



Article Type: Original

Comparison of Psychological Factors of Social Anxiety, Wisdom, and Emotion Regulation on Eating Disorders in Active and Inactive Women

Vahid Saatchian^{1*} , Mahsa Mahdizadeh Bakhtiari¹ , Bahador Azizi² 

1. Faculty of Sports Sciences, Imam Reza International University of Mashhad, Mashhad, Iran
2. Faculty of Sports Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Received: 15/03/2025, Revised: 01/06/2025, Accepted: 04/16/2025

*Corresponding Author: Vahid Saatchian, Email: v.saatchian@imamreza.ac.ir

How to Cite: Saatchian, V., Mahdizadeh Bakhtiari, M. Azizi, B. (2026). Comparison of Psychological Factors of Social Anxiety, Wisdom, and Emotion Regulation on Eating Disorders in Active and Inactive Women. Sport Psychology Studies, 15(57), 76-104. In Persian.

Extended Abstract

Background and Purpose

Eating disorders are among the most common psychiatric disorders diagnosed in women. Women are more affected by eating disorders than men, with an estimated prevalence 10 to 20 times higher than in men. Thus, the prevalence of anorexia nervosa in women is 10–20% higher than in men, and the average prevalence of this disorder in young women is 0.03%. In this regard, it should be added that eating disorders are a significant risk to the physical and mental health of adolescent girls today and account for approximately 8% of all clinical eating disorders. Eating disorders are associated with increased stress,

functional disability, physical health problems, and even death. In the meantime, according to the reported results, eating disorders are more common in female athletes than in non-athletic women. Women who engage in sports and physical activity are likely to be concerned about their physical appearance and especially their body weight, and this concern may cause eating disorders such as anorexia. Therefore, in this research, an attempt was made to investigate the relationship between the psychological factors of social anxiety, wisdom, and emotional regulation with eating disorders in active and inactive women of Mashhad, and to determine the degree and type of



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

relationship between these variables in women in Mashhad city.

Materials and Methods

This applied research was descriptive-comparative based on structural equation modeling, and the data were collected through questionnaires. The participants in the research included all women in Mashhad of all ages, who were selected as a statistical sample by using the method of 5 to 10 times the number of items in the instrument (55 items in total); 397 of these people were selected as the statistical sample. Four questionnaires were used to collect data, including: 1) eating disorders; 2) wisdom; 3) social anxiety; and 4) emotion regulation. To measure the reliability of the instrument, Cronbach's alpha coefficient was used, and the alpha coefficients for eating disorders, social anxiety, wisdom, and emotional regulation were 0.89, 0.84, 0.86, and 0.92, respectively. To analyze the data, the regression test was used to predict changes in the variance of the criterion variable based on predictor variables, and two independent samples were used to compare independent and dependent variables in two groups, and structural equation modeling was used to fit the structural equation model of the research in two standard and significance states. In addition, all the tests were measured at a significance level of 0.05.

Findings

The findings showed that emotion regulation, social anxiety, and wisdom are able to significantly predict eating disorders. Since the β value related to emotion regulation is greater than the β values of social anxiety and wisdom, therefore, it can be said that it is a significant predictor of eating disorders. Also, it was found that the mean scores of psychological factors in the active group were 3.07 and in the inactive group were 3.40, wisdom in the active group was 3.10 and in the inactive group was 3.41, social anxiety in the active group was 3.14 and in the inactive group was 3.37, and emotion regulation in the active group was 3.02 and in the inactive group was 3.41, which shows that the mean scores of the inactive group are higher than those of the active group. The mean scores of eating disorders in the active group were 3.01 and in the inactive group 3.47, which shows that the mean score of the active group is higher than that of the inactive group. Finally, considering that the path of relationships between social anxiety, wisdom, and emotion regulation with eating disorders in both groups of active and inactive women in Mashhad city is greater than 1.96 and significant, this significance indicates the correct prediction of the relationships of the research model.

Conclusion

According to the findings, it can be stated that since active and athletic women are more sensitive to their physical

appearance and body type, the possibility of suffering from various eating disorders such as anorexia or bulimia is higher than in inactive women.

Keywords: Eating Disorders, Social Anxiety, Emotion Regulation, Wisdom, Psychological Factors.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sector.

Acknowledgement

The authors hereby express their gratitude to all the people who helped them in conducting this research.



نوع مقاله: پژوهشی اصیل

همسنجی عوامل روان‌شناختی اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال

وحید ساعت چیان^{۱*}، مهسا مهدیزاده بختیاری^۱، بهادر عزیزی^۲

۱. دانشکده علوم ورزشی و تندرستی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا ع مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵، **تاریخ اصلاح:** ۱۴۰۴/۰۳/۱۱، **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۴/۰۳/۱۲

*Corresponding Author: Vahid Saatchian, Email: v.saatchian@imamreza.ac.ir

How to Cite: Saatchian, V., Mahidzadeh Bakhtiari, M. Azizi, B. (2026). Comparison of Psychological Factors of Social Anxiety, Wisdom, and Emotion Regulation on Eating Disorders in Active and Inactive Women. Sport Psychology Studies, 15(57), 76-104. In Persian.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، همسنجی عوامل روان‌شناختی اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی، و از حیث نوع، توصیفی-مقایسه‌ای و مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری بود که داده‌های آن به صورت میدانی جمع‌آوری شد. جامعه‌ی آماری، شامل کلیه‌ی زنان ۱۸ الی ۴۵ ساله‌ی شهر مشهد بود که با استفاده از روش ۵ تا ۱۰ برابری تعداد گویه‌های ابزار پژوهش (مجموعاً ۵۵ گویه) ۳۹۷ نفر از این افراد به عنوان نمونه‌ی آماری، انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از ۴ پرسشنامه‌ی استاندارد اختلالات تغذیه، خردمندی، اضطراب اجتماعی و تنظیم هیجان، استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که عوامل روان‌شناختی اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، تأثیر معنی‌دار دارند. همچنین، مشخص شد که بین این عوامل در زنان فعال و غیرفعال، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به طوری که میانگین گروه غیرفعال، بالاتر از گروه فعال بود. در نهایت، مشخص شد که بین اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به طوری که میانگین نمرات گروه فعال، بالاتر از گروه غیرفعال بود. با توجه به یافته‌ها می‌توان بیان داشت که اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان، نقش معناداری در پیش‌بینی اختلالات تغذیه‌ای زنان دارند؛ به ویژه در زنان غیرفعال که این اختلالات شدیدتر بود.

نتیجه‌گیری: این نتایج، با تکیه بر نظریه‌های تنظیم هیجان و فشارهای اجتماعی-فرهنگی بر بدن زنان، تأکید می‌کنند که تقویت مهارت‌های روان‌شناختی، می‌تواند نقش پیشگیرانه‌ای در بهبود اختلالات تغذیه‌ای ایفا کند.

کلید واژه‌ها: اختلالات تغذیه‌ای، اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان، خردمندی، عوامل روان‌شناختی.



مقدمه

اختلالات تغذیه‌ای^۱، شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی بوده که در زنان تشخیص داده می‌شود (برونت^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). زنان، بیشتر از مردان تحت تأثیر اختلالات تغذیه‌ای قرار می‌گیرند، به‌طوری‌که تخمین زده می‌شود که فراوانی آن در مردان، ۱۰ تا ۲۰ برابر کمتر است (پروتا^۳، ۲۰۱۹). طبق بررسی‌های صورت گرفته در مطالعات همگانی و استفاده از آمار تشخیصی، اختلالات تغذیه‌ای در بین زنان نسبت به مردان، ۹ برابر شیوع بیشتری داشته است (پینهیرو^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). به‌طوری‌که شیوع بی‌اشتهایی عصبی در زنان، ۱۰ تا ۲۰ درصد بیش از مردان بوده و میانگین شیوع این اختلال در زنان جوان، ۰/۰۳ درصد می‌باشد (هوک و ون هوکن^۵، ۲۰۰۳). در همین رابطه، باید افزود که اختلالات تغذیه‌ای، امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روحی دختران تازه‌بالغ بوده و تقریباً ۸ درصد از کل ناراحتی‌ها یا اختلالات تغذیه‌ای بالینی را به خود اختصاص داده‌اند (کالینز^۶، ۲۰۰۵). اختلالات تغذیه‌ای، با افزایش استرس، ناتوانی در عملکرد، مشکلات مرتبط با سلامتی جسمی و حتی مرگ، ارتباط دارند (باقرزاده و همکاران، ۲۰۱۹). در این بین، بر اساس نتایج گزارش‌شده، اختلالات تغذیه‌ای در زنان ورزشکار، بیشتر از زنان غیر ورزشکار است (امیرسان و سیدموسوی، ۲۰۱۲). زنانی که به ورزش و فعالیت بدنی روی می‌آورند، به‌احتمال زیاد نسبت به ظاهر جسمانی و بخصوص وزن اندام خویش، نگرانی داشته و این نگرانی ممکن است باعث اختلالات تغذیه‌ای از جمله بی‌اشتهایی و پُراشتهایی عصبی شود (ولیزاده و آریاپوران، ۲۰۱۱).

در همین راستا، بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک و بالینی، نشان داده‌اند بیشتر افرادی که علائمی از اختلالات تغذیه‌ای را دارند، به یک یا بیش از یک اختلال اضطرابی مبتلا هستند. اضطراب، پیش‌زمینه و عامل اصلی در ایجاد اختلالات خوردن است (گُردی و همکاران، ۲۰۱۴). اضطراب، یک پدیده‌ی چندوجهی است که شامل احساسات ناراحت‌کننده، برانگیختگی فیزیولوژیکی و احساسات ناراحت‌کننده‌ی جسمانی، تصورات مربوط به موقعیت‌های خطرناک و اجتناب از آن‌ها و سایر رفتارهای دفاعی می‌باشد (مُدبری و همکاران، ۲۰۲۱). این پدیده، گاهی اوقات توسط بسیاری از مردم در زندگی روزمره‌ی آن‌ها تجربه می‌شود. اضطراب، یک مسئله‌ی بسیار مهم است که هم کاهش و هم افزایش آن، می‌تواند موجب بروز مشکلات متعددی شود (اوزدین و اوزدین^۷، ۲۰۲۰). حاتمی و همکاران (۲۰۲۴)، با بررسی تأثیر فعالیت بدنی بر اضطراب دختران نوجوان فعال و غیرفعال، دریافتند که اضطراب در هر دو مؤلفه‌ی علائم روانی و بدنی، در دختران فعال، کمتر از دختران غیرفعال بود. همچنین، فلاح مهنه و همکاران (۲۰۲۳)، بیان داشتند که فعالیتی همچون مراقبه تمرکزی، بر اضطراب شناختی و جسمانی بازیکنان نخبه‌ی والیبال زن، تأثیر معناداری دارد. اضطراب اجتماعی^۸، اصطلاحی وسیع به‌منظور توصیف رفتارهای مرتبط با نگرانی یا خجلت از موقعیت‌های اجتماعی است که این نگرانی می‌تواند از طیف خفیف تا شدید باشد (هینریشسن^۹ و همکاران، ۲۰۰۳). نگرانی از ارزیابی منفی دیگران، به‌عنوان اولین خصیصه و ویژگی اضطراب اجتماعی به شمار می‌رود (گُردی و همکاران، ۲۰۲۴). عوامل زیادی ممکن است باعث ایجاد هراس و اضطراب اجتماعی شود که یکی از

6. Collins
7. Özdin & Özdin
8. Social Anxiety
9. Hinrichsen

1. Nutritional disorders
2. Brunet
3. Perrotta
4. Pinheiro
5. Hoek & Van Hoeken

منابع آن، می‌تواند نگرانی افراد درباره‌ی بدن خود باشد (حسین پور و همکاران، ۲۰۲۲). مبتلایان به اضطراب اجتماعی، مشکلات اجتماعی بسیاری داشته و این اختلال، اثراتی منفی بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی و سلامت روانی آن‌ها می‌گذارد (سلطانی و محمدی فرود، ۲۰۱۹). تحقیقات اولیه در مورد اضطراب اجتماعی، نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به افراد سالم، کمتر دلسوز خود بوده و سطوح پایین خوددلسوزی با ترس بیشتر از ارزیابی مثبت و منفی مرتبط است، اما به‌طور کلی با شدت اضطراب اجتماعی ارتباط برقرار نمی‌کند (ورنر^۱ و همکاران، ۲۰۱۲).

