

## 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

**Dr. Javad Einipour\***

Assistant Professor of Amin police University,  
Tehran

**Faranak Mohsenzadeh**

M. A. of Psychology, Islamic Azad University of  
Rasht, Guilan

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

#### 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 disorders 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 occurring by environmental interventions, cognitive exercises, and increased emotional intelligence.

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

#### چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی اختلالات خوردن بر اساس رگه‌های هوش هیجانی و اطمینان به خود در مدارس دخترانه متوسطه دوم منطقه رحمت‌آباد و بولوکات انجام شد. روش تحقیق از نوع همبستگی پیش‌بین می‌باشد. حجم نمونه ۱۱۲ نفر از دانش‌آموزان شاغل به تحصیل سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بودند. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه آزمون نگرش به تغذیه کارنر و همکاران (۱۹۷۹)، پرسشنامه رگه هوش هیجانی پتریدز 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 به خود با اختلالات خوردن رابطه وجود دارد و اطمینان به خود 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 مؤلفه‌های 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

## 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<sup>۱</sup>، 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<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). نوجوانان به ویژه جنس مؤنث در سنین بلوغ به دلایل متعدد از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی و نژادی توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند (برونل و ولش<sup>۳</sup>، 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<sup>۴</sup> 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 می‌گردد (ترنست، ویلیام<sup>۵</sup>، 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، نگرش‌های نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می‌کنند و این مواجهه ممکن است، مشکلات رفتارهای خوردن را ایجاد کند (شمی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). تأثیر اساسی که این اختلالات بر سلامت دارند، موجب شده است تا توسط سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup> (۲۰۱۵)، در زمره بیماریهای روانی با اولویت بالا و حایز اهمیت برای کودکان و نوجوانان قرارگیرند. در مطالعات کلین و همکاران<sup>۸</sup> (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 آن‌ها مشکل است و بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمان‌های کنونی ندارند (دال، ۲۰۱۱<sup>۹</sup>؛ جنکینز، هاست و مایر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱). بیشتر پزشکان در خصوص اختلال خوردن حداقل ۵ ساعت آموزش تخصصی می‌بینند (گیرز، لافرانس رابینسون و تسییر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴). لارن<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۲) خاطر نشان می‌کند 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 پیش‌دانشگاهی مشاهده شده است (کاستیلین، لاپی، راولدی، وناسی، روتلا و دیگران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸؛ والر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۴؛ سینرا<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۶).

در ذکر علل تبیین‌کننده این اختلال می‌توان گفت که فشار اجتماعی در این خصوص تأثیرگذار است و افرادی که در زمینه‌های گوناگون به‌راحتی تسلیم فشارهای اجتماعی می‌شوند، از نظر هوش هیجانی ضعیف قلمداد می‌شوند (بار - آن، ۲۰۰۶). هم‌چنین، فقدان انگیزه لازم برای تغییر نیز یکی از دیگر مسائل و مشکلاتی است که غالباً در اختلال خوردن دیده می‌شود (علی، فارر، فسناچت، گولیور، بوئر و دیگران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۶). در خصوص ارتباط اختلال خوردن با هوش هیجانی، تنظیم هیجانات، استحکام ایگو و میزان اطمینان به خود تحقیقاتی صورت گرفته است: گیلبا<sup>۱۷</sup> - اسکچمن و اونون، زوبری و جکزمین<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۶) دریافته‌اند 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 پراشته‌ها از آگاهی هیجانی کمتری برخوردارند. در مقابل افراد پراشته‌ها نسبت به کم‌اشتها در تنظیم هیجانات خود مشکلات

<sup>1</sup> Griffin

<sup>2</sup> Mahan & Scott- Stump

<sup>3</sup> Brownell & Walsh

<sup>4</sup> Klein

<sup>5</sup> Ernst , Wilms, Thurnheer & Schultes

<sup>6</sup> Chamay

<sup>7</sup> world health organization(WHO)

