

پیش بینی نگرش به خوردن بر اساس توان حل مساله اجتماعی و تنظیم هیجانی شناختی

دکتر مهدیه صالحی*

دکترمژگان سپاه منصور**

دکتر غلامرضا محمودی***

نادیا مدنی پور****

چکیده

به منظور تعیین توان پیش بینی مولفه های حل مساله اجتماعی و تنظیم هیجانی شناختی در بروز نگرش به خوردن، تعداد ۴۲۱ نفر از دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در دانشگاه های تهران و شهید بهشتی با استفاده از شیوه تصادفی خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. جهت جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه ۲۶ سئوالی نگرش های خوردن، پرسشنامه ۳۶ سئوالی سبک های تنظیم هیجانی-شناختی گرنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و پرسشنامه ۲۵ سئوالی مهارت های حل مساله اجتماعی دیزربلا و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از رگرسیون چندمتغیری نشان داد که نگرش به خوردن دارای ارتباط مثبت با سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی است و ارتباط منفی با تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کنار آمدن با دیدگاه دارد. همچنین بین جهت گیری منفی به حل مساله و نگرش به خوردن ارتباط مثبتی وجود دارد، اما ارتباطی بین نگرش به خوردن و سایر مولفه های حل مساله بدست نیامد.

* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

** استاد یار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی

*** استاد یار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی

**** مربی دانشگاه آزاد اسلامی آشتیان، دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد تهران مرکزی

drsepahmansour@yahoo.com

dr_r202027@yahoo.com

n.madanipour@gmail.com

واژه های کلیدی: نگرش به خوردن، حل مساله اجتماعی، تنظیم هیجانی شناختی

مقدمه

اصطلاح نگرش نسبت به خوردن^۱ یک اصطلاح جامع و گسترده است که در مرور ادبیات به شکل‌های مختلف به آن اشاره شده است. نگرش به خوردن هسته مرکزی تمامی اختلالات خوردن است و توصیف کننده رفتارها و نگرش‌های ناسالمی است که دامنه‌ای از عادات رژیم‌دقیق به منظور از دست دادن یا نگهداری وزن ایده آل تا محدودسازی شدید و انورکسیا را در بر می‌گیرد که معمولاً با عنوان اختلالات خوردن تحت بالینی^۲ در نظر گرفته می‌شوند (هاسلام و همکاران، ۲۰۰۸). نگرش به خوردن طیف وسیعی را دربرمی‌گیرد که از یک سو به نگرش سالم و از سوی دیگر به اختلالات خوردن خوراکی ختم می‌شود (کریستین و ون رانسون، ۲۰۰۵)^۳. اگر رفتارها و نگرش‌های مربوط به خوردن را روی یک پیوستار قرار دهیم بزرگترین نسبت جمعیت در قسمت میانی نمودار قرار می‌گیرند که رفتارهای «پرخطر» را نشان می‌دهند. این افراد شامل افرادی می‌باشد که تمام معیارهای تشخیص انورکسیا و بولیمیا را ندارند یا فقط بخشی از رفتارهای آسیب‌زا مانند ایجاد تصفیه گاه به‌گاه عمده توسط خود یا مصرف به‌شدت محدود شده کالری را نشان می‌دهند (لوکاس، ۲۰۱۰).

در سال‌های اخیر، شیوع و بروز این اختلالات در حال افزایش است. انورکسیا به طور متوسط در ۰/۵ تا ۱/۵ درصد دختران جوان رخ می‌دهد و شیوع آن در دختران ۱۰ تا ۲۰ برابر پسران است (لوکاس، ۲۰۱۰). در ایران نیز یک بررسی همه-گیرشناسی در زمینه اختلال‌های خوردن، گویای وجود ۰/۹٪ انورکسیا، ۳/۲۳٪ بولیمیا و ۶/۶۳٪ سندرم خفیف اختلال خوردن در نمونه ۳۱۰۰ نفری از دانشجویان مورد بررسی بود (پورقاسم

^۱. Eating Attitude

^۲. Sub Clinical

^۳. Kristin, von Ranson

4. Lucas

گرگری و همکاران، ۱۳۸۷). بر اساس جدیدترین فرا تحلیل انجام شده از ۳۵ مطالعه آماری، از هر ۱۰۰۰ فرد مبتلا به آنورکسیا ۵ نفر در سال می‌میرند که ۲۰٪ این مرگ‌ها در اثر خودکشی اتفاق می‌افتد (بامفورد^۱ و همکاران، ۲۰۰۹)، لذا تشخیص افراد در معرض خطر و پیشگیری از بروز این اختلالات اهمیت زیادی دارد.

