MEJDS. 2020; 10:168.

Published online 2020 Nov. **Research Article**

# Psychological Factors in Women With Binge Eating Disorder: A Qualitative Study

Ghadimi Nouran M[1], *Shafiabady A[2], Khodabakhshi Koolaee A[3], Asgari M[4]

**Author Address**
1. PhD Student of Counseling, Department of Education and Counselation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology & Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** Ashafiabady@yahoo.com

**Received:** 2020 March 14; **Accepted:** 2020 April 28

## Abstract

**Background & Objectives:** Binge Eating Disorder (BED) is among the most prevalent eating conditions in individuals. BED is the periodic and uncontrolled consumption of large amounts of food in a short period, followed by guilt, depression, or self–loathing. Individuals with BED also experience various psychological issues, including depression and anxiety. Recently, this disorder has become widespread in females. Women with BED are often dissatisfied with their body weight and shape; they experience body–based social anxiety, i.e., associated with a concern about weight and eating that plays an important role in predicting eating disorders. The present study aimed to investigate the nature of BED in women and identify its associated psychological factors.

**Methods:** This study was conducted using the qualitative research method of grounded theory. The statistical population consisted of women with BED who referred to the Specialty Nutrition Clinic of Shahid Beheshti University of Tehran City, Iran, in 2019. The inclusion criteria of the study included having 25 to 50 years of age; no acute physical or mental illness; no pregnancy or lactation; no weight loss diet, no type 2 diabetes, and no substance abuse. The necessary conditions and the absence of physical illness were confirmed by a general practitioner and related tests. Besides, the absence of acute mental disorders was assessed by diagnostic interviews by researchers. The study participants were selected by purposive sampling method in which the information was collected in the research field and analyzed outside; the researcher returned to the research field to collect further data. This zigzag process continued until the data categories were saturated. In total, 15 eligible volunteers were interviewed. Interviews were recorded and transcribed subsequently. The interviews were semi–structured and covered general questions, such as "in what conditions do you often overeat?", "how do you usually overeat?", and "how do you feel about your body appearance?". When necessary and for obtaining more details, exploratory questions, such as "can you explain more about this?" or "can you make your point clearer?" were probed. Each interview lasted 45–60 minutes. The collected data were analyzed using Straus and Corbin's continuous comparative analysis (1998). The conceptualization (open coding) was first performed in the analysis and axial coding was implemented to refine and differentiate the obtained categories (closest to the same meaning); finally, selective coding or the process of integrating categories into a template was performed. The validity and reliability of the research were assessed per Guba and Lincoln criteria (2000). The acceptance of the data was established by reviewing the manuscripts by the study participants, which led to a better understanding of their experiences by the researcher and increased the participants' confidence. Verifiability was verified by reviewing the text of the interviews, as well as agreement on the codes and classes extracted by the relevant experts and authors. Furthermore, the consistency of the findings was determined using the opinion of experts and re–reading the data. Transferability also enabled the better presentation of data and factors through interviews with different research participants.

**Results:** The study participants included 15 women with BED with an age range of 35 to 48 years, with degrees ranging from diploma to doctorate. From the 29 codes obtained in open coding, 8 categories of axial coding were extracted, including individual negative emotional causes; interpersonal negative emotional causes; extreme avoidance–compulsive behaviors; improper eating habits; inappropriate eating time; acquiring positive emotion, and causes of the lack of individual and interpersonal emotional aspects. Next, three factors, including negative emotion causes, inappropriate behavioral habits, and the lack of emotion were selected and extracted. Each component contained a specific sub–component in individual and interpersonal domains. Accordingly, all three factors fell in the personal domain and two negative emotional factors and the lack of emotion were also classified in the interpersonal domain.

**Conclusion:** The present research results suggested that the psychological factors of BED in women included (the main factors of) negative emotion, the lack of emotion, and inappropriate behavioral habits, i.e., correlated with each other. These characteristics were classified in the context of individual and interpersonal aspects. In addition to the impact of individual factors, interpersonal characteristics are essential and should be considered as systemic factors. The collected data can be used in developing different approaches for the treatment of BED.

**Keywords:** Binge eating disorder, Grounded theory, Psychological factors.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۶۸.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

# مطالعهٔ کیفی عوامل روان‌شناختی در اختلال پرخوری زنان

میترا قدیمی نوران[۱]، *عبدالله شفیع‌آبادی[۲]، آناهیتا خدابخشی کولایی[۳]، محمد عسگری[۴]

**توضیحات نویسندگان**

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه تربیت و مشاوره، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادتمام، گروه مشاوره، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران؛

۴. دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Ashafiabady@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۲۴ اسفند ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۹ اردیبهشت ۱۳۹۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال پرخوری یکی از اختلالات روان‌شناختی است که به‌دلیل مؤثربودن بر جنبه‌های مختلف زندگی و ارتباط با سایر مشکلات جسمی و روان‌شناختی، به‌ویژه در جامعهٔ زنان بسیار به آن توجه شده است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مطالعهٔ ماهیت اختلال پرخوری در زنان و شناسایی عوامل روان‌شناختی مؤثر در آن انجام شد.

**روش‌بررسی:** مطالعه با روش کیفی داده‌بنیاد انجام شد. جامعهٔ مشارکت‌کنندگان، زنان مبتلا به اختلال پرخوری بودند که به کلینیک تخصصی تغذیهٔ دانشکدهٔ شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. نمونه‌گیری براساس نمونه‌گیری نظری انجام پذیرفت. در این پژوهش در کل با ۱۵ داوطلب واجد شرایط مصاحبه شد. مصاحبه‌ها ضبط و سپس رونویسی شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها به‌روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم استراوس و کوربین (۱۹۹۸) صورت گرفت. برای اطمینان از صحت و اعتبار پژوهش از معیارهای معتبر گوبا و لینکلن (۲۰۰۰) استفاده شد.

