فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی
Human Sciences Research Journal
دوره جدید، شماره ۲۸، تابستان ۱۳۹۹، صص ۳۳۵-۳۲۵
New Period, No 28, 2020, P 325-335
شماره شاپا (۲۴۷۶-۷۰۱۸)
ISSN (2476-7018)

بررسی الگوهای تغذیه‌ای و سوگیری شناختی متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی جسمانی

سپیده عراقیان[۱]. مهسا بامشگی[۲]. بهناز شیدعنبرانی[۳]
۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه خیام مشهد، ایران
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالی رایج و ناراحت کننده است که در اواخر نوجوانی شروع و یک دوره‌ی مزمن مستمر را باعث می‌شود. امروزه بسیاری از بیماری‌ها منشا روانشناسی دارند. لذا هدف این پژوهش بررسی الگوهای تغذیه‌ای و سوگیری شناختی متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی می‌باشد.

روش بررسی: به وسیله پرسشنامه سوگیری شناختی متمرکز بر خود وودی، چامبلس و گلدس (۱۹۹۷) و پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی جسمانی هارت و همکاران (۱۹۸۹) به بررسی ارتباط بین متغیرها پرداخته شد. جامعه آماری کلیه افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خصوصی شهر مشهد است که مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی بودند و نمونه‌آماری ۹۳ نفر از افرادی بین ۱۸-۳۰ سال در شهر مشهد که با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و دردسترس انتخاب شدند.

یافته‌ها: طبق نتایج بدست آمده توزیع داده‌ها شبیه به توزیع نرمال می‌باشد. مقدار ضریب همبستگی بین الگوی تغذیه‌ای و اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۵۰۳ می‌باشد که نشان می‌دهد بین الگوی تغذیه‌ای و اضطراب اجتماعی همبستگی بسیار قوی وجود دارد و مقدار ضریب تعدیل شده که برابر با ۰/۲۴۵ می‌باشد نشان می‌دهد که ۲۴/۵ درصد از کل تغییرات اضطراب‌اجتماعی‌جسمانی وابسته به متغیر الگوی‌تغذیه‌ای

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

ذکر شده می‌باشد. به عبارت دیگر متغیر الگوی تغذیه‌ای، ۲۴/۵ درصد از واریانس متغیر اضطراب-اجتماعی‌جسمانی را پیش‌بینی یا برآورد می‌کند. همبستگی بین سوگیری شناختی و اضطراب اجتماعی ۰/۵۹۴ می‌باشد که نشان می‌دهد بین سوگیری‌شناختی و اضطراب‌اجتماعی همبستگی بسیار قوی وجود دارد و مقدار ضریب تعدیل شده که برابر با ۰/۳۴۶ می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد الگوی تغذیه‌ای بر افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی تاثیر مثبت و مستقیم دارد. بدین معنا که چگونگه الگوی تغذیه افراد بر میزان اضطراب اجتماعی جسمانی تاثیر می‌گذارد. همچنین از طرف دیگر اثبات شد که سوگیری شناختی متمرکز بر خود بر افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی تاثیر مثبت و مستقیم دارد.

واژه‌های کلیدی: الگوهای تغذیه ای، سوگیری شناختی متمرکز بر خود، اضطراب اجتماعی جسمانی

