

الشهر الانفعالي لدى الاناث البالغات وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية في
ظل انتشار جائحة كورونا

د. محمد يوسف عبد الحميد & د. محمود علي موسى

الشهه الانفعالي لدى الاناث البالغات وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية في ظل انتشار جائحة كورونا

د. محمد يوسف عبد الحميد

أستاذ التغذية وعلوم الاطعمة المساعد، كلية التربية، جامعة قناة السويس، مصر

Mohamed_mahmoud@edu.suez.edu.eg

د. محمود علي موسى

أستاذ علم النفس التربوي المساعد، كلية التربية، جامعة قناة السويس، مصر

Mahmoud_muhanna@edu.suez.edu.eg

ORCID ID: 0000-0002-5611-1792

قبلت للنشر في ٣ فبراير ٢٠٢٣م

قدمت للنشر في ٨ أغسطس ٢٠٢٢م

ملخص: هدفت الدراسة إلى التحقق من البنية العاملية لمقياس الشهه الانفعالي، ودراسة العلاقات بين مكونات هذا البناء ببعض المتغيرات النفسية والصحية مثل: مؤشر كتلة الجسم، تقبل المظهر الجسمي، الشعور بالمشاعر السلبية. اعتمدت الدراسة على التصميم المستعرض للدراسات النفسية. تكونت العينة من ٣٧٨ من الاناث البالغات والتي اختيرت بطريقة عشوائية. تراوحت اعمار العينة بين ١٨ إلى ٤٩ عام. توزعت العينة في ضوء الحالة الاجتماعية، الإصابة بأمراض مزمنة، مؤشر كتلة الجسم. تم التطبيق الكترونياً على الاناث المتطوعات بعد إعلامهم بالهدف من الدراسة. تم استبعاد استجابات الفتيات الأرامل نظراً لصغر عددهم بالنسبة لحجم العينة. تم التحقق من البنية العاملية للشهه الانفعالي باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي ثم التوكيدي. تطابقت النماذج التوكيدية للشهه الانفعالي للعوامل الثلاثة من الرتبة الأولى ونموذج العامل العام من الرتبة الثانية. استخدمت الدراسة معامل الارتباط الجزئي بين متغيرات الدراسة بعد طريق الضبط الاحصائي لمتغير العمر. وتوصلت النتائج إلى علاقة موجبة بين الشهه الانفعالي ومؤشر كتلة الجسم. وتوصلت النتائج إلى علاقة عكسية بين الشهه الانفعالي والمشاعر السلبية.

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.6.2.7>

الكلمات المفتاحية: الشره الانفعالي؛ تقبل مظهر الجسم؛ مؤشر كتلة الجسم؛ المشاعر السلبية.

Emotional eating and its relationship to some psychological variables among adult females during the Corona pandemic

Mohamed Youssef Abdelhamid

Associate Professor of Nutrition and Food Science, College of Education, Suez Canal
University

Mohamed_mahmoud@edu.suez.edu.eg

Mahmoud Ali Moussa

Associate Professor of Educational Psychology, College of Education, Suez Canal
University

Mohamed_muhanna@edu.suez.edu.eg

Received on August 8th, 2022

Accepted on February 3rd, 2023

Abstract: The study aimed to verify the factorial structure of the emotional eating scale. study the relationships between the scale's components and some psychological and health variables such as Body Mass Index (BMI), acceptance of bodily image, feeling negative feelings. The study was based on a cross-sectional design of psychological studies. 378 available adult females' participants were selected. The age of the sample ranged from 18 to 49 years. The sample was selected randomly and divided by marital status, chronic diseases, and body mass index. The application was carried out electronically on the female volunteers after telling them of the study purpose. Widowed female responses were excluded due to their small number according to the sample size. The factorial structure of bulimia was verified using factor analysis (confirmatory, exploratory). The first-order three-factor factors and the second-order general factor model are confirmed and corresponded. The partial correlation coefficient computed between study variables, after statistical control of the age variable. The results revealed a positive relationship between emotional eating and body mass index. The results revealed an inverse relationship between emotional eating and negative feelings.

Keywords: emotional eating; Accept the body appearance; BMI; Negative feelings.

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.6.2.7>

Summary

The study verified the phenomenon of emotional eating as a distinctive feature of females in the case of low mood and attending negative feelings such as fear, unhappiness, boredom, and depression. The study seeks to verify the extent to which female emotional eating is related to their body mass index at different ages. This is the availability of emotional bulimia in different samples of females, married and divorced women. The emotional eating structure is eating behaviors awareness, uncontrolled eating, and emotional eating are overlapping traits as implied by the theoretical framework. The researchers try to study the extent of the factor's independence and dependence, to be able to separate these behaviors. Are they separate structures that aren't related to each other, or are they overlapping, each of which may be a cause or a result of the other?

Several similar factorial structures can be seen to study the psychology of food intake. Studies have stimulated a continued increase in the study of this psychology because of the continuous increase in people complaining about obesity (Ng et al., 2014). As a result, studies have been encouraged to assess how people respond to the food environment (Vainik, Dagher, Dubé & Fellows, 2013). Several scales have emerged, including emotional eating, appetite suppression (Bryant, King, & Blundell, 2008; Reichenberger et al., 2021), binge eating (Dalton, Finlayson, Esdaile, & King, 2013).

Karlsson et al. (2000) to three dimensions of the emotional eating scale in its short form (18 items). The exploratory factor analysis was reached using oblique and orthogonal rotation. The cut-off point that has chosen to accept factor loadings was 0.4 in it to the following dimensions: cognitive self-control (conscious eating), Uncontrolled eating, and emotional eating. The stability using the alpha coefficient ranged from 0.7 to 0.90.

Kwan, Weltzien, Kushi, Castillo, Slattery & Caan (2009) conducted a study on 73 women with breast cancer to identify their unhealthy eating behaviors, and it was noted that once they received chemotherapy, hormonal or radiotherapy, their bulimia

behaviors increased due to adaptability lack. Usually, emotional eating reflected in their weight over 6 to 19 months (DeGeorge et al., 1990).

Nejati, Fan, Boone, Griffiths, Lin & Pakpour (2020) verified the factorial structure of the emotional eating of 26 items with 55 years old women with breast cancer four factors using confirmatory analysis, and the results reached a four-factor model. Well-matched. Internal consistency calculated with alpha coefficients ranged between 0.80 and 0.84.

Van Strien et al. (2016) verified the factor structure, it was noted that the body mass index and the item measure negative emotional eating loaded on the same factor, while the positive emotional eating and external eating items are loaded on the other factor. Thus, although positive emotions lead to eating, they do not necessarily reflect an eating disorder, and Macht (1999) has attributed this to the fact that eating in response to positive emotions is associated rather with perceived pleasure.

Objectives: Thus, the study objectives can be defined as follows:

- 1) Comparison between the acceptance and reliability of the three-and four-factor model using factor analysis.
- 2) A study of the extent of independence and dependence of factors in the emotional eating model.
- 3) Estimate of the relationship between body mass and emotional eating in females.
- 4) A study of the differences between the social status of females in the trait of emotional eating.

Importance and research motivation:

As part of the launch of the 100 million Health Campaign launched by Egyptian President Abdel Fattah El-Sisi, which looks forward to a healthy society, and in the context of the President's initiative to support Egyptian women, to detect early health crises facing women. And in the context of the closure that the Egyptian woman has

been subjected to and the social, professional, and family pressures, she encountered in the family and work environment. And in the context of the continuous complaint of females during the first and second closures of the Corona epidemic, about the increase in body mass index, and the emotional eating that they have suffered from females. The study may provide an analytical framework for the Ministry of Health and health care providers in the field of medicine and therapeutic sustenance by establishing intensive advertising campaigns considering the results of the current study.

Design: The study relied on a cross-sectional approach that included different samples of females of different ages, and their different Marital statuses. Either from university students or from civil society. This sample was accessed through the electronic application of the study instrument, and the male sample was excluded from it and the female sample was retained, as previous studies confirmed the suffering of females from emotional eating.

Participants: The study sample was chosen randomly, and it consisted of 378 female students of university education in its two stages (bachelor and postgraduate studies). The two researchers obtained the sample through the faculties where they are taught (Education, Arts, Pharmacy, Technical Institute of Nursing). The ages of the sample ranged from 18 to 49 years, with a mean age of 20.08 years and a standard deviation of 3.09 years. In terms of marital status, the participants were divided into 319 (84.4%) women, 30 (7.9%) married, and 29 (7.7%) divorced. The participants were in terms of the incidence of chronic diseases into 36 (9.6%) infected, and 342 (90.5%) without chronic diseases. The BMI value for females ranged from 12.24 to 56.49, with a mean BMI of 24.21 and a standard deviation of 4.73.

Instruments:

- 1.1. **Emotional eating Scale:** This 25-item emotional eating scale was prepared by Arnow, Kenardy & Agras (1995). This scale assesses the desire to eat in response to many emotions (boredom, stress, anxiety, depression). The scale translated into Arab. Items were responded five-point Likert scale (I do not want to eat, weak desire to eat, moderate desire to eat, strong desire to eat, and

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.6.2.7>

excessive desire to eat). And the scale does not contain reverse expressions. The responses for each item are given in the order of 0, 1, 2, 3, 4, and the maximum responses on the scale are 100. Higher scores show higher levels of bulimia behavior.

