رویش روان شناسی، سال ۸، شماره٦، شماره پیاپی **۳۹**، شهریور ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(6), 2019

پیش بینی اختلالات خوردن بر اساس رگه‌های هوش هیجانی و سبک زندگی کارآمدی وزن در دانش آموزان دختر متوسطه دوم

Correlation among various aspects of Emotional Quotient, level of confidence and eating disorders in second grade junior high school students

دکتر جواد عینی پور(نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران
فرانک محسن زاده
کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، گیلان

Dr. Javad Einipour*
Assistant Professor of Amin police University, Tehran
Faranak Mohsenzadeh
M. A. of Psychology, Islamic Azad University of Rasht, Guilan

چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی اختلالات خوردن بر اساس رگه‌های هوش هیجانی و اطمینان به خود در مدارس دخترانه متوسطه دوم منطقه رحمت‌آبادوبلوکات انجام شد. روش تحقیق از نوع همبستگی پیش‌بین می‌باشد. حجم نمونه ۱۱۲ نفر از دانش‌آموزان شاغل به تحصیل سال تحصیلی ۹۵-۹۴ بودند. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه آزمون نگرش به تغذیه کارنر و همکاران(۱۹۷۹)، پرسشنامه رگه هوش هیجانی پترایدز و همکاران(۲۰۰۴) و پرسشنامه سبک زندگی کارآمدی وزن کلارک و همکاران(۱۹۹۱) می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss 22 و آزمون آماری رگرسیون چندمتغیره به روش گام‌به‌گام تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد اطمینان به خود در خوردن پیش‌بینی‌کننده بهتری در تشخیص اختلالات خوردن نسبت به رگه‌های هوش هیجانی است و مؤلفه دسترسی به مواد غذایی در بین مؤلفه‌ها بیشترین پیش‌بینی‌کنندگی را دارد. بنابراین بین اطمینان به‌خود با اختلالات خوردن رابطه وجود دارد و اطمینان به‌خود در خوردن (خودکارآمدی) در پیش‌بینی اختلالات خوردن سهم بیشتری نسبت به رگه‌های هوش هیجانی دارد. اما در پیش‌بینی جوع، خودآگاهی از رگه‌های هوش هیجانی و در پیش‌بینی کنترل دهانی و عادات غذایی، دسترسی به مواد غذایی از مولفه‌های سبک زندگی (خودکارآمدی) نقش مهمتری دارند. بر اساس این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که در پیش‌بینی اختلالات خوردن به‌عنوان یکی از مشکلات شایع در دانش‌آموزان، متغیرهای شناختی، خودآگاهی و اثر گارسیا دخیل می‌باشند و با مداخله‌های محیطی، تمرین‌های اصلاح شناختی و افزایش هوش هیجانی می‌توان از وقوع این اختلال جلوگیری نمود.

کلید واژه‌ها : اختلالات خوردن، اطمینان به خود، سبک زندگی کارآمدی وزن

Abstract

This research was conducted to prediction of eating disorders based on various aspects of Emotional Quotient, level of confidence in second grade junior high school students in Rahmat Abad and Bolookat. The method is predictor correlation. The samples were 112 students were studying in 94-95 years. The questionnaires consisted of Eating Attitudes Test (Carner et al., 1979), Trait Emotional Intelligence (Petrides et al., 2004), and Weight Efficacy Lifestyle (Clarke et al., 1991). Data were analyzed by multi-regression and stepwise-regression using SPSS.V. 22 software. Weight efficacy lifestyle questionnaire better predictor than Trait emotional intelligence questionnaire is an advantage in diagnosing eating disorders. Access to food is the best predictor of eating disorders. Weight efficacy lifestyle questionnaire (wel) (Self-Efficacy) was a Larger share in predicting eating disorders. But Self-awareness One of the components trait emotional intelligence was Larger share in predicting Bulimia nervous One of the components eating dissorders and Access to food was the best predictor oral control and Food habits .Based on this study, it can be concluded that in predicting eating disorder as one of the common problems in students, cognitive factors, self-awareness, and Garcia's effect are involved. This disorder can be prevented form occuring by environmental interventions, cognitive exercises, and increased emotional intelligence.

Keywords: Eating disorder, Trait emotional intelligence, Self-Efficacy.

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت** : اردیبهشت ۹۷ | **پذیرش**: خرداد ۹۷ | **ویرایش نهایی** : آبان ۹۸

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.19.5]

مقدمه

نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین و مهمترین دوره‌های رشد انسان محسوب گردیده و به دلیل وسعت تغییرات فیزیکی و رفتاری و مغزی در این دوران (گریفین[۱]، ۲۰۱۷)، وضعیت تغذیه‌ای این گروه سنی تحت تأثیر عوامل مختلف قرار گرفته و فرد بیشترین مشکلات را در رابطه با تصویر ذهنی و بدنی خویش دارد (مهان و اسکات- استامپ[۲]، ۲۰۰۴). نوجوانان به ویژه جنس مؤنث در سنین بلوغ به دلایل متعدد از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی و نژادی توجّه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند (برونل و ولش[۳]، ۲۰۱۷). مهمترین گروه در معرض خطر اختلالات خوردن، دختران نوجوان و جوان هستند که در آنها این اختلالات شایعترین بیماری، بعد از چاقی و آسم تعریف شده است (کلین[۴] و ولش، ۲۰۰۴).

