاران ساخته شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها بدست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای ناگویی خلقی بیشتر می‌باشد. روایی محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد [۳۱]. همچنین بشارت پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرد [۳۲]. در این مطالعه پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای، پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای توسط Endler & Parker ساخته شد. این ابزار دارای ۴۸ گویه و شامل سه بعد سبک مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار (هر سبک ۱۶ گویه) است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱=هرگز تا ۵=خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و نمره ابعاد با مجموع نمره گویه‌های آن بعد بدست می‌آید، لذا دامنه نمرات هر بعد بین ۱۶ تا ۸۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای بیشتر داشتن آن سبک می‌باشد. روایی صوری و روایی سازه ابزار تأیید و پایایی سبک‌های مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش شد [۱۴]. همچنین قریشی‌راد پایایی سبک‌های مذکور را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۳ و ۰/۵۵ گزارش کرد [۳۳]. در این مطالعه پایایی ابعاد سبک‌های مذکور با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط Garnefski و همکاران ساخته شد. این ابزار دارای ۳۶ گویه و شامل دو بعد راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (۲۰ گویه) و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (۱۶ گویه) است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱=تقریباً هرگز تا ۵=تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و نمره ابعاد با مجموع نمره گویه‌های آن بعد بدست می‌آید، لذا دامنه نمرات بعد راهبردهای مثبت بین ۲۰ تا ۱۰۰ و بعد راهبردهای منفی بین ۱۶ تا ۸۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای بیشتر داشتن آن راهبرد می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیلی عاملی تأیید و پایایی راهبردهای مثبت و منفی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش شد [۳۴]. همچنین شریفی باستان و همکاران پایایی ابعاد مذکور را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۵ گزارش

فیروزی ضمن پژوهشی گزارش کرد که سبک‌های دلبستگی ناپایمن، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی درباره تصویر بدن با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه مثبت و معنادار و دلبستگی ایمن و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه منفی و معنادار داشت [۲۸].

اختلال خوردن جزء اختلال‌های روان‌پزشکی است که ریشه در مسائل روانی، اجتماعی و فرهنگی دارد. از سوی دیگر اختلال خوردن سندرم‌هایی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای نامناسب خوردن هستند که می‌توانند منجر به تهدید زندگی از نظر پزشکی و تغذیه‌ای شوند. همچنین دانشجویان پرستاری در آینده‌ای نزدیک مسئول حفظ و ارتقای سلامت بیماران می‌باشند، پس ابتدا باید خود از سلامت جسمی و روانی مناسبی برخوردار باشند. زیرا تا زمانی که افراد دچار اختلال باشند، نمی‌توانند به نحو مناسبی وظایف خود را انجام دهند. در نتیجه بررسی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری که نقش مهمی در سلامت آنها دارد، اهمیت مضاعفی دارد. علاوه بر آن شناسایی عوامل مرتبط با اختلال خوردن، می‌تواند به طراحی برنامه‌هایی برای کاهش اختلال خوردن کمک شایانی کند. با توجه به اینکه ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان با اختلال خوردن مرتبط هستند و نتایج پژوهش‌ها در زمینه ارتباط سبک‌های مقابله‌ای با اختلال خوردن متناقض می‌باشند و پژوهش‌های اندکی در زمینه ارتباط تنظیم شناختی هیجان با اختلال خوردن انجام شده است، این پژوهش با هدف پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری بر اساس ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان انجام شد.

