



# Correlation of Eating Attitude with Emotional Cognitive Regulation Styles, Anxiety Sensitivity and Attachment Style in Women with Obesity

Nooshin Tajik<sup>1</sup>, Farah Lotfi Kashani<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Saveh, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen, Iran

\* **Corresponding author:** Farah Lotfi Kashani, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen, Iran. E-mail: lotfikashani@yahoo.com

Received: 30 Jul 2019

Accepted: 26 Dec 2019

## Abstract

**Introduction:** Obesity is a growing phenomenon that is associated to psychological and emotional factors. The purpose of this study was to determine the correlation of eating attitude with emotional cognitive regulation styles, anxiety sensitivity and attachment style in women with obesity.

**Methods:** This research was a descriptive-correlational study. The statistical population of this study consisted of all women with obesity referred to a specialized weight loss clinic in Tehran in spring 2019. Using the Morgan table, 200 obese women (BMI  $\geq$  30) were selected by convenience sampling were chosen. Research tools were "EAT-26: Eating Attitude Test", "Anxiety Sensitivity Index", "Cognitive Emotion Regulation Questionnaire" and "Attachment Questionnaire". Were adults (AAQ: Adult Attachment Questionnaire). Data were analyzed by SPSS 23 software.

**Results:** There was a significant correlation between cognitive emotion regulation styles, anxiety sensitivity and attachment style with eating attitude in women with obesity ( $P \geq 0.05$ ). With increasing anxiety sensitivity, negative cognitive emotion regulation styles, and insecure attachment (avoidance and ambivalence), eating attitude scores also increase.

**Conclusions:** Cognitive emotion regulation styles, anxiety sensitivity, and attachment style were correlated with eating attitudes in obese women. Therefore, attention to psychological factors in prevention of emotional eating and treatment of obesity is recommended to improve their health.

**Keywords:** Eating attitude, Cognitive Emotion Regulation Styles, Anxiety Sensitivity, Attachment Style, Obesity



# همبستگی نگرش به خوردن با سبک‌های تنظیم شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی در زنان مبتلا به چاقی

نوشین تاجیک<sup>۱</sup>، فرح لطفی کاشانی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ساوه، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران  
 \* نویسنده مسئول: فرح لطفی کاشانی، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران. ایمیل: lotfikashani@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۰۸

## چکیده

**مقدمه:** چاقی پدیده‌ای رو به رشد است که با عوامل روان‌شناختی و هیجانی ارتباط دارد. هدف از این پژوهش، تعیین همبستگی نگرش به خوردن با سبک‌های تنظیم شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی در زنان مبتلا به چاقی بود.  
**روش کار:** این پژوهش به روش توصیفی - همبستگی انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به یک کلینیک تخصصی لاغری در تهران در بهار ۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند که با استفاده از جدول مورگان، تعداد ۲۰۰ زن مبتلا به چاقی ( $BMI \geq 30$ )، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، "آزمون نگرش خوردن" (EAT-26: Eating Attitude Test)، "شاخص حساسیت اضطرابی" (ASI: Anxiety Sensitivity Index)، "پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان" (CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) و "پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان" (AAQ: Adult Attachment Questionnaire) بودند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۳ صورت گرفت.  
**یافته‌ها:** بین سبک‌های تنظیم شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی با نگرش به خوردن در زنان مبتلا به چاقی، همبستگی معناداری وجود دارد ( $P \leq 0/05$ ). با افزایش حساسیت اضطرابی، سبک‌های منفی تنظیم شناختی هیجان و دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا)، نمره نگرش به خوردن نیز افزایش می‌یابد.  
**نتیجه‌گیری:** سبک‌های تنظیم شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی با نگرش به خوردن در زنان مبتلا به چاقی همبستگی داشتند؛ لذا توجه به عوامل روان‌شناختی در پیشگیری از خوردن‌های هیجانی و درمان چاقی، جهت ارتقای سلامت این افراد توصیه می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** نگرش به خوردن، سبک‌های تنظیم شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی، سبک دلبستگی، چاقی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

جمله ایران، در حال گذار از سبک زندگی سنتی به سبک زندگی غربی و ماشینی هستند. صنعتی شدن جوامع با کاهش فعالیت‌های فیزیکی شغلی و ارتباطی و هم‌زمان با آن، تغییر در عادات غذایی از رژیم‌های سنتی گیاهی به رژیم‌های پرچربی اتفاق می‌افتد. در این جوامع، تغییرات در سبک زندگی، شیوع اضافه وزن و چاقی را افزایش داده است [۳].

شواهد تجربی یک پیوستار آسیب‌شناسی اختلالات خوردن را نشان می‌دهند. اصطلاح "نگرش به خوردن" یک اصطلاح جامع و گسترده است که هسته مرکزی تمامی اختلالات خوردن می‌باشد و توصیف کننده

بر اساس طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی، افراد با شاخص توده بدنی (BMI: Body Mass Index) بیشتر و یا مساوی ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع تحت عنوان چاق معرفی می‌شوند و چاقی به عنوان عامل خطر برای سلامتی، با چربی زیاد و غیر نرمال، تعریف می‌شود. به گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۱/۹ میلیارد بزرگسال دارای اضافه وزن در جهان وجود دارد و از این میان ۶۰۰ میلیون نفر چاق بودند [۱]. همچنین، طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، در ایران بیش از ۵۰ درصد از بزرگسالان دچار چاقی و اضافه وزن بودند [۲]. در این میان، بیشتر کشورهای آسیایی (از

به نیازهای گرسنگی و سیری کودک، می‌تواند در ابتدا به چاقی کودک مؤثر باشد [۱۲]. لذا با توجه به اهمیت این تعاملات اولیه، می‌توان به نقش سبک دلبستگی افراد و تأثیر آن بر ابتلا به چاقی پرداخت. دلبستگی را می‌توان جو عاطفی میان کودک و مراقبت کننده اولیه، که معمولاً مادر اوست، تعریف کرد که ملاکی برای جستجو کردن و میل به بودن نوزاد در کنار مراقبت کننده است. این رفتار برای تسریع نزدیکی به فرد مطلوب طراحی شده است [۱۳]. دلبستگی به عنوان مبنای رفتارهای تنظیمی در رشد پهنجار از جمله در زمینه‌های خوردن در نظر گرفته شده است. همانطور که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، سابقه دلبستگی فرد در ایجاد اضافه وزن و چاقی تأثیر دارد و ممکن است به عنوان عامل مهمی در پیشگیری و درمان اضافه وزن در نظر گرفته شود [۱۲].

