فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۵، شماره ۹، تابستان سال ۹۹

نقش مولفه‌های هوش هیجانی در پیش‌بینی اختلال‌های خوردن

الهام رحمانی[۱]، پریسا پرن[۲]

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین نقش مؤلفه‌های هوش هیجانی در پیش‌بینی اختلال‌های خوردن در یک طرح همبستگی انجام شد. بدین منظور ۳۸۰ نفر از دانشجویان دختر شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی-واحد تهران جنوب در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که به پرسشنامه‌های نگرش‌های خوردن (گرنر و گرفینکل، ۱۹۷۹) و هوش هیجانی (شرینک، ۱۹۹۶) پاسخ دادند. نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین نشانه‌های اختلال‌های خوردن با هوش هیجانی (خودانگیزشی، خودهشیاری و خودمهارگری) رابطه منفی ($P<۰/۰۰۱$) وجود دارد. افزون بر آن، نتایج آزمون تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که مؤلفه‌های هوش هیجانی پیش‌بینی کننده معناداری ($P<۰/۰۰۱$) برای نشانه‌های اختلال‌های خوردن هستند که توانایی تبیین ۱۰ درصد از واریانس نشانه‌های اختلال‌های خوردن را دارند. در این بین زیرمقیاس‌های خودانگیزشی، خودهشیاری و خودمهارگری از هوش هیجانی به صورت منفی سهم یگانه و معناداری در تبیین نشانه‌های اختلال‌های خوردن دانشجویان دختر دارند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سطوح پایین هوش هیجانی، آسیب‌پذیری در برابر نشانه‌های خوردن بیمارگون را افزایش می‌دهد و نشانه‌های خوردن بیمارگون مانند رژیم غذایی و نارضایتی بدنی، عوامل بسیار پرخطری برای ابتلا به اختلال‌های خوردن هستند.

واژگان کلیدی: هوش هیجانی، اختلال‌های خوردن، دانشجویان

[۱] گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران جنوب، اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
[۲] گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۵، شماره ۹، تابستان سال ۹۹

مقدمه

اختلال خوردن یکی از انواع اختلال‌های روان‌شناختی است که به طور فزاینده روندی رو به رشد دارد و با نگرانی بیمارگونه در مورد شکل بدن، خوردن و وزن مشخص شده‌اند (بیوتلر و هیمبرگ[۱]، ۲۰۲۰). گزارش‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که بیش از ۴ درصد نوجوانان و دانشجویان جوان از این بیماری رنج می‌برند. زنان بیش از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند و ۰/۵ تا ۱ درصد دختران نوجوان مبتلا به انواع اختلال خوردن هستند. این اختلال در ۶۵ درصد موارد با افسردگی، ۳۴ درصد موارد با هراس اجتماعی و ۲۶ درصد موارد با وسواس به طور همزمان بروز می‌کند (کاپلان و سادوک[۲]،۲۰۱۱). اختلال‌های خوردن دارای خصوصیات بارزی از جمله مختل شدن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلال‌های بارز در افکار فرد نسبت به غذا و خود است و مهمترین آنها بی‌اشتهایی عصبی[۳]، پراشتهایی عصبی[۴] و پرخوری[۵] است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بی‌اشتهایی عصبی با علایمی از جمله گرسنگی کشیدن عمدی به میزان زیاد، تمایل بی‌وقفه برای لاغری و ترس مرضی از چاقی و وجود علایم و نشانه‌های ناشی از گرسنگی کشیدن و روزه داری همراه است و پراشتهایی عصبی، علایمی از جمله روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن، دوره‌های پرخوری با بسامد بالا، رفتارهای جبرانی متعاقب پرخوری به منظور پیشگیری از افزایش وزن و ترس مرضی از چاق شدن را در بر می‌گیرد (چیو، کلی، بگ، اوه، راجاسگاران و داویس[۶]، ۲۰۲۰). فراوانی بروز پرخوری نسبت به بی‌اشتهایی عصبی بیشتر است و حدود ۹۰ تا ۹۵٪ در زنان شیوع دارد (گلدن، اشنایدر و وود[۷]، ۲۰۱۶). بی‌اشتهایی عصبی منجر به تحریک بیش از حد، کاهش وزن و پریشانی روانی می شود. با توجه به تحریف تصویر بدن، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی نمی‌توانند خود را لاغر ببینند بنابراین رژیم غذایی خود را ادامه می‌دهند. بی‌اشتهایی عصبی عوارض جدی از جمله سوء تغذیه، بیماری‌های قلبی-عروقی، کم شدن حجم مایعات بدن، اختلال‌های گوارشی، ناباروری و نشانه‌های دیگر را به همراه دارد (هیمریچ و تریشور[۸]، ۲۰۱۸). عوارض پرخوری اغلب اختلال‌های الکترولیتی، سوزش، خونریزی معده، اختلال‌های روده‌ای، فرسایش مینای دندان، کم شدن ضربان قلب، افت فشار خون و کاهش سرعت سوخت و ساز است (مهلر[۹]، ۲۰۱۷).

