

سنجش میزان اختلالات خوردن و ارتباط آن با هوش هیجانی (مطالعه موردی دانشجویان دختر دانشگاه تبریز)

محمد عباسزاده*^۱، محمدباقر علیزاده اقدم^۲، مرضیه مختاری اصل^۳

چکیده

در حال حاضر، اختلالات خوردن یکی از نگرانی‌های سازمان بهداشت جهانی است، زیرا این اختلالات بیشترین میزان مرگ‌ومیر را در بین بیماری‌های روانی به خود اختصاص داده است. بر همین اساس، مطالعه حاضر تلاش دارد میزان اختلالات خوردن را در دختران دانشجو با هدف مشخص کردن ارتباط بین این اختلالات و هوش هیجانی، که به‌منزله یک متغیر روانشناسی-اجتماعی شناخته می‌شود، تعیین کند. روش تحقیق، پیمایشی و ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه بسته‌پاسخ است. جامعه آماری شامل دختران دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ به تعداد ۴۵۱۴ نفر است که از این تعداد، ۴۰۰ نفر به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده‌اند. نتایج نشان داد که هوش هیجانی و ابعاد آن با اختلالات خوردن و ابعاد آن رابطه منفی و معنادار دارد؛ به این معنی که هر اندازه خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، و در کل هوش هیجانی آزمودنی‌ها افزایش یابد، اختلالات خوردن در آن‌ها کاهش می‌یابد و برعکس. براساس تجزیه و تحلیل رگرسیونی از بین متغیرهای مورد بررسی، متغیر هشیاری اجتماعی با $\beta = -1/24$ مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده تغییرات در اختلالات خوردن است.

کلیدواژگان

اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی، هوش هیجانی

مقدمه و طرح مسئله

در چند دهه گذشته، مقالات و کتاب‌های زیادی درباره اختلالات خوردن^۴ منتشر شده است. این

۱. دکترای جامعه‌شناسی و دانشیار دانشکده حقوق و علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

m.abbaszadeh1@yahoo.com

۲. دکترای جامعه‌شناسی و دانشیار دانشکده حقوق و علوم اجتماعی دانشگاه تبریز aghdam1351@yahoo.com

mokhtarimarzieh@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۱

4. eating disorders

علاقه‌مندی زمانی گسترش می‌یابد که شیوع این اختلالات به درجهٔ اپیدمی می‌رسد [۲۵، ص ۱]. براساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، این اختلالات همراه با سطح بالایی از مرگومیر همراه است و در حقیقت در بین بیماری‌های روانی، بالاترین نرخ مرگومیر را دارد [۲۷].

اختلالات خوردن سومین بیماری مزمن شایع در میان نوجوانان است و میزان شیوع آن در سراسر جهان در حال افزایش است [۲۶]. مهم‌ترین گروه در معرض خطر اختلالات خوردن، دختران نوجوان و جوان هستند که در آن‌ها این اختلالات شایع‌ترین بیماری، بعد از چاقی و آسم، تعریف شده است [۲۴]. در ایران نیز، نشان داده شده که اغلب بیماران مبتلا به این بیماری زنان و دختران جوان‌اند [۹، ص ۳۸]. اصطلاح اختلالات خوردن، الگوهای غذایی و صف‌شده‌ای است که معمولاً با معرف‌هایی چون محدودکردن جذب غذا (بی‌اشتهایی روانی)^۱ یا خوردن افراطی منظم، استفراغ عمدی، ورزش‌های سنگین، یا کاربرد ملین (پراشتهایی روانی)^۲ توصیف می‌شود [۱۰، ص ۴۲]. این اختلالات معمولاً در پی رژیم غذایی سخت در افرادی بروز می‌کند که از چاق شدن می‌ترسند، تمایل به داشتن هیکلی ظریف داشته، و به غذا، وزن، و ظاهر خود توجه افراطی دارند [۴، ص ۳].

تمایل شدید فرهنگ معاصر، به‌خصوص فرهنگ غرب، در توجه به لاغری و تناسب اندام، اغلب اوقات افراد را به اعمال رژیم‌های غذایی سخت و طاقت‌فرسا وامی‌دارد [۱۷، ص ۱۱۱]. بی‌شک که امروزه لاغری، به‌ویژه برای زنان، امتیاز محسوب می‌شود؛ طوری که ظرف سی سال گذشته تا به امروز هیکل ایده‌آل برای زنان هیکل لاغر شده است، اما طی همین دورهٔ زمانی، متوسط وزن زنان به دلایل گوناگون افزایش یافته است. بنابراین، به زنان گفته می‌شود لاغر شوند؛ درحالی‌که اقدام به این کار دشوار است [۸، ص ۴۰۵].

به عقیدهٔ بسیاری از نظریه‌پردازان، افزایش اختلالات خوردن در سال‌های اخیر ناشی از همین تأکید بر لاغری و ارزش‌سازی آن در جوامع غربی است که در نتیجهٔ آن، فراوانی این اختلالات افزایش چشمگیری یافته است. بروز این بیماری در ایرانیان نیز احتمالاً ناشی از تأثیر ارزش‌های فرهنگی غرب از طریق وسایل ارتباط جمعی و نیز بالابودن تعداد نوجوانان و جوانان در جمعیت ایرانی است [۲، ص ۴]. با توجه به مشکلات جسمی، روانی، و اجتماعی ناشی از اختلالات خوردن، تلاش برای رسیدن به فهم درست این بیماری و راه‌های پیشگیری و درمان آن بسیار ارزشمند است. در کنار عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی، و زیستی اختلالات خوردن، محققان نشان داده‌اند که هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن نیز می‌تواند در تبیین این اختلالات مؤثر باشد. بر همین اساس، سؤال اساسی تحقیق حاضر این است که میزان اختلالات خوردن در بین دانشجویان دختر دانشگاه تبریز تا چه حد است؟ و هوش هیجانی و ابعاد آن چه نوع ارتباطی با این مسئله دارند؟

1. anorexia
2. bulimia

پیشینه تجربی تحقیق

درباره رابطه اختلالات خوردن با هوش هیجانی یا مؤلفه‌های آن، تحقیقاتی انجام گرفته است که به برخی از مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌کنیم:

کیفمن (۱۹۹۹)، پژوهشی در بین دختران دانشجوی دانشگاه ویندزور^۱ کانادا با هدف مشخص کردن رابطه بین اختلالات خوردن و هوش هیجانی انجام داد. در این مطالعه، از آزمون پرخوری^۲، نگرش‌های خوردن-۲۶^۳، و پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن^۴ استفاده شد. نتایج نشان داد که بین اختلالات خوردن و هوش هیجانی رابطه منفی و معنادار وجود دارد [۲۵].