با توجه به مباحث فوق، بررسی عوامل روانشناختی برای پیشگیری و درمان چاقی از اهمیت بسزایی برخوردار است و از آنجاکه چاقی و اضافه وزن به صورت یک معضل سلامتی و بهداشتی در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه در آمده است، هدف از این پژوهش، بررسی همبستگی نگرش به خوردن با سبک‌های تنظیم شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی در زنان مبتلا به چاقی می‌باشد تا شاید با شناخت بهتر متغیرهای روانشناختی دخیل در چاقی و اضافه وزن، بتوان گامی مؤثر در کنترل این معضل رو به رشد برداشت.

## روش کار

این پژوهش از نظر روش، توصیفی - همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به یک کلینیک تخصصی لاغری در غرب تهران در بهار سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند. با استفاده از جدول مورگان، تعداد ۲۰۰ زن دارای تشخیص چاقی ( $BMI \geq 30$ )، به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود (محدوده سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی) و ملاک خروج (عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا ناقص بودن آن‌ها)، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. افراد واجد شرایط که راضی به شرکت در پژوهش بودند، پس از دریافت پاره‌ای توضیحات درباره هدف مطالعه و اطمینان یافتن در مورد محرمانه بودن اطلاعات، به عنوان نمونه پژوهش، به تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه پرداختند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از "آزمون نگرش خوردن" (EAT-26: Eating Attitude Test)، "مقیاس حساسیت اضطرابی" (ASI: Anxiety Sensitivity Index)، "پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان" (CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) و "پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان" (AAQ: Adult Attachment Questionnaire) استفاده شد.

جهت سنجش نگرش به خوردن، از "آزمون نگرش خوردن-۲۶" استفاده گردید. این پرسشنامه توسط Garner و همکاران در سال ۱۹۷۹، با ۲۶ عبارت به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی برای نگرش و رفتارهای بیمارگونه خوردن ابداع شد که سه مؤلفه رژیم لاغری، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا و کنترل دهانی را بررسی می‌کند و کارآمدی آن در شناسایی بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی تأیید گردید

رفتارها و نگرش‌های ناسالمی است که دامنه‌ای از عادات رژیمی دقیق به منظور از دست دادن یا نگهداری وزن ایده‌آل تا محدودسازی شدید و آنورکسیا (Anorexia) را در بر می‌گیرد که معمولاً با عنوان اختلالات خوردن تحت بالینی (Sub Clinical) در نظر گرفته می‌شوند [۴]. در واقع، نگرش به خوردن طیف وسیعی را دربر می‌گیرد که از یک سو به نگرش سالم و از سوی دیگر، به اختلالات خوردن ختم می‌شود. شیوع رفتارهای پرخطر خوردن بویژه در میان جوانان در حال افزایش است و حتی فراتر از شیوع ثبت شده برای اختلالات خوردن می‌باشد [۵].

شناسایی عواملی که در نگرش به خوردن سهیم هستند، به کانون تلاش‌های پژوهشی در سال‌های اخیر تبدیل شده است. یکی از متغیرهایی که پژوهش‌ها نشان می‌دهند که با نگرش به خوردن ارتباط دارد، تنظیم هیجان است. هنگامی که یک شخص برای خوردن به عنوان یک رفتار جبرانی تحت فشار قرار می‌گیرد، تنظیم و مدیریت مؤثر هیجان‌ها، احتمال پرخوری را می‌تواند کاهش دهد [۶]. تنظیم هیجان شیوه‌ای است که در آن، افراد پاسخ‌های رفتاری و شناختی خود به تجربیات عاطفی را تعدیل می‌کنند [۷]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عواطف منفی، پیشاینده اختلالات خوردن هستند [۸]. تنظیم هیجان در بسیاری از موارد آسیب شناسی روانی به طور فزاینده دخالت دارد. مطالعه بر روی کارکردهای هیجانی و رفتارهای خوردن پرخطر عمدتاً به مطالعه دو بعد از هیجان یعنی عواطف منفی و تنظیم هیجان محدود شده است. در سال‌های اخیر به عواطف منفی از جمله اضطراب به عنوان عامل مهمی در ارتباط با آسیب شناسی اختلالات خوردن نگریسته می‌شود. شواهد مبتنی بر مطالعات جمعیت شناختی و پژوهش‌هایی که از نمونه‌های بالینی استفاده می‌کنند، نشان می‌دهند که اختلالات خلقی و اضطرابی به طور متداول با اختلالات خوردن به طور همزمان روی می‌دهند [۹].

اضطراب رابطه قوی با نگرش به خوردن و خوردن‌های هیجانی که شامل محدودیت‌های تغذیه‌ای و پرخوری است، دارد [۱۰]. عامل آسیب پذیری مهمی که در سال‌های اخیر توجه پژوهشی فراوانی را در ارتباط با اضطراب و اختلال‌های مرتبط با آن به خود جلب کرده، حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی به عنوان ترس بیش از اندازه از احساسات و علائم اضطراب و باور شخص مبنی بر آسیب زا بودن این علائم و احساسات تعریف شده است. حساسیت اضطرابی به عنوان مفهومی کلی، خود شامل سه عامل مرتبه پایین تر ترس از احساسات بدنی (نگرانی‌های جسمانی)، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده عمومی (نگرانی‌های اجتماعی) و ترس از عدم کنترل شناختی می‌شود که می‌تواند با نگرش به خوردن، عدم کنترل روی خوردن و نگرانی از اضافه وزن در ارتباط باشد. علاوه بر عوارض جسمی چاقی، این حالت می‌تواند پیامدهای روحی - روانی زیادی از جمله افزایش سطح اضطراب را در بر داشته باشد که خود می‌تواند باعث اختلال اشتها و در نتیجه تشدید چاقی شود [۱۱].