لذا علت اصلی این اختلال‌ها هنوز به خوبی شناخته نشده و به‌نظر می‌رسد مجموعه‌ای از علل زیستی، روانی و اجتماعی در سبب شناسی این اختلال‌ها نقش دارند (دال[۱۰]،۲۰۱۱). از این رو، پژوهش‌ها به بررسی عوامل دخیل در پیدایش این اختلال‌ها می‌پردازند. یکی از سازه‌هایی که در پژوهش‌های مرتبط با سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد هوش هیجانی است. هوش هیجانی را می‌توان نوعی مهارت اجتماعی دانست. هوش هیجانی زیاد در فرد نشان می‌دهد که چگونه او بلافاصله مهارت‌های خود را به طور مناسب در موقعیت‌های مختلف به کار می‌گیرد و باعث می‌شود حالت هیجانی مورد نیاز و متناسب با موقعیت را نمایش دهد (کاستا-زومرا، گونزالز-مارتی و گارسیا-لوپز[۱۱]، ۲۰۱۸). هوش هیجانی در عین حال به عنوان یک توانایی مهم

---

[1] . Butler & Heimberg
[2]. Kaplan & Sadock
[3]. Anorexia Nervosa
[4]. Bulimia Nervosa
[5]. Bing-Eating
[6] . Chew, Kelly, Baeg, Oh, Rajasegaran & Davis
[7] . Golden, Schneider & Wood
[8] . Himmerich & Treasure
[9] . Mehler
[10].Dalle
[11] . Cuesta-Zamora, González-Martí & García-López

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

روان‌شناختی عمل می‌کند که می‌تواند به طور غیرمستقیم واکنش‌های منفی نظیر اضطراب اجتماعی و افسردگی و به طور مستقیم اختلال‌های خوردن را کاهش دهد (یونگژان[1]، ۲۰۱۸). از طرف دیگر، استرس‌های محیطی در جوانانی که هوش‌هیجانی پایین‌تری دارند، آن‌ها را در مقابل اختلال‌های روانی آسیب‌پذیر می‌کنند و سازگاری آن‌ها با محیط را به چالش می‌کشند (یودو و گریلو[2]، ۲۰۱۸). پژوهش‌هایی در مورد ارتباط دو سازهٔ اختلالهای خوردن و هوش هیجانی انجام گرفته است. برای نمونه در پژوهش کاستارلی، دمرزی و استامو[3](۲۰۰۹) در مورد تصویر بدنی و اختلال‌های خوردن بر روی هوش هیجانی زنان جوان، نتایج نشان داد زنانی که در بعضی از مؤلفه‌های هوش هیجانی مانند خودآگاهی و روابط بین فردی نمره‌های بالاتری گرفتند، در مدیریت و کنترل اختلال‌های خوردن عملکرد بهتری داشتند. در بررسی رابطه هوش هیجانی، تصویر بدنی و اختلال‌های خوردن در ورزشکاران مؤلفه‌هایی مانند ارزیابی و بیان هیجان با رژیم لاغری، ارزیابی و بیان هیجان با پرخوری، مدیریت و تنظیم هیجان با تمام زیرمقیاس‌های اختلال‌های خوردن و به کارگیری هیجان با مهار دهانی، ارتباط منفی مشاهده شده است (همایون نیا، شیخ و همایونی، ۱۳۹۳) و سنجش اختلال‌های خوردن و ارتباط آن با هوش هیجانی در دانشجویان (عباس‌زاده، ۱۳۹۲) مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که بین اختلال‌های خوردن و هوش هیجانی رابطه معکوس وجود دارد و خرده مقیاس هشیاری اجتماعی مهم‌ترین عامل پیش‌بینی کننده اختلال‌های خوردن است. همچنین نتایج پژوهشی نشان داد که خرده مقیاس‌های هوش‌هیجانی بر اساس نقش متغیرهای تعدیل کننده جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، قادر به پیش‌بینی شدت علائم خوردن نیستند و تنها خرده مقیاس شادمانی در هوش هیجانی با اختلال خوردن رابطه منفی دارند (انصاری خراجی، ۱۳۹۲). زایسبرگ و تل[4](۲۰۱۳) در پژوهشی رابطه بین هوش هیجانی با اختلال‌های خوردن و دیگر رفتارهای وابسته را نشان دادند، در این مطالعه هوش هیجانی از طریق تأثیر واسطه‌ای کنترل ادراک شده با اختلال‌های خوردن رابطه داشت. در پژوهش فیلیر، لارو و رووکسی[5](۲۰۱۱) در ارتباط با نگرش‌های خوردن و هوش‌هیجانی بر روی ۲۰ جودوکار نخبه انجام دادند، دریافتند ورزشکارانی که مبتلا به اختلال‌های خوردن نبودند نسبت به افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، هوش‌هیجانی بالاتری داشتند؛ به ویژه در عواملی مانند روابط بین فردی، تاب‌آوری، تحمل، استرس و روحیه عمومی.