<sup>8</sup> Klein & Walsh

<sup>9</sup> Dalle

<sup>10</sup> Jenkins, Hoste & Meyer

<sup>11</sup> Girz, Lafrance Robsinson, & Tessier

<sup>12</sup> Lauren

<sup>13</sup> Castellini, Lapi, Ravaldi, Vannacci, Rotella, Faravelli & Ricca

<sup>14</sup> Waller

<sup>15</sup> Senra

<sup>16</sup> Ali, Farrer, Fassnacht, Gulliver, Bauer & Griffiths

<sup>17</sup> Gilboa, Avnon, Zubery & Jeczmiem

<sup>18</sup> Sehechtman

بیشتری نشان داده‌اند. ویجیل، کونینگ، گومز، لاو و برتاشنایدر<sup>۱</sup> (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 رابطه 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 می‌یابد و برعکس. پژوهش‌های بیشتر می‌تواند مکانیسم‌های زیربنایی که این مشکلات سلامت روانی را به هم پیوند می‌دهد، شناسایی کنند. هانسون، داوکان تایت و جانسون<sup>۲</sup> (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 دانش‌آموزان 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 دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم در آموزش و پرورش 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 اما در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها تعدادی از دانش‌آموزان 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 علت ناقص بودن پرسشنامه و عدم رضایت‌شان از بین نمونه‌ها حذف و در نهایت ۱۱۲ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل باقی ماند.

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه سبک زندگی کارآمدی وزن<sup>۳</sup> کلارک و همکاران (۱۹۹۱):** این پرسشنامه توسط کلارک، آبرمز، نیایورا، ایتون و روسی<sup>۴</sup> (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 غذایی (۲، ۷، ۱۲، ۱۷)، فشار اجتماعی (۳، ۸، ۱۳، ۱۸)، ناراحتی جسمانی (۴، ۹، ۱۴، ۱۹) و فعالیت‌های مثبت (۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰) می‌باشد. به منظور کسب نمره کلی این پرسشنامه، نمره همه سوال‌ها جمع می‌شود و تقسیم بر ۲۰ می‌شود و جهت بدست آوردن نمره برای هر خرده 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 مهارت‌آموزی 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 کاملاً مورد تأیید می‌باشد. در مورد روائی همزمان، همبستگی نمرات کل آن با نمرات کل مقیاس توانایی خودمهارگری خوردن (ESES) به میزان ۰/۶۷ بدست آمده است که حاکی از روائی همزمان مناسب آن می‌باشد. برای برآورد پایایی، ضریب آلفای کرونباخ نیز برای نمونه مذکور نیز به ترتیب ۰/۸۳، برای خرده مقیاس در دسترس بودن ۰/۸۸، برای خرده مقیاس هیجان‌های منفی ۰/۸۴، برای خرده مقیاس ناراحتی جسمانی ۰/۷۹، برای فعالیت‌های مثبت ۰/۸۹، برای خرده مقیاس 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 پایایی

<sup>1</sup> Weigel, König, Gumz, Löwe & Brettschneider

<sup>2</sup> Hansson, Daukantaitė & Johnsson

<sup>3</sup> weight efficacy life style questionnaire (WEL)

<sup>4</sup> Clark, Abrams, Niaura, Eaton & Rossi

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

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

**آزمون نگرش به تغذیه<sup>۱</sup> گارنر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۷۹):** این پرسشنامه توسط گارنر و گارفینکل<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) در ۴۰ ماده ساخته شد. این پرسشنامه، پر استفاده ترین ابزار استاندارد 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. نمره گذاری این پرسشنامه در یک مقیاس ۶ درجه‌ای صورت می گیرد: همیشه (۳)، اکثراً (۲)، اغلب (۱)، گاهی (۰)، به ندرت (۰) و هرگز (۰). سوال ۲۶ به صورت معکوس نمره گذاری می گردد. پائین ترین نمره‌ای که به فرد تعلق می گیرد (۰) و بالاترین نمره (۷۸) است. در پژوهش مینتز و اهلوران<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) رویی ملاک این آزمون با معیارهای DSM-IV برای اختلال های خوردن را ۰/۹۰ گزارش نمودند. گارنر و همکاران (۱۹۸۲) ضریب پایایی آن را به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش کرده اند. در مطالعه نانس (۲۰۰۵) رویی 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 پایایی آن در داخل کشور، ابتدا پرسشنامه را با مشورت و راهنمایی متخصص روانپزشکی به فارسی ترجمه کردند. بعد از تهیه پرسشنامه، جهت تأیید پایایی 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 دانش آموزان پر شدند. میزان اعتبار آن را با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و با روش بازآزمایی ۰/۸ محاسبه کردند. محققان به منظور برآورد پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ آنرا ۰/۷۲ محاسبه نمودند.