یکی دیگر از عوامل مهم روانشناختی که می‌توان در سبب شناسی چاقی به آن اشاره کرد، نقش متغیرهای مرتبط با خانواده بر سلامت جسم و روان اعضاء است. خانواده اولین بستر پرورش کودک می‌باشد و ابعاد مختلف روانی کودک در تعامل با والدین و بویژه مادر شکل می‌گیرد؛ بطوری که اختلال در رابطه عاطفی و پاسخگو نبودن والدین

در ایران بر روی نمونه‌ای به تعداد ۶۵۸ نفر (۲۸۷ پسر و ۳۹۸ دختر) از دانشجویان دانشگاه شیراز در سال ۱۳۸۶ توسط مرادی منش و همکاران [۲۰]، روایی همزمان "شاخص حساسیت اضطرابی" از طریق اجرای با "چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی" (SCL-90-R: Symptom Checklist 90 Revised) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶، حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود. پایایی آن به سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. همچنین، در مطالعه مشهدی و همکاران [۲۱] که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بر روی ۳۱۷ دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی (۲۲۰ مرد و ۹۷ زن) انجام شد، پایایی "شاخص حساسیت اضطرابی" با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

در پژوهش حاضر بر روی ۲۰۰ زن مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی لاغری در تهران، پایایی این شاخص با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر به روایی صوری و محتوایی سایر مطالعات اکتفا شد. "پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان" توسط Garnefski و همکاران در سال ۲۰۰۲ به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است [۲۲]. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۳۶ سؤالی است که جهت شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد و شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دو دسته سازگاران شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش و دیدگاه‌گیری، و دسته ناسازگاران شامل ملامت خویش، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و ملامت دیگران تقسیم می‌شود که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند و براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها از ۴ تا ۲۰ بدست می‌آید. نمرات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع تنش زا و منفی است. در بررسی مشخصات روانسنجی آزمون، Garnefski و همکاران [۲۲] بر روی ۶۱۱ بزرگسال در مرحله اول و ۳۰۱ بزرگسال در مرحله پیگیری در هلند، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آوردند. حسنی [۲۳] در سال ۱۳۹۰ پایایی پرسشنامه را به روش همسانی درونی (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۲) بر روی ۴۲۰ نفر (۲۰۰ نفر زن) از جامعه دانشجویی ایران که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین دانشجویان دانشگاه‌های تربیت مدرس، تهران و تربیت معلم تهران گزینش شده بودند، تأیید نمود. همچنین، الگوی ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و "سپاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory)، بیانگر روایی همزمان مناسب آن می‌باشد که ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با نمرات پرسشنامه افسردگی بک برای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (۰/۱۹-) تا فاجعه‌سازی (۰/۴۵) بدست آمد. همچنین،

[۱۴]. همچنین برای اندازه‌گیری نگرش به خوردن و نگرانی‌های مربوط به وزن نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۵]. این آزمون بر اساس مقیاس "لیکرت" درجه بندی می‌شود. آزمودنی برای پاسخ "همیشه" ۳ نمره، "بیشتر اوقات" ۲ نمره و "خیلی اوقات" ۱ نمره می‌گیرد و به سه گزینه باقیمانده شامل "گاهی اوقات"، "بندرت" و "هرگز"، نمره صفر تعلق می‌گیرد. بنابراین نمره‌های این پرسشنامه می‌تواند از صفر تا ۷۸ باشد. هر چه نمره فرد بالاتر باشد، مشکوک به اختلال خوردن محسوب می‌شود. این آزمون تشخیص را ارائه نمی‌دهد بلکه در عوض، نشانه‌هایی را شناسایی می‌کند که بیانگر الگویی آشفته از غذا خوردن مانند پرخوری (خوردن مقدار زیادی غذا)، خوردن افراطی (خوردن مقدار زیادی غذا و از دست دادن کنترل) و خوردن هیجانی (دریافت غذا به وسیله محرک هیجانی منفی) می‌باشد [۱۶]. مطالعه Nunes و همکاران [۱۵] جهت بررسی ویژگی‌های روانسنجی "آزمون نگرش خوردن-۲۶" بر روی ۱۶۱ زن برزیلی، حساسیت تشخیصی ۴۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد نشان داد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. در ایران نیز، در مطالعه بابایی و همکاران [۱۷] که در سال ۱۳۸۶ به منظور رواسازی و بررسی روایی این آزمون بر روی ۱۰۰ نفر دانشجوی دختر و پسر دانشگاه شهید بهشتی از رشته‌های تحصیلی مختلف که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده بودند، اجرا کردند. نتایج نشان داد که آزمون از ویژگی‌های روانسنجی مناسبی برخوردار است و در تحلیل عاملی تأییدی سه عامل رژیم لاغری، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا و مهار دهانی تأیید شد. پایایی آن از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ به دست آمد. در مطالعه پورقاسم گرگری و همکاران، در نمونه‌ای شامل ۱۸۸۷ دانش‌آموز دبیرستانی شهر تبریز، پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ و آزمون همبستگی برای کل پرسشنامه و تک تک سؤالات به ترتیب ۰/۸ و ۰/۷۶ محاسبه شد [۱۸].

در پژوهش حاضر نیز بر روی ۲۰۰ زن مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی لاغری در شهر تهران، آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۷۴ محاسبه گردید. در مورد اندازه‌گیری روایی صوری و محتوایی به سایر مطالعات اکتفا شد. "شاخص حساسیت اضطرابی" یک مقیاس خودسنجی است که ۱۶ گویه دارد و توسط Reiss و همکاران در سال ۱۹۸۶، ساخته شده است. این پرسشنامه، براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) محاسبه می‌گردد. هر گویه، این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب زا را دارند [۱۹]. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ عبارت)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ عبارت) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ عبارت)، تشکیل شده است. Reiss و همکاران [۱۹] در بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس بر روی جامعه دانشجویی، ثبات درونی آن را (آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده‌اند و در پژوهش آن‌ها پایایی بازآزمایی بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ محاسبه شده است.

(variance) است و اگر ارزش عامل VIF بالاتر از ۱۰ باشد، نشان دهنده هم‌خطی بودن است.

### یافته‌ها

از نظر جمعیت شناختی، میانگین سنی افراد مورد بررسی ۳۲/۲۲±۷/۱۴ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان در پژوهش متأهل (۶۲ درصد) و از نظر سطح تحصیلات در مقطع کارشناسی (۶۰/۵ درصد) بودند. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید و از آنجا که نتایج معنادار نبود ( $P > 0/05$ )، می‌توان گفت که نرمالیتی برقرار است. در ادامه، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در **جدول ۱** آمده است که نشان می‌دهد بین نگرش به خوردن با سبک‌های تنظیم شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی در زنان مبتلا به چاقی رابطه وجود دارد ( $P < 0/05$ ). بدین صورت که با افزایش سبک‌های منفی تنظیم هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا)، افزایش در نمره نگرش به خوردن نیز مشاهده می‌شود که هر چه نمره فرد بالاتر باشد، مشکوک به اختلال خوردن محسوب می‌گردد. اما با افزایش سبک‌های مثبت تنظیم هیجان و سبک دلبستگی ایمن، کاهش در نمره نگرش به خوردن رخ می‌دهد.