1.2. **Body Mass Index:** It is an indicator for calculating body mass in light of height and weight by calculating the weight in kilograms divided by the square of height in meters. In light of this indicator, obesity is often divided into several categories as follows (Weir & Jan, 2019):

1.3. 1. Underweight: BMI less than 18.5 kg/m².

1.4. 2. Normal weight: BMI greater than or equal to 18.5 kg/m² to 24.9 kg/m².

1.5. 3. Overweight: BMI greater than or equal to 25 to 29.9 kg/m².

1.6. 4. Obesity: a body mass index greater than or equal to 30 kg/m².

a. Obesity Class I: BMI from 30 kg/m² to less than 35 kg/m².

b. B. Obesity class II: BMI from 35 kg/m² to less than 40 kg/m².

c. T. The third category of obesity: a body mass index of 40 kg/m² or more, and this condition is classified as severe obesity.

1.7. **Other indicators:** Several questions were asked to be answered by the examinee considering the five-point Likert levels, and he was given a score out of five according to his degree of availability. The response scores are included in the correlation matrix analysis. These questions are as follows:

a) Appearance Acceptance: Are you able to accept your physical appearance?

b) b. Negative feelings: How often do you have negative feelings such as dysphoria, boredom, hopelessness, anxiety, and depression?

Procedures: The participants were obtained from those who responded to the electronic image of the scale, after informing the female respondent of the purposes of the scales and the study conducted by the researchers. It was agreed that no details

related to them would be announced and that their names and personal data would be confidential, and no one would see them. The female respondents were also warned to withdraw if they felt embarrassed or bored. The study metrics and tools were drafted electronically through the Google forms platform, through the link <https://forms.gle/DQFV6QftnnVVweoF9>. The respondents on the scale not asked to determine the type or severity of the chronic disease they suffer from because they were not embarrassed.

Statistical analysis: Use factor analysis to check the three-factor structure, and the general factor. This structure was verified using confirmatory factor analysis, of independence structure. A t-test was used to verify the existence of differences between those who suffer and do not suffer from chronic diseases in the behavior of emotional eating in adult females. A one-way analysis of variance was used to compare the levels of female marital status (miss, married, divorced) in the emotional eating behavior. Widows' females excluded due to their scarcity among the responses on the scale, and male cases were excluded due to the superiority of females in binge eating syndrome or bulimia. The partial correlation coefficient was used considering that the age variable is an accompanying variable to isolate its effect from the experiment.

Results: The factorial structure of bulimia was verified using factor analysis (confirmatory, exploratory). The first-order three-factor factors and the second-order general factor model are confirmed and corresponded. The partial correlation coefficient computed between study variables, after statistical control of the age variable. The results revealed a positive relationship between emotional eating and body mass index. The results revealed an inverse relationship between emotional eating and negative feelings.

Limitations: The researcher relied on social networks to access the sample, and this may confirm some bias in excluding some individuals who are not users of social media or who cannot use tablets or smartphones. The researcher also relied on a self-report scale, and this may conflict with some indicators approved by the Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Health. Also, the bias may be due to the use of females over males, due to their superiority in depressive symptoms and feelings of anxiety.

مقدمة

يشير مصطلح الشره إلى تناول كمية كبيرة من الطعام في فترة قصيرة مع شعور بفقدان السيطرة أثناء نوبة الشره (American Psychiatric Association, 2013). بينما الشره الانفعالي يشير إلى الإفراط في تناول الطعام استجابة لحالات الاثارة مثل الغضب والخوف والقلق. وهناك عاملين يلعبان دوراً بالغاً في العلاقة الوسيطة بين التوتر والقلق والاكتئاب وبين الشره وهما: (١) كتلة الجسم، وتشير إلى قدرة الفرد على إدراك وتفسير احساسه الانفعالي بشكل صحيح وتمييزها عن أحساس الجسم (٢) الالكسيثيميا (Rahme, Obeid, Sacre, Haddad, Hallit, Salameh & Hallit, 2021). وتعتبر الالكسيثيميا هي صعوبة الفرد في التعبير عن الحالة الانفعالية السلبية وهي غير مؤثرة على الشره الانفعالي خصوصاً إذا كانت جودة الحياة مرتفعة لدى الفرد (Cecchetto, Aiello, Gentili, Ionta & Osimo, 2021). وهنا يرى الباحثان أن العامل النفسي يلعب دوراً بالغاً في تفسير الشره الانفعالي، حيث إن الالكسيثيميا وهي الخرس الانفعالي ناتجاً عن الشعور بالاكتئاب، وبالتالي وفي ضوء آراء فرويد أن المرء يسلك حيلة دفاعية هروباً من الواقع الأليم الذي يسبب له الأزمة النفسية، بينما مؤشر كتلة الجسم قد يكون عاملاً مساعداً في الشره الانفعالي خصوصاً إذا كان للفتاة أو السيدة خبرة سلبية نتيجة محاولات فاشلة بإنقاص الوزن، مما يؤدي إلى الاستسلام للواقع والانفعالات والتهام كميات كبيرة من الطعام.

وفي دراسة عن العزلة والحجر الصحي في فترة كورونا أجريت لدراسة سلوك الايطاليين، لوحظ الأثر البالغ لظروف العزلة والحجر الصحي على سلوكيات وعادات الأكل بالرغم من التوصيات المستمرة بالتغذية السليمة والصحية للتخفيف من عمليات الاغلاق المحتملة مستقبلاً لدور الرعاية الصحية ووسائل الترفيه وممارسة الرياضة (Cecchetto et al., 2021; Stark, 2001). فالشعور بالانفعال السلبي وكثرة التعرض له جراء ظروف الخطر

والاغلاق الكامل أو الجزئي قد يولد مزاج سلبي يدفع الفرد إلى التفرغ الانفعالي لالتهام كميات كبيرة من الطعام حتى وإن كان سيء المزاج، وهذا قد يستدعي تدخلات علاجية سلوكية (Nagata & Murray, 2021). وعليه يستنتج الباحثان أن الشره العصبي قد يكون نتيجة للمزاج السيء في فترات زمنية ضاغطة، وليس الانفعال العارض بصورة مؤقتة.

وينظر إلى الشره العصبي أو الانفعالي على أنه نزعة لتناول الطعام استجابة لمختل الأمزجة الإيجابية والسلبية، وبما أن الحالة الانفعالية السلبية كالقلق والضغوط والاكتئاب تسبب فقدان الشهية العصبي، إلا أنها في بعض الأحيان تسبب شره انفعالي وشهية مفرطة، وهذا يعتمد على عادات الأكل التي قد تتغير نتيجة الشعور بالاجهاد، أو درجة تقبل الفرد لمثيرات وتهديدات البيئة الخارجية، أو درجة شعوره بعدم القدرة على مواكبة الصراع وبالتالي يصبح الأكل لديه حيلة دفاعية (Verbiest, Blechert, Debeuf, Verbeken, Klosowska, Michels, Braet, 2021; Yönder Ertem & Karakaş, 2021).

مفهوم الشره الانفعالي Emotional eating

عرف الدليل التشخيصي والاحصائي للصحة العقلية مصطلح الشره العصبي بأنه استهلاك كمية كبيرة من الطعام عن المعتاد خلال فترة زمنية محدودة، ويعتبر فقدان السيطرة على الأكل سمة تشخيصية مهمة عند الأكل بنهم (APA, 2013). ويرى الباحثان أن هناك قصوراً في هذا التعريف حيث أن استهلاك كميات كبيرة من الطعام عن المعتاد قد يكون ناتجاً عن فوات آوان بعض الوجبات نتيجة ظروف العمل، أو قد يكون بسبب نشاط بدني أو عصبي كبير، وهذا التعريف بالرغم من أنه صادراً عن الدليل التشخيصي للجمعية النفسية للطب النفسي إلا أنه أهمل الجانب الانفعالي والمزاجي المسيطر على الفرد في السياق الاجتماعي.

وأشار Stark (2001) للشرة الانفعالي إلى الميل لتناول الطعام استجابة للانفعالات السلبية، في حين أن رد الفعل الطبيعي لمشاعر وانفعالات القلق والغضب والاكتئاب هو فقدان الشهية، حيث يأكل الشخص الانفعالي أكثر عندما يكون منزعج. بينما يرى Rahme et al. (2021) أن رغبة المرء في تناول وجبة دسمة كرد فعل للمشاعر والانفعالات السلبية كالقلق والتهيج العصبي، بالإضافة إلى ذلك فهو سلوك شائع غير قابل للتكيف ومنظم للانفعال يعني التعامل مع التوتر والقلق الذي يؤدي إلى مزيد من المشكلات.

