

نقش تنظیم هیجان و خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتار خوردن در زنان چاق میانسال

زینب شیرزادی^۱

*محمدرضا صیرفی^۲

مهرداد ثابت^۳

چکیده

رفتار خوردن، یک اصطلاح کلی است که نگرش فرد و ارتباط آن را با خوردن و غذا توصیف می‌کند و نتیجه عوامل محیطی، فیزیولوژیکی و روان‌شناختی است. پژوهش حاضر با هدف مطالعه پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس تنظیم هیجان و خودکارآمدی در زنان چاق انجام شد. این پژوهش از لحاظ هدف بنیادی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی بود که اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه‌های رفتار خوردن داج (۱۹۸۶)، تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۳)، خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) و اطلاعات جمعیت شناختی گردآوری شد. از طریق نمونه‌گیری در دسترس، طبق فرمول گرین (۱۹۹۱)، تعداد ۱۰۰ نفر از زنان چاق ۳۵ تا ۵۰ سال با شاخص توده بدنی بالای ۳۰ که در بهار و تابستان ۹۸ به مراکز رژیم‌درمانی و باشگاه‌های ورزشی شهرستان فردیس مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیری روش گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین تنظیم هیجان با رفتار خوردن رابطه معناداری وجود ندارد. ضمن اینکه بین خودکارآمدی با رفتار خوردن رابطه منفی و معناداری با قبول خطای کمتر از ۰/۱ درصد ($P < 0/001$) وجود دارد. در بین مؤلفه‌های خودکارآمدی، بیشترین نقش متعلق به زیر مقیاس "میل به آغازگری رفتار" بود و نقش زیر مقیاس "متفاوت در رویارویی با موانع" و زیر مقیاس "میل به گسترش تلاش" به ترتیب در مرتبه دوم و سوم است. در نتیجه می‌توان گفت، عوامل خودکارآمدی از عوامل مؤثر بر چاقی هستند و توجه به این متغیرها در برنامه‌های پیشگیری و درمان چاقی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: تنظیم هیجان، چاقی، خودکارآمدی، رفتار خوردن

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Zeynabshirzadi1994@gmail.com

۲. * استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسؤل)

mohamadreza.seirafi@kiau.ac.ir

mehrdadsabet@riau.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

مقدمه

چاقی^۱ یک مشکل شایع برای سلامت عمومی در سراسر جهان است، به صورتی که سازمان جهانی بهداشت^۲ چاقی را به عنوان جدی ترین مسأله ای می داند که جهان پیشرفته با آن روبه رو است (۱). چاقی باعث ایجاد بیماری های جسمی مانند، بیماری های قلبی-عروقی، دیابت، آسیب دیدگی مفاصل، انواع سرطان، افزایش فشار خون و همچنین پیامدهای روان شناختی مانند کاهش کیفیت زندگی، کاهش حرمت نفس، ضعف تصویر خود و افزایش اختلال های افسردگی، دوقطبی و حمله وحشت زدگی می شود (۲). چاقی و اضافه وزن^۳ یک بیماری چندعاملی است که تحت تأثیر عوامل زیستی، بیولوژیکی، هیجانی و رفتاری قرار دارد (۳). در واقع می توان گفت رفتارهای خوردن^۴ یکی از علت های چاقی است. رفتار خوردن، یک اصطلاح کلی است که نگرش فرد و ارتباط آن را با خوردن و غذا توصیف می کند و نتیجه عوامل محیطی، فیزیولوژیکی و روان شناختی است (۴). سه نوع رفتار خوردن مرتبط با اضافه وزن وجود دارد که شامل خوردن بیرونی، خوردن هیجانی و خوردن بازداری شده است. خوردن بیرونی، به خوردن در پاسخ به محرک های مرتبط با غذا بدون در نظر گرفتن حالات گرسنگی و سیری اشاره دارد. خوردن هیجانی، نشانگر پرخوری در پاسخ به هیجانات منفی (خشم، ترس، اضطراب) است و خوردن بازداری شده، به محدود کردن آگاهانه مصرف غذا گفته می شود (۵).

رفتارهای خوردن تحت تأثیر عوامل زیستی، اجتماعی و روان شناختی است و از عوامل روان شناختی رفتار خوردن می توان به تنظیم هیجان^۵ اشاره کرد. بر اساس تعریف گراس تنظیم هیجان فرآیندی است که توسط آن، افراد هیجان های خود (موقعی که هیجانی هستند) و چگونگی تجربه یا ابراز این هیجان ها را تحت نفوذ خود قرار می دهند در واقع، تنظیم هیجان به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل و تغییر در بروز و همچنین شدت و استمرار احساسات درونی و هیجانات مرتبط با فرآیندهای اجتماعی- روانی- فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد است، همچنین تنظیم هیجان در مدیریت هیجان ها نقش اساسی ایفا می کند (۶). هیجان ها بر نحوه تفکر، احساس و رفتار افراد تأثیرگذار هستند، اگر در تنظیم هیجانات مشکلی به وجود آید تنظیم هیجانات در بقیه حیطه ها، مانند کنترل بر رفتار خوردن نیز می تواند دچار مشکل شود (۷). یافته های خدابخش و کیانی نشان می دهد بین مشکلات تنظیم هیجان، هیجان های منفی با رفتارهای خوردن آشفته ارتباط وجود دارد (۸). در پژوهش مگان، مارکی و واندر در نشان داده شد که هیجانات مخصوصاً عدم تنظیم هیجانی نقش مهمی را در ایجاد و حفظ اختلال خوردن دارند و این نتایج از نظریه تنظیم هیجانی و عاطفه منفی در اختلال خوردن حمایت می کند (۹). محققان در تحقیقی دیگر به این

