

نقش سبک‌های مقابله‌ای و صفات شخصیتی در رفتارهای خوردن آشفته

محسن کچویی*، علی فتحی آشتیانی**، عباس علی الهیاری***

*مدرس گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

**عضو هیئت علمی (استاد) مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه بقیه الله، تهران، ایران

***عضو هیئت علمی (استادیار) دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۰۲/۲۲

تجدیدنظر: ۱۳۹۲/۰۹/۰۲

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۸/۲۷

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک‌های مقابله‌ای و صفات شخصیتی در رفتارهای خوردن بیمارگون انجام شد.

روش: بدین منظور، ۳۳۱ دانشجوی دانشگاه تهران با روش خوشه‌ای به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. کلیه شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های نگرش‌های خوردن، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای و پرسشنامه صفات شخصیتی نئو فرم کوتاه پاسخ دادند. قد و وزن و شاخص توده بدنی اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و روش رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

کلیدواژه‌ها:

رفتار خوردن آشفته، سبک مقابله‌ای، صفات شخصیتی.

یافته‌ها: نتایج بیانگر رابطه معنادار رفتار خوردن آشفته با سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و صفات شخصیتی توافق، نوزز‌گرایی و باوجدان بودن بود. به‌طوری‌که نتایج تحلیل رگرسیون نیز حاکی از تبیین ۱۷/۵ درصد از تغییرات رفتار خوردن آشفته با سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و صفات شخصیتی باوجدان بودن و توافق بود.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیانگر آن است که به‌واسطه تعامل سبک‌های دفاعی و صفات شخصیتی، افراد از رفتار خوردن آشفته به‌عنوان وسیله‌ای برای رویارویی با مسائل و مشکلات استفاده می‌کنند.

The Role of coping styles and personality traits in eating-disordered behaviors

*M. Kachoei,** A. Fathi Ashtiani,*** A. Allahyari

* Lecturer, Department of Clinical psychology, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

** Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*** Assistant professor, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: The present study examined role of coping styles and personality traits in eating- disordered behaviors.

Method: 331 students from Tehran university, were randomly selected using cluster sampling method. All participants filled out eating attitudes test (EAT-26), Ways of coping Questionnaire (WOCQ) and Five Factor Personality Inventory (NEO-FFI). Length, weight and body mass index were measured. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient, and multivariate regression.

Results: The results revealed significant correlations between eating- disordered behaviors and Emotion-oriented coping, Task-orientated coping, agreeableness, neuroticism and Conscientiousness Personality traits. Multivariate regression data revealed that Emotion-oriented coping, Conscientiousness and agreeableness Personality traits might explain 17.5% of eating- disordered behaviors variance.

Conclusion: Findings suggested that individuals develop eating-disordered behaviors as a means of encounter with problems, resulting on interaction between coping styles and personality traits.

Article Information:

History:

Receipt: 2013/05/12

Revise: 2013/11/23

Acceptance: 2014/11/18

Keywords:

Eating-disordered Behavior, Coping Styles, Personality Trait.

مقدمه

هنوز در مورد عوامل مرتبط با شکل‌گیری و تداوم نگرانی‌های مربوط به وزن و اختلال‌های خوردن، خلأهای پژوهشی بسیاری وجود دارد. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته تاکنون، عوامل بسیاری در سبب‌شناسی رفتارهای خوردن بیمارگون نقش دارند.

برخی نظریه‌های سبب‌شناسی پیشنهاد می‌کنند که رفتارهای خوردن بیمارگون وسیله‌ای هستند تا توجه از یک عاطفه منفی به شیئی عینی (غذا) منحرف گردد (هیترتن و بامیستر، ۱۹۹۱). افسردگی (اسپور، استایس، بکر، فن‌اشتراین، کرون، فن‌هک، ۲۰۰۶)، استرس (ماتس، برونلی، مو، بولیک، ۲۰۰۹) و به‌طورکلی عواطف منفی (بارکر، ویلیامز، گالامبوس، ۲۰۰۶) راه‌اندازهای رفتارهای خوردن بیمارگون هستند (استایس، پرسنل، اسپنگلر، ۲۰۰۲). به‌عنوان مثال، پرخوری ممکن است حالات هیجانی ناشی از استرس را کاهش دهد (روت و فالن، ۱۹۸۹)، درحالی‌که رفتار بی‌اشتهایی نیز ممکن است، به‌وسیله افزایش کنترل ادراک‌شده در حوزه دیگری از زندگی، راهی برای کاهش استرس باشد (فریر، والر و کروزه، ۱۹۹۷). در واقع می‌توان گفت که ممکن است رفتار خوردن در مقابله با عواطف منفی ارزش کارکردی داشته باشد.