زنان و دختران نسبت به تصویر ذهنی بدنی از حساسیت و آسیب‌زایی بالایی برخوردار بوده و به طور فزاینده‌ای به لاغر شدن و کاهش اندازه بدن تمایل دارند. به همین دلیل نارضایتی از تصویر ذهنی بدنی و عادات غذایی ناسالم و اختلال‌های خوردن در آن‌ها افزایش یافته است. اختلال‌های خوردن در دختران و زنان جوان بیش از پسران و مردان رایج است. بیش از نیمی از بیماران از نشانه‌های بیماری سال‌ها رنج می‌برند و فقط بیمارانی که از نشانه‌های بیماری خود آگاه می‌شوند به دنبال درمان هستند (دودسیم[6]،۲۰۱۷). از آنجایی که پژوهش‌ها حاکی از آن است که اختلال‌های خوردن در زنان بیش از مردان شایع است و این اختلال در بیشتر موارد با افسردگی، هراس اجتماعی، وسواس و اضطراب همراه است که گاهی به خودکشی نیز منجر می‌شود و عوارضی از جمله: سوء تغذیه، بیماری‌های قلبی-عروقی، اختلال‌های گوارشی، ناباروری و نشانه‌های دیگر را به همراه دارد و علاوه برآن مبتلایان به این اختلال‌ها بار مالی سنگینی به نظام سلامت تحمیل می‌کنند، از طرفی تبلیغات

[1] .Yongzhan
[2] . Udo & Grilo
[3] .Costarelli, demerzi, stamou
[4] . ZysbergmL & Tell
[5] . Filaire, larue & rouveix
[6]. Duodecim

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

گسترده در زمینه داشتن اندامی متناسب، نسل جوان به خصوص دختران را ترغیب می‌کند که خواسته یا ناخواسته به سوی رفتارهایی در جهت اختلال‌های خوردن روی آورند و در نتیجه به شیوع بیشتر این اختلال‌ها دامن می‌زند. بر این اساس، بررسی متغیرهای مرتبط با خوردن می‌تواند سهم مهمی در شناسایی عوامل سبب‌ساز این اختلال‌ها و متعاقب آن طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات درمانی داشته باشد. گرچه پژوهش‌هایی به بررسی ارتباط هوش هیجانی با اختلال‌های خوردن پرداخته‌اند، با این حال، تعداد این پژوهش‌ها اندک بوده و نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند. همچنین در این پژوهش‌ها فقط به بررسی رابطه یکی از این متغیرها با اختلال خوردن پرداخته است. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط هوش هیجانی با اختلال‌های خوردن است و قصد دارد مشخص کند که این متغیر می‌تواند چه میزان از واریانس نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن را تبیین کند

روش شناسی

پژوهش حاضر پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی و از لحاظ هدف نیز جزء تحقیقات بنیادی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی-واحد تهران جنوب (مجتمع دانشگاهی ولیعصر) در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌برداری به صورت در دسترس از بین دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی-واحد تهران جنوب (مجتمع دانشگاهی ولیعصر) انتخاب شدند. از بین افراد جامعه ذکر شده و بر اساس جدول مورگان و با در نظر گرفتن احتمال وجود داده‌های مخدوش، ۳۸۰ نفر دانشجو بر اساس ملاک های ورود و خروج (ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت‌اند از: جنس مونث، محدودهٔ سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت‌اند از: استفاده از هر نوع دارویی که بر اشتها تاثیر می‌گذارد، سابقهٔ سوء مصرف مواد، ابتلا به اختلال‌های روانی دارای تشخیص بالینی، ابتلا به بیماری‌های دیابت، تیروئید، امراض قلبی-عروقی، انواع سرطان و بیماری‌های دستگاه عصبی مرکزی مثل MS) برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه نگرش‌های خوردن: پرسشنامه نگرش‌های خوردن توسط گرنر و گرفینکل[1] در سال ۱۹۷۹ توسعه یافته است، در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود که شامل ۲۶ سؤال است. هر یک از آیتم‌های نگرش های خوردن بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی می‌شود. پاسخ سؤالات ۲۶-۱،از ۳-۱ وزن‌دهی شده است. بر این اساس از سؤال۲۵-۱ گزینه‌های"همیشه، تقریباً همیشه و اغلب " به ترتیب۲،۳ و۱ امتیاز دارند و گزینه‌های بعدی امتیازی معادل صفر خواهند داشت. گزینه‌های" گاهی، به ندرت و هرگز " در سؤال ۲۶ به ترتیب۲،۱و۳ امتیاز مابقی گزینه‌ها ارزشی برابر صفر دارند. بنابراین دامنه نمرات پرسشنامه نگرش های خوردن از صفر تا ۷۸ است و نمره بالای ۲۰ احتمال اختلال خوردن را تقویت می‌کند. فرم ۲۶ ماده‌ای دارای سه خرده مقیاس"رژیم غذایی"،"پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا" و "مهار دهانی"است. مواد مربوط به اولین خرده مقیاس یعنی"رژیم لاغری"، به اجتناب از غذاهای چاق کننده و اشتغال ذهنی به لاغرتر بودن مربوط می‌شود. خرده مقیاس دوم"پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا" شامل موادی است که افکار مربوط به غذا و به همان نسبت پرخوری را نشان می‌دهد. سومین خرده مقیاس یعنی"مهار دهانی" به مهار برای خوردن و