یکی از عوامل مهم دخیل در اختلالات خوردن فقدان سازماندهی و سامانبخشی به رفتار است (شهسواری، فتحی آشتیانی و رسول‌زاده طباطبائی، ۱۳۹۶). این بدتنظیمی در رفتار خوردن است که مسبب اختلال‌های خوردن می گردد (ترنست، ویلیام[۵]، ۲۰۱۵). دختران در بیشتر موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش برای مواجهه با فشارهای مرتبط با تغییرات دوره بحرانی و پرچالش بلوغ، نگرش های نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می کنند و این مواجهه ممکن است، مشکلات رفتارهای خوردن را ایجاد کند (شمیی[۶]، ۲۰۰۵). تأثیر اساسی که این اختلالات بر سلامت دارند، موجب شده است تا توسط سازمان بهداشت جهانی[۷](۲۰۱۵)، در زمره بیماریهای روانی با اولویت بالا و حایز اهمیت برای کودکان و نوجوانان قرارگیرند. در مطالعات کلین و همکاران[۸](۲۰۰۴) مشخص شد که مهم‌ترین گروه در معرض خطر اختلالات خوردن، دختران نوجوان و جوان هستند که در آن‌ها این اختلالات شایعترین بیماری، بعد از چاقی و آسم، تعریف شده است. «براساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲)، علت اصلی این اختلالات هنوز به خوبی شناخته نشده است و درمان آن ها مشکل است و بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمان‌های کنونی ندارند (دال،[۹]۲۰۱۱؛ جنکینز، هاست و مایر[۱۰]، ۲۰۱۱). بیشتر پزشکان در خصوص اختلال خوردن حداقل ۵ ساعت آموزش تخصصی می‌بینند (گیرز، لافرانس رابینسون و تسییر[۱۱]، ۲۰۱۴). لارن[۱۲] (۲۰۱۲) خاطر نشان می کند که اختلالات خوردن، سومین بیماری مزمن شایع در میان نوجوانان است و میزان شیوع آن در سراسر جهان در حال افزایش است. نتایج اغلب نظرسنجی‌ها حاکی است که بالاترین میزان شیوع آن در دختران جوان دبیرستانی و پیش دانشگاهی مشاهده شده است(کاستیلین، لاپی، راولدی، وناسی، روتلا و دیگران[۱۳]، ۲۰۰۸؛ والر[۱۴]، ۱۹۹۴؛ سینرا[۱۵]، ۲۰۰۶).

در ذکر علل تبیین‌کننده این اختلال می‌توان گفت که فشار اجتماعی در این خصوص تأثیرگذار است و افرادی که در زمینه های گوناگون به‌راحتی تسلیم فشارهای اجتماعی می‌شوند، از نظر هوش هیجانی ضعیف قلمداد می شوند (بار – آن، ۲۰۰۶). هم‌چنین، فقدان انگیزه لازم برای تغییر نیز یکی از دیگر مسائل و مشکلاتی است که غالبا در اختلال خوردن دیده می‌شود (علی، فارر، فسناچت، گولیور، بوئر و دیگران[۱۶]، ۲۰۱۶). درخصوص ارتباط اختلال خوردن با هوش هیجانی، تنظیم هیجانات، استحکام ایگو و میزان اطمینان به خود تحقیقاتی صورت گرفته است: گیلبا[۱۷]- اسکچمن و اونون، زوبری و جکزمین[۱۸] (۲۰۰۶) دریافتند که زنان دارای اختلالات خوردن در قیاس با گروه سالم، آگاهی کمتری از هیجانات خود داشته و در کنترل هیجانات خود با مشکل مواجه می‌شوند و همچنین افراد کم‌اشتها در قیاس با افراد پراشتها از آگاهی هیجانی کمتری برخوردارند. در مقابل افراد پراشتها نسبت به کم‌اشتها در تنظیم هیجانات خود مشکلات

[1] Griffin
[2] Mahan & Scott- Stump
[3] Brownell & Walsh
[4] Klein
[5] Ernst , Wilms, Thurnheer & Schultes
[6] Chamay
[7] world health organization(WHO)
[8] Klein & Walsh
[9] Dalle
[10] Jenkins, Hoste & Meyer
[11] Girz, Lafrance Robsinson, & Tessier
[12] Lauren
[13] Castellini, Lapi, Ravaldi, Vannacci, Rotella, Faravelli & Ricca
[14] Waller
[15] Senra
[16] Ali, Farrer, Fassnacht, Gulliver, Bauer & Griffiths
[17] Gilboa, Avnon, Zubery & Jeczmien
[18] Sehechtman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.19.5]