هرچند بر اساس گزارش‌ها، این رفتارها باعث رهایی از عواطف منفی می‌گردد، اما باید در نظر داشت که اغلب با پریشانی و پیامدهای بالینی قابل ملاحظه‌ای همراه هستند (دیور، میلتنبرگر، اسمیت، میدینگر، کراسبی، ۲۰۰۳). افراد درگیر در چنین

رفتارهایی بیش از سایرین افسردگی، نارضایتی بدنی و کاهش عزت‌نفس را گزارش می‌دهند (اسپور، استایس، بکر، فن‌اشتراین، کرون، فن‌هک، ۲۰۰۶)؛ اما باوجود شواهدی مبنی بر ارتباط بین رفتارهای خوردن بیمارگون و کژکاری هیجانی، ماهیت این ارتباط به‌درستی درک نشده است.

ازجمله عواملی که ممکن است رابطه بین کژکاری هیجانی و خوردن بیمارگون را توضیح دهد می‌توان به سبک‌های مقابله‌ای^۱ اشاره نمود. سبک‌های مقابله‌ای، تلاش‌های شناختی و رفتاری است که افراد برای مدیریت و کاهش تنیدگی ناشی از مشکلات به کار می‌برند و نقش اساسی در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند. اتخاذ راهبردهای نامناسب می‌تواند موجب تشدید مشکلات شده درحالی‌که به‌کارگیری راهبرد صحیح مقابله می‌تواند نتایج مثبتی در پی داشته باشد (پنلی و توماکو، ۲۰۰۲). در تقسیم‌بندی کلی، فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰) دو شکل راهبردهای مقابله‌ای را ارائه کرده‌اند. سبک مسئله مدار معطوف بر تغییر موقعیت فشارزاست، درحالی‌که سبک هیجان‌مدار شامل تنظیم هیجان‌نا‌راحت‌کننده و ناخوشایند است (به‌عنوان مثال، تلاش برای فراموش کردن یا نادیده گرفتن آن‌ها). راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار در درازمدت سازگارانه‌تر هستند (ولراث و انگست، ۱۹۹۳).

چندین پژوهش، رابطه مثبتی بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مشکلات خوردن گزارش کرده‌اند (نولن-هوکسما، استایس، وید، بوهن، ۲۰۰۷)؛ انگلر، گروتز، دالتون، سانفتنر، ۲۰۰۶؛

سالکوفسکی، دمپسی و دمپسی، ۲۰۱۱). در مقابل، بین مقابله تکلیف مدار (رفتارهایی در جهت حل مشکل یا مفهوم سازی شناختی مجدد آن) و خوردن بیمارگون رابطه منفی گزارش شده است (دنیسوف و اندلر، ۲۰۰۰). درک بیشتر چگونگی ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای با رفتار خوردن بیمارگون، می‌تواند تلاش‌های درمانی و پیشگیرانه را بهبود بخشد.

درعین حال منش‌های شخصیتی نیز در مقابله تعیین‌کننده‌اند، چراکه منش‌های شخصیتی مردم را برای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای معینی مستعد می‌کنند (مک ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۳؛ کانر-اسمیت، فلچپارت، ۲۰۰۷). کاستا و همکاران (۱۹۹۶) معتقدند که رفتار مقابله‌ای و شخصیت باید به‌عنوان بخشی از پیوستار سازگاری در نظر گرفته شوند. برخی به این توافق رسیده‌اند که از مدل پنج عاملی به‌عنوان چارچوبی برای بررسی رابطه شخصیت و مقابله استفاده کنند (اکسی، ۲۰۰۴؛ اکسی، ۲۰۱۰). در حقیقت، مدل پنج عاملی شخصیت زمینه مفیدی را برای ارزیابی تفاوت‌ها در استفاده از راهبرد مقابله فراهم می‌آورد (مک کری و جان، ۱۹۹۲). باین‌حال، پژوهشی یافت نشد که نقش تعاملی صفات شخصیتی و راهبرد مقابله‌ای را در تعیین خوردن بیمارگون مورد بررسی قرار داده باشد.