مقدمه

بی‌شک گسترش مسائل اجتماعی و تحول روزافزون جوامع از حالت ساده به پیچیده و از سنتی به مدرن و پدیدآیی تکنولوژی نوین در عرصه‌های مختلف زندگی، موجبات بسیاری از ناسازگاری‌ها را در ابعاد مختلف زندگی از جمله خانوادگی، اجتماعی و شغلی فراهم ساخته و انسان امروز را بیش از پیش دچار سرگشتگی نموده است (۱). باورهای معرفت‌شناختی و فرایندهای ذهنی از عوامل تعیین‌کننده رفتار افراد در موقعیت مختلف زندگی می‌باشند. قطعاً آسیب در فرایندهای شناختی مانند سوگیری شناختی می‌تواند اثرات مخربی بر رفتار انسان‌ها در شرایط مختلف به ویژه موقعیت‌های استرس‌آفرین داشته باشد. منظور از سوگیری شناختی به نوعی توجه در پردازش اطلاعات گفته می‌شود که به واسطه آن افراد به برخی از محرک‌های پیرامون بیشتر توجه می‌کنند و برخی دیگر را نادیده می‌گیرند. به عبارت دیگر، سوگیری شناختی نوعی "برترگزینی سازمان یافته"[1] در توجه و پردازش محرک‌های محیطی می‌باشد. محققان سوگیری شناختی را به دو بعد متمرکز بر خود و متمرکز بر بیرون تقسیم‌بندی نمودند. در سوگیری شناختی متمرکز بر خود[2] تمام توجه فرد متمرکز بر خود و افکار خود می‌شود و محرک‌های محیطی را نادیده می‌گیرد. در سوگیری شناختی متمرکز بر بیرون این حالت برعکس است. به طوری‌که فرد به خود و افکار خود توجه ندارد و تمام توجه و دقت خود را متمرکز بر مسائل بیرونی می‌کند. سوگیری شناختی را به عنوان یک فرآیند شناختی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت غیربالینی مورد وارسی قرار دادند. تحقیقات نشان داد، زمانیکه سوگیری شناختی متمرکز بر خود، حالت منفی، افراطی، مستمر و انعطاف‌ناپذیر به خود گیرد، می‌تواند به عنوان یک نقص شناختی موجبات اختلالات روانشناختی از جمله ناسازگاری اجتماعی افراد را فراهم سازد (۲)

1. Organized choice
2. Self-Focus Cognitive Bias

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

از سوی دیگر، اختلال اضطراب اجتماعی[2] اختلالی رایج و ناراحت کننده است که در اواخر نوجوانی شروع و یک دوره‌ی مزمن مستمر را باعث می‌شود (برگرفته از انجمن روانشناسی آمریکا). مطالعات شیوع‌شناسی میزان آن را در طول زندگی در مردان ۴/۹ ٪و در زنان ۹/۵ درصد نشان داده‌اند که بیشترین مشکل افراد با هراس اجتماعی به طور متوسط بین ۱۰-۱۳ سالگی گزارش شده است، اما معمولاً تا اواخر نوجوانی این مشکل تشخیص داده نمی‌شود (۳). از آنجا که افراد با ارزیابی منفی عملکرد خویش در شرایط اجتماعی نشان می‌دهند، وقتی در چنین شرایطی قرار میگیرند، به شدت واکنش اضطراب و پریشانی نشان می دهند. اگرچه در حال حاضر اتفاق نظر بر روی علل اختلال اضطراب اجتماعی وجود ندارد، چندین مدل شناختی پاسخ‌هایی به عوامل مزمن آن ارائه داده‌اند. مدل‌های شناختی عموماً بر این فرض استوار هستند که افراد با اضطراب اجتماعی در خطای ذهنی است که معمولاً پیش‌بینی ناپذیر است. سوگیری شناختی از جهت پایداری حتی پس از آگاهی فرد نسبت به ماهیت موضوع، مشابه خطای دیداری است. آگاهی از سوگیری به تنهایی به ادراک صحیح نمی‌انجامد و بنابراین، به دشواری می‌توان به سوگیری‌های شناختی غلبه کرد (۳). توجه متمرکز بر خود به عنوان هدایت توجه نسبت به محرک‌های داخلی مانند انگیختگی فیزیولوژیکی، رفتار، احساسات یا ظاهر خود در یک رویداد اجتماعی تعریف شده است. این امر نه تنها موجب تشدید اضطراب می‌شود بلکه منجر به سوگیری منفی در عملکرد اجتماعی فرد، هم در موقعیت اجتماعی و هم بعد از آن می‌شود (۴). اضطراب اجتماعی جسمانی[4] یکی از مشکلات مرتبط با نارضایتی از وضعیت بدنی و زیرمجموعه‌ی اضطراب اجتماعی به شمار می‌رود و در شرایطی رخ می‌دهد که فرد احساس می کند ویژگی‌های جسمانی او منبع بالقوه‌ی تمسخر یا تحقیر شدنش است (۵).