روش کار

طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. حجم جامعه پژوهش ۳۷۴ نفر (۵۲ مرد و ۳۲۲ زن) بود که بر اساس فرمول کوکران حجم نمونه ۱۹۰ نفر برآورد شد که در این پژوهش برای اطمینان از حجم نمونه، ۲۱۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بر اساس جنسیت (۲۹ مرد و ۱۸۱ زن) انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری پس از تهیه لیست دانشجویان پرستاری به تفکیک جنسیت، به همان نسبت دانشجویان مرد و زن با روش تصادفی انتخاب شدند. نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تصویب پایان‌نامه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و هماهنگی با معاون پژوهشی دانشگاه از وی اجازه پژوهش در دانشکده پرستاری و مامایی گرفته شد، سپس به دانشکده پرستاری و مامایی مراجعه و لیست دانشجویان پرستاری تهیه و از میان آنان ۲۱۰ نفر از هر دو جنس به روش تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند و در نهایت از نمونه‌ها خواسته شد ضمن امضای رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، پرسشنامه‌ها را مطالعه کرده و صادقانه به آنها پاسخ دهند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل بومی بودن، نداشتن مشروطی در ترم‌های گذشته، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم رخداد‌های تنش‌زا در چهار ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، عدم تمایل به همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت ناقص یا نامعتبر بود. برای جمع‌آوری داده‌ها دانشجویان پرستاری علاوه بر ویژگی‌های دموگرافیک، پرسشنامه‌های اختلال

و در سطح استنباطی از روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به‌شیوه گام‌به‌گام استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۱۰ دانشجوی پرستاری با میانگین سنی $21/09 \pm 0/93$ سال حضور داشتند که ویژگی‌های دموگرافیک آنان در **جدول ۱** ارائه شد.

کردند [۳۵]. در این مطالعه پایایی ابعاد مذکور با روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بدست آمد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، آزاد بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش، تحلیل داده‌ها به صورت کلی و اطلاع دادن نتیجه پژوهش به آنان بود. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS-21 در سطح معناداری $P < 0/05$ تحلیل شدند. برای این منظور در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک دانشجویان پرستاری به تفکیک وضعیت‌های جنسیت، تأهل و سال تحصیلی

طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت جنسیت		
مرد	۲۹	۱۳/۸۱٪
زن	۱۸۱	۸۶/۱۹٪
وضعیت تأهل		
متأهل	۳۵	۱۶/۶۷٪
مجرد	۱۷۵	۸۳/۳۳٪
وضعیت سال تحصیلی		
سال اول	۴۳	۲۰/۴۸٪
سال دوم	۵۹	۲۸/۱۰٪
سال سوم	۶۷	۳۱/۹۰٪
سال چهارم	۴۱	۱۹/۵۲٪

مقدار متغیرهای ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجان و اختلال خوردن در **جدول ۲** ارائه شد.

در **جدول ۱** ویژگی‌های دموگرافیک دانشجویان پرستاری بر اساس وضعیت‌های جنسیت، تأهل و سال تحصیلی قابل مشاهده است. شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، کمترین مقدار و بیشترین

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
ناگویی هیجانی	۴۴/۵۶۳	۶/۸۷۱	۲۷	۷۹
سبک مساله‌مدار	۵۲/۸۴۷	۸/۰۱۹	۲۸	۷۶
سبک هیجان‌مدار	۳۶/۶۶۵	۵/۱۷۰	۲۳	۶۵
سبک اجتناب‌مدار	۴۳/۴۹۲	۶/۷۵۱	۲۳	۷۱
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۶۷/۵۳۱	۹/۲۴۰	۲۸	۹۶
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۴۱/۶۰۷	۷/۲۱۳	۲۵	۷۴
اختلال خوردن	۳۹/۲۳۴	۶/۱۹۲	۳	۵۷

تنظیم شناختی هیجان و اختلال خوردن دانشجویان پرستاری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در **جدول ۳** ارائه شد.

در **جدول ۲** شاخص‌های توصیفی متغیرهای ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجان و اختلال خوردن قابل مشاهده است. برای بررسی رابطه متغیرهای ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای،

جدول ۳: ماتریس همبستگی ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجان و اختلال خوردن در دانشجویان پرستاری

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. ناگویی هیجانی	۱					
۲. سبک مساله‌مدار	۰/۴۷۱**	۱				
۳. سبک هیجان‌مدار	۰/۲۸۴**	۰/۰۹۷	۱			
۴. سبک اجتناب‌مدار	۰/۳۶۹**	۰/۲۱۵*	۰/۰۶۷	۱		
۵. راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۰/۴۲۵**	۰/۱۹۱*	۰/۱۱۶	۰/۱۵۲	۱	
۶. راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۰/۳۹۶**	۰/۱۱۴	۰/۱۶۳*	۰/۲۱۴**	۰/۳۶۰**	۱
۷. اختلال خوردن	۰/۱۷۳*	۰/۳۷۶**	۰/۱۳۲	۰/۱۹۸*	۰/۵۴۱**	۰/۴۶۵**