بیشتری نشان داده‌اند. ویجیل، کونیگ، گومز، لاو و برتاشنایدر[1] (۲۰۱۶) گزارش کردند که شاخص توده بدنی با هوش هیجانی پایین تر به طور معنی داری رابطه دارد. عباس‌زاده، علیزاده‌اقدم و مختاری‌اصل (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای که بر روی ۴۰۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه تبریز انجام داده بود، نشان داد که هوش هیجانی و ابعاد آن با اختلالات خوردن و ابعاد آن رابطهٔ منفی و معنادار دارد؛ به این معنی که هر اندازه خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی و در کل هوش هیجانی آزمودنی‌ها افزایش یابد، اختلالات خوردن در آنها کاهش می یابد و برعکس. پژوهش‌های بیشتر می‌تواند مکانیسم های زیربنایی که این مشکلات سلامت روانی را به هم پیوند می دهد، شناسایی کنند. هانسون، داوکان تایته و جانسون[2] (۲۰۱۷) در تحقیقی با عنوان اختلال خوردن و بدتنظیمی هیجانی در بین نوجوانان و والدین آنها نتیجه‌گیری کردند که بین بدتنظیمی هیجانی و اختلال در خوردن رابطه وجود دارد.

بنابراین پژوهش حاضر با توجه به کمبودهای مطالعاتی که در زمینه این اختلال در نوجوانان جوامع روستایی با تاکید بر ابعاد هوش هیجانی وجود داشت، با هدف بررسی رابطه رگه‌های هوش هیجانی و میزان اطمینان‌به‌خود با اختلالات خوردن در بین دانش آموزان دختر متوسطه دوم رحمت آباد و بلوکات انجام شده است.

روش

از لحاظ هدف این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ ماهیت و روش از نوع تحقیقات همبستگی پیش‌بین محسوب می‌شود. جامعه آماری کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه دوم در آموزش‌وپرورش منطقه رحمت آباد و بلوکات در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بودند. با توجه به امکانات موجود کل دانش‌آموزان دختر ۱۸۸ نفر برای مطالعه در نظر گرفته شدند امّا در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها تعدادی از دانش آموزان به دلایل شخصی از جمله (مایل نبودن به پرکردن پرسشنامه، طولانی بودن پرسشنامه‌ها، امتحان و اضطراب امتحان در روز نمونه‌گیری و...) از شرکت در پژوهش انصراف دادند که به علّت ناقص بودن پرسشنامه و عدم رضایت‌شان از بین نمونه‌ها حذف و در نهایت ۱۱۲ پرسشنامه برای تجزیه‌وتحلیل باقی ماند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سبک زندگی کارآمدی وزن[3] کلارک و همکاران (۱۹۹۱): این پرسشنامه توسط کلارک، آبرامز، نیایورا، ایتون و روسی[4] (۱۹۹۱) ساخته شد و دارای ۲۰ گویه در خصوص خودکارآمدی رفتار خوردن است. از پاسخگویان خواسته می‌شود تا اعتمادشان را در خودداری از خوردن در ۲۰ موقعیت اغواکننده درجه‌بندی کنند. سوالها در یک مقیاس ده نقطه‌ای لیکرت از صفر (نامطمئن) تا ۹ (بسیار مطمئن) پاسخ داده می‌شوند و شامل خرده مقیاس‌های : هیجان‌های منفی (شامل گویه‌های ۱،۶،۱۱،۱۶)، دسترسی به مواد غذائی(۲،۷،۱۲،۱۷)، فشار اجتماعی(۳،۸،۱۳،۱۸)، ناراحتی جسمانی(۴،۹،۱۴،۱۹) و فعالیت‌های مثبت (۵،۱۰،۱۵،۲۰) می‌باشد. به‌منظور کسب نمره کلی این پرسشنامه، نمره همه سوال‌ها جمع می‌شود و تقسیم بر ۲۰ می‌شود و جهت بدست آوردن نمره برای هرخرده مقیاس، جمع سوال‌های همان زیر مقیاس تقسیم بر ۴ می‌شود. نمره هر خرده مقیاس می‌تواند بین ۱۰ تا ۴۰ باشد و نمره بالاتر، اطمینان بالاتر را نشان می‌دهد. تحلیل ساختاری این پرسشنامه بوسیله کلارک و همکاران(۱۹۹۱) انجام شده است. فرم اصلی ۴۰ سوالی روی نمونه‌ای به حجم ۱۶۲ نفر از افراد دارای اضافه وزن اجرا شد که در نتیجه آن ۵ عامل که منعکس کننده ۵ بعد فرض شده خودکارآمدی بود، بدست آمد. بر اساس این نتایج، فرم کوتاه‌شده ۲۰ سوالی این پرسشنامه نیز طراحی شد و روی ۲۲۰ نفر از افراد شرکت‌کننده در برنامه‌های مهار وزن اجرا شد و ساختار نظری در این گروه نمونه نیز تأیید گردید. بارهای عاملی برای این ۲۰ گویه از ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ بودند. بنابراین روائی سازه این پرسشنامه کاملا مورد تأیید می باشد. در مورد روائی همزمان، همبستگی نمرات کل آن با نمرات کل مقیاس توانائی خودمهارگری خوردن(ESES) به میزان ۰/۶۷ بدست آمده است که حاکی از روائی همزمان مناسب آن می باشد. برای برآورد پایائی، ضریب آلفای کرونباخ نیز برای نمونه مذکور نیز به ترتیب ۰/۸۳، برای خرده مقیاس در درسترس بودن ۰/۸۸، برای خرده‌مقیاس هیجان‌های منفی ۰/۸۴، برای خرده‌مقیاس ناراحتی جسمانی ۰/۷۹، برای فعالیت‌های مثبت ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس فشار اجتماعی بدست آمد(کلارک و همکاران، ۱۹۹۱). هم چنین در داخل کشور، بابائی، خداپناهی و صادق‌پور(۱۳۸۷) روائی مناسب آنرا با تحلیل عاملی تأیید کردند و پایائی

