

روابط ساختاری حساسیت اضطرابی، ناگویی هیجانی و کیفیت خواب با رفتارهای خوردن

میلاذ جعفرپوررضائی^۱
شکیبا حسن‌زاده نعلبندی^۲
تورج هاشمی نصرت‌آباد^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، روابط ساختاری حساسیت اضطرابی، ناگویی هیجانی و کیفیت خواب با رفتارهای خوردن بود. در راستای این هدف از جامعه دانشجویان دانشگاه تبریز تعداد ۲۴۰ نفر (۱۱۰ نفر مرد و ۱۳۰ نفر زن) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و با استفاده از شاخص حساسیت اضطرابی (ASI)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، پرسشنامه کیفیت خواب پیتربورگ (PSQI) و پرسشنامه تجدید نظرشده سه عاملی رفتار خوردن (TFEQ-R21) متغیرهای پژوهش اندازه‌گیری مورد بررسی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عاملی تاییدی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. ارزیابی مدل ساختاری با استفاده از شاخص‌های مجذور کای، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد، ریشه میانگین مربعات باقی مانده استانداردشده و شاخص برازش مقایسه‌ای انجام شد. یافته‌ها نشان از برازندگی مناسب مدل فرضی داشت. با تکیه بر این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که، کیفیت خواب می‌تواند نقش واسطه‌ای قابل توجهی بین حساسیت اضطرابی، ناگویی هیجانی و رفتارهای خوردن ایفا کند.

واژه‌های کلیدی: حساسیت اضطرابی، ناگویی هیجانی، کیفیت خواب، رفتارهای خوردن، مدل‌یابی معادلات ساختاری

مقدمه

چاقی یکی از مشکلات اصلی تهدیدکننده سلامتی و یک عامل خطر برای بسیاری از بیماری‌ها همچون دیابت، بیماری قلبی، کبد چرب، آپنه خواب^۴ و برخی سرطان‌ها بوده و عمده‌ترین بیماری سوخت و ساز در بسیاری از ملل است؛ و بطور مستقیم و غیر مستقیم با هزینه‌های قابل توجهی در ارتباط است (ریبل، مالون، کونر، خو و پورتر^۵، ۲۰۰۴). شیوع جهانی چاقی در دهه گذشته به شکل چشم‌گیری افزایش یافته است و یک نیاز فوری برای فهم بهتر رفتار خوردن در انسان‌ها و اینکه چاقی چگونه ممکن است درمان شود، وجود دارد. انواع مختلف رفتار خوردن شناسایی شده‌اند و شامل خوردن کنترل نشده^۶ (UE)، خوردن

^۱ نویسنده مسئول؛ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز؛ Email: milad.jr@gmail.com

^۲ دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه تبریز

^۳ استاد روانشناسی دانشگاه تبریز

^۴ sleep apnea

^۵ Raebel, Malone, Conner, Xu & Porter

^۶ uncontrolled eating

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

هیجانی^۱ (EE) و خویش‌داری در خوردن^۲ (RE) هستند (آرون^۳، ۲۰۰۲). با وجود این که در طی قرن گذشته، چاقی یک موضوع سلامت در بسیاری از کشورهای صنعتی بوده است، اما شیوع آن به حدی بوده که سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده همه‌گیری چاقی یک تهدید جهانی برای سلامت عمومی است. مبتنی بر گزارش بنینگ^۴ (۲۰۰۵) قریب به بیش از ۳۲۲ میلیون فرد چاق و بیش از یک میلیون مبتلا به اضافه وزن در سراسر دنیا وجود دارد که پیش‌بینی شده است چاقی در سال ۲۰۲۵ مشکل درجه یک سلامتی در کل جهان باشد (وایدا^۵، ۲۰۰۶).

شواهد اولیه حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی ممکن است به درک ما از خوردن ناسازگارانه کمک کند (هیرون، کواترومونی، ماسکوپ، اوتو^۶، ۲۰۱۴). بطور کلی، حساسیت اضطرابی به ترس از نشانه‌های مرتبط با اضطراب که به دلیل باور به اینکه برانگیختگی جسمی و اضطراب به خودی خود پیامدهای فاجعه آمیز دارد، تعریف می‌شود (مکنالی^۷، ۲۰۰۲) و یک سازه تفاوت‌های فردی است که در آن، فرد از نشانه‌های بدنی که با برانگیختگی اضطرابی (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه) مرتبط است، می‌ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی، و بدنی منجر می‌شود (دیکن، أبراموویتز، وودز و تولین^۸، ۲۰۰۳).

وقتی افراد آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کنند، بیشتر تمایل دارند احساسات کوتاه‌مدت را در اولویت قرار دهند و از پرداختن به اهداف بلندمدت خود می‌پرهیزند، و همان‌طور که حساسیت اضطرابی حالت‌های عاطفی منفی بالا را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین حساسیت اضطرابی ممکن است آستانه تحمل افراد را برای عاطفه منفی یا آشفتگی کاهش دهد. از جمله این که افراد در مواجهه با عاطفه منفی تمایل بیشتری به خوردن نشان می‌دهند (تایس، براتسلاوسکی و بومیستر^۹، ۲۰۱۸). حساسیت اضطرابی با رفتارهای خوردن ناسازگار مرتبط شده است که هم در مطالعه با اندازه‌گیری‌های خودگزارشی و هم در ارزیابی‌های عینی خوردن در بافتی که بطور آزمایشی عاطفه منفی القا شده است، مشاهده شده است (هیرون، اوتچیگ،

¹ emotional eating

² restrictive eating

³ Aronne

⁴ Banning

⁵ Vaidya

⁶ Hearon, Quatromoni, Mascoop & Otto

⁷ McNally

⁸ Deacon, Abramowitz, Woods & Tolin

⁹ Tice, Bratslavsky & Baumeister

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

اسمیتز، موشیر و اوتو^۱، ۲۰۱۳). علاوه‌براین، در بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خوردن می‌توان به ناگویی هیجانی نیز اشاره کرد. ناگویی هیجانی یک نقص شناختی - هیجانی بوده و به معنای فقدان واژه برای احساس و هیجان‌ها که شامل: ناتوانی در شناسایی و ابراز هیجان‌ها و احساسات، فقر تخیل، تمایل اهمیت دادن به مسائل عینی و اجتناب از مقابله با تعارضات و گزارش هیجان‌ها است (سیف‌نوز^۲، ۱۹۹۶).