^۱.obesity

^۲.WHO: World Health Organization

^۳.Over weight

^۴.eating behavior

^۵.emotion regulation

نتیجه رسیدند که افراد چاق و افراد مبتلا به اضافه‌وزن در پاسخ به هیجانات منفی (مانند اضطراب و افسردگی) بسیار بیشتر از افراد لاغر یا افراد دارای وزن بهنجار غذا می‌خورند (۱۰). برای درمان اضافه‌وزن و چاقی تغییر رفتار لازم است و از نظر روانشناسی عوامل بسیاری وجود دارند که بر میزان دستیابی به تغییر رفتار تأثیرگذار هستند من جمله آن‌ها می‌توان به باورهای فرد در مورد توانایی‌های خود برای انجام و اجرای تغییر اشاره کرد، باورهای خودکارآمدی^۱ در واقع انتظارات فرد در این مورد است که آیا توانایی و تسلط در رفتاری خاص را خواهد داشت (۱۱). بندورا خودکارآمدی را به صورت « اعتقاد افراد به توانایی‌شان در اعمال مقدری کنترل بر عملکرد خودشان و بر رویدادهای محیطی» تعریف کرد (۱۲). باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند که افراد چگونه احساس می‌کنند، فکر می‌کنند، خود را بر می‌انگیزانند و رفتار می‌کنند. خودکارآمدی، سطح آرزو را بالا می‌برد، ترس از شکست را کاهش می‌دهد و توانایی حل مسأله و تفکر تحلیلی را بهبود می‌بخشد (۱۳). مطالعات براونل نشان می‌دهد که افراد با خودکارآمدی پایین رفتارهای خوردن آشفته دارند (۱۴). نتایج پژوهش نریمانی و قاسمی نژاد نیز نشان می‌دهد که افراد پرخور خودکارآمدی کمتری در زمینه خوردن داشتند به نحوی که نمی‌توانند مدیریت مصرف غذا برای خود داشته باشند (۱۵). همچنین طبق نتایج مطالعات نظامی و همکاران خودکارآمدی یک پیش‌بینی کننده مفید برای تغییر رفتار خوردن در مداخلات کاهش وزن است (۱۶). کنترل کردن رفتارهای خوردن در جامعه به مسأله مهمی تبدیل شده است و هرساله موجب افزایش میزان چاقی می‌گردد. بنابراین، با توجه به شیوع بالای چاقی و اهمیت مدیریت چاقی و توجهات اخیر به نقش سلامت روان در چاقی و اضافه‌وزن انسان، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتار خوردن را می‌توان بر اساس تنظیم هیجان و خودکارآمدی در زنان چاق پیش‌بینی کرد؟

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف بنیادی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی بود که اطلاعات لازم به صورت میدانی و از طریق پرسشنامه گردآوری شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان ۳۰ تا ۵۰ سال مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به مراکز رژیم‌درمانی و باشگاه‌های ورزشی شهرستان فردیس در بهار و تابستان سال ۹۸ بود. با توجه به اینکه تهیه فهرستی از افراد جامعه برای انتخاب تصادفی امکان‌پذیر نبود، نمونه‌گیری به روش در دسترس (مراجعه به مراکز رژیم‌درمانی و باشگاه‌های ورزشی) صورت گرفت. به منظور برآورد حجم نمونه در پژوهش‌های همبستگی از فرمول گرین ۱۹۹۱ (۱۷) استفاده شد. در طرح حاضر خودکارآمدی و تنظیم هیجان به‌عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند که شامل ۵ خرده مقیاس بودند. در نتیجه طبق فرمول گرین ۱۹۹۱، حداقل حجم نمونه برآر با ۹۰ نفر به دست آمد، که