[1] Weigel, König, Gumz, Löwe & Brettschneider
[2] Hansson, Daukantaité & Johnsson
[3] weight eficacy life style questionnaire (WEL)
[4] Clark, Abrams, Niaura, Eaton & Rossi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.19.5]

کلیه عامل‌های آن را با برآورد ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ مناسب توصیف نمودند. محققان برای محاسبه پایائی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ آنرا ۰/۷۷ بدست آوردند.

آزمون نگرش به تغذیه[1] گارنر[2] و همکاران(۱۹۷۹) : این پرسشنامه توسط گارنر و گارفینکل[3] (۱۹۷۹) در ۴۰ ماده ساخته شد. این پرسشنامه، پراستفاده ترین ابزار استانداردی است که برای سنجش نشانگان اختلالات تغذیه به کار می روند. نسخه اخیر ۲۶ ماده ای آن در مطالعات زیادی مورد استفاده قرار گرفته و دارای سه زیرمقیاس عادت غذایی، جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک مقیاس۶ درجه‌ای صورت می گیرد: همیشه(۳)، اکثرا(۲)، اغلب(۱)، گاهی(۰)، به‌ندرت(۰) و هرگز(۰). سوال ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می گردد. پائین‌ترین نمره‌ای که به فرد تعلق می گیرد(۰) و بالاترین نمره (۷۸) است. در پژوهش مینتز و اُهالوران[4](۲۰۰۰) روایی ملاک این آزمون با معیارهای DSM-IV برای اختلال های خوردن را ۰/۹۰ گزارش نمودند. گارنر و همکاران(۱۹۸۲) ضریب پایائی آن را به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و به روش بازآزمائی ۰/۸۴ گزارش کرده اند. در مطالعه نانس (۲۰۰۵) روایی پرسشنامه بر روی ۱۶۱ زن برزیلی بررسی شد که ضریب اعتبار آن با حساسیت تشخیصی ۴۰٪ و ویژگی ۸۴٪ محاسبه شد. پورقاسم گرگری، کوشاور، سیدسجادی، کرمی و شاهرخی(۱۳۸۷) برای بررسی پایائی آن در داخل کشور، ابتدا پرسشنامه را با مشورت و راهنمائی متخصص روانپزشکی به فارسی ترجمه کردند. بعد از تهیه پرسشنامه، جهت تأیید پایائی و قابلیت تکرار آن، مطالعه ای به صورت پایلوت، روی ۱۱۰ دانش آموز انجام گرفت. بعد از ۲ ماه با مراجعه مجدد به نمونه‌ها، پرسشنامه ها دوباره توسط دانش‌آموزان پر شدند. میزان اعتبارآن را با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و با روش بازآزمائی ۰/۸ محاسبه کردند. محققان به منظور برآورد پایائی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ آنرا ۰/۷۲ محاسبه نمودند.

پرسشنامه رگه هوش هیجانی[5]: پرسشنامه رگه هوش هیجانی توسط پترایدز و فارنهام(۲۰۰۴) ساخته شد و یک مقیاس خودسنجی است. فرم اصلی و نخستین آن دارای ۱۴۴ ماده و ۱۵ زیر مقیاس است. فرم کوتاه این پرسشنامه از ۳۰ ماده تشکیل شده است. نمره گذاری این پرسشنامه در یک مقیاس ۷ درجه‌ای کاملاً موافق تا کاملاً مخالف صورت می‌گیرد. نمره گذاری مادّه های ۲۸، ۲۶، ۲۵، ۲۲، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۸، ۷، ۵، ۴ و۲ معکوس است. نتایج تحلیل عاملی به روش بیشینه درست نمایی نشان دادند که پرسشنامه رگه هوش هیجانی (پترایدز، فردریکسون و فارنهام[6]، ۲۰۰۶) از چهار عامل درک‌وارزیابی عواطف خود و دیگران، خوش‌بینی، خودآگاهی و مهارت‌های اجتماعی تشکیل شده است و عوامل عمده موجود در ساخت نظری، سازه هوش هیجانی را می سنجد. احمدی ازغندی، فراست معمار، تقوی و ابوالحسنی(۱۳۸۵) برای بررسی روائی و پایائی آن با اجرای پژوهشی در یک نمونه ۹۳۶ نفری از دانش آموزان، پایائی آزمون را با روش همسانی درونی دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و با روش باز آزمائی ۰/۷۱ گزارش نمودند. از آنجا که این پژوهش عاملهای این پرسشنامه از طریق روش تحلیل عاملی استخراج شده است، روائی سازه آن مورد تأیید می باشد. آنها برای بررسی روائی همگرایی این پرسشنامه، میزان همبستگی آن را با مقیاس های هوش هیجانی شرینک ۰/۶ گزارش نمودند که حاکی از روائی مناسب آن است. همبستگی های بالا بین نمره‌های دو مقیاس (باهوش هیجانی شرینگ)، روایی همگرای آن را تایید کردند. هم چنین محققان برای برآورد پایائی این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای آنرا ۰/۷۴ محاسبه نمودند.