با توجه به پیامدهای بالینی چنین رفتارهایی و از آنجاکه شناخت علل مؤثر در ایجاد آن، مقدم بر درمان مؤثر است و در این مورد خصوصاً در کشور ما پژوهشی صورت نگرفته است، در تحقیق حاضر

سعی خواهد شد رابطه سبک‌های مقابله‌ای و صفات شخصیتی با نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن، بررسی شده و نقش این متغیرها در ایجاد رفتار خوردن بیمارگون مشخص گردد.

روش

روش پژوهش، جامعه‌ی آماری و نمونه: جامعه آماری در پژوهش پیمایشی و مقطعی حاضر، کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ بودند. با توجه به ماهیت پژوهش که از نوع همبستگی است و با توجه به جدول مورگان، نمونه‌ای مشتمل بر ۳۳۱ نفر (۱۶۹ دختر و ۱۶۲ پسر) برای پژوهش در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه جامعه آماری همه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه تهران را دربر می‌گرفت، افراد گروه نمونه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین دانشکده‌های مختلف این دانشگاه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از مجرد، تحصیل در مقطع کارشناسی. ابتلا به بیماری خاصی مانند تیروئید، دیابت، امراض قلبی و عروقی، بیماری‌های دستگاه عصبی مرکزی مانند MS، استفاده از داروهای خاص (کاهنده با محرک اشتها)، داشتن شاخص توده بدنی^۱ (BMI) چاق و خیلی چاق ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. دامنه سنی دانشجویان دختر ۱۸ تا ۲۷ سال و دامنه سنی دانشجویان پسر ۱۸ تا ۲۹ سال بود. همچنین میانگین سنی دختران برابر با ۲۱/۱۴ سال، میانگین سنی پسران برابر با ۲۱/۱۸ سال و میانگین کلی سن برابر با ۲۱/۱۶ سال بود.

1. Body mass index

ابزار

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: پژوهشگران این پرسشنامه را به منظور جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها تهیه کردند. شاخص توده بدن (BMI^1) آزمودنی‌ها با استفاده از روش تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به مترمربع) محاسبه گردید و افراد به ۴ زیرگروه لاغر ($18.5 <$)، وزن طبیعی ($18.5 - 24.9$)، اضافه‌وزن ($25 - 29.9$) و چاق (> 30) تقسیم شدند.

پرسشنامه نگرش‌های خوردن^۲: پرسشنامه EAT-26 (گارنر، اولمستد، بوهر و گارفینکل، ۱۹۸۲) دارای ۲۶ ماده است و هر ماده در یک مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، خیلی اوقات، گاهی، بندرت و هرگز) نمره‌دهی می‌شود. این پرسشنامه رفتارهای کم‌خوری^۳، اشتغال ذهنی با غذا، بی‌اشتهایی، پراشتهایی و نگرانی از چاق بودن را اندازه‌گیری می‌کند (ملونی، مک‌گایر و دانیلز، ۱۹۸۸). پاسخ «همیشه» نمره ۳، «بیشتر اوقات» نمره ۲، «خیلی اوقات» نمره ۱ و سه گزینه دیگر نمره صفر می‌گیرند. نمره برش ۲۰ و بالاتر برای EAT-26 احتمال وجود اختلال خوردن را نشان می‌دهد (تلن و کورمیر، ۱۹۹۵). روایی محتوایی فرم فارسی EAT-26 مطلوب و اعتبار آن با استفاده از روش

بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (نوبخت، ۲۰۰۰).

