

نقش اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی در رفتارهای خوردن دختران نوجوان

متین یوسفی مریدانی^۱، سجاد بشرپور^۲، نیلوفر میکاییلی^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۲ استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۳ استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نام نویسنده مسئول:

متین یوسفی مریدانی

چکیده

هدف: اختلالات خوردن از اختلالات شایع روانی است که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و روانی و عملکرد افراد ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی در رفتارهای خوردن دختران نوجوان انجام گرفت.

روش‌شناسی پژوهش: طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر رشت در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. ۲۶۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. اطلاعات با پرسشنامه‌های اضطراب ظاهر اجتماعی (هارت، فلورا و همکاران، ۲۰۰۸)، استرس نقش جنسیتی زنانه (گیلسپی و ایسلر، ۱۹۹۲) و پرسشنامه نگرش به تغذیه (گارنر و گارفینکل، ۱۹۸۲) جمع‌آوری شد. برای تعیین شاخص توده بدنی قد با متر نواری و وزن با ترازوی دیجیتال اندازه‌گیری شد. داده‌ها بوسیله ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اضطراب ظاهر اجتماعی و توده بدنی با نمره کل اختلال خوردن و تمام مولفه‌های آن رابطه مثبت و معناداری دارند ($p \leq 0/05$). استرس نقش جنسیتی زنانه با نمره کل اختلال خوردن و مولفه‌های آن رابطه معناداری ندارد. براساس تحلیل رگرسیون ۱۸ درصد واریانس عادت غذایی، ۱۳ درصد واریانس تمایل، ۱۰ درصد واریانس کنترل دهانی و ۱۴ درصد واریانس اختلال خوردن توسط اضطراب ظاهر اجتماعی و توده بدنی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهند که اضطراب ظاهر اجتماعی و شاخص توده بدنی می‌توانند عامل مهمی در پیش‌بینی اختلالات خوردن دختران باشند. اما متغیر استرس نقش جنسیتی نقشی در پیش‌بینی اختلالات خوردن ندارد.

واژگان کلیدی: اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی، استرس نقش جنسیتی، اختلال خوردن

مقدمه

تغذیه به عنوان نیاز اولیه و اساسی از بدو تولد تا زمان مرگ، یکی از دغدغه‌های اصلی هر انسانی محسوب می‌شود. مکیدن و شیر خوردن در زمره‌ی اولین رفتارهای نوزاد است و به تدریج که کودک رشد می‌کند رفتار خوردن گسترش پیدا می‌کند و اشکال مختلفی به خود می‌گیرد. کمتر والدینی را می‌توان سراغ داشت که در برهه‌ای از دوره‌ی رشد فرزندانشان با مشکلاتی در زمینه‌ی تغذیه‌ی فرزند خود مواجه نشده باشند. اختلالات تغذیه و خوردن Eating and Nutrition Disorder پیچیده و چند وجهی بوده و به فشارهای اجتماعی و فرهنگی حساسیت زیادی دارد و درمان آن پزشکان و تیم درمانی را با چالش‌های جدی روبرو می‌سازد. این اختلالات با الگوی ناصحیح خوردن و اختلالات شناختی در ارتباط با غذا خوردن و وزن بدن قرار می‌گیرد که در نهایت اثر سوء بر وضعیت تغذیه‌ی ای و سلامتی فرد می‌گذارد. این اختلالات منجر به بالاترین میزان مرگ و میر در همه اختلالات روانپزشکی می‌شوند (۱).

اختلالات خوردن نوعی اختلال روانی شدید با بیماری‌های زیستی روانی اجتماعی biopsychosocial pathogenesis بوده و هزینه‌ی ای در حدود ۱ تریلیون یورو در سال، تنها در اتحادیه اروپا تحمیل می‌کنند (۲). آنها می‌توانند مزمن و ناتوان کننده شوند و با افزایش قابل توجهی در میزان مرگ و میر همراه باشند (۳). به خوبی شناخته شده است که درمان اختلالات خوردن در مقایسه با معالجه سایر اختلالات روانی بی اثر است (۴). دلیل اصلی عدم کارایی درمان‌های موجود با این واقعیت مورد تاکید قرار می‌گیرد که علت به وجود آمدن اختلالات خوردن هنوز به درستی درک نشده است (۴). بنابراین پیشرفت دانش درباره اختلالات خوردن به صورت فوری مورد نیاز است (۱).

نسخه پنجم کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) سه اختلال عمده در خوردن غذا را مشخص می‌کند: بی‌اشتهایی عصبی anorexia nervosa (AN) که مشخصه آن مصرف غذای محدودی می‌باشد که منجر به کاهش وزن و داشتن یک وزن بسیار پایین برای بدن می‌باشد. افرادی که چنین اختلالی را تجربه می‌کنند، همچنین نسبت به افزایش وزن ترس داشته و دید نادرستی نسبت به ظاهر و رفتار خودشان دارند. پراشتهایی عصبی nervosa bulimia (BN) که شامل حرص و ولع داشتن برای پرخوری و انجام دادن اقدامات جبرانی برای از بین بردن تاثیرات این پرخوری می‌باشد. این رفتارهای جبرانی شامل استفراغ از طریق خود تحریکی، سوء استفاده از ضد یبوست‌ها و ادرار آورها و ورزش کردن بیش از حد می‌باشد. و اختلال پرخوری binge eating (BED) که شامل یک نوع زیاده روی در مصرف غذا می‌باشد به نحوی که فرد یک مقدار زیاد و غیر معمول از غذا را طی چندین ساعت می‌خورد. این افراد نه تنها پرخوری می‌کنند، بلکه همچنین نمی‌توانند خوردن خودشان را کنترل کنند. در برخی مواقع اختلال زیاده روی در خوردن غذا از طریق عواطفی همانند احساس خوشحالی یا اضطراب، خستگی یا بعد از یک اتفاق استرس‌زا تشدید می‌شود (۵).