پس از دریافت مجوز لازم از آموزش‌وپرورش منطقه رحمت‌آبادو بلوکات، پرسشنامه‌های تکثیر شده در بین دانش‌آموزان توزیع گردید و سپس اطلاعات پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS وارد گردید و با استفاده از رگرسیون چندمتغیره گام‌به‌گام مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

[1] the eating attitudes test (EAT-26)
[2] Garner
[3] Garfinkel
[4] Mintz & O'Halloran
[5] trait emotional intelligence questionaire
[6] Petrides, Frederickson & Farnham

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.19.5]

جدول ۱: خلاصه تحلیل رگر سیون چندگانه (روش گام به گام) نمرات کل سبک زندگی کار آمدی وزن و رگه های هوش هیجانی برای پیش بینی اختلالات خوردن

متغیر	β	t	p	Part correlation	R	R^2	SE	F	P	آزمون دوربین واتسون
سبک زندگی کار امدی وزن	۰,۲	۲,۱۸	۰,۰۳	۰,۲	۰,۲	۰,۰۳	۹,۰۲	۴,۷۵	۰,۰۳	۱,۵۲

جدول ۲: تحلیل رگرسیون پیش بینی اختلالات خوردن بر اساس مولفه‌های سبک زندگی کارآمدی وزن

متغیر	β	t	p	Part correlation	R	R^2	SE	F	P	آزمون دوربین واتسون
دسترسی به مواد غذایی	۰,۲۹	۳,۲۴.	۰,۰۰	۰,۲۹	۰,۲۹	۰,۰۹	۸,۸۰	۱۰,۴۹	۰,۰۱	۱,۶۳

با توجه به جدول شماره ۱، مشخص می‌شود که مقیاس سبک زندگی کارآمدی وزن با (β=0/20) و (t=2/18) پیش‌بینی کننده متغیر اختلالات خوردن می‌باشد (p<0/03). ضریب همبستگی نیمه‌تفکیکی (R=0/20) می‌باشد که نشان‌دهنده سهم اختصاصی این مؤلفه در پیش‌بینی متغیر اختلالات خوردن می‌باشد هم چنین با توجه به جدول شماره۲، مشخص می‌شود که خرده مقیاس دسترسی به مواد غذایی از مولفه‌های سبک زندگی کارآمدی وزن با (β=0/29) و (t=3/24) پیش‌بینی کننده اختلالات خوردن است (p<0/01). همچنین ضریب همبستگی نیمه‌تفکیکی (R=0/29) می‌باشد که نشان‌دهنده سهم اختصاصی این خرده مولفه در پیش‌بینی متغیر اختلالات خوردن می‌باشد.

جدول ۳: خلاصه رگر سیون چند گانه (گام به گام) سبک زندگی کارآمدی وزن و رگه های هوش هیجانی در پیش بینی مؤلفه های مختلف نگرش به تغذیه (اختلالات خوردن)

ملاک متغیر	متغیر پیش بین	β	t	p	Part correlation	R	R^2	SE	F	P	آزمون دوربین- واتسون
کنت رل دهانی	دسترسی به مواد غذایی	۰,۳۳	۳,۶۳	۰,۰۰	۰,۳۳	۰,۳۳	۰,۱۱	۴,۱۱	۱۳,۱۸	۰,۰۱	۲,۰۱
عادات غذائی	دسترسی به مواد غذایی	۰,۲۱	۲,۲۷	۰,۰۲	۰,۲۱	۰,۲۱	۰,۰۴	۶,۲۷	۵,۱۶	۰,۰۲	۱,۹۹
جوع	خود آگاهی	-۰,۲۴	-۲,۶	۰,۰۱	-۰,۲۴	-۰,۲۴	۰,۰۶	۲,۱۷	۶,۷۵	۰,۰۱	۲,۰۷

با توجه به جدول شماره ۳، مشخص می‌شود که خرده مقیاس دسترسی به مواد غذایی از مولفه‌های سبک زندگی کارآمدی وزن با (β=0/33) و (t=3/63) پیش‌بینی‌کننده خرده‌مقیاس کنترل دهانی می‌باشد(p<0/001). همچنین ضریب همبستگی نیمه‌تفکیکی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.19.5]

(۰/۳۳) می‌باشد که نشان‌دهنده سهم اختصاصی این خرده‌مولفه در پیش‌بینی خرده‌مقیاس کنترل دهانی می‌باشد. هم‌چنین مشخص می‌شود که خرده‌مقیاس دسترسی به مواد غذایی از مولفه‌های سبک زندگی کارآمدی وزن با (β=0/21) و (t=2/27) پیش‌بینی‌کننده خرده مقیاس عادات غذایی می‌باشد. (p=0/02). همچنین ضریب همبستگی نیمه تفکیکی (۰/۲۱) می‌باشد که نشان‌دهنده سهم اختصاصی این خرده مؤلفه در پیش‌بینی خرده‌مقیاس عادات غذایی می‌باشد. هم‌چنین مشخص می‌شود که خرده‌مقیاس خودآگاهی از مولفه‌های رگه هوش هیجانی با (β=-0/24) و (t=-2/6) پیش‌بینی‌کننده خرده مقیاس جوع یا تمایل‌به‌خوردن می‌باشد(p=0/01). همچنین ضریب همبستگی نیمه تفکیکی 0/24 می‌باشد که نشان‌دهنده سهم اختصاصی این خرده مولفه در پیش‌بینی خرده مقیاس جوع یا تمایل به خوردن می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