پیش‌بینی می‌شود جمعیت جهانی در سن ۶۰ سال و بالاتر به دلیل کاهش باروری و افزایش امید به زندگی در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲. ۱ میلیارد نفر برسد و منجر به افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر مانند سرطان، زوال عقل و اختلالات عاطفی (مانند اضطراب و افسردگی) شود. به خصوص، انتظار می‌رود اختلالات عاطفی افزایش یابد و به طور مداوم در نتیجه تغییرات در جوامع مانند کاهش اندازه خانواده، ساختار خانواده و تنظیمات زندگی کمتر چند نسلی در حال افزایش است (۶). هرچند اختلالات اضطرابی جسمانی غالباً شناخته نشده و یا نادرست تشخیص داده می شوند. در نتیجه، افراد مبتلا ممکن است تحت درمان مناسب قرار نگیرند و دچار وخامت کیفیت زندگی و توانایی اجتماعی شوند (۷). همچنین چنانچه فرد خود را از نظر ظاهری متفاوت از دیگران ادراک و ویژگی‌های ظاهری خود را به طور منفی ارزیابی نماید، احتمال دارد مشکلات اجتماعی بیشتری را تجربه کرده، واکنش های ضعیفتری را از دیگران دریافت و بنابراین سازگاری کلی ضعیفتری را ابراز نماید (۸). در سال‌های اخیر، اختلال در نگرش‌ها و

1. Social anxiety disorder (SAD)
2. Physical Social Anxiety

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

رفتارهای خوردن به طور فزایندهای در میان زنان جوان، در تعدادی از کشورها شایع شده است، که خود از عواملی هستند که ارتباط تنگاتنگی با الگوهای تغذیه‌ای دارند (۹) به عنوان مثال اختلالات خوردن در ابتدا به صورت حالت‌های خفیف مانند نگرش غیرطبیعی نسبت به خوردن شروع و به حالت‌های بالینی غیرقابل برگشت، از جمله بی اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی تبدیل می‌شوند. نگرش‌های مختل به خوردن شامل نگرش‌ها و دیدگاه‌های غیرطبیعی راجع به وزن فعلی و ایده آل، رفتارهای خوردن (مانند تقسیم غذا به قطعات کوچک)، اشتغال ذهنی با محتویات غذا و سوخت و ساز آنها در بدن و استفاده از روش‌های خاص جهت دفع غذا از بدن (مانند استفراغ) می‌باشد (۱۰). در واقع، تغذیه مناسب و متنوع و انجام رفتارهای بهداشتی سالم از اساسی ترین پایه های سلامت می باشد. برنامه ریزی صحیح و طراحی برنامه های آموزشی مناسب در جهت پرهیز از غذاهای آماده، بی کیفیت و سرشار از چربی و نمک و بطور کلی شیوه زندگی سالم و بهداشت فردی برای افراد ضروری به نظر می رسد. به هرحال، با توجه به مسائل مطرح شده، قابل ذکر است که ارتقاء سلامت موضوعی جهانی است که مورد توجه متخصصان بهداشت و مردم قرار گرفته است. ارتقاء سلامت به عنوان یک استراتژی مؤثر در جهت بهبود سلامت کشور و دستیابی به سطح بالایی از بهزیستی در نظر گرفته شده است. پیشرفت سلامت نه تنها باعث کاهش بیماری می شود بلکه به عنوان مکانیسم تقویت رفاه یک فرد یا جامعه نیز فراتر از آنچه است که با مداخله درمانی سنتی درمانی قابل دستیابی است (۱۰) که می‌بایست در دستور کار بهداشت روان کشور به صورت جدی قرار گیرد. امروزه بسیاری از بیماری‌ها منشا روانشناسی دارند. لذا در این خصوص می‌بایست تمهیدات قابل ملاحظه‌تری صورت گیرد. چرا که بیشتر بررسی‌ها به کودکان یا سالمندان محدود می‌شوند و در سنین جوانی بررسی نشده است، لذا ضرورت انجام تحقیق در بازه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال احساس می‌گردد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است. همچنین از لحاظ نوع، همبستگی و توصیفی و رگرسیون می‌باشد. تجزیه وتحلیل داده‌ها فرایندی چند مرحله‌ای است که طی آن داده‌هایی که به طرق مختلف جمع‌آوری شده‌اند، خلاصه، دسته‌بندی و در نهایت پردازش می‌شوند تا زمینه برقراری انواع تحلیل و ارتباط بین داده‌ها به منظور آزمون فرضیه‌ها فراهم آید. در این فرآیند داده‌ها هم از از لحاظ مفهومی و هم از جنبه تجربی پالایش می‌شوند و تکنیک‌های گوناگونی آماری نقش بسزایی در استنتاج و تعمیم به عهده دارند. پژوهشگر پس از اینکه روش تحقیق خود را مشخص کرد و با استفاده از ابزارهای مناسب مانند پرسشنامه، داده‌های مورد نیاز را برای آزمون فرضیه‌های خود جمع‌آوری کرد. جامعه آماری کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی شهر مشهد است که مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی و نمونه آماری ۹۳ نفر از افرادی هستند که بین ۱۸ الی ۳۰ سال شهر مشهد انتخاب شد. قابل ذکر است روش