**یافته‌ها:** از ۲۹ کد به‌دست‌آمده در کدگذاری باز، هشت مقولهٔ علل هیجانی منفی فردی، علل هیجانی منفی بین‌فردی، رفتارهای اجتنابی_اجباری افراطی، عادات خوردن نامناسب، زمان نامناسب خوردن، کسب هیجان مثبت، علل فقدان هیجان فردی و علل فقدان هیجان بین‌فردی در کدگذاری محوری، استخراج شد. از آن‌ها نیز سه عامل اصلی علل هیجانی منفی، عادات رفتاری نامناسب و فقدان هیجان، انتخاب و استخراج شد که هریک دربرگیرندهٔ زیرمقوله‌هایی در دو حوزهٔ فردی و بین‌فردی بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که عوامل روان‌شناختی مؤثر در اختلال پرخوری در زنان شامل عوامل اصلی هیجان منفی، عادت‌های رفتاری نامناسب و فقدان هیجان است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند در تدوین مدل‌های درمانی مؤثر در اختلال پرخوری مدنظر قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال پرخوری، نظریهٔ داده‌بنیاد، عوامل روان‌شناختی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]

## ۱ مقدمه

گسترش روزافزون چاقی، اضافه‌وزن و پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اقتصادی ناشی‌از آن موجب شده است که اختلالات پرخوری[1] به‌عنوان یکی از اختلالات بسیار مهم روانی مدنظر قرار گیرد (۱). در سال‌های اخیر، اختلال در نگرش‌ها و رفتارهای خوردن به‌طرز فزاینده‌ای در میان زنان جوان شایع شده است و خود از عواملی است که ارتباط تنگاتنگی با چاقی دارد (۲). نظریه‌های روان‌شناختی متعددی به‌منظور توضیح چگونگی ایجاد و تداوم اختلالات خوردن ارائه شده‌اند که نشان می‌دهند عوامل روان‌شناختی سهم بزرگی در ایجاد و تداوم این اختلال دارند (۳).

اختلال پرخوری از اختلالات رایج‌تر خوردن در افراد است. این اختلال، زیرشاخه‌ای از اختلالات خوردن است که به مصرف دوره‌ای و کنترل‌نشدهٔ مقادیر زیادی غذا در مدتی کوتاه اطلاق می‌شود و درپی آن، احساس گناه، افسردگی یا بیزاری از خود ظاهر می‌شود. فرد مبتلا به اختلال پرخوری، در زمان پرخوری به‌لحاظ جسمی احساس گرسنگی نمی‌کند و به‌دلیل احساس شرمندگی از میزان غذایی که می‌خورد، غذاخوردن را در تنهایی ترجیح می‌دهد (۴).

وجه اشتراک اختلال پرخوری با پرخوری عصبی[2] پرخوری‌های مکرر است؛ اما وجه تفاوت آن‌ها در این است که مبتلایان به اختلال پرخوری رفتارهای جبرانی مکرر مثل استفراغ، استفاده از مواد مسهل یا رژیم‌های غذایی فشرده ندارند. افراد مبتلا به پرخوری عصبی در فاصلهٔ بین دوره‌های پرخوری، رژیم غذایی سفت و سخت و طولانی می‌گیرند و هدفشان این است که وزن و شکل بدن خود را کنترل کنند؛ اما این رفتار در افراد مبتلا به اختلال پرخوری مشاهده نمی‌شود؛ هرچند ممکن است بارها برای گرفتن رژیم غذایی تلاش کرده باشند؛ به‌عبارت دیگر در اختلال پرخوری افراد دارای تفکری ناکارآمد و مخرب درمقابل کمال‌گرایی افراد در اختلال پراشتهایی عصبی هستند (۵).

به‌نظر می‌رسد، دختران نوجوان و زنان بزرگسال جوان بیش از سایر جمعیت‌ها تحت‌تأثیر عوامل اجتماعی و تأکید افراطی الگوهای تبلیغی‌ـ‌تجاری رسانه‌های مد و زیبایی قرار می‌گیرند (۶). در مطالعه‌ای با حجم نمونهٔ بزرگ در آمریکا، شیوع اختلال پرخوری در زنان ۳/۵درصد، در چین ۳/۵۸درصد، در ژاپن ۳/۳۲درصد، در آفریقا ۴/۴۵درصد و در کشورهای اروپایی، ۱ تا۴ درصد برآورد شد (۷). در بررسی شیوع اختلال پرخوری که بر زنان ایرانی انجام شد، روستایی و همکاران نرخ شیوع را ۶/۵درصد (۸) و نوبخت و دژکام ۶/۶درصد گزارش کردند (۹).

اگرچه اختلال پرخوری در افراد چاق تشخیص رایجی است، این اختلال فقط به افراد چاق محدود نمی‌شود. افراد چاق و مبتلا به اختلال پرخوری درمقایسه با افراد چاق و بدون اختلال پرخوری، به وزن و شکل بدن خود اهمیت بیشتری می‌دهند و میزان همایندی این اختلال با دیگر اختلالات روانی در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری به‌طرز چشمگیری بیشتر از افراد چاق فاقد اختلال پرخوری افراطی است (۱۰). اختلال پرخوری اغلب با یک اختلال روان‌شناختی[3] همراه است؛ به‌طوری‌که افراد مبتلا به اختلال پرخوری، مشکلات روان‌شناختی مختلفی ازجمله افسردگی و اضطراب را نیز تجربه می‌کنند. افرادی‌که رفتارهای خوردن مخرب دارند، احساس می‌کنند که پرخوری برای آن‌ها به‌مراتب آسان‌تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان و ناخوشایند است (۱۱).

عوامل متعددی می‌تواند فرد را درمعرض خطر ابتلا به این اختلال قرار دهد. از بین عواملی‌که تا به امروز تأثیر آن‌ها شناخته شده است، می‌توان به عوامل زیست‌شناختی و ژنتیک، اختلال‌های اضطرابی و خلقی، محیط نامناسب خانوادگی و فشارهای فرهنگی‌ـ‌اجتماعی، اشاره کرد (۴). براساس پژوهش صورت‌گرفته بر خانواده‌ها و دوقلوها، به‌نظر می‌رسد که اختلالات خوردن، بیماری‌های پیچیدهٔ ژنتیکی‌اند و نقش وراثت در ایجاد آن‌ها ۵۷ درصد برآورد شده است؛ بدین معنا‌که وراثت حداقل نیمی از آسیب‌پذیری دربرابر اختلال‌های خوردن را توجیه می‌کند (۱۲). علاوه بر این ناهنجاری‌های بیولوژیک مانند بی‌نظمی هورمونی یا جهش ژنتیکی ممکن است با خوردن اجباری و اعتیاد به مواد غذایی همراه باشند؛ مانند دیابت که به‌علت مختل‌شدن سوخت‌وساز در بدن، قندخون از حد طبیعی خود بیشتر می‌شود و علائمی به‌صورت پرخوری، پرنوشی و پرادراری ظاهر می‌شود یا کم‌کاری تیروئید که با کاهش متابولیسم در بدن، موجب پرخوری و اضافه‌وزن و دیگر اختلالات روان‌شناختی می‌شود (۱۳). خداپناه و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که سیستم پاداش مغزی افراد مبتلا به اختلال پرخوری با دیدن تصاویر غذا فعال می‌شود و باعث افزایش هیجان‌های مثبت می‌شود. براساس این پژوهش، غذا محرکی تسکین‌بخش و امیدوارکننده برای جبران هیجان‌های منفی محسوب می‌شود؛ لذا افراد مبتلا به اختلال پرخوری از رفتارهای پرخوری، برای تغییر و کنترل حالت‌های هیجانی منفی به‌جای سایر روش‌های کارآمد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (۱۴).