پژوهش‌های تیلور، رایان و باگی^۳ (۱۹۸۵)؛ کوکران، بروورتن، ویلسون و گودجز^۴ (۱۹۹۳)؛ اشمید، جیونی و تریشور^۵ (۱۹۹۳) درگیری ناگویی هیجانی در اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی) را نشان می‌دهد. شواهد تجربی حاکی از رابطه بین ناگویی هیجانی و چاقی است (کلریسی، آلبونتی، پاپا، پنتاتی و اینورنیزی^۶، ۱۹۹۲). ناگویی هیجانی افراد چاق یا افراد مبتلا به اختلالات خوردن که ویژگی‌های آسیب روانی دارند مشهود است و همچنین در مردان و زنانی که خوردن هیجانی دارند و در زنانی که مبتلا به اختلال پرخوری گزارش شده است (لارسن، استرن، ایسینگا و انگلس^۷، ۲۰۰۶). با این حال شواهد حاکی از آن است که روابط مستقیم فقط به طور نسبی می‌تواند تبیین‌گر این رابطه باشد. در واقع، به نظر می‌رسد که الگوهای تعاملی پیچیده مبین این رابطه باشد و آن‌چه جای سوال و تردید دارد این است که آیا حساسیت اضطرابی و ناگویی هیجانی تأثیری مستقیم روی رفتارهای خوردن دارد یا این‌که سازوکار واسطه‌ای نیز وجود دارد؟

کیفیت خواب به صورت دوره‌ای از خواب نیرودهنده که نیازهای مرتبط با خواب افراد را تأمین کرده و به شخص اجازه انجام مناسب کارکردهای روزانه را می‌دهد، تعریف می‌شود و شامل: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب آور و اختلال عملکرد روزانه می‌شود (برگر، پاکر، یونگ مک کانگ و مالوری^۸، ۲۰۰۵). پژوهش‌های بابسون، ترینور و بوناسیا^۹ (۲۰۰۸) نشان داد که حساسیت اضطرابی بالا می‌تواند پیش‌بینی کننده کیفیت خواب مختل شود. همچنین هوگ، مارکیوز، وکسلر، لاسکی و دلونگ^{۱۰} (۲۰۱۱) دریافتند افراد با حساسیت

¹ Hearon, Utschig, Smits, Moshier, & Otto

² Sifneos

³ Taylor, Ryan & Bagby

⁴ Cochrane, Brewerton, Wilson & Hodges

⁵ Schmidt, Jiwany & Treasure

⁶ Clerici, Albonetti, Papa, Penati & Invernizzi

⁷ Larsen, Strien, Eisinga, & Engels

⁸ Berger, Parker, Young-McCaughan & Mallory

⁹ Babson, Trainor & Bunaciu

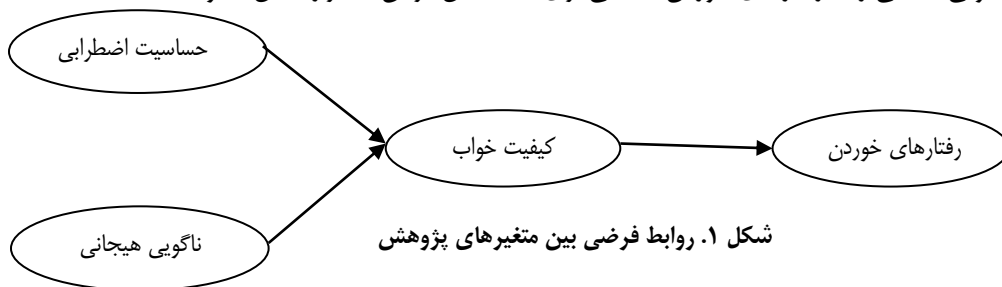
¹⁰ Hoge, Marques, Wechsler, Lasky & Delong

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

اضطرابی بالا بطور معناداری در به خواب رفتن مشکل دارند. در مجموع این مطالعات حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی بالا احتمال آسفتگی در خواب را بالا می‌برد.

تخریب در فرایندهای هیجانی مانند خیال و رؤیا و وقوع مکرر کابوس در اختلال استرس پس از حادثه و اختلال گسستگی سبب توجه تعدادی از پژوهشگران به رابطه بین ناگویی هیجانی با خواب و فرایند رؤیا شده است، بطوری که در دهه‌های اخیر توجه ویژه‌ای به نقش ناگویی هیجانی در فرایند خواب شده است. در مورد رابطه بین ناگویی هیجانی و خواب، دی‌گینارو^۱ (۲۰۰۳) دریافت که افراد دارای ناگویی هیجانی کیفیت خواب پایین و یادآوری رویای ضعیفی هستند. در یک پژوهش در فنلاند، مشاهده شده که ویژگی‌های ناگویی هیجانی با طولانی شدن مرحله نهفتگی خواب، بیدار شدن شبانه مکرر و بی‌خوابی عادی رابطه دارد (هایپ، لیند هولم، کرون هولم و له تینن^۲، ۱۹۹۰). در یک مطالعه روی مردان ژاپنی مشخص شده است که آزمودنی‌های دارای نمره ناگویی هیجانی بالا، خواب غیرترمیمی و خواب‌آلودگی روزانه بیشتری دارند (فوکونوشی، کاوامورا، آگو، یاماساکی، فوکوی و تاتمیچی^۳، ۱۹۹۷). با در نظر گرفتن پژوهش‌های صورت گرفته، در پژوهش حاضر نقش ویژه کیفیت خواب در این الگو تاکید شده است. عاملی که از یک سو با حساسیت اضطرابی و ناگویی هیجانی رابطه داشته و از سوی دیگر، طبق پژوهش‌های رستا، باربارو، بونفیتو، گیلیبرت و دپالو^۴ (۲۰۰۳)، راجرز، دینگز، علیسان، میسلین و مارتینو^۵ (۲۰۰۶) و بورت، دوب، تیبال، گرابر^۶ (۲۰۱۴) در ظهور رفتارهای خوردن ناسازگانه نیز نقش برجسته‌ای ایفا می‌کند. سوال پژوهش حاضر این است که آیا کیفیت خواب می‌تواند روابط حساسیت اضطرابی و ناگویی هیجانی را با رفتارهای خوردن میانجی‌گری کند؟ مدل فرض به قرار شکل ۱ بود.