كما يقصد به أيضاً الأكل الذي يحدث كرد فعل لمجموعة من المشاعر السلبية (التوتر، القلق، الغضب، الاكتئاب، الوحدة النفسية) (Arnow et al., 1995)، وعلى الرغم من أن الشرة الانفعالي يرتبط إيجابياً بتناول الطعام بنهم، إلا أنه توجد مجموعة من الافراد يأكلون انفعاليا لكنهم لا يأكلون بنهم (Ricca et al., 2009)، وهذا يعني أن هؤلاء الافراد يأكلون استجابة للتأثير السلبي، ولكن قد لا يأكلون أكثر من اللازم أو يشعرون بفقدان السيطرة على عادات الأكل (Linderman & Stark, 2001). وقد فحص Nguyen-Rodriguez, Unger & Spruijt- Metz (2009) الارتباط بين المشاعر والحالة المزاجية والاكل الانفعالي في عينة من المراهقين من سبع مدارس اعدادية في لوس أنجلوس. واعتمدت الدراسة على تصميم الدراسات المستعرضة لدراسة الفروق بين الجنسين في الاكل الانفعالي، وأظهر التوتر والخوف كانت مرتبطة بالأكل الانفعالي في العينة الكلية. بينما تفوق الفتيات على الذكور في الاكل الانفعالي استجابة لمشاعر التوتر والقلق. بينما كان المزاج المشوش أكثر ارتباطاً بالأكل الانفعالي عند الذكور.

ويرتبط الشرة الانفعالي بالإفراط في تناول الطعام، وأظهرت الدراسات النفسية أن الشرة الانفعالي يرتبط إيجابياً بأشكال مختلفة من الأكل المفرط كالسمنة، والميل للنهم (Stark, 2001). وهذا السلوك هو وسيلة للتعامل مع المشاعر السلبية بدلاً من تلاشي هذه الانفعالات،

فالفرد المصاب بالنهم الانفعالي أو الشره الانفعالي لا يمكنه التحكم في انفعالاته، مما يزيد التوتر لديه، مع استمرار تلك المشاعر السلبية بعد نوبات الشره الانفعالي، ويشعر الفرد عقبها بالذنب والندم والقلق (Rahme et al., 2021). ويتمثل الشره الانفعالي في المراحل التالية (Vainik, Neseliler, Konstabel, Fellows & Dagher, 2015):

أ- تناول المعتدل homeostatic eating: سلسلة تناول الطعام وتبدأ بتناول الطعام بصورة متماثلة، ولا يستهلك كم الطعام بصورة مفرطة. وتعد هذه هي الحالة الافتراضية للفرد، وترتبط بعادات صحيحة للأكل سواء بالكم الذي يتناوله، أو في تكامل الطعام بسعرات حرارية مقننة، أو بمواعيد لتناول الطعام.

ب- الافراط السلبي في الاكل passive overeating، وهي عبارة عن توازن إيجابي للطاقة يؤدي إلى إبطاء زيادة الوزن (Vainik et al., 2015). وتسمى هذه المرحلة باضطراب الأكل بنهم Binge eating disorder، وهو تشخيص نفسي شائع يتصف بوجود نوبات من فقدان السيطرة على استهلاك الطعام (APA, 2013)، أو يصل الفرد إلى الأكل بصورة قهرية (Prunell-Castañé, Jurado & García-García, 2021).

ج- استجابات الفرد لإشارات ومنبهات الطعام من البيئة المحيطة فيبدأ في تناول بعض الأطعمة بنهم، إلى أن ينعدم التحكم في سلوكيات الأكل، ويصح الشره غير منضبط. وقد يصل الفرد في هذه المرحلة إلى مرحلة ادمان الطعام بشكل متقطع ومنتظم. وفي هذه المرحلة تهيمن محركات الشهية على قدرة الفرد في التحكم في تناوله للطعام.

وتتناول المرحتين الثانية والثالثة مزيجاً من زيادة الشهية، انخفاض ضبط الشهية، وصعوبات تنظيم الاكل (Karlsson, Persson, Sjöström & Sullivan, 2000). وقد استخدم (Sultson, Kukk & Akkermann, 2017) مصطلح الأكل غير المنضبط للدلالة على الأكل

الانفعالي السلبي والأكل بنهم، وكلاهما يشتركان في سمة واحدة فالأكل الانفعالي يشير إلى الأكل المتوسط والشراهة عند تناول مستويات شديدة من الأكل غير المنضبط، وقد يكون الأكل الانفعالي علامة مميزة في تحديد سلوكيات دالة على الاضطرابات النفسية صورة مبكرة مثل القلق والاكتئاب والضعوط.

الحالة الجسدية وعادات النوم والشهه الانفعالي:

يعد التفضيل الفردي للاستيقاظ صباحاً ونهاراً، عدد ساعات النوم، والميل إلى النوم في فترات معينة خلال اليوم على مدار ٢٤ ساعة، والتفضيل المسائي لفترة النوم العميق من المؤثرات في عملية الشهه الانفعالي (Budkevich et al., 2021). كما أن ميل الافراد ذوي السمنة إلى الشهه الانفعالي والمشاكل الأخرى المتعلقة بالأكل يؤدي إلى أمراض القلب والأوعية الدموية. كما توصلت دراسة (Coulthard, Sharps, Cunliffe & van den Tol (2021) على ارتفاع الأكل الانفعالي أثناء الاغلاق لظروف الوباء أدى إلى ارتفاع مؤشر كتلة الجسم، واستراتيجية التأقلم للقلق جعلت الاناث غير قادرات على التكيف الانفعالي مع تلك الظروف الصحية، كما أن الخلل في سلوكيات وعادات الأكل راجعة إلى قدرة الفرد على التأقلم الآمن أو القلق مع الوباء.

تأثير المشاعر والانفعالات على الشهه الانفعالي

ويرى Reichenberger, Schnepfer, Arend, Richard, Voderholzer, Naab & Blechert (2021) أن التجويع الذاتي باستخدام مثبطات الشهية قد يعمل على تجنب المشاعر السلبية، وهذا ينشط في حالات المزاج السيء، حيث إن الأكل المقيد يساعد على إدارة المشاعر السلبية، في حين أن الحالة الإيجابية للفرد أو الحالة المحايدة ترتبط بزيادة استهلاك الطعام بصورة عصبية للتعبير عن المزاج السيء، أو قد يكون برغبة ذاتية لدى المرء تعبيراً عن الاستمتاع

بالطعام. كما أكد (Burgess, Turan, Lokken, Morse, & Boggiano, 2014; Verhoeven, 2015) أن للمشاعر الإيجابية دوراً في التأثير على حالات الشعور بالجوع أو الشبع، هي حالة من التكيف مع الوضع الراهن كالشعور بلذة الطعام. في حين يرى (Sultson, Kukk, & Akkermann (2017) أن الشره الانفعالي السلبي مقارنة بالشره الانفعالي الإيجابي قد يكون مرتبطاً بشكل أكبر بالإفراط في تناول الطعام في العينات غير السريرية. في حين أكد (Haedt-Matt & Keel, 2011; Nicholls et al., 2016) أن تناول الطعام أو الإفراط في تناول الطعام هو رد فعل لعدم القدرة على التأقلم والتكيف مع المشاعر السلبية. وأفاد (Cardi, Leppanen & Treasure (2015) في دراسة أجريت باستخدام ما وراء التحليل أن المشاركين الاصحاء يستهلكون قدر أكبر من الطعام بعد تحفيز المزاج الإيجابي أو السلبي مقارنة بالمزاج المحايد (البرود الانفعالي) وذلك اعتماداً على مؤشرات حجم التأثير والتي كانت متقاربة في الدراسة. وفحصت دراسة (Marty, de Lauzon-Guillain, Labesse & Nicklaus (2021) التغير في دوافع اختيار الافراد للطعام خلال الاغلاق الأول لوباء كورونا في المجتمع الفرنسي، ومدى ارتباطه في التغيرات الإيجابية للنظام الغذائي. وقد ارتبطت دوافع اختيار الطعام الصحي بالخوف من الإصابة بالأمراض المعدية، كما أن الحالة المزاجية هي مؤثر قوي بوجود النظام الغذائي. ووجدت دراسة (Budkevich, Putilov, Tinkova & Budkevich (2021) أن مقياس الشره الانفعالي يتكون من ثلاث أبعاد، هي: الوعي المعرفي بالطعام، والاكل غير المنضبط (تناول الأكل في أي وقت)، والأكل الانفعالي، ووجد أن الأكل غير المنضبط تزيد في فترات الصباح، بينما الاكل الانفعالي يزيد في المساء.