* $P < 0/05$, ** $P < 0/01$

تأیید شد. مقدار عامل تورم واریانس برابر با ۱/۲۳۴ بود که از ۱۰ فاصله زیادی داشت، بنابراین فرض هم‌خطی چندگانه رد شد. مقدار دوربین-واتسون برابر ۱/۸۱۳ بود که از ۰ و ۴ فاصله زیادی داشت، بنابراین فرض همبستگی باقی‌مانده‌ها نیز رد شد. بنابراین پیش‌فرض‌های استفاده از رگرسیون چندگانه وجود دارد. برای پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری بر اساس ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم شناختی هیجان از رگرسیون چندگانه به‌شیوه گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج آن در **جدول ۴** ارائه شد.

طبق نتایج **جدول ۳**، ناگویی هیجانی ($r = 0/173$)، سبک مقابله اجتناب‌مدار ($r = 0/198$) و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ($r = 0/465$) با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار مثبت و سبک مقابله مساله‌مدار ($r = -0/376$) و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ($r = -0/541$) با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار منفی داشتند ($P < 0/05$). رابطه سایر متغیرها در **جدول ۳** قابل مشاهده است. پیش از تحلیل داده‌ها با روش رگرسیون چندگانه، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد که نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود، لذا فرض نرمال بودن

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به‌شیوه گام‌به‌گام برای پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری

مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	تغییر R ²	تغییر F	df1	df2	معناداری
۱	راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۰/۵۴۱	۰/۲۹۲	۰/۲۹۲	۶۴/۷۰۱	۱	۲۰۸	۰/۰۰۱
۲	راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان	۰/۶۲۹	۰/۳۹۵	۰/۱۰۳	۱۵/۲۹۳	۱	۲۰۷	۰/۰۰۱
۳	راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و سبک مقابله مساله‌مدار	۰/۶۷۵	۰/۴۵۵	۰/۰۶۰	۱۱/۸۲۲	۱	۲۰۶	۰/۰۰۲

کیانی [۱۲] و خدابخش و کیانی [۱۳] همسو بود. برای مثال Pinna و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که ناگویی هیجانی با اختلال‌های خوردن رابطه معنادار مستقیم داشت [۷]. در پژوهشی دیگر خدابخش و کیانی گزارش کردند که ناگویی هیجان با رفتارهای اختلال خوردن همبستگی مثبت و معنادار داشت [۱۳]. در تبیین این یافته بر مبنای نظر Berthoz و همکاران [۲۹] می‌توان گفت افراد دارای ناگویی خلقی دارای مشکلاتی در تحمل کردن و تنظیم برانگیختگی‌های دارند. همچنین به لحاظ نظری وجود نقایصی در افراد دارای ناگویی خلقی در حوزه شناسایی و توصیف هیجان‌ها می‌تواند مانع کناره‌آوردن آن‌ها با حالت‌های عاطفی نامطلوبی باشد که تجربه می‌کنند. در نتیجه رفتارهای خوردن به‌عنوان کارکرد تنظیم عواطف به آنها کمک می‌کند. هیجان‌ها را به دلیل عدم آگاهی از هیجان‌ها ندارند و به همین دلیل با افزایش ناگویی خلقی میزان اختلال خوردن افزایش می‌یابد.