ورود به دانشگاه به علت بروز نرخ بالای رژیم غذایی، نارضایتی از بدن و خوردن آشفته در میان همسالان دانشجو (لاندرای و شورت^۲، ۲۰۱۰)، می‌تواند یک محیط در معرض خطر بالا برای رشد اختلالات خوردن ایجاد کند. مطالعات طولی نشان داده است که اختلالات خوردن تشخیص داده نشده اغلب منجر به افزایش آسیب‌شناسی خوردن می‌شوند. در یک مطالعه ۳۳٪ از افرادی که در تست نگرش به خوردن نمرات بالا گرفته بودند به عنوان افرادی که یک سندرم جزئی خوردن داشتند طبقه‌بندی شدند، در پیگیری ۱۸-۱۲ ماهه، ۲۰٪ از این افراد یک تشخیص اختلال خوردن را دریافت کردند. این امر نشان می‌دهد که مسلماً توان بالقوه برای پیشرفت علائم وجود دارد. افراد در معرض خطر اختلالات خوردن نه تنها شامل بزرگترین نسبت از افراد می‌باشند بلکه به احتمال زیاد از مداخله زود هنگام بهره خواهند برد (لوکاس^۳، ۲۰۱۰).

مطالعات اخیر در اروپا و آمریکا نشان داده که رفتارهای آشفته مربوط به خوردن شیوع بالایی دارند و مشکلات سلامتی بسیاری را در غرب ایجاد کرده‌اند (ایپن^۴ و همکاران، ۲۰۰۵). در طول ۲۰ سال گذشته بروز و شیوع نگرش آشفته نسبت به خوردن در جوانان به‌طور جدی افزایش یافته؛ این افزایش شیوع اختلالات خوردن و آسیب‌شناسی‌های مربوط به خوردن در بین دختران دانشجو نسبت به جمعیت کلی، در حال افزایش است (کوردرو، اسرائیل^۵، ۲۰۰۹) که این مساله نیازمند مطالعه عوامل مرتبط با اختلالات خوردن می‌باشد.

یکی از عوامل مرتبط با اختلالات خوردن، مشکل در حوزه مهارت‌های خودمدیریتی است که با حل مسئله اجتماعی در

-
1. Bamford
 2. Landrau & Short
 3. Lucas
 4. Eapen
 5. Cordero, Israel

ارتباط است. حل مساله اجتماعی، فرایند شناختی-عاطفی- رفتاری است که توسط مردم برای حل مشکلات زندگی واقعی در یک محیط اجتماعی به کار می رود و کلید مهمی در مدیریت هیجان ها و بهزیستی روانی می باشد (سیو و شک^۱، ۲۰۱۰). مطالعات به کمبود مهارت های حل مسئله در بسیاری از شرایط روانشناختی اشاره دارند (موراوسکی^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). فرض بر این است که نشانه های اختلال خوردن با حل مسئله موثر ضعیف تر در مورد خوردن و وزن و همچنین حل مساله ضعیف تر در تحلیل موقعیت های روابط بین فردی و با افزایش استفاده از مقابله های ناسازگارانه و کاهش استفاده از مقابله های سازگارانه در جمعیت غیر بالینی و در جوانان دارای اختلالات خوردن (هولت و اسپلاژ، ۲۰۰۲) ارتباط دارند. دختران در سنین دانشگاه به طور معمول در تماس مکرر با همسالان خود می باشند و حل مسئله ناسازگار در زمینه روابط فردی احتمالاً منجر به درگیری های شدید در این روابط می شود. این استرس ها می تواند باعث تجدید رفتارهای مرتبط با اختلال غذا خوردن بشوند. دختران ممکن است به رفتارهای مرتبط با اختلال در غذا خوردن جهت مقابله با استرس های موجود در روابط اجتماعی متوسل شوند (پاترسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). از طرفی، این تجارب منفی می تواند منجر به ایجاد بی نظمی های هیجانی در فرد شده و ممکن است منجر به مشکلات خوردن و بروز رفتارهای تکانه ای و نابهنگام شوند، چرا که تحقیقات به ارتباط بین مشکل در تنظیم هیجانی و مشکلات غیربالینی مثل نشانه های بولیمیا و انورکسیا نروزا (مک اون و فلوری^۴، ۲۰۰۹) اشاره دارند. پژوهش ها نشان داده اند از اواسط کودکی تا نوجوانی توانایی تنظیم هیجانات افزایش می یابد و در نوجوانی مقابله ی متمرکز بر هیجان با نگرش های غیر طبیعی به خوردن ارتباط دارد و پیش بینی کننده ی آمادگی جهت توسعه ی

1. Siu & Shek

2. Murawski

3. Paterson

4. Mcewen & Flouri

اختلالات خوردن می باشد (زاجا^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این تمرکز بر هیجان و راهبرد های مقابله ای حواس پرتی اجتنابی^۲ با نگرش آشفته نسبت به خوردن و الزام به رژیم غذایی در بزرگسالی خصوصا در زنان جوان و زنان مبتلا به اختلال خوردن ارتباط دارد (زاجا و همکاران، ۲۰۰۹).