وبحث (Adriaanse, de Ridder & Evers (2011) في اعتبار الأكل الانفعالي مؤشراً لاستهلاك وجبة خفيفة غير صحية، أو للتعبير عن المعتقدات حول العلاقة بين المشاعر والأكل

المستمدة من المخاوف بشأن سلوك الأكل. أجريت ثلاث دراسات. بحثت الدراسة ١ و ٢ في الدقة التنبؤية للأكل الانفعالي مقارنة بقوة العادة في استهلاك الوجبات الخفيفة، باستخدام يوميات للوجبات الخفيفة لمدة ٧ أيام. وأظهرت كلتا الدراستين أن تناول الوجبات الخفيفة لم يتم التنبؤ به عن طريق الأكل الانفعالي، ولكنه يعتمد على عادة تناول وجبات خفيفة غير صحية وعلى الأكل المقيد. نظرًا لأن الأكل الانفعالي لم يكن مؤشرًا مهمًا على تناول الوجبات الخفيفة، بينما تناولت الدراسة ٣ الفرضية البديلة المتمثلة في أن الأكل العاطفي هو تعبير عن مخاوف بشأن سلوك الأكل. أظهرت نتائج هذا المسح المستعرض أن الأكل الانفعالي مرتبط بشكل كبير بالعديد من المخاوف. وأوضحت النتائج أن تناول الوجبات الخفيفة يمكن التنبؤ به بشكل أفضل من خلال قوة العادة والأكل المضبوط عن الأكل الانفعالي. كما أشارت النتائج إلى أن مفهوم الأكل الانفعالي لدى النساء ذوات الوزن الطبيعي قد لا يلتقط الميل لتناول الطعام في ظل الظروف الانفعالية، بل يعكس المعتقدات حول العلاقة بين المشاعر والأكل.

مستويات الكورتيزون في الدم وعلاقته بالشهية الانفعالية:

وأكد (Geliebter & Aversa, 2003) أن الشهية الانفعالية يرتبط بزيادة الوزن والسمنة. وعلى الرغم من هذا فقد أكد (Blomquist et al., 2012; Hudson et al., 2010) أن من يعاني من نهم الأكل والشهية الانفعالية يعاني بشكل متزايد بتشوهات التمثيل الغذائي، وارتفع مستويات السكر في الدم.

يؤدي الإفراط في تناول الطعام والشهية الانفعالية إلى الاجتهاد وتشوهات الايض، وربما يبلغ الاناث أن تناولهم للطعام هو آلية للتكيف استجابة للإجهاد بين الافراد عبر الوقت، Chao, (2016) Grey, Whittemore, Reuning-Scherer, Grilo & Sinha. ويرى أن الاناث يأكلن أكثر عند الاجتهاد تتراوح بين ٤٪ إلى ٥٥٪ (Macht, 2008). ويمكن ربط خلل الكورتيزون بكل من

الأكل بنهم والشهه الانفعالي حيث إن الاناث اللواتي يعانين من السمنة يعانين من اضطراب الأكل بنهم ولديهن مستويات أعلى من الكورتيزول مقارنة بالإناث اللواتي يعانين السمنة دون اضطراب الأكل بنهم (Gluck et al., 2004). ويرتبط مستوى فرز الكورتيزول المرتفع في الدم إيجاباً بالشهه الانفعالي عند الاجهاد (Epel et al., 2001). وأسفرت نتائج دراسة Chao et al. (2016) عن وجود علاقة سلبية بين الاجهاد والكورتيزول الصباحي بمعنى كلما زاد الكورتيزول قل الشعور بالإجهاد. كما وجدت علاقة ارتباطية سالبة بين الكورتيزول ومقاومة الانسولين ومحيط الخصر لدى الاناث. كما وجد تأثير سببي بين الاجهاد والشهه الانفعالي.

مشكلة الدراسة

حاولت الدراسة التحقق من ظاهرة الشهه الانفعالي باعتبارها سمة مميزة للإناث في حالة اعتلال المزاج والمشاعر السلبية المصاحبة كالحوف والحزن والشعور بالملل والاكتئاب، كما تحاول الدراسة التحقق من مدى ارتباط الشهه الانفعالي للإناث بمؤشر كتلة الجسم لديهن بمختلف العمر. ومدى توافر الشهه الانفعالي لدى عينات مختلفة من الاناث الأنسات والمتزوجات والمطلقات. كما أن عوامل بنية مقياس الشهه الانفعالي وهي: الوعي بسلوكيات الطعام، والأكل غير المنضبط، والأكل الانفعالي هي سمات متداخلة كما تم الإشارة إلى ذلك بالإطار النظري فيحاول الباحثان دراسة مدى استقلالية العوامل واعتماديتها، كي يمكن الفصل بين تلك السلوكيات هل هي أبنية منفصلة لا علاقة لها ببعضها، أم أنها متداخلة كل منها قد يكون سبباً أو نتيجة للآخر.

ويمكن رؤية العديد من البنيات العاملة المتماثلة لدراسة سيكولوجية تناول الطعام، وقد حفزت الدراسات الزيادة المستمرة في دراسة هذه السيكولوجية نتيجة للزيادة المستمرة من شكوى الأشخاص من لسمنة (Ng et al., 2014). ونتيجة لهذا شجعت الدراسات لتقييم كيفية

استجابة الناس للبيئة الغذائية (Vainik, Dagher, Dubé & Fellows, 2013). وقد ظهرت العديد من المقاييس منها: الشره الانفعالي، تثبيط الشهية (Bryant, King, & Blundell, 2008; Reichenberger et al., 2021)، الشره في تناول الطعام (Dalton, Finlayson, binge eating، Esdaile, & King, 2013)

وتوصلت Karlsson et al. (2000) إلى ثلاث أبعاد لمقياس الشره الانفعالي في صورته المختصرة التي تكونت من ١٨ مفردة، وتوصل التحليل العاملي الاستكشافي واستخدم التدوير المائل والعمودي واختير نقطة قطع لقبول التشبع على العامل بقية لا تقل عن ٤, ٠، فيها إلى الابعاد التالية وهي: ضبط النفس معرفياً (الأكل الواعي)، الأكل غير المنضبط، الأكل الانفعالي. وتراوح الثبات باستخدام معامل ألفا بين ٠,٧ إلى ٠,٩٠.

وأجرى (Kwan, Weltzien, Kushi, Castillo, Slattery & Caan, 2009) دراسة على ٧٣ من النساء المصابات بسرطان الثدي للتعرف على سلوكيات الاكل غير الصحية لديهم، ولو حظ أنهم بمجرد تلقيهم علاجاً كيميائياً أو هرمونياً أو إشعاعياً فإن سلوكيات الشره الانفعالي لديهم تزداد بسبب عدم القدرة على التكيف. وعادة ما ينعكس الشره الانفعالي على أوزانهم في مدار ٦ إلى ١٩ شهر (DeGeorge et al., 1990).

وتحققت دراسة (Nejati, Fan, Boone, Griffiths, Lin & Pakpour (2020) من البنية العاملية لمقياس الشره الانفعالي الصورة المختصرة ٢٦ مفردة لعينة من النساء المصابات بسرطان الثدي ممن بلغ متوسط أعمارهن ٥٥ عاماً على أربعة عوامل باستخدام التحليل التوكيدي، وتوصلت النتائج إلى بنية رباعية ذات مطابقة حسنة، وتراوح الاتساق الداخلي محسوباً بمعاملات ألفا بين ٠,٨٠ و ٠,٨٤.

وفي دراسة (Van Strien et al. (2016) للتحقق من البنية العاملية لو حظ أن مؤشر كتلة الجسم والمفردات التي تقيس الأكل الانفعالي السلبي تشبعت على نفس العامل، في حين أن المفردات التي تقيس الأكل الانفعالي الإيجابي والأكل الخارجي تشبعت على العامل الأخر. وبالتالي على الرغم من أن المشاعر الإيجابية تؤدي إلى تناول الطعام، إلا أنها لا تعكس بالضرورة اضطراب الأكل، وقد أرجع (Macht (1999 هذا إلى كون تناول الطعام استجابة للمشاعر الإيجابية مرتبطاً بالأحرى بالمتعة المدركة.

أهداف الدراسة

وبالتالي يمكن تحديد أهداف الدراسة على النحو التالي:

- أ- المقارنة بين مطابقة ومصداقية النموذج الثلاثي والرباعي باستخدام التحليل العاملي.
- ب- دراسة مدى استقلالية واعتمادية العوامل في نموذج الشره الانفعالي.
- ج- دراسة العلاقة بين كتلة الجسم والشره الانفعالي للإناث.
- د- دراسة الفروق بين الحالة الاجتماعية للإناث في سمة الشره الانفعالي.

أهمية الدراسة

في إطار انطلاق حملة ١٠٠ مليون صحة التي أطلقها الرئيس المصري عبد الفتاح السيسي، والتي تتطلع إلى مجتمع أصحاء، وفي إطار مبادرة رئيس الجمهورية لدعم المرأة المصرية، للكشف عن الأزمات الصحية المبكرة التي تتعرض لها المرأة. وفي إطار الاغلاق الذي تعرضت له المرأة المصرية وما صادفت من ضغوط اجتماعية ومهنية وأسرية في محيط الأسرة والعمل. وفي إطار الشكوى المستمرة للإناث خلال فترة الاغلاق الأولى والثانية لوباء كورونا من زيادة مؤشر كتلة الجسم، والشره الانفعالي الذي أصبن به الاناث. فقد تقدم الدراسة إطاراً تحليلياً لوزارة

الصحة والقائمين بالرعاية الصحية في مجال الطب والتغذية العلاجية بانطلاق حملات إعلانية مكثفة في ضوء نتائج الدراسة الحالية.