همچنین، توانایی تنظیم هیجان^۲، یکی دیگر از متغیرهایی است که می‌تواند بر رفتار خوردن تأثیر بگذارد. اگر شخصی در تنظیم و تعدیل عواطف و هیجان‌های خود به نحوی دچار مشکل باشد، در کنترل میزان خوردن غذا نیز دچار مشکل شده و عواملی از جمله تحریک‌پذیری شدید نسبت به غذا و فرار از مشکلات، باعث پُرخوری در او می‌شود (احمدی و همکاران، ۲۰۱۴). تنظیم هیجان، به‌عنوان "تلاش برای اثرگذاری بر اینکه چه هیجانانی داریم، چه موقع آن‌ها را داریم و نحوه‌ی تجربه یا بیان این هیجانان^۳"، تعریف شده است (ترزور^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). توانایی درک و تنظیم هیجان‌ها، یکی از اصول بهزیستی قلمداد شده و دشواری در تنظیم هیجان، می‌تواند با پیامدهای منفی از جمله اختلالات تغذیه‌ای همراه باشد (کچویی و همکاران، ۲۰۱۶).

در همین راستا، مفهوم خردمندی^۴، زمینه‌ای رو به رشد و جذاب برای پژوهشگران حوزه‌ی روانشناسی است. در دو دهه‌ی اخیر، این مفهوم به‌صورت روزافزونی در گرایش‌های مرتبط با روانشناسی آموزش و پرورش، روانشناسی بالینی و روان‌درمانی

1. Werner
2. Emotion regulation
3. Treasure
4. Wisdom

5. Kristeller
6. Kunzmann & Baltes
7. Striegel-Moore & Bulik

مبتلا به اضطراب اجتماعی، بیشتر درگیر رفتارهایی چون محدودسازی غذا، رژیم‌های سخت و نگرانی افراطی درباره‌ی ظاهر خود هستند (لویسون و رودیف^۱، ۲۰۱۲). در کنار اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان نیز نقش حیاتی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات تغذیه‌ای دارد. ناتوانی در مدیریت هیجان‌های منفی (مانند شرم، خشم یا اضطراب)، باعث می‌شود افراد از پُرخوری به‌عنوان راهبردی برای کنترل یا فرار از هیجانات خود استفاده کنند (آلدائو^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). بروز این مسئله در زنان با توجه به سبک‌های رایج هیجان‌مدار، مانند نشخوار ذهنی و سرکوب هیجانی، با شیوع بیشتر گزارش شده است (نولن-هوکسما و آلدائو^۳، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، متغیر خردمندی به‌عنوان یک ساختار چندبعدی، شامل قضاوت متعادل، خودآگاهی، شفقت نسبت به خود و دیگران، و توانایی تحمل عدم قطعیت‌ها، می‌تواند نقش محافظتی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی ایفا کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالاتر خردمندی، با افزایش تاب‌آوری، کاهش تکانشگری، و کنترل بهتر هیجانات مرتبط است (گلوک و وست استریت^۴، ۲۰۲۲؛ آردلت^۵، ۲۰۰۳). بنابراین، خردمندی می‌تواند به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای مؤثر در برابر اضطراب اجتماعی و تنظیم ناکارآمد هیجان عمل کرده و احتمال بروز اختلالات تغذیه‌ای را کاهش دهد. از این‌رو، بررسی توانمندی این سه مؤلفه‌ی روان‌شناختی در زنان، به‌ویژه زنان فعال و غیرفعال از نظر ورزشی، نه‌تنها به درک عمیق‌تری از مکانیسم‌های بروز اختلالات تغذیه‌ای منجر می‌شود، بلکه می‌تواند در طراحی مداخلات هدفمند، مبتنی بر ارتقای خردمندی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش اضطراب اجتماعی، نقشی مهم ایفا نماید.

در رابطه با موضوع پژوهش حاضر، پژوهش‌هایی در داخل و خارج از کشور انجام گردیده است. مدبری و همکاران (۲۰۲۱)،

1. Levinson & Rodebaugh
2. Aldao
3. Nolen-Hoeksema & Aldao
4. Glück & Weststrate

5. Ardelt
6. Rueda Flores

با ارزیابی اختلال خوردن و سبک‌های مقابله با استرس در افراد فعال و غیرفعال، نشان دادند که زنان فعال، تمایل بیشتری به تغییر نگرش غذایی خود و احتمال ابتلا به اختلالات خوردن در شرایط بحرانی و استرس دارند. زمانی ثانی و همکاران (۲۰۲۳)، با مقایسه‌ی قابلیت‌های بدنی (خودتوصیفی و عینی) و نگرش تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال، نشان دادند که زنان فعال در مقایسه با زنان غیرفعال به‌طور معناداری اختلال خوردن کمتری دارند. همچنین، کچویی و همکاران (۲۰۱۶)، با مقایسه‌ی تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه‌وزن مبتلا و غیرمبتلا به پُر‌خوری افراطی، نشان دادند که زنان مبتلا به اختلال پُر‌خوری افراطی، در مقایسه با زنان غیرمبتلا، دشواری‌های تنظیم هیجان بیشتری داشتند. از لحاظ دشواری‌های تنظیم هیجان، زنان مبتلا به پُر‌خوری افراطی، نمرات بالاتری در عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه و دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان داشتند. همچنین بیان داشتند که دشواری‌های تنظیم هیجان، نقش مهمی در اختلال پُر‌خوری افراطی ایفا می‌کند، و تمرکز بر این عوامل، می‌تواند در درمان این اختلال سودمند باشد. صفرزاده و مرعشیان (۲۰۱۲)، با بررسی رابطه‌ی تصویر ذهنی بدن، خودپنداره و عزت‌نفس با اختلالات تغذیه در دانشجویان دختر، بیان داشتند که بین تصویر ذهنی بدن با اختلالات تغذیه، خودپنداره با اختلالات تغذیه و عزت‌نفس با اختلالات تغذیه، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. همچنین، مشخص شد که عزت‌نفس، تصویر ذهنی بدن و خودپنداره به ترتیب پیش‌بینی‌کننده‌ی متغیر ملاک یعنی اختلالات تغذیه می‌باشند. کردی و همکاران (۲۰۱۴)، نیز با بررسی ارتباط علائم اضطراب اجتماعی با علائم اختلال خوردن زنان باردار نخست‌زا، بیان داشتند که علائم اضطراب اجتماعی با علائم اختلال خوردن، همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد. آرمان (۲۰۱۴)، با مقایسه‌ی میزان

افسردگی، اضطراب و استرس زنان سالمند فعال و غیرفعال شهر اصفهان، بیان داشت که میزان استرس، اضطراب و افسردگی سالمندان زن فعال و غیرفعال، به‌طور معناداری باهم تفاوت دارد و سالمندان فعال در مقایسه با سالمندان غیرفعال، استرس، اضطراب و افسردگی کمتری دارند. همچنین، امیرساسان و سیدموسوی (۲۰۱۳)، با بررسی اختلالات تغذیه‌ای دختران ورزشکار و غیرورزشکار دارای ترکیب بدنی متفاوت، بیان داشتند که ورزشکاران با ترکیب بدنی متفاوت، دارای اختلال تغذیه‌ای متفاوتی نمی‌باشند، درحالی‌که تفاوت معنی‌داری در میزان اختلال تغذیه‌ای زنان غیرورزشکار دارای اضافه‌وزن مشاهده شد. همچنین، اختلاف معنی‌داری بین ورزشکاران نسبت به غیرورزشکاران در بروز اختلالات تغذیه‌ای وجود دارد که این اختلالات در دختران ورزشکار بیشتر است. نعمتی و همکاران (۲۰۱۱)، نیز با بررسی اینکه آیا ورزشکاران نخبه بیش از غیرورزشکاران مستعد اختلال تغذیه‌اند؟ به بررسی نارضایتی از شکل بدن و فشار اجتماعی برای تغییر وزن در زنان ورزشکار نخبه و زنان دانشجوی غیرورزشکار پرداختند. نتایج نشان داد که شیوع اختلال تغذیه در زنان ورزشکار نخبه بیش از زنان غیرورزشکار است. به‌علاوه، در مورد شاخص توده‌ی بدنی، نارضایتی از شکل بدن و فشار اجتماعی برای تغییر وزن تفاوت معنی‌داری بین زنان ورزشکار و غیرورزشکار مشاهده شد. همچنین، نارضایتی از شکل بدن در زنان غیرورزشکار با اختلال تغذیه همبستگی مثبت نشان داد. ولیزاده و آریاپوران (۲۰۱۲)، با بررسی شیوع اختلالات خوردن و نقش آن‌ها در علائم روان‌شناختی زنان دارای فعالیت ورزشی، نشان داد که ۵/۱۶ درصد ورزشکاران علائم اختلال تغذیه، ۳/۱۴ درصد علائم بی‌اشتهایی عصبی و ۳/۳ درصد علائم پُر‌خوری عصبی داشتند. علائم اختلال خوردن، بی‌اشتهایی عصبی و پُر‌خوری عصبی با علائم روان‌شناختی ورزشکاران زن رابطه‌ی معنی‌داری دارد و علائم اختلال بی‌اشتهایی عصبی و پُر‌خوری عصبی، واریانس