یکی از نتایج این تحقیق این است که سبک زندگی کارآمدی وزن پیش‌بینی‌کننده اختلالات خوردن می‌باشد. به بیان دیگر، افرادی که خودکارآمدی (اعتمادبه‌خود در خوردن) بالاتری را نشان داده‌اند بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن قرار دارند. به نظر می‌رسد آنها معمولا چنین تصور می کنند که قادر خواهند بود با اختلالات خوردن مقابله نمایند یا به وزن ایده‌آل دست یابند اما این تصوّر آنها را بیش از دیگران در معرض خطر قرار می دهد. این یافته با تحقیقات مورین، دمرز، تورکات و منجیو[1] (۲۰۱۳)، پیمان و عزتی رستگار، تقی پور و اسماعیلی (۱۳۹۱)، نویدیان، کرمان سروی، امانی (۱۳۹۱)، نریمانی و قاسمی نژاد (۱۳۹۳) مبنی بر اینکه خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی‌کننده کاهش وزن و پیش‌بینی‌کننده موفقیت برنامه کنترل وزن است، همخوان است. در واقع، اعتمادبه‌خود (خودکارآمدی) به باورهای فرد در ارتباط با توانایی‌هایش در انجام امور دلالت دارد و از منابع مختلف از جمله توفیق‌ها و شکست‌های خود فرد، مشاهده موفقیت یا شکست دیگرانی که شبیه به او هستند، و ترغیب کلامی سرچشمه می گیرد و به برآورد شخصی فرد از اینکه توانایی مقابله موفقیت‌آمیز با یک تهدید را دارد یا ندارد، اشاره می‌کند. این رفتارها با توجه به عوامل محیطی از جمله وسایل ارتباط جمعی تشدید می‌شود. بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری نمود که علت بروز این اختلال عوامل شخصی و محیطی است که البته به‌صورت مستقل از هم عمل نمی کنند. به عبارت دیگر، در بروز رفتار اختلالات خوردن تنها به خود فرد به عنوان یک عامل مستقل نمی‌تواند تاکید نمود بلکه شرایط محیطی نیز بر رفتار افراد تاثیر می‌گذارند. بر اساس دیدگاه‌های شناختی رفتاری ترس از چاق‌شدن و اختلال در تن‌انگاره، به متغیرهای اجتماعی – فرهنگی در بروز اختلال خوردن ارتباط دارد. همچنین ایده‌آل تلقی کردن تصاویر رسانه های لاغری، چاق بودن وگرایش به مقایسه خود با اشخاص فوق‌العاده جذّاب همگی به نارضایتی از بدن منجر می‌شود. به عبارت دیگر، بسیاری از یادگیری‌های دانش‌آموزان در یک محیط اجتماعی (شامل خانواده، مدرسه، دوستان و...) اتفاق می‌افتد. که از طریق مشاهده دیگران، مهارت‌ها و دیدگاه‌های مختلف را می‌آموزند. دانش‌آموزان نوجوان محدوده مورد مطالعه با این که در نقاط کمتر برخوردار زندگی می‌کنند اما با توجه به دسترسی به وسایل ارتباط جمعی تحت تاثیر الگوهای جهانی زن مطلوب هستند و سعی می‌کنند از این الگو تبعیت کنند. به نظر می‌رسد عوامل محیطی نقش مهمتری را در بروز و کنترل اختلالات خوردن داشته باشد.

دیگر یافته این تحقیق آن است که مؤلفه دسترسی به موادّ غذائی - که یکی از مؤلفه‌های پرسشنامه سبک زندگی کارآمدی وزن می‌باشد - پیش‌بینی‌کننده اختلالات خوردن، کنترل دهانی و عادات غذائی می‌باشد. علّت تبیین‌کننده این یافته با رویکرد رفتاری میسّر است. چنین پدیده‌ای نوعی از اثر گارسیا می‌باشد. در اثر گارسیا، وقتی محرّکی خوشایند و طبیعی (US) بعد از استفاده، خطراتی را برای ارگانیسم به همراه داشته باشد، از حالت خوشایندی به حالت آزارنده تغییر می‌یابد. در این پدیده، فرد پس از دسترسی داشتن به مواد غذائی (US)، با افزایش وزن خویش مواجه می‌شود (UR؛ پدیده ای ناخوشایند برای فرد)؛ بنابراین در چنین وضعیتی نزدیک‌ترین محرک به اضافه وزن یعنی دسترسی به مواد غذائی و دیگر محرّک‌های موجود در صحنه‌های خوردن و دسترسی به مواد غذائی به صورت محرک آزارنده در می‌آیند(هرگنهان و السون، ۲۰۰۱).