الطريقة والاجراءات

أولاً: تصميم الدراسة

اعتمدت الدراسة على التصميم المستعرض الذي ضم عينات مختلفة من الاناث بمختلف المراحل العمرية، واختلاف الحالة الاجتماعية لهن. سواء من طلاب الجامعات أو من المجتمع المدني. وقد تم الوصول إلى هذه العينة من خلال التطبيق الالكتروني لأداة الدراسة وقد استبعد منها عينة الذكور والاستبقاء على عينة الاناث حيث أكدت الدراسات السابقة معاناة الاناث من الشره الانفعالي، كما أن تفوق الاناث في السمات الانفعالية عن الذكور كان سبب في اختيار عينة الدراسة، وكان اختيار الاناث البالغات نوع من الضبط التجريبي لمتغير الجنس.

ثانياً: عينة الدراسة: اختيرت عينة الدراسة بصورة عشوائية، وتكونت من ٣٧٨ طالبة بالتعليم الجامعي بمرحلتيه (البكالوريوس والدراسات العليا). وقد حصل الباحثان على العينة من خلال الكليات التي يتم التدريس فيها (التربية، الآداب، الصيدلة، المعهد الفني للتمريض). تراوحت أعمار العينة من ١٨ إلى ٤٩ عاماً، بمتوسط عمري ٢٠,٠٨ عاماً وانحراف معياري ٣,٠٩ عاماً. وانقسمت العينة من حيث الحالة الاجتماعية إلى ٣١٩ (٨٤,٤٪) أنسات، و ٣٠ (٩,٦٪) متزوجات، و ٢٩ (٧,٧٪) مطلقات. وانقسمت العينة من حيث الإصابة بالأمراض المزمنة إلى ٣٦ (٩,٦٪) مصاب، و ٣٤٢ (٩٠,٥٪) غير مصاب بأمراض مزمنة. وتراوح قيمة مؤشر كتلة الجسم BMI للإناث بين ١٢,٢٤ إلى ٥٦,٤٩ بمتوسط كتلة جسمية ٢٤,٢١ وانحراف معياري ٤,٧٣.

ثالثاً: أدوات الدراسة ومؤشراتها

٣.١. مقياس الشره الانفعالي

أعد هذا المقياس (Arnow, Kenardy & Agras (1995) وهو مقياس للتقرير الذاتي يتكون المقياس من ٢٥ مفردة توزعت على ثلاثة أبعاد فرعية. ويستخدم هذا المقياس لتقييم الرغبة في تناول الطعام استجابة للعديد من المشاعر (الملل، والضغط، والقلق، والاكتئاب). وتم تعريف المقياس من الثقافة الإنجليزية. وتم الاستجابة على المفردات من خلال خمسة بدائل في ضوء مستويات ليكرت وهي (لا أرغب في تناول الطعام، رغبة ضعيفة في تناول الطعام، رغبة متوسطة في تناول الطعام، رغبة قوية في تناول الطعام، رغبة جامحة في تناول الطعام). والمقياس لا يحتوي على عبارات عكسية. وتعطي الاستجابات لكل مفردة على الترتيب ٠، ١، ٢، ٣، ٤، والحد الأقصى للاستجابات على المقياس ١٠٠ درجة. وتظهر الدرجات العالية مستويات أعلى من سلوك الشره الانفعالي.

٢. مؤشر كتلة الجسم

هو عبارة عن مؤشر لحساب كتلة الجسم في ضوء الطول والوزن عن طريق حساب خارج قسمة الوزن بالكيلوجرام على مربع الطول بالمتراً. وغالبا تقسم السمنة في ضوء هذا المؤشر إلى عدة فئات كالتالي (Weir & Jan, 2019):

١. نقص الوزن: مؤشر كتلة الجسم أقل من ١٨,٥ كجم/م^٢.
٢. الوزن الطبيعي: مؤشر كتلة الجسم أكبر من أو يساوي ١٨,٥ كجم/م^٢ إلى ٢٤,٩ كجم/م^٢.
٣. الوزن الزائد: مؤشر كتلة الجسم أكبر من أو يساوي ٢٥ إلى ٢٩,٩ كجم/م^٢.

٤. السمنة: مؤشر كتلة الجسم أكبر من أو يساوي ٣٠ كجم/ م^٢.

أ- الفئة الأولى للسمنة: مؤشر كتلة الجسم من ٣٠ كجم/ م^٢ إلى أقل من ٣٥ كجم/ م^٢.

ب- الفئة الثانية للسمنة: مؤشر كتلة الجسم من ٣٥ كجم/ م^٢ إلى أقل من ٤٠ كجم/ م^٢.

ج- الفئة الثالثة للسمنة: مؤشر كتلة الجسم ٤٠ كجم/ م^٢ فأكثر، وتصنف هذه الحالة على أنها سمنة مفرطة.

٣. مؤشرات أخرى

تم طرح عدة أسئلة يجب عليها المفحوص في ضوء مستويات ليكرت الخماسي ويعطي درجة من خمسة حسب درجة توفر الدرجة لديه. وتدخل درجات الاستجابة عليها ضمن تحليل مصفوفة الارتباط. وهذه الأسئلة كالآتي:

١. تقبل المظهر: هل أنت قادر على تقبل مظهرك الجسدي؟

٢. المشاعر السلبية: كم مرة يكون لديك مشاعر سلبية مثل عسر المزاج، والملل، واليأس، والقلق، والاكئاب؟

إجراءات الدراسة

تم الحصول على العينة ممن استجابوا على الصورة الالكترونية من المقياس، وذلك بعد إطلاع المستجيب من الاناث بأغراض المقاييس والدراسة التي يجريها الباحثان. تم الاتفاق على عدم إعلان أي تفاصيل تمت إليهم بصلة وأن الأسماء والبيانات الشخصية الخاصة بهم سرية ولن يطلع عليها أحد. كما تم التنبيه على الاناث المستجيبات بضرورة الانسحاب إذا ما شعرن بالإحراج أو الملل. تم صياغة مقاييس وأدوات الدراسة إلكترونياً من خلال منصة Google forms من خلال الرابط <https://forms.gle/DQFV6QftnnVVweoF9>. ولم يطلب من

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.6.2.7>

المستجيبات على المقياس تحديد نوع المرض المزمن أو شدته اللاتي يعانين منه، لعدم اشعارهن بالإحراج.

التحليل الاحصائي

استخدم التحليل العاملي للتحقق من بنية المقياس الثلاثية، والعامل العام. ثم تم التحقق منه تلك البنية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، مع إجراء التحقق من استقلالية واعتمادية البنية الثلاثية للعوامل. واستخدم اختبارات للتحقق من وجود فروق بين من يعانين ولا يعانين من أمراض مزمنة في سلوك الشره الانفعالي للإناث البالغات. واستخدم تحليل التباين الأحادي الاتجاه للمقارنة بين مستويات الحالة الاجتماعية للإناث (أنسة، متزوجة، مطلقة) في سلوك الشره الانفعالي. وقد استبعدت حالات الأرامل نظراً لندرتهن وسط الاستجابات على المقياس، كما استبعدت حالات الذكور نظراً لتفوق الإناث في متلازمة الأكل بنهم أو الشره الانفعالي. واستخدم معامل الارتباط الجزئي باعتبار أن متغير العمر متغيراً مصاحباً لعزل أثره عن التجربة.

النتائج والتفسير

أولاً: التحليل العاملي الاستكشافي لبنية مقياس الشره الانفعالي

استخدم التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة تحليل المحاور الأساسية Principle Axis Factoring (PAF)، والتدوير العمودي والمائل مرة، ومرة أخرى بدون تدوير. ولوحظ أن المفردات استخلصت بدون تدوير على أربعة عوامل فسرت ٣١,٥٨٪ من التباين الكلي لمصفوفة الارتباط، وبعد التدوير المائل بطريقة Promax استخلصت المفردات على عامل عام بلغ الجذر الكامن له ٣٧,١٠ وفسر ٤٧,٤١٪ من تباين مصفوفة الارتباط. بينما التدوير

العمودي بطريقة Varimax أسفر عن ثلاث عوامل فسرت ٨٥,٤٧٪ من تباين المصفوفة الكلية للارتباط. وفيما يلي نتائج تشبع المفردات على العوامل الثلاث:

جدول (١): تشبع مفردات مقياس الشره الانفعالي على العوامل الثلاث

م	توصيف الحالة الانفعالية	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
١	مستاء			٠,٦٣
٢	محبط			٠,٧٥
٣	متزعزع			٠,٥٧
٤	متهك	٠,٤٨		
٥	غير مؤهل	٠,٦١		
٦	فرح	--	--	--
٧	متمرد	--	--	--
٨	شعور بالدونية	٠,٦٣		
٩	متوتر		٠,٥٨	
١٠	حزين			٠,٥٤
١١	غير مستقر	٠,٤٩		
١٢	منزعج	٠,٦٣		
١٣	غيور	--	--	--
١٤	قلقي		٠,٧٤	
١٥	محبط		٠,٦٥	
١٦	وحيد	٠,٦٠		
١٧	حانق	٠,٤٦		
١٨	على حافة الهاوية		٠,٥٩	
١٩	مشوش	٠,٦٦		
٢٠	عصبي	٠,٥٨		

م	توصيف الحالة الانفعالية	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
٢١	غاضب	٠,٥٢		
٢٢	مذنب	--	--	--
٢٣	ضجر	٠,٦٢		
٢٤	عاجز	٠,٦٠		
٢٥	مضطرب	٠,٥٧		

بلغت قيمة محك كايزر ماير أولكين ٠,٩٤ وهو ما يعني كفاية العينة لإجراء التحليل الاحصائي. وقد فسرت المفردات ٤٧,٨٥٪ من التباين الكلي لمصفوفة الارتباط. وقد تحقق شرط بساطة النموذج بتوزيع كل مفردة على عامل واحد وواحد فقط وذلك عند قبول نقطة قطع ٠,٤٥، لقبول تشعب المفردة. وقد تقارب النموذج العاملي بعد التدوير.

