

نقش پیش‌بینی‌کننده رفتارها و نگرش‌های ناسالم خوردن بر اساس نگرانی از بدریخت‌انگاری بدن، دشواری در تنظیم هیجان و واکنش‌های ناکارآمد دختران نوجوان

حسن‌وفاپور^۱ ♦ پیمان حاتمیان^۲ ♦ دکتر جهانگیر کرمی^۳

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رفتارها و نگرش‌های ناسالم خوردن بر اساس نگرانی از بدریخت‌انگاری بدن، دشواری در تنظیم هیجان و واکنش‌های ناکارآمد دختران نوجوان انجام شده است. پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است و جامعه آماری شامل همه دختران نوجوان ۱۴ تا ۲۰ ساله شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بوده که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان آنان، تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شده است. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه بازخورد خوردن ویلیامسون و همکاران (۱۹۹۰)، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)، پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۴) و پرسشنامه واکنش‌های ناکارآمد چان و وانگ (۱۹۹۴) بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به‌روش همزمان استفاده شده که در نهایت داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-22 مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. نتایج حاکی از آن بود که نگرانی از بدریخت‌انگاری بدن، دشواری در تنظیم هیجان و واکنش‌های ناکارآمد با رفتارها و نگرش‌های ناسالم خوردن رابطه مثبت و معنادار دارند ($P < 0.001$). همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که متغیرهای پیش‌بین همگی با هم می‌توانند ۲۷ درصد تغییرات مرتبط با رفتارها و نگرش‌های ناسالم خوردن را تبیین کنند. نتایج پژوهش نشان داد که نگرانی از بدریخت‌انگاری بدن، دشواری در تنظیم هیجان و واکنش‌های ناکارآمد می‌توانند منجر به رفتارها و نگرش‌های ناسالم خوردن در دختران نوجوان شوند، بنابراین پیشنهاد می‌شود که درمانگران حوزه سلامت به این مهم توجه داشته باشند.

کلیدواژگان: رفتارها و نگرش‌های ناسالم خوردن، بدریخت‌انگاری بدن، تنظیم هیجان، واکنش‌های ناکارآمد

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. Hosnavafapoor@gmail.com
۲. نویسنده مسئول: دانش‌آموخته دوره دکتری رشته روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. hatamian152@gmail.com
۳. دانشیار روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. J.karami@razi.ac.ir

مقدمه

اعمال مرتبط با خوردن نقشی مهم در زندگی انسان و پیشگیری از مشکلات جسمانی و روانشناختی همچون بیماریهای قلبی، دیابت، فشارخون بالا و... دارد. در ضمن این رفتارها نقش مهمی در فرایند رشد و تحول شناختی کودکان و جوانان دارند (براون، پارمن، رودات و کریگ هدا^۱، ۲۰۱۲). مشکلات مرتبط با خوردن، مشکلاتی شدیداند که سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و از ناتوان‌کننده‌ترین علائم سلامت روان هستند (چیتامبو و هیوئی^۲، ۲۰۱۷). در چند دهه اخیر اینگونه رفتارها در بین نوجوانان (به‌ویژه دختران نوجوان) در حال گسترش است (روستایی و همکاران، ۱۳۹۲). رفتارهای خوردن ناسالم، رفتارهای نابهنجاری اند که با اختلالات خوردن پیوند دارند. از میان این رفتارها می‌توان به رفتارهایی چون خوردن محدود شده، خوردن بازداری شده، خوردن شبانه، پرخوری، نگرانی درباره خوردن، شکل و وزن بدن، اتخاذ رژیم غذایی سخت و کنترل وزن و شکل بدن از طریق رفتارهای جبرانی ناسالم و غیره اشاره کرد (هیرو^۳ و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از حاتمیان و مرادی، ۱۳۹۶). نگرشهای خوردن شامل باورها، افکار، احساسها، رفتارها و عوامل مرتبط با تغذیه است (الوارینگا، اسکالیوزی و فیلیپای^۴، ۲۰۱۰). نحوه استنباط افراد از نگرشهای خوردن و عوامل مرتبط با آن می‌تواند به فهم هر چه بهتر آنها از آنچه مرتبط با خورد و خوراک است همچون، انتخاب غذا، نوع غذا و نیز درک و نگرش و رفتارهای آنها نسبت به خوردن کمک کند (کانالز، سانچو و آریجا^۵، ۲۰۰۹). نتایج پژوهشی که حاتمیان و مرادی (۱۳۹۶) با هدف مقایسه رفتارها و نگرشهای خوردن ناسالم و افکار تکرارشونده منفی در پرستاران انجام داده‌اند، نشان می‌دهد که رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن تحت تأثیر عوامل مختلفی است.