با اینکه چارچوبهای نظری متعددی برای توضیح عوامل فردی و زمینه ای در بروز اختلالات خوردن مطرح شده اند، علی رغم توسعه ادبیات موجود، همچنان این موضوع بدون پاسخ باقی مانده است که چه متغیرها یا عوامل روانشناختی احتمال گسترش نگرش های ناسالم در مورد خوردن را افزایش می دهد و یافته ها در این مورد یا انجام نشده و یا اینکه اطلاعات متناقضی وجود دارد (اسکافیر و همکاران، ۲۰۱۰). بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین توان پیش بینی مولفه های حل مساله اجتماعی و تنظیم هیجانی شناختی در بروز نگرش به خوردن طراحی شد و به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که: آیا حل مساله اجتماعی توان پیش بینی نگرش به خوردن را دارد؟

آیا تنظیم هیجانی شناختی توان پیش بینی نگرش به خوردن را دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات غیرآزمایشی-پس رویدادی است که جامعه پژوهش عبارت است از تمامی دانشجویان دختر دانشگاه های تهران و شهید بهشتی که در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل هستند. نمونه‌گیری با استفاده از شیوه تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. برای محاسبه تعداد نمونه مورد نیاز با توجه به نوع پژوهش از فرمول حجم نمونه کوکران-برای برآورد حجم نمونه در جوامع نامحدود- استفاده شد:

$$n = \frac{t^2 s^2}{d^2}$$

$$(d=0.05, s=0.5, t=1.96)$$

1. Czaja
2. Avoidance Distraction

که مطابق با فرمول فوق تعداد ۳۸۵ نفر بعنوان حجم نمونه در نظر گرفته شدند. با توجه به وقوع برخی مشکلات در فرایند تکمیل پرسشنامه، تعداد نمونه های مورد بررسی ۴۵۰ نفر در نظر گرفته شد و در نهایت تعداد ۴۲۱ پرسشنامه جمع آوری شد. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

پرسشنامه نگرش‌های خوردن EAT-26^۱: این پرسشنامه که توسط گرر و گرفینکل در سال ۱۹۷۹ توسعه یافته است، در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی^۲ برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمار گونه خوردن بکار می‌رود که شامل ۲۶ سوال می‌باشد. هر یک از آیتم‌های EAT بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی می‌شود. پاسخ سئوالات ۱-۲۶، از ۱-۳ وزن دهی شده است. بر این اساس از سئوال ۱-۲۵ گزینه‌های «همیشه، تقریباً همیشه و اغلب» به ترتیب ۳، ۲ و ۱ امتیاز دارند و گزینه‌های بعدی امتیازی معادل صفر خواهند داشت. گزینه‌های «گاهی، به ندرت و هرگز» در سئوال ۲۶ به ترتیب ۱، ۲ و ۳ امتیاز مابقی گزینه‌ها ارزشی برابر صفر دارند. بنابراین نمره‌های EAT-26 می‌تواند از صفر تا ۷۸ باشد (لین و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعه پور قاسم گرگری و همکاران (۱۳۸۷) در نمونه ای شامل ۱۸۷۷ دانش آموز، میزان آلفای کرونباخ برای آزمون برابر با ۰/۷۶ بدست آمد. در بررسی یوسفی و همکاران (۲۰۰۶) اعتبار صوری این آزمون تایید شده و پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است. در بررسی بابایی و همکاران (۱۳۸۶) اعتبار آن ۰/۸۴ بدست آمد. در مطالعه دژکام و همکاران (۱۳۷۹) ضریب پایایی با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه شد و همبستگی بین نمره های ناشی از اجرای دو مرحله پرسشنامه در گروه مورد مطالعه ۰/۹۱ بدست آمد (پور قاسم گرگری و همکاران؛ ۱۳۸۷).

پرسشنامه سبک‌های تنظیم هیجانی- شناختی^۳: پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی پرسشنامه خود سنجی است که توسط نادیا گرنفسکی^۴ و همکاران (۲۰۰۱) طراحی شده است. ساختار این

1 Eating Attitude Test

2 Self-Rating

3. Cognitive emotional Regulation Questionnaire (CERQ)

4. Garnefski

پرسشنامه چند بعدی بوده و منحصرأ به تفکرات اشخاص بعد از تجارب منفی می پردازد. نسخه اصلی این پرسشنامه با ۹ خرده مقیاس (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه آمیز پنداری، سرزنش دیگران) دارای ۳۶ ماده است. در این پرسشنامه راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارذهنی و فاجعه آمیز پنداری در مجموع، راهبردهای منفی تنظیم هیجان را تشکیل می دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه بر روی هم راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می دهند. نمره گذاری این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شوند و نمرات به دست آمده با هم جمع می شوند. نمرات هر یک از مؤلفه ها ممکن است از ۴ تا ۲۰ نمره در نوسان می باشد. نمرات ۴ تا ۲۰ هر خرده مقیاس میزان کاربرد آن راهبرد را مشخص می کند. جمع کل نمرات ۳۶ ماده نیز یک نمره کلی بدست می آید که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و می تواند در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ نمره قرار گیرد. سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کرده اند. حسنی (۱۳۹۰) این پرسشنامه را مورد هنجاریابی قرار داده، در مطالعه او اعتبار این مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی آن از طریق تحلیل مولفه ها و با استفاده از همبستگی بین خرده مقیاس ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار پرسشنامه تحقیق با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد (حسنی، ۱۳۹۰).

