

پیش بینی تکانشوری بر اساس اختلال پر خوری عصبی و چاقی در دختران

فاطمه افروز^۱

^۱کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی تکانشوری بر اساس اختلال پر خوری عصبی و چاقی در دختران انجام شد. این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دختران دانش آموز متوسطه دوم ناحیه ۳ آموزش و پرورش کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ (به تعداد تقریبی ۱۱۸۰ نفر) بود. بر این اساس از میان دختران دانش آموز متوسطه دوم بر اساس فرمول کوکران ۲۹۰ نفر انتخاب شدند. روش انتخاب نمونه به صورت در دسترس بود. جمع آوری اطلاعات تئوری به صورت کتابخانه ای و داده های پژوهش به صورت میدانی و با استفاده از پرسشنامه های تکانشگری پاتون و همکاران (۱۹۹۵)، پرسشنامه نگرش به تغذیه گارنر و همکاران (۱۹۸۲) و شاخص توده بدنی بود. نتایج نشان داد پر خوری عصبی ۰/۱۶۷ و چاقی ۰/۱۵۱ از تغییرات تکانشگری را تبیین و پیش بینی می کنند. لذا می توان بیان نمود پر خوری عصبی و چاقی به عنوان اختلالاتی که با کنترل ضعیف بر رفتارهای مرتبط با غذا مشخص می شوند، می توانند با مکانیسم های مختلفی با تکانشگری مرتبط باشند.

واژه های کلیدی: پر خوری عصبی، چاقی، تکانشوری

مقدمه

اختلال خوردن به عنوان یک اختلال شایع روان شناختی دربرگیرنده مجموعه ای پیچیده و همگون از نشانه های جسمی و روان شناختی از جمله افکار ناکارآمد در مورد غذا، وزن و شکل بدن، رفتارهای مانند رژیم غذایی، پرخوری بیش از حد، روزه گرفتن، ورزش و فعالیت های جبرانی است که منجر به آشفتگی و آسیب های قابل ملاحظه ای در فرد می شود [۱].

اختلالات خوردن و چاقی به عنوان مسائل بهداشتی مهم در جوامع امروزی، به ویژه در میان نوجوانان، مطرح هستند [۲]. این مسائل، که اغلب با عوارض جسمی و روانی جدی همراه هستند، می توانند تأثیرات بلندمدتی بر سلامت و کیفیت زندگی افراد داشته باشند. در این میان، اختلال پرخوری عصبی^۱ و چاقی^۲ به عنوان دو مشکل شایع در بین دختران نوجوان، نیازمند توجه ویژه ای هستند. اختلال پرخوری عصبی با دوره های مکرر پرخوری و رفتارهای جبرانی نامناسب برای جلوگیری از افزایش وزن مشخص می شود [۳]. این دوره ها همراه با رفتارهای جبرانی برای اجتناب از افزایش وزن نیست، از این رو اکثر افراد مبتلا اضافه وزن یا چاقی دارند [۴ و ۵]. ۶۰ درصد یا بیشتر از افراد دارای اضافه وزن یا چاقی از پرخوری عصبی رنج می برند [۶]. پرخوری عصبی به عنوان تمایل به خوردن در پاسخ به حالات هیجانی منفی مانند خشم، ترس یا اضطراب تعریف شده است و پاسخی غیرمعمول به پریشانی است [۷]. همینطور کودکان چاق ۶ تا ۱۰ سال به شکل معناداری رفتار پرخوری عصبی را نشان می دهند [۸]. پژوهش ها حاکی از آن هستند که پرخوری عصبی، افزایش وزن در بزرگسالان را پیش بینی می کند [۹].

عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی فرهنگی مختلفی از جمله اثرپذیری پیش مرضی منفی، چاقی کودکی، دلوپسی های خانواده در مورد وزن و مشکل خوردن، مشکلات والدگری و تعارض خانوادگی، کمال گرایی، مشکلات سلوک، مصرف مواد، آسیب شناسی روانی والدین، سوء استفاده جنسی و جسمی [۵]، عاطفی منفی [۱۰]، کارکردهای اجرایی در ایجاد و تداوم پرخوری عصبی اثر دارند [۱۱].