**جدول ۲**، نشان می‌دهد که از بین متغیرهای مورد مطالعه در رگرسیون، بهترین پیش‌بینی کننده نگرش خوردن در گام اول دلبستگی ایمن، در گام دوم حساسیت اضطرابی، در گام سوم سبک‌های منفی تنظیم هیجان، در گام چهارم دلبستگی دوسوگرا و در گام پنجم سبک‌های مثبت تنظیم هیجان بوده است. بر این اساس در گام اول ضریب دلبستگی ایمن ۷۹/۴ درصد از واریانس نگرش خوردن، در گام دوم ضرایب دلبستگی ایمن و حساسیت اضطرابی ۸۶/۷ درصد از واریانس نگرش خوردن، در گام سوم ضرایب دلبستگی ایمن، حساسیت اضطرابی و سبک‌های منفی تنظیم هیجان ۸۸/۸ درصد از واریانس نگرش خوردن، در گام چهارم ضرایب دلبستگی ایمن، حساسیت اضطرابی، سبک‌های منفی تنظیم هیجان و دلبستگی دوسوگرا ۸۹/۳ درصد از واریانس نگرش خوردن و در گام پنجم ضرایب دلبستگی ایمن، حساسیت اضطرابی، سبک‌های منفی تنظیم هیجان، دلبستگی دوسوگرا و سبک‌های مثبت تنظیم هیجان ۸۹/۶ درصد از واریانس نگرش خوردن را تبیین می‌کنند.

یافته‌ها در **جدول ۳**، حاکی از آن است که ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در دلبستگی ایمن، نمره نگرش خوردن را ۱/۹۵۸ واحد کاهش، ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در حساسیت اضطرابی، نمره نگرش خوردن را ۰/۳۹۲ واحد افزایش، ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در سبک‌های منفی تنظیم هیجان، نمره نگرش خوردن را ۰/۵۲۶ واحد افزایش، ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در دلبستگی دوسوگرا، نمره نگرش خوردن را ۰/۵۷۷ واحد افزایش، ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در سبک‌های مثبت تنظیم هیجان، نمره نگرش خوردن را ۰/۱۳۲ واحد کاهش می‌دهد.

مقادیر به‌دست آمده در **جدول ۳**، از محاسبه عامل تورم واریانس و ضریب تحمل نشان داد که پدیده هم‌خطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است.

مطالعه یوسفی در سال ۱۳۸۲ به روی ۵۰۰ دانش‌آموز در شیراز [۲۴] پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی ۰/۸۲ گزارش کرده است. در مطالعه حاضر نیز که بر روی ۲۰۰ زن مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی لاغری در تهران انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای کل آزمون محاسبه گردید. در پژوهش حاضر به روایی صوری و محتوایی سایر مطالعات اکتفا شد.

"پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان" توسط Shaver & Hazan در سال ۱۹۸۷، ساخته شد و بر پایه این فرض استوار است که مشابهت‌هایی از سبک‌های دلبستگی نوزاد-مراقب را در روابط بزرگسالان نیز می‌توان یافت [۲۵]. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی است که با روابط بزرگسالان تطبیق داده شده است. پرسشنامه ۱۵ عبارت دارد که ۵ عبارت دلبستگی ناایمن دوسوگرا، ۵ عبارت دلبستگی ناایمن اجتنابی و ۵ عبارت دلبستگی ایمن را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵) بررسی می‌کند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ می‌باشد. پس از تکمیل و نمره گذاری، آن خرده‌مقیاسی که آزمودنی نمره بالاتری در آن بگیرد، به عنوان سبک دلبستگی فرد لحاظ می‌شود. Shaver & Hazan [۲۵]، بر روی ۶۲۰ نفر (۲۰۵ مرد و ۴۱۵ زن) در آمریکا، پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۸۱ و پایایی به روش آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۸ به دست آوردند.

پاکدامن [۲۶] در سال ۱۳۸۰ بر روی یک نمونه ۱۰۰ نفری (۵۰ دختر و ۵۰ پسر)، پایایی بازآزمایی برای دلبستگی اضطرابی/دوسوگرا، اجتنابی و ایمن را به ترتیب ۰/۵۲/۷۶، ۰/۳۷ و ۰/۳۷ و میزان آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ به دست آورد. در پژوهش بشارت [۲۷] در سال ۱۳۸۴ در یک نمونه دانشجویی به تعداد ۱۴۸۰ نفر (۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۵، و برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۴، و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بدست آمد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس دلبستگی بزرگسالان است.

در پژوهش حاضر بر روی ۲۰۰ زن مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی لاغری در شهر تهران، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱ و ۰/۷۲ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر به روایی صوری و محتوایی سایر مطالعات اکتفا شد.

در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده به‌وسیله روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام) به کمک نرم‌افزار تحلیل آماری اسپس اس نسخه ۲۳ تحلیل شد. در پژوهش حاضر، به منظور ارزیابی مفروضه هم‌خطی بودن، عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل (تولرانس) مورد بررسی قرار گرفت. ضریب تحمل که معادل  $1-R^2$  است، دلالت بر نسبت واریانس استاندارد شده کلی دارد که به وسیله دیگر متغیرها تبیین نمی‌شود و ضریب تحمل ۰/۱ یا کمتر نشان دهنده هم‌خطی بودن است. عامل تورم واریانس (VIF) یکی دیگر از روش‌های تشخیص هم‌خطی بودن است که معادل  $R^2-1/1$  است و نشان دهنده نسبت واریانس استاندارد شده کلی به واریانس یگانه (unique