پرسشنامه مهارت‌های حل مسئله اجتماعی: این پرسشنامه، به منظور ارزیابی توانایی حل مسئله اجتماعی طراحی گردیده است. فرم کوتاه ۲۵ گویه ای پرسشنامه تجدید نظر شده حل مسئله اجتماعی از ۵ خرده مقیاس تشکیل شده است و روی مقیاس

۵ درجه لیکرت از کاملاً نادرست تا کاملاً درست نمره گذاری می شود (دیزریلا^۱ و همکاران، ۱۹۹۰). خرده مقیاس های این پرسشنامه شامل: جهت گیری مثبت نسبت به مسئله، جهت گیری منفی نسبت به مسئله، حل مسئله منطقی، سبک تکانشگری/بی دقتی و سبک اجتنابی می باشد. بطور کلی دو مقیاس سبک حل مسئله منطقی و جهت یابی مثبت نسبت به حل مسئله معرف به کارگیری روش های سازگارانه برای حل مسائل روزمره زندگی هستند. سه مقیاس سبک حل مسئله تکانشی/بی دقتی، سبک حل مسئله اجتنابی و جهت یابی منفی نسبت به حل مسئله که معرف به کارگیری روش های حل مسئله ناسازگارانه برای حل مسائل روزمره زندگی هستند (سو و شک، ۲۰۰۵). نمره بالا نشان دهنده حل آسان، کارا و سازنده مسئله است. در یک مطالعه به منظور بررسی روایی همزمان فرم کوتاه پرسشنامه تجدید نظر شده حل مسئله اجتماعی ملاحظه شد که خرده مقیاس های این ابزار با پرسشنامه حل مسئله، همبستگی بالایی نشان می دهد. روایی سازه این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس های حل مساله و سازه های روان شناختی همپوش تایید شده است. سطوح آلفای کرنباخ نیز از ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ گزارش شده اند. در مطالعه مخبری و همکاران (۱۳۹۰) همبستگی خرده مقیاس های پرسشنامه توانایی حل مساله اجتماعی با یکدیگر بین ۰/۳۲ تا ۰/۸۵ و معنی دار بدست آمد. همچنین همبستگی این خرده مقیاس ها با مقیاس کلی تکانشگری نیز بالاست که این امر بیانگر روایی همگرایی پرسشنامه است. همچنین ضریب آلفای خرده مقیاس های پرسشنامه نیز از ۰/۶۲ تا ۰/۸۵ گزارش شد. در تحقیق حاضر نیز ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرانباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

یافته ها

برای بررسی سئوالات پژوهش و قدرت پیش بینی متغیرها از رگرسیون چند متغیری استفاده شد. ابتدا به بررسی شاخص های توصیفی متغیرهای مورد بررسی پرداخته می شود.

جدول شماره ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای نگرش به خوردن، تنظیم هیجانی، توان حل مساله و خرده مقیاس ها

انحراف معیار	واریانس	میانگین	میانه	خرده مقیاس	
۷/۶۷	۵۸/۸۳	۱۰/۹۳	۹	نگرش به خوردن	
۳/۳۸	۱۱/۴۶	۹/۹۱	۱۰	سرزنش خود	
۳/۰۹	۹/۵۵	۱۰/۲۸	۱۰	پذیرش	
۳/۹۵	۱۵/۶۷	۹/۶۳	۹	نشخوارگری	
۳/۷۴	۱۳/۹۹	۱۲/۴۵	۱۲	تمرکز مجدد مثبت	مولفه
۲/۹۲	۸/۵۳	۱۴/۶۲	۱۵	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	های
۳/۴۶	۱۱/۹۷	۱۱/۶۹	۱۲	ارزیابی مجدد مثبت	تنظیم
۳/۰۶	۹/۳۸	۱۱/۵۲	۱۱/۵۰	کنار آمدن با دیدگاه	شناختی
۲/۸۷	۸/۲۷	۷/۷۹	۸	فاجعه سازی	هیجانی
۳/۱۰	۹/۶۳	۸/۷۱	۹	ملامت دیگران	
۳/۴۰	۱۱/۵۷	۱۱/۷۰	۱۲	جهتگیری مثبت	
۳/۶۸	۱۳/۵۹	۷/۴۶	۷	جهتگیری منفی	توان حل
۳/۳۷	۱۱/۴۱	۱۱/۷۴	۱۲	حل منطقی	مساله
۳/۳۰	۱۰/۹۴	۴/۶۹	۵	سبک اجتنابی	اجتماعی
۲/۳۸	۵/۷۱	۶/۲۲	۶	سبک تکانشی	

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود میانگین متغیر نگرش به خوردن ۱۰/۹۳ می باشد. در بین خرده مقیاس های تنظیم هیجانی، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی با ۱۴/۶۲ و فاجعه سازی با ۷/۷۹ دارای به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین می باشند. در بین خرده مقیاس های توان حل مساله نیز، حل منطقی با ۱۱/۷۴ و سبک اجتنابی با ۴/۶۹ دارای به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین می باشند.