میشل، سول، ایکرت، و پایل^۵ (۱۹۹۸) در تحقیقی با یک نمونه ۵۰ نفری از بیماران زن بزرگسال با استفاده از پرسشنامه اختلالات خوردن نشان دادند که افراد دارای اختلال خوردن در مهارت‌های اجتماعی، که یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی است، مشکل دارند [۲۵].

مطالعه گریست و نرول (۱۹۹۲) نیز این ادعا را تأیید کرد که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، در مقایسه با عموم مردم، کیفیت پایین‌تری از روابط میان‌فردی دارند. این مطالعه، که کیفیت ارتباطات، حمایت اجتماعی، و مهارت‌های اجتماعی را ارزیابی می‌کرد، از طریق مقیاس‌های خودگزارشی انجام شد که توسط ۲۱ فرد پرخور و ۲۱ نفر به‌عنوان گروه کنترل تکمیل شد [۲۳].

گیست (۱۹۸۹) مطالعه‌ای طولی براساس روان‌درمانی بیست نفر بیمار مبتلا به اختلالات خوردن انجام داد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین اختلالات خوردن و مهارت‌های اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. به این معنی که افراد مبتلا به اختلال خوردن در مقایسه با گروه کنترل، سطح پایین‌تری از مهارت‌های اجتماعی دارند [۲۰].

چارچوب نظری تحقیق

امروزه رسانه‌ها، آگهی‌های تبلیغاتی، و فرهنگ عامیانه در تلاش‌اند لاغری را با سلامتی، موفقیت، و زیبایی مترادف نشان دهند که این امر، افراد را با خطرهای روانی و جسمی جدی مواجه ساخته است. می‌توان گفت که در این زمینه، زنان آسیب‌پذیرتر از مردان بوده‌اند [۳]. ص ۱۱، زیرا همان‌طور که گیدنز^۶ نیز مطرح می‌کند، هنجارهای اجتماعی جامعه در مورد زنان به نسبت بیشتری بر جذابیت جسمانی تأکید دارد و نیز آنچه به لحاظ اجتماعی تصویر مطلوب از

1. Windsor
2. The Bulimia Test - Revised
3. Eating Attitude Test-26
4. Bar-On Emotional Intelligence Inventory
5. Mitchell, Soll, Eckert & Pyle
6. Giddens

هیكل زنان تعريف می‌شود، تصویری از باریکاندامی است. براساس همین توجه وافر به زیبایی ظاهری زنان از سوی اجتماع، آن‌ها بیشتر از مردان در معرض نارضایتی‌های بدنی قرار می‌گیرند [۱۱، ص ۶۴]. درواقع، دختران جوان و نوجوان وقتی وارد اجتماع می‌شوند، مکرراً با زیبا انگاشته شدن دختران لاغر و ارج‌نهادن به لاغری مواجه می‌شوند و این امر در دورانی اتفاق می‌افتد که آن‌ها به طرز فکر دیگران درباره خود بسیار اهمیت می‌دهند؛ اینجاست که آن‌هایی که احساس می‌کنند ظاهر نامناسبی دارند، خوداجتماعی‌ای را در نهاد خود می‌پرورند که بر نازیبایی بدنشان تأکید دارد؛ و شکل‌گیری این خوداجتماعی نامطلوب، نارضایتی بدنی و احساس اضطراب اجتماعی را به دنبال می‌آورد [۱۴، ص ۴۰۲]. اختلالات خوردن نیز در پی بروز همین احساس اضطراب اجتماعی ناشی از نارضایتی بدنی شکل می‌گیرد. بر طبق این اظهارات، بیماری اختلالات خوردن می‌تواند ریشه‌ای روانی و اجتماعی داشته باشد و تحقیق حاضر نیز بر پایه ارتباط بین اختلالات خوردن و فشارهای روانی ناشی از اجتماع شکل می‌گیرد. مفهوم هوش هیجانی که در این پژوهش بررسی می‌شود، بار روانی و اجتماعی دارد و به‌منزله مجموعه‌ای از توانایی‌ها و مهارت‌های غیرشناختی تعریف می‌شود که توان فرد را در مقابله با درخواست‌ها و فشارهای بیرونی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. درواقع، افرادی که در زمینه‌های گوناگون به‌راحتی تسلیم فشارهای اجتماعی می‌شوند، از نظر هوش هیجانی ضعیف قلمداد می‌شوند [۱۶، ص ۱۶]. با توجه به این تعریف، هوش هیجانی در ارتباط با بیماری اختلالات خوردن قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر، طرح فرضیه اصلی در نتیجه این استنباط بوده که افرادی که نمره هوش هیجانی آن‌ها پایین است بیشتر از دیگران تحت‌تأثیر پیام‌های اجتماعی مربوط به لاغری قرار گرفته و با گرفتن رژیم‌های سخت، احتمال ابتلا به بیماری‌های مرتبط از جمله اختلالات خوردن را در خود افزایش می‌دهند.

پژوهش‌های مختلف افراطی بودن پاسخ‌های مبتلایان به اختلالات خوردن نسبت به عقاید و خواسته‌های دیگران را تأیید کرده‌اند. مقایسه افراد مبتلا به اختلالات خوردن با گروه کنترل نشان داده است که آن‌ها تأیید دیگران را بیشتر جست‌وجو می‌کنند و این مسئله در مورد رسیدن به ظاهر مطلوب بیشتر صدق می‌کند [۶، ص ۱۲۹].