¹ De Gennaro

² Hyypae, Lindholm, Kronholm, & Lehtinen

³ Fukunishi, Kawamura, Ago, Yamasaki, Fukui & Tatemichi

⁴ Resta, Barbaro, Bonfitto, Giliberti & Depalo

⁵ Rogers, Dinges, Allison, Maislin & Martino

⁶ Burt, Dube, Thibault & Gruber

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر با توجه به موضوع، اهداف و فرضیه‌های مورد نظر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. کل نمونه انتخاب شده در این پژوهش ۲۴۰ نفر (۱۱۰ نفر مرد و ۱۳۰ نفر زن) و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بود.

ابزارهای پژوهش

شاخص حساسیت اضطرابی (ASI)^۱: این شاخص، یک پرسشنامه ۱۶ گویه‌ای است و بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره صفر (خیلی کم) تا نمره ۴ (خیلی زیاد) می‌سنجد. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. ساختار این پرسشنامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه) ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، ثبات درونی بالا آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و توصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمده است (مشهدی، قاسم‌پور، اکبری، ایل‌بیگی و حسن‌زاده، ۱۳۹۲).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)^۲: این مقیاس، یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ گویه) دشواری در توصیف احساسات (۵ گویه) و جهت‌گیری بیرونی در تفکر (۸ گویه) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و باگی^۳، ۲۰۰۳). در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ را برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری بیرونی در تفکر به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شده که نشانه همسانی درونی خوب این مقیاس است (بشارت، ۲۰۰۸).

^۱ Anxiety Sensitivity Index

^۲ Toronto Alexithymia Scale-20

^۳ Parker, Taylor, & Bagby

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI)^۱: این پرسشنامه برای اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در افراد بزرگسال استفاده می‌شود و خواب مناسب را از نامناسب با ارزیابی ۷ ویژگی خواب افراد در طول یک ماه گذشته مشخص می‌سازد که این موارد عبارتند از: ۱- کیفیت ذهنی خواب، ۲- تأخیر در به خواب رفتن، ۳- مدت زمان خواب، ۴- میزان بازدهی خواب، ۵- اختلالات خواب، ۶- مصرف داروهای خواب‌آور، ۷- اختلال عملکرد روزانه. پرسشنامه پیتزبورگ دارای روایی ۰/۸۳ می‌باشد و در مطالعات متعددی که از آن استفاده شده است روایی و پایایی بالایی را نشان داده است (باکوس، جانگاس، بروکس، ریمان و هواگن^۲، ۲۰۰۲). در ایران این پرسشنامه از روایی ۸۶/۵ و پایایی ۸۹/۵ برخوردار است (حیدری، احتشام‌زاده، مرعشی، ۱۳۸۹).

پرسشنامه تجدید نظر شده سه عاملی رفتار خوردن (TFEQ-R21)^۳: این پرسشنامه یک ابزار ۲۱ سؤالی است که برای ارزیابی رفتارهای خوردن مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد که از سه زیرمقیاس تشکیل شده است: خویشتن‌داری در خوردن، خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده. همسانی درونی هر زیرمقیاس در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۵ براساس آلفای کرونباخ قرار می‌گیرد (کاپلاری، بوشمکین، گربر، لیدی و سکستون^۴، ۲۰۰۹).

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد استفاده در پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	مینیمم	ماکسیمم	چولگی	کشیدگی
حساسیت اضطرابی	۱۹/۹۳	۹/۳۴	۲	۵۰	۰/۴۱	-۰/۱۵
ناگویی هیجانی	۵۴/۱۵	۹/۷۹	۳۳	۸۴	۰/۲۸	-۰/۱۳
کیفیت خواب	۷/۳	۳/۹۷	۱	۲۱	۰/۸۴	-۰/۴۵
رفتارهای خوردن	۴۶/۱۴	۱۰/۹۶	۲۴	۷۶	۰/۱۰	-۰/۳۸

با توجه به اینکه مدل‌سازی معادلات ساختاری یک روش آماری مبتنی بر ماتریس واریانس-کوارینانس است، بنابراین داده‌های گمشده، داده‌های دور افتاده و وجود هم خطی چندگانه بین متغیرها این ماتریس را تحت تأثیر قرار داده و به تبع آن تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری متاثر می‌شود. از این رو،

¹ Pittsburgh Sleep Quality Index

² Backhaus, Junghanns, Broocks, Riemann & Hohagen

³ Three Factor Eating Questionnaire- Revised 21

⁴ Cappelleri, Bushmakin, Gerber, Leidy & Sexton

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

وارسی داده‌ها قبل از هر اقدامی برای انجام تحلیل نیاز است. در این پژوهش برای ارزیابی نرمال بودن تک متغیری، شاخص‌های چولگی و کشیدگی برای متغیرهای مشاهده‌پذیر استفاده شده است چولگی توزیع‌ها در دامنه و کشیدگی توزیع‌ها در دامنه قرار داشت (جدول ۱). چو و بنتلر^۱ (۱۹۹۵) نقطه برش ± 3 را برای مقدار چولگی مناسبی می‌دانند. همچنین با بهره‌گیری از نمودارهای تک متغیری و نمودارهای پراکندگی چندگانه دید بصری مناسبی از عدم وجود داده‌های پرت (که به صورت ۲ انحراف معیار دور از میانگین تعریف می‌شود) بدست آمد. همبستگی بین متغیرهای پژوهش نیز نشان داد که تمامی متغیرها به صورت معناداری با هم رابطه دارند (جدول ۲).