^۱self- Efficacy

به منظور افزایش اعتبار تحقیق و کاهش خطای حجم کم، ۱۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. همچنین شاخص توده بدنی (BM) گروه نمونه که از تقسیم وزن بر مجذور قد محاسبه شد. در این مطالعه از پرسشنامه‌های متغیرهای رفتار خوردن داچ (۱۹۸۶)، تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۳)، خود کارآمدی شرر (۱۹۸۲) و اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. پس از انجام اقدامات اولیه و هماهنگی‌های لازم با مراکز رژیم‌درمانی و باشگاه‌های ورزشی شهرستان فردیس (باشگاه‌های ورزشی ونوس و ستاره طلایی و مرکز رژیم‌درمانی تندیس و سرتونین) از بین زنانی که ملاک‌های ورود (زنان ۳۰ الی ۵۰ سال که شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰ داشته باشند) به مطالعه حاضر را دارا بودند، حجم نمونه انتخاب گردید. پس از اخذ رضایت شفاهی و آزادی عمل برای شرکت یا امتناع در پژوهش، با آگاهی دادن مختصر در مورد اهداف مطالعه و اطمینان دادن در خصوص عدم افشای اطلاعات و رازداری و همچنین عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر خواسته شد بر اساس دستورالعملی که در بالای پرسشنامه‌ها نوشته شده است، تمامی سؤالات را به دقت مطالعه کنند و در حد امکان به تمامی سؤالات پاسخ بدهند.

در این پژوهش اطلاعات جمع‌آوری شده به کمک روش‌های آماری در دو بخش توصیفی - استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی پارامترهای مرکزی (میانگین و میانه)، پارامترهای تغییرپذیری (انحراف استاندارد و واریانس)، و ضریب همبستگی پرداخته شد. در بخش استنباطی فرضیات پژوهش با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیری روش گام‌به‌گام مورد بررسی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار ۲۲-Spss استفاده شد.

ابزار و روش

پرسشنامه متغیرهای جمعیت شناختی: ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه متغیرهای جمعیت شناختی، شامل متغیرهای سن، جنسیت، وزن، قد و سطح تحصیلات بود. پرسشنامه رفتار خوردن داچ: این پرسشنامه را ون استراین و همکاران (۱۸) در سال ۱۹۸۶ ساختند که از ۳۳ ماده و سه خرده مقیاس تشکیل شده است: خوردن محدود شده که محدود کردن رفتار خوردن را اندازه می‌گیرد و از ۱۰ ماده تشکیل شده است (سؤال‌های ۴، ۷، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۱)؛ خوردن هیجانی که خوردن در پاسخ به آشفتگی هیجانی را اندازه می‌گیرد و ۱۳ ماده این پرسشنامه را به خود اختصاص داده است (سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۲) و خوردن بیرونی که خوردن در پاسخ به نشانه‌های بیرونی غذا را اندازه می‌گیرد و ۱۰ ماده این پرسشنامه را تشکیل می‌دهد (سؤال‌های ۲، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۱، ۲۴، ۲۷، ۳۳). مواد این پرسشنامه دارای مقیاس پاسخگویی پنج‌درجه‌ای لیکرت (هرگز ۱ = تا بیشتر وقت‌ها = ۵) هستند. لازم است که آزمودنی‌ها مشخص نمایند هر پرسش تا چه حد گویای وضعیت آنهاست و یکی از پنج گزینه را انتخاب کنند. مجموع نمرات هر خرده مقیاس، نمره خام آن خرده مقیاس را تشکیل می‌دهد. برای به دست آوردن نمره معیار، باید نمره

خام به تعداد پرسش‌های پاسخ داده شده همان مقیاس، تقسیم شود. اگر از هر خرده مقیاس بیش از یک سؤال بی‌پاسخ بماند، نمره آن مقیاس از درجه اعتبار ساقط است و محاسبه نمی‌شود. خرده مقیاس رفتار خوردن محدود شده، به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود؛ به این ترتیب این خرده مقیاس، رفتارهای خوردن محدود نشده را در افراد دارای اضافه‌وزن و چاقی می‌سنجد. بایلی و همکاران (۱۹) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای خوردن هیجانی، محدود شده و بیرونی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ گزارش کردند و آن را دارای همسانی درونی رضایت‌بخش دانستند در ایران نیز، با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، آن را از پایایی بازآزمایی، همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۵) و روایی عاملی مناسبی برخوردار دانسته‌اند و پایایی این آزمون برای خوردن هیجانی، بیرونی و محدود شده به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ و برای کل آزمون ۰/۸۲ به دست آمده است (۲۰).

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس: پرسشنامه تنظیم هیجان به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان (۲۱) در سال ۲۰۰۳ تدوین شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه (سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و سرکوبی با ۴ گویه (سؤال‌های ۲، ۴، ۶، ۹) است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است (۲۱). کارمین و وینگرهوتس همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش کردند. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده (۲۲) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس (۱۳=۰/۱۳) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

پرسشنامه خودکارآمدی شرر: این پرسشنامه توسط شرر و همکاران (۲۳) در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است (۲۳). شرر و مادوکس معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل، میل به آغاز گری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ و بقیه سال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. شرر (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۶ محاسبه کردند. افروز، ارجمند نیا، تقی زاده، قاسم‌زاده و اسدی (۲۴) پایایی این پرسشنامه

را از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و همبستگی درونی این مقیاس با مسند مهارگذاری راتر به عنوان میزان روایی ملاکی، ۰/۵۳ محاسبه کردند.