در بخش بعدی به بررسی این که آیا توان پیش بینی نگرش خوردن به غذا از طریق مؤلفه های تنظیم شناختی هیجانی وجود دارد؟ پرداخته می شود:

جدول شماره ۲: خلاصه نتایج معناداری مدل رگرسیون جهت پیش بینی نگرش به خوردن از طریق مؤلفه های تنظیم شناختی هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی داری
رگرسیون	۱۱۹۲۶/۹۰	۹	۱۳۲۵/۲۱		
باقیمانده	۸۳۹۴/۴۹	۳۶۴	۲۳/۰۶	۵۷/۴۶	۰/۰۰۱

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان F بدست آمده، می‌توان مطرح نمود که ارتباط معنی‌داری بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی با نگرش به خوردن مشاهده می‌شود ($p < 0.01$). به عبارتی دیگر توان پیش‌بینی نگرش به خوردن از طریق مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی وجود دارد. از این رو، جهت شناسایی و تبیین ضرایب رگرسیون، ضروری است تا جدول ضرایب رگرسیون عنوان شود:

جدول شماره ۳: خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون پیش‌بینی نگرش به خوردن از طریق مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بینی کننده	ضریب بتا	میزان t	سطح معنی‌داری
نگرش به خوردن	سرزنش خود	۰/۱۳	۳/۳۲	۰/۰۰۱
	پذیرش	-۰/۰۴	-۱/۳۴	۰/۱۸۱
	نشخوارگری	۰/۱۹	۴/۳۷	۰/۰۰۱
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۲۷	-۶/۸۲	۰/۰۰۱
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	-۰/۱۲	-۳/۵۱	۰/۰۰۱
	ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۲۱	-۵/۵۹	۰/۰۰۱
	کنار آمدن با دیدگاه	-۰/۰۷	-۲/۰۶	۰/۰۳۹
	فاجعه‌سازی	۰/۱۲	۳/۲۱	۰/۰۰۱
	ملامت دیگران	۰/۰۹	۲/۳۷	۰/۰۱۸

با توجه به ضرایب رگرسیون چندمتغیری با روش ورود همزمان و همچنین ضرایب رگرسیون بدست آمده، می‌توان مطرح نمود که ارتباط مثبت معنی‌داری بین سرزنش خود، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران و ارتباط منفی معنی‌داری بین تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کنار آمدن با دیدگاه با نگرش به خوردن، مشاهده می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش سرزنش خود، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران، نگرش به خوردن نیز افزایش می‌یابد و با کاهش آن‌ها، نگرش به خوردن نیز کاهش می‌یابد. در حالیکه با افزایش تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کنار آمدن با دیدگاه، نگرش به خوردن کاهش می‌یابد و با کاهش آن‌ها، نگرش به خوردن افزایش می‌یابد.

نتایج پاسخ به این سؤال که آیا توان پیش‌بینی نگرش خوردن به غذا از طریق توان حل مسأله اجتماعی وجود دارد؟، در جدول شماره ۴ ارائه شده است:

جدول شماره ۴: خلاصه نتایج معناداری مدل رگرسیون جهت پیش‌بینی نگرش به خوردن از طریق مولفه های توان حل مسأله اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معنی داری
رگرسیون	۱۰۲۸/۶۱	۵	۲۰۵/۷۲	۳/۴۲	۰/۰۰۵
باقیمانده	۲۰۵۹۸/۲۹	۳۴۳	۶۰/۰۵		

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان F بدست آمده، می‌توان مطرح نمود که ارتباط معنی‌داری بین مؤلفه های توان حل مسأله اجتماعی با نگرش به خوردن مشاهده می‌شود ($p < 0.01$). به عبارتی دیگر توان پیش‌بینی نگرش به خوردن از طریق مؤلفه-های توان حل مسأله اجتماعی وجود دارد. از این رو، جهت شناسایی و تبیین ضرایب رگرسیون، ضروری است تا جدول ضرایب رگرسیون عنوان شود:

جدول شماره ۵: خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون جهت پیش‌بینی نگرش به خوردن از طریق مولفه های توان حل مسأله اجتماعی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بینی کننده	ضریب بتا	میزان t	سطح معنی داری
نگرش به خوردن	جهت‌گیری مثبت	۰/۱۰	۱/۴۳	۰/۱۵۱
	جهت‌گیری منفی	۰/۱۳	۱/۹۵	۰/۰۴۲
	حل منطقی	۰/۰۵	۰/۷۹	۰/۴۲۸
	سبک اجتنابی	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۹۵۲
	سبک تکانشی	۰/۰۹	۱/۳۹	۰/۱۶۳

با توجه به ضرایب رگرسیون چندمتغیری با روش ورود همزمان و همچنین ضرایب رگرسیون بدست آمده، می‌توان مطرح نمود که ارتباط مثبت معنی‌داری بین جهت‌گیری منفی با نگرش به خوردن، مشاهده می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش جهت‌گیری منفی، نگرش به خوردن نیز افزایش می‌یابد و با کاهش آن، نگرش به خوردن نیز کاهش می‌یابد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر در رابطه با توان پیش‌بینی نگرش به خوردن از طریق مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی نشان داد، نگرش به خوردن دارای ارتباط مثبت با سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی است و ارتباط منفی با تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کنارآمدن با دیدگاه دارد. همانطور که عنوان شد، تنظیم هیجان شناختی شامل شیوه های شناختی اداره اطلاعات دریافتی برانگیزاننده هیجانی است (پورفرج عمران، ۲۰۱۱). همانگونه که در ادبیات موجود اشاره شده راهبردهای تنظیم هیجان با عاطفه، رفتار، شناخت و همچنین با آسیب شناسی روانی ارتباط دارند (آلدوا و همکاران، ۲۰۱۲).