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای^۴ (WOCQ): این پرسشنامه که توسط فولکمن و لازاروس (۱۹۸۵) طراحی شده و شامل ۶۶ ماده است که بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است (لازاروس، ۱۹۹۳). این پرسشنامه هشت روش مقابله را ارزشیابی می‌کند که درنهایت به دو سبک کلی مسئله محور و هیجان محور تقسیم می‌شوند. سبک‌های مقابله مسئله محور شامل جستجوی حمایت اجتماعی^۵، مسئولیت‌پذیری^۶، حل مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت و سبک‌های مقابله هیجان‌محور شامل رویارویی^۷، دوری‌گزینی^۸، خویش‌داری^۹ و گریز-اجتناب^{۱۰} می‌شود. لازاروس (۱۹۹۳) ثبات درونی مقیاس‌ها را از ۰/۷۹ تا $\alpha = 0.66$ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کرده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت: برای سنجش رگه‌های پنج‌گانه شخصیتی از پرسشنامه نئو فرم کوتاه^{۱۱} استفاده شد. این پرسشنامه فرم کوتاه شده پرسشنامه ۲۴۰ سؤالی^{۱۲} در قالب ۶۰ سؤال است که برای ارزیابی ۵ رگه اصلی شخصیت ساخته شده است و بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شود. در هر سؤال آزمودنی نمره صفر تا چهار را احراز می‌کند. هر یک از سؤال‌ها نشان‌دهنده یکی

7. Confrontive
8. Distancing
9. Self-controlling
10. Escape-avoidance
11. NEO-FFI
12. NEO-PI-R

1. Body mass index (BMI)
2. Eating Attitudes Test
3. Dieting
4. Ways of coping Questionnaire
5. Seeking social support
6. Accepting responsibility

در اختیار آزمودنی قرار می‌گرفت. با توجه به معیار خروج برای دانشجویان با شاخص توده بدنی بالای ۳۰، محاسبه قد و وزن آزمودنی‌ها ضروری بود. به همین قدر هر دانشجو بدون کفش در حالت ایستاده و وزن با استفاده از ترازوی دیجیتال و با حداقل لباس اندازه‌گیری شد. با توجه به ماهیت پژوهش و راحتی خاطر دانشجویان، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به دانشجویان دختر توسط محقق خانم صورت گرفت. پس از اتمام مرحله جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف اطلاعات از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و به‌منظور بررسی رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه گام‌به‌گام) استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش نمایش داده شده است.

از پنج عامل بزرگ شخصیت به ترتیب، عامل N نورزگرایی، E برون‌گرایی، O گشودگی، A موافق بودن و C باوجدان بودن است. هر یک از عوامل ۱۲ سؤال مقیاس را پوشش می‌دهند. در کل آزمودنی در هر مقیاس نمره‌ای از صفر تا ۴۸ کسب می‌کند. ضرایب اعتبار بازآزمایی مقیاس‌های آن به فاصله سه ماه بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به‌دست‌آمده است (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل نورزگرایی، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن به ترتیب: ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۵۴، ۰/۶۳ و ۰/۷۷ به دست آمد (کچویی، فتحی آشتیانی، الهیاری، ۱۳۹۱). پس از تعیین دانشکده‌های نمونه بر اساس روش نمونه‌گیری، به هر دانشکده مراجعه و جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت انفرادی و در طی یک جلسه برای هر آزمودنی صورت گرفت. به آزمودنی‌ها اطلاعات لازم در مورد پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات داده شد و سپس در صورت موافقت برای حضور در پژوهش پرسشنامه‌ها

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
نشانه‌های خوردن آشفته	-							
مقابله مسئله‌مدار	۰/۲۹**	-						
مقابله هیجان‌مدار	۰/۳۸**	۰/۶۴**	-					
نورزگرایی	۰/۱۴*	-۰/۰۴۸	۰/۱۹**	-				
برون‌گرایی	۰/۰۲	۰/۱۴**	۰/۰۲	۰/۴۷**	-			
گشودگی	۰/۰۴	۰/۰۲	-۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۲	-		
توافق	-۰/۱۵**	-۰/۰۲	-۰/۲۳**	-۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۰۳	-	
باوجدان بودن	۰/۱۳*	۰/۲۳**	-۰/۰۲	-۰/۲۵**	۰/۳۱**	۰/۰۲	۰/۲۹**	-
میانگین	۱۱/۲۵	۳۴/۳۹	۳۳/۹۸	۲۳/۰۹	۲۸/۶۳	۲۸/۳۸	۲۸/۹۸	۳۰/۲۸
انحراف معیار	۸/۵۰	۱۱/۶۴	۱۱/۳۵	۷/۹۸	۶/۵۷	۵/۰۹	۵/۹۴	۷/۲۰