بلغ الجذر الكامن للعامل الأول ٥,٢٣ وفسر ٢٠,٩٣٪ من التباين الكلي لمصفوفة الارتباط، وتشبعت عليه المفردات ٤ و ٥ و ٨ و ١١ و ١٢ و ١٦ و ١٧ و ١٩ و ٢٠ و ٢١ و ٢٣ و ٢٤ و ٢٥ وسمي بعامل الوعي المعرفي لسلوكيات الطعام. بينما بلغ الجذر الكامن للعامل الثاني ٣,٩١ وفسر ١٥,٦٢٪ من التباين الكلي لمصفوفة الارتباط وتشبعت عليه المفردات ٩ و ١٤ و ١٥ و ١٨ وسمي عامل مشاعر الأكل المضطرب. وبلغ الجذر الكامن للعامل الثالث ٢,٨٣ وفسر ١١,٣٠٪ من التباين الكلي لمصفوفة الارتباط وتشبعت عليه المفردات ١ و ٢ و ٣ و ١٠ وسمي عامل الأكل الانفعالي.

ثانياً: التحليل العاملي التوكيدي للأبنية التنافسية للمقياس

استخدم التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من البنية العاملية للمقياس، وذلك بطريقة المربعات الصغرى غير الموزونة. وتقارن الدراسة بين النموذج العامل العام من الرتبة الأولى والثانية، ونموذج العوامل الثلاثة. وكانت النتائج لمؤشرات المطابقة على النحو التالي:

جدول (٢): مؤشرات المطابقة للنماذج التنافسية لمقياس الشرة الانفعالي.

SRMR	PGFI	GFI	NNFI	RMSEA	X ²	النموذج
٠,٠٤٩	٠,٩٩	٠,٩٩	٠,٩٩	٠,٠٧٩	٩٠٩,٧٥ P=0.000	العامل العام من الرتبة الثانية
٠,٠٤٢	٠,٩٩	٠,٩٩	١	٠,٠٧٢	٤٥٧,١٨ P=0.000	العوامل الثلاث من الرتبة الأولى
٠,٠٤٢	٠,٩٩	٠,٩٩	١	٠,٠٧٢	٤٥٧,١٨ P=0.000	العامل العام من الرتبة الثانية
يقترَب من الصفَر	يقترَب من الواحد الصحيح	أكبر من أو يساوي ٠,٩٥	أكبر من أو يساوي ٠,٩٥	يقترَب من الصفَر	عدم دلالة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر

أسفرت النتائج عن مطابقة حسنة للمؤشرات للنماذج الثلاث، إلا أن النموذجين الثلاثي العوامل من الرتبة الأولى، ونموذج العامل العام من الرتبة الثانية متطابقين. كما أسفرت النتائج لنموذج العوامل الثلاثة من الرتبة الأولى عن مصفوفة الارتباط التالية عن برنامج الليزرل:

جدول (٣): مصفوفة الارتباط بين العوامل الثلاثة لمقياس الشره الانفعالي.

الأكل الانفعالي	الأكل غير المنضبط	الوعي بعادات الأكل	المتغير
		١	الوعي بعادات الأكل
	١	٠,٨٥ ٠,٠٢ ٣٩,٩٥	الأكل غير المنضبط
١	٠,٨٠ ٠,٠٣ ٢٦,٤٣	٠,٨٥ ٠,٠٢ ٤٠,٣٥	الأكل الانفعالي

أسفرت النتائج عن معاملات ارتباط متوسطة ودالة احصائيا مما يعني أن العوامل الثلاثة تتنظم حول عامل عام من الرتبة الثانية. وأن سمة الشره الانفعالي متسقة داخليا في ضوء نتائج مصفوفة معامل الارتباط الناتجة من برنامج ليزرل في التحليل.

رابعاً: الفروق بين المصابات وغير المصابات بأمراض مزمنة في الشره الانفعالي

استخدم اختبارات للعينات المستقلة للتحقق من وجود فروق جوهرية بين المصابات وغير المصابات بأمراض مزمنة في أبعاد مقياس الشره الانفعالي والدرجة الكلية. والجدول (٤) يوضح النتائج:

جدول (٤): المقارنة بين المصابات وغير المصابات بأمراض مزمنة في الشره الانفعالي.

البعد	الإصابة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة
الوعي بعادات الأكل	نعم	٣٦	٢٦	٨,٦٥	٠,٤٨	٣٧٦	٠,٦٣١ غير دال
	لا	٣٤٢	٢٥,١٤	١٠,٣٦			
الأكل غير المنضبط	نعم	٣٦	٤,٧٢	١,٩٧	٠,٢٢	٣٧٦	٠,٨٢٨ غير دال
	لا	٣٤٢	٤,٨١	٢,٣٤			

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.6.2.7>

الدالة	درجة الحرية	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	الإصابة	البعد
٠,٨١١	٣٧٦	٠,٢٣	٣,١٥	٧,٤١	٣٦	نعم	الأكل الانفعالي
غير دال			٣,٦٤	٧,٥٧	٣٤٢	لا	
٠,٨١١	٣٧٦	٠,٢٤	١٢,٤٩	٣٨,١٣	٣٦	نعم	الشهه الانفعالي
غير دال			١٥,٠٢	٣٧,٥٢	٣٤٢	لا	

لم يتضح طبقاً للنتائج وجود فروق دالة احصائياً بين المصابات وغير المصابات بأمراض مزمنة في سلوك الشهه الانفعالي. هذا يرجع إلى أن الإصابة بالمرض المزمن قد تكون وراثية أو راجعة لبعض التغيرات في كيمياء الدم أو المخ أو الظروف السياقية التي يتعرض لها الاناث. أن الشهه الانفعالي كما حددته الدراسات إنما يرتبط بخلل مستويات الكورتيزول أو تشوهات الايض، أو ارتفاع مستويات السكر في الدم والذي قد ينتج عن التهام الانثى لمعدلات سكر عالية كتناول الشوكولاتة أو شرب المياه الغازية.

كما أن الشهه الانفعالي لدى الاناث إنما راجعاً لعدة مسببات إما الحالة المزاجية السلبية التي تمر بها الانثى نتيجة فترة الاغلاق في وباء كورونا، أو حالات المشاعر السلبية مثل التوتر والقلق والاكتئاب والضغط والاعباء التي أضيفت إلى كاهلها نتيجة حرصها على صحة ذويها من الأبناء أو الوالدين في حالة الأنسات. أو قد ترجع إلى عدم القدرة على التكيف على الواقع الذي تعيشه الانثى وبالتالي تشعر بأزمة ويكون الشهه الانفعالي هو الحيلة الدفاعية للهروب أو التكيف غير الآمن مع الموقف الراهن.

واتضح من النتائج عدم وجود روق دالة احصائيا بين المصابات وغير المصابات بالأمراض المزمنة في أبعاد الشهه الانفعالي والدرجة الكلية له. وهذا يعكس أن الشهه الانفعالي ليس استجابة لمعاناة الاناث من المرض وإنما من جراء الظروف المصاحبة للوباء وما تعكسه من

مزاج سيء أو ظروف تكيف قائمة على الانفعال بدرجة أثرت على عادات الاكل، وتناول الطعام بصورة غير منتظمة أو زادة عدد الوجبات التي تتناولها الانثى أو الاعتماد على الوجبات السريعة، أو الاكل هروبا من المشكلات الانفعالية التي يعانين منها الاناث.