مدل های اختلالات خوردن مطرح کرده اند که افراد دارای تنظیم هیجانی ضعیف اغلب از غذا برای فرار از یا تنظیم پایین هیجانات خود استفاده می کنند که این امر برای مشکلات تشخیصی در رابطه با غذا ایجاد خطر می کند (آلدوا و همکاران، ۲۰۱۲). نتیجه پژوهش فوق همسوی با مطالعه میر^۱ و همکاران (۲۰۱۰) و هاسلام و همکاران (۲۰۰۸) می باشد که نشان دادند ارتباطات کاملاً مشخص بین آسیب شناسی خوردن و عوامل هیجانی وجود دارد. به طور خاص و به احتمال زیاد اختلال خوردن هنگامی که فردی حالت های هیجانی منفی را تجربه می کند آشکار می شوند (میر و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این زنان دارای اختلال خوردن به ویژه در بیان و تنظیم هیجانات خود ضعیف هستند که این امر در توسعه و نگهداری اختلالات خوردن تاثیرگذار می باشد (وایت ساید^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). این بررسی ها نیز در راستای نتایج پژوهش فوق می باشند. بیماران مبتلا به اختلالات خوردن اغلب گزارش می دهند در تحمل هیجانات قوی خود مشکل دارند و اغلب سعی می کنند از محرک های بالقوه این هیجانات اجتناب کنند یا اینکه از رفتارهای تکانشی برای مقابله با آنها استفاده کنند (هاسلام و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین می توان گفت، نگرش منفی نسبت به هیجان ممکن است از پردازش شناختی اطلاعات برجسته ی

1. Meyer

2. Whiteside

هیجانی جلوگیری کند، همانطور که تحقیقات انجام شده نشان داده اند که اختلالات خوردن با دشواری هایی در تنظیم هیجانی ارتباط دارد (زاجا و همکاران، ۲۰۰۹). در این راستا، نتایج مطالعه وایت ساید و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد که دشواری های تنظیم هیجانی مقدار قابل توجهی از واریانس اختلالات خوردن را بیشتر و فراتر از جنسیت، محدودیت غذایی و ارزیابی بیش از حد شکل و وزن پیش بینی می کند. در رابطه با این سؤال که آیا توان حل مساله اجتماعی توان پیش بینی نگرش به خوردن را دارد؟ مشخص شد که بین جهت گیری منفی به حل مساله و نگرش به خوردن ارتباط مثبتی وجود دارد. به عبارتی هرچه جهت گیری منفی بیشتر می شود نمره نگرش به خوردن نیز افزایش می یابد. اما ارتباطی بین نگرش به خوردن و سایر مولفه های حل مساله بدست نیامد. در این رابطه می توان گفت، حل مسئله اجتماعی می تواند مقابله های موقعیتی و شایستگی رفتاری را افزایش دهد که به نوبه خود می توانند از پریشانی های هیجانی پیشگیری کنند یا آن ها را کاهش دهند (بکر ویدمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). مطابق با تحقیقات اخیر، درگیر شدن در حل مساله در مواجهه با پریشانی یکی از قویترین ارتباطات معکوس را با آسیب روانی دارد (کلی^۲، ۲۰۰۹). دزوریلا و همکاران (۱۹۹۰) مطرح کرده اند که حل مسئله اجتماعی ضعیف ناشی از فرایندهای شناختی ناسازگارانه ای است که باعث می شود فرد در برخورد موثر با موقعیت های مشکل ساز و یا تولید راه حل های موثر ناتوان باشد. بنابراین مهارت های حل مسئله ناکارآمد ممکن است آسیب پذیری نسبت به مشکلات سلامت روان را ایجاد کند و یا مشکلات موجود را تشدید کند (پاترسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). در مورد حل مساله اجتماعی و ارتباط آن با مشکلات خوردن بیشتر تحقیقات منحصر در ارتباط با اختلالات خوردن صورت گرفته است و نتایج در تحقیقات متعددی نشان داده اند که حل مسئله ناسازگارانه با آسیب شناسی خوردن رابطه دارد (سوانسون^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). بعنوان مثال اسپلاژ^۱ و