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و در دسترس می‌باشد. در این راستا پرسشنامه الگوی تغذیه‌ای راغ و همکاران (۱۳۹۷) با پایایی ۰/۶۶ مورد استفاده شد که در این پژوهش میزان آن ۰/۸۴ می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه می‌باشد.

پرسشنامه سوگیری شناختی متمرکز بر خود[1] این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط وودی و همکاران[2] برای اندازه‌گیری سوگیری شناختی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای دو زیرمقیاس پنج گویه‌ای است که عبارتند از مقیاس متمرکز بر خود و متمرکز بر بیرون. آزمودنی‌ها به گویه‌های این پرسشنامه بر پایه تصور تعامل اجتماعی پیشین پاسخ می‌دهند. هر گویه، شامل یک مقیاس پنج درجه‌ای است که نشان می‌دهد تا چه اندازه میزان شناخت آزمودنی‌ها با عبارت هماهنگ است. هر گویه، از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای سوگیری شناختی متمرکز بر خود و متمرکز بر بیرون به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ در نمونه ایرانی گزارش شده است. روایی سازهای این مقیاسها با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس نشان داد که این دو مقیاس جمعاً ۵۵/۸۵ از واریانس سوگیری شناختی را به خود اختصاص داده‌اند (۲). همچنین آلفای کرونباخ این پژوهش ۰/۹۴۱ گزارش شد.

پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی–جسمانی (SPAS)[3] مقیاس اضطراب اجتماعی-جسمانی، کنروی و موتل[4] مشتمل بر ۷ گویه ی لیکرتی است که بر اساس مقیاس ۱۲ گویه‌ای اولیه‌ی هارت و همکاران (۱۹۸۹)تهیه شده است. این مقیاس میزان اضطراب تجربه شده توسط یک فرد در مورد شکل اندامش در یک موقعیت اجتماعی را اندازه میگیرد و تصویر ذهنی فرد از وزن و شکل بدن ش به طور مستقیم در این پرسشنامه سنجیده نمی‌شود. آزمودنی‌ها پاسخ خود را به هر گویه بر روی مقیاس لیکرتی از ۱ = اصلاً تا ۵ = شدیداً، متناسب با وضعیت خود مشخص می‌کنند (۸). نمره‌ی آزمودنی دارای دامنه ای از ۷ تا ۳۵ است. اسکات و همکاران در سال ۲۰۰۴ پایایی زمانی این آزمون را بر اساس روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. براساس نتایج تحلیل عاملی یوسفی و همکاران، پایایی درونی ۰/۸۵ برای دانشجویان دختر و ۰/۸۱ برای دانشجویان پسر به دست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول فرم ایرانی این مقیاس است. همچنین روایی سازه‌ی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی حاکی از روایی قابل قبول در جامعه ی ایرانی بود (۸). همچنین آلفای کرونباخ این پژوهش ۰/۸۸۵ گزارش شد.