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای مکنون پژوهش

متغیرها	حساسیت اضطرابی	ناگویب هیجانی	کیفیت خواب	رفتاهای خوردن
حساسیت اضطرابی	۱			
ناگویب هیجانی	۰/۴۴ ^{**}	۱		
کیفیت خواب	۰/۳۵۴ ^{**}	۰/۴۳۵ ^{**}	۱	
رفتاهای خوردن	۰/۲۷۰ ^{**}	۰/۲۴۹ ^{**}	۰/۱۶۷ ^{**}	۱

^{**} $P < 0.01$

در پژوهش حاضر تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد دو مرحله‌ای (آندرسون و گرینگ^۲، ۱۹۸۸) صورت پذیرفت. در مرحله اول، تحلیل عامل تأییدی^۳ (CFA) برای ارزیابی برازش مدل اندازه‌گیری استفاده شد و در مرحله دوم با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، الگوی ساختاری فرضی مورد آزمون قرار گرفت. شاخص‌های برازش مدل ساختاری پژوهش با کاربرد مدل‌یابی معادلات ساختاری در جدول ۳ ارائه شده است. شاخص کای‌اسکویر برای ارزیابی برازش کلی مدل به کار رفت ولی این شاخص به شدت تحت تاثیر اندازه نمونه است؛ با توجه به این محدودیت معمولاً شاخص نسبت کای‌اسکویر به درجه آزادی نیز گزارش می‌شود که تاثیر مقدار نمونه را در شاخص کای‌اسکویر به حداقل می‌رساند (ریکاو و مارکولیدس^۴، ۲۰۰۰). تپاچنیک و فیدل^۵ (۲۰۰۷) مقدار بین ۱ تا ۲ را بهترین مقدار برای این شاخص مطرح کرده‌اند. در مدل ساختاری پژوهش، این مقدار برابر ۱/۸۴ بدست آمد که حاکی از برازش مناسب مدل است. ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۶ (RMSEA) جزو مهم‌ترین شاخص‌های

^۱ Chou & Bentler

^۲ Anderson & Gerbing

^۳ Confirmatory Factor Analysis

^۴ Raykov, Marcoulides

^۵ Tabachnik, Fidell

^۶ Root Mean Square Error of Approximation

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

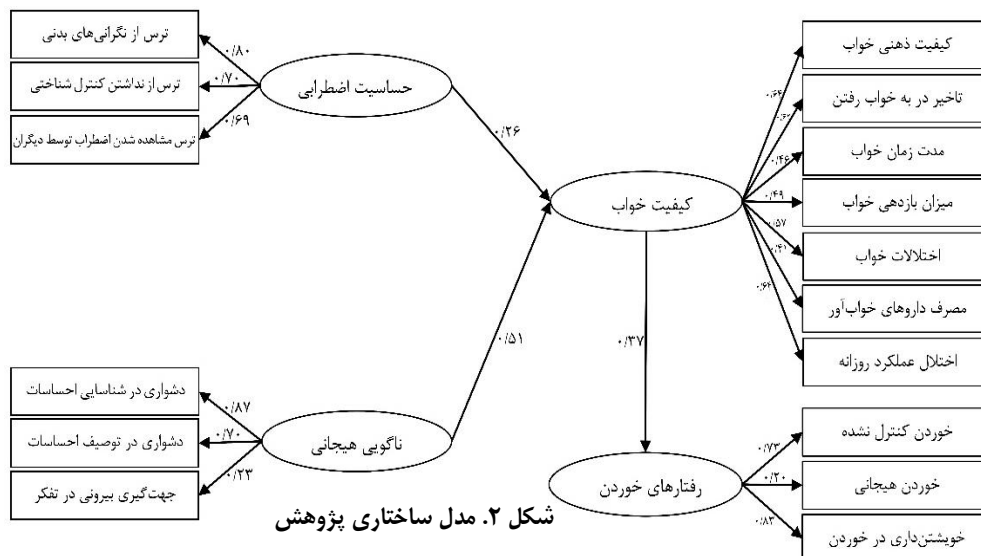
ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

برازش است که مقادیر زیر $0/08$ به عنوان دامنه پذیرش مناسب مدل در نظر گرفته می‌شود (هو و بنتلر^۱، ۱۹۹۹) که در این مدل برابر $0/06$ است. شاخص نیکویی برازش (GFI) که در مدل مذکور برابر $0/91$ است؛ جایگزین کای‌اسکویر است که به حجم نمونه بستگی ندارد و پژوهشگران برای آن، مقادیر بالای $0/90$ را پیشنهاد داده‌اند. از جمله شاخص‌های برازش نسبی که محاسبه شد شاخص برازش مقایسه‌ای بنتلر (CFI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI) که به ترتیب $0/94$ ، $0/94$ و $0/89$ است. برای هر کدام از شاخص‌های نسبی برازش دامنه ی پذیرش بالای $0/90$ و مقدار بالای $0/85$ برازش مدل مناسب را نشان می‌دهد (کلاین^۲، ۲۰۰۵).