از چالشهای آسیب‌زا در دوره نوجوانی نگرانی از بدریخت‌انگاری بدن است که یک ساختار چندبعدی، شامل افکار، اعتقادات، احساسات و رفتارهای مرتبط با بدن ادراک شده است. این نارضایتی از تصویر بدنی به ارزیابی منفی از اندازه، شکل و وزن بدن بر می‌گردد و به تمایز میان بدن واقعی و تصویر بدن ایده‌آل اشاره دارد (ویل^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). انواع نارضایتی از بدن شامل نگرانی درباره شکل بدن، وزن، نگرانی درباره قسمتهای خاصی از بدن، ویژگیهای چهره، تناسب اندام و حتی نارضایتی از پوست بدن است (ریچتین^۷ و همکاران، ۲۰۱۲). کش^۸ (۲۰۱۲) بر این باور بود که تصویر

1. Brown, Parman, Rudat & Craighead
2. Chithambo & Huey
3. Hero
4. Alvarenga, Scagliusi & Philippi
5. Canals, Sancho & Arija
6. Veale
7. Richetin
8. Cash

بدنی دارای دو بعد است، ادراکی و ارزیابی. بعد ادراکی اشاره دارد به اینکه فرد چقدر فرض می‌کند که شایستگی او با ظاهرش سنجیده می‌شود. بعد ارزیابی هم اشاره دارد به این موضوع که فرد چقدر از بدن و ظاهر خود راضی است. تصویر بدنی، تظاهر ذهنی فرد است. آن چیزی است که به فرد اجازه می‌دهد به خودش فکر کند. تصویر بدنی فقط احساسات را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد بلکه به‌طور فعالانه بر رفتار، عزت‌نفس و آسیب‌شناسی روانی تأثیر می‌گذارد. ویل و همکاران (۲۰۱۶) در یک زمینه‌یابی گسترده از دانشجویان دانشگاه، نتیجه گرفتند که ۷ درصد آنها درباره جنبه‌هایی از بدن خود ناخشنود بودند، ۲۲ درصد با ظاهر خود اشتغال ذهنی داشتند، ۲۳ درصد ادراک اغراق گونه درباره تصویر بدنی داشتند و ۲۳ درصد نیز ناخشنودی، اشتغال ذهنی و اختلال تصویر بدنی را تجربه کردند و در حدود ۴۰ درصد دختران و ۲۵/۶ درصد پسران دارای نگرانی از تصویر بدن هستند. پژوهشها نشان دادند که نگرانی از تصویر بدنی سبب ایجاد افسردگی، اضطراب و بی‌اشتهایی عصبی (یونه^۱ و همکاران، ۲۰۱۶)، کیفیت پایین زندگی (کریرند^۲ و همکاران، ۲۰۱۷) و نگرش منفی نسبت به خوردن و خوراک (بیبیلانی^۳ و همکاران، ۲۰۱۷) می‌شود.

در سالهای اخیر، در بسیاری از پژوهشها به بررسی نقش تنظیم هیجان در اختلالات خوردن پرداخته شده و نتایج حاکی از آن است که بسیاری از افراد دچار اضافه وزن اظهار کرده‌اند که به‌هنگام اضطراب یا ناراحتی به‌نسبت زمان قبل، بیشتر غذا می‌خورند (رحمانی، امیدی، عاصمی و اکبری، ۲۰۱۸). در آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن، مشخص شده است که افرادی که اختلال خوردن دارند عدم تنظیم هیجانات بیشتری را نسبت به افراد سالم گزارش می‌کنند (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان فرایندی است که افراد از طریق آن هیجانهای خود را به‌منظور پاسخگویی مناسب به مطالبات محیطی، به شکل هشیارانه یا ناهشیارانه تنظیم می‌کنند، اما به‌خلاف آن دشواریهای تنظیم هیجان شامل استفاده از راههای ناسازگارانه برای پاسخگویی به هیجانات می‌شوند و یک عامل فراتشخیصی برای پدیدآیی و تداوم آسیب‌شناسی روانی گوناگون، از اختلالات خوردن به‌حساب می‌آیند (بارگ و ویلیامز^۴، ۲۰۰۷). همچنین، فرایندهای عصب - زیست‌شناختی در تنظیم خوردن مانند کنترل رفتارهای خوردن، نشان می‌دهند که خوردن به‌شدت تحت تأثیر هیجانات است، بنابراین اگر تنظیم هیجان با دشواری روبه‌رو شود، می‌تواند تنظیم کردن حیطه‌های دیگر مانند کنترل رفتارهای خوردن را تحت تأثیر قرار دهد (هیترتون و واگنر^۵، ۲۰۱۱). در همین راستا، رویکردهای اخیر سبب‌شناسی اختلالات خوردن بر نقش تنظیم هیجان به عنوان عامل اصلی در طول پیوستار اختلالات خوردن تأکید دارند (هریسون، سالیوان،