پروتکل درمان اختلال خوردن آن‌ها ادغام شود، یعنی به دست آوردن مزایای مرتبط با فعالیت بدنی و یادگیری نحوه‌ی مشارکت در فعالیت بدنی به روش‌های سازگار و سالم. همچنین، هلم-دنوما^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، با بررسی علائم اختلال خوردن در بین ورزشکاران دانشگاهی، ورزشکاران باشگاهی، ورزشکاران مستقل و غیرورزشکاران، بروز اختلالات تغذیه‌ای را بر روی زنان ورزشکار و غیر ورزشکار بررسی کرده و نشان دادند که زنان ورزشکار نسبت به زنان غیرورزشکار، علائم اختلالات تغذیه‌ای بیشتری دارند. گیلیوا-اسکچمن^۳ و همکاران (۲۰۰۶)، با بررسی پردازش عاطفی در اختلالات خوردن: اختلال خاص یا کمبود مربوط به پریشانی عمومی؟ دریافتند که زنان دارای اختلالات خوردن در قیاس با گروه سالم، آگاهی کمتری از هیجانات خود داشته و در کنترل هیجانات خود با مشکل مواجه می‌شوند و همچنین، افراد کم‌اشتها در قیاس با افراد پُراشته، از آگاهی هیجانی کمتری برخوردارند، در مقابل، افراد پُراشته نسبت به افراد کم‌اشتها، در تنظیم هیجانات خود مشکلات بیشتری نشان داده‌اند. هینریش و همکاران (۲۰۰۳)، نیز با بررسی اضطراب اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در اختلالات خوردن، بیان داشتند که گروه‌های بالینی، سطوح بالاتری از اضطراب اجتماعی را نسبت به گروه غیربالینی گزارش کردند. هم در افراد غیر بالینی و هم در بیماران پُرخوری عصبی، اضطراب اجتماعی با سطوح بالاتر آسیب‌شناسی روانی پُرخوری همراه بود. در مقابل، اضطراب اجتماعی در گروه بی‌اشتهایی محدودکننده با سطوح بالاتر تفکیک مرتبط بود. بنابراین، همان‌طور که ملاحظه می‌شود مطالعات گسترده‌ای به بررسی ارتباط میان اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان و اختلالات تغذیه‌ای به‌صورت جداگانه پرداخته‌اند (مانند گراس^۴، ۲۰۱۵؛ لوینسون و رودبف، ۲۰۱۲؛ آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰ و

علائم روان‌شناختی ورزشکاران زن را تبیین کرد. عسگری و همکاران (۲۰۰۹)، با بررسی رابطه‌ی تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان، نشان دادند که بین فشار روانی و اختلالات تغذیه و مؤلفه‌های آن در زمینه‌ی بی‌اشتهایی روانی و پُراشتهایی روانی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار و همچنین، بین تصویر بدنی و اختلالات تغذیه، رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد.

در همین راستا، روئدافلورس و همکاران (۲۰۲۳)، با بررسی شرایط تمرین و سلامت روان‌شناختی: اختلالات رفتاری خوردن در ورزشکاران کشتی المپیک زنان اسپانیایی با عملکرد بالا، بیان داشتند که شرایط تمرین در ورزش‌های با عملکرد بالا، تأثیرات روانی و رفتاری بر کشتی‌گیران دارد. کاهش وزن سریع و قابل توجه اثرات منفی به‌ویژه در جمعیت زنان ایجاد می‌کند و باعث بروز اختلالات خوردن می‌شود. ارگوون^۱ و همکاران (۲۰۲۲)، با بررسی رضایت از زندگی و نگرش تغذیه‌ی سالم در دانشجویان فعال و غیرفعال، بیان داشتند که دانشجویان غیرفعال نسبت به دانشجویان با فعالیت متوسط و فعال، نگرش‌های تغذیه‌ی سالم کمتری را گزارش کردند. همچنین، نگرش‌های تغذیه‌ی سالم به‌طور قابل توجهی، رضایت از زندگی را برای همه‌ی شرکت‌کنندگان بدون توجه به شاخص فعالیت بدنی آن‌ها، پیش‌بینی می‌کند. برون و همکاران (۲۰۲۱)، با بررسی رفتارها و نگرش‌های فعالیت بدنی در زنان مبتلا به اختلال خوردن، بیان داشتند که غلبه بر رفتارهای ناکارآمد فعالیت بدنی (مانند درگیر شدن در سطوح بالای غیرعادی فعالیت بدنی) و نگرش‌ها (مثلاً مرتبط کردن فعالیت بدنی با مصرف کالری)، می‌تواند یک سفر طولانی و پیچیده برای زنان مبتلا به اختلال خوردن باشد. بالین‌وجود، زنان مبتلا به اختلال خوردن، به دو دلیل کلیدی می‌خواهند که فعالیت بدنی در

3. Gilboa-Schechtman
1. Gross

1. Ergüven
2. Holm-Denoma

شرکت کنندگان

با توجه به متغیرهای پژوهش (اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان، خردمندی، اختلالات تغذیه‌ای)، رده‌ی سنی ۱۸ الی ۴۵ سال، به‌عنوان یک دامنه‌ی سنی مناسب، همگن و از لحاظ نظری معنادار می‌باشد (این دامنه‌ی سنی، جمعیت زنان جوان و میان‌سال را پوشش می‌دهد که در آن اختلالات تغذیه‌ای، بیش‌ترین شیوع را دارند) (پولیوی و هرمن، ۲۰۰۲). لذا، شرکت‌کنندگان در پژوهش، شامل کلیه‌ی زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد در سنین ۱۸ الی ۴۵ سال بود که با استفاده از روش ۵ تا ۱۰ برابری تعداد گویه‌های ابزار پژوهش (مجموعاً ۵۵ گویه) (هیر و همکاران، ۲۰۱۹)، با احتساب احتمال وجود نقص در برخی از آن‌ها، ۴۵۰ پرسشنامه در میان زنان توزیع گردید و پس از جمع‌آوری آن‌ها، ۳۹۷ پرسشنامه که به‌طور کامل و صحیح تکمیل شده بودند، انتخاب و به‌منظور انجام تجزیه و تحلیل‌های آماری، وارد نرم‌افزار مربوطه شدند. این روش نمونه‌گیری، روشی رایج، معتبر و پذیرفته‌شده در مطالعات کمی به‌ویژه در تحلیل‌های چندمتغیره مانند مدل‌سازی معادلات ساختاری است (هیر و همکاران، ۲۰۱۹). برای پژوهش‌هایی که از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری یا تحلیل مسیر استفاده می‌کنند، تعیین حجم نمونه باید به‌گونه‌ای باشد که پایداری ضرایب و برازش مدل تضمین شود. در این خصوص، هیر و همکاران (۲۰۱۹) و کلاین (۲۰۱۵)، توصیه می‌کنند که برای هر گویه‌ی پرسش‌نامه، حداقل ۵ تا ۱۰ نمونه انتخاب شود. لذا، از آنجا که ابزار پژوهش حاضر مجموعاً شامل ۵۵ گویه است، دامنه‌ی منطقی حجم نمونه بین ۲۷۵ تا ۵۵۰ نفر خواهد بود. بنابراین، انتخاب ۴۵۰ نفر نه‌تنها منطقی، بلکه از لحاظ آماری نیز قدرت تحلیل کافی را فراهم می‌کند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: (۱) رضایت فرد برای مشارکت در پژوهش؛ و (۲) کسب نمره‌ی

همچنین پژوهش‌هایی نیز به نقش خردمندی در سلامت روان اشاره کرده‌اند (گلوک و وست استریت، ۲۰۲۲؛ آردلت، ۲۰۰۳)، اما، ادغام این سه متغیر روان‌شناختی (یعنی اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان، و خردمندی) در قالب یک مدل تحلیلی مشترک در پیش‌بینی اختلالات تغذیه‌ای، به‌ویژه در جمعیت زنان، به‌ندرت انجام‌شده و پژوهشی در این خصوص یافت نشد. از سوی دیگر، مقایسه‌ی زنان فعال و غیرفعال از نظر ورزشی از حیث تفاوت‌های روان‌شناختی تأثیرگذار بر رفتارهای تغذیه‌ای، کمتر مورد توجه قرار گرفته؛ در حالی که ورزش می‌تواند نقشی تعدیل‌کننده یا میانجی در سلامت روان و تنظیم هیجان ایفا کند (سایستون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، پژوهش‌ها غالباً به رویکردهای آسیب‌شناسانه‌ی صرف محدود بوده‌اند و کمتر به نقش سازه‌های محافظت‌کننده‌ای مانند «خردمندی» در کنار متغیرهای آسیب‌زا (مثل اضطراب اجتماعی) پرداخته‌اند؛ در حالی که بررسی هم‌زمان این دودسته متغیر، می‌تواند در طراحی مداخلات جامع‌نگر بسیار مؤثر باشد. بنابراین، پژوهش حاضر خلأ میان‌رشته‌ای مهمی را پر می‌کند؛ به‌طوری‌که با تحلیل هم‌زمان سه سازه‌ی کلیدی روان‌شناختی و بررسی تفاوت آن‌ها در زنان فعال و غیرفعال، مدلی غنی برای درک بهتر علل روانی اختلالات تغذیه‌ای ارائه داده و زمینه‌ساز طراحی مداخلات روان‌ورزشی هدفمندتر خواهد بود.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش، از حیث هدف کاربردی و به لحاظ نوع، توصیفی-مقایسه‌ای مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری بود که داده‌های آن به‌صورت میدانی و با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شد.

ارزشی لیکرت (کاملاً موافقم = ۱، موافقم = ۲، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۴، و کاملاً مخالفم = ۵)، تنظیم گردیده است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۰ و حداکثر ۵۰ می‌باشد؛ و (۴) پرسشنامه‌ی تنظیم هیجان (گارنفسکی و کرایج^۴، ۲۰۰۶): دارای ۲۴ گویه می‌باشد که براساس طیف ۵ ارزشی لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، نظری ندارم = ۳، موافقم = ۴، و کاملاً موافقم = ۵)، تنظیم گردیده است. ضمن اینکه نمره‌گذاری گویه‌های ۵، ۱۴، ۱۵ و ۲۰، به‌صورت معکوس انجام می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ می‌باشد. در این مطالعه، برای اطمینان از روایی صوری سؤالات و گویه‌های موردسنجش برای مفاهیم مورداستفاده‌ی پژوهش، از کارشناسان و محققین (۷ تن از اساتید روانشناسی و روانشناسی ورزشی)، خواسته شد تا مشکلات احتمالی پرسشنامه را در مقابل هر گویه و سؤال متذکر شوند که با توجه به استاندارد بودن ابزار، نظر مغایری یافت نشد. همچنین، بمنظور سنجش پایایی ابزار پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفا برای اختلالات تغذیه‌ای، اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان، به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۶ و ۰/۹۲ به دست آمد.

روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش، داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌وسیله‌ی نرم‌افزارهای اس پی اس اس^۵ نسخه‌ی ۲۶ و اسمارت پی ال اس^۶ نسخه‌ی ۳ مورد تحلیل توصیفی و استنباطی قرار گرفتند. در بخش آمار توصیفی، به بیان شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی، میزان فراوانی و درصدها، پرداخته شد. در بخش آمار استنباطی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های رگرسیون هم‌زمان

پایین‌تر از میانگین از پرسشنامه‌های پژوهش. شرایط خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: (۱) عدم رضایت فرد برای مشارکت در پژوهش؛ و (۲) عدم تکمیل پرسشنامه به‌طور دقیق و کامل.