همچنین نتایج نشان داد که سبک مساله‌مدار با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار منفی و سبک هیجان‌مدار با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار مثبت داشتند، اما سبک اجتناب‌مدار با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معناداری نداشت که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Wonderlich-Tierney & VanderWal [۱۴]، Kirsch [۱۸]، کجویی و همکاران [۱۹] و اصغری و همکاران [۲۰] از جهاتی همسو و از جهاتی ناهمسو بود. برای مثال Kirsch ضمن پژوهشی گزارش کرد که بین راهبرد مقابله مساله‌مدار با اختلال‌های خوردن رابطه معنادار معکوس، بین راهبرد هیجان‌مدار با اختلال‌های خوردن رابطه معنادار مستقیم و بین راهبرد اجتناب‌مدار با اختلال‌های خوردن وجود داشت، اما بین راهبرد اجتناب‌مدار با اختلال‌های خوردن رابطه معناداری وجود نداشت [۱۸]. همچنین کجویی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سبک‌های مساله‌مدار و هیجان‌مدار با اختلال خوردن دانشجویان رابطه مثبت و معنادار داشتند [۱۹]. در پژوهشی دیگر اصغری و همکاران گزارش کردند که سبک هیجان‌مدار با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی رابطه مثبت و معنادار و سبک مساله‌مدار با بی‌اشتهایی و پراشتهایی

طبق نتایج **جدول ۴**، در مدل اول ابتدا متغیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان وارد معادله شد. ضریب همبستگی این متغیر با اختلال خوردن ۰/۵۴۱ است و این متغیر توانست ۲۹/۲ درصد از تغییرات اختلال خوردن دانشجویان پرستاری را پیش‌بینی کند ($r = 0/541$). در مدل دوم پس از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان وارد معادله و ضریب همبستگی این دو متغیر با اختلال خوردن ۰/۶۲۹ شد و توانستند ۳۹/۵ درصد از تغییرات اختلال خوردن دانشجویان پرستاری را پیش‌بینی کنند ($r = 0/629$). متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان توانست ۱۰/۳ درصد توانایی پیش‌بینی را افزایش دهد. در مدل سوم پس از راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان، متغیر سبک مقابله مساله‌مدار وارد معادله و ضریب همبستگی این سه متغیر با اختلال خوردن ۰/۶۷۵ شد و توانستند ۴۵/۵ درصد از تغییرات اختلال خوردن دانشجویان پرستاری را پیش‌بینی کنند ($r = 0/675$). متغیر سبک مقابله مساله‌مدار توانست ۶ درصد توانایی پیش‌بینی را افزایش دهد.

بحث

این پژوهش با هدف پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری بر اساس ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان انجام شد. یافته‌ها نشان داد ناگویی هیجانی، سبک مقابله اجتناب‌مدار و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار مثبت و سبک مقابله مساله‌مدار و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار منفی داشتند. همچنین متغیرهای راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و سبک مقابله مساله‌مدار به‌طور معناداری توانستند اختلال خوردن دانشجویان پرستاری را پیش‌بینی کنند که سهم راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بیشتر از سایر متغیرها بود. نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار مثبت داشتند که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Pinna و همکاران [۷]، Westwood و همکاران [۱۱]، خدابخش و

افزایش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میزان اختلال خوردن افزایش و بالطبع با افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان میزان اختلال خوردن کاهش می‌یابد.

علاوه بر آن نتایج نشان داد که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و سبک مقابله مساله‌مدار توانایی پیش‌بینی معنادار اختلال خوردن دانشجویان پرستاری را داشتند. در تبیین توانمند بودن راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و سبک مقابله مساله‌مدار در پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری می‌توان گفت افرادی که از راهبردهای سازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا استفاده می‌کنند و عزت نفس و صلاحیت‌های اجتماعی بالایی دارند (افراد دارای راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان)، یا افرادی که از راهبردهای ناسازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا استفاده نمی‌کنند و دچار استرس، افسردگی و سایر آسیب‌های روانی نیستند (افراد فاقد راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان) و یا افرادی که در مسائل و مشکلات به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مساله، تغییر ساختار مساله از نظر شناختی، محاسبات و اولویت دادن به حل مساله می‌پردازند (افراد دارای سبک مقابله مساله‌مدار) توانایی بیشتری برای حل مسائل و مشکلات دارند، کمتر دچار درماندگی هیجانی می‌شوند، کمتر دچار استرس، افسردگی و سایر آسیب‌های روانی می‌شوند، به خوبی بر شرایط استرس‌زا فائق می‌آیند، عزت نفس بالاتری دارند و از زندگی خود احساس رضایت بالاتری دارند که همه این عوامل باعث کاهش اختلال خوردن می‌شوند. در نتیجه متغیرهای راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و سبک مقابله مساله‌مدار توانایی پیش‌بینی معنادار اختلال خوردن دانشجویان پرستاری را دارند.