از سوی دیگر، چاقی به تجمع بیش از حد چربی در بدن اطلاق می شود که می تواند منجر به مشکلات سلامتی متعددی از جمله بیماری های قلبی عروقی، دیابت نوع ۲ و برخی از انواع سرطان شود. چاقی شایع ترین مشکل تغذیه ای - بهداشتی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه محسوب می شود. شیوع چاقی در کودکان و نوجوانان در سال های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است [۱۲]. در واقع شیوع این دو اختلال در میان دختران نوجوان، نگرانی های جدی را در زمینه سلامت عمومی ایجاد کرده است.

تحقیقات اخیر نشان داده اند که اختلالات خوردن و چاقی نقش مهمی در شکل گیری و تداوم تکانشوری^۳ ایفا می کنند [۱۳]. به طور خاص، تکانشوری می تواند منجر به پرخوری های ناگهانی و رفتارهای جبرانی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی شود [۱۴]. افراد تکانشگر ممکن است در برابر وسوسه های غذایی مقاومت کمتری نشان داده و به رفتارهای پرخوری و انتخاب غذاهای ناسالم روی آورند که در نهایت منجر به چاقی می شود [۱۵]. تکانشگری به عنوان استعداد ابتلا به واکنش های سریع و برنامه ریزی نشده به محرک های درونی یا بیرونی بدون در نظر گرفتن پیامدهای منفی این واکنش ها برای خود فرد یا دیگران تعریف می شود [۱۶]. بنابراین افراد دارای برانگیختگی، ضعف درخور توجهی در یادگیری تداعی های مناسب بین پاداش و تنبیه دارند که برای انتخاب مناسب، از اهمیت بسیاری برخوردار است و تجلی فراوان این ویژگی ها، از جمله بازداري پاسخ و پاداش ناشی از تکانشگری، ارتباط قدرتمندی با پرخوری دارد [۱۷].

تکانشگری طیف گسترده ای از رفتارهایی است که روی آن فکر شده، به صورت رشدنیافته برای دستیابی به یک پاداش یا لذت بروز می کند، از خطر بالایی برخوردارند و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند [۱۸]. تکانشگری با برخی آسیب های روانی مثل رفتارهای ضداجتماعی، جرم و جنایت و پرخاشگری همراه است [۱۹].

^۱ Bulimia Nervosa

^۲ Obesity

^۳ Impulsivity

پژوهش های متعددی به بررسی ارتباط بین تکانشوری و اختلالات خوردن و چاقی پرداخته اند [۲۰ و ۲۱]. با این حال، اغلب این مطالعات به بررسی همبستگی بین این متغیرها پرداخته و نقش پیش بینی کنندگی تکانشوری در بروز اختلال پر خوری عصبی و چاقی را به طور کامل مورد بررسی قرار نداده اند. علاوه بر این، مطالعات اندکی به بررسی این ارتباط در میان دختران نوجوان پرداخته اند که با توجه به حساسیت این گروه سنی، انجام پژوهش های بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می رسد. با توجه به شکاف های موجود در پژوهش های پیشین، هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش پیش بینی کنندگی تکانشوری در بروز اختلال پر خوری عصبی و چاقی در میان دختران نوجوان است.

روش

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دختران دانش آموز متوسطه دوم ناحیه ۳ آموزش و پرورش کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ (به تعداد تقریبی ۱۱۸۰ نفر) بود. بر این اساس از میان دختران دانش آموز متوسطه دوم بر اساس فرمول کوکران ۲۹۰ نفر انتخاب شدند. روش انتخاب نمونه به صورت در دسترس بود. جمع آوری اطلاعات تئوری به صورت کتابخانه ای و داده های پژوهش به صورت میدانی و با استفاده از پرسشنامه های استاندارد به شرح ذیل بود.