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

NFI	IFI	CFI	GFI	RMSEA	Chi-Square	Df	Chi-Square
0/89	0/94	0/94	0/91	0/060	1/84	100	184/81

شکل ۲ مدل ساختاری را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود حساسیت اضطرابی و ناگویی هیجانی به عنوان متغیرهای برون‌زا که به ترتیب با ضرایب استاندارد $0/26$ و $0/51$ بر کیفیت خواب مختل شده تاثیر دارند. کیفیت خواب نیز با ضریب استاندارد $0/37$ بر رفتارهای خوردن اثر می‌گذارد.



¹ Hu, Bentler

² Kline

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری بین حساسیت اضطرابی، ناگویی هیجانی و کیفیت خواب با رفتارهای خوردن صورت پذیرفت؛ تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاکی از وجود رابطه معنادار بین متغیرهای مذکور بود؛ به نحوی که مدل فرضی روابط بین متغیرها مورد تایید قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب رابطه معناداری وجود دارد؛ این یافته با نتایج مطالعات هاگ^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، دیکسون، لی، گراتز و تول^۲ (۲۰۱۸)، لیرو، بابسون و بان-میلر^۳ (۲۰۱۴)، فاریس، ماتسکو، اوبلاکر، براون، پرایس و ابرانتس^۴ (۲۰۱۹)، بلویل و پاتنیک^۵ (۲۰۱۹) و وینر، الکینز، پینکاس و کومر^۶ (۲۰۱۵) همسو است.

وینر و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود به بررسی حساسیت اضطرابی و مشکلات خواب در افراد مبتلا به اضطراب پرداختند و نتیجه گرفتند که گرایش بیشتر به حساسیت اضطرابی به صورت معناداری قادر به پیش‌بینی طولانی شدن اولین دوره نهمتگی خواب^۷ در گروه نمونه است؛ طولانی شدن دوره نهمتگی خواب، به مدت زمان ماندن در رختخواب برای به خواب رفتن اطلاق می‌شود و در اختلالات دیگری مثل افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه نیز مشاهده می‌شود (هابرلند، هولمر، شئلز، اشپیل‌هالدر و گورزکا^۸، ۲۰۱۹). در پژوهشی دیگر نیز هاگ و همکاران (۲۰۱۱) و همچنین، بلویل و پاتنیک (۲۰۱۹) به بررسی نقش حساسیت اضطرابی و مشکلات خواب در اختلال پنیک پرداختند و نتیجه گرفتند که حساسیت اضطرابی با افزایش نهمتگی خواب و دیگر مشکلات خواب در افراد مبتلا به این اختلال رابطه معناداری دارد. دیکسون و همکاران (۲۰۱۸) و فاریس و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعات خود به بررسی نقش حساسیت اضطرابی و مشکلات خواب در افراد سیگاری و وابسته به مواد مخدر پرداختند و نتایج مشابهی را گزارش کردند.

با توجه به مطالعات ذکرشده، افزایش دوره نهمتگی خواب و یا مشکل در به خواب رفتن را می‌توان از جمله تاثیرات عمده حساسیت اضطرابی در مشکلات خواب در نظر گرفت؛ در تبیین این یافته از پژوهش

¹ Hoge

² Dixon, Lee, Gratz, & Tull

³ Leyro, Babson & Bonn-Miller

⁴ Farris, Matsko, Uebelacker, Brown, Price, & Abrantes

⁵ Belleville & Potočnik

⁶ Weiner, Elkins, Pincus & Comer

⁷ prolonged sleep latency

⁸ Haberland, Höllmer, Schulz, Spiegelhalder, & Gorzka

می‌توان به مدل شناختی اختلال بی‌خوابی^۱ استناد نمود؛ براساس این مدل افکار تکرارشونده^۲ (از جمله نگرانی^۳ و نشخوار فکری^۴) نقش تعیین‌کننده‌ای در مشکلات خواب و مخصوصاً مشکل به خواب رفتن دارند؛ مدل مذکور همچنین فرض می‌کند که افکار منفی مفرط نقش مهمی در ماندگاری و تثبیت مشکل بی‌خوابی نیز ایفا می‌کنند (هاروی^۵، ۲۰۰۲). همان‌گونه که ذکر شد، حساسیت اضطرابی به ترس ناشی از علائم اضطراب اطلاق می‌شود که به دلیل باور به اینکه برانگیختگی جسمی و اضطراب به خودی خود پیامدهای فاجعه‌آمیزی را به دنبال دارد، به‌وجود می‌آید. بنابراین مطابق با تعریف حساسیت اضطرابی و مدل شناختی بی‌خوابی می‌توان انتظار داشت که حساسیت اضطرابی با تاثیری که بر میزان توجه افراد به علائم و نشانه‌های اضطراب می‌گذارد، موجب افزایش فعالیت‌های شناختی، هیجانی و حتی فیزیکی در آن‌ها می‌شود و این امر نیز در مدت زمان نهمتگی و کاهش کیفیت خواب این افراد تداخل ایجاد می‌کند (بلویل و پاتنیک، ۲۰۱۹).

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که بین ناگویی‌هیجانی و کیفیت خواب نیز ارتباط معناداری وجود دارد؛ این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات حاجلو، علیزاده، شیرینی و هاشمی (۱۳۹۴)، مورفی، وولف، کتومر و بیرد^۶ (۲۰۱۸)، رحمان، گاملی و بیلو^۷ (۲۰۱۸)، گودین، مونتپلایزر، گاگنون و نیلسن^۸ (۲۰۱۳) و نیکولا^۹ و نیکولا^۹ و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. حاجلو و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود به بررسی رابطه بین افسردگی و ناگویی‌هیجانی با کیفیت خواب در دانشجویان پرداختند و نشان دادند که از بین متغیرهای پیش‌بین دو مؤلفه ناگویی‌هیجانی یعنی دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات قادر به پیش‌بینی کیفیت خواب در دانشجویان هستند. در پژوهشی دیگر، مورفی و همکاران (۲۰۱۸) به بررسی نقش ناگویی‌هیجانی، افسردگی و اضطراب در کاهش کیفیت خواب پرداختند و نشان دادند که ناگویی‌هیجانی به عنوان یک متغیر مستقل در بروز مشکلات خواب نقش معناداری ایفا می‌کند. رحمان، گاملی و بیلو (۲۰۱۸) در مطالعه خود به بررسی کیفیت خواب و تاثیر ناگویی‌هیجانی، عواطف منفی و کژکاری‌های ادراکی در افراد پارانوئید پرداختند. یکی از نتایج مطالعه مذکور این بود که بین اختلال پارانوئید و کیفیت خواب با میانجی‌گری متغیر ناگویی‌هیجانی رابطه وجود دارد. گودین و همکاران (۲۰۱۳)