علل روان‌شناختی و خلقی، مهم‌ترین علت اختلال پرخوری‌اند که شامل پرخوری برای تنظیم هیجان یا تسکین فوری احساسات منفی می‌باشند. ازطرفی در جوامعی که اندام لاغر و ایده آل ارزشمند است، پرخوری می‌تواند منبع هیجان‌های منفی و اضطراب باشد. براساس پژوهش هاینوز و فرازتی، اکثر افراد مبتلا به اختلال پرخوری در تحمل هرگونه هیجان منفی مشکل دارند و برای تنظیم خلق خود، به پرخوری روی می‌آورند (۱۵).

طبق پژوهش ولف و همکاران، استرس و روحیهٔ منفی (افسردگی، عصبانیت، احساس گناه، سرزنش خود)، از پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال پرخوری هستند (۱۶). اضطراب و نگرانی‌های مربوط به اندام و افکار منفی در رابطه با چاقی و نداشتن کنترل در خوردن، منبع اصلی هدایت افراد به پرخوری است؛ به‌ویژه اضطراب اجتماعی اندام که پیش‌بینی‌کنندهٔ قوی در اختلال پرخوری می‌باشد (۱۷،۱۸).

از عوامل محیطی مرتبط با اختلال پرخوری می‌توان به تجارب زیان‌بار مانند مورد بی‌توجهی قرارگرفتن از جانب دیگران، سوءاستفادهٔ فیزیکی یا جنسی و تجارب مرتبط با غذا و وزن مانند رژیم‌گرفتن خانواده، چاقی

1. Binge eating disorder
2. Bulimia nervosa
3. Psychological disorder



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]

و اضافه‌وزن‌داشتن در ایام کودکی، نظرات انتقادی خانواده یا دیگران دربارهٔ سایز و شکل بدن یا نحوهٔ غذاخوردن فرد و فشارهای شغلی برای لاغربودن اشاره کرد (۱۹). از سوی دیگر تبلیغات رسانه‌ای عمومی، موجب تحمیل اندام ایده‌آل به ذهن افراد می‌شوند؛ به‌طوری‌که زنان جوان را برای رسیدن به اندام ایده‌آل، هدف قرار می‌دهند. قانعی و قاسمی در پژوهش خود نشان دادند که نارضایتی از اندام و تمایل به لاغری، با مشاهدهٔ بعضی فیلم‌ها و تبلیغات رسانه‌ای ارتباط قوی دارد (۲۰).

همان‌گونه که ذکر شد، فرایند ایجاد اختلال پرخوری، متأثر از جنبه‌های مختلف زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی است؛ لذا ضروری است، بررسی کیفی و دقیقی در بافت فرهنگی‌ـ اجتماعی صورت پذیرد تا علاوه‌بر ارزیابی عوامل روان‌شناختی فردی، نقش عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی مؤثر در شکل‌دهی و ایجاد اختلال پرخوری، شناسایی و تجزیه‌وتحلیل شود. تاکنون مطالعات گوناگونی به‌منظور بررسی عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال پرخوری انجام شده است که بیشتر به نقش عوامل روان‌شناختی فردی در ایجاد اختلال پرخوری پرداخته‌اند. باتوجه به تأثیر گستردهٔ این اختلال در ابعاد مختلف زندگی زنان، پژوهش حاضر با هدف ایجاد تصویری روشن از فرایند ایجاد اختلال پرخوری در زنان، در بافت فرهنگی‌ـ اجتماعی بومی ایران و شناسایی عوامل ایجادکنندهٔ آن، انجام شد.

## ۲ روش‌بررسی

در پژوهش حاضر برای شناخت عوامل اختلال پرخوری در زنان از روش کیفی نظریهٔ داده‌بنیاد[1] استفاده شد. در این روش تمامی تعاملات اجتماعی، ساختارها و فرایندهای پدیده، بررسی می‌شود. در نظریهٔ داده‌بنیاد، به‌جای آزمون روابط بین متغیرها، مقولات مربوط به‌هم و روابط بین آن‌ها کشف می‌شوند و به‌شکلی جدید به‌هم ربط داده می‌شوند؛ لذا در این روش با استفاده از گفته‌ها و تفاسیر افراد مشارکت‌کننده در پژوهش، عوامل ایجادکنندهٔ اختلال پرخوری در زنان، شناسایی و بررسی شد.

جامعهٔ مطالعه‌شده را تمامی زنان مراجعه‌کنندهٔ داوطلب به کلینیک تخصصی تغذیهٔ دانشکدهٔ شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران تشکیل دادند که پس از مصاحبه، واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل داشتن محدودهٔ سنی ۲۵تا۵۰ سال، نداشتن بیماری جسمی و روانی حاد، نداشتن بارداری یا دورهٔ شیردهی، نداشتن رژیم کاهش وزن، فاقد دیابت نوع دو و فقدان سوءمصرف مواد مخدر بود. احراز شرایط لازم و نداشتن بیماری جسمی توسط پزشک عمومی و آزمایش‌های مربوط تأیید شد و بررسی وجودنداشتن اختلالات روانی حاد نیز با مصاحبهٔ تشخیصی توسط پژوهشگران انجام پذیرفت. روش نمونه‌گیری به‌صورت داوطلبانه (نمونهٔ دردسترس) و برمبنای نمونه‌گیری نظری[2] بود؛ به این ترتیب که اطلاعات در میدان تحقیق جمع‌آوری شدند و در خارج از آن تحلیل شدند و محقق برای جمع‌آوری بیشتر اطلاعات مجدداً به میدان تحقیق بازگشت. این فرایند رفت و برگشت زیگزاگی ادامه داشت تا زمانی که مقوله‌ها و دسته‌بندی اطلاعات به اشباع رسید؛ یعنی دیگر، اطلاعات جدیدی منتقل نشد.