خامساً: المقارنة بين مستويات الحالة الاجتماعية للإناث في سمة الشره الانفعالي:

استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي الاتجاه لدراسة الفروق بين مستويات الحالة

الاجتماعية (أنسة، متزوجة، مطلقة) في الشره الوجداني بأبعاده ودرجته الكلية. والجدول () يوضح نتائج التحليل:

جدول (٥): الفروق بين الحالة الاجتماعية (أنسة، متزوجة، مطلقة) في الشره الانفعالي

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
الوعي بعادات الاكل	بين	٢٥٢,٧٦	٢	١٢٦,٣٨	١,٢٢	٠,٢٩٧ غير دال
	داخل	٣٨٩٦٤,٥٧	٣٧٥	١٠٣,٩١		
	الكلية	٣٩٢١٧,٣٣	٣٧٧			
الأكل غير المنضبط	بين	٣٨,٣٠	٢	١٩,١٥	٣,٦٥	٠,٠٢٧ دالة
	داخل	١٩٦٥,٨٢	٣٧٥	٥,٢٤		
	الكلية	٢٠٠٤,١٢	٣٧٧			
الأكل الانفعالي	بين	٣٧,٥٦	٢	١٨,٧٨	١,٤٦	٠,٢٣٤ غير دال
	داخل	٤٨٣٣,٨٩	٣٧٥	١٢,٨٩		
	الكلية	٤٨٧١,٤٤	٣٧٧			
الشره الانفعالي	بين	٦٧٨,٨٥	٢	٣٣٩,٤٣	١,٥٦	٠,٢١٢ غير دال
	داخل	٨١٦٨٥,٤٢	٣٧٥	٢١٧,٨٣		
	الكلية	٨٢٣٦٤,٢٨	٣٧٧			

اتضح عدم وجود فروق دالة بين الحالات الاجتماعية المختلفة للإناث في الشره الوجداني في أبعاد الوعي بعادات الأكل، والأكل الانفعالي وفي الدرجة الكلية للمقياس. بينما وجدت فروق بين الاناث من الحالات اجتماعية المختلفة في الأكل غير المنضبط.

جدول (٦): المقارنة البعدية بين الحالة الاجتماعية (أنسة، متزوجة، مطلقة) في الأكل غير المنضبط.

الدلالة	الخطأ المعياري	متوسط الفروق	مستويات الحالة الاجتماعية	
			الحالة (ب)	الحالة (أ)
٠,٦٧٤	٠,٤٤	٠,٣٨	متزوجة	أنسة
٠,٠٣٣	٠,٤٤	١,١٦	مطلقة	
٠,٤٣١	٠,٦٠	٠,٧٧	مطلقة	متزوجة

اتضح من النتائج أن دلالات مستويات المقارنات البعدية أن الأنسات والمطلقات يعانين من الأكل غير المنضبط (Mean differences= 1.16, P=.033)، لكنه لا يتمتعن بالشره الانفعالي (F= 1.56, P=.212). وهذا قد يكون للعلامات الحيوية للجسم دوراً بالغاً في هذا، وليس نتيجة المشاعر السلبية، كفترات الحمل والطمث. كما أن اعتماد الانثى بالأخص التي تعمل أو تدرس على وجبات خفيفة خلال فترات النهار بالإضافة إلى الوجبات الرئيسية كما أن اعتمادهن على المسليات والمقبلات كالمياه الغازية والسكريات والدهون المشبعة قد يؤثر على مستويات السكر في الدم والتي تشعر الفتاة أو الانثى بحاجة للأكل بصورة غير منضبطة الأمر الذي يؤثر على صحتها.

كما أن انخفاض درجات التعاطف مع الذات لدى الانسة والمطلقة، وكذلك انخفاض مفهوم الذات خصوصاً وأن مؤشر متوسط العينة في كتلة الجسم كان مرتفعاً الأمر الذي يعني أنهم يعتمدون على عادات خاطئة في الأكل، سواء أكان هذا بوجبات إضافية سريعة، أو المقبلات على الطعام أو غير ذلك من العادات الخاطئة في تناول الطعام.

سادساً: العلاقة بين الشره الوجداني والمتغيرات النفسية

استخدم أسلوب معامل الارتباط الجزئي وذلك عن طريق عمل ضبط احصائي لتأثير متغير العمر باعتباره متغير مصاحب على العلاقة بين الشره الانفعالي وبعض المتغيرات النفسية. وكانت النتائج على النحو الميّن:

جدول (٧): العلاقة بين الشره الانفعالي وبعض المتغيرات النفسية.

(٣)	(٢)	(١)	
		١	مؤشر كتلة الجسم (١)
	١	*٠,١٠٨	الشره الانفعالي (٢)
١	٠,٠٠٨	*٠,١٤٠-	تقبل مظهر الجسم (٣)
٠,٠٨٦-	*٠,١٠٥	٠,٠٢٥-	الشعور بالمشاعر السلبية (٤)

وتبدو الدرجات منطقية فيما يتعلق بمؤشر كتلة الجسم وتقبل المظهر الجسمي، فقد كانت العلاقة بينهما عكسية. وهذا يعني انخفاض مفهوم الذات الجسمي كلما زاد مؤشر الجسم، مما يضغط على الفتاة والانثى بالشره الانفعالي.

ولوحظ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مؤشر كتلة الجسم والشره الانفعالي بمعنى أن الشره الانفعالي للانثى يزيد بزيادة مؤشر كتلة الجسم، وهذا قد يرجع إلى انعدام ثقة الفتاة بالنفس، مما يضغط على الفتاة انفعالياً خصوصاً لعدم قدرة معظم الفتيات على الالتزام بمعايير الاكل الغذائي "الريجيم"، مما يجعل الفتاة تسلم للواقع وتلتهم كميات طعام غير محسوبة او غير منضبطة.

وارتبط الشعور بالمشاعر السلبية عكسياً بالشه الشهه الانفعالي، فالانفعال الضاغظ يولد نوع من التوتر فيجعل الفرد يستسلم للأعراض الاكتئابية، ويكون الشهه الانفعالي هو حيلة دفاعية للهروب من الواقع.

وقد تتفق النتائج الحالية للدراسة مع دراسة Reichenberger et al. (2021) التي ترى أن الشهه الانفعالي إنما هو تعبيراً عن سوء القدرة على التعبير عن المزاج السيء. وأن الشهه الانفعالي نابعاً من حالات خلل الشعور بالجوع والشبع وليس وسيلة للمتعة والشعور باللذة من تناول الطعام أو قد يكون نتيجة سوء التكيف القائم على الانفعال وهذا يتفق أيضاً مع نتائج (Burgess et al., 2014; Verhoeven et al., 2015). كما أن وجود عينات تعاني من بعض الأمراض المزمنة في عينة الدراسة الحالية قد يعكس دور الشهه الانفعالي السلبي في تناول كميات مبالغاً فيها من الطعام وهذا قد أشارت إليه دراسة (Sultson et al. (2017).

كما أن خلل الفرد في التعايش مع الظروف المصاحبة للوباء والضغوط الاجتماعية والأكاديمية والاسرية أدت إلى خلل في عمليات التوافق، واعتماد الاناث على التكيف القائم على الانفعال بدلاً من التكيف القائم على حل المشكلات وهذت يؤدي في حد ذاته إلى الشهه الانفعالي وهذا يتفق مع دراسات (Haedt-Matt & Keel, 2011; Nicholls et al., 2016). أو قد يكون تناول الطعام استجابة إلى حالات الضغوط والاجهاد النفسي التي تتعرض لها الاناث جراء فترات التفكير والعمل خلال فترة الوباء والتفكير السلبي في المستقبل وهذا يتفق مع دراسة (Chao et al. (2016).

المناقشة والتعليق

توصلت الدراسة إلى أن الشهه الانفعالي ومكوناته الثلاث (الوعي بعادات الأكل، الأكل غير المنضبط، الأكل الانفعالي) لا يختلف بكون الفتاة مصابة أو غير مصابة بأمراض

مزمنة. وهذا يبرر أن الشره الانفعالي قد يرتبط بالتوقيتات الفسيولوجية للفتاة سواء عقب فترات الطمث والدورة الشهرية أو في فترات التغيير الهرموني. كما أن الإصابة بأمراض مزمنة قد يكون نابغاً عن الضغوط اليومية كالضغط والسكر، أو قد يكون نابغاً عن تاريخ الحالة المرضي، أو قد يكون نابغاً من السمنة والبدانة، أو قد يكون راجعاً لتأثير الوراثة والتغيير الجيني. كما أن الوعي بعادات الأكل لا يتغير بكون الفتاة مصابة بأمراض مزمنة أو غير مصابة، فقد يكون الخلل في عادات الأكل راجعاً لاضطرابات النوم أو بالحالة الانفعالية، أو نتيجة استخدام المقبلات والمشروبات الغازية، أو قد يكون مرتبطاً بالحالة الإيجابية للفتاة التي تشعر إما بالنشوة أو المتعة أثناء التهام كميات كبيرة من الطعام.

كما أن الأكل غير المنضبط قد يرتبط بفترات العمل أو مدة ساعات العمل خلال النهار والتي تجعل الفتاة تتناول وجبات سريعة أو خفيفة تعتمد على الدهون المشبعة، على الرغم من إصابة الفتاة في بعض الأحيان ببعض الأمراض المزمنة التي تمنعها من ذلك. أو قد يرجع إلى فقدان الشهية الانفعالي المرتبط بأعباء وضغوط العمل والتي تلزم الفرد بتأجيل فترات الأكل أو الحصول على وجبات غير مثالية.