¹ cognitive model of insomnia

² repetitive thought

³ worry

⁴ rumination

⁵ Harvey

⁶ Murphy, Wulff, Catmur & Bird

⁷ Rehman, Gumley & Biello

⁸ Godin, Montplaisir, Gagnon & Nielsen

⁹ Nikolaou

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

نیز در پژوهشی دیگر نقش ناگویی هیجانی در کابوس دیدن افراد مبتلا به اختلال رفتاری خواب حرکات سریع چشم (REM) نامشخص^۱ را مورد بررسی و تایید قرار دادند. در مجموع نتایج مطالعات مذکور نشان دهنده نقش ناگویی هیجانی در بروز مشکلات خواب می‌باشد؛ هرچند با وجود مطالعات انجام شده مکانیسم تاثیر ناگویی هیجانی بر مشکلات خواب مشخص نشده است ولی در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان به عواملی مثل برانگیختگی شبانه^۲ ناشی از ضعف در بیان کردن هیجان‌ها^۳ و افزایش خواب سبک (بورمن، پارکر و تیلور^۴، ۲۰۰۸) اشاره کرد.

یافته دیگر این پژوهش نیز این بود که کیفیت خواب با رفتارهای خوردن و چاقی رابطه معناداری دارد؛ این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات اکبری، میرزایی و عزیزی (۱۳۹۵)، کریستیسویک، استفان و اسپوریس^۵ (۲۰۱۸)، پاچیکو، میراندا، کولهو، مونتیرو، براگانکا و لوریرو^۶ (۲۰۱۷)، ترامپ، دانرز، گارسن و ورستر^۷ (۲۰۱۶) و پادیز- ویرا و افونسو^۸ (۲۰۱۶) همسو است؛ اکبری، میرزایی و عزیزی (۱۳۹۵) در پژوهش خود به بررسی ارتباط بین کمیت و کیفیت خواب و چاقی پرداختند؛ نتایج این مطالعه نشان داد که هم خواب کمتر از حد معمول و هم خواب بیشتر از حد معمول احتمال ابتلا به چاقی، کابوس دیدن و مصرف قرص‌های خواب آور را افزایش می‌دهد. در پژوهشی دیگر، کریستیسویک، استفان و اسپوریس (۲۰۱۸) به بررسی رابطه بین کمیت و کیفیت خواب با شاخص توده بدنی (BMI)^۹ در یک نمونه بزرگ از دانشجویان (۲۱۰۰ نفر) پرداختند و نتیجه گرفتند که هم خواب کم و هم خوابیدن بیش از اندازه با اضافه وزن و چاقی رابطه معناداری دارد. ترامپ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود به بررسی خواب، علائم اختلالات خوردن و عملکرد روزانه در تعداد ۵۷۴ بزرگسال با دامنه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال پرداختند و نشان دادند افرادی که نمرات بالاتری در اختلالات خوردن کسب می‌کنند، در مقیاس اختلالات خواب و عملکرد روزانه نیز نمرات نامطلوب‌تری بدست می‌آورند. همچنین پادیز- ویرا و افونسو (۲۰۱۶) در پژوهش خود مطالعات انجام شده بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۱۵ در زمینه مشکلات خواب در افراد مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی^{۱۰} را مورد بررسی قرار دادند و گزارش کردند که افراد مبتلا به این اختلال مشکلات زیادی در به خواب رفتن، خواب مختل شده، بیدار شدن زودهنگام و کاهش مدت زمان کلی خواب دارند.

¹ Idiopathic REM sleep behavior disorder

² nocturnal arousal

³ poor verbalization of emotions

⁴ Bauermann, Parker & Taylor

⁵ Krističević, Štefan & Sporiš

⁶ Pacheco, Miranda, Coelho, Monteiro, Bragança, & Loureiro

⁷ Tromp, Donners, Garssen, & Verster

⁸ Padez-Vieira & Afonso

⁹ Body Mass Index

¹⁰ anorexia nervosa

مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های ذکرشده، وجود رابطه بین مشکلات خواب و رفتارهای خوردن نیز مورد تایید قرار می‌گیرد؛ تبیین این یافته از پژوهش از چند منظر قابل بررسی است؛ براساس مطالعات انجام شده پیرامون خواب، مشخص شده است که خواب با امواج مغزی ضعیف یا کم بسامد (خواب عمیق) نقش مهمی در فرایند تجدید قوا و سوخت‌وساز انرژی بدن دارد؛ به نحوی که خواب کم می‌تواند با تاثیر بر تنظیم گلوکز بدن، نشانگرهای التهاب روده^۱ و هرمون‌های تنظیم اشتها، رفتارهای جست و جوی غذا را افزایش دهد، که این امر می‌تواند اضافه وزن و چاقی را به‌همراه داشته باشد (کیلیک، بانکز و لیو^۲، ۲۰۰۹؛ اسپیگل، تاسالی، لپرولت و ون‌کاتر^۳، ۲۰۰۹). مطالعات انجام شده همچنین نقش کژکاری سیستم عصبی خودمختار را در مشکلات خواب ازجمله کمیت خواب، خواب منقطع^۴، اختلال بی‌خوابی و کاهش کیفیت خواب نیز مورد بررسی و تایید قرار داده‌اند (جارین، مک‌گراس و پویریر^۵، ۲۰۱۵) که این مشکلات نیز به سهم خود در رفتارهای مرتبط با خوردن نقش ایفا می‌کنند. بنابراین رابطه بدست آمده بین کیفیت خواب و رفتارهای خوردن و چاقی نیز از این منظر قابل تبیین خواهد بود.