دیدگاه روان‌پویایی نیز ارتباط بین هوش هیجانی و اختلالات خوردن را به نوعی دیگر توجیه می‌کند؛ براساس این دیدگاه، مبتلایان به اختلالات خوردن در درک هیجان‌های خود و نامیدن آن‌ها (خودآگاهی هیجانی) مشکل دارند و برای رفع حالات هیجانی ناخوشایند و مبهم (خودکنترلی هیجانی) به پرخوری متوسل می‌شوند. ضعف خودآگاهی مبتلایان به اختلالات خوردن، یعنی ناتوانی در تفاوت قائل‌شدن بین حالات گرسنگی و روانی، در تحقیقات مختلف نیز تأیید شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بی‌اشتهایان روانی بلافاصله پس از شروع به خوردن احساس سیری می‌کنند و افراد پرخور اغلب نمی‌توانند احساس گرسنگی را از دیگر نیازهای جسمی یا روانی خود متمایز کنند [۲۵، ص ۵۳].

نظریه پردازان «روانشناسی خود» نیز ارتباط بین برخی مؤلفه‌های هوش هیجانی و اختلالات خوردن را بررسی کرده و مهارت‌های اجتماعی را در مبتلایان به اختلالات خوردن بسیار ضعیف عنوان کرده‌اند [۶، ص ۱۲۹].

با توجه به نظریات مطرح شده و نتایج تحقیقات متعدد درباره ارتباط بین هوش هیجانی و اختلالات خوردن، می‌توان هوش هیجانی را به منزله یکی از عوامل زمینه‌ساز اختلالات خوردن شناخت. از نظر گلمن، هوش هیجانی ظرفیت ما را در شناخت احساسات خود و دیگران تعیین کرده و کمک می‌کند تا در خود ایجاد انگیزه کرده و هیجان‌های خود را کنترل و روابط خود را با دیگران تنظیم کنیم. مدل هوش هیجانی گلمن شامل پنج حوزه است که عبارت‌اند از: ۱. خودآگاهی هیجانی، ۲. خودکنترلی هیجانی، ۳. هشیاری اجتماعی، ۴. مهارت‌های اجتماعی، و ۵. خودانگیزی [۲۲، ص ۱۴].

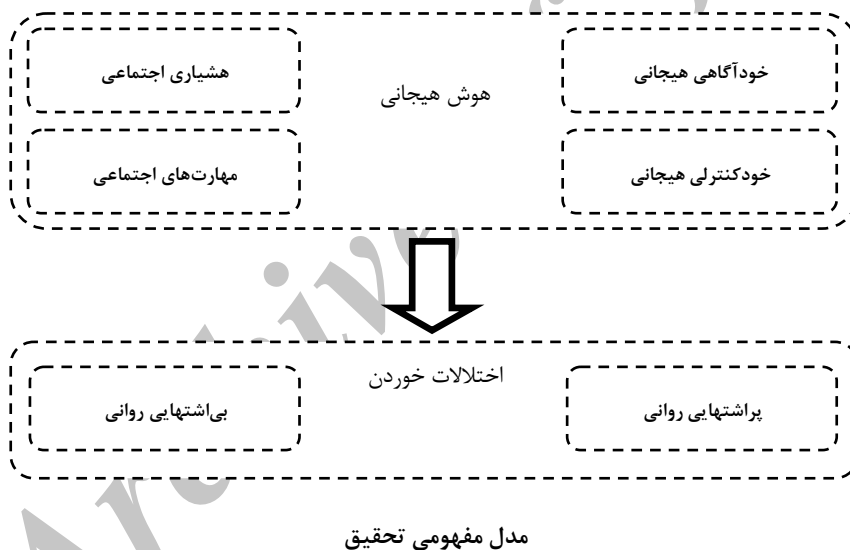
در این پژوهش، برای بررسی هوش هیجانی دانشجویان از چهار مؤلفه اول هوش هیجانی مدل گلمن، که در اختلالات خوردن مؤثر شناخته شده‌اند، استفاده می‌شود که در ادامه به توضیح مختصر هر یک می‌پردازیم.

خودآگاهی هیجانی: درک عمیق و روشن از احساسات، هیجانات، قوت‌ها و ضعف‌ها، نیازها، و سلیقه‌های خود. از نظر گلمن خودآگاهی ریشه و اساس دیگر مؤلفه‌های هوش هیجانی است و ما تا زمانی که سطح خودآگاهی پایینی داریم، در انتخاب هدف، برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف، مدیریت و کنترل احساسات خود، برانگیختگی خود، به کارگیری نظمی که بتوان براساس آن با احساسات دیگران هماهنگ شد، و نیز رشد دادن مهارت‌های اجتماعی متناسب با هدف و عمل با مشکل مواجه می‌شویم. افرادی که از خودآگاهی بالایی برخوردارند، وقتی با مراجع برخورد می‌کنند، به راحتی تشخیص می‌دهند که نوع احساسات مراجع چه تأثیری بر آن‌ها خواهد گذاشت و پاسخ مناسب را برای برخورد درست انتخاب می‌کنند. همچنین این افراد قادرند از تفکر خود برای کنترل احساساتشان بهره ببرند.

خودکنترلی هیجانی: ما در طول زندگی، بدون شک، با محرک‌هایی برخورد می‌کنیم که ممکن است برای ما خوشایند نباشد و این ناخوشایندی‌ها سریع در خلق و خوی ما تأثیر می‌گذارند. مثل برخورد با افراد خانواده یا همکار یا در سطح وسیع‌تر محرک‌هایی که ساخته و پرداخته ذهن ما هستند. در این خصوص، ما باید توانایی لازم برای کنترل و مدیریت افکار و رفتار خود را داشته باشیم که اساس آن را خودشناسی و مهارت‌های اجتماعی تشکیل می‌دهد. کنترل و مدیریت احساسات به حدی برای افراد ضروری است که از آن به‌عنوان کلید بهشت عاطفی یاد کرده‌اند، زیرا فقط از طریق خودکنترلی است که می‌توان میزان مشخصی از احساسات را با تفکر همراه کرد و مسیر درست اندیشه را پیمود [۱۳، ص ۶۶-۶۷].

هشیاری اجتماعی: هشیاری اجتماعی عبارت است از درک احساسات دیگران و به کارگیری واکنش مناسب برای آن‌ها. هرچه افراد پیرامون یا مقابل برای ما اهمیت بیشتری داشته باشند سعی بیشتری خواهیم کرد که تا در مقابل آن‌ها واکنشی مناسب داشته باشیم و شرط واکنش مناسب درک نوع احساس از طرف مقابل است.