یافته‌ها

در این پژوهش به بررسی الگوهای تغذیه ای و سوگیری شناختی متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی در بازه سنی ۱۸ الی ۳۰ سال پرداخته است. نمونه آماری ۹۳ نفر می‌باشد که

1. Self-Focus Cognitive Bias
2. Woody et al
3. Social Physique Anxiety Scale, 2000
4. Motle and Conroy

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

۸۱/۷ درصد مرد، ۱۸/۳درصد زن می‌باشند. همچنین ۴/۳ درصد تحصیلات دیپلم، ۶/۵ فوق دیپلم، ۴۹/۵ درصد لیسانس و ۳۹/۸ درصد دارای تحصیلات تکمیلی بوده‌اند. در این خصوص، برای آماره های توصیفی متغیرها می بایست جامعه هدف به سوالات اختصاصی پرسشنامه پاسخ دهد، که با استفاده از نمره گذاری طیف لیکرت استخراج شده اند و در نهایت آماره های توصیفی مربوط به هر متغیر در ادامه ارائه شده اند. در بخش آمار توصیفی شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار جهت نشان دادن وضعیت داده‌ها استفاده شد. در بخش آمار استنباطی نیز از روش همبستگی و رگرسیون استفاده شد.

جدول ۱:

جدول ۱- آماره های توصیفی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
اضطراب اجتماعی	۳/۹۷۸۵	۰/۴۶۲۷۵	-۰/۰۲۸	-۱/۱۳۵
الگوی تغذیه ای	۴/۲۰۴۳	۰/۳۷۹۳۵	-۰/۱۷۶	-۱/۲۵۹
سوگیری شناختی متمرکز	۴/۲۵۸۱	۰/۴۳۸۴۲	-۰/۱۰۵	-۱/۱۳۴

در جدول شماره یک، در ستون دوم، میانگین که اساسی‌ترین معیار مرکزی مشاهدات می‌باشد، مشاهده می‌شود. طبق نتایج بدست آمده از پرسشنامه‌ها ضریب چولگی برای همه متغیرها در بازه‌ی قابل قبولی می‌باشد، به عبارتی می‌توان گفت که توزیع داده‌ها شبیه به توزیع نرمال می‌باشد. بررسی فرضیه‌های پژوهش به صورت زیر مطرح می گردد:

۱- الگوی تغذیه ای بر افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی تاثیر مثبت و مستقیم دارد.

جدول ۲:

جدول ۲- نتایج آزمون تاثیر الگوی تغذیه ای بر اضطراب اجتماعی

مدل	مولفه	R	R^2	Adjusted R^2	Std. Error of the Estimate	F
۱	الگوی تغذیه ای	۰/۵۰۳	۰/۲۵۳	۰/۲۴۵	۰/۷۷۱۰۶	۳۰/۸۴۱

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، مقدار ضریب همبستگی بین الگوی تغذیه ای و اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۵۰۳ می باشد که نشان می‌دهد بین الگوی تغذیه ای و اضطراب اجتماعی همبستگی بسیار قوی وجود دارد و مقدار ضریب تعدیل شده که برابر با ۰/۲۴۵ می باشد نشان می‌دهد که ۲۴/۵ درصد از کل تغییرات اضطراب اجتماعی جسمانی وابسته به متغیر الگوی تغذیه ای ذکر شده می‌باشد (به عبارت دیگر متغیر الگوی تغذیه ای، ۲۴/۵ درصد از واریانس متغیر اضطراب اجتماعی جسمانی را پیش بینی یا برآورد می‌کند) همچنین با توجه به معنی دار بودن آزمون **F** (۳۰/۸۴۱) در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۰۱