**پرسشنامه رگه هوش هیجانی<sup>۵</sup>:** 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 می گیرد. نمره گذاری ماده های ۲۸، ۲۶، ۲۵، ۲۲، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۸، ۷، ۵، ۴ و ۲ معکوس است. نتایج تحلیل عاملی به روش بیشینه درست نمایی نشان دادند که پرسشنامه رگه هوش هیجانی (پترایدز، فردریکسون و فارنهام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶) از چهار عامل درک‌وارزیابی عواطف خود و دیگران، خوش بینی، خودآگاهی و مهارت‌های اجتماعی تشکیل شده است و عوامل عمده موجود در ساخت نظری، سازه هوش هیجانی را می سنجد. احمدی از غندی، فراست معمار، تقوی و ابوالحسنی (۱۳۸۵) برای بررسی روائی و پایایی آن با اجرای پژوهشی در یک نمونه ۹۳۶ نفری از دانش آموزان، پایایی آزمون را با روش همسانی درونی دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و با روش باز آزمایی 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 شرینگ<sup>۶</sup> ۰/۶ گزارش نمودند که حاکی از روائی مناسب آن است. همبستگی های بالا بین نمره‌های دو مقیاس (باهوش هیجانی شرینگ)، روابی همگرایی آن را تایید کردند. هم چنین محققان برای برآورد پایایی این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای آنرا ۰/۷۴ محاسبه نمودند.

پس از دریافت مجوز لازم از آموزش و پرورش منطقه رحمت‌آباد و بلوکات، پرسشنامه‌های تکثیر شده در بین دانش آموزان توزیع گردید و سپس اطلاعات پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS وارد گردید و با استفاده از رگرسیون چندمتغیره گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته ها

1 the eating attitudes test (EAT-26)

2 Garner

3 Garfinkel

4 Mintz & O'Halloran

5 trait emotional intelligence questionnaire

6 Petrides, Frederickson & Farnham

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

متغیر	$\beta$	t	p	Part correlation	R	$R^2$	SE	F	P	آزمون دوربین واتسون
سبک زندگی کارآمدی 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 مولفه های سبک زندگی کارآمدی وزن

متغیر	$\beta$	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 می شود که مقیاس سبک زندگی کارآمدی وزن با  $(\beta=0/20)$  و  $(t=2/18)$  پیش بینی کننده متغیر اختلالات خوردن می باشد  $(p<0/03)$ . ضریب همبستگی نیمه تفکیکی  $(R=0/20)$  می باشد که نشان دهنده سهم اختصاصی این مؤلفه در پیش بینی متغیر اختلالات خوردن می باشد هم چنین با توجه به جدول شماره ۲، مشخص می شود که خرده مقیاس دسترسی به مواد غذایی از مولفه های سبک زندگی کارآمدی وزن با  $(\beta=0/29)$  و  $(t=3/24)$  پیش بینی کننده اختلالات خوردن است  $(p<0/01)$ . همچنین ضریب همبستگی نیمه تفکیکی  $(R=0/29)$  می باشد که نشان دهنده سهم اختصاصی این خرده مولفه در پیش بینی متغیر اختلالات خوردن می باشد.

جدول ۳: خلاصه رگرسیون 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 بین	متغیر پیش	$\beta$	t	p	Part correlation	R	$R^2$	SE	F	P	آزمون دوربین- واتسون
کنت رل به دهانی غذایی	دسترسی	۰,۳۳	۳,۶۳	۰,۰۰	۰,۳۳	۰,۳۳	۰,۱۱	۴,۱۱	۱۳,۱۸	۰,۰۱	۲,۰۱
عادات غذایی به غذایی	دسترسی	۰,۲۱	۲,۲۷	۰,۰۲	۰,۲۱	۰,۲۱	۰,۰۴	۶,۲۷	۵,۱۶	۰,۰۲	۱,۹۹
جوع خود آگاهی	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 می شود که خرده مقیاس دسترسی به مواد غذایی از مولفه های سبک زندگی کارآمدی وزن با  $(\beta=0/33)$  و  $(t=3/63)$  پیش بینی کننده خرده مقیاس کنترل دهانی می باشد  $(p<0/001)$ . همچنین ضریب همبستگی نیمه تفکیکی