1. Becker-Weidman
2. Kelly
3. paterson
4. Swanson

همکاران (۲۰۰۰) دریافتند که زنان دارای اختلال خوردن در مقایسه با افراد فاقد اختلالات خوردن نمرات کمتری در حل مسئله موثر کسب می کند و افراد مبتلا به انورکسیا به طور قابل توجهی آسیب شناسی مربوط به خوردن، جهت گیری منفی به حل مسئله، تکانشگری/ بی دقتی و اجتناب بالاتری دارند و به میزان قابل توجهی در جهت گیری مثبت نسبت به حل مسئله نسبت به افراد غیربالینی پایین تر می باشند. همچنین پاترسون و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که در نمونه بالینی، اختلالات خوردن رابطه معناداری با مولفه های جهت گیری منفی به حل مسئله و اجتناب دارد. در مطالعه ای دیگر از پاترسون و همکاران (۲۰۱۰) مشخص شد که حل مسئله منطقی و سبک تکانشی/ بی دقتی ارتباط معناداری با آسیب شناسی خوردن ندارند، این امر عنوان می کند که افراد مبتلا به انورکسیا در حل مسئله خود، تکانشی نیستند. نتایج دیگر نیز نشان داده اند که مهارت های حل مسئله اجتماعی می تواند در حفظ آسیب شناسی اختلال خوردن نقش داشته باشد (مک فیلین^۲، ۲۰۰۹). نتایج همسوی دیگری نیز با بررسی فوق گزارش شده اند. بطور مثال، در مطالعه سوانسون و همکاران (۲۰۰۹) گروه مبتلا به انورکسیا به طور معناداری در مولفه های حل مسئله با افراد گروه کنترل متفاوت بودند. در مقایسه با گروه کنترل افراد مبتلا جهت گیری حل مسئله منفی تری داشتند اما کمتر تکانشی و بی دقت بودند. در مطالعه استرن هیم^۳ و همکاران (۲۰۱۲) نیز افراد مبتلا به انورکسیا نسبت به گروه سالم نسبتاً راه حل های شخصی ضعیف تری در مقایسه با راه حل های مطلوب داشتند و همچنین نمرات بالاتری در اندازه های اجتناب شناختی نسبت به گروه سالم داشتند. همچنین پژوهش دیگری در راستای بررسی فوق نشان داد که زنان مبتلا به بولیمیا حل مسئله موثر کمتری نسبت به گروه کنترل دارند و کیفیت ارتباطات پایین تر و ادراک حمایت اجتماعی پایین تری را گزارش کردند (هولت و اسپلاژ، ۲۰۰۲). پاترسون و همکاران (۲۰۰۷، ۲۰۱۰) نیز همسوی با بررسی فوق، مطرح

1. Espelage
2. McFillin
3. Sternheim

کردند افراد دارای مشکلات خوردن بیشتر از حل مساله منفی استفاده می کنند که این نتایج نیز مطابق با سوانسون (۲۰۰۹)، مک فیلین (۲۰۰۹)، و استرن هیم و همکاران (۲۰۱۲) می باشد. از آنجایی که نگرش به خوردن شکلی خفیفتر از اختلالات خوردن است (اگر قائل به پیوستاری بودن مسایل مربوط به خوردن باشیم) الزاما تمامی مولفه های حل مساله برخلاف تحقیقاتی که در حیطه اختلالات خوردن به طور خاص مطرح شده با نگرش به خوردن دارای ارتباط نخواهند بود.

با توجه به برخی یافته های تحقیق حاضر در راستای تایید ارتباط برخی مولفه های مورد بررسی با اختلالات خوردن (از جمله تنظیم هیجانی و حل مساله) می توان عنوان کرد همانگونه که تعدادی از محققین مطرح کرده اند نگرش به خوردن در پیوستاری قرار دارد که یک سوی آن خوردن و نگرش طبیعی نسبت به خوردن قرار دارد و در سوی دیگر آن اختلالات خوردن قرار دارند و نگرش های غیر طبیعی به خوردن جایی در میانه پیوستار قرار دارند و با افزایش نمرات فرد در نگرش های غیر طبیعی به خوردن شاهد بروز مشکلات افراد در زمینه هایی می باشیم که بر اساس تحقیق حاضر این ارتباطات شامل دشواری هایی بویژه در تنظیم هیجانی شناختی و حل مساله اجتماعی است.

با توجه به نتایج بررسی فوق، از آنجایی که نگرش های غیر طبیعی به خوردن می تواند خطر بروز اختلالات خوردن را افزایش دهد، بر اساس توسعه دامنه پژوهش های مورد مطالعه در زمینه نگرش به خوردن، مداخلات لازم در سطح جامعه بخصوص در سطح مدارس و دانشگاه ها جهت افزایش آگاهی افراد از مخاطرات خوردن صورت بگیرد.