1. Junne
2. Crerand
3. Bibiloni
4. Bargh & Williams
5. Heatherton & Wagner

چانچوریا و ترزر^۱، (۲۰۱۰). کوچینیو^۲ و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند تنظیم هیجانی به مرحله‌ای اشاره دارد که افراد به واسطه آن، هیجانهای خود و چگونگی ابراز آن را تجربه می‌کنند. لیبر^۳ و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که زنان دارای اضافه وزن و چاق در مقایسه با گروه سالم، خودآگاهی کمتری از هیجانهای خود دارند و در تنظیم کردن هیجانهای خود با دشواری روبه‌رو می‌شوند.

در سالهای اخیر نسخوار فکری به منزله گرایش به افکار منفی تکراری در شروع، تداوم و بازگشت افسردگی و اضطراب توجه نظری و عملی بسیاری از پژوهشگران را جلب کرده است (گوتر^۴، ۲۰۱۰). امروزه توجه روان‌درمانگران به تأثیر باورها و تفکر در ایجاد انواع مسائل روانشناختی جلب شده است. مثلاً الیس^۵ (۱۹۹۵) معتقد است که مردم به گونه‌ای عقلانی و غیرعقلانی‌اند و مشکلات آنها بیشتر برخاسته از ادراک تحریف‌شده و تفکر غیرمنطقی است و راهکار غلبه بر مشکلات آنها، همانا بهبود تفکر و دریافت ادراکی آنهاست (سیه، تام، کاماروزامان و یوباس^۶، ۲۰۱۸). بازنمایی ذهنی ناکارآمد و ساختارهای شناختی منفی زمانی رخ می‌دهد که یک رویداد منفی طحواره‌های ناکارآمد را فعال سازد و طحواره‌های منفی به آن دلیل ادامه می‌یابند که افراد منطقی نادرست را به کار می‌گیرند. افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی می‌انجامد که برای فرد مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند. پژوهشهای پیشین حاکی از آن‌اند که نگرشهای منفی و ناکارآمد با پاره‌ای از اختلالهای روانشناختی مانند اختلال وسواس خوردن، خودبیمارانگاری و اختلال افسردگی نیز مرتبط است (تاجیما^۷ و همکاران، ۲۰۰۷). در مطالعات گوناگون میان واکنشهای ناکارآمد و دیگر اختلالات روانی مانند اختلال خوردن، اختلال بی‌اشتهایی عصبی و اضطراب نیز ارتباط مشاهده شده است (وانگ^۸، ۲۰۰۸).

از آنجایی که منشأ رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن، می‌تواند بدریخت‌انگاری از تصویر بدن، مشکلات تنظیم هیجان و واکنشهای ناکارآمد باشد و تاکنون معدود پژوهشهای انجام گرفته در این زمینه به بررسی جامع چنین متغیرهایی نپرداخته‌اند، بنابراین یک خلأ در این حوزه وجود دارد. همچنین با در نظر گرفتن پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی باورها و نگرشهای خوردن ناسالم، شناسایی مؤلفه‌هایی درباره این مسأله در میان نوجوانان حائز اهمیت است. از این رو پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن بر اساس نگرانی از بدریخت‌انگاری بدن، دشواری در تنظیم هیجان و واکنشهای ناکارآمد دختران نوجوان انجام شده است.

1. Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure
2. Coutinho
3. Leehr
4. Goetter
5. Ellis
6. Seah, Tham, Kamaruzaman, & Yobas
7. Tajima
8. Wong

روش‌شناسی پژوهش

روش

این پژوهش با توجه به هدف آن در شمار پژوهشهای کاربردی و از نظر روش پژوهش و شیوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی - همبستگی است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش به دلیل اهمیت پرداختن به سلامت نوجوانان شامل همه دختران ۱۴ تا ۲۰ ساله شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بوده که به روش نمونه‌گیری در دسترس، از میان آنها تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شده است (تعداد اولیه انتخاب شده ۱۸۰ نفر بود که با استناد به جدول کوکران انتخاب شدند، اما با مخدوش شدن و عدم پاسخ کامل ۳۰ پرسشنامه از سوی شرکت‌کنندگان در نهایت ۱۵۰ پرسشنامه تأیید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت). به این صورت که در سطح شهر از افرادی که در این دامنه سنی بودند، درخواست می‌شد که در صورت علاقه‌مند بودن و رضایت داشتن، با پژوهش حاضر همکاری کنند (به دلیل اینکه جامعه هدف پژوهش، نوجوانان ۱۴ تا ۲۰ ساله در سطح شهر بودند و امکان انتخاب به صورت تصادفی برای تمام نوجوانان یکسان نبود، بنابراین یا باید از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده می‌شد یا از نمونه‌گیری هدفمند که با توجه به نوع پژوهش نمونه‌گیری در دسترس منطقی‌تر بود). در نهایت نیز با توجه به شرایط و نوع همکاری افراد تعداد ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. همه افراد انتخاب‌شده برای شرکت در مطالعه رضایت کامل داشتند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. یادآور می‌شود که پژوهشگران مطالعه حاضر با وجود پیگیری برای دستیابی به آماری دقیق از تعداد جامعه مورد نظر، نتوانستند در این زمینه آماری به دست آورند. معیارهای ورود در مطالعه شامل: ۱. دختر بودن، ۲. قرار داشتن در دامنه سنی ۱۴ تا ۲۰، ۳. مجرد بودن، ۴. رضایت داشتن برای مشارکت در پژوهش و ۵. عدم سابقه بیماریهای روانپزشکی تشخیص داده شده بود. ملاکهای خروج نیز شامل: ۱. داشتن بیماری شدید و ۲. تجربه رویداد استرس‌زا در ۶ ماه اخیر بود.

ملاحظات اخلاقی شامل جلب رضایت، دادن اطمینان به آزمودنیها مبنی بر محرمانه بودن پاسخهایشان و دادن اختیار برای خروج از پژوهش در هر مرحله از پژوهش بود.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان^۱: برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاسی استفاده شده که گراتز و روئمر^۲ (۲۰۰۴) معرفی کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده‌مقیاس

1. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
2. Gratz & Roemer

است. خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه شامل عدم پذیرش پاسخهای هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با ۰/۹۳ و برای هر خرده‌مقیاس به‌ترتیب بیان شده، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ است (گراتز و روئمر، ۲۰۰۴). براساس بررسی پایایی درونی که علوی در سال ۱۳۸۸ انجام داده همسانی درونی کل ۰/۸۶ گزارش شده است (به نقل از سپهریان آذر و همکاران، ۱۳۹۳). هرچه نمره فرد بالاتر باشد، نشان‌دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹). در پژوهش حاتمیان و سپهری‌نژاد (۱۳۹۷) نیز روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به‌دست آمده است. در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ به‌دست آمده است.