كما وجدت فروق بين الأنسات والمطلقات في مكون الأكل غير المنضبط، بالرغم من أن أعداد الفتيات المطلقات ضئيل في ضوء حجم العينة، وهذا يعني أن التوتر والضغط النفسية، كما أن درجات الفتيات المطلقات تعاني من تضخم في قيمها مقارنة بدرجات الأنسات، وهذا قد يرجع للضغوط الانفصال، أو الصراعات بينها وبين الشريك المنفصل، أو قد تكون نابغة. أو قد يكون نابغاً إلى فقدان الشهية المؤقت خلال فترات النهار الضاغطة، والتعويض بوجبات أكل متقاربة خلال فترات الليل مما يزيد الاضطراب خلال فترات الليل صحياً بصورة تؤثر على صحة الفتاة النفسية. لكنه يتضح من درجات المقارنات البعدية أن الأنسات درجاتهم أعلى وهذا

قد يرجع نتيجة كبر حجم العينة في الأنس، وهذا لا يمكن تبريره نتيجة تفاوت حجم العينة مما يوقع في خطأ من النوع الأول في تفسير الدرجات.

وفي مجمل السياق الاجتماعي تعتقد الفتاة أن الوزن المثالي هو نوع من المثالية، وتحتل هذه المعايير باختلال مؤشر كتلة الجسم، فإن الانثى لا تتقبل بمظهرها الجسمي، ويختل مفهوم الذات الجسمي، وتنخفض الثقة بالنفس، فيسود الشعور بالمشاعر السلبية، وعليه يقل الالتزام بالأكل المنضبط، نتيجة التوتر أو ظروف العمل اليومية، أو الحصول على وجبات سريعة. وهذا يبرر تشبع المفردات التي تدل على الاستياء والإحباط والتزعزع والحزن والتي تشير إلى الانفعال المبالغ فيه المؤدي للأكل. أما العبارات التي تشير إلى الانفعالات التي تتعلق بالالتزام بروتين عصبي معين. ونظراً لتداخل المفردات في تفسير مشاعر الأكل التي تتعلق بالانفعالات فقد تشبع المفردات على عامل عام من الرتبة الثانية وهو نموذج متطابق مع نموذج العوامل الثلاثة من الرتبة الأولى.

محددات الدراسة: اعتمد الباحث على شبكات التواصل الاجتماعي للوصول إلى العينة، وهذا قد يؤكد بعض التحيز في استبعاد بعض الافراد من غير مستخدمي مواقع التواصل أو الذين لا يمكنهم استخدام الحواسيب اللوحية أو الهواتف الذكية. كما أن الباحث استند إلى مقياس للتقرير الذاتي وهذا قد يتعارض مع بعض المؤشرات التي أقرها الدليل التشخيصي والاحصائي للصحة العقلية. كما أن التحيز قد يكون راجعاً إلى استخدام الاناث عن الذكور وهذا بسبب تفوقهن في الاعراض الاكتئابية والشعور بالقلق.

References

- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T., & Evers, C. (2011). Emotional eating: eating when emotional or emotional about eating. *Psychology and Health*, 26(1), 23-39.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, V.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5Ed)*. American Psychiatric Pub.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79–90.
- Blomquist, K. K., Milsom, V. A., Barnes, R. D., Boeka, A. G., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2012). Metabolic syndrome in obese men and women with binge eating disorder: Developmental trajectories of eating and weight-related behaviors. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 1021–1027.
- Bryant, E., King, N., & Blundell, J. (2008). Disinhibition. Its effects on appetite and weight regulation. *Obesity Reviews*, 9(5), 409–419.
- Budkevich, R. O., Putilov, A. A., Tinkova, E. L., & Budkevich, E. V. (2021). Chronobiological traits predict the restrained, uncontrolled, and emotional eating behaviors of female university students. *Chronobiology International*, 1-10.

- Burgess, E. E., Turan, B., Lokken, K. L., Morse, A., & Boggiano, M. M. (2014). Profiling motives behind hedonic eating. Preliminary validation of the palatable eating motives scale. *Appetite*, *72*, 66–72.
- Cardi, V., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behavior: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *57*, 299- 309
- Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, *160*, 105122.
- Chao, A., Grey, M., Whittemore, R., Reuning-Scherer, J., Grilo, C. M., & Sinha, R. (2016). Examining the mediating roles of binge eating and emotional eating in the relationships between stress and metabolic abnormalities. *Journal of behavioral medicine*, *39*(2), 320-332.
- Coulthard, H., Sharps, M., Cunliffe, L., & van den Tol, A. (2021). Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite*, *161*, 105082.
- Dalton, M., Finlayson, G., Esdaile, E., & King, N. (2013). Appetite, satiety, and food reward in obese individuals. A behavioral phenotype approaches. *Current Nutrition Reports*, *2*(4), 207–215.
- Epel, E., Lapidus, R., McEwen, B., & Brownell, K. (2001). Stress may add bite to appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, *26*, 37–49.
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, *3*, 341–347.

- Gluck, M. E., Geliebter, A., Hung, J., & Yahav, E. (2004). Cortisol, hunger, and desire to binge eat following a cold stress test in obese women with binge eating disorder. *Psychosomatic Medicine*, 66, 876–881.
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137, 660–681.
- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Coit, C. E., Tsuang, M. T., McElroy, S. L., Crow, S. J., & Rosenthal, N. R. (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91, 1568–1573
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International journal of obesity*, 24(12), 1715-1725.
- Kwan, M. L., Weltzien, E., Kushi, L. H., Castillo, A., Slattery, M. L., & Caan, B. J. (2009). Dietary patterns and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27(6), 919–926.
- Linderman, M., & Stark, K. (2001). Emotional eating and eating disorder psychopathology. *Eating Disorders*, 9, 251–259.
- Macht, M. (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness, and joy. *Appetite*, 33(1), 129- 139.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1–11.

- Marty, L., de Lauzon-Guillain, B., Labesse, M., & Nicklaus, S. (2021). Food choice motives and the nutritional quality of diet during the COVID-19 lockdown in France. *Appetite*, 157, 105005.
- Nagata, J. M., & Murray, S. B. (2021). Updates in the treatment of eating disorders in 2020: a year in review in eating disorders: the journal of treatment & prevention. *Eating Disorders*, 1-11.
- Nejati, B., Fan, C. W., Boone, W. J., Griffiths, M. D., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2020). Validating the Persian intuitive eating scale-2 among breast cancer survivors who are overweight/obese. *Evaluation & the Health Professions*, 0163278720965688.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., et al. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766–781.
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eating disorders*, 17(3), 211-224.
- Nicholls, W., Devonport, T., & Blake, M. (2016). The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obesity Reviews*, 17(1), 30– 42.
- Prunell-Castañé, A., Jurado, M. Á., & García-García, I. (2021). Clinical binge eating, but not uncontrolled eating, is associated with differences in executive functions: Evidence from meta-analytic findings. *Addictive behaviors reports*, 13, 100337.
- Rahme, C., Obeid, S., Sacre, H., Haddad, C., Hallit, R., Salameh, P., & Hallit, S. (2021). Emotional eating among Lebanese adults: scale validation,

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.6.2.7>

- prevalence, and correlates. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(4), 1069-1078.
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A. K., Richard, A., Voderholzer, U., Naab, S., & Blechert, J. (2021). Emotional eating across different eating disorders and the role of body mass, restriction, and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 773-784.
- Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E., & Faravelli, C. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*, 53, 418–421.
- Stark, M. L. K. (2001). Emotional eating and eating disorder psychopathology. *Eating Disorders*, 9(3), 251-259.
- Sultson, H., Kukk, K., & Akkermann, K. (2017). Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the Positive-Negative Emotional Eating Scale. *Appetite*, 116, 423-430.
- Sultson, H., Kukk, K., & Akkermann, K. (2017). Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the positive-negative emotional eating scale. *Appetite*, 116, 423– 430.
- Vainik, U., Dagher, A., Dube, L., & Fellows, L. K. (2013). Neurobehavioural correlates of body mass index and eating behaviours in adults. A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(3), 279–299.
- Vainik, U., Neseliler, S., Konstabel, K., Fellows, L. K., & Dagher, A. (2015). Eating traits questionnaires as a continuum of a single concept. Uncontrolled eating. *Appetite*, 90, 229-239.

- Van Strien, T., Donker, M. H., & Ouwens, M. A. (2016). Is desire to eat in response to positive emotions an “obese” eating style: Is Kumperspeck for some people a misnomer? *Appetite*, 100, 225- 235.
- Verbiest, I., Bleichert, J., Debeuf, T., Verbeken, S., Klosowska, J. C., Michels, N., & Braet, C. (2021). Is there stress eating in children and adolescents? A first validation of the Dutch version of the Salzburg Stress Eating Scale. *Appetite*, 167, 105657.
- Verhoeven, A. A. C., Adriaanse, M. A., de Vet, E., Fennis, B. M., & de Ridder, D. T. D. (2015). It's my party and I eat if I want to. Reasons for unhealthy snacking. *Appetite*, 84, 20– 27.
- Yönder Ertem, M., & Karakaş, M. (2021). Relationship between emotional eating and coping with stress of nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 433-442.
- Weir, C. B., & Jan, A. (2019). BMI classification percentile and cut off points. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541070/>