یافته‌ها

تحلیل اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۷ سال و میانگین شاخص توده بدنی (BM) آزمودنی‌ها ۳۳/۲۹ (با انحراف معیار ۲/۷) بود، ۱۰٪ درصد از شرکت‌کنندگان دارای مدرک سیکل، ۴۹٪ درصد مدرک دیپلم، ۱۷٪ درصد مدرک فوق‌دیپلم، ۲۰٪ درصد مدرک لیسانس و ۴٪ درصد مدرک فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. و همچنین ۷۴٪ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و ۲۶٪ درصد مجرد بودند

جدول ۱: توزیع فراوانی نمره رفتار خوردن و زیر مقیاس‌های آن در حجم نمونه

رفتار خوردن	مشخصات توصیفی		
	میانگین	انحراف معیار	بیشینه
خوردن هیجانی	۴۰/۶۴	۱۲/۶۱	۶۲
خوردن بیرونی	۳۷/۳۶	۸/۶۲	۵۳
خوردن محدودشده	۳۲/۶۲	۵/۸۹	۴۵
رفتار خوردن کل	۱۱۰/۵۶	۲۱/۲۰	۱۴۷

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرهٔ کل رفتار خوردن عدد ۱۱۰/۵۶ به دست آمد و بالاترین میانگین نمره در زیر مقیاس‌ها، مربوط به زیرمقیاس "خوردن هیجانی" بود که عدد ۴۰/۶۴ و کمترین مقدار در زیرمقیاس‌ها مربوط به زیر مقیاس "خوردن محدود شده است" که نمره آن ۳۲/۶۲ بود. نمره کمینه در رفتار خوردن کل، عدد ۴۹ و نمره بیشینه آن ۱۴۷ به دست آمد.

جدول ۲: توزیع فراوانی نمرهٔ تنظیم هیجان و زیر مقیاس‌های آن در حجم نمونه

تنظیم هیجان	مشخصات توصیفی		
	میانگین	انحراف معیار	بیشینه
سرکوبی	۱۴/۴۱	۴/۴۱	۲۵
ارزیابی مجدد	۲۳/۶۴	۶/۹۹	۳۷
تنظیم هیجان کل	۳۸/۰۵	۱۰/۳۰	۶۱

طبق نتایج به دست آمده که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره^۱ کل تنظیم هیجان عدد ۳۸/۰۵ و بالاترین میانگین نمره در زیر مقیاس‌ها، مربوط به زیرمقیاس "ارزیابی مجدد" بود که عدد ۲۳/۶۴ و کمترین مقدار در زیرمقیاس‌ها، مربوط به زیر مقیاس "سرکوبی" بود که نمره آن ۱۴/۴۱ به دست آمد. همچنین نمره کمینه در تنظیم هیجان کل، عدد ۱۸ و نمره بیشینه^۲ آن ۶۱ به دست آمد.

جدول ۳: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی و زیر مقیاس‌های آن در حجم نمونه

خودکارآمدی	مشخصات توصیفی		
	میانگین	انحراف معیار	بیشینه کمینه
میل به آغازگری رفتار	۱۹/۲۹	۵/۲۸	۳۰ ۷
میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف	۱۵/۵۱	۳/۹۸	۲۵ ۶
متفاوت در رویارویی با موانع خودکارآمدی کل	۱۹/۳۹ ۵۴/۱۹	۴/۹۴ ۱۲/۶۰	۳۰ ۸۵ ۸۲ ۲۷

طبق نتایج به دست آمده که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمره^۱ کل خودکارآمدی عدد ۵۴/۱۹ و بالاترین میانگین نمره در زیر مقیاس‌ها، مربوط به زیرمقیاس "متفاوت در رویارویی با موانع" بود که عدد ۱۹/۳۹ و کمترین مقدار در زیر مقیاس‌ها مربوط به زیر مقیاس "میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف" بود که نمره آن ۱۵/۵۱ است. نمره کمینه در خودکارآمدی کل، عدد ۲۷ و نمره بیشینه آن ۸۵ به دست آمد.