مهارت‌های اجتماعی: این مؤلفه شامل توانایی ما برای مدیریت روابط خود با دیگران است. گلمن معتقد است افرادی که می‌خواهند در ایجاد رابطه با دیگران مؤثر شوند، باید توانایی تشخیص، تفکیک، و کنترل احساسات خود را داشته باشند و سپس از طریق همدلی یک رابطه مناسب برقرار کنند. افراد فقط از طریق مهارت‌های اجتماعی بالا می‌دانند در کجا و چگونه از خود حالات هیجانی نشان دهند. افرادی که از لحاظ خودشناسی در سطح بالایی قرار گرفته‌اند، با خود و دیگران با صداقت برخورد می‌کنند و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها روابطشان را به صورت پایدار درمی‌آورد [۲۲، ص ۲۰].



فرضیه‌های تحقیق

براساس مدل مفهومی ملهم از پیشینه نظری و تجربی، فرضیه‌های زیر بررسی می‌شود:

فرضیه اصلی

اختلالات خوردن و ابعاد آن با هوش هیجانی رابطه منفی دارد.

فرضیه‌های اختصاصی

- اختلالات خوردن و ابعاد آن با خودآگاهی هیجانی رابطه منفی دارد.
- اختلالات خوردن و ابعاد آن با خودکنترلی هیجانی رابطه منفی دارد.
- اختلالات خوردن و ابعاد آن با هشیاری اجتماعی رابطه منفی دارد.
- اختلالات خوردن و ابعاد آن با مهارت‌های اجتماعی رابطه منفی دارد.

روش‌شناسی تحقیق

روش تحقیق مطالعه حاضر پیمایشی بوده و از نظر معیار زمان، مقطعی است. برای سنجش متغیر اختلالات خوردن از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد که گویه‌های آن براساس معیارهای جهانی اختلالات خوردن چهارمین مجموعه بازنگری‌شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-IV-TR)، طراحی شده است. برای بررسی متغیر هوش هیجانی از پرسشنامه استاندارد سیبریاشرینگ^۲ استفاده شد و از آنجایی که این پرسشنامه خارجی است، تلاش شد گویه‌ها، تا جایی که به مفهوم آن‌ها صدمه وارد نشود، بومی شده و ساختار جملات به نحوی که با شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه مورد پژوهش مطابقت داشته باشد، تغییر داده شوند. جامعه آماری در این پژوهش، شامل همه دختران دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز به تفکیک دانشکده‌هاست که در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ تعداد دقیق آن ۴۵۱۴ نفر است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-20 استفاده شده است. در بخش آمارهای توصیفی از توزیع درصد فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، در بخش آمار استنباطی نیز از آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون همبستگی r پیرسون استفاده شد.

اعتبار و پایایی^۳ ابزار اندازه‌گیری

برای بررسی اعتبار ابزار اندازه‌گیری از اعتبار محتوایی^۴ و برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ^۵ به وسیله نرم‌افزار SPSS-20 استفاده شد. مقادیر بالاتر از ۰/۶ حداقل مقدار قابل قبول است. جدول ۱، حاوی اطلاعات مربوط به پایایی مقیاس‌های مورد استفاده بوده و نشان می‌دهد که نتایج ضرایب پایایی به‌دست‌آمده قابل قبول است.

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition-text revision
2. Siberia Shearing
3. Validity & Reliability
4. Content Validity
5. Cronbach's Alpha

جدول ۱. ضریب آلفای مقیاس‌های تحقیق

متغیر مستقل و ابعاد آن	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفا	متغیر وابسته و ابعاد آن	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفا
خودآگاهی هیجانی	۷	۰٫۶۵	بی‌اشتهایی روانی	۱۲	۰٫۷۸
	۶	۰٫۶۵			
هشیاری اجتماعی	۵	۰٫۶۱	پراشتهایی روانی	۱۰	۰٫۷۶
	۵	۰٫۶۲			
مهارت‌های اجتماعی	۵	۰٫۶۲			
هوش هیجانی	۲۳	۰٫۸۶	اختلالات خوردن	۲۲	۰٫۸۵

تعریف متغیرها

اختلالات خوردن

اختلالات خوردن دسته‌ای از بیماری‌های تغذیه‌ای- روانی‌اند که خصوصیت اصلی آن‌ها آشفتگی و بهم خوردن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای بوده و در آن‌ها اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن- به‌خصوص وزن بدن- به وجود می‌آید [۲۴]. براساس چهارمین مجموعه‌بازنگری‌شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلالات خوردن به سه دسته مجزای بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی، و اختلال‌های خوردن تصریح‌نشده^۱ طبقه‌بندی می‌شود [۱۲، ص ۱۴۸]. در اختلال بی‌اشتهایی روانی، شخص با کم خوردن و پرهیز از خوردن از داشتن حداقل وزن طبیعی امتناع می‌کند، شدیداً از افزایش وزن خود می‌ترسد، و به‌طور قابل توجهی در مورد بدن خود و شکل آن دچار سوءتعبیر است و حتی زمانی که لاغر است، باز فکر می‌کند که اضافه‌وزن دارد. این اختلال در جنس مؤنث شایع‌تر و شروع آن معمولاً در نوجوانی است [۶، ص ۱۱۸].

پراشتهایی روانی با دوره‌های مکرر پرخوری مشخص می‌شود که رفتارهای جبرانی نامناسب را به دنبال دارد [۱، ص ۱۹۹]. این اختلال، که عمدتاً در دختران و زنان جوان حادث می‌شود، ابتدا با پرخوری، احساس عدم کنترل بر خوردن، و ترس از چاق شدن آغاز می‌شود و سپس با رفتارهایی نامناسب در جهت پیشگیری از اضافه‌وزن مثل رژیم‌گرفتن، ورزش‌های شدید، استفراغ ارادی، سوء مصرف داروهای مدر و ضدیبوست ادامه می‌یابد. این افراد نیز تصور نادرستی از شکل و اندازه بدن خود دارند، اما در این باره، برخلاف بی‌اشتهایی روانی، کاهش شدید وزن رخ نمی‌دهد [۶، ص ۱۲۲].