ابزار

در این پژوهش، از روش ترکیبی حضوری و آنلاین برای توزیع پرسش‌نامه‌ها استفاده شد. در بخش حضوری، با مراجعه به باشگاه‌های ورزشی و مراکز اجتماعی-فرهنگی در سطح شهر مشهد، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت میدانی بین زنان فعال و غیرفعال توزیع گردید. همچنین، نسخه‌ی آنلاین پرسش‌نامه از طریق گروه‌های مجازی ویژه‌ی بانوان در پیام‌رسان‌های اجتماعی منتشر شد. بدین‌وسیله، امکان پوشش طیف متنوعی از پاسخ‌گویان فراهم شد و کیفیت داده‌ها از طریق کنترل‌های غربالگری و پایش افزایش یافت. در این پژوهش، از ۴ پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. (۱) پرسشنامه‌ی اختلالات تغذیه (استایس^۱ و همکاران، ۲۰۰۴): دارای ۱۰ گویه می‌باشد که براساس طیف ۵ ارزشی لیکرت (کاملاً موافقم = ۱، موافقم = ۲، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۴، و کاملاً مخالفم = ۵)، تنظیم گردیده است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۰ و حداکثر ۵۰ می‌باشد؛ (۲) پرسشنامه‌ی خردمندی (اشمیت^۲ و همکاران، ۲۰۱۲): دارای ۱۱ گویه می‌باشد که براساس طیف ۵ ارزشی لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، نظری ندارم = ۳، موافقم = ۴، و کاملاً موافقم = ۵)، تنظیم گردیده است. همچنین، نمره‌گذاری گویه‌های ۲، ۳، ۴ و ۱۰ به‌صورت معکوس می‌باشد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۱ و حداکثر ۵۵ می‌باشد؛ (۳) پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی (بیکر^۳ و همکاران، ۲۰۰۲): دارای ۱۰ گویه می‌باشد که براساس طیف ۵

4. Garnefski & Kraaij
5. SPSS
1. Smart PLS

1. Stice
2. Schmit
3. Baker

کلیه‌ی آزمون‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵، موردسنجش قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا به شرح ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ی موردبررسی پرداخته شده است (جدول ۱).

برای پیش‌بینی تغییرات واریانس متغیر ملاک براساس متغیرهای پیش‌بین و تی دو نمونه‌ی مستقل برای مقایسه‌ی متغیرهای مستقل و وابسته در دو گروه و مدل‌سازی معادلات ساختاری به‌منظور برازش مدل معادلات ساختاری پژوهش در دو حالت استاندارد و معناداری، بهره گرفته شد. ضمن اینکه،

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۱۸ الی ۲۰ سال	10.8
	۲۱ تا ۳۰ سال	39.3
	۳۱ تا ۴۰ سال	34.5
	۴۱ الی ۴۵ سال	15.4
وضعیت تأهل	مجرد	66.2
	متاهل	33.8
	تناسب‌اندام	17.9
هدف و انگیزه	آمادگی جسمانی	32.5
	تندرستی	29.2
	سلامتی	20.4
	دیپلم و فوق‌دیپلم	11.8
تحصیلات	لیسانس	34.8
	فوق‌لیسانس	30.5
	دکتری	22.9
	آزاد	18.4
شغل	کارمند	33.2
	دانش‌آموز و دانشجو	29.2
	خانه‌دار	19.1
	بدون مراجعه	13.6
تعداد دفعات مراجعه	کمتر از دو بار	36.8
	سه الی چهار بار	34.0
	۵ بار به بالا	15.6

گزینه‌های "کارمند" و "آزاد" می‌باشد. همچنین، براساس تعداد دفعات مراجعه در هفته، بیشترین و کمترین فراوانی به ترتیب با ۳۶/۸ و ۱۳/۶ درصد مربوط به گزینه‌های "کمتر از دو بار" و "بدون مراجعه" است.

در ادامه، با استفاده از آزمون‌های کشیدگی و چولگی به بررسی نرمالیتی توزیع داده‌ها پرداخته شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب آزمون در بازه ۲- تا ۲+ بودند، مشخص شد که توزیع داده‌های پژوهش نرمال بوده و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. در جدول ۲، نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان متغیر عوامل روان‌شناختی و ابعاد آن بر روی اختلالات تغذیه‌ای نشان داده شده است.

براساس نتایج جدول ۱، مشخص می‌شود که بیشترین و کمترین فراوانی براساس وضعیت سنی به ترتیب با ۳۹/۳ و ۱۰/۸ درصد مربوط به گروه‌های سنی "۳۱ الی ۴۰ سال" و "۱۸ الی ۲۰ سال" می‌باشد. براساس وضعیت تأهل، بیشترین و کمترین فراوانی به ترتیب با ۶۶/۲ و ۳۳/۸ درصد مربوط به گزینه‌های "مجرد" و "متاهل" است. بیشترین و کمترین فراوانی براساس هدف و انگیزه به ترتیب با ۳۲/۵ و ۱۷/۹ درصد مربوط به گزینه‌های "آمادگی جسمانی" و "تناسب‌انداز" می‌باشد. براساس تحصیلات، بیشترین و کمترین فراوانی به ترتیب با ۳۴/۸ و ۱۱/۸ درصد مربوط به گزینه‌های "لیسانس" و "دیپلم و فوق‌دیپلم" است. بیشترین و کمترین فراوانی براساس شغل به ترتیب با ۳۳/۲ و ۱۸/۴ درصد مربوط به

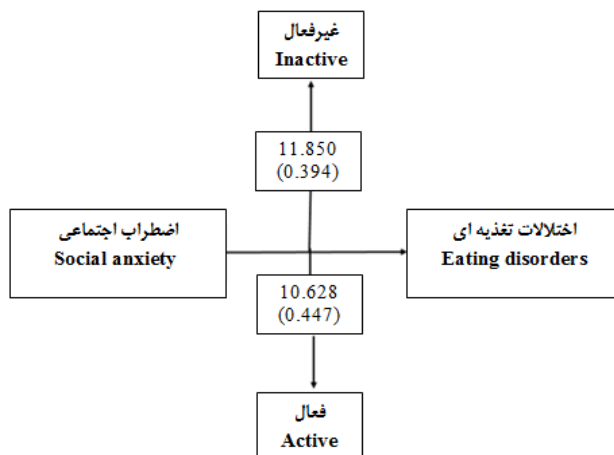
جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان متغیر عوامل روان‌شناختی و ابعاد آن بر روی اختلالات تغذیه‌ای

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	Beta	t	P-value	R ²	F	P<
اختلالات تغذیه‌ای	خردمندی	0.23	5.81	0.000	0.746	385.35	0.000
	اضطراب اجتماعی	0.27	6.82	0.000			
	تنظیم هیجان	0.43	8.44	0.000			

می‌باشند. از آنجا که مقدار β مربوط به تنظیم هیجان از مقدار β متغیرهای اضطراب اجتماعی و خردمندی بزرگ‌تر است، بنابراین، می‌توان گفت پیش‌بینی کننده‌ی معناداری برای اختلالات تغذیه‌ای می‌باشد.

در ادامه، به بررسی تأثیر عوامل روان‌شناختی اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، پرداخته شده است.

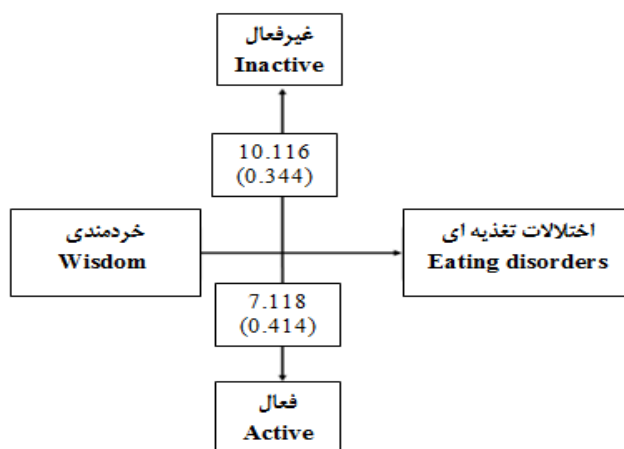
همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج رگرسیون هم‌زمان بیانگر آن است که متغیرهای پیش‌بین (خردمندی، اضطراب اجتماعی و تنظیم هیجان) دارای قدرت تبیین ($R^2=0/746$) می‌باشند. بدین معنی که به ترتیب متغیر عوامل تنظیم هیجان با ($\beta=0/43$)، متغیر اضطراب اجتماعی با ($\beta=0/27$)، و متغیر خردمندی با ($\beta=0/23$)، در سطح معناداری ($P<0/000$)، قادر به پیش‌بینی معنادار اختلالات تغذیه‌ای



شکل ۱. تأثیر اضطراب اجتماعی بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال

عامل روان‌شناختی اضطراب اجتماعی بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، تأثیر معنی‌داری دارد.

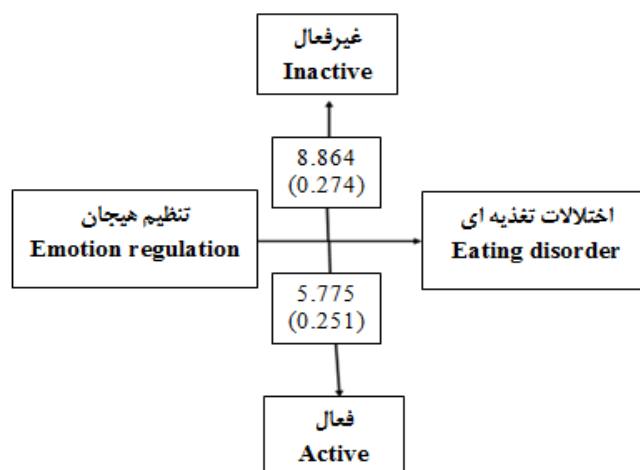
با توجه به شکل ۱ و مقدار معناداری در گروه‌بندی غیرفعال و فعال که ۱۱/۸۵۰ و ۱۰/۶۲۸ بوده و از عدد ۱/۹۶ بزرگ‌تر است، می‌توان گفت که این رابطه معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه،



شکل ۲. تأثیر خردمندی بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال

عامل روان‌شناختی خردمندی بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، تأثیر معنی‌داری دارد.

با توجه به شکل ۲ و مقدار معناداری در گروه‌بندی غیرفعال و فعال که ۱۰/۱۱۶ و ۷/۱۱۸ می‌باشد و از عدد ۱/۹۶ بزرگ‌تر است، می‌توان گفت که این رابطه معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه،



شکل ۳. تأثیر تنظیم هیجان بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال

در ادامه، به منظور مقایسه‌ی عوامل روانشناختی اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان در دو گروه زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، از آزمون تی دو نمونه‌ی مستقل استفاده گردید که نتایج آن در جداول ۳ و ۴، ارائه شده است.

با توجه به شکل ۳ و مقدار معناداری در گروه‌بندی غیرفعال و فعال که ۸/۸۶۴ و ۵/۷۷۵ می‌باشد و از عدد ۱/۹۶ بزرگ‌تر است، می‌توان گفت که این رابطه معنی‌دار است. در نتیجه، عامل روان‌شناختی تنظیم هیجان بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، تأثیر معنی‌داری دارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد عوامل روان‌شناختی و ابعاد آن

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین
خردمندی	فعال	183	3.10	0.81	0.060
	غیرفعال	214	3.41	0.75	0.051
اضطراب اجتماعی	فعال	183	3.14	0.84	0.062
	غیرفعال	214	3.37	0.78	0.053
تنظیم هیجان	فعال	183	3.02	0.86	0.063
	غیرفعال	214	3.41	0.78	0.053
عوامل روان‌شناختی	فعال	183	3.07	0.72	0.053
	غیرفعال	214	3.40	0.67	0.045

جدول ۴. نتایج آزمون تی برای مقایسه‌ی عوامل روان‌شناختی و ابعاد آن

آزمون تی برای مقایسه‌ی میانگین‌ها			آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها			
اختلاف میانگین	P-value	درجه‌ی آزادی	t	P-value	F	
-0.308	0.000	395	-3.926	0.057	4.372	خردمندی
-0.227	0.006	395	-2.787	0.093	2.838	اضطراب اجتماعی
-0.390	0.000	395	-4.726	0.098	2.746	تنظیم هیجان
-0.334	0.000	395	-4.777	0.466	0.532	عوامل روان‌شناختی

۳/۰۷ و غیرفعال ۳/۴۰، خردمندی در گروه‌بندی فعال ۳/۱۰ و غیرفعال ۳/۴۱، اضطراب اجتماعی در گروه‌بندی فعال ۳/۱۴ و غیرفعال ۳/۳۷، تنظیم هیجان در گروه‌بندی فعال ۳/۰۲ و غیرفعال ۳/۴۱ می‌باشد که نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه غیرفعال از گروه فعال، بالاتر است.