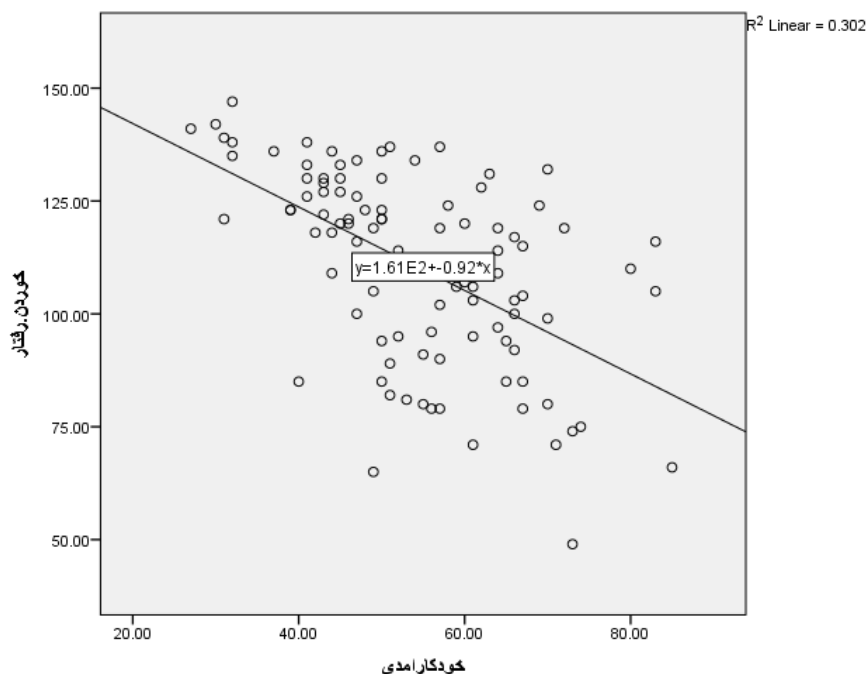
جدول ۴: خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام اثر تنظیم هیجان و خودکارآمدی بر رفتار خوردن

شاخص معناداری (P)	T	β	ضریب متغیر (B)	خط رگرسیون			متغیر پیش‌بین	گام		
				R ^۲ تغییر شده	R ^۲	R				
<۰/۰۰۱	-۶/۵۰۶	-۰/۵۴۹	-۰/۹۲۴	<۰/۰۰۱	۴۲/۳۲۳	۰/۲۹۴	۰/۳۰۲	-۰/۵۴۹	*۱	خودکارآمدی
<۰/۰۰۱	-۵/۸۶۵	-۰/۵۱۵	-۰/۸۶۶	<۰/۰۰۱	۲۲/۲۹۰	۰/۳۰۱	۰/۳۱۵	-۰/۵۶۱	**۲	خودکارآمدی
۰/۱۷۴	-۱/۳۷۰	-۰/۱۲۰	-۰/۲۴۷							تنظیم هیجان

(عدد ثابت خط رگرسیون در گام اول ۱۶۰/۶۲۸ است)

(عدد ثابت خط رگرسیون در گام دوم ۱۶۶/۸۹۷ است)

در جدول ۴ نتیجه تحلیل رگرسیون گام به گام اثر دو متغیر تنظیم هیجان و خودکارآمدی بر رفتار خوردن آورده شده است. با توجه به نتایج آزمون رگرسیون گام به گام در جدول ۴، ارتباط منفی معنادار خودکارآمدی با رفتار خوردن تأیید شد، در هر دو گام با قبول خطای کمتر از ۰/۱ درصد متغیر خودکارآمدی به عنوان پیش‌بینی کننده رفتار خوردن ارزیابی شد. ($P < ۰/۰۰۱$) اما بر اساس نتایج به دست آمده در گام دوم تحلیل رگرسیون، با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($P = ۰/۱۷۴$)، تنظیم هیجان ارتباط معناداری با رفتار خوردن نداشت. شکل ۱ داده‌های رفتار خوردن را در مقابل خودکارآمدی به همراه خط رگرسیون گام اول نشان می‌دهد.



شکل ۱: داده‌های رفتار خوردن در مقابل خودکارآمدی به همراه خط رگرسیون گام اول

همان‌گونه که گفته شد رفتار خوردن در ارتباط معنادار منفی با خودکارآمدی است. در این بند میزان تأثیر زیرمقیاس‌های خودکارآمدی بر رفتار خوردن مورد بررسی قرار گرفته است. از این رو، زیرمقیاس‌های خودکارآمدی به شیوه گام به گام مورد تحلیل رگرسیون قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵: خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام اثر زیر مقیاس‌های خودکارآمدی بر رفتار خوردن

شاخص معناداری (P)	T	β	ضریب متغیر (B)	خط رگرسیون			زیر مقیاس‌های خودکارآمدی	گام	
				تایع فیشر (F)	R^2 تعدیل شده	R^2			R
<۰/۰۰۱	-	-	-۲/۲۴۲	<۰/۰۰۱	۴۴/۵۷۰	۰/۳۰۶	۰/۳۱۳	۰/۵۵۹	* _۱ میل به آغازگری رفتار
<۰/۰۰۱	-	-	-۱/۶۴۴	<۰/۰۰۱	۲۵/۰۰۷	۰/۳۲۷	۰/۳۴۰	۰/۵۸۳	* _۲ میل به آغازگری رفتار
<۰/۰۰۱	-	-	-۰/۹۵۷					-	* متفاوت در رویارویی با موانع
<۰/۰۰۱	-	-	-۱/۱۸۹						میل به آغازگری رفتار
<۰/۰۰۱	-	-	-۱/۱۴۱	<۰/۰۰۱	۱۷/۰۵۴	۰/۳۲۷	۰/۳۴۸	۰/۵۹۰	* _۳ متفاوت در رویارویی با موانع
۰/۰۴۷	۱/۰۴۸	۰/۱۳۰	۰/۶۹۰						** میل به گسترش تلاش

^۱ عدد ثابت گام اول ۸۰۲۱۵۳/ است.