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	نگرش خوردن	تنظیم مثبت هیجان	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	ارزیابی مجدد مثبت	تمرکز مجدد مثبت	پذیرش	دیدگاه گیری	تنظیم منفی هیجان	فاجعه انگاری	نشخوار فکری	سرزنش دیگران	سرزنش خود	اجتنابی	دو سوگرا	ایمن	حساسیت اضطرابی
نگرش خوردن	۱															
تنظیم مثبت هیجان	-۰/۷۷۵	۱														
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	-۰/۸۰۱	-۰/۸۹۸	۱													
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۵۷۹	-۰/۷۳۴	-۰/۶۳۵	۱												
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۶۰۹	-۰/۸۳۸	-۰/۷۰۳	-۰/۵۷۳	۱											
پذیرش	-۰/۶۰۲	-۰/۸۲۰	-۰/۷۰۱	-۰/۴۴۸	-۰/۵۱۴	۱										
دیدگاه گیری	-۰/۵۸۶	-۰/۸۲۲	-۰/۶۳۱	-۰/۴۱۲	-۰/۷۰۳	-۰/۶۴۳	۱									
تنظیم منفی هیجان	-۰/۸۶۶	-۰/۷۱۵	-۰/۷۴۸	-۰/۴۶۵	-۰/۴۹۱	-۰/۶۳۰	-۰/۵۷۷	۱								
فاجعه انگاری	-۰/۸۳۸	-۰/۶۶۵	-۰/۷۵۵	-۰/۶۱۱	-۰/۵۷۶	-۰/۹۵۷	-۰/۸۹۵	-۰/۸۹۵	۱							
نشخوار فکری	-۰/۸۵۲	-۰/۶۹۳	-۰/۷۴۳	-۰/۴۴۰	-۰/۵۱۲	-۰/۵۵۱	-۰/۸۱۴	-۰/۹۱۵	-۰/۵۵۵	۱						
سرزنش دیگران	-۰/۱۵۸	-۰/۲۶۲	-۰/۲۱۴	-۰/۲۲۲	-۰/۳۷۹	-۰/۱۵۹	-۰/۰۵۷	-۰/۱۶۴	-۰/۱۲۳	-۰/۱۲۳	۱					
سرزنش خود	-۰/۵۱۶	-۰/۳۰۵	-۰/۳۷۴	-۰/۰۹۵	-۰/۱۱۳	-۰/۴۱۸	-۰/۰۴۳	-۰/۷۰۲	-۰/۲۹۶	-۰/۲۹۶	-۰/۴۶۳	۱				
اجتنابی	-۰/۳۰۴	-۰/۲۱۴	-۰/۲۰۸	-۰/۱۵۳	-۰/۱۹۸	-۰/۱۷۱	-۰/۰۸۶	-۰/۱۸۷	-۰/۱۵۰	-۰/۱۵۰	-۰/۳۳۹	-۰/۰۸۶	۱			
دو سوگرا	-۰/۵۶۵	-۰/۵۷۳	-۰/۶۰۶	-۰/۴۵۸	-۰/۴۶۶	-۰/۴۲۵	-۰/۳۱۱	-۰/۵۹۹	-۰/۶۳۳	-۰/۶۲۶	-۰/۲۴۹	-۰/۲۸۵	-۰/۳۱۱	۱		
ایمن	-۰/۸۹۱	-۰/۷۷۴	-۰/۷۷۱	-۰/۵۴۶	-۰/۶۳۲	-۰/۶۰۵	-۰/۶۴۷	-۰/۸۴۵	-۰/۸۳۴	-۰/۶۲۳	-۰/۲۱۲	-۰/۱۵۶۶	-۰/۲۲۸	-۰/۶۴۷	۱	
حساسیت اضطرابی	-۰/۸۶۵	-۰/۶۸۶	-۰/۶۹۷	-۰/۵۳۳	-۰/۵۳۴	-۰/۵۰۷	-۰/۷۷۹	-۰/۷۴۴	-۰/۵۴۸	-۰/۷۲۴	-۰/۷۳۱	-۰/۴۷۹	-۰/۳۰۳	-۰/۴۳۶	-۰/۷۷۹	۱

جدول ۲: ضریب همبستگی گام به گام سبک‌های تنظیم هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی یا نگرش خوردن

شاخص آماری	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین چندگانه	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب F	P-value
گام اول دلبستگی ایمن	۰/۸۹۱	۰/۷۹۵	۰/۷۹۴	۷۶۶/۴۳۹	۰/۰۰۱
گام دوم دلبستگی ایمن، حساسیت اضطرابی	۰/۹۳۲	۰/۸۶۹	۰/۸۶۷	۶۵۰/۵۷۸	۰/۰۰۱
گام سوم دلبستگی ایمن، حساسیت اضطرابی، سبک‌های منفی تنظیم هیجان	۰/۹۴۳	۰/۸۹۰	۰/۸۸۸	۵۲۸/۳۶۲	۰/۰۰۱
گام چهارم دلبستگی ایمن، حساسیت اضطرابی، سبک‌های منفی تنظیم هیجان، دلبستگی دوسوگرا	۰/۹۴۶	۰/۸۹۵	۰/۸۹۳	۴۱۵/۰۸۶	۰/۰۰۱
گام پنجم دلبستگی ایمن، حساسیت اضطرابی، سبک‌های منفی تنظیم هیجان، دلبستگی دوسوگرا، سبک‌های مثبت تنظیم هیجان	۰/۹۴۸	۰/۸۹۸	۰/۸۹۶	۳۴۲/۱۴۹	۰/۰۰۱

جدول ۳: ضریب بتا در پیش بینی نگرش خوردن بر اساس سبک‌های تنظیم هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک‌های دلبستگی (گام پنجم)

شاخص آماری	ضرایب بتای غیر استاندارد		ضرایب بتای استاندارد	ضریب t	P-Value	تولرانس	VIF
	بتا	خطای معیار					
عدد ثابت	۲/۴۰۷	۶/۴۲۳		۰/۳۷۵	۰/۷۰۸		
دلبستگی ایمن	-۱/۹۵۸	۰/۳۲۹	-۰/۳۰۳	-۵/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰۲	۴/۹۵۳
حساسیت اضطرابی	۰/۳۹۲	۰/۰۴۷	۰/۳۲۹	۸/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸	۲/۹۵۵
سبک‌های منفی تنظیم هیجان	۰/۵۲۶	۰/۰۸۳	۰/۲۸۷	۶/۳۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵۷	۳/۸۹۵
دلبستگی دوسوگرا	۰/۵۷۷	-۱/۱۹۴	-۰/۷۲	۲/۹۷۱	۰/۰۰۳	۰/۸۸۸	۱/۱۲۶
سبک‌های مثبت تنظیم هیجان	-۰/۱۳۲	۰/۰۵۳	-۰/۹۳	-۲/۴۸۸	۰/۰۱۴	۰/۳۷۶	۲/۶۶۳