۲. پرسشنامه بازخورد خوردن^۱: آزمون بازخورد خوردن ساخته و ویلیامسون^۲ (۱۹۹۰) به‌عنوان ابزاری برای بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به‌کار می‌رود. فرم ۴۰ ماده‌ای یا ۲۶ ماده‌ای را می‌توان به‌کار برد. همبستگی فرم ۲۶ گویه‌ای با فرم ۴۰ گویه‌ای ۰/۹۸ گزارش شده است. فرم ۲۶ ماده‌ای، سه‌خرده‌مقیاس دارد که شامل خرده‌مقیاس «رژیم لاغری»، خرده‌مقیاس «پر خوری و اشتغال ذهنی به غذا» و خرده‌مقیاس «مهار دهانی» است. نمره‌گذاری این آزمون به‌صورت مقیاس لیکرت درجه‌بندی می‌شود، برای هر عبارت پاسخ «همیشه» ۳ نمره، «بیشتر اوقات» ۲ نمره، «خیلی اوقات» ۱ نمره و سه‌گزینه باقیمانده شامل «گاهی اوقات»، «به‌ندرت» و «هرگز» نمره صفر می‌گیرند. بنابراین نمره‌های فرم ۲۶ گویه‌ای می‌تواند از صفر تا ۷۸ باشد. مواد مربوط به خرده‌مقیاس رژیم لاغری ۱، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵، مواد مربوط به مقیاس پر خوری ۲۶، ۲۱، ۱۸، ۹، ۴، ۳ و مواد مربوط به خرده‌مقیاس مهار دهانی ۲، ۵، ۸، ۱۳، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ است. نمره ۲۰ و بالاتر برای فرم ۲۶ گویه‌ای احتمال اختلال خوردن را نشان می‌دهد. اعتبار ضریب آلفا ۰/۹۴ و روایی ۰/۶۷ گزارش شده است (ویلیامسون، ۱۹۹۰). در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه بررسی و نمره کلی آلفای کرونباخ آن ۰/۷۱ به‌دست آمده است.

۳. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن^۳: این پرسشنامه ۱۹ ماده‌ای را لیتلتون، اکسام و پوری^۴ (۲۰۰۵) ساخته‌اند که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است و نمره کل پرسشنامه، میان ۱۹ تا ۹۵ متغیر

1. Eating Disorders Inventory (EDI)
2. Williamson
3. Body Image Concern Inventory (BICI)
4. Littleton, Axom & Pury

بوده که کسب نمره بیشتر، نشانگر بالا بودن میزان ناراضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. لیتلتون و همکاران پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست آورده‌اند (لیتلون و همکاران، ۲۰۰۵). این ابزار برای نخستین بار توسط بساک‌نژاد و غفاری (۱۳۸۶) به فارسی ترجمه و روی جمعیت دانشجویی اعتباریابی شد. پایایی پرسشنامه ترس از تصویر بدنی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان برابر ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است. ضرایب روایی این پرسشنامه نیز از طریق همبستگی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی ظاهر جسمانی^۱ و ترس از ارزیابی منفی^۲ (مهرابی‌زاده هنرمند، نجاریان و بهارلویی، ۱۳۷۸) به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۳ به دست آمد که در سطح $p < ۰/۰۱$ معنادار است. در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ به دست آمده است.

۴. پرسشنامه واکنشهای ناکارآمد: این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است که چان و وانگ در سال ۱۹۹۴ ساخته‌اند. پرسشنامه واکنشهای ناکارآمد به شیوه لیکرت ۵ گزینه‌ای بوده و هدف آن ارزیابی واکنشهای رفتاری، احساسی و فکری ناکارآمد در افراد است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شوند. بدیهی است که این امتیاز دامنه‌ای از صفر تا صد را خواهد داشت. صرف داشتن این افکار الزاماً به معنای اختلال روانی نیست، اما این افکار به شدت فشارزا هستند و شرایطی مناسب را در زندگی روزمره برای شکل گرفتن اختلالات روانی گوناگون فراهم می‌آورند (چان و وانگ، ۱۹۹۴). روایی پرسشنامه با توجه به پژوهشهای پیشین خوب ارزیابی و تأیید شده است. همچنین پایایی آن نیز با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۶۹ به دست آمده است. پرسشنامه‌ها پس از گردآوری، با آزمونهای آماری مورد نیاز (همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون) و نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

■ یافته‌ها

دامنه سنی آزمودنیها از ۱۴ تا ۲۰ سال و میانگین سنی ۱۷/۲۹ بود، همچنین میزان تحصیلات آزمودنیها به طور کلی دیپلم و پایین‌تر بود. در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دختران نوجوان آمده است.