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی مرکب از متغیر الگوی تغذیه ای و متغیر اضطراب اجتماعی مدل خوبی بوده و متغیر الگوی تغذیه‌ای قادر است تغییرات متغیر اضطراب اجتماعی جسمانی را تبیین کند. جدول ضرایب مورد نیاز برای این تحلیل این بخش به شرح زیر می باشد:

جدول ۳:

جدول ۳- ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد

		ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	آماره t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	عرض از مبدا	۴۳۲/۰	۸۴۱/۰		۷۵۶/۳	۰/۰۰۰
	الگوی تغذیه ای	۱۳۳/۱	۲۰۴/۰	۵۰۳/۰	۵۵۳/۵	۰/۰۰۰

یافته‌های جدول ۳ ضرایب رگرسیونی متغیر الگوی تغذیه ای بر متغیر اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهد، با توجه به خروجی می توان معادله خط رگرسیون را نوشت:

اضطراب اجتماعی جسمانی = ۰/۵۰۳ (X_1)

ضریب **Beta** برای متغیر الگوی تغذیه ای برابر با ۰/۵۰۳ می‌باشد. در جدول مذکور مقادیر **t** برای این متغیر در سطح خطای ۰. ۰۵ معنادار بود ($P\text{-}Value \leq 0.05$) و این بدان معناست که با افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر الگوی تغذیه ای ، اضطراب اجتماعی به میزان ۰/۵۰۳ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

فرضیه دوم:

۲- سوگیری شناختی متمرکز بر خود بر افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی تاثیر مثبت و مستقیم دارد.

جدول ٤:

جدول ٤- نتایج آزمون تاثیر سوگیری شناختی متمرکز بر اضطراب اجتماعی

مدل	مولفه	R	R^2	Adjusted R^2	Std. Error of the Estimate	F
۱	سوگیری شناختی	۰/۵۹۴	۰/۳۵۳	۰/۳۴۶	۰/۸۸۳۰۱	۴۹/۶۵۳

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، مقدار ضریب همبستگی بین سوگیری شناختی و اضطراب اجتماعی ۰/۵۹۴ می‌باشد که نشان می‌دهد بین سوگیری شناختی و اضطراب اجتماعی همبستگی بسیار قوی وجود دارد و مقدار ضریب تعدیل شده که برابر با ۰/۳۴۶ می‌باشد نشان می‌دهد که ۳۴/۶ درصد از کل تغییرات متغیر اضطراب اجتماعی جسمانی وابسته به متغیر سوگیری شناختی ذکر شده می‌باشد (به عبارت دیگر متغیر سوگیری شناختی متمرکز، ۲۴/۵ درصد از واریانس متغیر اضطراب اجتماعی جسمانی را پیش بینی یا برآورد می‌کند) همچنین با توجه به معنی دار بودن آزمون **F** (۴۹/۶۵۳) در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی مرکب از متغیر سوگیری شناختی و متغیر اضطراب اجتماعی مدل خوبی بوده و متغیر سوگیری شناختی قادر است تغییرات متغیر اضطراب اجتماعی جسمانی را تبیین کند. جدول ضرایب مورد نیاز برای تحلیل این بخش به شرح زیر می باشد:

جدول ۵:

جدول ۵- ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد

		ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	آماره **t**	**Sig.**
		B	**Std. Error**	**Beta**		
۱	عرض از مبدا	۲۱۴/۱	۴۱۱/۰		۹۵۲/۲	۰۰۴/۰
	سوگیری شناختی	۶۴۹/۰	۰۹۲/۰	۵۹۴/۰	۰۴۷/۷	۰/۰۰۰