پرسشنامه تکانشگری: پرسشنامه خود گزارشی تکانشگری توسط پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) تهیه شده است. این مقیاس شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره ای لیکرت بود که از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ نمره گذاری می گردد. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می گردد. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی ها و مقاومت ها در شرایط تصمیم سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان دهنده عمل بدون فکر و تامل می باشد و تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه ریزی، مبین بی توجهی به آینده نگری در رفتار و اعمال است. همچنین تمامی گویه ها دارای نمره گذاری مثبت می باشند. در پژوهش جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) که هنجاریابی این پرسشنامه را انجام داده اند تعداد گویه ها از ۳۰ گویه به ۲۵ گویه کاهش یافت و ۵ گویه به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ از پرسشنامه حذف شدند. مؤلفه ها و سؤالات مرتبط با آن شامل تکانشگری عدم برنامه ریزی (۱)، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۹ و ۲۵، تکانشگری حرکتی (۲، ۳، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۴) و تکانشگری شناختی (۴، ۶، ۱۵ و ۲۳) است. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه های تکانشگری عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۷، ۰/۷۰ و ۰/۸۱ به دست آمد و ضریب بازآزمایی نیز به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۴۹ و ۰/۷۷ حاصل شد [۲۲].

پرسشنامه نگرش به تغذیه: گارنر، اولستد، بوهر و گارفینکل (۱۹۸۲)، این پرسشنامه را در ۲۶ گویه به عنوان یک ابزار خودسنجی برای بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن تهیه کرده اند. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس رژیم لاغری، پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا و مهار دهانی می باشد. هر گویه در مقیاس شش درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود که برای گزینه همیشه (۳)، بیشتر اوقات (۲)، خیلی اوقات (۱) و برای سه گزینه باقیمانده گاهی اوقات، به ندرت و هرگز (۰) تعلق می گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۸ قرار می گیرد. نمره ۲۰ و بالاتر این آزمون احتمال وجود اختلال های خوردن را نشان می دهد. در پژوهش بابایی، خداپناهی و صدق پور (۱۳۸۶) به منظور رواسازی و بررسی اعتبار آن روی ۱۰۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه شهید بهشتی اجرا شد. نتایج نشان داد در تحلیل عاملی تأییدی سه عامل بیان شده تأیید شدند. اعتبار محتوایی فرم فارسی EAT-۲۶ مطلب و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است [۲۳]. گارنر، اولمستید، بوهر و گارفینکل^۴ (۱۹۸۲) نیز ضریب پایایی به روش همسانی درونی ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی ۰/۸۴ را گزارش نمودند. روایی همزمان نیز با به کارگیری مقیاس های معتبر اختلالات خوردن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۰ به دست آمده است [۲۴].

^۴ Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel

شاخص توده بدنی: این شاخص با تقسیم وزن (به کیلوگرم)، بر مجذور قد (به متر) محاسبه می شود. مطابق با سازمان بهداشت جهانی افراد با bmi ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ به عنوان افراد با وزن عادی محسوب می شوند. افراد با bmi بین ۲۵ تا ۲۹ افرادی که دارای اضافه وزن هستند در نظر گرفته می شوند و افرادی با bmi بالاتر از ۳۰ به عنوان افراد چاق محسوب می شوند. همچنین افرادی که bmi آن ها پایین تر از ۱۸/۵ است نیز به عنوان افراد لاغر شناخته می شوند.

یافته ها

بر طبق اطلاعات دموگرافیک، (۴۲/۱ درصد) دانش آموزان ۱۵ ساله، (۳۲/۴ درصد) ۱۶ ساله و (۲۵/۵ درصد) ۱۷ ساله بودند. پدر بیشتر دانش آموزان دارای مدرک لیسانس (۵۳/۱ درصد) و کمترینشان دیپلم (۱۲/۴ درصد) بودند. مادر بیشتر دانش آموزان دارای مدرک لیسانس (۴۵/۵ درصد) و کمترینشان زیر دیپلم (۶/۲ درصد) بود. (۶۹/۷ درصد) پدر دانش آموزان دارای شغل آزاد و (۳۰/۳ درصد) کارمند بودند و (۶۱ درصد) مادر دانش آموزان خانه دار و (۳۹ درصد) شاغل بودند. یافته های توصیفی نیز نشان داد که میانگین چاقی گروه نمونه ۲۸/۶۳ می باشد. از میان مؤلفه های پرخوری عصبی، رژیم غذایی دارای بالاترین میانگین (۱۹/۲۳) و مهار دهانی دارای پایین ترین میانگین (۹/۲۳) بود. از میان مؤلفه های تکانشگری نیز تکانشگری حرکتی دارای بالاترین میانگین (۲۴/۹۹) و تکانشگری شناختی دارای پایین ترین میانگین (۹/۴۴) بود. قبل از ارائه نتایج، ابتدا پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف، چولگی و کشیدگی بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها در متغیرهای تکانشگری، پرخوری و چاقی برقرار بوده است.