1. Eating Disorder Not Otherwise Specified

اختلالات خوردن تصریح‌نشده نیز تشخیصی با طیفی گسترده است و شامل بیماری‌های می‌شود که علائم مشابه با بی‌اشتهایی یا پراشتهایی روانی دارند، اما همه معیارهای این دو اختلال را ندارند [۱۸، ص ۴۲۸]. اختلالات خوردن تصریح‌نشده شایع‌ترین دسته از اختلالات خوردن‌اند و این مسئله که DSM-IV اغلب بیماران را در دسته‌ای قرار می‌دهد که تعریف مشخصی برای آن ارائه نشده، یکی از نقاط ضعف آن به‌شمار می‌آید [۵، ۱۹].

در این پژوهش، اختلالات خوردن با دو بعد بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی از طریق میانگین پاسخ‌های دانشجویان به یک پرسشنامه ۲۲ سؤالی محقق‌ساخته، در سطح سنجش رتبه‌ای، اندازه‌گیری شد. گویه‌های این پرسشنامه براساس معیارهای DSM-IV-TR، که برای بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی در نظر گرفته شده است، طراحی شد.

هوش هیجانی

از نظر گلمن (۱۹۹۵)، هوش هیجانی شامل آگاهی از احساس‌ها و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیمات مناسب در زندگی، توانایی تحمل ضربه‌های روانی، و مهار آشفته‌گی‌های روانی است. به اعتقاد وی، هوش هیجانی نوعی مهارت اجتماعی است [۲۱].

در این پژوهش، هوش هیجانی با چهار بعد خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، و مهارت‌های اجتماعی از طریق میانگین پاسخ‌های دانشجویان به گویه‌های مربوط به این ابعاد، که از پرسشنامه استاندارد سیبریاشرینگر گرفته شده است [۷]، در سطح سنجش رتبه‌ای اندازه‌گیری شد.

یافته‌های تحقیق

توصیفی تحقیق

در این قسمت، به اطلاعات مربوط به وضعیت عمومی آزمودنی‌ها و نیز میانگین متغیرهای تحقیق در بین آنان پرداخته می‌شود.

وضعیت عمومی پاسخگویان

میانگین سن در بین پاسخگویان ۲۰/۹۸، میانگین قد ۱۶۳/۵۳، میانگین وزن ۵۷/۵۳، و میانگین تعداد اعضای خانواده ۵/۰۴ است. شاخص حجم بدن بیشتر پاسخگویان با ۷۷ درصد فراوانی، نرمال بوده و بیشتر آن‌ها با ۸۸/۵ درصد فراوانی مجردند. سطح تحصیلی پدران دانشجویان به‌مراتب بیشتر از مادران آن‌هاست.

هوش هیجانی

جدول ۲ نشان‌دهنده این است که میانگین ابعاد هوش هیجانی (خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، و مهارت‌های اجتماعی) در بین پاسخگویان به ترتیب، ۱۷/۶۹، ۱۷/۲۳ و ۱۸/۸۱ بوده و در حالت کلی، میانگین مجموع هوش هیجانی در بین آن‌ها ۹۹/۷۷ است. میانگین بعد خودآگاهی بالاتر از حد متوسط و میانگین بعد خودکنترلی پایین‌تر از حد متوسط است. میانگین هشیاری اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، و مجموع هوش هیجانی تقریباً در حد متوسط قرار دارد.

اختلالات خوردن

طبق اطلاعات جدول ۲، میانگین ابعاد اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی) در بین پاسخگویان به ترتیب ۳۲/۴۵ و ۲۴/۳۳ و میانگین مجموع اختلالات خوردن ۵۶/۸ است. میانگین اختلالات خوردن و ابعاد آن از میانگین طیفی خود کمتر است؛ یعنی میزان بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی و در مجموع اختلالات خوردن، در بین آزمودنی‌ها پایین‌تر از متوسط است (جدول ۲).

جدول ۲. آماره‌های پراکنندگی مرتبط با متغیرهای مورد استفاده

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	مینیمم	ماکسیمم	دامنه تغییرات	تعداد
بی‌اشتهایی روانی	۳۲/۴۵	۹/۰۱	۰/۵	۱۲	۶۱	۴۹	۳۹۳
پراشتهایی روانی	۲۴/۳۳	۷/۵۱	۰/۵۲	۱۰	۴۵	۳۵	۳۹۵
اختلالات خوردن	۵۶/۸	۱۴/۹۵	۰/۵۵	۲۲	۱۰۳	۸۱	۳۹۱
خودآگاهی	۲۷/۴۲	۵/۲۶	-۰/۵۴	۹	۴۰	۳۱	۳۸۶
خودکنترلی	۱۷/۶۹	۴/۷۶	۰/۱۲	۶	۳۲	۲۶	۳۸۷
هشیاری اجتماعی	۱۷/۲۳	۴/۳۵	-۰/۰۵	۵	۳۰	۲۵	۳۸۶
مهارت‌های اجتماعی	۱۸/۸۱	۴/۶۶	۰/۱۲	۸	۳۰	۲۲	۳۸۹
هوش هیجانی	۹۹/۷۷	۱۵/۵۴	-۰/۰۲	۵۶	۱۴۳	۸۷	۳۸۰

نتایج آزمون همبستگی

برای بررسی همبستگی بین اختلالات خوردن و ابعاد آن با هوش هیجانی و ابعاد آن از آزمون همبستگی ۲ پیرسون استفاده شد. نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که هوش هیجانی و همه ابعاد آن، که در این تحقیق بررسی شد (خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، و مهارت‌های اجتماعی)، با اختلالات خوردن و هر دو بعد آن (بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی)، رابطه‌ای منفی و معنادار دارند؛ یعنی با افزایش میزان خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، و مهارت‌های اجتماعی و در کل با افزایش هوش هیجانی، میزان ابتلا به بی‌اشتهایی

روانی، پراشتهایی روانی، و در کل اختلالات خوردن کاهش می‌یابد و برعکس. همچنین نتایج نشان می‌دهد که شدت همبستگی هوش هیجانی و همه ابعاد آن با اختلالات خوردن بیشتر از همبستگی هوش هیجانی و ابعاد آن با بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی است (جدول ۳).