در ادامه، به‌منظور مقایسه‌ی اختلالات تغذیه‌ای در دو گروه زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، از آزمون تی دو نمونه‌ی مستقل استفاده گردید که نتایج آن در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

جداول ۳ و ۴، نتایج آزمون تی دو نمونه‌ی مستقل برای مقایسه‌ی عوامل روان‌شناختی و ابعاد آن در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد را نشان می‌دهد. چون سطح معنی‌داری آزمون لوین بیشتر از (۰/۰۵) است، لذا فرض برابری واریانس‌ها برای دو گروه نمونه تأیید می‌شود. متغیر عوامل روان‌شناختی و ابعاد آن با مقادیر تی به ترتیب (۳/۹۲۶، -۳/۹۰۱، -۲/۷۸۷، -۲/۷۷۲، -۴/۷۲۶، -۴/۶۹۱، -۴/۷۷۷ و -۴/۷۴۸) با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ که نشان می‌دهد اختلاف معنی‌دار است و میانگین نمرات متغیر عوامل روان‌شناختی در گروه‌بندی فعال

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد اختلالات تغذیه‌ای

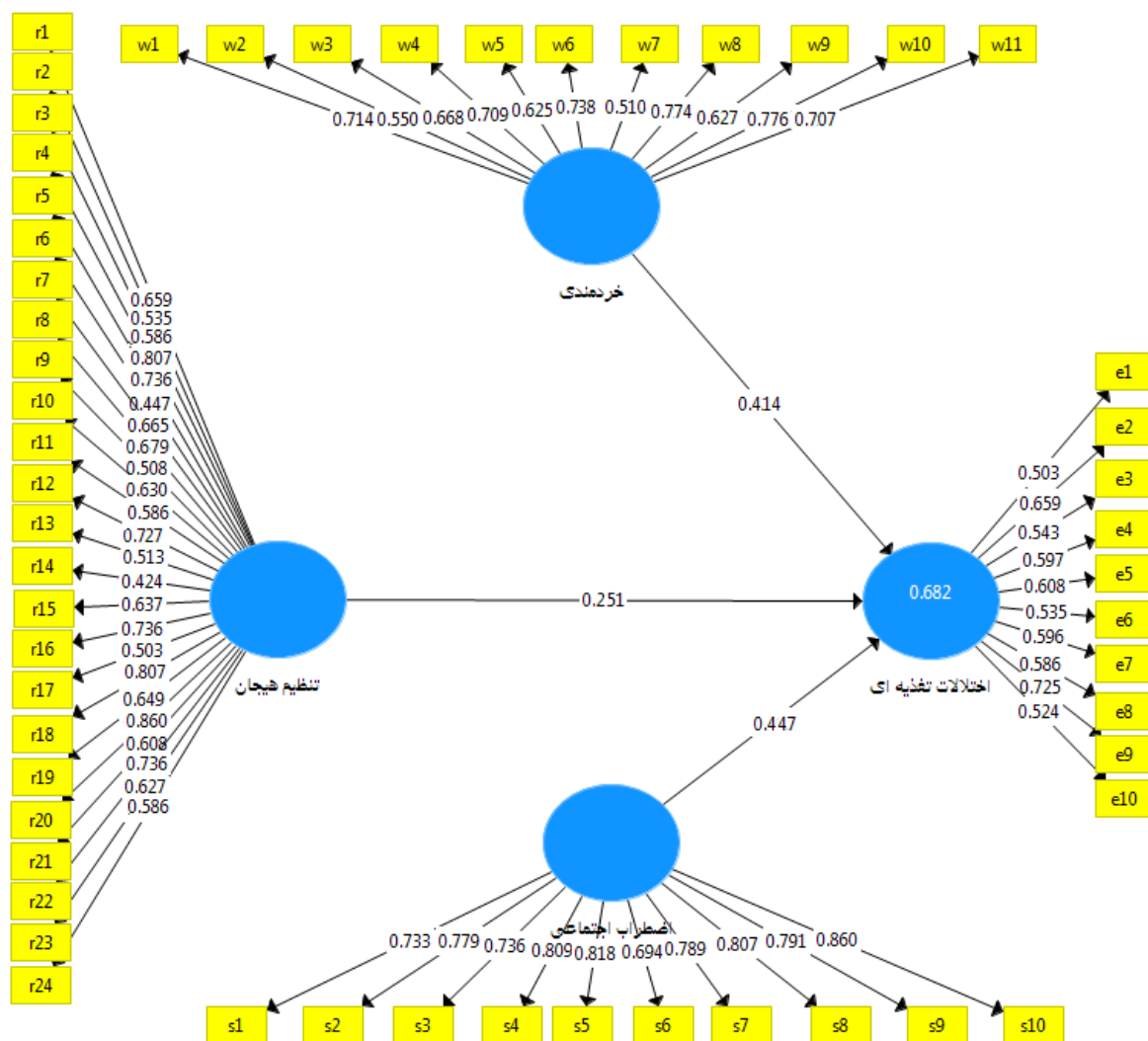
متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین
اختلالات تغذیه‌ای	غیرفعال	183	3.01	0.826	0.06
	فعال	214	3.47	0.821	0.05

جدول ۶. نتایج آزمون تی برای مقایسه‌ی اختلالات تغذیه‌ای

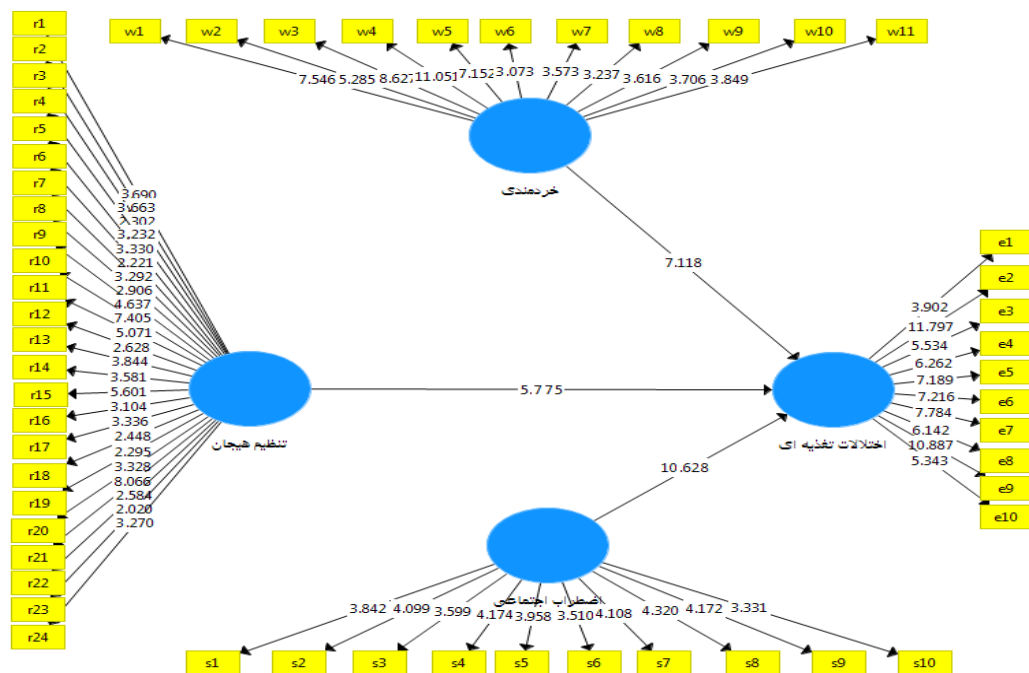
آزمون تی برای مقایسه‌ی میانگین‌ها			آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها		
اختلاف میانگین	P-value	درجه‌ی آزادی	t	P-value	F
-0.452	0.001	395	-5.459	0.498	0.461
اختلالات تغذیه‌ای					

بوده و میانگین نمرات متغیر اختلالات تغذیه‌ای در گروه‌بندی فعال ۳/۰۱ و غیرفعال ۳/۴۷ است که نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه فعال از گروه غیرفعال، بالاتر می‌باشد. در نهایت، با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، مدل نهایی رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش در دو حالت استاندارد و معناداری، برازش گردیده است (شکل‌های ۴ و ۵).

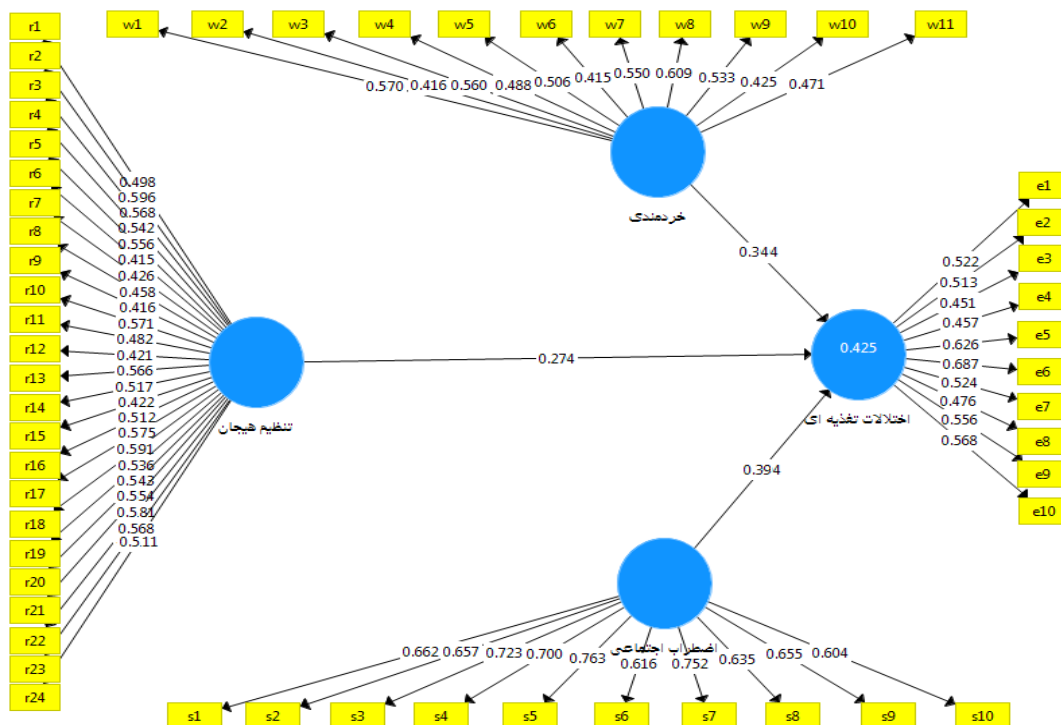
جداول ۵ و ۶، نتایج آزمون تی دو نمونه‌ی مستقل برای مقایسه‌ی اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد را نشان می‌دهد. چون سطح معنی‌داری آزمون لوین بیشتر از (۰/۰۵) است، لذا، فرض برابری واریانس‌ها برای دو گروه نمونه تأیید می‌شود. اندازه‌ی تی برابر ۵/۴۵۹- با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ است که نشان می‌دهد اختلاف معنی‌دار