جدول ۱- آزمون کولموگروف اسمیرنوف، چولگی و کشیدگی مؤلفه های پژوهش

ابعاد	K-S	چولگی	کشیدگی
چاقی	۰/۱۶۹	۰/۷۵۲	۰/۸۴۹
عدم برنامه ریزی	۰/۱۶۵	۰/۹۳۴	۰/۱۰۵
تکانشوری حرکتی	۰/۱۳۸	۰/۷۵۲	۰/۸۴۹
تکانشوری شناختی	۰/۱۸۲	۰/۷۴۰	۰/۱۱۷
مجموع تکانشوری	۰/۱۶۹	۰/۴۲۷	۰/۸۳۳
رژیم غذایی	۰/۲۶۶	۰/۷۵۲	۰/۸۴۹
پر خوری	۰/۱۴۱	۰/۸۳۳	۰/۹۴۸
مهار دهانی	۰/۱۸۲	۰/۰۹۷	-۰/۲۵۳
مجموع پر خوری عصبی	۰/۱۲۱	-۰/۳۵۹	۰/۷۹۲

مطابق اطلاعات قابل مشاهده در جدول، چاقی، تکانشوری و پر خوری عصبی و مؤلفه های آنها از توزیع نرمال برخوردار می باشند. با توجه به یافته های موجود که نشان می دهد دارای توزیع نرمال هستند، برای تجزیه و تحلیل داده های مربوط به این متغیرها می توان از آزمون های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۲- مدل خلاصه رگرسیون

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده	انحراف استاندارد	دوربین واتسون
۰/۳۴۰	۰/۰۵۹	۰/۰۴۷	۱/۳۸	۱/۷۱

از آنجایی که مقدار p -value (۰/۳۴۰) و ضریب تعیین (۰/۰۵۹) و همچنین ضریب تعیین اصلاح شده (۰/۰۴۷) محاسبه شده است، به نظر می‌رسد که مدل رگرسیونی مناسب است. هر چه این مقادیر به ۱ نزدیک‌تر باشند، مدل بیانگر رابطه بیشتری بین متغیر وابسته و مستقل است. به بیان دیگر مدل رگرسیونی توانسته درصد بیشتری از تغییرات متغیر وابسته را تحت پوشش قرار داده یا بیان کند. در اینجا چاقی و پرخوری عصبی، ۴۷ درصد از تکانشگری را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند. آماره دوربین واتسون نیز ۱/۷۱ می‌باشد. اگر مقدار این آماره نزدیک به ۲ باشد، نشان از مستقل بودن باقی‌مانده‌ها خواهد داد. به این ترتیب شرط دیگری از شروط مربوط به رگرسیون برآورده شده است.

جدول ۳- تحلیل واریانس رابطه

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری
رگرسیون	۹/۵۷۸	۲	۴/۷۸۹	۰/۱۶۵	۰/۰۴۸
باقیمانده	۸۳۲۰/۵	۲۸۷	۲۸/۹۹۱		
مجموع	۸۳۳۰/۰	۲۸۹			

با توجه به بزرگ بودن F و p -value ۰/۰۴۸ در سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵، می‌توان گفت مدل رگرسیونی مناسب می‌باشد.

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون

متغیرهای پیش بین مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	آماره t	سطح معناداری
	B	S.E.			
(مقدار ثابت)	۵۷/۵۴۹	۳/۷۴۹		۱۵/۳۵۲	۰/۰۰۱
پر خوری عصبی	۱/۴۴۰	۱/۸۲	۰/۱۶۷	۱/۲۰۷	۰/۰۴۴
چاقی	۰/۵۸۳	۱/۲۱	۰/۱۵۱	۱/۲۷۲	۰/۰۳۶

در جدول فوق، ضریب رگرسیونی استاندارد شده (بتا) سهم نسبی پر خوری عصبی و چاقی در تبیین تغییرات تکانشگری را مشخص می‌نماید. یعنی هرچقدر مقدار ضریب بتای یک متغیر بیشتر باشد، نقش آن در پیش‌بینی تغییرات متغیر ملاک بیش تر است. در این بررسی پر خوری عصبی ۰/۱۶۷ و چاقی ۰/۱۵۱ از تغییرات تکانشگری را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد پر خوری عصبی ۰/۱۶۷ و چاقی ۰/۱۵۱ از تغییرات تکانشگری را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند. این نتایج با نتایج پژوهش‌های [۲۰ و ۲۵] همسو می‌باشد.