درمجموع هرچند بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که متغیرهای حساسیت اضطرابی (اسپل-هوین، موراتور، ویرزی، بروکز و زندبرگ^۶، ۲۰۱۹) و ناگویی‌هیجانی (وستوود، کر-گافنی، استاهل و تیچانتوریا^۷، ۲۰۱۷) به صورت مستقیم نیز در اختلالات خوردن نقش دارند ولی مبتنی بر نتایج پژوهش حاضر و همچنین مطالعات ذکر شده می‌توان گفت مدل فرضی مطرح شده در پژوهش حاضر مورد تایید قرار می‌گیرد؛ براساس این مدل دو متغیر حساسیت اضطرابی و ناگویی‌هیجانی می‌توانند کیفیت خواب در افراد را تحت الشعاع خود قرار دهند و کیفیت خواب نیز به عنوان یک متغیر میانجی رفتارهای خوردن و چاقی را تحت تاثیر خود قرار دهد. اصلی‌ترین محدودیت پژوهش حاضر این بود که نوع تحقیق و مقطعی بودن اجرای آن، مانع از استنتاج روابط علی- معلولی و شفافیت توالی زمانی بین متغیرهای پژوهش می‌شد؛ در همین راستا، انجام مطالعات آزمایشی و طولی در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران از زحمات یکایک عزیزان شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

¹ inflammatory markers

² Killick, Banks & Liu

³ Spiegel, Tasali, Leproult, & Van Cauter

⁴ sleep fragmentation

⁵ Jarrin, McGrath & Poirier

⁶ Espel-Huynh, Muratore, Virzi, Brooks, & Zandberg

⁷ Westwood, Kerr-Gaffney, Stahl & Tchanturia

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

منابع

- اکبری، زهرا؛ میرزایی، مسعود و عزیززی، ریحانه (۱۳۹۵). کمیت و کیفیت خواب و ارتباط آن با چاقی. *مجله علوم پزشکی مازندران*، ۲۶ (۱۳۷)، ۱۳۶-۱۲۸.
- حاجلو، نادر؛ علیزاده گورادل، جابر؛ شیری، اسماعیل و هاشمی، جواد (۱۳۹۴). بررسی ارتباط افسردگی و الکسی تامیا با کیفیت خواب. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۶ (۴)، ۳۵۱-۳۴۴.
- حیدری، علیرضا؛ احتشام زاده، پروین؛ مرعشی، ماندانا، (۱۳۸۹). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران. *فصلنامه زن و فرهنگ*، ۴، ۶۵-۷۶.
- مشهدی، علی؛ قاسم‌پور، عبدالله؛ اکبری، ابراهیم؛ ایل‌بیگی، رضا؛ حسن‌زاده، شهناز (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۵۲، ۸۹-۹۹.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
- Aronne, L. J. (2002). Classification of obesity and assessment of obesity-related health risks. *Obesity research*, 10(S12), 105S-115S.
- Babson, K. A., Trainor, C. D., & Bunaciu, L. (2008). An examination of anxiety sensitivity as a moderator of the relation between sleep anticipatory anxiety and sleep onset latency. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(3), 258.
- Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., & Hohagen, F. (2002). Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of psychosomatic research*, 53(3), 737-740.
- Banning, M. (2005). Obesity: pathophysiology and treatment. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125(4), 163-167.
- Bauermann, T. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (2008). Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 45(4), 318-322.
- Belleville, G., & Potočnik, A. (2019). A Meta-Analysis of Sleep Disturbances in Panic Disorder. In *Spectrum of Affective Disorders*. IntechOpen.
- Berger, A. M., Parker, K. P., Young-McCaughan, S., Mallory, G. A., Barsevick, A. M., Beck, S. L., ... & Lee, K. A. (2005, November). Sleep/Wake Disturbances in People with Cancer and Their Caregivers: State of the Science. In *Oncology nursing forum* (Vol. 32, No. 6).
- Besharat, M. A. (2008). Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients. *Psychological reports*, 102(1), 259-270.
- Burt, J., Dube, L., Thibault, L., & Gruber, R. (2014). Sleep and eating in childhood: a potential behavioral mechanism underlying the relationship between poor sleep and obesity. *Sleep medicine*, 15(1), 71-75.
- Cappelleri, J. C., Bushmakin, A. G., Gerber, R. A., Leidy, N. K., Sexton, C. C., Lowe, M. R., & Karlsson, J. (2009). Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *International journal of obesity*, 33(6), 611.
- Chou, C. P., & Bentler, P. M. (1995). Estimates and tests in structural equation modeling.