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک‌های تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) و نگرش خوردن رابطه وجود دارد و سبک‌های تنظیم هیجان یکی از پیش‌بینی کننده‌های نگرش خوردن بوده است. براساس نظریه Gray فعالیت سیستم بازداری رفتاری و حساسیت به تنبیه با نگرش خوردن و رفتارهای خوردن نابهنجار مانند پرخوری هیجانی مرتبط است [۲۸]. با توجه به نقش عواطف منفی و فعالیت سیستم‌های مغزی - رفتاری در نگرش به خوردن، به نظر می‌رسد خوردن به عنوان راهی برای جبران تنبیه و عواطف منفی عمل می‌کند زیرا نگرش منفی نهایتاً به رفتار نابهنجار منتهی می‌شود. در چنین شرایطی، افراد برای کاهش نگرش و عواطف منفی و تسکین هیجانات ناخوشایند، به خوردن غذاهای ناسالم روی آورده و کاهش هیجانات منفی، به تقویت و تکرار این رفتار می‌انجامد. به نظر می‌رسد تجربه هیجانات منفی، مستقیماً منجر به پرخوری و رفتارهای خوردن هیجانی نمی‌شود، بلکه راهبردهای تنظیم هیجان، تعیین‌کننده رفتارهای خوردن‌اند. برای تبیین این یافته‌ها، می‌توان به نظریه‌های مربوط به ظرفیت محدود و کاهش منابع، استناد کرد. بر این اساس، اعمال خودکنترلی به منابع محدودی وابسته هستند که استفاده از آنها برای اعمال خودکنترلی، می‌تواند منابع موجود برای تکالیف خودکنترلی بعدی را کاهش دهد [۲۹]. به نظر می‌رسد تجربه استرس‌های مزمن، هیجانات منفی و راهبردهای ناسازگار تنظیم آنها در افراد دارای اضافه وزن و چاقی، موجب کاهش منابع خودکنترلی و ایجاد اختلال در فرآیندهای خودتنظیمی شده و می‌توانند زمینه ساز نگرش منفی به خوردن و رفتارهای خوردن نابهنجار چون خوردن هیجانی، بیرونی، پرخوری افراطی و ... شوند. در چنین شرایطی، منابع خودتنظیمی که برای توجه به برنامه‌های بلندمدت رژیم، بازداری و ... ضروری هستند، دچار فرسایش شده و احتمال بروز پرخوری، خوردن هیجانی و بیرونی به همراه انتخاب غذاهای ناسالم پُرکالری افزایش می‌یابد. این امر می‌تواند تا حدودی علت شکست مکرر افراد دارای اضافه وزن و چاقی را در برنامه‌های کاهش وزن تبیین کند. به ویژه در شرایطی که برنامه‌های درمانی بدون در نظر گرفتن مؤلفه‌های روانشناختی طرح ریزی شده‌اند، مشکلات حفظ برنامه درمانی مشاهده می‌شود.

با استفاده از چارچوب سیستم‌های گرم - سرد نیز می‌توان نگرش و رفتارهای خوردن ناشی از تنظیم هیجان را تبیین نمود. براساس این مدل، دو سیستم تعاملی خودتنظیمی وجود دارد: سیستم شناختی "سرد" و سیستم هیجانی "گرم". فرض شده است افرادی که در حالت "گرم" هستند، تکانه‌ای بوده و بر لذت فوری تمرکز دارند. در حالت

"سرد"، افراد متفکر و با برنامه هستند و بر کنترل خود و به تأخیر انداختن لذت تمرکز دارند. سبک‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان مانند ارزیابی مجدد، نوعی از راهبرد "سرد" است؛ درحالی‌که سبک‌های منفی تنظیم هیجان، مانند نشخوار فکری و سرکوبی، جزء راهبردهای "گرم" محسوب می‌شوند [۲۹]. با توجه به تمایزی که در بالا شرح داده شد، به نظر می‌رسد افراد در شرایط کاربرد سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان یعنی "راهبردهای گرم"، کمتر قادر به اعمال کنترل بر عادات‌های خوردن خود هستند، و بیشتر بر لذت فوری تمرکز دارند. این امر موجب می‌شود کنترل خود را در تنظیم نگرش و رفتار خوردن از دست داده و وقوع رفتارهای خوردن هیجانی و بیرونی افزایش یابد. این تبیین با یافته‌های Tull و همکاران [۳۰]، همسوست که نشان دادند رفتارهای خوردن، مصرف اعتیادی مواد غذایی، وسوسه مصرف غذا و حساسیت به پاداش، از جمله سازهایی هستند که می‌توانند به عنوان میانجی رابطه بین تکانشگری (عدم کنترل) و چاقی در نظر گرفته شوند. علاوه بر آن، این پژوهش نشان داد که بین حساسیت اضطرابی و نگرش به خوردن رابطه وجود دارد و حساسیت اضطرابی یکی از پیش‌بینی کننده‌های نگرش خوردن بوده است. این نتیجه را می‌توان این گونه تبیین کرد که برای افراد، قضاوت در مورد خودشان و اینکه چقدر با وضعیت ایده‌آل فاصله دارند، می‌تواند مبنایی برای اضطراب باشد. قابل ذکر است که هیجانات منفی بویژه اضطراب، بر نگرش فرد تأثیر گذاشته و نهایتاً رفتار خوردن فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علی‌رغم تلاش‌ها برای فهم علل و سبب شناسی اختلالات خوردن، میزان بروز رفتارهای خوردن نابهنجار در سال‌های اخیر رو به افزایش است. فراتر از همزمانی تشخیصی، شواهد پیشنهاد می‌کنند افرادی با اختلالات خوردن تمایل به نشان دادن نشانگان زیر آستانه‌ای اضطراب و افسردگی [۳۱] و همینطور سطوح بالاتری از شکل‌های گوناگون عواطف منفی (خشم، احساس گناه و خشونت) را دارند [۳۲]. نقش ویژه عواطف منفی در اختلالات خوردن در مدل‌های درمانی و سبب شناسی مورد تأکید قرار گرفته است. برای مثال نظریه فرار "Escape Theory"، بیان می‌کند خوردن هیجانی و پرخوری بوسیله تمایل برای تغییر توجه از تجربه عواطف و نگرش منفی همچون اضطراب که با ادراک خود نامطلوب پیوند دارد، بکار برده می‌شود. بسیاری از مطالعات حاکی از آن است که خوردن، حواس انسان را از احساس‌های منفی و هرگونه پریشانی دور می‌کند [۳۳]. بنابراین، همبستگی بین اضطراب با نگرش به خوردن و پرخوری هیجانی در مبتلایان به چاقی می‌تواند دلیلی بر این باشد که از این رفتارها برای فرار از اضطراب‌های خود استفاده می‌کنند و خوردن

اختلالات گوناگون از جمله چاقی باشد. شاید به همین سبب است که ضعف شاخص‌های ایمنی دلبستگی، نمایه توده بدنی را افزایش می‌دهد و با چاقی و اضافه وزن مرتبط است.