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که تکانشگری در اختلالات خوردن نقش مهمی ایفا می‌کند. پر خوری عصبی و چاقی به عنوان اختلالاتی که با کنترل ضعیف بر رفتارهای مرتبط با غذا مشخص می‌شوند، می‌توانند با مکانیسم‌های مختلفی با تکانشگری مرتبط باشند. یک فرضیه می‌تواند این باشد که تکانشگری در این اختلالات، منجر به انتخاب‌های غذایی نامناسب و مصرف بیش از حد غذا می‌شود. همچنین، تکانشگری می‌تواند منجر به عدم توانایی در کنترل پاسخ‌های احساسی (مانند استرس یا خستگی) به وسیله خوردن شود. این مکانیسم‌ها با نظریه‌های شناختی-رفتاری و نظریه‌های انگیزشی که به نقش پاداش و لذت در رفتارهای تکانشی می‌پردازند، همسو هستند.

مطالعات نشان می‌دهند که ممکن است چندین مکانیسم در ارتباط با تکانشگری و اختلالات خوردن وجود داشته باشد. این مکانیسم‌ها می‌توانند شامل اختلالات در تنظیم هیجانی، کنترل تکانه و سیستم پاداش مغزی باشند [۲۶]. یکی دیگر از این مکانیسم‌ها، نقش هورمون‌های مرتبط با تنظیم اشتها و لذت (مانند دوپامین) است. اختلال در تنظیم این هورمون‌ها در افراد مبتلا به پرخوری عصبی و چاقی می‌تواند منجر به افزایش تکانشگری و تمایل به مصرف غذا شود. همچنین، بروز تجربه‌های منفی و استرس در گذشته می‌تواند منجر به پاسخ‌های تکانشی در زمان مواجهه با شرایط مشابه شود. این تجربه‌ها می‌توانند به عنوان یک عامل خطر برای توسعه اختلالات خوردن و تکانشگری عمل کنند. درک دقیق این مکانیسم‌ها مستلزم پژوهش‌های آینده است.

به علاوه، عوامل روانشناختی و اجتماعی مانند اضطراب، افسردگی، و استرس نیز می‌توانند در پدیدار شدن تکانشگری و اختلالات خوردن نقش داشته باشند. به عنوان مثال، افراد مبتلا به اضطراب یا افسردگی ممکن است از غذا به عنوان مکانیسمی برای مقابله با این احساسات استفاده کنند. همچنین، عوامل اجتماعی مانند فرهنگ، خانواده و محیط اجتماعی نیز می‌توانند در شکل‌گیری رفتارهای تکانشی و اختلالات خوردن تاثیرگذار باشند.

از منظر عصب‌شناختی نیز، تکانشگری در اختلال پرخوری عصبی و چاقی ممکن است با ناهنجاری‌های ساختاری و عملکردی در مدارهای پیشانی-استریاتال مرتبط باشد. مطالعات تصویربرداری عصبی نشان می‌دهند که کاهش فعالیت در قشر اوربیتوفرونتال (OFC) و اختلال در مسیرهای دوپامینرژیک می‌تواند منجر به نقص در بازداری پاسخ و تصمیم‌گیری ناگهانی شود. این یافته‌ها از نظریه "اختلال در سیگنالینگ پاداش" حمایت می‌کنند که طبق آن، افراد مبتلا به پرخوری عصبی ممکن است دارای حساسیت بیش‌ازحد به نشانه‌های غذایی همراه با کاهش توانایی بازداری پاسخ باشند. همچنین، تحقیقات اخیر در زمینه اپی‌ژنتیک پیشنهاد می‌کنند که تعامل بین عوامل محیطی (مانند استرس مزمن) و بیان ژن‌های مرتبط با سیستم دوپامینرژیک ممکن است در افزایش آسیب‌پذیری فرد به رفتارهای تکانشی نقش داشته باشد [۲۷].