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

(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  $\beta=0/21$  و  $t=2/27$  پیش‌بینی‌کننده خرده‌مقیاس عادات غذایی می‌باشد.  $p=0/02$ . هم‌چنین ضریب همبستگی نیمه تفکیکی (۰/۲۱) می‌باشد که نشان‌دهنده سهم اختصاصی این خرده‌مولفه در پیش‌بینی خرده‌مقیاس عادات غذایی می‌باشد. هم‌چنین مشخص می‌شود که خرده‌مقیاس خودآگاهی از مولفه‌های رگه هوش هیجانی با  $\beta=-0/24$  و  $t=-2/6$  پیش‌بینی‌کننده خرده‌مقیاس جوع یا تمایل به خوردن می‌باشد  $p=0/01$ . هم‌چنین ضریب همبستگی نیمه تفکیکی  $0/24$  می‌باشد که نشان‌دهنده سهم اختصاصی این خرده‌مولفه در پیش‌بینی خرده‌مقیاس 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 معمولاً چنین تصور می‌کنند که قادر خواهند بود با اختلالات خوردن مقابله نمایند یا به وزن ایده‌آل دست یابند اما این تصور آنها را بیش از دیگران در معرض خطر قرار می‌دهد. این یافته با تحقیقات مورین، دمرز، تورکات و منجیو<sup>۱</sup> (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 می‌گیرد 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 نمی‌کنند. 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 چاق شدن و اختلال در تن‌انگاره، به متغیرهای اجتماعی - فرهنگی در بروز اختلال خوردن ارتباط دارد. هم‌چنین ایده‌آل تلقی کردن تصاویر رسانه‌های لاغری، چاق بودن و گرایش به مقایسه خود با اشخاص فوق‌العاده جذاب 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 مواد غذایی - که یکی از مؤلفه‌های پرسشنامه سبک زندگی کارآمدی وزن می‌باشد - پیش‌بینی‌کننده اختلالات خوردن، کنترل دهانی و عادات غذایی می‌باشد. علت تبیین‌کننده این یافته با رویکرد رفتاری میسر است. چنین پدیده‌ای نوعی از اثر گارسیا می‌باشد. در اثر گارسیا، وقتی محرکی 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 غذایی (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 غذایی و دیگر محرک‌های موجود در صحنه‌های خوردن و دسترسی به مواد غذایی 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 تصمیم‌گیری به حداقل می‌رسد و کنترل

<sup>1</sup> Morin, Demers, Turcotte & Mongeau

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 اشتهاهی عصبی) از خرده مولفه‌های اختلالات خوردن دارد و بین آنها رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات لوی، رانیا، کارولئو، دی‌فازو و سگورا-گارسیا<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)، کچویی (۱۳۹۱)، فیلایر، لارو و روویکس<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) مبنی بر ارتباط اختلالات خوردن و هوش هیجانی همخوانی دارد. با توجه به ارتباط خودآگاهی با بی‌اشتهایی عصبی به نظر می‌رسد 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 نمونه‌گیری بود. اگرچه محقق سعی نمود از میزان آن بکاهد اما به علت عواملی خارج از کنترل محقق، مقداری افت نمونه‌گیری 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. نشریه روا شناسی و علوم تربیتی، روا شناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۱۰(۳): ۱۶۸-۱۵۷.
- انجمن روانپزشکی امریکا. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (ترجمه 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.، گرمی، ص و شاهرخی، ح. (۱۳۸۷). خطر اختلالات خوردن در دانش‌آموزان 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.
- شهبواری، م.، فتحی‌آشتیانی، ع و رسول‌زاده طباطبائی، ک. (۱۳۹۶). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و رفتار خوردن در زنان با شاخص توده بدنی بالا و طبیعی. یافته، ۱۹(۱): ۸-۱۹.
- عباس‌زاده، م.، علیزاده‌ا قدم، 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). آسیب‌شناسی روانی، روانشناسی ناپه‌نچار (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 در دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۳(۵۰): ۹۳-۸۴.
- نریمانی، م و قاسمی‌نژاد، م. (۱۳۹۳). نقش عوامل روانشناختی در پیش‌بینی اختلال پرخوری. روانشناسی مدرسه. ۳(۳): ۱۰۵-۸۶.
- نویدیان، ع.، کرمان‌ساروی، ف و ایمانی، م. (۱۳۹۱). رابطه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن با اضافه وزن و چاقی. مجله عدد درون ریز و متابولیسم ایران. ۱۴(۶): ۵۵۶-۵۶۳.
- هرگنهن، بی. آر و السون، م. اچ. (۲۰۰۱). مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری (ترجمه علی اکبر سیف، ۱۳۹۵). نشر دوران.

<sup>1</sup> Aloï, Rania, Caroleo, De Fazio & Segura-García

<sup>2</sup> Filaire, Larue & Rouveix

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

- 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. *Eating 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 training, 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* (3<sup>rd</sup> 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., & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general 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.comppsy.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., Daukantaitė, 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 and pathophysiology. *Physiol Behave*, 81 (2): 359-74.
- Mahan, L. K., & Escott Stumps, S. (2004). Krause's food nutrition and diet therapy (11<sup>th</sup> 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 about eating 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.