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

بین سبک‌های مقابله‌ای و صفات شخصیتی، نشانه‌های خوردن بیمارگون با صفات شخصیتی برونگرایی و صفت شخصیتی گشودگی رابطه معناداری نداشته است ($P < 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی خوردن بیمارگون از طریق سبک‌های مقابله‌ای و صفات شخصیتی در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نشانه‌های خوردن بیمارگون بیشترین همبستگی معنادار را با سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار ($P < 0/01$) و پس‌از آن با سبک مقابله مسئله‌مدار ($P < 0/01$)، با صفت شخصیتی توافق ($P < 0/01$)، با صفت شخصیتی نوزنگرایی ($P < 0/05$) و با صفت شخصیتی باوجدان بودن ($P < 0/05$) داشته است. از

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی نگرش خوردن بیمارگون از طریق سبک‌های مقابله‌ای و صفات شخصیتی

گام	متغیرها	ضریب تبیین R square	ضریب تعدیل‌شده	ضریب B	خطای استاندارد	ضریب β	t	سطح معناداری
۱	سبک مقابله هیجان‌مدار	۰/۱۴۳	۰/۱۴۱	۰/۲۸۳	۰/۰۳۸	۰/۳۷۸	۷/۴۱	۰/۰۰۰۱
	سبک مقابله هیجان‌مدار	۰/۱۶۴	۰/۱۵۸	۰/۱۶۸	۰/۰۶۰	۰/۱۴۳	۲/۸۲	۰/۰۰۰۵
۲	صفت باوجدان بودن	۰/۱۶۸	۰/۱۶۸	۰/۲۰۷	۰/۰۶۲	۰/۱۷۵	۳/۳۳	۰/۰۰۱
	سبک مقابله هیجان‌مدار	۰/۱۷۵	۰/۱۶۸	۰/۲۰۷	۰/۰۶۲	۰/۱۷۵	۳/۳۳	۰/۰۰۱
	صفت باوجدان بودن	۰/۱۷۵	۰/۱۶۸	۰/۲۰۷	۰/۰۶۲	۰/۱۷۵	۳/۳۳	۰/۰۰۱
۳	صفت توافق	۰/۱۶۵	۰/۱۶۵	۰/۱۶۵	۰/۰۷۷	-۰/۱۱۶	-۲/۱۴	۰/۰۳۳
	صفت توافق	۰/۱۶۵	۰/۱۶۵	۰/۱۶۵	۰/۰۷۷	-۰/۱۱۶	-۲/۱۴	۰/۰۳۳

باوجدان بودن ($\beta = 0/14, P < 0/005$) به متغیرهای پیش‌بین رگرسیون افزوده شده و واریانس تبیین شده خوردن بیمارگون را به ۱۶/۴ درصد رسانده است. در گام سوم، صفت شخصیتی توافق ($\beta = 0/11, P < 0/03$) به عنوان آخرین متغیر پیش‌بین به معادله رگرسیون اضافه شده و واریانس تبیین متغیر ملاک را به ۱۷/۵ درصد رسانده است. سایر سبک‌های مقابله‌ای و صفات شخصیتی

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود از میان دو سبک مقابله‌ای و پنج صفت شخصیتی سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و صفات شخصیتی باوجدان بودن و توافق طی سه گام قادر به پیش‌بینی معنادار خوردن بیمارگون هستند. در گام اول، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار ($\beta = 0/37, P < 0/0001$) ۱۴/۳ درصد از واریانس خوردن بیمارگون را تبیین کرده است. در گام دوم صفت شخصیتی

جداگانه وارد رگرسیون گام به گام گردید. نتایج تحلیل رگرسیون و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین خوردن بیمارگون و راهبردهای مقابله‌ای در جدول ۳ خلاصه شده است.