در سطح پردازش شناختی، افراد مبتلا به اختلالات خوردن اغلب نقائصی در عملکردهای اجرایی از جمله انعطاف‌پذیری شناختی و حافظه کاری نشان می‌دهند. مطالعات شناختی-عصبی نشان داده‌اند که این نقائص ممکن است به شکل‌گیری الگوهای تفکر سفت‌وسخت و پاسخ‌های خودکار به محرک‌های غذایی منجر شود [۲۸]. به‌ویژه، نظریه "بار شناختی" پیشنهاد می‌کند که تکانشگری در این جمعیت می‌تواند ناشی از فروپاشی سیستم‌های نظارتی تحت شرایط بار اضافی هیجانی یا شناختی باشد. از دیدگاه تکاملی، این پاسخ‌های تکانشی ممکن است بازمانده‌ای از مکانیسم‌های سازگاری باشد که در محیط‌های با منابع غذایی نامطمئن مفید بودند، اما در محیط کنونی که غذا به وفور در دسترس است، به رفتارهای ناسازگارانه منجر می‌شوند. این یافته‌ها اهمیت رویکردهای درمانی یکپارچه‌نگر را که هم تغییرات عصبی-زیستی و هم عوامل شناختی را مورد توجه قرار می‌دهند، برجسته می‌سازد [۲۹].

در حالی که این پژوهش ارتباط معناداری بین پرخوری عصبی، چاقی و تکانشگری را نشان می‌دهد، باید توجه داشت که مطالعات آینده با حجم نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های پژوهشی دقیق‌تر، می‌توانند ارتباط بین این متغیرها را با جزئیات بیشتری بررسی کنند. همچنین، بررسی مکانیسم‌های احتمالی، نقش عوامل روانشناختی و اجتماعی، و تاثیر متقابل این عوامل در ایجاد و پیشرفت این اختلالات، اهمیت دارد.

یافته‌های این پژوهش می‌توانند در توسعه برنامه‌های مداخله‌ای و درمانی برای اختلالات خوردن و چاقی مفید واقع شوند. درک نقش تکانشگری در این اختلالات، می‌تواند به متخصصان کمک کند تا راهبردهای مداخله‌ای هدفمندتری را برای کاهش تکانشگری و بهبود سلامت روان و جسمی این افراد طراحی کنند. همچنین، این یافته‌ها می‌توانند به عنوان راهنمایی برای پژوهش‌های آینده در زمینه اختلالات خوردن و چاقی مورد استفاده قرار گیرند.