1. Fear of Negative Appearance Evaluation
2. Fear of Negative Evaluation

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
بدریخت‌انگاری بدن	۷	۳۲	۱۳/۱۴	۲/۲۳
دشواری تنظیم هیجان	۴۳	۱۴۶	۵۶/۰۲	۹/۲۱
واکنشهای ناکارآمد	۱۱	۷۸	۱۶/۱۸	۴/۰۶
رفتارها و نگرشهای خوردن ناسالم	۲۴	۵۵	۲۵/۱۳	۵/۰۴

برای بررسی رابطه میان بدریخت‌انگاری بدن، مشکلات تنظیم هیجان و واکنشهای ناکارآمد با رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده که نتایج تحلیل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. ضریب همبستگی میان بدریخت‌انگاری بدن، مشکلات تنظیم هیجان و واکنشهای ناکارآمد با مؤلفه‌های رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن

متغیرها	رژیم لاغری		پر خوری		مهار دهانی		نمره کل	
	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری
بدریخت‌انگاری بدن	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۰۱
دشواری در تنظیم هیجان	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۰۱
واکنشهای ناکارآمد	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۰۰۲	۰/۳۴	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که رابطه‌ای مثبت و معنادار میان بدریخت‌انگاری بدن، واکنشهای ناکارآمد و مشکلات تنظیم هیجان با نمره کل رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن وجود دارد. این همبستگی به ترتیب برابر با ۰/۴۲، ۰/۳۷ و ۰/۳۴ است که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادارند. برای تحلیل رگرسیون پیش‌فرضهای نرمال بودن شکل توزیع نمرات، عدم همبستگی باقیمانده‌ها و عدم همخطی چندگانه بررسی شده که نتایج حاکی از رعایت این پیش‌فرضها بوده است. برای پیش‌بینی رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن بر اساس متغیرهای بدریخت‌انگاری بدن، واکنشهای ناکارآمد و دشواری در تنظیم هیجان از تحلیل رگرسیون به‌شیوه گام‌به‌گام استفاده شده که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی رفتارها و نگرشهای خوردن ناسالم بر اساس متغیرهای بدریخت‌انگاری بدن، دشواری تنظیم هیجان و واکنشهای ناکارآمد

گام	متغیر	F	R	R ^۲	B	β	سطح معناداری
۱	بدریخت‌انگاری	۱۷/۴۷	۰/۵۴	۰/۳۱	۲/۱۱	۰/۴۴	۰/۰۰۱
۲	بدریخت‌انگاری	۱۱/۳۳	۰/۵۷	۰/۳۳	۱/۶۳	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	واکنشهای ناکارآمد				۰/۷۷	۰/۳۶	۰/۰۰۱
۳	بدریخت‌انگاری	۸/۵۰	۰/۵۸	۰/۳۶	۰/۸۹	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	واکنشهای ناکارآمد				۰/۴۹	۰/۳۳	۰/۰۰۱
	دشواری تنظیم هیجان				۰/۴۲	۰/۲۱	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۳ مقادیر F ، R و R^2 برای معناداری مدل‌های رگرسیونی به‌همراه مقادیر B و β برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده است. طبق این جدول مقدار F در گام اول ۱۷/۴۷، در گام دوم ۱۱/۳۳ و در گام سوم ۸/۵۰ به‌دست آمده است که همه معنادارند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر سه گام معنادار است. همچنین ضریب تبیین به‌ترتیب در سه گام ۳۱ درصد، ۳۳ درصد و نهایتاً ۳۶ درصد حاصل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن بر اساس نگرانی از بدریخت‌انگاری بدن، دشواری در تنظیم هیجان و واکنشهای ناکارآمد دختران نوجوان انجام شده است.

در گام اول طبق فرضیه اول یافته‌های پژوهش نشان دادند که رابطه‌ای معنادار میان بدریخت‌انگاری بدن با رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن وجود دارد. پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های الانصاری^۱ و همکاران (۲۰۱۴) و ویل و همکاران (۲۰۱۶) است. با توجه به نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۴) که با هدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی کمالگرایی و شاخص توده بدنی در اختلالات خوردن با واسطه‌گری ناراضایتی بدنی در دانشجویان دختر انجام شده است، چگونگی احساس افراد (دختران) از حالات بدنی خود روی نحوه خوردن آنها مؤثر است. با وجود جستجوی پژوهشگران، نتایجی که در تضاد با یافته مطالعه حاضر باشد، یافت نشد.