جدول ۳. ضریب همبستگی بین متغیرها

متغیر وابسته متغیر مستقل	بی‌اشتهایی روانی		پراشتهایی روانی		اختلالات خوردن	
	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری
خودآگاهی	-۰٫۱۷۰	۰٫۰۰۱	-۰٫۲۴۴	۰٫۰۰۰	-۰٫۲۲۷	۰٫۰۰۰
خودکنترلی	-۰٫۲۴۱	۰٫۰۰۰	-۰٫۲۸۸	۰٫۰۰۰	-۰٫۲۹۰	۰٫۰۰۰
هشیاری اجتماعی	-۰٫۲۹۴	۰٫۰۰۰	-۰٫۳۷۷	۰٫۰۰۰	-۰٫۳۶۷	۰٫۰۰۰
مهارت‌های اجتماعی	-۰٫۲۲۲	۰٫۰۰۰	-۰٫۲۱۶	۰٫۰۰۰	-۰٫۲۴۴	۰٫۰۰۰
هوش هیجانی	-۰٫۲۵۶	۰٫۰۰۰	-۰٫۳۱۶	۰٫۰۰۰	-۰٫۳۱۸	۰٫۰۰۰

نتایج تحلیل چندمتغیره

تحلیل رگرسیونی که تغییرات در متغیر وابسته را از طریق متغیرهای مستقل تبیین می‌کند، نشان داد که متغیر هوش هیجانی و ابعاد آن، در مجموع ۰٫۱۳ درصد از واریانس اختلالات خوردن را تبیین می‌کند (جدول ۴). بنابراین، ۰٫۸۷ باقی‌مانده از واریانس این اختلالات، توسط متغیرهای دیگری که در پژوهش حاضر به آن‌ها پرداخته نشده است، تبیین می‌شود. اختلالات خوردن بر اثر درهم‌تنیدگی عوامل متعددی بروز می‌کند. در مطالعات بسیاری، ارتباط اختلالات خوردن با عوامل زیست‌شناختی و ژنتیکی، عوامل اجتماعی (از قبیل فرهنگ جامعه، مقایسات اجتماعی، فشار خانواده، و ...) و همچنین با عوامل فردی (نظیر نمایه توده بدنی، عزت نفس، تصور بدنی، و میزان دینداری) ثابت شده است؛ البته دارا بودن همه این خصیصه‌ها یا قرار گرفتن در معرض همه عوامل مؤثر، برای بروز این اختلالات الزامی نیست. در پاره‌ای از موارد، مجموع عوامل ژنتیکی یا پیامدهای زیست‌شناختی رژیم غذایی و عوامل روانی موجب بروز اختلالات خوردن می‌شوند و در برخی دیگر از افراد، ترکیب کاملاً متفاوتی از عوامل ذکر شده موجب ابتلا به این بیماری می‌شود. بنابراین، هوش هیجانی به‌منزله عاملی برای اختلالات خوردن فقط بخشی از تغییرات در اختلالات خوردن را تبیین می‌کند.

در جدول ۴، سطح معناداری به‌دست‌آمده (۰٫۰۰۰)، بیانگر خطی بودن رابطه بین متغیرهای مستقل در این آزمون است. هرچه متغیرهای مستقل میزان واریانس بیشتری از متغیر وابسته را تبیین کنند، به همان صورت آماره f بزرگ‌تر می‌شود. جدول مزبور نشان می‌دهد که روابط خطی بین متغیرهای وارد شده به آزمون و متغیر (اختلالات خوردن) شدیداً معنادار است.

جدول ۴. تحلیل واریانس و آماره‌های تحلیل رگرسیون چندمتغیره اختلالات خوردن

ضریب همبستگی r	ضریب تبیین	ضریب تبیین تصحیح شده	اشتباه معیار	دوربین وانسون
۰,۳۶۶	۰,۱۳۴	۰,۱۳۱	۱۳,۸۸۵	۱,۹۷
Model	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	sig
اثر رگرسیونی	۱۱۱۸۵,۶۸۳	۱	۱۱۱۸۵,۶۸۳	f
باقیمانده	۷۲۴۹۳,۲۵۹	۳۶۷	۱۹۲,۸۰۱	۵۸,۰۱۷
کل	۸۳۶۷۸,۹۴۲	۳۷۷	-	۰,۰۰۰

جدول ۵ بیانگر ضرایب b و بتای بعد هشیاری اجتماعی متغیر مستقل (هوش هیجانی) بر روی متغیر وابسته است. این جدول بیانگر آن است که بعد هشیاری اجتماعی با بتای ۱,۲۴- بیشترین مقدار واریانس اختلالات خوردن را تبیین کرده است.

جدول ۵. آماره‌های مربوط به متغیرهای باقی مانده در مدل رگرسیون نهایی

Model	ضرایب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	
	b	خطای استاندارد	beta	t
عرض از مبدأ	۷۸,۳۴۱	۶	-	۲۶,۹۸۸
هشیاری اجتماعی	-۱,۲۴۴	۰,۱۶۳	-۰,۳۶۶	-۷,۶۱۷

جمع بندی و نتیجه گیری

در این پژوهش، میزان اختلالات خوردن و ارتباط هوش هیجانی با این اختلالات، بررسی شد. طبق نتایج به دست آمده، هوش هیجانی با اختلالات خوردن و ابعاد آن رابطه منفی و معنادار دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، و در کل هوش هیجانی آزمودنی‌ها افزایش یابد، اختلالات خوردن در آن‌ها کاهش می‌یابد و برعکس.

بر اساس دیدگاه روان‌پویایی، اختلالات خوردن در افرادی ایجاد می‌شود که در درک هیجان‌ها و احساسات خود و نیز نامیدن آن‌ها مشکل دارند. در این تحقیق، رابطه معنادار و منفی بین مؤلفه خودآگاهی و اختلالات خوردن این نظریه را تأیید می‌کند. طبق این دیدگاه، اختلالات خوردن در افرادی ایجاد می‌شود که از آشوب درونی زیادی رنج می‌برند و دل مشغول مسائل جسمانی می‌شوند و برای اینکه احساس آرامش و حمایت شدن کنند، به غذا روی می‌آورند. افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی بلافاصله پس از شروع به خوردن، احساس سیری می‌کنند و افراد پرخور اغلب نمی‌توانند احساس گرسنگی را از دیگر نیازهای جسمانی یا روانی خود متمایز کنند، در درک هیجان‌های خود و نامیدن آن‌ها مشکل دارند، و به مرور زمان یاد می‌گیرند که خوردن می‌تواند وسیله‌ای برای حل و فصل کردن حالت‌های هیجانی ناخوشایند و مبهم باشد. ناتوانی مبتلایان به اختلال‌های خوردن در

تفاوت فائل شدن بین حالات گرسنگی و روانی (عدم خودآگاهی هیجانی)، براساس تحقیقات مختلف تأیید شده است.