^۲ عدد ثابت گام دوم ۱۶۰/۸۳۱ است.

^۳ عدد ثابت گام سوم ۵۵۵۱۵۸/ است.

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌کنید زیر مقیاس "میل به آغازگری رفتار" در گام اول توانست ۳۳۱/ درصد از تغییرات رفتار خوردن را پیش‌بینی کند ($R^2=0/313$). در گام دوم با اضافه شدن زیر مقیاس "متفاوت در رویارویی با موانع"، ۳۴ درصد از تغییرات رفتار خوردن پیش‌بینی را کرد ($R^2=0/340$)؛ در گام سوم همه مؤلفه‌های خودکارآمدی مجموعاً ۳۴/۸ درصد از تغییرات رفتار خوردن را پیش‌بینی کردند ($R^2=0/348$). با توجه به شاخص معناداری P مندرج در جدول ۵ همه مؤلفه‌های خودکارآمدی با رفتار خوردن ارتباط معنادار منفی داشتند و با توجه به ضریب بتا، زیرمقیاس "میل به آغازگری رفتار" بیشترین ارتباط را با رفتار خوردن داشت و کمترین ارتباط، مربوط به مؤلفه "میل به گسترش تلاش" بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس تنظیم هیجان و خودکارآمدی در زنان چاق میانسال بود. با توجه به بررسی‌های آماری تحقیق حاضر، تنظیم هیجان ارتباط معناداری با رفتار خوردن نداشت در واقع می‌توان گفت که تنظیم هیجان قدرت پیش‌بینی رفتار خوردن را ندارد. ($P < 0/174$) نتایج

این بخش از پژوهش با تحقیقات (۲۵)، (۲۶) همسو است. به عبارتی می‌توان گفت که چاقی و اضافه‌وزن یک بیماری چندعاملی است، ژنتیک (که در حدود ۸۰ درصد خانواده‌های بیماران چاق سابقه چاقی وجود دارد)، فعالیت جسمی (که در واقع عدم تحرک و فعالیت جسمی موجب می‌شود مصرف انرژی کاسته شود و ممکن است در افزایش غذای ورودی به بدن سهم داشته باشد)، آسیب مغزی (تخریب هیپوتالاموس)، سلامت جسمی، عوامل فرهنگی و خانوادگی و همچنین عوامل روان‌شناختی از عوامل مؤثر بر چاقی هستند و تنظیم هیجان مشکل اصلی در به وجود آوردن چاقی و مشکلات رفتار خوردن نیست. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد، خودکارآمدی ارتباط منفی معنادار با رفتار خوردن دارد. ($P < 0.001$) در واقع می‌توان گفت متغیر خودکارآمدی، قدرت پیش‌بینی رفتار خوردن را داشت. در نتایج تحقیق باس و دومنز (۲۷) که با این تحقیق همسو است نشان داده شد خودکارآمدی نقش مهمی در درمان چاقی در ارتباط با رفتار خوردن و کنترل وزن دارد. همچنین نتایج تحقیقات (۲۸)، (۲۹)، (۳۰)، (۳۱)، (۳۲) و (۳۳)، همسو با نتایج این پژوهش نشان می‌دهند که خودکارآمدی شاخص مهمی در پیش‌بینی رفتارهای خوردن است. در قلمرو کنترل وزن، خودکارآمدی توجه فراوانی را به خود اختصاص داده است و محققان بر سر این موضوع اتفاق نظر دارند که خودکارآمدی نقش مهمی برای رفتارهای کاهش وزن دارد و برنامه‌های کاهش وزن را ارتقا می‌دهد. خودکارآمدی پیش‌بین خوبی برای رفتارهای خوردن و مرتبط با وزن است. خودکارآمدی بالا در مورد مصرف غذاهای سالم و استفاده کمتر از غذاهای چرب و شیرین ارتباط دارد. و همچنین می‌توان گفت که باورهای خودکارآمدی پیش‌بینی کننده رفتارهای وابسته به سلامتی، مثل مهار وزن، رفتار خوردن، ورزش و ترک سیگار هستند (۳۴).