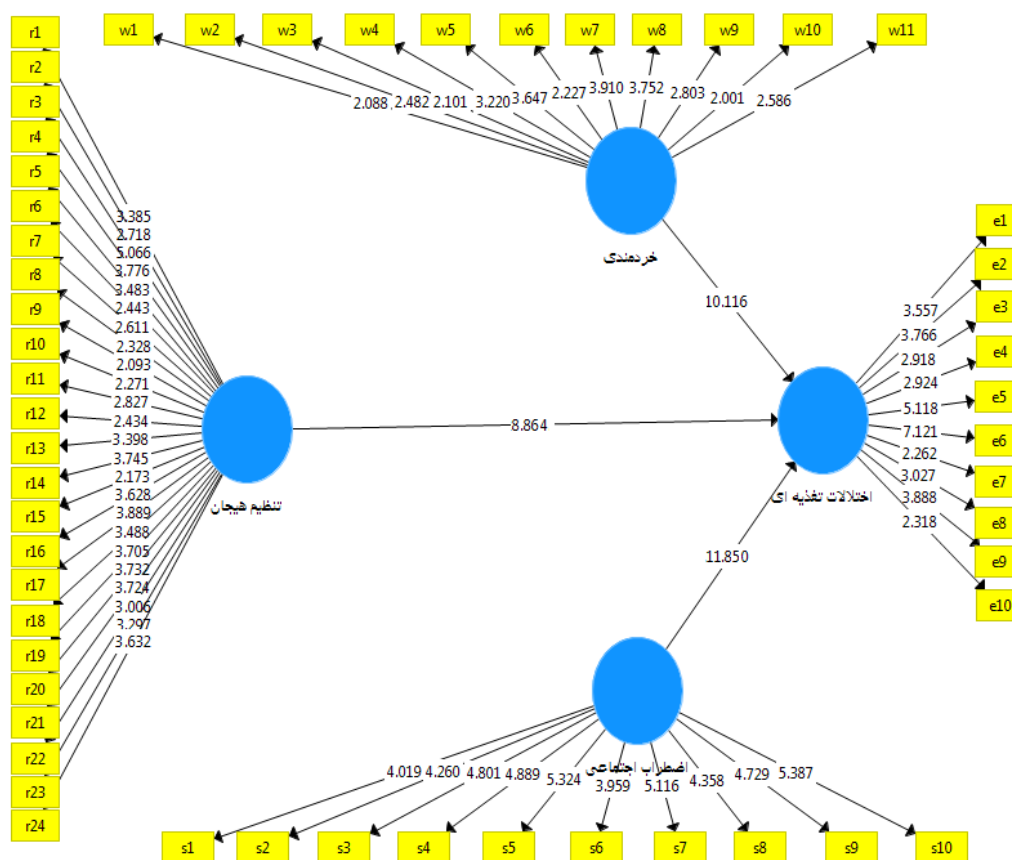
شکل ۴. مدل اندازه گیری اولیه ی روابط بین متغیرها در زنان فعال در حالت بار عاملی



شکل ۵. مدل ساختاری روابط بین متغیرها در زنان فعال



شکل ۶. مدل اندازه‌گیری اولیه ی روابط بین متغیرها در زنان غیرفعال در حالت بار عاملی



شکل ۷. مدل ساختاری روابط بین متغیرها در زنان غیرفعال

اولین و ابتدایی‌ترین معیار برای سنجش رابطه‌ی بین سازه‌ها در مدل (بخش ساختاری)، اعداد معناداری است. در صورتی که مقدار این اعداد از ۱/۹۶ بیشتر باشد، نشان جدول ۷. ضرایب معناداری روابط اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان و خردمندی با اختلالات تغذیه‌ای در زنان غیرفعال شهر مشهد

نتیجه	ضریب مسیر	آماره‌ی تی	متغیرها
تأیید	0.394	11.850	اضطراب اجتماعی -> اختلالات تغذیه‌ای
تأیید	0.274	8.864	تنظیم هیجان -> اختلالات تغذیه‌ای
تأیید	0.344	10.116	خردمندی -> اختلالات تغذیه‌ای

جدول ۸. ضرایب معناداری روابط اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان و خردمندی با اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال شهر مشهد

متغیرها	آماره‌ی تی	ضریب مسیر	نتیجه
اضطراب اجتماعی -> اختلالات تغذیه‌ای	10.628	0.447	تأیید
تنظیم هیجان -> اختلالات تغذیه‌ای	5.775	0.251	تأیید
خردمندی -> اختلالات تغذیه‌ای	7.118	0.414	تأیید

بزرگ‌تر از ۱/۹۶ و معنی‌دار است، این معناداری حاکی از پیش‌بینی صحیح روابط مدل پژوهشی می‌باشد.

با توجه به نتایج جداول ۷ و ۸ و اینکه مسیر روابط بین اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان با اختلالات تغذیه‌ای در هردو گروه زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، همسنجی عوامل روان‌شناختی اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، بود.

در ابتدا، نتایج رگرسیون هم‌زمان نشان داد که متغیرهای پیش‌بین (خردمندی، اضطراب اجتماعی و تنظیم هیجان) دارای قدرت تبیین ($R^2=0/746$) می‌باشند. بدین معنی که به ترتیب متغیر تنظیم هیجان با ($\beta=0/43$)، متغیر اضطراب اجتماعی با ($\beta=0/27$)، و متغیر خردمندی با ($\beta=0/23$)، در سطح معناداری ($P<0/000$)، قادر به پیش‌بینی معنادار اختلالات تغذیه‌ای می‌باشند. در این رابطه، لوندر و همکاران (۲۰۱۵)، نشان دادند که ناتوانی در تنظیم هیجان، ارتباط مستقیمی با رفتارهای پُرخوری عصبی، رژیم‌های افراطی، و اختلالات تغذیه‌ای دارد. همچنین، اسوالدی و همکاران (۲۰۱۲)، بیان کردند که تنظیم هیجان ناکارآمد، با افزایش احتمال پُرخوری هیجانی همراه است. زنان بیشتر از مردان، به راهبردهای هیجانی در مواجهه با استرس متکی هستند (نولن - هوکسما، ۲۰۱۲؛ گراس، ۲۰۱۵). بنابراین، در زنان به‌خصوص، فشارهای اجتماعی برای کنترل وزن، تنظیم هیجان را به یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای پُرخطر تبدیل می‌کند.

همچنین، یافته‌های لوینسون و رودبف (۲۰۱۲) و مناتی و همکاران (۲۰۱۵)، نشان می‌دهد که اضطراب اجتماعی، یکی از پیش‌بین‌های اصلی بی‌اشتهایی عصبی و پُرخوری عصبی است. این اختلال، اغلب با ترس از قضاوت اجتماعی و درون‌سازی استانداردهای لاغری مرتبط می‌باشد. در این زمینه، پرهیز غذایی، به‌عنوان راهی برای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی استرس‌زا استفاده می‌شود (اشمیت و ترژر، ۲۰۰۶). لذا، افراد دارای اضطراب اجتماعی تمایل دارند از طریق کنترل ظاهر، از جمله وزن و اندام، پذیرش اجتماعی کسب کنند. همچنین، در رابطه با نقش پیش‌بینی‌کننده‌ی منفی خردمندی، می‌توان بیان داشت که این یافته، یافته‌ای نوظهور و در حال تقویت در ادبیات روان‌شناسی می‌باشد. در این خصوص، وبستر (۲۰۱۳) و رن لوئیس و الکساندرووا (۲۰۲۱)، نشان داده‌اند که خردمندی به‌عنوان مجموعه‌ای از قابلیت‌های فراشناختی، تنظیم هیجان، شفقت به خود و درک معنای زندگی، می‌تواند افراد را از رفتارهای ناسالم تغذیه‌ای بازدارد. در این رابطه، می‌توان بیان داشت که افراد خردمندتر، کمتر در معرض استانداردهای زیبایی رسانه‌ای قرار می‌گیرند و ارزش بیشتری برای سلامت روانی و جسمی خود قائل‌اند. همچنین، این افراد تمایل دارند تا مسائل

را به صورت جامع و متعادل تحلیل کنند، که موجب تصمیم‌گیری‌های تغذیه‌ای سالم‌تر می‌شود.

در ادامه، مشخص شد که عامل روان‌شناختی اضطراب اجتماعی بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال با ضریب معناداری $10/628$ و در زنان غیرفعال با ضریب معناداری $11/850$ ، تأثیر معنی‌داری دارد. در این خصوص، هردو گروه نشان دادند که اضطراب به‌طور معناداری با افزایش اختلالات تغذیه‌ای همراه است؛ اما این اثر در زنان غیرفعال قوی‌تر بوده است. ورزش به‌ویژه فعالیت بدنی منظم، با بهبود عزت‌نفس، افزایش تصویر بدنی مثبت، و ارتقای روابط اجتماعی، می‌تواند شدت اضطراب اجتماعی را کاهش دهد (هرینگ و همکاران، 2010). بنابراین، زنان فعال ممکن است با وجود داشتن اضطراب اجتماعی، با استفاده از فعالیت ورزشی آن را تعدیل کرده و رفتارهای تغذیه‌ای‌شان را کنترل کنند. از سوی دیگر، زنان غیرفعال به‌طور بالقوه در معرض سبک زندگی کم‌تحرك، تعامل اجتماعی کمتر و درون‌ریزی هیجانات هستند، که این عوامل می‌تواند شدت تجربه‌ی اضطراب اجتماعی و تبدیل آن به رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم را تشدید نماید (کاندولا و همکاران، 2019). زنان فعال، اغلب استانداردهای زیبایی را در قالب "تناسب‌اندام" بازتعریف می‌کنند و از طریق فعالیت‌های بدنی، بر خودکنترلی و پذیرش اجتماعی تأکید دارند؛ اما زنان غیرفعال ممکن است بیشتر در معرض قضاوت‌های ظاهری قرار گرفته و اضطراب اجتماعی بیشتری را تجربه کنند (هاوزنبلاس و فالن، 2006).