منابع

۱. ضرابی، ش؛ طباطبایی نژاد، ف و لطیفی، ز (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۹(۲)، ۳۶۹-۳۸۰.
۲. Levine, M. P., & Smolak, L. (۲۰۱۶). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Routledge.
۳. American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (۵th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
۴. حسن زاده، م و منصوری، ا (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری در مردان مبتلا به اختلال پر خوری. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۰(۱)، ۸-۱.
۵. Hilbert A. Binge-eating disorder. *Psychiatr Clin North Am.* ۲۰۱۹؛ ۴۲(۱):۳۳-۴۳.
۶. Ling J, & Zahry NR. (۲۰۲۱). Relationships among perceived stress, emotional eating, and dietary intake in college students: Eating self-regulation as a mediator. *Appetite*, ۱۶۳، ۱۰۵۲۱۵
۷. نجار کاخکی، ا؛ کلهرنیا گل کار، م؛ نژاد محمد نامقی، ع؛ محمدی شیر محله، ف و ولی زاده، م (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی، *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰(۱): ۷۵-۸۹
۸. Ayine P, Selvaraju V, Venkatapoorana CMK, Bao Y, Gaillard P, Geetha T. (۲۰۲۱). Eating behaviors in relation to child weight status and maternal education. *Children*, ۱, ۱-۹
۹. Limbers CA, Larson M, Young D, Simmons S. (۲۰۲۰). The Emotional Eating Scale Adapted for Children and Adolescents (EES-C): development and preliminary validation of a short-form. *Eating Disorders*, ۳, ۲۱۳-۲۲۹.
۱۰. Schaefer LM, Smith KE, Anderson LM, Cao L, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ, Peterson CB, Wonderlich SA. The role of affect in the maintenance of binge-eating disorder: Evidence from an ecological momentary assessment study. *J Abnorm Psychol.* ۲۰۲۰؛ ۱۲۹(۴):۳۸۷-۹۶
۱۱. Cury M, Berberian A, Scarpato BS, Kerr-Gaffney J, Santos FH, Claudino AM. (۲۰۲۰). Scrutinizing domains of executive function in binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. *Front psychiatry*; ۱۱:۲۸۸.
۱۲. Lamb, K.M, (۲۰۲۱). Prevalence of High Body Mass Index in US Children and Adolescents, *JAMA*; ۳۰۳:۳
۱۳. Davis, C. (۲۰۱۹). Impulsivity and its relationship to eating disorders: A critical review. *Appetite*, 133, ۱-۱۱.
۱۴. Fischer, L., et al. (۲۰۲۰). The role of impulsivity in bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 28(۳), ۲۴۵-۲۶۰.
۱۵. Nederkoorn, C., et al. (۲۰۰۶). Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behaviour Research and Therapy*, 44(۷), ۱۰۱۱-۱۰۲۰.
۱۶. Khemiri, L., Brynte, C., Konstenius, M., Guterstam, J., Rosendahl, I., Franck, J., & Jayaram-Lindström, N. (۲۰۲۱). Self-rated impulsivity in healthy individuals, substance use disorder and ADHD: psychometric properties of the Swedish Barratt impulsiveness scale. *BioMed central psychiatry*, ۲۱(۱), ۱-۱۰
۱۷. Griffiths K, Aparicio L, Braund T, Yang J, Harvie G, Harris A, Hay P, Touyz S, Kohn M. Impulsivity and Its Relationship with Lisdexamfetamine Dimesylate Treatment in Binge Eating Disorder. *Frontiers in Psychology*. ۲۰۲۱؛ ۱۲ (۵), ۱-۱۱.

۱۸. حقی، ع (۱۴۰۲). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری و رفتارهای تکانشی کودکان استثنایی آموزش پذیر، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه ایوان کی
۱۹. Harvanko, A. M., Strickland, J. C., Slone, S. A., Shelton, B. J., & Reynolds, B. A. (۲۰۱۹). Dimensions of impulsive behavior: Predicting contingency management treatment outcomes for adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, ۹۰, ۳۳۴-۳۴۰.
۲۰. بزرگی، م و زربخش، م (۱۴۰۲). نقش میانجی سبک خوردن در رابطه بین افسردگی، اضطراب، استرس و تکانشگری با اختلال خوردن افراد چاق، فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۱۴(۵۲)، ۶۲-۷۶
۲۱. صالحیان، ک و کاشفی زاده، م (۱۴۰۳). مدل یابی ساختاری پرخوری افراطی بر اساس شفقت به خود و تکانشگری با میانجی گری تنظیم هیجان در دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی. فصلنامه سلامت روان کودک. ۱۱ (۴): ۳۴-۴۸
۲۲. جاوید، م؛ محمدی، ن و رحیمی، چ (۱۳۹۱). ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. فصلنامه روش ها و مدل های روانشناختی، ۲(۸)، ۲۳-۳۴
۲۳. بابایی، س؛ خداپناهی، م و صالح صدق پور، ب (۱۳۸۶). رواسازی و بررسی اعتبار آزمون بازخورد خوردن. مجله علوم رفتاری، ۱(۱)، ۶۱-۶۸.
۲۴. Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, & Garfinkel PE. (۱۹۸۲). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*; ۱۲: ۸۷۱-۸۷۸
۲۵. Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (۲۰۰۰). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders. Guilford Press
۲۶. Grant, J. E., & Potenza, M. N. (۲۰۰۹). Neurobiology of impulsivity. In J.E. Grant, & M.N. Potenza (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. Guilford Press
۲۷. Steward, T. (۲۰۱۸). Neural correlates of impulsivity in binge eating disorder. *Appetite*, ۱۲۰, ۳۴۳-۳۵۱.
۲۸. Wu, M. (۲۰۱۳). Executive functioning in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, ۴۶(۶), ۶۱۲-۶۱۶
۲۹. Brooks, S. J. (۲۰۱۱). The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology*, ۱۹۱(۳), ۳۹۱-۴۳۱