1. El Ansari

طبق فرضیه دوم نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که رابطه‌ای مثبت و معنادار میان مشکلات تنظیم هیجان با رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن وجود دارد. لیبر و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که زنان دارای اضافه وزن و چاق در مقایسه با گروه سالم، خودآگاهی کمتری از هیجانهای خود دارند و در تنظیم هیجانهای خود با دشواری روبه‌رو می‌شوند. همچنین بر اساس نتایج پژوهش خدایانه و همکاران (۱۳۹۶) که با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سیستمهای مغزی- رفتاری با رفتارهای خوردن در افراد دارای اضافه‌وزن و چاقی انجام شده است، تنظیم هیجان ناسازگار با رفتارهای ناسالم خوردن ارتباطی معنادار دارد. گفتنی است که با وجود جستجوی پژوهشگران، نتایجی که در تضاد با یافته مطالعه حاضر باشد، یافت نشد.

بر اساس فرضیه سوم نتایج یافته‌ها حاکی از آن بود که رابطه‌ای معنادار میان واکنشهای ناکارآمد با رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن وجود دارد. چنین نتیجه‌ای همسو با یافته‌های پژوهش کاوه و تابع‌دربار (۱۳۹۶) است که به بررسی رابطه میان رفتار خوردن آشفته با طحوراه‌های ناسازگار (افکار و واکنشهای ناکارآمد) و اضطراب در دختران نوجوان پرداخته‌اند. نتایج نشان‌دهنده این بود که طحوراه‌های ناکارآمد با رفتارهای خوردن آشفته رابطه‌ای معنادار دارند. همچنین وانگ (۲۰۰۸) نشان داد که میان واکنشهای ناکارآمد و سایر اختلالات روانی مانند اختلال خوردن، اختلال بی‌اشتهایی عصبی و اضطراب رابطه وجود دارد. گفتنی است که با وجود جستجوی پژوهشگران، نتایجی که در تضاد با یافته مطالعه حاضر باشد، یافت نشد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت زمانی که فرد باورهای وسواسی در مورد ظاهر و شکل فیزیکی بدن خود دارد یا در تنظیم کردن هیجانهای مثبت و منفی خود مشکل دارد و نیز واکنشها و نگرشهای ناکارآمدی نسبت به خود، دنیا و دیگران نشان می‌دهد، مسلماً به رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا و نیز رفتارهای انحراف‌آمیز روی می‌آورد که یکی از آنها می‌تواند گرایش به سمت رفتارها و نگرشهای خوردن ناسالم باشد، چراکه در بسیاری از افرادی که دچار ناتوانی در تنظیم به موقع هیجان‌اتشان می‌شوند و تصور منفی نسبت به تصویر بدنی خود دارند یا نگرشها و افکار ناکارآمد دارند، رفتارها و نگرشهای مرتبط با خوردن می‌تواند به مثابه یک مکانیسم جبرانی در کنترل ناتوانیهای مربوط به این حوزه‌ها نقش جایگزین را ایفا کند. در پایان می‌توان گفت که متغیرهای بد ریخت‌انگاری بدن، دشواری در تنظیم هیجان و واکنشهای ناکارآمد هر سه با هم توان پیش‌بینی رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن را دارند. از محدودیت‌های پژوهش، عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان و وجود تعداد زیادی پرسشنامه با پاسخ ناقص بود که کنار گذاشته شدند. بنابراین با توجه به محدودیت‌های موجود پیشنهاد می‌شود که پژوهشگرانی که می‌خواهند در زمینه نوجوانان پژوهش کنند، با برنامه‌ریزی دقیق‌تر به چنین پژوهشهایی بپردازند. همچنین پیشنهاد می‌شود که متخصصان سلامت روان، مدیران و معلمان مدارس از نتایج این پژوهش برای کمک به نوجوانان دارای رفتار پرخطر استفاده کنند.