نخستین محدودیت پژوهش تعداد زیاد گویه‌های پرسشنامه‌ها بود که این امر ممکن است باعث خستگی آزمودنی‌ها و کاهش دقت آنها در هنگام تکمیل کردن پرسشنامه‌ها شود. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی بود که در چنین ابزارهایی ممکن است افراد خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. در این پژوهش برای کاهش مقدار خطا به آزمودنی‌ها فرصت کافی برای تکمیل کردن پرسشنامه‌ها داده شد و به آنان توضیح داده شد که گویه‌ها پاسخ صحیح و غلط ندارند و بهترین پاسخ، پاسخی است که گویای وضعیت واقعی آنها باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مصاحبه‌های ساختاریافته و یا نیمه‌ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. همچنین انجام این پژوهش در دانشجویان پرستاری و حتی پرستاران سایر شهرها و مقایسه نتایج آنها با نتایج این پژوهش و اقدام به طراحی برنامه‌هایی برای کاهش اختلال خوردن دانشجویان پرستاری می‌تواند پیشنهاد مناسبی باشد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج نشان داد ناگویی هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معناداری داشتند و فقط متغیرهای راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و سبک مقابله مساله‌مدار نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان

عصبی رابطه منفی و معنادار داشت [۲۰]. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر Eludoyin [۱۷] می‌توان گفت سبک مساله‌مدار راهبردهایی را دربرمی‌گیرد که در آنها فرد به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مساله، تغییر ساختار مساله از نظر شناختی، محاسبات و اولویت دادن به حل مساله می‌پردازد که این عوامل ابتدا باعث می‌شوند افراد در مقابله با رویدادهای تنش‌زا به‌طور موثری برخورد نمایند و در نهایت باعث می‌شوند با افزایش سبک مساله‌مدار میزان اختلال خوردن کاهش یابد. همچنین سبک هیجان‌مدار راهبردهایی را دربرمی‌گیرند که در آنها فرد به جای حل مساله تلاش می‌کند تا احساسات ناخوشایند خویش را از طریق عصبانیت، ناراحتی، گریه کردن، عیب‌جویی، اشتغال ذهنی و غیره کاهش دهد و سبک هیجان‌مدار معمولاً در کوتاه‌مدت مؤثر است، اما در بلندمدت غیرمؤثر می‌باشد، لذا این عوامل باعث می‌شوند که با افزایش سبک هیجان‌مدار تغییر معناداری در میزان اختلال خوردن وجود نیابد. علاوه بر آن سبک اجتناب‌مدار راهبردهایی را دربرمی‌گیرند که در آن فرد بیشتر به دنبال فرار یا اجتناب از موقعیت استرس‌زا می‌باشد و به رفتارهای ناهنجار از جمله خوردن روی می‌آورند که این عوامل باعث می‌شوند با افزایش سبک اجتناب‌مدار میزان اختلال خوردن افزایش یابد.

نتایج دیگر نشان داد که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار منفی و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با اختلال خوردن دانشجویان پرستاری رابطه معنادار مثبت داشتند که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Micanti و همکاران [۲۱]، MacVie [۲۷] و فیروزی [۲۸] همسو بود. برای مثال Micanti و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که بین مشکلات تنظیم هیجان و اختلال خوردن رابطه معنادار مستقیم وجود داشت [۲۱].