یافته دیگر این تحقیق آن است که خودآگاهی به صورت معکوس پیش‌بینی‌کننده جوع می‌باشد. خودآگاهی مؤلفه‌ای است که اشراف کامل آگاهی بر فرآیندهای توجه و حافظه را رقم می‌زند. در چنین حالتی اشتباهات تصمیم گیری به حداقل می رسد و کنترل

[1] Morin, Demers, Turcotte & Mongeau

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.19.5]

هیجانی مطلوب اتفاق می افتد. به این دلیل است که در حالت خودآگاهی، فرد با مدیریت هیجان‌های خویش به دام مشکلات خوردن نمی‌افتد و می‌تواند رفتار صحیح خوردن را از رفتار اشتباه خوردن تشخیص دهد.

یکی دیگر از نتایج این تحقیق این است که مولفه خودآگاهی از مولفه‌های هوش هیجانی بیشترین تاثیر را در پیش بینی جوع (پر اشتهایی عصبی) از خرده مولفه‌های اختلالات خوردن دارد و بین آنها رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. این یافته ها با نتایج تحقیقات الوی، رانیا، کارولئو، دیفازیو و سگورا-گارسیا[1] (۲۰۱۷)، کچویی (۱۳۹۱)، فیلایر، لارو و روویکس[2](۲۰۱۰) مبنی بر ارتباط اختلالات خوردن و هوش هیجانی همخوانی دارد. با توجه به ارتباط خودآگاهی با بی اشتهایی عصبی به نظر می رسد هوش هیجانی و آگاهی از خود بالاتر می‌تواند در کاهش ابتلا به بی‌اشتهایی عصبی مؤثر باشد و بنابراین برای کنترل اختلالات خوردن باید در جهت افزایش خودآگاهی و هوش هیجانی افراد اقداماتی انجام شود تا منجر به کنترل اختلال خوردن شود. در نتیجه، در پیش بینی اختلالات خوردن که یکی از مشکلات شایع در بین نوجوانان و بویژه دختران می‌باشد، متغیرهای شناختی، خودآگاهی و اثر گارسیا دخیل می‌باشند. میزان اطمینانی که فرد از خویش درباره عدم اضافه وزن دارد، با فاکتورهای شناختی تعامل می‌نماید که نتیجه آن افزایش ابتلا به اختلالات خوردن است. از طریق مداخله‌های محیطی، اصلاح شناختی مورد نیاز و افزایش هوش هیجانی می‌توان از وقوع این اختلال جلوگیری نمود. یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر، افت نمونه گیری بود. اگرچه محقق سعی نمود از میزان آن بکاهد اما به علّت عواملی خارج از کنترل محقق، مقداری افت نمونه گیری اتفاق افتاد که خوشبختانه حجم نمونه را از کفایت برای تحقیقات همبستگی خارج نکرد.

منابع

احمدی ازغندی، ع.، فراست معمار، ف.، تقوی، س. ح و ابوالحسنی، آ. (۱۳۸۵). روایی و اعتبار پرسشنامه رگه هوش هیجانی پترایدز و فارنهام. *نشریهٔ روا نشناسی و علوم تربیتی، روا نشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۰(۳): ۱۶۸-۱۵۷.

انجمن روانپزشکی امریکا. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم* (ترجمهٔ فرزین رضاعی و دیگران)، تهران: کتاب ارجمند.

بابائی، س.، خداپناهی، م. ک و صادق پور، ص. (۱۳۸۷). رواسازی و بررسی اعتبار پرسشنامه سبک زندگی مؤثر بر وزن. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۱): ۷۵- ۸۱.

پورقاسم‌گرگری، ب.، سیدسجادی، ن.، کرمی، ص و شاهرخی، ح. (۱۳۸۷). خطر اختلالات خوردن در دانش آموزان دبیرستانی دختر تبریز در سال ۱۳۸۶. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. ۳۰(۴): ۲۶-۲۱.

پیمان، ن.، عزتی رستگار، خ.، تقی پور، ع و اسماعیلی، ح. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مبتنی بر خودکارآمدی در ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای و کنترل وزن در دختران نوجوان دارای اضافه وزن و چاقی. *ارمغان دانش*. ۱۷(۲): ۱۲۸-۱۱۷.

سیف، ع. (۱۳۹۲). *تغییر رفتار و رفتار در مانی: نظریه‌ها و روشها*. تهران: نشر دوران.

شهسواری، م.، فتحی آشتیانی، ع و رسول‌زاده طباطبائی، ک. (۱۳۹۶). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و رفتار خوردن در زنان با شاخص توده بدنی بالا و طبیعی. *یافته*، ۱۹(۱): ۱۹-۸.

عباس‌زاده، م.، علیزاده‌اقدم، م.، مختاری‌اصل، م. (۱۳۹۲). سنجش میزان اختلال خوردن و ارتباط آن با هوش هیجانی(مطالعه موردی دانشجویان دختر دانشگاه تبریز). *نشریه زن در توسعه و سیاست*. ۱۱(۲): ۲۳۷-۲۵۲.