در این پژوهش درکل با ۱۵ داوطلب واجد شرایط مصاحبه شد و بعد از انجام پانزده مصاحبه اشباع نظری حاصل شد و نکتهٔ جدیدی هنگام تحلیل داده‌ها به‌دست نیامد. مصاحبه‌ها از نوع نیمه‌ساختاریافته و شامل سؤالات کلی مانند «اغلب در چه شرایطی پرخوری می‌کنید؟»، «معمولاً چگونه پرخوری می‌کنید؟» و«چه احساسی راجع به ظاهر اندامتان دارید؟» بود. در مواقع لزوم و برای دستیابی به جزئیات بیشتر از سؤال‌های کاوشگرانه مانند «می‌توانید در این باره بیشتر توضیح دهید؟» یا «می‌توانید منظورتان را واضح‌تر بیان کنید؟» استفاده شد. هر مصاحبه بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به طول انجامید.

قبل از شروع مصاحبه، دربارهٔ رعایت اصول اخلاقی پژوهش و محرمانه‌ماندن اطلاعات دریافتی در کل فرایند پژوهش، توضیحات لازم ارائه شد و رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش دریافت شد. در زمان انجام مصاحبه‌ها، صدای جلسات با اجازهٔ مراجع ضبط شد و سپس به‌صورت نوشتاری بررسی شد. گردآوری و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم استراوس و کوربین انجام شد (۲۱) و براساس متغیرهای مدنظر پژوهش و پرسش‌های مطرح‌شده در مصاحبه و اظهارات مراجعان، مفهوم‌سازی (کدگذاری باز) انجام گرفت؛ همچنین به‌منظور پالایش و تفکیک مقوله‌های به‌دست‌آمده (جملات نزدیک‌تر هم‌معنا به‌هم)، از کدگذاری محوری استفاده شد. درنهایت کدگذاری انتخابی یا فرایند یکپارچه‌سازی مقوله‌ها و ارتباط آن‌ها در راستای ایجاد یک الگو، انجام پذیرفت. برای اطمینان از صحت داده‌ها و اجرای تحقیق، معیارهای گوبا و لینکلن به‌کار رفت؛ بدین ترتیب که برای افزایش اعتبار داده‌ها از تحلیل هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و اجرای نمونه‌گیری نظری تا رسیدن به اشباع نظری، استفاده شد (۲۲). مقبولیت داده‌ها[3] با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان که سبب درک بهتر تجارب آنان توسط پژوهشگر و افزایش اعتماد شرکت‌کنندگان بود، به‌دست آمد. قابلیت تأیید، با بررسی متن مصاحبه‌ها، توافق در کدها و طبقات استخراج‌شده توسط کارشناسان مربوط و نویسندگان[4] تأیید شد و ثبات یافته‌ها نیز با استفاده از نظر کارشناسان[5] و مطالعهٔ مجدد داده‌ها مشخص شد؛ همچنین قابلیت انتقال، ازطریق مصاحبه با شرکت‌کنندگان متفاوت، ارائهٔ بهتر داده‌ها و عوامل را میسر کرد.

## ۳ یافته‌ها

شرکت‌کنندگان شامل ۱۵ زن مبتلا به اختلال پرخوری با دامنهٔ سنی ۳۵تا۴۸ سال بودند که تحصیلات آن‌ها در بازهٔ دیپلم تا دکتری قرار داشت. مشخصات آنان در جدول ۱ آمده است.

[1]. Grounded theory
[2]. Theoretical sampling
[3]. Credibility
[4]. Peer check
[5]. External check



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]

جدول ۱. مشخصات شرکت‌کنندگان

| شمارهٔ مراجع | سن | وضعیت تأهل | تحصیلات | شغل | تعداد فرزند |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | ۴۷ | متأهل | کارشناسی مامایی | خانه‌دار | ۲ |
| ۲ | ۴۱ | متأهل | کارشناسی ریاضی | خانه‌دار | ۱ |
| ۳ | ۳۵ | متأهل | کارشناسی ادبیات | کار پاره‌وقت | ۰ |
| ۴ | ۳۹ | متأهل | دیپلم | خانه‌دار | ۰ |
| ۵ | ۳۷ | متأهل | دیپلم | خانه‌دار | ۱ |
| ۶ | ۴۵ | متأهل | کارشناسی‌ارشد | کارمند | ۱ |
| ۷ | ۴۱ | متأهل | کارشناسی‌ارشد | کار پاره‌وقت | ۱ |
| ۸ | ۴۷ | مجرد | کارشناسی | بی‌کار | ۰ |
| ۹ | ۴۰ | متأهل | کارشناسی‌ارشد | کارمند | ۲ |
| ۱۰ | ۳۵ | متأهل | کارشناسی | کارمند | ۰ |
| ۱۱ | ۴۷ | متأهل | دیپلم | خانه‌دار | ۲ |
| ۱۲ | ۳۷ | مجرد | کارشناسی | کارمند | ۰ |
| ۱۳ | ۴۶ | متأهل | کارشناسی | مغازه‌دار | ۱ |
| ۱۴ | ۴۸ | متأهل | کارشناسی | کارمند | ۰ |
| ۱۵ | ۴۳ | متأهل | دکتری | کارمند | ۱ |

براساس تحلیل‌های صورت‌گرفته، پس از فرایند کدگذاری، از ۲۹ کد به‌دست‌آمده در کدگذاری باز، هشت مقوله در کدگذاری محوری استخراج شد و پس از آن سه مؤلفهٔ اصلی انتخاب و استخراج شد. در جدول ۲ کدهای استخراج‌شدهٔ باز، محوری و انتخابی آمده است.

همان‌طورکه در جدول کدگذاری مشاهده می‌شود، عوامل اختلال پرخوری به‌طورکلی در سه عامل اصلی هیجان‌های منفی، عادت‌های نامناسب رفتاری و فقدان هیجان، قرار می‌گیرد.