در ادامه، مشخص شد که عامل روان‌شناختی خردمندی بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال با ضریب معناداری $7/118$ و زنان غیرفعال با ضریب معناداری $10/116$ ، تأثیر معنی‌داری دارد. در این خصوص، هر دو گروه نشان دادند که خردمندی به‌طور معناداری با کاهش اختلالات تغذیه‌ای همراه است؛ اما این اثر در زنان غیرفعال قوی‌تر بوده است. زنان غیرفعال، در نبود ابزارهای بیرونی مانند ورزش برای مقابله با تنیدگی،

ممکن است بیشتر به ظرفیت‌های درونی مانند خردمندی برای مدیریت هیجانات و رفتارهای ناسالم تغذیه‌ای اتکا کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خردمندی با مؤلفه‌هایی چون خودآگاهی، تعادل عاطفی، و خود نظم دهی شناختی پیوند دارد (آردلت، 2003) که همگی در پیشگیری از اختلالات تغذیه‌ای نقش دارند (میکلیتز و همکاران، 2021). در زنان فعال، تأثیر خردمندی ممکن است به دلیل نقش تعدیل‌گر فعالیت بدنی کاهش یابد، زیرا ورزش خود به‌تنهایی باعث بهبود تنظیم هیجان، کاهش استرس و ارتقای تصویر بدنی می‌شود (ربار و همکاران، 2015). در نتیجه، آن دسته از زنان فعال که خردمندی کمتری دارند نیز ممکن است رفتارهای تغذیه‌ای سالم‌تری داشته باشند. افراد خردمند، معمولاً از سبک مقابله‌ی مسئله‌محور استفاده می‌کنند، در حالی که افراد با خرد کمتر ممکن است به رفتارهای ناسالم مانند پرخوری یا رژیم‌های غیرعلمی پناه ببرند (گراسمن و همکاران، 2020). لذا، در زنان غیرفعال، این وابستگی بیشتر به خردمندی، می‌تواند تأثیر قوی‌تری را بر اختلالات تغذیه‌ای نشان دهد.

در ادامه، مشخص شد که عامل روان‌شناختی تنظیم هیجان بر اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال با ضریب معناداری $5/775$ و زنان غیرفعال با ضریب معناداری $8/864$ ، تأثیر معنی‌داری دارد. در زنان غیرفعال، تنظیم هیجان نقش اساسی‌تری دارد، زیرا ورزش به‌عنوان یک مکانیسم تنظیم هیجانی طبیعی در زندگی‌شان وجود ندارد. بنابراین، زنانی که فاقد فعالیت بدنی هستند و در عین حال مهارت‌های ضعیف‌تری در تنظیم هیجان دارند، بیشتر در معرض پاسخ‌های ناسازگار مانند پرخوری هیجانی، محدودیت غذایی یا حذف وعده‌های غذایی قرار می‌گیرند (اسلون و همکاران، 2021). در زنان فعال، تنظیم هیجان همچنان اثرگذار است، اما ممکن است اثر آن به دلیل نقش واسطه‌ای ورزش کمتر محسوس باشد. ورزش خود به تنظیم ترشح کورتیزول، افزایش سروتونین و بهبود خلق کمک

می‌کند (برن استاین و مک نالی، ۲۰۱۸). لذا، افرادی که ورزش می‌کنند، حتی با سطح پایین‌تری از مهارت‌های تنظیم هیجان، ممکن است رفتارهای تغذیه‌ای سالم‌تری داشته باشند. در ادامه، به منظور مقایسه‌ی عوامل روانشناختی اضطراب اجتماعی، خردمندی و تنظیم هیجان در دو گروه زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، از آزمون تی دو نمونه‌ی مستقل استفاده گردید. متغیر عوامل روان‌شناختی و ابعاد آن با مقادیر تی به ترتیب (۳/۹۲۶-، ۳/۹۰۱-، ۲/۷۸۷-، ۲/۷۷۲-، ۴/۷۲۶-، ۴/۶۹۱-، ۴/۷۷۷- و ۴/۷۴۸-) با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ که نشان می‌دهد اختلاف معنی‌دار بوده و میانگین نمرات متغیر عوامل روان‌شناختی در گروه‌بندی فعال ۳/۰۷ و غیرفعال ۳/۴۰، خردمندی در گروه‌بندی فعال ۳/۱۰ و غیرفعال ۳/۴۱، اضطراب اجتماعی در گروه‌بندی فعال ۳/۱۴ و غیرفعال ۳/۳۷، تنظیم هیجان در گروه‌بندی فعال ۳/۰۲ و غیرفعال ۳/۴۱ می‌باشد که نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه غیرفعال از گروه فعال، بالاتر است.

در رابطه با اضطراب اجتماعی بالاتر در زنان غیرفعال، می‌توان بیان داشت افرادی که فعالیت بدنی ندارند، معمولاً در موقعیت‌های اجتماعی مشارکت کمتری دارند، که این می‌تواند منجر به کاهش اعتمادبه‌نفس اجتماعی و افزایش اضطراب اجتماعی شود (ناپن و همکاران، ۲۰۰۹). فعالیت بدنی به‌ویژه ورزش‌های گروهی، نقش مهمی در افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش ترس از ارزیابی منفی دارد. همچنین، درخصوص بالاتر بودن میزان تنظیم هیجان در زنان غیرفعال، می‌توان بیان داشت که این یافته در نگاه اول متناقض به نظر می‌رسد، اما ممکن است ناشی از نوع ابزار خودگزارشی باشد. افراد غیرفعال، به دلیل قرار نگرفتن در موقعیت‌های پُرفشار جسمانی یا رقابتی (مانند ورزش)، تصور می‌کنند که توانایی خوبی در کنترل هیجانات خود دارند. به عبارتی، ممکن است سطح هیجان برانگیختگی در آنان پایین‌تر بوده و تنظیم هیجان را ساده‌تر تصور کنند (لوند و

همکاران، ۲۰۱۵). از طرف دیگر، فعالیت فیزیکی منظم می‌تواند حساسیت افراد نسبت به هیجانات بدنی را افزایش دهد، که در پرسشنامه‌ها به صورت آگاهی از دشواری‌های تنظیم هیجان ظاهر می‌شود (برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸). در نهایت، درخصوص خردمندی بالاتر در زنان غیرفعال، این تفاوت ممکن است ناشی از پیش‌زمینه‌های سنی، تحصیلی یا سبک زندگی در نمونه باشد. به طور مثال، در صورتی که زنان غیرفعال میانگین سنی یا سطح تحصیلات بالاتری داشته باشند، احتمال دارد به صورت طبیعی نمرات بالاتری در مؤلفه‌های خردمندی مانند انعطاف‌پذیری شناختی یا همدلی به دست آورند.

در نهایت، به منظور مقایسه‌ی اختلالات تغذیه‌ای در دو گروه زنان فعال و غیرفعال شهر مشهد، از آزمون تی دو نمونه‌ی مستقل استفاده گردید. متغیر اختلالات تغذیه‌ای در گروه‌بندی فعال ۳/۰۱ و غیرفعال ۳/۴۷ است که نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه فعال از گروه غیرفعال، بالاتر می‌باشد.

در این خصوص، می‌توان بیان داشت زنانی که فعالیت بدنی کمتری دارند، اغلب با احساس ناراضی از بدن، مقایسه‌ی اجتماعی منفی و افزایش تمرکز بر رژیم‌های نادرست غذایی مواجه‌اند که می‌تواند اختلالات تغذیه‌ای مانند پُرخوری عصبی یا رژیم‌های محدودکننده را تشدید کند (استایس و همکاران، ۲۰۱۱). فعالیت ورزشی باعث افزایش احساس کنترل بر بدن، انتخاب‌های غذایی سالم، آگاهی تغذیه‌ای و در نتیجه کاهش اختلالات خوردن می‌شود (هاوزن بلاس و فالن، ۲۰۰۶). در مقابل، افراد غیرفعال ممکن است بیشتر تحت تأثیر تبلیغات غذایی ناسالم یا الگوهای نادرست تغذیه‌ای قرار گیرند. زنانی که فعالیت بدنی ندارند، بیشتر در معرض استرس، افسردگی و اضطراب قرار دارند و این حالت‌های هیجانی، می‌تواند منجر به خوردن هیجانی یا بی‌نظمی‌های تغذیه‌ای شود (ون استرین، ۲۰۱۸).

مشهد انجام شده و این موضوع می‌تواند تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی را محدود کند؛ (۲) عدم بررسی عوامل جمعیت‌شناختی مؤثر: متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی، تحصیلات یا وضعیت تأهل که می‌توانند بر اختلالات تغذیه‌ای مؤثر باشند، کنترل نشده‌اند؛ (۳) استفاده از ابزارهای خودگزارشی: به‌دلیل ماهیت خودسنجی پرسشنامه‌ها، احتمال سوگیری پاسخ‌دهی اجتماعی یا عدم دقت در پاسخ‌ها وجود دارد؛ (۴) طبیعت مقطعی پژوهش: به‌دلیل طراحی مقطعی پژوهش، نمی‌توان درباره‌ی رابطه‌ی علی میان متغیرها اظهار نظر قطعی کرد. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، به سایر پژوهشگران توصیه می‌شود تا در پژوهش‌های آتی با انجام مطالعات طول‌نگر با پیگیری شرکت‌کنندگان در طول زمان، به بررسی بهتر جهت و پایداری روابط بین متغیرها بپردازند؛ نتایج میان زنان شهرهای مختلف یا حتی جوامع فرهنگی متفاوت که می‌تواند در شناسایی نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی بر اختلالات تغذیه‌ای مؤثر باشد را مقایسه کنند؛ به بررسی متغیرهایی مانند عزت‌نفس، سبک دل‌بستگی، خودکارآمدی یا فشارهای اجتماعی که می‌تواند در تبیین دقیق‌تر اختلالات تغذیه‌ای مؤثر واقع شود، بپردازند؛ و با ترکیب مصاحبه‌های عمیق با داده‌های کمی، به کشف جنبه‌های پنهان و شخصی‌تر اختلالات تغذیه‌ای در زنان بپردازند.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، مهم‌ترین پیشنهادات کاربردی عبارت‌اند از: (۱) برگزاری کارگاه‌های آموزش تنظیم هیجان برای زنان غیرفعال: با توجه به نقش معنادار تنظیم هیجان در کاهش اختلالات تغذیه‌ای، برگزاری دوره‌های کوتاه‌مدت در مراکز بهداشت، فرهنگ‌سراها و باشگاه‌های ورزشی، می‌تواند مهارت‌های مقابله‌ای سالم را تقویت کرده و از بروز اختلالات خوردن جلوگیری کند؛ (۲) طراحی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر کاهش اضطراب اجتماعی: ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای یا آموزش مهارت‌های ارتباطی به زنان، به‌ویژه در محیط‌های شهری که فشارهای اجتماعی بیشتر است، می‌تواند در پیشگیری از رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم مؤثر باشد؛ (۳) ترویج سبک زندگی فعال از طریق سیاست‌گذاری‌های شهری: با توجه به سطح پایین اختلالات تغذیه‌ای در زنان فعال، برنامه‌ریزی برای ایجاد فضای ورزشی ایمن و قابل‌دسترس برای بانوان در محله‌ها، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روانی و جسمانی آنان ایفا کند؛ و (۴) افزایش آگاهی درباره نقش خردمندی در سلامت روان تغذیه‌ای: برنامه‌های آموزشی مبتنی بر تفکر تأملی، تاب‌آوری و تصمیم‌گیری اخلاقی در نظام آموزشی و دانشگاهی برای ارتقای سطح خردمندی و سلامت تغذیه‌ای پیشنهاد می‌شود.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز شامل: (۱) محدودیت در تعمیم‌پذیری: نمونه‌گیری فقط از زنان ساکن شهر

References

- Ahmadi, F., Sour, S., Farshbaf Mani Sefat, F., & Abolghasemi, A. (2014). Emotion regulation and mental health in obese women. *Contemporary Psychology*, 10(Special Issue): 54-56. In Persian
- Akbari, A., Hashemi, S., Khabbazi Kenari, M. (2016). The Psychometric Characteristics of Wisdom Scale (WS). *Positive Psychology Research*, 2(2), 19-34. <https://doi.org/10.22108/ppsls.2016.21334>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Amirsasan, R., & Seyed Mosavi, M. (2012). Study the eating disorders in athletes and non-athletic girls with different body composition.