با آنکه با نشانه‌شناسی اختلال خوردن رابطه داشتند، پیش‌بینی کننده معناداری برای آن نبودند. همچنین به منظور شناخت جزئی‌تر نقش پیش‌بینی‌گر سبک‌های مقابله‌ای، راهبردهای مقابله‌ای زیرمجموعه دو سبک مقابله‌ای نیز به طور

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نگرش خوردن بیمارگون از روی راهبردهای مقابله‌ای

گام	متغیرها	ضریب تبیین R square	ضریب تعدیل شده	ضریب B	خطای استاندارد	ضریب β	t	سطح معناداری
۱	مقابله فرار-اجتناب	۰/۱۱۸	۰/۱۱۶	۰/۶۷۲	۰/۱۰۱	۰/۳۴۴	۶/۶۴	۰/۰۰۰۱
	مقابله فرار-اجتناب			۰/۵۸۳	۰/۱۰۳	۰/۲۹۸	۵/۶۶	۰/۰۰۰۱
۲	مقابله مشکل‌گشایی	۰/۱۴۹	۰/۱۴۴	۰/۴۳۳	۰/۱۲۶	۰/۱۸۱	۳/۴۴	۰/۰۰۱

عاطفی نظر دارند. پژوهش حاضر در راستای بررسی فرایندهای تنظیم عاطفی و با هدف بررسی رابطه سبک‌های مقابله و صفات شخصیتی با اختلال خوردن و نقش پیش‌بینی کنندگی این متغیرها در اختلال خوردن اجرا شد. همان‌گونه که در قسمت یافته‌ها ملاحظه شد، سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان‌مدار و صفات شخصیتی نوززگرایی، توافق و باوجدان بودن با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه معنی دار دارند. نتایج حاصل نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و صفات شخصیتی توافق، نوززگرایی و باوجدان بودن، به ترتیب بیشترین رابطه را با خوردن بیمارگون دارند، درحالی که برون‌گرایی و گشودگی رابطه معنی‌داری با اختلال خوردن ندارند؛ و در معادله رگرسیون سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار قوی‌ترین پیش‌بینی کننده نشانه‌های اختلال خوردن است. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین همسو

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است، از بین راهبردهای مقابله‌ای، راهبردها فرار-اجتناب و راهبرد مشکل‌گشایی پیش‌بینی کننده معنادار خوردن بیمارگون هستند. در گام اول، راهبرد مقابله‌ای فرار-اجتناب ($\beta=0/344$ ، $P<0/0001$)، ۱۱/۸ درصد از واریانس نشانه‌شناسی اختلال خوردن را تبیین کرده است. در گام دوم راهبرد مقابله‌ای مشکل‌گشایی ($\beta=0/181$ ، $P<0/0001$) به متغیرهای پیش‌بین رگرسیون افزوده شده و واریانس تبیین شده خوردن بیمارگون به ۱۴/۹ درصد رسیده است.

نتیجه‌گیری و بحث

در تبیین سبب‌شناسی خوردن بیمارگون علل مختلفی در نظر گرفته می‌شود. برخی تأثیرات اجتماعی فرهنگی در ایده‌آل سازی لاغری را در نظر می‌گیرند؛ برخی دیگر بر فرایندهای تنظیم

مسئله می‌پردازند. این یافته‌ها با خصوصیات افراد برون‌گرا به‌عنوان افرادی جرأت ورز و فعال همسو است. به‌طور کلی می‌توان گفت برون‌گرایی و گشودگی با اندیشه و عمل سودمند، از جمله حمایت جویی، رابطه دارند (کانر-اسمیت، فلچپارت، ۲۰۰۷).

هرچند خوردن بیمارگون توجه منفی را منحرف می‌کند اما باید توجه داشت که هیجان منفی طیف گسترده‌ای (افسردگی، کمبود عزت‌نفس، اضطراب، خشم) را در برمی‌گیرد. باید رابطه هر یک از این هیجان‌های منفی با خوردن بیمارگون مورد بررسی قرار گیرد و مشخص گردد کدام هیجان منفی فرد را نسبت به چه نوع رفتار خوردن بیمارگونی مستعد می‌گرداند. به نظر می‌رسد احساس افسردگی و بی‌کفایتی منجر به پرخوری می‌گردد. شاید چون افراد انتظار دارند که خوردن افسردگی و ضعف عزت‌نفس را کاهش دهد؛ اما احساس اضطراب و خشم میل به غذا خوردن را متوقف می‌سازد.