ـ علل هیجانی منفی: دربرگیرندهٔ هفت مؤلفهٔ فردی و سه مؤلفهٔ بین‌فردی است. این عوامل شامل تمامی احساسات و هیجان‌های منفی است که فرد می‌تواند دربارهٔ خود و خوردن داشته باشد. به‌عبارت دیگر زمان‌هایی که فرد استرس و اضطرابی را تجربه می‌کند، با پرخوری خصوصاً شیرینی‌جات، تلخی احساسات ناخوشایند خود را برطرف می‌کند. در این وضعیت، او نمی‌تواند نیاز جسمی را از نیاز ذهنی و روانی تشخیص دهد و زمانی اقدام به خوردن می‌کند که بدن نیاز جسمی ندارد؛ بلکه به‌لحاظ ذهنی نیازمند خوردن است. علاوه بر این، حس بد افراد به اندام خود و اضطراب ناشی‌از آن، خود عاملی دیگری است (اضطراب اجتماعی اندام). ترس از چاقی، خود مولد اضطرابی است که فرد برای برطرف‌کردن آن مجدداً اقدام به پرخوری می‌کند. در کنترل ذهنی خوردن، ذهن فرد به‌طور مداوم درگیر این است که چه مقدار غذا باید بخورد و غذایش چند کالری دارد که این کنترل مداوم، خود مولد ترس و استرس دیگری برای فرد است. از طرف دیگر، سرزنش خود عامل دیگری برای خوردن بیش‌ازاندازه است. به همان اندازه که سرزنش خود به‌دلیل اندام، ایجاد هیجان منفی و حس منفی دربارهٔ خود می‌کند، همان قدر باعث پرخوری و جبران هیجان منفی ازطریق خوردن می‌شود؛ به‌عنوان مثال در مؤلفهٔ اضطراب و استرس، شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۴ اظهار داشت که «استرس و اضطراب که می‌گیرم غذا زیاد می‌خورم و با خوردن آرامش پیدا می‌کنم» و در مؤلفهٔ اضطراب اجتماعی اندام، قضاوت دیگران دربارهٔ اندام آن‌ها، برایشان بسیار مهم و اضطراب‌زا بود. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱ بیان داشت که «حرف دیگران خیلی برام مهمه؛ خصوصاً راجع به چاقی و هیکلم.» مؤلفهٔ بین‌فردی شامل تمامی هیجان‌های منفی در رابطه با دیگران به‌خصوص اشخاص نزدیک به فرد می‌شود که پیوسته با آن‌ها در تعامل‌اند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲ اظهار داشت که «وقتی با کسی بحث می‌کنم بیشتر می‌خورم؛ انگار اجبار برای خوردنم بیشتر می‌شود.»

ـ عادات رفتاری نامناسب: در این عامل افراد دارای اضافه‌وزن فکر می‌کنند که با اجتناب از غذاخوردن در مدت طولانی می‌توانند به کم‌خوردن عادت کنند؛ درصورتی‌که هرچه زمان گرسنگی طولانی‌تر شود، حجم غذایی که در نهایت خورده می‌شود بیشتر خواهد شد. این کم‌خوری‌ـ پرخوری‌ها نشان‌دهندهٔ آن است که هر اجتنابی، اجباری برای خوردن به‌دنبال خواهد داشت و این سیکل مانند عادتی ادامه خواهد یافت. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۵ بیان داشت که «مدام رژیم می‌گیرم و بعد ول می‌کنم و فوق‌العاده زیاد می‌خورم. خیلی دکتر رفتم و رژیم گرفتم. وزنم میاد پایین. دوباره می‌خورم و وزنم می‌ره بالا.» یکی دیگر از عادت‌های نامناسب، سریع‌خوردن است و اغلب زمانی رخ می‌دهد که مدت طولانی فرد گرسنه مانده است و برای رسیدن هر چه زودتر به سیری و لذت آن، سعی می‌کند تندتر غذا بخورد؛ به‌عنوان مثال شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۵ اظهار داشت «خیلی تند غذا می‌خورم؛ انگار دنبالم کردن تا به خودم میام می‌بینم چقدر زیاد خوردم.» اغلب افرادی که پرخوری دارند، از سیربودن و گرسنه‌بودن خود آگاه نیستند. به این علت در زمان‌های نامناسب اقدام به خوردن می‌کنند؛ مثلاً زمانی که گرسنه نیستند، از روی نیاز ذهنی می‌خورند یا زمانی که گرسنه هستند، سعی می‌کنند خوردن خود را به تعویق بیندازند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۸ در این باره بیان داشت: «زمانی که گرسنه می‌شم، زیاد به گرسنگی‌ام اهمیت نمی‌دم و بعد از دو سه ساعت می‌ذارم حسابی گرسنه‌ام بشه و



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]

بعد می‌خورم» و شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۶ اظهار داشت: «زمانی که گرسنگی رو تجربه نمی‌کنم و مدام می‌خورم.» می‌خورم، انگار که شکمم سیر شده؛ اما چشمم سیر نشده. کلاً من

جدول ۲. کدهای حاصل از کدگذاری باز، محوری و گزینشی

| کدهای باز (مفاهیم) | کدهای محوری (زیرمقوله) | کدهای گزینشی (مقوله) |
|---|---|---|
| اضطراب و استرس<br>اضطراب اجتماعی اندام<br>احساس منفی به خود<br>سرزنش پرخوری خود<br>گفت‌وگوی ذهنی منفی<br>اشتغال ذهنی به چاقی<br>کنترل وسواس‌گونهٔ غذاخوردن | علل هیجانی منفی فردی | علل هیجانی منفی |
| اضطراب و استرس<br>مورد سرزنش دیگران قرارگرفتن<br>اضطراب جدایی | علل هیجانی منفی بین‌فردی | |
| رژیم (اجتناب)<br>رفتار اجباری (ورزش سخت) | رفتارهای اجتنابی‌ـ اجباری افراطی | |
| اجبار به خوردن تا حد سیری<br>سریع غذاخوردن | عادات خوردن نامناسب | |
| خودداری از خوردن در زمان گرسنگی<br>در زمان سیری خوردن<br>تحمل گرسنگی طولانی‌مدت<br>ولع‌داشتن همیشگی<br>لذت‌بردن از غذاخوردن | زمان نامناسب خوردن | عادات رفتاری نامناسب |
| هوس و اشتغال ذهنی زیاد به غذا<br>هوس و اشتغال ذهنی زیاد به شیرینی<br>لذت‌بردن از شیرینی‌خوردن | کسب هیجان مثبت | |
| انفعال و بی‌کاری<br>جبران انرژی پایین روانی<br>فقدان کار مورد علاقه<br>فقدان انگیزه و هیجان | علل فقدان هیجان فردی | فقدان هیجان |
| جایگزین لذت‌ها با لذت خوردن<br>ترجیح دیگران و نیازهایشان به خود<br>کسب محبت دیگران با همراهی در خوردن | علل فقدان هیجان بین‌فردی | |