در پژوهشی دیگر فیروزی گزارش کرد که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه مثبت و معنادار و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه منفی و معنادار داشت [۲۸]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت همان‌طور که Diedrich و همکاران [۲۶] مطرح کردند راهبردهای مثبت، راهبردهای سازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند که منجر به بهبود عزت نفس، صلاحیت‌های اجتماعی و غیره می‌شوند، در مقابل راهبردهای منفی، راهبردهای ناسازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند که منجر به استرس، افسردگی، سایر آسیب‌های روانی و غیره می‌شوند. همچنین راهبردهای مثبت با شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد و راهبردهای منفی با شاخص‌های نشانه‌های بدنی، افسردگی و استرس رابطه مثبت دارد. بنابراین می‌توان انتظار داشت راهبردهای مثبت با اختلال خوردن رابطه منفی و راهبردهای منفی با اختلال خوردن رابطه مثبت داشته باشد. تبیین دیگر بر مبنای نظر Mennin & Farach [۳۶] اینکه استفاده از راهبردهای منفی با عدم مدیریت صحیح هیجان‌ها در برابر رویدادهای روزمره زندگی مرتبط هستند و باعث ایجاد نشانه‌ها یا بروز اختلال‌های درون نمود از قبیل افسردگی و اضطراب می‌شوند. به عبارت دیگر سوگیری در تعبیر و تفسیر رویدادهای محیط اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه‌های اشتباه درباره خود و محیط اجتماعی می‌شود که این امر ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را به دنبال دارد. در نتیجه با

سیاسگزاری

در پایان پژوهشگران از همه مسئولان و دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز که در انجام پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند. لازم به ذکر است که رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز تأیید شد و این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت دانشگاه مذکور می‌باشد که با کد ۹۶۳۶۳۴۶۳۸ تصویب شد.

تضاد منافع

برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Nicholls R, Perry L, Duffield C, Gallagher R, Pierce H. Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2017;73(5):1051-65. doi: 10.1111/jan.13185 pmid: 27732741
- Boisseau CL. Identification and management of eating disorders in gynecology: menstrual health as an underutilized screening tool. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(5):572-8. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.009 pmid: 27422054
- Goldschmidt AB, Wall MM, Choo TJ, Evans EW, Jelalian E, Larson N, et al. Fifteen-year Weight and Disordered Eating Patterns Among Community-based Adolescents. *Am J Prev Med*. 2018;54(1):e21-e9. doi: 10.1016/j.amepre.2017.09.005 pmid: 29132950
- Moessner M, Fassnacht DB, Bauer S. Online assessment of eating disorders: the clinical and research inventory for eating disorders (CR-EAT). *Ment Health Prev*. 2015;3(4):170-7. doi: 10.1016/j.mhp.2015.08.001
- Cook B, Leininger L. The ethics of exercise in eating disorders: Can an ethical principles approach guide the next generation of research and clinical practice? *J Sport Health Sci*. 2017;6(3):295-8. doi: 10.1016/j.jshs.2017.03.004 pmid: 30356587
- Cicmil N, Eli K. Body image among eating disorder patients with disabilities: a review of published case studies. *Body Image*. 2014;11(3):266-74. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.04.001 pmid: 24958662
- Pinna F, Sanna L, Carpiniello B. Alexithymia in eating disorders: therapeutic implications. *Psychol Res Behav Manag*. 2015;8:1-15. doi: 10.2147/PRBM.S52656 pmid: 25565909
- Serafini G, Gonda X, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, Engel-Yeger B. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl*. 2016;62:39-50. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.09.013 pmid: 27792883
- Loas G, Baelde O, Verrier A. Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):484-8. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.062 pmid: 25529260
- DiStefano RA, Koven NS. Dysfunctional emotion processing may explain visual memory deficits in alexithymia. *Pers Individ Differ*. 2012;52(5):611-5.
- Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchanturia K. Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res*. 2017;99:66-81. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007 pmid: 28712432
- Khodabakhsh MR, Kiani F. The mediator role of emotion regulation difficulties in relationship between alexithymia and disordered eating behaviors among students AllamehTabataba'i University, Iran. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;10(2):44-51.
- Khodabakhsh M, Kiani F. The role of depressive symptoms and alexithymia in predicting disordered eating behavior among female students. *J Commun Health*. 2014;8(3):27-36.
- Wonderlich-Tierney AL, Vander Wal JS. The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. *Eat Behav*. 2010;11(2):85-91. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.10.002 pmid: 20188291
- Thompson NJ, Fiorillo D, Rothbaum BO, Ressler KJ, Michopoulos V. Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *J Affect Disord*. 2018;225:153-9. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.049 pmid: 28837948
- Alcala-Herrera V, Marvan ML. Early menarche, depressive symptoms, and coping strategies. *J Adolesc*. 2014;37(6):905-13. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.06.007 pmid: 25019174
- Eludoyin OM. Assessment of daytime physiologic comfort, its perception and coping strategies among people in tertiary institutions in Nigeria. *Weather Climate Extr*. 2015;10(2):70-84.
- Kirsch AC. Examining the Moderating Role of Specific Coping Strategies on the Relationship between Body Image and Eating Disorders in College-Age Women. Chicago: Loyola University; 2014.
- Kachooei M, Ashtiani A, Allahyari A. The Role of coping styles and personality traits in eating-disordered behaviors. *Health Psychol*. 2015;4(13):62-73.
- Asghari F, Ghasemi Jobaneh R, Yousefi N, Saadat S, Rafiei Gazani F. Role of perceived stress and coping styles on the eating disorders of high school students of Rasht city in 2013. *Commun Health J*. 2014;8(2):28-38.
- Micanti F, Iasevoli F, Cucciniello C, Costabile R, Loiarro G, Pecoraro G, et al. The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eat Weight Disord*. 2017;22(1):105-15. doi: 10.1007/s40519-016-0275-7 pmid: 27068173
- Yousefi R, Asghari H, Toghyani E. Comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation in