نظریه پردازان «روانشناسی خود» عواملی مانند ضعف خود و مشکلات ارتباطی در مبتلایان به اختلالات خوردن را بررسی کرده‌اند. در این پژوهش، ارتباط معنادار و منفی مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، خودآگاهی، و در کل هوش هیجانی با اختلالات خوردن نشان می‌دهد که این نظریات قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه است. افرادی که مهارت‌های اجتماعی کافی ندارند، پاسخ‌هایشان به عقاید، خواسته‌ها، و دیدگاه‌های دیگران افراطی است. در بین مبتلایان به اختلالات خوردن نیز، اشتغال ذهنی بیش از اندازه به دیدگاه‌ها و عقاید دیگران ثابت شده است. بنابراین افراد، در صورت داشتن مهارت‌های اجتماعی کافی، نیازی احساس نمی‌کنند که ظاهر خود را با سلیقه دیگران هماهنگ کنند و در نتیجه خود را ملزم به گرفتن رژیم‌های سخت نخواهند کرد. در تحقیق حاضر نیز، همبستگی منفی بین مهارت‌های اجتماعی و اختلالات خوردن بیانگر همین مسئله است. همچنین از آنجایی که در این تحقیق مؤلفه هشیاری اجتماعی بیشترین میزان واریانس اختلالات خوردن را تبیین کرد، می‌توان به این نتیجه رسید افرادی که نمره هشیاری اجتماعی‌شان پایین است، در زمینه‌های گوناگون به راحتی تسلیم فشارهای اجتماعی می‌شوند و با نبود مهارت‌های اجتماعی کافی نیز رفتارشان را براساس همین فشارهای اجتماعی تنظیم می‌کنند. در این مورد، دختران جوان، که جامعه از آن‌ها انتظار دارد لاغر باشند، برای رسیدن به این هدف رژیم‌های بسیار محدودکننده می‌گیرند و در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن قرار می‌گیرند.

با توجه به موارد ذکرشده، این نکته استنباط می‌شود که عواملی مانند تبلیغات رسانه‌ای و فشار اجتماع برای لاغری در صورتی می‌تواند فرد را تحت تأثیر قرار دهد که وی بهره هوش هیجانی کمتری داشته باشد؛ چون هوش هیجانی به منزله مهارتی شناخته می‌شود که بر توانایی فرد برای مقابله با فشارها و مطالبات محیطی تأثیر می‌گذارد. بنابراین، برعکس این امر نیز صادق است؛ یعنی کمبود هوش هیجانی باعث می‌شود که فشارهای فرهنگی و اجتماعی و نیز عوامل روانی و فردی به سادگی فرد را در جهت گرفتن رژیم‌های سخت، به منظور رسیدن به زیبایی مورد انتظار جامعه، قرار دهد و زمینه را برای بروز مشکلات جسمی و روانی، از جمله اختلالات خوردن، فراهم کند.

نتایج تحقیق حاضر همسو با یافته‌های تحقیقات زیر است:

تحقیق کیفمن (۱۹۹۹) در بین دختران دانشگاهی نشان داد که اختلالات خوردن با هوش هیجانی و ابعاد آن رابطه منفی دارد.

مطالعه میشل، سول، ایکرت، و پایل (۱۹۹۸) نشان داد که افراد دارای اختلال خوردن در روابط میان فردی مشکل دارند.

گریست و نرول (۱۹۹۲) در مطالعه‌ای کیفیت ارتباطات، حمایت اجتماعی، و مهارت‌های

اجتماعی افراد را ارزیابی کردند. این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، در مقایسه با عموم مردم، کیفیت پایین تری از روابط میان فردی دارند. مطالعه طولی گيست (۱۹۸۹) نشان داد که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، در مقایسه با گروه کنترل، سطح پایین تری از مهارت‌های اجتماعی دارند و رابطه منفی بین اختلالات خوردن و مهارت‌های اجتماعی تأیید شد.

پیشنهاد‌های کاربردی

با توجه به اهمیت هوش هیجانی در پیشگیری از ابتلا به اختلالات خوردن، به طور خاص، و اهمیت آن در کسب موفقیت‌های زندگی، به طور عام، از متولیان آموزشی انتظار می‌رود ترتیبات لازم را به منظور آموزش مهارت‌های هوش هیجانی در مدارس و دانشگاه‌ها فراهم آورند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد افرادی که از سطح خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، و مهارت‌های اجتماعی بالایی برخوردارند، کمتر در معرض ابتلا به اختلالات خوردن قرار می‌گیرند. پیشنهاد می‌شود افراد در جهت شناسایی دقیق احساسات، امیال، و خواسته‌ها و همچنین قوت‌ها و ضعف‌های خود تلاش کنند تا با این شناخت عمیق بتوانند از تفکر منطقی خود برای کنترل احساساتشان بهره ببرند و پاسخ مناسبی به تمایل خود برای لاغری بیش از اندازه داشته باشند. دختران جوان در جامعه همواره در معرض پیام لاغری قرار دارند و این پیام در احساسات و رفتار آن‌ها، به خصوص در رفتار تغذیه‌ای‌شان، تأثیر می‌گذارد. در این خصوص، آن‌ها باید توانایی لازم برای کنترل و مدیریت افکار و رفتار خود را داشته باشند که اساس آن را خودآگاهی و خودکنترلی تشکیل می‌دهد. همچنین در زندگی امروزی که دیگران بخش مهمی از نیازها و خواست‌های افراد را تعیین می‌کنند، افراد با رشد دادن هشیاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی در خود می‌توانند واکنش مناسبی در مقابل مطالبات و فشارهای اجتماعی از جمله فشار برای لاغری به کار گیرند. علاوه بر تلاش خود افراد و آموزش‌های مراکز رسمی، رسانه‌های همگانی نیز می‌توانند با آموزش‌های عمومی، در جهت تقویت خودآگاهی، خودکنترلی، هشیاری اجتماعی، و مهارت‌های اجتماعی افراد جامعه بسیار کمک‌کننده باشند.