ـ فقدان هیجان: جدا از افرادی که به‌علت اضطراب و استرس پرخوری می‌کنند، افرادی هستند که پیوسته دوست دارند شیرینی‌جات یا غذاهای مورد علاقهٔ خود را بخورند و به این ترتیب خلأ هیجانی خود را پر کنند. درواقع این افراد برای داشتن انرژی مثبت و خلق خوب یا پرکردن خلأ هیجانی خود، اقدام به پرخوری می‌کنند. این قبیل افراد دوست دارند تمام لذت‌های خود را از خوردن ببرند و تمام هیجان مثبت لازم خود را از پرخوری تأمین کنند. به عبارت دیگر به‌طور مرتب ولع دارند و عاشق غذا هستند و پیوسته از غذاخوردن هیجان مثبت می‌گیرند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۳ اظهار داشت که «دائم ولع خوردن دارم. می‌خورم و لذت می‌برم. مدام می‌خوام چیزی بخورم حالا هر چیزی.» برخی از شرکت‌کنندگان تا زمانی که کار مورد علاقهٔ خود را انجام می‌دادند، مشکل پرخوری نداشتند؛ به‌عنوان مثال شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۱ بیان داشت: «از زمانی که بیکار شدم، میلم به پختن غذاهای خوشمزه بیشتر شده است. قبل از ازدواج مشغول کار مورد علاقه‌ام بودم و رژیم هم اصلاً نمی‌گرفتم.» بعضی نیز حتی زمانی که خسته هستند و باید استراحت کنند تا حال خوبی پیدا کنند، با پرخوری سعی در رفع خستگی و انرژی کم روانی خود دارند. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۷ اظهار داشت که «وقتی خسته هم که هستم به‌جای خواب و استراحت



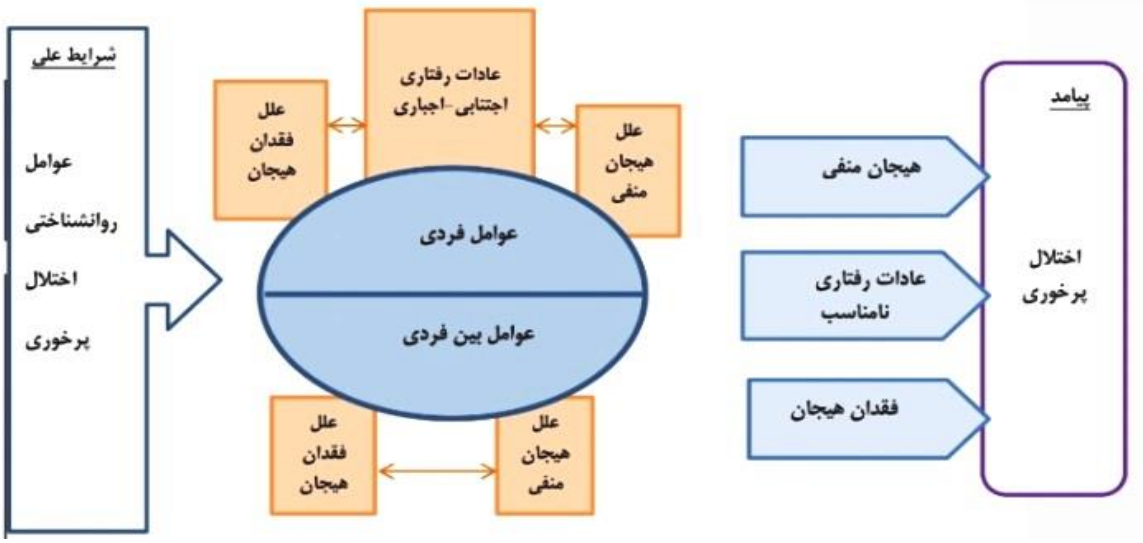
[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]

می‌خورم.»

دیاگرام شکل ۱ آمده است.

عوامل روان‌شناختی شناسایی‌شدهٔ مؤثر در اختلال پرخوری زنان در




شکل ۱. دیاگرام عوامل روان‌شناختی مؤثر در اختلال پرخوری

همان‌گونه که در دیاگرام ملاحظه می‌شود، عوامل روان‌شناختی مؤثر در اختلال پرخوری به‌طورکلی در دو حوزهٔ فردی و بین‌فردی قرار می‌گیرد؛ به‌طوری‌که هر سه عامل هیجان منفی، عادات نامناسب رفتاری و فقدان هیجان، در حوزهٔ فردی و دو عامل هیجان منفی و فقدان هیجان علاوه‌بر حوزهٔ فردی، در حوزهٔ بین‌فردی نیز قرار دارند.

## ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مطالعهٔ عوامل روان‌شناختی مؤثر در اختلال پرخوری زنان صورت گرفت. بررسی نتایج نشان داد، اختلال پرخوری در زنان به‌طورکلی مبتنی‌بر سه عامل اصلی هیجان منفی، عادات نامناسب رفتاری و فقدان هیجان است که هریک از این عوامل خود دارای زیرمقوله‌هایی هستند. اسمیت و همکاران در پژوهشی در زمینهٔ افراد دارای اختلال پرخوری نشان دادند که شاخص‌های مرکزی تمایل به کاهش وزن، احساس گناه درقبال خوردن، ارزیابی منفی بیش‌ازحد خود، بی‌قراری، عزت‌نفس ضعیف، کمبود انرژی و احساس شکست از عوامل افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال پرخوری هستند (۲۳). نریمانی و قاسمی‌نژاد نیز در پژوهشی دیگر نقش عوامل روان‌شناختی را در پیش‌بینی اختلال پرخوری بررسی کردند و نشان دادند که افسردگی، دردسترس‌بودن مواد غذایی و هیجان‌های منفی، سهم بیشتری در پیش‌بینی اختلال پرخوری دارند (۲۴). نتایج تحقیقات حاکی‌از آن بود که افراد مبتلا به پرخوری، اضطراب اجتماعی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند. در جوانان مبتلا به پرخوری، میزان اضطراب اجتماعی، بیشتر از افراد چاقی بود که اختلال پرخوری نداشتند (۱۷،۲۵)؛ بنابراین باید گفت یافتهٔ پژوهش حاضر با نتایج مطالعات اسمیت و همکاران (۲۳)، نریمانی و قاسمی‌نژاد (۲۴)، کر- گافنی و همکاران (۱۷) و اسپیتایگو و همکاران (۲۵) درخصوص اینکه هیجان‌های منفی یکی از عوامل اختلال پرخوری است، همسوست.