- cardiac patients and normal individuals. *J Zanjan Univ Med Sci.* 2017;24(107):130-43.
23. Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Pers Individ Differ* 2010;48(4):408-13. doi: [10.1016/j.paid.2009.11.007](https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.007)
 24. Baseri LD, Bozorgi ZD. Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive emotion regulation and alexithymia of patients with type 2 diabetes. *Iran J Psychiat Nurs.* 2017;5(1):7-14. doi: [10.21859/ijpn-05012](https://doi.org/10.21859/ijpn-05012)
 25. Sakakibara R. Does cognitive appraisal moderate the effects of cognitive emotion regulation strategies? A short-term longitudinal study. *Pers Individ Differ* 2016(101):511-2. doi: [10.1016/j.paid.2016.05.284](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.284)
 26. Diedrich A, Hofmann SG, Cuijpers P, Berking M. Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behav Res Ther.* 2016;82:1-10. doi: [10.1016/j.brat.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.003) pmid: 27152671
 27. Mac Vie JD. The Association between Emotion Regulation Strategies and Symptoms of Binge Eating Disorder. California California Lutheran University; 2016.
 28. Firoozi A. Relationship between attachment styles, cognitive emotion regulation strategies, concerns about body image with eating disorder symptoms in students of Ahvaz Jundishapur University of medical sciences. Iran: Shahid Chamran University of Ahvaz; 2012.
 29. Berthoz S, Perdereau F, Godart N, Corcos M, Haviland MG. Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: levels and correspondence among three measures. *J Psychosom Res.* 2007;62(3):341-7. doi: [10.1016/j.jpsychores.2006.10.008](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.008) pmid: 17324685
 30. Shayeghian Z, Vafae M. The evaluation of psychometric properties of eating disorder inventory (EDI). *QJ Psychol Stud.* 2010;6(2):9-23.
 31. Aydin A. A comparison of the alexithymia, self-compassion and humour characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children. *Soc Behav Sci.* 2015;174:720-9. doi: [10.1016/j.sbspro.2015.01.607](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.607)
 32. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep.* 2007;101(1):209-20. doi: [10.2466/pr0.101.1.209-220](https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220) pmid: 17958129
 33. Ghoreyshi Rad F. Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. *J Behav Sci.* 2010;4(1):1-7.
 34. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Differ* 2001;30(8):1311-27. doi: [10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
 35. Sharifibastan F. The role of cognitive emotion regulation and positive and negative affect in resiliency of women with breast cancer. *Iran J Psychiatry Nurs.* 2016;4(2):38-49. doi: [10.21859/ijpn-04025](https://doi.org/10.21859/ijpn-04025)
 36. Mennin D, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clin Psychol Sci Pract.* 2007;14(4):329-52. doi: [10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x)