محدودیت‌هایی نیز در پژوهش حاضر وجود داشت. به‌این‌علت که کارکرد خوردن را به‌طور مستقیم اندازه نگرفتیم، نمی‌توانیم با قاطعیت بگوییم که آزمودنی‌ها از خوردن به‌عنوان شیوه‌ای برای مقابله استفاده می‌کنند. همچنین از آنجاکه نمونه‌های ما دانشجویان بودند که پرسشنامه پر کردند و نه افرادی که برحسب مصاحبه بالینی تشخیص اختلال خوردن دریافت کرده باشند از این رو نمی‌توان گفت نتایج حاضر به افراد با اختلال خوردن قابل‌تعمیم است. به‌طور کلی بیشتر مطالعات در این حوزه بر اساس روش مقطعی به اجرا در آمده است. از این رو تعیین نقش راهبردهای مقابله‌ای و صفات شخصیتی

است (نولن-هوکسما، استایس، وید، بوئن، ۲۰۰۷؛ انگلر، گروتز، دالتون، سانفتنر، ۲۰۰۶؛ سالکوفسکی، دمپسی و دمپسی، ۲۰۱۱) که معتقدند افراد درگیر در رفتار خوردن بیمارگون در مقایسه با افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای کم‌اثربری استفاده می‌کنند.

در مورد رابطه مقابله و شخصیت، می‌توان گفت راهبردهای مقابله‌ای کمتر انطباقی (مثل مقابله هیجان‌مدار) با صفات شخصیتی کمتر انطباقی (مثل نوززگرایی) و مشکلات روان‌شناختی رابطه دارند، درحالی‌که رابطه راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه (مثل مقابله مسئله‌مدار) با مشکلات روان‌شناختی معکوس است (مک ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین صفات شخصیتی افراد را برای استفاده از برخی راهبردهای مقابله‌ای بیش از سایر راهبردها مستعد می‌سازند. برای مثال نوززگرایی با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه دارد که سودمندی کمتری دارند و با پریشانی بیشتری واکنش نشان می‌دهند (کانر-اسمیت، فلچپارت، ۲۰۰۷). بر همین اساس می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که تفاوت‌های فردی در راهبردهای مقابله‌ای در نتیجه عوامل شخصیتی متفاوت افراد است.

دلیل نداشتن رابطه معنی‌دار بین گشودگی و نشانه‌های اختلال خوردن را می‌توان این‌گونه بیان کرد که افراد با گشودگی بالا توانایی تفکر مجدد به مشکلات را دارند. چنین افرادی به‌جای رفتار خوردن به‌عنوان نوعی مقابله هیجان‌مدار در جستجوی اطلاعات جدید برمی‌آیند. در همین راستا مک‌کری و کاستا (۱۹۹۶) دریافتند که افراد با گشودگی بالا، بیشتر احتمال دارد که در مواجهه با استرس از شوخی استفاده کنند. همچنین افراد برون‌گرا با جستجوی حمایت اجتماعی و خوش‌بینی به حل

حمایت از این نظر که خوردن معیوب کارکردی شبیه سبک مقابله‌ای دارد فراهم می‌نماید. در این صورت، چنین نتیجه‌ای کاربرد مهمی برای پیشگیری و درمان اختلال‌های خوردن فراهم می‌آورد. از این جهت که در نظر گرفتن سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند گزینه‌ای مؤثر و کارا در درمان بیماران مبتلا به اختلال خوردن باشد. با آموزش و تعلیم استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه در افراد درگیر در رفتار خوردن بیمارگون می‌توان سطح سلامت روانی و جسمانی را در این افراد ارتقا بخشید.

در بروز و تحول رفتارهای خوردن بیمارگون و اختلال خوردن دشوار است.