محدودیت‌های تحقیق

ملاک‌های دقیقی برای بررسی «اختلالات خوردن تصریح نشده» وجود ندارد؛ بنابراین این بعد اختلالات خوردن از مطالعه کنار گذاشته شد و دو بعد دیگر، یعنی بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی، بررسی شد. از آنجایی که اختلالات خوردن در کشورهای توسعه‌یافته شایع‌تر است، پیشنهاد می‌شود

شیوع این اختلالات در مناطق مختلفی از کشور یا شهر، که به لحاظ توسعه اجتماعی-اقتصادی در درجات متفاوت‌اند بررسی شود. از آنجایی که هوش هیجانی قابل یادگیری است، پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌ای آزمایشی تأثیر هوش هیجانی بر اختلالات خوردن بررسی شود. در این پژوهش، ارتباط اختلالات خوردن با مدل هوش هیجانی گلمن بررسی شده است. پیشنهاد می‌شود براساس مدل ترکیبی بار-آن نیز به بررسی این ارتباط پرداخته شود.

منابع

- [۱] انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۷۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، ترجمه محمدرضا نائیبیان و دیگران، تهران: دانشگاه شاهد.
- [۲] بابایی، سمیه؛ خداپناهی، محمدکریم؛ صالح صدق‌پور، بهرام (۱۳۸۷). «ارتباط بین باورها و نشانه‌های اختلالات خوردن»، *مجله روانشناسان ایرانی*، ش، ص ۱۲-۳.
- [۳] بهراد، مژگان؛ کمالی، محمود (۱۳۸۹). «رابطه راهبردهای کنترل فکر با علایم اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یزد»، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، دوره ۱۳، ش ۷، ص ۲۳-۲۷.
- [۴] حیدری، علیرضا؛ پاشا، غلامرضا؛ مامی، شهرام (۱۳۸۴). «میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با عزت نفس، خودپنداره، و افسردگی در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام»، *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی*، اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، ش ۲۶، ص ۱-۱۶.
- [۵] خان‌پور اردستانی و همکاران (۱۳۹۰). «اختلال پرخوری: یک مقاله مروری»، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۹، ش ۵، ص ۲۰۶-۲۱۵.
- [۶] دادستان، پریخ (۱۳۷۸). *روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*، تهران: سمت.
- [۷] رضویان‌شاد، مرتضی (۱۳۸۴). «رابطه هوش هیجانی با سازگاری اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۸۳-۸۴»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.
- [۸] روزنهان، دیوید ال؛ سلیگمن، مارتین. ای. پی. (۱۳۸۵). *روانشناسی نابهنجاری-آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چ ۵، تهران: ارسباران.
- [۹] رهنمایی زنوز، نرگس (۱۳۹۰). «بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی»، *ماهنامه مناطق آزاد*، ش ۲۲۱، ص ۳۸-۳۹.
- [۱۰] عباس‌زاده، محمد و همکاران (۱۳۹۱). «تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر اختلالات تغذیه‌ای زنان»، *زن در توسعه و سیاست*، دوره ۱۰، ش ۱، ص ۴۱-۶۰.
- [۱۱] علیزاده‌اقدم، محمدباقر (۱۳۸۸). «مدلی برای سنجش دینداری در ایران»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، س ۶، ش ۱، ص ۳۴-۶۶.
- [۱۲] کاپلان، هرولد؛ سادوک، بنجامین جی. (۱۳۷۵). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی*، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تبریز: شهرآب.
- [۱۳] هانفی، مهدی (۱۳۸۹). «رابطه بین هوش هیجانی، سبک‌های دلبستگی با پرخاشگری در بین

- دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی میاندوآب»، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی و تربیتی- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز.
- [۱۴] هالیجن، ریچارد پی؛ ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۸۷). *آسیب شناسی روانی: دیدگاه های بالینی درباره اختلالات خوردن*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چ ۵، تهران: روان.
- [۱۵] ولی زاده، آیدین؛ آریابوران، سعید (۱۳۸۹). «شیوع اختلالات خوردن و نقش آن ها در علایم روان شناختی زنان دارای فعالیت ورزشی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، دوره ۲۰، ش ۷۹، ص ۱۵-۲۳.
- [16] Bar-On, Reuven (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI), *Psicothema*, 18 (1): 13-25
- [17] Becker, Anne E. (2007). eating disorders classification, *International journal of eating disorders*, 40 (4): 111-116.
- [18] Brogan, P.& Caroppo, E. (2010). The body as simulacrum of identity: the subjective experience in the eating disorders, *Research and Methodologies*, 46 (4): 427-435.
- [19] Cooper Z. & Fairburn C.G. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 40: 107-110.
- [20] Geist, R.A. (1989). Self psychological reflections on the origins of eating disorders. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 17: 5-27.
- [21] Goleman Daniel (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- [22] Goleman Daniel; Robert J. Emmerling; (2003). *Emotional Intelligence: Issues and common Misunderstandings*, Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations, (www.eiconsortium.org).
- [23] Grisset, I. & Norvell, K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical*.
- [24] Klein DA. & Walsh BT. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behave*, 81(2): 359-74.
- [25] Koifman, R. (1999). The relation between Eating Pathology and Emotional Intelligence in university women, The University of Windsor, Submitted to the College of Graduate Studies and Research Through the Department of Psychology in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Arts at the University of Windsor, Windsor, Ontario, Canada.
- [26] Lauren, Muhlheim (2012). Articles for FEAST: Addressing Eating Disorders in Middle and High Schools, Retrieved November ۱۳, 2013, from <http://feast-ed.org/Resources/ArticlesforFEAST/EatingDisordersinMiddleandHighSchools.aspx>
- [27] The National Eating Disorders Collaboration. (2012). *Eating Disorders—A Current Affair, An Introduction*, Retrieved November ۱۳, 2013, from <http://www.nedc.com.au/files/pdfs/Appendix%20Eating%20Disorders%20A%20Current%20Affair.pdf>