[1]. Garner & Garfinkel

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

فشاری که فرد از سوی دیگران برای افزایش وزن ادراک می‌کند، مربوط می‌شود. مواد مربوط به خرده مقیاس رژیم لاغری:۱،۶،۷،۱۰،۱۱،۱۲،۱۴،۱۶،۱۷،۲۲،۲۳،۲۴،۲۵، مواد مربوط به خرده مقیاس پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا:۳،۴،۹،۱۸،۲۱،۲۶، مواد مربوط به خرده مقیاس مهار دهانی:۲،۵،۸،۱۳،۱۵،۱۹،۲۰ هستند (لین و دیگران، ۲۰۰۴). در مطالعه کچویی و دیگران (۱۳۹۱) در نمونه‌ای شامل ۳۵۰ نفر، آلفای کرونباخ برای آزمون ۹۴٪ به دست آمد. در مطالعه دژکام و دیگران (۱۳۷۹) ضریب اعتبار نمره‌های ناشی از اجرای دو مرحله پرسشنامه در گروه مورد مطالعه ۹۱٪ به دست آمد (پورقاسم گرگری و دیگران، ۱۳۸۷). این آزمون در سال ۱۳۷۷ توسط نوبخت به زبان فارسی ترجمه شد و اعتبار بازآزمایی در پژوهش نوبخت، در یک گروه ۶۳ نفری از دانش‌آموزان دختر پس از گذشت دو هفته ۹۱٪ بدست آمد. در این پژوهش ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برابر۰/۷۳۱محاسبه شد.

پرسشنامه هوش هیجانی: برای این منظور از پرسشنامه هوش هیجانی سایبریا شرینگ (۱۹۹۸)، به منظور سنجش هوش هیجانی استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۴۰ سوال و هر سوال حاکی از یک موقعیت در زندگی است و آزمودنی باید خود را در آن موقعیت قرار دهد و یکی از گزینه ها را که با حالات روحی او تطابق بیشتری دارد، انتخاب کند و نهایتا نمره هر کدام از مولفه های هوش هیجانی بطور جداگانه محاسبه می گردد. این مولفه ها عبارتند از: خودآگاهی، خودتنظیمی، خودانگیزشی، همدلی و مهارت های اجتماعی. هر آزمودنی ۶ نمره جداگانه دریافت می کند که ۵ نمره آن مربوط به هر کدام از مولفه ها و یک نمره کلی می باشد. شماره سوالات مربوط به هر مولفه عبارتند از، خودآگاهی (۶، ۱۰، ۱۲، ۲۴، ۱۴، ۲۷، ۳۲، ۳۳)، خودتنظیمی (۲، ۵، ۱۱، ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۳۰)، خودانگیزشی (۱، ۹، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۶، ۳۱)، همدلی (۳، ۴، ۱۲، ۱۷، ۲۵، ۲۹)، مهارت های اجتماعی (۷، ۸، ۱۳، ۱۹، ۲۸). پاسخ ها بصورت ۵ درجه ای و ترتیبی می باشد. در سوالات ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۰، ۲۲، ۲۸، ۳۳ اگر کسی گزینه الف را انتخاب کند، نمره ۵ و چنانچه ب، ج، د، ه را انتخاب کند و به ترتیب نمره کمتری می گیرد. نمره گذاری سایر سوالات برعکس می باشد. منصوری (۱۳۸۰) این پرسشنامه را هنجاریابی کرد و از ۴۰ سوال، ۷ سوال به دلیل همبستگی اندک با نمره کل آزمون حذف کرد. بنابراین، سوالاتی که برای اجرای نهایی در نظر گرفت، به ۳۳ سوال کاهش یافت. وی میزان همسانی درونی آزمون ۳۳ سوالی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده است.

برای تحلیل داده ها از آزمون همبستگی و آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

مشخصات دانشجویان گروه نمونه در سن، قد، وزن و شاخص توده بدنی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: شاخص‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیرها	M	SD	min	max
سن	۲۳/۷۷	۳/۳۲۰	۱۸	۳۰
قد	۱۶۶/۱۷	۴/۹۴۵	۱۵۴	۱۸۰
وزن	۶۴/۷۶	۵/۳۳۵	۴۸	۸۶
شاخص توده بدنی	۲۳/۴۵	۲/۱۱۷	۱۸	۳۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۵، شماره ۹، تابستان سال ۹۹

بر اساس نتایج، اغلب دانشجویان گروه نمونه (۹۴ درصد) مجرد و گروه سنی بین ۱۸-۳۰ سال بودند و همگی از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب بودند.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های توصیفی نشانه‌های اختلال‌های خوردن و هوش هیجانی (n=۳۸۰)