کرینگ، آ. م.، دیویسون، ج. سی.، نیل، ج. م و جانسون، ش. ل. (۲۰۰۷). *آسیب شناسی روانی، روانشناسی نابهنجار* (ترجمه حمید شمسی پور، ۱۳۹۱)، تهران: انتشارات ارجمند.

کچوئی، م.، فتحی‌آشتیانی، ع و الهیاری، ع. (۱۳۹۱). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی با نشانه‌های اختلال خوردن دردانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۵۰): ۹۳-۸۴.

نریمانی، م و قاسمی‌نژاد، م. (۱۳۹۳). نقش عوامل روانشناختی در پیش بینی اختلال پرخوری. *روانشناسی مدرسه*. ۳(۳): ۱۰۵-۸۶.

نویدیان، ع.، کرمان ساروی، ف و ایمانی، م. (۱۳۹۱). رابطه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن با اضافه وزن و چاقی. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*. ۱۴(۶): ۵۵۶-۵۶۳.

هرگنهان، بی. آر و السون، م. اچ. (۲۰۰۱). *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری*(ترجمه علی اکبر سیف، ۱۳۹۵). نشر دوران.

[1] Aloi, Rania, Caroleo, De Fazio & Segura-García
[2] Filaire, Larue & Rouveix

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.19.5]

Ahmad, S., Waller, G., & verduyn, CH. (1994). Bulimic attitudes among Asian and Caucasian school girls, *Eating Disorders*, 15(1): 91-97.

Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2016). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *Eeating Disorders*. 50 (1): 9-21.

Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., De Fazio, P., & Segura-García, C. (2017). Social Cognition and Emotional Functioning in Patients with Binge Eating Disorder. *European eating disorders review*. 25(3): 172- 178.

Bar-on, R. (2006). *The bar-on model of emotional intelligence skills development traning, program and student achievement and retention*. Unpublished raw data, Texas: Texas A & M University-Kingsville.

Brownell, K. D., & Walsh, B. T. (2017). *Eating disorders and Obesity* (3rd Ed). New York :Guilford Press.

Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P. A. (2005). Partial eating disorders among adolescents: a review. *Journal of adolescent health*. 37 (5): 416-26.

Clark, M. M., Abrams, D.B., Niaura, R.S., & Eaton, C. A., Rossi J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5): 739-744.

Dalle, G. R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 22 (2): 153-60.

Garner, D. M., & Garfinkel P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological medicine. 9(2): 273-279.

Gilboa – schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmien, P. (2006).Emotional processing in eatingdisorders: specific impairment orgeneral distress related deficiency? *Journal of Depression and Anxiety*, 23(6):331-339.

Castellini, G., Lapi, F., Ravaldi, C., Vannacci, A., Rotella, C. M., Faravelli, C., et al. (2008). Eating disorder psychopathology does not predict the overweight severity in subjects seeking weight loss treatment. *Comprehensive psychiatry*. 49(4): 359–63. Doi: 10.1016/j.comppsych.2008.01.005.

Filaire, E., Larue, J., & Rouveix, M. (2010). Eating Behaviours in Relation to Emotional Intelligence. *International Journal of Sports Medicine.* 32(4): 309-315.

Girz, L., Lafrance Robinson, A., & Tessier, C. (2014). Is the next generation of physicians adequately prepared to diagnose and treat eating disorders in children and adolescents*? Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention, 22* (5): 375-85.

Griffin, A. (2017). Adolescent neurological Development and implications for health and well- being. *Healthcare*, 5(4): 62. Doi: 10.3390/healthcare5040062

Hansson, E., Daukantaité, D., & Johnsson, P. (2017). Disordered eating and emotion dysregulation among adolescents and their parents. *BMC Psychology*, 5(1): 1-12.

Jenkins, P. E., Hoste, R. R., & Meyer, C. (2011). Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *ClinPsychol Rev*. 31(1): 113-21.

Klein D. A., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: clinical features andpathophysiology. *Physiol Behave*, 81 (2): 359-74.

Mahan, L. K., & EscottStumps, S. (2004). Krause's food nutrition and diet thrapy (11th Ed). Philadelphia: Saunders.

Mintz, L. B., & O'Halloran, M. S. (2000). The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*. 74(3): 489-503.

Morin, P., Demers, K., Turcotte, S., & Mongeau, L. (2013). Association between perceived self-efficacy related to meal management and food coping strategies among working parents with preschool children. *Appetite*. 65(1): 43-50. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.01.012

National Institute of Mental Health. (2001). *Eating disorders: Facts abouteating disorders and the search for solutions*. Retrieved November 30, 2005, from http://www. Nimh. nih.gov/publicat/ eatingdisorders. Cfm

Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait Emotional Intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies, *European Journal of Personality*, 15(6): 425-448.

Senra, C. (2006). Comparison of 10 to 12 year old boys and girls using a Spanish version of the childrens eating attitudes test, *Personality Ind differences*, 42(6): 947-957.

Weigel, A., König, H. H., Gumz, A., Löwe, B., & Brettschneider, C. (2016). Correlates of health related quality of life in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(6): 630-634. doi: 10.1002/eat.22512.

World Health Organization. (2015). *mental health: facing the challenges, building solutions*. Geneva: WHO Regional Office Europe.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.19.5]