در پژوهش حاضر میزان دلبستگی نایمن بخصوص نایمن - دوسوگرا در مبتلایان به چاقی بیشتر بود. شاید این نتیجه را بتوان با تفاوت در استفاده از سازوکارهای دفاعی توجیه کرد. افراد دارای سبک دلبستگی نایمن - دوسوگرا از سازوکارهای دفاعی رشدنیافته مبتنی بر خوردن (نظیر پُرخوری) استفاده می‌کنند اما افراد دارای سبک دلبستگی نایمن - اجتنابی بیشتر سازوکارهای دفاعی رشدیافته را بکار می‌برند که مشخصه اصلی آن اجتناب گری، آرمان‌گرایی و اعتماد به خود است که ممکن است خود را به شکل اجتناب از خوردن نشان دهد.

بطور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر تأییدی بر اهمیت نقش عوامل روان‌شناختی در چاقی، پیشگیری و درمان آن می‌باشد که می‌تواند نویدبخش اهمیت درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی جهت ارتقاء سلامت افراد مبتلا به چاقی و اضافه وزن باشد. همچنین، از آنجاکه اکثر درمان‌های صرفاً پزشکی برای مسئله چاقی و اضافه وزن، موقت هستند و در درازمدت با شکست رو به رو می‌شوند، لذا ضرورت پرداختن به مسائل روان‌شناختی افراد برای حل کردن مشکل بطور ریشه‌ای، آشکار می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده نشان داد که بین سبک‌های تنظیم شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی و سبک دلبستگی با نگرش به خوردن در زنان مبتلا به چاقی، همبستگی معناداری وجود دارد. لذا توجه به مسائل روان‌شناختی در پیشگیری و درمان این مشکل در حال رشد، پیشنهاد می‌شود. این پژوهش صرفاً به زنان به عنوان نمونه پژوهشی پرداخته است لذا تعمیم آن به مردان با محدودیت روبرو است.

### سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نوشین تاجیک در رشته روان‌شناسی بالینی و به راهنمایی سرکار خانم دکتر فرح لطفی کاشانی، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه می‌باشد که در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه با کد IR.IAU.SAVEH.1397.44 تصویب شد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مشارکت تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

### References

1. Organization WH. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020: World Health Organization; 2013.
2. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010: World Health Organization; 2011.
3. Eskandarnejad M, Fathzadeh L. The Effect of Aerobic Exercises on Body Image Concern, Identity Crisis and BMI Modification, in Girls with Body Image Concern. J Health Promot Manage. 2017;6(4):34-42. doi: 10.21859/jhpm-06046

را به عنوان مکانیسمی دفاعی در مقابل اضطراب خود به کار می‌گیرند. در واقع، مبتلایان به اختلال خوردن، از انواع سبک‌های مقابله اجتنابی برای رویارویی با فشارهای روان‌شناختی استفاده می‌کنند و اختلال خوردن نیز نوعی سبک رویارویی با مشکلات زندگی و اضطراب‌های ناشی از آن است.

همچنین، یافته‌ها در پژوهش حاضر، نشان داد که بین سبک دلبستگی و نگرش به خوردن رابطه وجود دارد و سبک دلبستگی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های نگرش خوردن بوده است. بدین معنا که در افراد مبتلا به چاقی، میزان ایمنی در سبک دلبستگی کمتر است. این یافته با نتایج پژوهش بهزادی پور، و همکاران [۲۴]، که نشان دادند دختران دارای سبک دلبستگی ایمن، کمتر به نگرانی‌های مربوط به وزن مبتلا بودند، همسوس است. دلبستگی به عنوان مبنای رفتارهای تنظیمی در رشد بهنجار از جمله در زمینه‌های خوردن در نظر گرفته شده است [۲۵]. همانطور که نتایج پژوهش Warren & Cooper [۱۳] نشان می‌دهد، سابقه دلبستگی فرد در ایجاد اضافه وزن و چاقی تأثیر دارد و ممکن است به عنوان عامل مهمی در پیشگیری و درمان اضافه وزن در نظر گرفته شود. جهت تبیین این نتیجه می‌توان گفت با توجه به اینکه روابط مادر - کودک سنگ بنای شکل‌گیری سبک دلبستگی فرد را تشکیل می‌دهد و با نظر به دیدگاه یادگیری، در چهارچوب روابط مادر - کودک، بعضی از نگرش‌های غذایی ناسالم (تمایل به غذاهای چرب، پُرخوری و غذاهای آماده)، عدم تحرک و تنبلی، استفاده بیش از حد از تلویزیون و بازی‌های کامپیوتری تقویت شده به بروز چاقی در بزرگسالی منتهی می‌شود.