	متغیرها	M	SD	min	max	کجی	کشیدگی
	نشانه‌های اختلال‌های خوردن	۲۱/۷۹	۵/۲۷۴	۶	۳۶	-۰/۵۷۹	۰/۴۲۴
هوش هیجانی	خود انگیزشی	۱۸/۲۱	۲/۴۲۸	۱۱	۲۶	۰/۲۴۹	۰/۳۴۷
	خود هشیاری	۱۹/۵۵	۲/۲۴۳	۱۳	۲۷	۰/۱۳۵	۰/۱۵۳
	خود مهارگری	۱۸/۶۸	۲/۳۵۸	۱۳	۲۵	۰/۰۰۵	-۰/۵۶۱
	هشیاری اجتماعی	۱۴/۸۵	۲/۳۰۴	۸	۲۲	-۰/۰۲۳	۰/۰۸۰
	مهارت‌های اجتماعی	۱۵/۴۷	۲/۳۲۳	۸	۲۱	-۰/۴۹۵	۰/۳۴۸

نتایج حاصل در جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نشانه‌های اختلال‌های خوردن دانشجویان دختر گروه نمونه برابر ۲۱/۷۹ است که در دامنه مرز احتمال اختلال خوردن قرار دارد اما پایین‌تر از نمره متوسط ابزار است (دامنه صفر تا ۷۸ و نمره متوسط ۳۹). در هوش هیجانی نیز میانگین زیرمقیاس‌های خودانگیزشی، خود هشیاری، خودمهارگری، هشیاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی به ترتیب برابر ۱۸/۲۱، ۱۹/۵۵، ۱۸/۶۸، ۱۴/۸۵ و ۱۵/۴۷ است که با توجه به تعداد هر یک از زیرمقیاس‌ها، مهارت-های اجتماعی بالاترین و هشیاری اجتماعی پایین‌ترین میانگین‌ها را داشتند.

جدول ۳: ضرایب همبستگی نشانه‌های اختلال‌های خوردن و هوش هیجانی

	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
	۱-نشانه‌های اختلال‌های خوردن	-					
	۲-خود انگیزشی	۰/۲۳۳**	-				
	۳-خود هشیاری	۰/۱۸۸**	۰/۱۲۱*	-			
هوش هیجانی	۴-خود مهارگری	۰/۱۷۱**	۰/۱۹۶**	/۱۹۰**	-		
	۵-هشیاری اجتماعی	۰/۰۴۸	۰/۰۰۲	۰/۰۳۱	/۱۳۳**	-	
	۶-مهارت‌های اجتماعی	۰/۰۰۸	۰/۰۲۳	/۱۸۴**	/۱۴۵**	/۲۷۳**	-

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۳ بین نشانه‌های اختلال‌های خوردن با زیرمقیاس‌های خودانگیزشی (r=-۰/۲۳۳ و P<۰/۰۰۱)، خودهشیاری (r=-۰/۱۸۸ و P<۰/۰۰۱) و خودمهارگری (r=-۰/۱۷۱ و P<۰/۰۰۱) از هوش

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

هیجانی رابطه منفی معنادار وجود دارد. اما بین نشانه‌های اختلال‌های خوردن با زیرمقیاس‌های هشیاری اجتماعی (r=۰/۰۴۸ و P>۰/۰۰۱) و مهارت‌های اجتماعی (r=۰/۰۰۸ و P>۰/۰۰۱) رابطه معنادار مشاهده نشد. به‌منظور پیش‌بینی نشانه‌های اختلال‌های خوردن دانشجویان دختر با هوش هیجانی (خودانگیزشی، خود هشیاری، خودمهارگری، هشیاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی) آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه هم‌زمان) با ۳۸۰ آزمودنی اجرا و خلاصه نتایج آن در جدول ۴-۴ نمایش داده شده است.

جدول۴: خلاصه مدل (نشانه‌های اختلال‌های خوردن دانشجویان دختر)

متغیر پیش‌بین	R	R^2	SE	F	sig
هوش هیجانی	۰/۳۱۴	۰/۰۹۹	۵/۹۴۲	۸/۲۰۹*	۰/۰۰۱

*P<۰/۰۰۱

نتایج حاصل از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه در جدول ۴ جهت پیش‌بینی نشانه‌های اختلال‌های خوردن(F=۱۷/۱۲۵ و P<۰/۰۰۱) با هوش هیجانی، معناداری مدل را تائید می‌کند. بر این اساس مولفه‌های هوش هیجانی پیش‌بینی کننده معناداری برای نشانه‌های اختلال‌های خوردن دانشجویان دختر هستند. بر اساس ضریب تعیین به‌دست آمده(R^2) مولفه‌های هوش هیجانی ۱۰ درصد از واریانس نشانه‌های اختلال‌های خوردن دانشجویان دختر را تبیین می‌کند.