- Clerici, M., Albonetti, S., Papa, R., Penati, G., & Invernizzi, G. (1992). Alexithymia and obesity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(3), 88-93.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- De Gennaro, L., Ferrara, M., Cristiani, R., Curcio, G., Martiradonna, V., & Bertini, M. (2003). Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 301-306.
- Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index-Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *behavior research and therapy*, 41(12), 1427-1449.
- Dixon, L. J., Lee, A. A., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2018). Anxiety sensitivity and sleep disturbance: Investigating associations among patients with co-occurring anxiety and substance use disorders. *Journal of anxiety disorders*, 53, 9-15.
- Espel-Huynh, H., Muratore, A. F., Virzi, N., Brooks, G., & Zandberg, L. J. (2019). Mediating role of experiential avoidance in the relationship between anxiety sensitivity and eating disorder psychopathology: A clinical replication. *Eating Behaviors*, 101308.
- Farris, S. G., Matsko, S. V., Uebelacker, L. A., Brown, R. A., Price, L. H., & Abrantes, A. M. (2019). Anxiety sensitivity and daily cigarette smoking in relation to sleep disturbances in treatment-seeking smokers. *Cognitive behavior Therapy*, 1-12.
- Fukunishi, I., Kawamura, N., Ishikawa, T., Ago, Y., Yamasaki, Y., Sei, H., ... & Rahe, R. H. (1997). Sleep characteristics of Japanese working men who score alexithymia on the Toronto Alexithymia Scale. *Perceptual and motor skills*, 84(3), 859-865.
- Godin, I., Montplaisir, J., Gagnon, J. F., & Nielsen, T. (2013). Alexithymia associated with nightmare distress in idiopathic REM sleep behavior disorder. *Sleep*, 36(12), 1957-1962.
- Haberland, L., Höllmer, H., Schulz, H., Spiegelhalter, K., & Gorzka, R. (2019). Changes in sleep architecture in German Armed Forces personnel with posttraumatic stress disorder compared with depressed and healthy control subjects. *PloS one*, 14(4), e0215355.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behavior research and therapy*, 40(8), 869-893.
- Hearon, B. A., Quatromoni, P. A., Mascoop, J. L., & Otto, M. W. (2014). The role of anxiety sensitivity in daily physical activity and eating behavior. *Eating behaviors*, 15(2), 255-258.
- Hearon, B. A., Utschig, A. C., Smits, J. A., Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2013). The role of anxiety sensitivity and eating expectancy in maladaptive eating behavior. *Cognitive therapy and research*, 37(5), 923-933.
- Hoge, E. A., Marques, L., Wechsler, R. S., Lasky, A. K., Delong, H. R., Jacoby, R. J., ... & Simon, N. M. (2011). The role of anxiety sensitivity in sleep disturbance in panic disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 536-538.
- Hu, L., Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Jarrin, D. C., McGrath, J. J., & Poirier, P. (2015). Autonomic dysfunction: a possible pathophysiological pathway underlying the association between sleep and obesity in children at-risk for obesity. *Journal of youth and adolescence*, 44(2), 285-297.
- Kilkus, J. M., Booth, J. N., Bromley, L. E., Darukhanavala, A. P., Imperial, J. G., & Penev, P. D. (2012). Sleep and eating behavior in adults at risk for type 2 diabetes. *Obesity*, 20(1), 112-117.

- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. 2nd Ed. New York: Guilford.
- Krističević, T., Štefan, L., & Sporiš, G. (2018). The associations between sleep duration and sleep quality with body-mass index in a large sample of young adults. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 758.
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 237-243.
- Leyro, T. M., Babson, K. A., & Bonn-Miller, M. O. (2014). Anxiety sensitivity in relation to sleep quality among HIV-infected individuals. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 25(6), 638.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, 52(10), 938-946.
- Murphy, J., Wulff, K., Catmur, C., & Bird, G. (2018). Alexithymia traits, independent of depression and anxiety, are associated with reduced sleep quality. *Personality and Individual Differences*, 129, 175-178.
- Nikolaou, A., Schiza, S. E., Chatzi, L., Koudas, V., Fokos, S., Solidaki, E., & Bitsios, P. (2011). Evidence of dysregulated affect indicated by high alexithymia in obstructive sleep apnea. *Journal of sleep research*, 20(1pt1), 92-100.
- Pacheco, S. R., Miranda, A. M., Coelho, R., Monteiro, A. C., Bragança, G., & Loureiro, H. C. (2017). Overweight in youth and sleep quality: is there a link?. *Archives of endocrinology and metabolism*, 61(4), 367-373.
- Padez-Vieira, F., & Afonso, P. (2016). Sleep disturbances in anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*, 4(2), 176-188.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of psychosomatic research*, 55(3), 269-275.
- Raebel, M. A., Malone, D. C., Conner, D. A., Xu, S., Porter, J. A., & Lanty, F. A. (2004). Health services use and health care costs of obese and nonobese individuals. *Archives of internal medicine*, 164(19), 2135-2140.
- Raykov, T., Marcoulides, G. A. (2000). *A first course in structural equation modeling*. 2th Ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rehman, A., Gumley, A., & Biello, S. (2018). Sleep quality and paranoia: The role of alexithymia, negative emotions and perceptual anomalies. *Psychiatry research*, 259, 216-222.
- Resta, O., Foschino Barbaro, M. P., Bonfitto, P., Giliberti, T., Depalo, A., Pannacciulli, N., & De Pergola, G. (2003). Low sleep quality and daytime sleepiness in obese patients without obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of internal medicine*, 253(5), 536-543.
- Rogers, N. L., Dinges, D. F., Allison, K. C., Maislin, G., Martino, N., O'Reardon, J. P., & Stunkard, A. J. (2006). Assessment of sleep in women with night eating syndrome. *Sleep*, 29(6), 814-819.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 34(1), 54-58.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: past and present. *The American journal of psychiatry*, 153(7), 137.
- Spiegel, K., Tasali, E., Leproult, R., & Van Cauter, E. (2009). Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(5), 253.

- Tabachnik, B., Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics*. 5th Ed. New York, Allen and Bacon.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2018). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: if you feel bad, do it!. In *Self-regulation and self-control* (pp. 275-306). Routledge.
- Tromp, M. D., Donners, A. A., Garssen, J., & Verster, J. C. (2016). Sleep, eating disorder symptoms, and daytime functioning. *Nature and science of sleep*, 8, 35.
- Vaidya, V. (2006). Psychosocial aspects of obesity. In *Health and Treatment strategies in obesity* (Vol. 27, pp. 73-85). Karger Publishers.
- Weiner, C. L., Elkins, R. M., Pincus, D., & Comer, J. (2015). Anxiety sensitivity and sleep-related problems in anxious youth. *Journal of anxiety disorders*, 32, 66-72.
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of psychosomatic research*, 99, 66-81.