ارتباط خودکارآمدی و زیرمقیاس‌های آن‌ها با رفتارهای خوردن از جنبه‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است، مطالعات نشان می‌دهد که خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی کننده کاهش وزن است و اگر در جزو برنامه‌هایی که به منظور کاهش وزن اجرا می‌شوند، قرار گیرد، مانع از افزایش وزن مجدد می‌گردد و انگیزه و پایداری به رفتار را بالا می‌برد. به‌طور کلی می‌توان گفت که خودکارآمدی یکی از عامل‌های مهمی است که باید در برنامه مشاوره‌های تغذیه و آموزش‌های مربوط به رفتار خوردن و کاهش وزن مورد توجه قرار گیرد (۱۱). در واقع، می‌توان نتایج این بخش از پژوهش را چنین تبیین کرد که هر چه فرد خودکارآمدی بیشتری داشته باشد و بتواند عملکرد خود و محیط را بهتر کنترل کند، توانایی بیشتری در کنترل رفتارهای خوردن خود خواهد داشت و این امر منجر به کنترل وزن و جلوگیری از اضافه‌وزن و چاقی خواهد شد. به‌طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که خودکارآمدی ارتباط منفی معنادار با رفتار خوردن داشت در واقع متغیر خودکارآمدی، قدرت پیش‌بینی رفتار خوردن را دارد در نتیجه می‌توان گفت افزایش خودکارآمدی، کاهش رفتار خوردن را پیش‌بینی می‌کند، یعنی هر چه نمره خودکارآمدی در آزمودنی‌ها بیشتر شود، میزان رفتار خوردن در آن‌ها کمتر می‌شود. همچنین تنظیم هیجان ارتباط معناداری با رفتار خوردن نداشت در واقع تنظیم هیجان نمی‌تواند رفتار خوردن را پیش‌بینی کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب آزمودنی‌ها بود. همچنین، این پژوهش یک تحقیق مقطعی بود و تأیید نتایج حاصله مستلزم اجرای مجدد پرسشنامه‌های تحقیق در طول زمان بر روی جامعه آماری مورد نظر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بررسی مسأله خوردن در چهارچوب مسائل اجتماعی و بررسی عوامل زیربنایی مانند آسیب‌های دوران کودکی مورد توجه قرار گیرد. و در نهایت از شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و مراکز رژیم‌درمانی و باشگاه‌های ورزشی شهرستان فردیس که در این مطالعه ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

«بنا بر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.»

References

1. WHO: World Health Organization. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. 2015.
2. Beck, Judith S. (2014). Beck cognitive therapy for weight loss. (Translated by Dr. Mojgan Harris, Dr. Ahmad Alipour, Dr. Massoud Jan Bozorgi and Neda Golchin, 2016). Tehran: Arjmand Publications.
3. Lee HA, Lee WK, Kong K-A, Chang N, Ha E-H, Hong YS, et al. (2011). The effect of eating behavior on being overweight or obese during preadolescence. *J Prev Med Public Health*. 44(5):226-33.
4. Hays NP, Bathalon GP, Roubenoff R, Lipman R, Roberts SB. (2002). The Association of Eating Behavior With Risk for Morbidity in Older Women. *The Journals of Gerontology: Series A*. 57(2):M128-M33.
5. Halberstadt J, van Strien T, de Vet E, Eekhout I, Braet C, Seidell JC. (2016) The association of eating styles with weight change after an intensive combined lifestyle intervention for children and adolescents with severe obesity. *Appetite*. 99:82-90.
6. John OP, Gross JJ. (2007). Individual differences in emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*. 351-72.
7. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015;49:125-34.
8. Khudabakhshi M, Kiani F. (2016). The role of emotion regulation problems and its dimensions in predicting disordered eating behaviors among students: Implications for health promotion. *Journal of Knowledge and Health, First Year*, 8(3): 23-17. (In persian)
9. Markey MA, Vander Wal JS. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*. 48(5):458-64.

10. Hearon BA, Utschig AC, Smits JAJ, Moshier SJ, Otto MW. (2013) The Role of Anxiety Sensitivity and Eating Expectancy in Maladaptive Eating Behavior. *Cognitive Therapy and Research*. 37(5):923-33.
11. Pálsdóttir Á. (2008). Information behaviour, health self-efficacy beliefs and health behaviour in Icelanders' everyday life. *Information Research: An International Electronic Journal*. 13(1):334-46.
12. Fist J, Fist G, Roberts T. (2013). *Personality theories*. (Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2016). Tehran: Ravan Publishing.
13. Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 84(2):191-215.
14. Brownell KD. (2010). The humbling experience of treating obesity: Should we persist or desist? *Behaviour Research and Therapy*. 48(8):717-9.
15. Narimani M, Ghasemi Nejad M. (2014). The role of psychological factors in predicting overeating disorder. *Journal of School Psychology*, Third Year, 3(3): 105-86. (In persian)
16. Nezami BT, Lang W, Jakicic JM, Davis KK, Polzien K, Rickman AD, et al. (2016). The effect of self-efficacy on behavior and weight in a behavioral weight-loss intervention. *Health Psychology*. 35(7):714.
17. Green SB. (1991). How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behavioral Research*. 26(3):499-510.
18. Strien T, Frijters J, Bergers GP, Defares P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Geographical Information Science*. 5(2):295-315.
19. Bailly N, Maitre I, Amanda M, Hervé C, Alaphilippe D. (2012). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite*. 59(3):853-8.
20. Salehi Fedredi J, Madah Shorcheh R, Nemati M. (2011). Comparison of motivational structure and eating styles in women with overweight and obesity and normal weight. *Journal of Mental Health Principles*, Second Year,. 13(50): 81-170. (In persian)
21. Gross JJ, John OP. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 85(2):348.
22. Qasempour A, Il Beigi R, Hassanzadeh Sh. (2012). Psychometric properties of Gross and John emotional regulation questionnaire in a sample of Iran. Sixth Student Mental Health Conference, University of Guilan, 722-724. (In persian)

23. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*. 51(2):663-71.
24. Afrooz Gh, Arjmandnia A. A, Taghizadeh H, Qasemzadeh S, Asadi R. (2013). A comparative study of self-efficacy and mental health beliefs among gifted and normal students. *Disability Studies*, 3 (3). (In persian)
25. Mohammadi Khashvi M, Karimi A, Rismanchian M. (2017). The effect of training emotion regulation techniques on weight loss in obese women. Sixth Congress of the Iranian Psychological Association, Tehran, Iranian Psychological Association. (In persian)
26. Miri N, Ekhtiari H, Sadeghi, B. (2014). Assessing the Cognitive Infrastructure of Response to CBT Treatment Using a Personal Report Evaluation Package for Weight Loss. Master Thesis in Cognitive Psychology, Faculty of Cognitive Sciences, Tehran University of Cognitive Sciences. (In persian)
27. Bas M, Donmez S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*. 52(1):209-16.
28. Mataji Amirruod M, Taghdisi MH, Shidfar F, Gohari MR. (2013). The effect of problem solving education on food behavior self-efficacy in overweight or obese women. *Journal of Research and Health*. 3(3):422-8.
29. navidian a, kermansaravi f, imani m. (2013). The Relationship Between Weight-Efficacy of Life style and Overweight and Obesity. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 14(6):556-63.
30. Al-Jaber S, Sadeghi S. (2016). Comparison of metacognitive beliefs and self-efficacy of obese women referred to cosmetic surgery and diet clinics with normal women in Isfahan. 2nd International Congress on Community Empowerment in the field of counseling, family and Islamic education. (In persian).
31. Peyman N, Ezzati Rastegar Kh, Taghipour A, Ismaili H. (2012). The effect of self-efficacy training on promoting nutritional behaviors and weight control in overweight and obese adolescent girls. *Armaghan Danesh Magazine*, Second Year. 2(17): 128-117. (In persian)
32. Batsis JA, Clark MM, Grothe K, Lopez-Jimenez F, Collazo-Clavell ML, Somers VK, et al. (2009). Self-efficacy after bariatric surgery for obesity. A population-based cohort study. *Appetite*. 52(3):637-45.
33. Lee JS. (2003). The effects of gender, obesity rate, nutrition knowledge and dietary attitude on the dietary self-efficacy of adolescents. *Korean Journal of Community Nutrition*. 8(5):652-7.

-
34. Karami J, Momeni Kh, Jafar Beigi S. (2017). Investigating the relationship between weight self-efficacy, experimental avoidance, body image concern and negative emotions with disturbed eating behaviors in medical students in Kermanshah. Master Thesis in General Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University of Kermanshah. (In persian)

The role of emotion regulation and self-efficacy in predicting eating behavior in obese middle-aged women

Zeynab Shirzadi¹
*Mohammadreza Seirafi²
Mehrdad Sabet³

Abstract

Eating behavior is a general term that describes a person's attitude and its relationship with eating and food and is the result of environmental, physiological and psychological factors. The present study aimed to study the prediction of eating behavior based on emotion regulation and self-efficacy in obese women. The present study was a descriptive correlational one in terms of its design, which used the instruments of Dutch Dutch Eating Behavior Questionnaire (1986), Gross Emotion Regulation (2003), Scherer Self-Efficacy (1982) for data collection. Through available sampling, according to Green formula (1991), 100 obese women aged 35 to 50 years with a body mass index above 30 who referred to diet therapy centers and sports clubs in Ferdis in the spring and summer of 1998, were selected and completed the questionnaires. Data were analyzed by SPSS software version 22 using stepwise multivariate regression analysis. The results showed that there is no significant relationship between emotion regulation and eating behavior. Meanwhile, there is a negative and significant relationship between self-efficacy and eating behavior with accepting an error of less than 0.1% ($P < 0.001$). Among the components of self-efficacy, the most important role belonged to the subscale "desire to initiate behavior" and the role of the subscale "different in facing obstacles" and the subscale "desire to expand effort" were in the second and third place, respectively. As a result, it can be said that self-efficacy components are one of the factors affecting obesity and it is recommended to pay attention to these variables in obesity prevention and treatment programs.

Keywords: emotion regulation, obesity, self-efficacy, eating behavior

¹. Master of clinical Psychology, Department of Psychology, karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran Zeynabshirzadi1994@gmail.com

*². Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran (Corresponding Author) mohammadreza.seirafi@kia.ac.ir

³. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad university, Roudehen, Iran mehrdadsabet@riau.ac.ir