جدول ۵: ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال‌های خوردن با مولفه‌های هوش هیجانی

متغیرهای پیش‌بین	B	SEB	ß	t	sig	R^2
مقدار ثابت	۱۲۱/۰۱۵	۴/۷۵۷		۲۵/۴۳۷**	۰/۰۰۱	
خود انگیزشی	-۰/۴۸۴	۰/۱۲۹	-۰/۱۸۹	-۳/۷۴۸**	۰/۰۰۱	۰/۰۳۶
خود هشیاری	-۰/۴۳۲	۰/۱۳۸	-۰/۱۵۶	-۳/۱۳۸**	۰/۰۰۲	۰/۰۲۶
خود مهارگری	-۰/۳۴۱	۰/۱۳۴	-۰/۱۲۹	-۲/۵۵۲*	۰/۰۱۱	۰/۰۱۷
هشیاری اجتماعی	۰/۱۸۹	۰/۱۳۴	۰/۰۷۰	۱/۴۱۴	۰/۱۵۸	۰/۰۰۵
مهارت‌های اجتماعی	-۰/۰۱۱	۰/۱۳۲	-۰/۰۰۴	-۰/۰۸۳	۰/۹۳۴	۰/۰۰۰

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد در جدول ۵ نشان می‌دهد زیرمقیاس‌های خودانگیزشی (t=-۳/۷۴۸ و P<۰/۰۰۱)، خودهشیاری (t=-۳/۱۳۸ و P<۰/۰۱) و خودمهارگری (t=-۲/۵۵۲ و P<۰/۰۵) از هوش هیجانی به صورت منفی سهم یگانه و معناداری در تبیین نشانه‌های اختلال‌های خوردن دارند. اما زیرمقیاس‌های هشیاری اجتماعی (t=۱/۴۱۴ و P>۰/۰۵) و مهارت‌های اجتماعی (t=-۰/۰۸۳ و P>۰/۰۵) سهم یگانه معنادار در تبیین نشانه‌های اختلال‌های خوردن ندارند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف نقش مولفه های هوش هیجانی در پیش‌بینی اختلال‌های خوردن انجام گرفته است. طبق نتایج به دست آمده، سه مؤلفه خودانگیزشی، خودهشیاری و خودمهارگری از هوش هیجانی با اختلال‌های خوردن و ابعاد آن رابطه منفی و معنادار دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه هوش هیجانی آزمودنی‌ها افزایش یابد، اختلال‌های خوردن در آن‌ها کاهش می‌یابد و برعکس. اختلال‌های خوردن یکی از عوامل نگران کننده سلامت عمومی است که از دهه ۱۹۷۰ روند رو به رشدی داشته است (یودو و گریلو، ۲۰۱۸) و پس از چاقی و آسم، سومین علت بیماری در جمعیت جوان را تشکیل می‌دهد (کاستارلی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

و دیگران، ۲۰۰۹). مطالعات پیشین در سبب‌شناسی و علل زمینه‌ساز نشانه‌ها و علایم اختلال‌های خوردن بیان می‌دارد که عوامل مختلفی در ایجاد این اختلال، نقش مؤثر و مهمی به عهده دارند. این عوامل شامل عوامل فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی، زیست‌شناختی و روان‌شناختی است (دال، ۲۰۱۱). بنابراین براساس دیدگاه روان پویایی، اختلال‌های خوردن در افرادی ایجاد می‌شود که در درک هیجان‌ها و احساسات خود و نیز نامیدن آن‌ها مشکل دارند. این پژوهش، رابطهٔ منفی و معنادار بین مؤلفهٔ خودهشیاری و اختلال‌های خوردن این نظریه را تأیید می‌کند. طبق این دیدگاه، اختلال‌های 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 عصبی 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 و در درک هیجان‌های خود و نامیدن آن‌ها مشکل دارند، و به مرور زمان یاد می‌گیرند که خوردن می‌تواند راهی برای رهایی از حالت‌های هیجانی ناخوشایند و مبهم باشد. ناتوانی مبتلایان به اختلال‌های خوردن در تفاوت قائل شدن بین حالات گرسنگی و روانی (عدم خودهشیاری هیجانی)، براساس تحقیقات مختلف تأیید شده است. از طرفی، عواملی مانند تبلیغات رسانه‌ای و فشار جامعه برای لاغری در صورتی می‌تواند فرد را تحت تأثیر قرار دهد که هوش هیجانی کمتری داشته باشد؛ چون هوش هیجانی به منزلهٔ مهارتی شناخته می‌شود که بر توانایی فرد برای مقابله با فشارها و عوامل محیطی تأثیر می‌گذارد و برعکس، هوش هیجانی پایین 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 اختلال‌های خوردن، فراهم کند.