خروجی جدول ۵ ضرایب رگرسیونی متغیر سوگیری شناختی بر متغیر اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهد، با توجه به خروجی می توان معادله خط رگرسیون را نوشت:

(**X_2**) ۰/۵۹۴ = اضطراب اجتماعی جسمانی

ضریب **Beta** برای متغیر سوگیری شناختی برابر با ۰/۵۹۴ می‌باشد. در جدول مذکور مقادیر **t** برای این متغیر در سطح خطای ۰. ۰۵ معنادار بود (***P-Value ≤ 0. 05***) و این بدان معناست که با افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر سوگیری شناختی، اضطراب اجتماعی به میزان ۰/۵۹۴ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت تغذیه در دهه های اخیر و بروز بیماریهای مختلفی که ناشی از تغذیه نامناسب می باشد و از طرفی این مساله جنبه‌های روانشناختی نیز پیدا کرده لذا مطالعه حاضر به بررسی الگوهای تغذیه‌ای و سوگیری شناختی متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی پرداخته است. در این راستا، گزارش شده است که الگوی رژیم غذایی با سطح اضطراب بالاتر در بزرگسالان مسن همراه است (۱۳). محققان سوگیری شناختی را به عنوان یک فرآیند شناختی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت غیربالینی

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

مورد وارسی قرار دادند. تحقیقات این محققان نشان داد، زمانی‌که سوگیری شناختی متمرکز بر خود، حالت منفی، افراطی، مستمر و انعطاف‌ناپذیر به خود گیرد، می‌تواند به عنوان یک نقص شناختی موجبات اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب اجتماعی جسمانی افراد را فراهم سازد (۱۱). بررسی‌های مختلف نشان دادند، سوگیری شناختی متمرکز بر خود و الگوهای تغذیه‌ای نقش بسیار زیادی بر افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی جسمانی دارند؛ مثلاً دریبری (۲۰۰۳) به نقل از عنایت (۱۳۸۸) و آندرسون، وستون و جانسون[9] (۲۰۰۶؛ به نقل از چلیپانلو و همکاران، ۱۳۸۸) در تحقیق خود نشان دادند، از آنجا که سوگیری‌های شناختی منجر به اضطراب اجتماعی افراد در روابط بین فردی می‌شوند (۱۲)، (۱۳).

قابل ذکر است که این رابطه مستقل از عوامل خطرآمیز نظیر افسردگی، فعالیت بدنی و تحریف شناختی بود. این نتایج به اهمیت الگوهای رژیم غذایی خاص در رابطه با اضطراب اجتماعی و اقدامات بهداشت عمومی لازم است با جمعیت که در آنها بار اختلالات شناختی و روانی با نرخ نگران کننده افزوده می‌شود، اشاره دارد. شرکت کنندگانی که سن بالاتر و اضطراب بیشتری داشتند بیشتر به علائم اضطراب اجتماعی جسمانی مبتلا بودند، و این نتایج با نتایج مطالعات موجود در ادبیات (۳)، (۶)، (۷)، (۸)، (۹)، (۱۴) و (۱۵)، مطابقت دارد. سایر عوامل خطرناک مانند وقایع استرس زا در زندگی، بیماری های مزمن، عدم تحرک جسمی، افسردگی، بی خوابی و عملکرد پایین شناختی نیز با اضطراب مرتبط بوده اند. الگوهای غذایی سالم (به عنوان مثال، مصرف بیشتر سبزیجات، میوه، مرغ و ماهی) کیفیت بهتر زندگی، سلامتی و عوارض کم بیماری و همچنین بقای بالاتر در میان افراد را دارد. اختلالات اضطرابی جسمانی غالباً شناخته نشده و یا نادرست تشخیص داده می شوند. در نتیجه، افراد مبتلا ممکن است تحت درمان مناسب قرار نگیرند و دچار وخامت کیفیت زندگی و توانایی اجتماعی شوند. چندین عامل ریسکی با اضطراب مرتبط بوده است، اما ظهور یک بحران سلامتی و اجتماعی به دلیل بحران مالی و ریاضت اقتصادی سختگیرانه می تواند در بدتر کردن سلامت روان نقش داشته باشد که با تحقیقات (۱۵) و (۱۶) همراستاست. در سال‌های اخیر، اختلال در نگرش‌ها و رفتارهای خوردن بین افراد بسیار چشمگیر بوده است، که این خود از عواملی هستندکه ارتباط تنگاتنگی با الگوهای تغذیه‌ای دارند. به عنوان مثال اختلالات خوردن در ابتدا به صورت حالت‌های خفیف مانند نگرش غیرطبیعی نسبت به خوردن شروع و به حالت‌های بالینی غیرقابل برگشت، از جمله بی اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی تبدیل می‌شوند.