در تأیید عامل دوم اختلال پرخوری، استیک و شاو در مطالعه‌ای نشان دادند که محدودیت غذایی و احساس منفی به خود، بین نارضایتی از اندام و اختلال پرخوری نقش واسطه را بازی می‌کند (۲۶). درهمین راستا نتایج پژوهش ماسون و همکاران دربارهٔ رابطهٔ سه عامل هیجان منفی، رژیم غذایی و تکانشگری با اختلال پرخوری در زنان (۲۷) با یافتهٔ پژوهش حاضر همسوست.

برخی افراد در زمان بیکاری و بی‌حوصلگی می‌خورند. به‌نظر می‌رسد این افراد کمبود یا فقدان انگیزه یا هیجان خود را می‌خواهند از پرخوری بگیرند یا در اثر بیکاری، اشتغال فکری بیشتری به غذاها پیدا می‌کنند و مرتب با هوس‌کردن و پرخوری خلأ هیجانی خود را پر می‌کنند. کراکت و همکارانش با اجرای پژوهشی مبتنی‌بر تأثیر افسردگی، اضطراب، بی‌حوصلگی و هیجان مثبت بر اختلال پرخوری، نشان دادند که پرخوری ناشی‌از افسردگی، اضطراب، عصبانیت و بی‌حوصلگی (فقدان هیجان)، مرتبط با بهزیستی روانی‌کم و مشکلات تنظیم هیجان است؛ همچنین پرخوری ناشی‌از هیجان مثبت ارتباطی با نتایج منفی پرخوری ندارد و درواقع پرخوری در پاسخ به هیجان‌های منفی دارای ارتباط بیشتری با پیامدهای روان‌شناختی مشکل‌دار است (۲۸). مطالعات نشان دادند که ویژگی‌های بی‌حوصلگی و اختلال در تنظیم هیجان، پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال پرخوری است و پرخوری پاسخی به بی‌حوصلگی یا هیجان‌های منفی دیگر است؛ با وجود این، رابطهٔ بی‌حوصلگی با اختلال پرخوری درمقایسه با رابطهٔ اضطراب و افسردگی و عصبانیت با اختلال پرخوری، متفاوت است (۲۸،۲۹).

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کراکت و همکاران (۲۸) و برادن و همکاران (۲۹)، درخصوص تأثیر عامل فقدان هیجان بر اختلال پرخوری مطابقت دارد. نتایج پژوهش فرل و همکاران (۳۰) نیز با تأیید این یافته، تأثیر متفاوت عامل بی‌حوصلگی را بر اختلال پرخوری درمقایسه با عوامل اضطراب و افسردگی، نشان داد.

ازجمله عواملی که در پژوهش حاضر بررسی شد، تأثیر روابط مهم



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]

بین‌فردی بر اختلال پرخوری بود. این روابط شامل رابطه با همسر و فرزندان (برای متأهلان) و والدین (برای مجردان) یا به‌طورکلی افرادی است که با آن‌ها زندگی می‌کنیم. درواقع افراد را نمی‌توان به‌طور مجزا و بدون درنظرگرفتن عوامل سیستمی در نظر گرفت. وجود هیجان منفی و تنظیم‌نکردن آن و فقدان هیجان در روابط بین‌فردی، یکی از عوامل مؤثر بر پرخوری است. مطالعات بکر (۱۹) و لی و همکاران (۳۱) نیز در زمینهٔ تأثیر عوامل محیطی و خانوادگی بر ایجاد اختلال پرخوری، با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست. ازطرفی در مطالعه‌ای که به‌منظور رواسازی مقیاس پرخوری در اسپانیا انجام گرفت، پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی، دو عامل هیجانی و رفتاری مشخص شد که مؤید یافته‌های پژوهش حاضر است (۳۲).

از محدودیت‌های این پژوهش که موجب می‌شود تعمیم نتایج همراه با ملاحظه باشد، انجام پژوهش در جامعهٔ زنان است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در گروه مردان نیز پژوهشی اجرا شود و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، مجموعه عوامل روان‌شناختی که در ایجاد اختلال پرخوری در زنان مؤثرند، شامل سه طبقهٔ اصلی علل هیجانی منفی، عادت‌های رفتاری نامناسب و فقدان هیجان است که خود به‌نوعی دارای همبستگی متقابل با یکدیگر هستند. این عوامل در بافت عوامل فردی و بین‌فردی قرار دارند. علاوه‌بر تأثیر عوامل فردی، عوامل بین‌فردی بسیار حائز اهمیت است که باید به‌عنوان عوامل سیستمی مدنظر قرار گیرد. نتایج این پژوهش می‌تواند در تدوین رویکردهای مختلف به درمان اختلال پرخوری استفاده شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

از مدیرمسئول کلینیک تخصصی تغذیهٔ دانشکدهٔ شهید بهشتی و سایر کارکنان این مرکز که صمیمانه در اجرای پژوهش حاضر همکاری داشتند و نیز از شرکت‌کنندگان در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

دربارهٔ رعایت اصول اخلاقی پژوهش و محرمانه‌ماندن اطلاعات دریافتی در کل فرایند پژوهش، توضیحات لازم ارائه شد و رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش دریافت شد.