نتایج نشان داد که از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی، فقط مؤلفه‌های خودانگیزشی، خودهشیاری و خودمهارگری با اختلال‌های خوردن رابطه معنادار وجود دارد. این بدان معناست که با افزایش مؤلفه‌های خودانگیزشی، خودهشیاری و خودمهارگری هوش هیجانی، شدت نشانه‌های اختلال‌های خوردن کاهش می‌یابد. از طرفی، دو مؤلفه هشیاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی هوش هیجانی با نشانه‌های اختلال‌های خوردن رابطه معناداری نداشتند. بنابراین، فقط مؤلفه‌های خودانگیزشی، خودهشیاری و خودمهارگری از هوش هیجانی، اختلال‌های خوردن را پیش‌بینی می‌کنند. یافته‌های پژوهش‌های همایون نیا و دیگران (۱۳۹۳)، عباس‌زاده (۱۳۹۲)، انصاری خراجی (۱۳۹۲)، زایسبرگ و تل (۲۰۱۳)، فیلیر و دیگران (۲۰۱۱) نشان دادند که بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و اختلال‌های خوردن رابطه منفی و معنادار وجود دارد. در حالی که همخوانی پژوهش حاضر با پژوهش های ذکر شده در مؤلفه‌های خودانگیزشی، خودهشیاری و خودمهارگری است. افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن نه تنها تصویر نادرستی از خود دارند بلکه در درک از وضعیت بدنی خود نیز مشکل دارند. این افراد به دلیل اینکه درکی از هیجان‌های خود (خودهشیاری هیجانی) ندارند دچار نوعی سردرگمی هیجانی نسبت به خود و دیگران هستند و اغلب قادر به کنترل هیجان‌های خود نیستند. از این‌رو، نشانه‌های اختلال خوردن تلاشی برای رفع حالات هیجانی ناخوشایند و مبهم (خودمهارگری هیجانی) است. بنابراین مؤلفه‌های خودانگیزشی، خودهشیاری و خودمهارگری از هوش هیجانی، اختلال‌های خوردن را تبیین می‌کند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هوش هیجانی آسیب‌پذیری در برابر نشانه‌های خوردن بیمارگون را افزایش می‌دهد و نشانه‌های خوردن بیمارگون مانند رژیم غذایی و نارضایتی بدنی، عوامل بسیار پرخطری برای

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

ابتلا به اختلال‌های خوردن هستند (فورمن-هافمن[1]،۲۰۰۴). از آنجایی که تحقیقات مختلف انجام گرفته نشان می‌دهد که زنان و دختران نسبت به تصویر ذهنی بدنی از حساسیت و آسیب‌زایی بالایی برخوردار بوده و به طور فزاینده‌ای به لاغر شدن و کاهش اندازه بدن تمایل دارند. به همین دلیل نارضایتی از تصویر ذهنی بدنی و عادات غذایی ناسالم و اختلال‌های خوردن در آن‌ها افزایش یافته است. بنابراین، نتایج این پژوهش می‌تواند در ایجاد برنامه‌های پیشگیری و مداخله‌ای مؤثر واقع شود. هوش هیجانی از طریق برنامه‌های مداخله و آموزش‌های منظم و مفید تقویت می‌شود، لذا با آموزش مهارت‌های هوش هیجانی در پیشگیری از بروز مسایلی مانند اختلال خوردن می‌تواند مفید واقع شود. هوش هیجانی با مهارت‌های مقابله‌ای فعال و مؤثر ارتباط دارد و از این طریق بر تاب‌آوری افراد تأثیر می‌گذارد و با توجه به ساختار و مؤلفه‌های هوش هیجانی نیز می‌توان گفت که ادراک و ابراز هیجانات، تنظیم هیجانات، بهره‌جویی از هیجان و مدیریت هیجان در موقعیت‌های پرخطر و ناگوار به عنوان عامل محافظ عمل می‌کنند و تاب‌آوری افراد را ارتقاء می‌دهند.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان گفت؛ از آنجایی که جامعه نمونه تنها از میان زنان ۱۸ تا ۳۰ سال بود محدود بودن سن و ملاک‌های خروج مانند نداشتن بیماری خاص یا مصرف نکردن داروهایی که بر اشتها تأثیر می‌گذارند، محقق ناگزیر پرسشنامه‌ها را فقط در اختیار داوطلبانی قرار داد که شامل ملاک‌های ورود و خروج پژوهش حاضر بودند. همچنین در این پژوهش، اختلال‌های خوردن در بین افراد عادی مورد بررسی قرار گرفت و آزمون شوندگان از میان افراد عادی انتخاب شدند زیرا دسترسی به افرادی با تشخیص ابتلا به نشانه‌های خوردن برای پژوهشگر میسر نبود و ناگزیر شدت نشانه‌های اختلال خوردن بر اساس نمرات پرسشنامه نگرش خوردن ملاک قرار گرفت. بنابراین از آنجایی که هوش هیجانی را می‌توان تقویت کرد، پیشنهاد می‌شود با برگزاری دوره‌هایی بر اهمیت تأثیر هوش هیجانی در کسب موفقیت‌های زندگی و پیشگیری از ابتلا به اختلال‌های خوردن تأکید شود.

منابع

انصاری خراجی، ن. (۱۳۹۲). *پیش‌بینی اختلال خوردن بر اساس عزت نفس و هوش هیجانی در زنان مقیم امارات متحده عربی(دبی)*.پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز.

پورقاسم گرگوری، بهرام؛ کوشاور، دنیز؛ سیدسجادی، ندا؛ کرمی، صفورا و شاهرخی، حسن. (۱۳۸۷). خطر اختلالات خوردن در دانش آموزان دبیرستانی دختر تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۰ (۴)، ۲۶-۲۱.