منابع

۱. پورقاسم گرگری، بهرام، کوشا و، دنیز، سید سجادی، ندا، کرمی، صفورا، شاهرخی، حسن (۱۳۸۷). خطر اختلالات خوردن در دانش آموزان دبیرستانی دختر تبریز در سال ۱۳۸۶. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۳۰، ۲۶، ۴-۲۱.
۲. حسنی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش نامه نظم جویی هیجان. تحقیقات علوم رفتاری، ۹، ۴، ۲۹-۲۴۰.
۳. مخبری، عادل، درتاج، فریبا، دره کردی، علی (۱۳۹۰). بررسی شاخص های روان سنجی و هنجار یابی پرسشنامه توانایی حل مساله اجتماعی. SID.IR
4. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy* 50, 493e501.
5. Bamford, B., Halliwell, E. (2009). Investigating the Role of Attachment in Social Comparison Theories of Eating Disorders within a Non-Clinical Female Population. *Eur. Eat. Disorders Rev. John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorders Association*, 17, 371-379.
6. Becker-Weidman, E.J., Jacobs, R.H., Reinecke, M.A., Silva, S., March, J. (2010). Social problem-solving among adolescents treated for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 11-18.
7. Cordero, E.D., Israel, T. (2009). Parents as Protective Factors in Eating Problems of College Women. *The Journal of Treatment & Prevention*, 17, 2, 146-161.
8. Czaja, J., Rief, W., Hilbert, A. (2009). Emotion Regulation and Binge Eating in Children. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 4 356-362.
9. D, Zurilla, T.H., Nezu, A.M (1990). development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *a journal of consulting and clinical psychology*. 2, 2, 156-163.
10. Eapen, V., Mabrouk, A., Bin-Othman, S. (2005). Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eating Behaviors*, 7, 53-60.

11. Espelage, D.L., Quittner, A.L., Sherman, R., Thompson, R. (2000). Assessment of Problematic Situations and Coping Strategies in Women with Eating Disorders: Initial Validation of a Situation-Specific Problem Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22, 3.
12. Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C., Waller, G. (2008) Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 9, 313–318.
13. Holt, M., Espelage, D. (2002). Problem-Solving Skills and Relationship Attributes
14. Kelly, N.R. (2012). Associations Between Binge Eating And Executive Functioning Among Young Women. A Dissertation Submitted In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Doctor Of Philosophy At Virginia Commonwealth University.
15. Kristin, M., Ranson, v., Kathleen, E. (2005). Who is Providing what Type of Psychotherapy to Eating Disorder Clients? A Survey. *International Journal of Eating Disorders*. 39, 1, 27-34.
16. Landrau, E., Short, G. (2010). The Role of Relationship Attachment Styles in Disordered Eating Behaviors. <http://digitalarchive.gsu.edu/caaur>.
17. Lucas, V. (2010). Impact of Parenting Factors and Personal Ego Development on Risk for Eating Disorders Among College Women. Marquette University e-Publications@Marquette.
18. McEwen, C., Flouri, E. (2009). Fathers parenting, adverse life events, and adolescents emotional eating disorder symptoms: the role of emotion regulation. *Child Adolescent Psychiatry*. 18, 206-216.
19. McFillin, R.K. (2009). The Social Problem-solving Approach of Adolescent Females Diagnosed with an Eating Disorder: Toward a Greater Understanding of Control. *PCOM Psychology Dissertations*. Paper 102.
20. Meyer, C., Leung, N., Barry, L., De Feo, D. (2010). Emotion and Eating Psychopathology: Links with Attitudes Toward Emotional Expression Among Young Women. *Int J Eat Disord*, 43, 187–189.
21. Murawski, M.E., Milsom, V.A., Ross, K.M., Rickel, K.A., DeBraganza, N., Gibbons, L.M., Perri, M.J. (2009). Problem solving, treatment adherence, and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity. *Eating Behaviors*, 10, 146–151.
22. Paterson, G., Power, K., Yellowlees, A., Park, K., Taylor, L. (2007). The Relationship Between Two-dimensional Self-Esteem and Problem Solving Style in an Anorexic Inpatient Sample. *European Eating Disorders Review*, 15, 70–77.

23. Paterson, J., Power, K., Collin, P., Greirson, D., Yellowlees, A., Park, K. (2010). A Mediation Model of Self-Esteem and Social Problem-Solving in Anorexia Nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 19, 112–120.
24. Pourfaraj Omran, M. (2011). Relationships between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. (<http://www.SciRP.org/journal/OJPsych/>)
25. Scoffier, S., Paquet, Y., d'Arripe-Longueville, F. (2010). Effect of locus of control on disordered eating in athletes: The mediational role of self-regulation of eating attitudes. *Eating Behaviors* 11, 164–169.
26. Scoffier, S., Maiano, C.H., d'Arripe Longueville, F. (2010). The effects of social relationships and acceptance on disturbed eating attitudes in elite adolescent female athletes: the mediating role of physical self-perception. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 65–71.
27. Siu, A.M.H., Shek, D.T.L. (2010). Social Problem Solving as a Predictor of Well-being in Adolescents and Young Adults. *Soc Indic Res*, 95, 393–406.
28. Sternheim, L., Startup, H., Pretorius, N., Johnson-Sabine, E., Schmidt, U., Channon, S.H. (2012). An experimental exploration of social problem solving and its associated processes in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200, 524–529.
29. Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D., Yellowlees, A., Park, K., Taylor, L. (2009). The Relationship Between Parental Bonding, Social Problem Solving and Eating Pathology in an Anorexic Inpatient Sample. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 18, 22–32.
30. Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162–169.