رضایت‌نامهٔ انتشار

غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش از این طریق در دسترس است:
https://onedrive.live.com/?authkey=%21AKvtLA3Ur3Uj4dQ&id=FDE0DE09BD72A50D%21156&cid=FDE0DE09BD72A50D

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی از مؤسسه یا نهادی انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول مقاله با کد ۱۰۱۲۱۶۰۲۹۷۲۰۲۳ است. نویسندهٔ دوم، استاد راهنما و نویسندهٔ سوم، استاد مشاور اول و نویسندهٔ چهارم، استاد مشاور دوم این پژوهش بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ نهایی مقاله را خواندند و تأیید کردند

## References

1. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. Int J Eat Disord. 1993;13(2):137–53.
2. Latzer Y, Tzischinsky O. Eating attitudes in a diverse sample of Israeli adolescent females: a comparison study. J Adolesc. 2005;28(3):317–23. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.12.004
3. Edwards L. Theoretical analysis of binge eating disorder through the perspectives of self psychology and cognitive theory/cognitive behavioral therapy, and an explanation of blending these perspectives [Thesis for Master]. [Northampton, UK]: Smith College;2013.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
5. Keel PK, Haedt-Matt AA, Hildebrandt B, Bodell LP, Wolfe BE, Jimerson DC. Satiation deficits and binge eating: Probing differences between bulimia nervosa and purging disorder using an ad lib test meal. Appetite. 2018;127:119–25. doi: 10.1016/j.appet.2018.04.009
6. McCarthy M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. Behav Res Ther. 1990;28(3):205–15. doi: 10.1016/0005-7967(90)90003-2
7. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2016;29(6):336–9. doi: 10.1097/YCO.0000000000000282
8. Roustaee R, Hajifaraji M, Dezhkam M, Houshiar-rad A, Mehrabi Y, Zowghi T. Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the City of Tehran, 2010. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2013;8(1):135–44. [Persian] http://nsft.sbmu.ac.ir/article-1-1242-fa.pdf
9. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders. 2000;28(3):265–71. doi: 10.1002/1098-108X(200011)28:3<265::AID-EAT3>3.0.CO;2-L



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]

10. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2015;49:125–34. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008
11. Starkman H. An integrative group treatment model for women with binge eating disorder: mind, body and self in connection. Clin Soc Work J. 2016;44(1):57–68. doi: 10.1007/s10615-015-0571-0
12. Javaras KN, Laird NM, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Pope Jr HG, Hudson JI. Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. Int J Eat Disord. 2008;41(2):174-9. doi: 10.1002/eat.20484
13. Khanlarzade F, Asgari K, Amini M. An investigation of the neuropsychological performance in patients with diabetes type2. Med J Mashhad Uni Med Sci. 2015;58(8):459–65. [Persian] doi: 10.22038/mjms.2015.5966
14. Khodapanah M, Sohrabi F, Ahadi H, Taghiloo S. The Mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between brain-behavioral systems with eating behavior in individuals with overweight and obesity. Journal of Research in Psychological Health. 2018;11(4) :55-73. http://rph.khu.ac.ir/article-1-3064-en.html
15. Haynos AF, Fruzzetti AE. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: evidence and treatment implications. Clinical Psychology: Science and Practice. 2011;18(3):183–202. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x
16. Wolff GE, Crosby RD, Roberts JA, Wittrock DA. Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college women. Addict Behav. 2000;25(2):205-16. doi: 10.1016/S0306-4603(99)00049-0
17. Kerr-Gaffney J, Harrison A, Tchanturia K. Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2018;48(15):2477–91. doi: 10.1017/S0033291718000752
18. Brosof LC, Levinson CA. Social appearance anxiety and dietary restraint as mediators between perfectionism and binge eating: A six month three wave longitudinal study. Appetite. 2017;108:335–42. doi: 10.1016/j.appet.2016.10.015
19. Becker AE. Culture and Eating Disorders. In: Bhugra D, Bhui K. Textbook of cultural psychiatry. Cambridge University Press; 2018. pp: 304–16.
20. Ghanee F, Ghasemi V. Investigating the phenomenon of obesity stigma among 15-44 year old women in Yazd. Journal of Applied Sociology. 2017;28(3):41-60. doi: 10.22108/JAS.2017.21439
21. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research techniques. Thousand Oaks, CA: Sage publications; 1998.
22. Lincoln Y, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging Confluences. In: Denzin NK, Lincoln, YS, editors. 2nd ed. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000. pp:1065-1122.
23. Smith KE, Mason TB, Crosby RD, Cao L, Leonard RC, Wetterneck CT, et al. A comparative network analysis of eating disorder psychopathology and co-occurring depression and anxiety symptoms before and after treatment. Psychol Med. 2019;49(2):314–24. doi: 10.1017/S0033291718000867
24. Narimani M, Ghasemi Nezhad MA. The role of psychological factors in predicting binge eating disorder. Journal of School Psychology. 2014;3(3):86–105. [Persian] http://jsp.uma.ac.ir/article_233_ab50c7d74b6577c17b29ead73e6eea15.pdf
25. Spettigue W, Obeid N, Santos A, Norris M, Hamati R, Hadjiyannakis S, et al. Binge eating and social anxiety in treatment-seeking adolescents with eating disorders or severe obesity. Eat Weight Disord. 2020;25(3):787–93. doi: 10.1007/s40519-019-00689-6
26. Stice E, Shaw H. Eating disorders: Insights from imaging and behavioral approaches to treatment. J Psychopharmacol. 2017;31(11):1485–95. doi: 10.1177/0269881117722999
27. Mason TB, Smith KE, Lavender JM, Lewis RJ. Independent and interactive associations of negative affect, restraint, and impulsivity in relation to binge eating among women. Appetite. 2018;121:147–53. doi: 10.1016/j.appet.2017.11.099
28. Crockett AC, Myhre SK, Rokke PD. Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. J Health Psychol. 2015;20(5):670–80. doi: 10.1177/1359105315573439
29. Braden A, Musher-Eizenman D, Watford T, Emley E. Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? Appetite. 2018;125:410–7. doi: 10.1016/j.appet.2018.02.022
30. Ferrell EL, Watford TS, Braden A. Emotion regulation difficulties and impaired working memory interact to predict boredom emotional eating. Appetite. 2020;144:104450. doi: 10.1016/j.appet.2019.104450
31. Lee AY, Reynolds KD, Stacy A, Niu Z, Xie B. Family functioning, moods, and binge eating among urban adolescents. J Behav Med. 2019;42(3):511-21.doi: 10.1007/s10865-018-9994-8
32. Escrivá-Martínez T, Galiana L, Rodríguez-Arias M, Baños RM. The binge eating scale: structural equation competitive models, invariance measurement between sexes, and relationships with food addiction, impulsivity, binge drinking, and Body Mass Index. Front Psychol. 2019;10:530. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00530

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.189.8 ]