- بساکنزاد، سودابه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ حسنی، محدثه و نرگسی، فریده. (۱۳۹۱). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر نگرانی از بدریختی بدن در دانشجویان دختر. *روان‌شناسی سلامت*، ۱ (۲)، ۵-۱۱.
- حاتمیان، پیمان و سپهری‌نژاد، مریم. (۱۳۹۷). پیش‌بینی فرسودگی تحصیلی بر اساس دشواری تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی در دانشجویان پرستاری. *راهنمای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۱ (۱)، ۶۰-۶۵.
- حاتمیان، پیمان و مرادی، آسیه. (۱۳۹۶). مقایسه رفتارها و نگرشهای خوردن ناسالم و افکار تکرار شونده منفی در پرستاران شیفت شب و شیفت روز. *روان پرستاری*، ۵ (۶)، ۳۱-۳۶.
- خداپناه، مژده؛ سپهری، فرامرز؛ احدی، حسن و تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سیستم‌های مغزی - رفتاری با رفتارهای خوردن در افراد دارای اضافه وزن و چاقی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۱ (۴)، ۵۵-۷۳.
- رضایی، مریم؛ افلاک‌سیر، عبدالعزیز؛ محمدی، نورالله؛ یآوری، امیرحسین و غیور، محبوبه. (۱۳۹۴). بررسی نقش پیش‌بین کمال‌گرایی و شاخص توده بدنی بر اختلالات خوردن با واسطه‌گری نارضایتی بدنی در دانشجویان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴ (۳)، ۲۲۳-۲۳۴.
- روستایی، روشنک؛ حاجی‌فرجی، مجید؛ دژکام، محمود؛ هوشیارراد، آناهیتا؛ محرابی، بدالله و ذوقی، تلمنا. (۱۳۹۲). بررسی شیوع اختلال خوردن و برخی عوامل مرتبط با آن در دختران دانش‌آموز دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۸. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۱ (۱)، ۱۳۵-۱۴۴.
- سپهریان آذر، فیروزه؛ اسدی‌مجره، سامره؛ اسدینیا، سعید و فرنودی، لیدا. (۱۳۹۳). رابطه سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای با دشواری‌های تنظیم هیجان در دوران نوجوانی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۵ (۱۰)، ۹۲۲-۹۳۰.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳ (۱)، ۱۱-۱۸.
- کاوه، منیره و تابع‌بردبار، فریبا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین رفتار خوردن آشفته با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در دختران نوجوان. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۷ (۲۷)، ۱۶۱-۱۸۳.

- Alvarenga, M. S., Scagliusi, F. B., & Philippi, S.T. (2010). Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perceptual and Motor Skills*, 110(2), 379-395.
- Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). On the nonconscious regulation of emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429-445). New York: Guilford Press.
- Bibiloni, M. D. M., Coll, J. L., Pich, J., Pons, A., & Tur, J. A. (2017). Body image satisfaction and weight concerns among a Mediterranean adult population. *BMC Public Health*, 17(1), 39.
- Brown, A. J., Parman, K. M., Rudat, D. A., & Craighead, L. W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors*, 13(4), 347-353.
- Canals, J., Sancho, C., & Arijia, M. V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(6), 353-359.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 334-342). Elsevier Academic Press.
- Chithambo, T. P., & Huey, S. J. Jr. (2017). Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(10), 1142-1151.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptom. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151.

- Crerand, C. E., Sarwer, D. B., Kazak, A. E., Clarke, A., & Rumsey, N. (2017). Body image and quality of life in adolescents with craniofacial conditions. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 54(1), 2-12.
- El Ansari, W., Dibba, E., Labeeb, S., & Stock, C. (2014). Body image concern and its correlates among male and female undergraduate students at Assuit University in Egypt. *Global Journal of Health Science*, 6(5), 105-117.
- Goetter, E. M. (2010). *An empirical investigation of depressive rumination: Implications for cognitive flexibility, problem solving and depression*. (MSc. thesis). Drexel University.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887-1897.
- Heatherston, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(3), 132-139.
- Junne, F., Zipfel, S., Wild, B., Martus, P., Giel, K., & Resmark, G., ... Löwe, B. (2016). The relationship of body image with symptoms of depression and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study. *Psychotherapy*, 53(2), 141-152.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity- A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134.
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229-241.
- Rahmani, M., Omid, A., Asemi, Z., & Akbari, H. (2018). The effect of dialectical behavior therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health & Prevention*, 9, 13-18.
- Richetin, J., Xaiz, A., Maravita, A., Perugini, M. (2012). Self-body recognition depends on implicit and explicit self-esteem. *Body Image*, 9(2), 253-260.
- Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R., Yobas, P. K. (2018). Nurses' perception of knowledge, attitudes and reported practice towards patients with eating disorders: A concurrent mixed-methods study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 133-151.
- Tajima, M., Akiyama, T., Numa, H., Kawamura, Y., Okada, Y., Sakai, Y., ... Power, M. J. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item Dysfunctional Attitude Scale. *Acta Neuropsychiatrica*, 19(6), 362-367.
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, E. G., McKenzie, S. J., & Watkins, P. C. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. Pergamon Press.
- Wong, S. S. (2008). The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and irrational beliefs with test anxiety. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 27(3), 177-191.