عباس‌زاده، م. (۱۳۹۲). سنجش میزان اختلالات خوردن و ارتباط آن با هوش هیجانی(مطالعه موردی دانشجویان دختر دانشگاه تبریز). *نشریه زن در توسعه سیاست*، ۲ (۱۱)، ۲۳۷-۲۵۲.

کچویی، م؛ فتحی آشتیانی، ع و الهیاری، ع. (۱۳۹۱). رابطه ویژگی های شخصیتی و سبک های دفاعی با نشانه های اختلال خوردن در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳ (۵۰)، ۹۳-۸۴.

منصوری، رضا. (۱۳۸۰). *هنجاریابی آزمون هوش هیجانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران و بررسی ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی آنها*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تهران.

نوبخت، م. (۱۳۷۷). *بررسی همه گیرشناسی اختلال های خوردن در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

[1] . Forman-Hoffman

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۵، شماره ۹، تابستان سال ۹۹

همایون نیا فیروزجاه ،م. شیخ، م. همایونی،ع. (۱۳۹۳).بررسی ارتباط بین هوش هیجانی با تصویر بدنی و اختلالات تغذیه در بین ورزشکاران تیمی و انفرادی .*رفتار حرکت*.۶ (۱۵): ۵۴-۱۴۱.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.American Psychiatric Publishing: Arlington.

Butler, R. M., & Heimberg, R. G. (2020). Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 101851.

Chew, C. S. E., Kelly, S., Baeg, A., Oh, J. Y., Rajasegaran, K., & Davis, C. (2020). First presentation of restrictive early onset eating disorders in Asian children. *International Journal of Eating Disorders*.

Costarelli, v., demerzi, m., stamou, d(2009).Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. Journal of human nutrition and dietetics. Harokopio University, el. venizelou 70, Kallithea.2009; 176-71 Athens, Greece.

Cuesta-Zamora, C., González-Martí, I., & García-López, L. M. (2018). The role of trait emotional intelligence in body dissatisfaction and eating disorder symptoms in preadolescents and adolescents. *Personality and Individual Differences*, *126*, 1-6.

Dalle Grave.R. (2011).Eating disorders: progress and challenges.*European Journal of Internal Medicine*, 22(2): p. 153-160.

Duodecim,A.(2017).Ahmimishäiriö(bulimia).http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirja-sto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352. Accessed at 14.5.2018.

Filaire, e., larue, j., rouveix, m. (2011). Eating behaviours in relation to emotional intelligence. Us national library of medicine national institutes of health search termsearch database .Development and Psychopathology. 32 (4):3015. 16.

Forman-Hoffman, V. (2004). High prevalence of abnormal eating and weight control practices among high-school students.Eating Behaviors, 5: 325–336.

Golden, N. H., Schneider, M., & Wood, C. (2016). Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, *138*(3), e20161649.

Himmerich, H., & Treasure, J. (2018). Psychopharmacological advances in eating disorders. *Expert review of clinical pharmacology*, *11*(1), 95-108.

Kaplan H, Sadock B. (2011). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. Poorafkari N. (translator). 4th ed. Tabriz: Zowghi; 23-68. (Persian)

Mehler, P. S. (2017). *Eating disorders: A guide to medical care and complications*. JHU Press.

Neuser, M. P., Kühnel, A., Svaldi, J., & Kroemer, N. B. (2020). Beyond the average: The role of variable reward sensitivity in eating disorders. *Physiology & Behavior*, 112971.

Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological psychiatry*, *84*(5), 345-354.

Yongzhan, Li. (2018). Social Anxiety and Eating Disorder Risk among Chinese Adolescents: The Role of Emotional Intelligence. V. 10, Issue 3, pp 264–274.

Zysberg, L., Tell, E. (2013).Emotional Intelligence, Perceived Control, Eating Disorders.SAGE Open: 1-7.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۵، شماره ۹، تابستان سال ۹۹

The role of emotional intelligence components in predicting eating disorders

Abstract
The aim of this study was to determine the role of emotional intelligence components in predicting eating disorders in a correlational design. For this purpose, 380 female students studying at the Islamic Azad University-South Tehran Branch in the academic year of 1997-98 were selected by convenience sampling using the questionnaires of eating attitudes (Gerner and Griffin, 1979) and emotional intelligence (Shrink, 1996) responded. The results of Pearson correlation test showed that there is a negative relationship (P <0.001) between the symptoms of eating disorders and emotional intelligence (self-motivation, self-awareness and self-control). In addition, the results of regression analysis test showed that the components of emotional intelligence are significant predictors (P <0.001) for the symptoms of eating disorders that have the ability to explain 10% of the variance of the symptoms of eating disorders. Among these, the subscales of self-motivation, self-awareness and self-control of emotional intelligence have a unique and significant contribution in explaining the symptoms of eating disorders in female students. Findings of the present study show that low levels of emotional intelligence increase vulnerability to the symptoms of eating disorders and symptoms of eating disorders such as diet and physical dissatisfaction are very high risk factors for eating disorders.
Keywords: Emotional intelligence, Eating disorders, Students

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-14]