از سوی دیگر، با استناد به "الگوهای درونکاری" از Bowlby نتایج قابل توجیه است. فردی که نگرش مثبت از خود و دیگران دارد، احساس امنیت و دلبستگی ایمن را با درونی شدن احساس سزاوار بودن برای مراقبت از خود داراست [۲۶]. یعنی فرد زمانیکه نیاز به مراقبت دارد و یا با عوامل تنش‌زا مواجه می‌شود، این حس شخصی در او به وجود می‌آید. پس می‌توان نتیجه گرفت که اگر فرد با سبک دلبستگی ایمن و احساس سزاوار بودن نسبت به خود، توانایی خودتنظیمی هیجان‌ها و مراقبت از شرایط بدنی در شرایط تنش‌زا را داشته باشد، در این شرایط کمتر از سازوکارهای رشدنیافته مانند پُرخوری و پناه بردن به تنقلات استفاده می‌کند. بی تردید سبک دلبستگی ایمن و نایمن مطلق وجود ندارد و ممکن است فرد از درجه‌ای از امنیت برخوردار باشد که بتوان سبک دلبستگی ایمن را به او نسبت داد ولی در عین حال درجه‌ای از نایمنی نیز در او وجود داشته باشد. این نایمنی همراه با عواملی مانند زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و یا زیستی و وراثتی می‌تواند زمینه ساز

4. Haslam M, Mountford V, Meyer C, Waller G. Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. Eat Behav. 2008;9(3):313-8. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.10.005 pmid: 18549990
5. Lucas VJ. Impact of Parenting Factors and Personal Ego Development on Risk for Eating Disorders Among College Women: Marquette University; 2010.
6. Sabzevari Moghaddam A, Mousavi SA, Jafari Jozani R, Azizi Fahliyani M, Ajalli A. Comparison of the Theory of Mind in Bipolar Patients and Healthy Individuals and its Relationship with Personality Dimensions. J Health



- Promot Manage. 2018;6(6):30-6. doi: 10.21859/jhpm-07045
7. Brown AJ, Parman KM, Rudat DA, Craighead LW. Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eat Behav.* 2012;13(4):347-53. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.05.011 pmid: 23121786
  8. Gross JJ, Thompson RA. *Emotion regulation: Conceptual foundations.* New York: Guilford Press; 2007.
  9. Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Karwautz A, Niederhofer H, Munsch S. Eating Disorder Examination-Questionnaire. *Diagnostica.* 2007;53(3):144-54. doi: 10.1026/0012-1924.53.3.144
  10. Griffiths S, Angus D, Murray SB, Touyz S. Unique associations between young adult men's emotional functioning and their body dissatisfaction and disordered eating. *Body Image.* 2014;11(2):175-8. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.12.002 pmid: 24418309
  11. Lafrance Robinson A, Kosmerly S, Mansfield-Green S, Lafrance G. Disordered eating behaviours in an undergraduate sample: Associations among gender, body mass index, and difficulties in emotion regulation. *Can J Behav Sci.* 2014;46(3):320-6. doi: 10.1037/a0031123
  12. Fitzsimmons EE, Bardone-Cone AM. Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eat Behav.* 2011;12(1):21-8. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.09.002 pmid: 21184969
  13. Cooper MJ, Warren L. The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women. *Eat Behav.* 2011;12(1):94-6. doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.11.006 pmid: 21184984
  14. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982;12(4):871-8. doi: 10.1017/s0033291700049163 pmid: 6961471
  15. Nunes MA, Camey S, Olinto MT, Mari JJ. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(11):1655-62. doi: 10.1590/s0100-879x2005001100013 pmid: 16258635
  16. Dennard EE, Richards CS. Depression and coping in subthreshold eating disorders. *Eat Behav.* 2013;14(3):325-9. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.011 pmid: 23910775
  17. Babaei S, Khodapanahi MK, Saleh SB. [Validating and investigating reliability of the eating attitude test]. *J Behav Sci.* 2007;1(1):61-8.
  18. Gargari BP, Kooshavar D, Sajadi NS, Safoura S, Behzad MH, Shahrokhi H. Disordered eating attitudes and their correlates among Iranian high school girls. *Health Promot Perspect.* 2011;1(1):41.
  19. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther.* 1986;24(1):1-8. doi: 10.1016/0005-7967(86)90143-9 pmid: 3947307
  20. Moradimanesh F, Mirjafari A, Goodarzi M, Mohammadi N. [Psychometric properties of the anxiety sensitivity index-revised (asi-r)]. *J Psychol.* 2007;11(4):426-46.
  21. Mashhadi A, Gasemipoor A, Akbari E, ElBeigi R, Hasanzadeh S. [The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in prediction of students social anxiety disorder]. *Knowledge Res Appl Psychol.* 2013;14(2):89-99.
  22. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.* Leiderdorp. The Netherlands: Datec; 2012.
  23. Hasani J. [The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire]. *J Res Behav Sci.* 2011;9(4):229-40.
  24. Yousefi F. [The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in Shiraz]. *J Except Child.* 2007;6(4):871-92.
  25. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(3):511-24. doi: 10.1037//0022-3514.52.3.511 pmid: 3572722
  26. Pakdaman S. [Investigating the Relationship between Attachment Style and Socialism in Teenagers]: University of Tehran; 2001.
  27. Besharat M. *Standardization of adult attachment scale.* Tehran Universit, 2005.
  28. Pickering AD, Corr PJ. *Gray's Reinforcement Sensitivity Theory (RST) of Personality:* Sage Publications; 2008. 239-56 p.
  29. Taut D, Renner B, Baban A. Reappraise the Situation but Express Your Emotions: Impact of Emotion Regulation Strategies on ad libitum Food Intake. *Front Psychol.* 2012;3:359. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00359 pmid: 23055994
  30. Tull MT, Gratz KL, Litzman RD, Kimbrel NA, Lejuez CW. Reinforcement Sensitivity Theory and emotion regulation difficulties: A multimodal investigation. *Perss Individ Differences.* 2010;49(8):989-94. doi: 10.1016/j.paid.2010.08.010
  31. Hearon BA, Quatromoni PA, Mascoop JL, Otto MW. The role of anxiety sensitivity in daily physical activity and eating behavior. *Eat Behav.* 2014;15(2):255-8. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.03.007 pmid: 24854814
  32. Hearon BA, Utschig AC, Smits JAJ, Moshier SJ, Otto MW. The Role of Anxiety Sensitivity and Eating Expectancy in Maladaptive Eating Behavior. *Cogn Ther Res.* 2012;37(5):923-33. doi: 10.1007/s10608-012-9491-2
  33. Fulton JJ, Lavender JM, Tull MT, Klein AS, Muehlenkamp JJ, Gratz KL. The relationship between anxiety sensitivity and disordered eating: the mediating role of experiential avoidance. *Eat Behav.* 2012;13(2):166-9. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.12.003 pmid: 22365805
  34. Behzadipour S, Pakdaman S, Besharat MA. Relationship between attachment styles and weight concern in adolescence girls. *J Behav Sci.* 2010;4(1):69-76.
  35. Herman CP, Polivy J. *The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems:* The Guilford Press; 2004.
  36. Maunder RG, Hunter JJ. *Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease.* *Psychosom Med.* 2001;63(4):556-67. doi: 10.1097/00006842-200107000-00006 pmid: 11485109