1. Anderson, Weston and Janson

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

فهرت منابع مآخذ

__ Anderson A. L. , Harris T. B. , Tylavsky F. A. , Perry S. E. , Houston D. K. , Hue T. F. , Strotmeyer E. S. , Sahyoun N. R. Dietary patterns and survival of older adults. J. Am. Diet. Assoc. 2011;111:84–91.

__ Chalipanlo GR Grossy Farshi MT, Ghenaatpishe Z (2009), Comparison of attentional bias towards emotional faces in patients with social anxiety, generalized anxiety and normal individuals. "Journal of Behavioral Sciences, 4(3).

__ Clark DM, Wells A (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, F. R. Schneier (Eds.), Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (69- 93). New York: Guilford.

__ Enayat J (2009), Comparison of attentional bias to drug-eliciting stimuli in normal, addicted and drug-dependent controls in self-care carers in East Azarbaijan Welfare Organization, Master of Science in Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch.

__ Esmaeilpor Kh, Nazari MA, Ali Mohammadi A (2014), The Effect of Self-focused Attention on Memory Bias in Individuals with Social Anxiety, Journal of Cognitive Psychology, 2(2): 1-9.

__ Gogic S (2013), Social anxiety disorder (Social phobia), University of Sarajevo, Department of Psychology. alrasub. com/social-anxiety-disorder-social-phobia/

__ Govindaraju T. , Sahle B. W. , McCaffrey T. A. , McNeil J. J. , Owen A. J. Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. Nutrients. 2018;10:971.

__ Heinrichs N, Hofmann, S. G (2001), Information processing in social phobia: A critical review, Clinical psychology review, 21: 751-761.

__ Karanikolos M. , Mladovsky P. , Cylus J. , Thomson S. , Basu S. , Stuckler D. , Mackenbach J. P, McKee M (2013), Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet, 381:1323–1331.

__ Kasper S (2006), Anxiety disorders: Under-diagnosed and insufficiently treated. Int. J. Psychiatry Clin. Pract, 10:3–9.

__ Poursharifi H, Hashemi nosrat abad T, Ahmadi M (2013), Comparison of social physique anxiety and eating attitudes between obese and normal-weight adolescents: the moderating role of sociocultural influence on weight loss and body change, Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology, 9(2): 49-58.

__ Sorana Ro ua,, Alexandrina L. Dumitrescub , Ioan D nil , Irina Zetu (2013), Self-Concept, Social Physique Anxiety, Social Comparison, Shyness, Sociability and Oral Health in Romanian Undergraduates, Social and Behavioral Sciences 78: 481 – 485.

__ Stanger C (2004), Social groups in action and interaction, Third edition, U. S. A.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]

__ Tarkhan M, Ahmadi Lashki Gh (2015), The Relationship between Self-Focus Cognitive Bias and Responsibility with Social Adjustment of Women, Social Cognition, 3(1): 97-108.
__ Vink D. , Aartsen M. J. , Schoevers R. A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. J. Affect. Disord. 2008;106:29–44.
__ World Population Ageing [(accessed on 20 January 2019)]; Available online http://www.un.org/en/development/desa/ population/publications /pdf/ ageing/ WPA2017_Highlights. pdf.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-19]