هرچند اختلال خوردن در زنان بیشتر تشخیص داده می‌شود، اما مردان نیز اختلال خوردن را تجربه می‌کنند؛ بنابراین، می‌توان در پژوهش‌های آینده این عوامل را بر روی آزمودنی‌های جنس مذکر نیز اجرا کرد. همچنین می‌توان تأثیر سبک‌های مقابله‌ای و صفات شخصیتی را در افراد مبتلا به اختلال خوردن نیز موردسنجش قرار داد.

به‌طورکلی، پژوهش حاضر شواهدی برای

Reference

- Barker, E.T., Williams, R.L. & Galambos, N.L. (2006). "Daily spillover to and from binge eating in first-year university females", *Eating Disorders*, 14, 229–242.
- Connor-Smith, J.K. & Flachsbart, C. (2007). "Relations between personality and coping: a meta-analysis". *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080–1087.
- Costa, P.T., Somerfield, M.R. & McCrae, R.R. (1996). "Personality and coping: A reconceptualization". In M. Zeidner & N. M. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). New York: Wiley.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). "NEO PI-R professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Deaver, C.M., Miltenberger, R.G., Smyth, J., Meidinger, A. & Crosby, R. (2003). "An evaluation of affect and binge eating". *Behavior Modification*, 578–599.
- Denisoff, E. & Endler, N. S. (2000). "Life experiences, coping, and weight preoccupation in young adult women".

Canadian Journal of Behavioural Science, 32, 97-103.

Ekşi, H. (2010). "Personality and coping among Turkish college students: A canonical correlation analysis". *Educational Sciences: Theory & Practice*, 10 (4), 2159-2176.

Ekşi, H. (2004). "Personality and coping: A multidimensional research on situational and dispositional coping". *Educational Sciences: Theory & Practice*, 4, 81-98.

Engler, P. A., Crowther, J. H., Dalton, G. & Sanftner, J. L. (2006), "Predicting eating disorder group membership: An examination and extension of the sociocultural model". *Behavior Therapy*, 37, 69–79.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). "An analysis of coping in a middle-aged community sample". *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219–239.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). "If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination". *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150–170.

- Fryer, S., Waller, G. & Kroese, B.S. (1997). "Stress, Coping, and Disturbed Eating Attitudes in teenage girls". *Int J Eat Disord*, 22, 427-436.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982), "The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates". *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Heatherton, T.F. & Baumeister, R.F. (1991), "Binge eating as escape from self-awareness". *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Kachooei, M., Fathi-Ashtiani, A. & Allahyari, A. A. (2013). "Relationship of Personality Characteristics and Defense Styles with Eating Disorder in University Students". *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 13(4), 84-93. [Persian/
- Lazarus, R. S. (1993). "Coping Theory and Research: past, present and future". *Psychosomatic Medicine*, 55, 243-247.
- Mathes, W.F., Brownley, K.A., Mo, X. & Bulik, C. M. (2009). "The biology of binge eating". *Appetite*, 52, 545-553.
- McCrae, R.R. & John, O.P. (1992). "An introduction to the five-factor model and its applications". *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- McWilliams, L.A., Cox, B.J. & Enns, M. W. (2003). "Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress". *Journal of Clinical Psychology*, 59, 423-437.
- Nobakht, M. & Dezkam M. (2000). "An epidemiological study of eating disorder in Iran". *International Journal of Eating Disorder*, 28(3), 265-271.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. & Bohon, C. (2007). "Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents". *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 198-207.
- Penley, J.A. & Tomaka, J. (2002). "Associations among the big five. Emotional responses, and coping with acute stress". *Personality and Individual Differences*, 1215-1228.
- Root, M.P.P. & Fallon, P. (1989). "Treating the victimized bulimic. The functions of binge-purge behavior". *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 90-100.
- Spoor, S.T., Stice, E., Bekker, M.H., Van Strien, T., Croon, M. A. & Van Heck, G.L. (2006), "Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study". *International Journal of Eating Disorders*, 39, 700-707.
- Stice, E., Presnell, K. & Spangler, D. (2002). "Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation". *Health Psychology*, 21, 131-138.
- Sulkowski, M.L., Dempsey, J. & Dempsey, A. G. (2011). "Effects of stress and coping on binge eating in female college students". *Eating Behaviors*, 12, 188-191.
- Vollrath, M. & Angst, J. (1993). "Coping and illness behaviour among young adults with panic". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 303-308.