- Metabolism and Exercise*, 3(2), 35-50. In Persian
5. Ardel, M. (2003). Empirical assessment of a three-dimensional wisdom scale. *Research on Aging*, 25(3), 275-324. <https://doi.org/10.1177/0164027503025003004>
 6. Arman, M. (2014). The Comparison of Depression, Anxiety and Stress between Active and Inactive Old Women in Isfahan. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, 3(3), 82-88. In Persian <https://doi.org/10.22037/jrm.2014.1100079>
 7. Askari, P., Pasha, G., & Aminian, M. (2009). The relationship between emotional regulation, psychological stressors of life and body image with eating disorders in women. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 14(13), 65-78. In Persian
 8. Bagherzadehledari, R., Hosseini, H., Forughi, A. A., & Farhoush, M. (2021). Acceptance and Commitment therapy and Eating Disorders: A Theoretical and Research Review. *Clinical Excellence*, 10(4), 24-32. In Persian
 9. Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H. J., & Hofmann, S. G. (2002). The liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behav Res Ther*, 40(6), 701-715. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00060-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00060-2)
 10. Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234-245. <https://doi.org/10.1159/000348448>
 11. Bernstein, E. E., & McNally, R. J. (2018). Exercise as a buffer against difficulties with emotion regulation: A pathway to emotional wellbeing. *Behavior Research and Therapy*, 109, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.07.010>
 12. Brunet, J., Del Duchetto, F., & Wurz, A. (2021). Physical activity behaviors and attitudes among women with an eating disorder: a qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 9(20), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00377-w>
 13. Collins, A. (2005). *Statistics on eating disorders*. Retrieved October 26, 2005.
 14. Ergüven, A. T., Teke, M. S., Üstün, Ü. D., & Ekinci, N. E. (2022). Life satisfaction and healthy nutrition attitude in physically active and inactive university students. *Progress in Nutrition*, 24(4), e2022128.
 15. Fallah Mehneh, N., Soltani, H., Mohammadi-Nezhad, M. (2024). Effect of Focused-attention Meditation on Competitive State Anxiety and Service Performance of Female Volleyball Players. *Sport Psychology Studies*, 13(48), 1-16. (In Persian). <https://doi.org/10.22089/spsyj.2024.14801.2399>
 16. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
 17. Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and anxiety*, 23(6), 331-339. <https://doi.org/10.1002/da.20163>
 18. Glück, J., & Weststrate, N. M. (2022). Wisdom and how to cultivate it: Review of interventions. *Current Opinion in Psychology*, 45, 101294. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.007>
 19. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
 20. Grossmann, I., Brienza, J. P., & Bobocel, D. R. (2020). Wisdom and morality:

- Psychological and philosophical perspectives. *Current Directions in Psychological Science*, 29(6), 603–609. <https://doi.org/10.1177/0963721420943190>
21. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). Multivariate data analysis (8th ed.). Cengage Learning.
 22. Hatami, F., Tahmasbi, F., Torabi Mehrabani, M. S. (2024). The Effect of Physical Activity on Anxiety Due to Corona-Virus Outbreak and Cognitive Function in Adolescent Girls. *Sport Psychology Studies*, 13(48), 113-126. (In Persian). <https://doi.org/10.22089/spsyj.2024.14951.2404>
 23. Hausenblas, H. A., & Fallon, E. A. (2006). Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 21(1), 33–47. <https://doi.org/10.1080/14768320500105270>
 24. Herring, M. P., O'Connor, P. J., & Dishman, R. K. (2010). The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 170(4), 321–331. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.530>
 25. Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating behaviors*, 4(2), 117-126. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00016-3](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00016-3)
 26. Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10222>
 27. Holm-Denoma, J. M., Scaringi, V., Gordon, K. H., Van Orden, K. A., & Joiner Jr, T. E. (2009). Eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes, club athletes, independent exercisers, and nonexercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 47-53. <https://doi.org/10.1002/eat.20560>
 28. Hosein-Pour, M., Ghorbani-Moghaddam, P., & Alizadeh, A. (2022). Predicting social physique anxiety Disorder based on the self-Compassion and Self-Esteem in Female Athletes. *Nursing Developement in Health*, 12(2), 37-47. In Persian
 29. Kachooei, M., Hasani, J., & Amrollahi Nia, M. (2016). Comparison of Impulsivity and Difficulties in Emotion Regulation among Overweight Women with and Without Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(5), 391-401. In Persian
 30. Khairandsh, R., Hashemi, A., Abedanzadeh, R., & Ranjbar, R. (2019). The effect of Pilates training on some psychological factors and their relation with body mass index of passive obese. *Health Psychology*, 8(29), 119-133. (In Persian). <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.37312.3806>
 31. Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
 32. Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., & Six, J. (2009). Comparison of changes in physical self-concept and global self-esteem following two different exercise programs in coronary heart disease patients. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 46(5), 637–644. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2008.09.0117>
 33. Kordi, M., Mohamadirizi, S., Shakeri, M. T., Modares Gharavi, M., & Rashidi, F. (2014). Relationship between social anxiety symptoms and eating disorder symptoms in referred nulliparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 17(109), 9-15. (In Persian). <https://doi.org/10.22038/ijogi.2014.3228>
 34. Kristeller, J. L. (2003). Mindfulness, wisdom and eating: applying a multi-domain model of

- meditation effects. *Journal of constructivism in the human sciences*, 8(2), 107-118.
35. Kunzmann, U., & Baltes, P. B. (2005). *The Psychology of Wisdom: Theoretical and Empirical Challenges*. In R. J. Sternberg & J. Jordan (Eds.), *A handbook of wisdom: Psychological perspectives* (pp. 110-135). Cambridge University Press, 2005. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511610486.006>
 36. Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
 37. Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2012). Clarifying the prospective relationships between social anxiety and eating disorder symptoms and underlying vulnerabilities. *Appetite*, 58(3), 865-872. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.02.037>
 38. Menatti, A. R., Weeks, J. W., Levinson, C. A., & McGowan, S. K. (2015). Social appearance anxiety and eating pathology: The mediating role of fear of negative evaluation. *Eating Behaviors*, 19, 116-120. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.07.007>
 39. Micklitz, K., Jacob, G. A., & Köber, C. (2021). Exploring the role of wisdom in the regulation of eating behavior. *Appetite*, 162, 105163. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105163>
 40. Modaberi, S., Pourrazi, H., & Kabiri, R. (2021). Assessing the eating disorder and coping strategies in active and inactive people during COVID-19 lockdown. *Journal of Research in Psychological Health*, 15(3), 24-39. In Perian
 41. Nemati, R., Rahmaninia, F., & Mohebi, H. (2011). Are elite athletes more prone to eating disorders than non-athletes? *Sports Physiology*, 12, 131-146. (In Persian). <https://ensani.ir/fa/article/309914/>
 42. Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
 43. Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 704-708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
 44. Özdin, S. & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and Predictors of Anxiety, Depression and Health Anxiety during COVID-19 Pandemic in Turkish Society: The Importance of Gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66, 504-511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
 45. Perrotta, G. (2019). Neural correlates in eating disorders: Definition, contexts and clinical strategies. *J Pub Health Catalog*, 2(2), 137-148.
 46. Pinheiro, A. P., Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Machado, P. P. (2008). An empirical study of the typology of bulimic symptoms in young Portuguese women. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 251-258. <https://doi.org/10.1002/eat.20497>
 47. Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
 48. Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-

- clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9(3), 366–378. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901>
49. Rueda Flores, M., Mon-López, D., Gil-Ares, J., & Coterón, J. (2023). Training Conditions and Psychological Health: Eating Behavior Disorders in Spanish High-Performance Women's Olympic Wrestling Athletes—A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2441. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032441>
 50. Sabiston, C. M., Pila, E., Vani, M., & Thogersen-Ntoumani, C. (2019). Body image, physical activity, and sport: A scoping review. *Psychology of Sport and Exercise*, 42, 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.12.010>
 51. Safarzadeh, S., & Marashian, F. S. (2013). The relationship between body image, self-concept and self-esteem with eating disorders in female students of Ahvaz Islamic Azad University. *Scientific Journal of Women and Culture*, 6(19), 73-90. In Persian
 52. Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343–366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
 53. Schmit, D. E., Muldoon, J., & Pounders, K. (2012). What is wisdom? The development and validation of a multidimensional measure. *Journal of Leadership, Accountability and Ethics*, 9(2), 39-54.
 54. Shahbazi, M., Radfar, F., & Bagherzadeh, K. (2021). Comparison of Mental Health of Active and Inactive Men and Women in Covid-19 Pandemic Conditions. *Sport Psychology Studies*, 10(37), 289-308. (In Persian).
 55. Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2021). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across eating pathology and substance use: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 87, 102030. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102030>
 56. Soleimani, M., Zamani, S. H., & Eskandarnejad, M. (2022). Investigation of predictability of cognitive, attentional and self-perceiving factors among active and inactive women. *Sport Psychology Studies*, 11(41), 63-84. In Persian <https://doi.org/10.22089/spsyj.2020.7938.1856>
 57. Soltani, N., & Mohammadi Forod, H. (2019). The effectiveness of mindfulness training on rumination and social anxiety in women with obsession. *Journal of Psychological Science*, 18(77), 617-625. In Persian
 58. Stice, E., Fisher, M., & Martinez, E. (2004). Eating disorder diagnostic scale: additional evidence of reliability and validity. *Psychol Assess*, 16(1), 60-71. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.1.60>
 59. Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622–627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
 60. Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181–198. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
 61. Svaldi, J., Caffier, D., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Emotion suppression but not reappraisal is associated with eating disorder symptoms and emotional eating. *Eating Disorders*, 20(5), 392–402.

- <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715520>
62. Treasure, J., Corfield, F., & Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European eating disorders review*, 20(6), 431-438. <https://doi.org/10.1002/erv.2181>
 63. Valizade, A., & Ariapooran, S. (2011). Prevalence of Eating Disorders and their Role in Psychological Signs among Women with Sport Activities. *JGUMS*, 20(79), 15-23. In Persian
 64. Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 17(8), 33. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>
 65. Webster, J. D. (2013). Wisdom and meaning in life: The relevance of a eudaimonic perspective in the psychology of aging. *Gerontology*, 59(6), 562–569. <https://doi.org/10.1159/000353881>
 66. Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 543-558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
 67. Wren-Lewis, S., & Alexandrova, A. (2021). Mental health without wellbeing. *Philosophical Psychology*, 34(4), 515–538. <https://doi.org/10.1080/09515089.2020.1832355>
 68. Zakerakbari, M., & Mortazavi, R. (2016). Comparing the Mental Health Of Women Participating In Public Sport With Inactive Women. *Journal of Applied Health Studies in Sport Physiology*, 2(1), 112-119. In Persian
 69. Zamani Sani, S. H., Soleimani, M., & Fathirezaie, Z. (2023). The comparison of Physical Competencies (Self-report and

Objective) and Nutritional Attitude among Active and Inactive Women. *Journal of Sports Psychology*, 15(2), 14-1. In Persian <https://doi.org/10.48308/mbsp.2022.209406.0>