اختلالات تغذیه و خوردن از اختلال‌های نسبتاً شایع روانی است که در دهه‌های اخیر شیوع یافته و تعداد زیادی از افراد به ویژه دختران نوجوان را تحت تاثیر قرار داده است. بر اساس نتایج یک مطالعه ملی بر روی ۲۷۱۱۱ کودک و نوجوان ایرانی شیوع کلی اختلالات خوردن ۰/۸۹ بود (۶). نوجوانی زمان پرتلاطم زندگی است و نوجوان می‌تواند در آن زمان زندگی اجتماعی فعال، پویا و سرگرم‌کننده‌ای داشته باشد. با این حال برای بعضی‌ها اتفاقات خوب و پویا رخ نمی‌دهد بلکه دائماً مشغول تصورات بد و غلط درباره بدنشان می‌شود. این دوره با تغییرات سریع در رشد جسمی، توانایی‌های شناختی، سازگاری‌های هیجانی و عزت نفس مشخص می‌شود دوره ای است که معمولاً نوجوانان در مورد خود و ظاهر خود بسیار نگران هستند و توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند (۷).

یکی از عوامل تاثیرگذار در اختلال خوردن اضطراب ظاهر اجتماعی Social Appearance Anxiety می‌باشد. اضطراب ظاهر اجتماعی اشاره به اضطراب اجتماعی به خصوص ظاهر کلی، از جمله شکل بدن و ترس از ارزیابی منفی شدن توسط دیگران است. اضطراب ظاهر اجتماعی به طور کلی در مورد یک جنبه فیزیکی مانند بینی یا مو، متمرکز نیست، بلکه فشار اجتماعی در ظاهر کلی بدن است. اضطراب ظاهر اجتماعی (یعنی ترس از ارزیابی منفی از ظاهر فرد)، ترس عمومی از ارزیابی منفی و کمال گرایی به عنوان عوامل خطرزای هم اختلال اضطراب اجتماعی و هم اختلالات خوردن مطرح شده اند (۸). درواقع ذهن افراد آنها را فریب می‌دهد و یک نگاه زمخت و بدقواره از بدنشان به آن‌ها ارایه می‌دهد و یا تنها در آن‌ها احساس حقارت و نارضایتی از بدن

را به وجود می آورد. پژوهشی که بر روی ۳۰۰ زن اجرا گردید به این نتیجه دست یافت که اضطراب ظاهر اجتماعی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای رفتارهای خوردن می باشد (۹). مطالعه ای دیگر بر روی ۷۰۳ نفر از دختران و پسران ۱۱ تا ۱۸ ساله نشان داد که اضطراب ظاهر اجتماعی می تواند پیش‌بینی‌کننده اختلال خوردن باشد (۱۰). در مطالعه ای معلوم شد که اضطراب ظاهر اجتماعی از عوامل بالقوه خطرناک برای اختلالات خوردن است (۱۱).

از دیگر عوامل در ارتباط با اختلال خوردن شاخص توده بدنی (BMI) می باشد. اختلالات روانپزشکی و مشکلات شاخص توده بدنی (BMI) هر دو نگرانی اصلی بهداشت جهانی هستند (۱۲). شاخص توده بدنی عبارت است از تقسیم وزن (بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب مترمربع). شاخص توده بدنی به این دلیل مهم است که می تواند بیانگر این نکته باشد که فرد مستعد مبتلا شدن به چه بیماری‌هایی می باشد. شاخص توده بدنی کمتر از ۱۲ زندگی را به خطر می اندازد و کمتر از ۱۷/۵ باعث اختلال در قاعدگی، مشکلاتی در ارتباط با استخوان‌ها، قلب، ماهیچه و حتی مشکلات مغزی می گردد. بالا بودن میزان شاخص توده بدنی که با عنوان چاق بودن یا اضافه وزن داشتن مشخص می گردد نیز احتمال بروز اختلالات خوردن، ریسک سندرم متابولیک، دیابت نوع ۲، بیماری قلبی و عروقی، افسردگی و دیگر شرایط روانی را افزایش می دهد. بنابراین داشتن ایده‌ای درباره میزان دامنه وزن سلامت، اهمیت خاصی پیدا می کند (۱۳). در پژوهشی معلوم شد که اختلالات خوردن با افزایش توده بدنی ارتباط معناداری دارد (۱۴). در مطالعه ای دیگری که بر روی ۱۵۲۵ دختر و پسر نوجوان در هفت شهر مختلف چین اجرا گردید نتایج حاکی از آن بود که بین شاخص توده بدنی و اختلال خوردن رابطه مثبت و معناداری برقرار است (۱۵). مطالعه دیگری نشان داد که بین شاخص توده بدنی پایین و بی اشتها، عصبی و شاخص توده بدنی بالا و پراشتهایی روانی ارتباط معنی دار وجود دارد (۱۶).

عامل دیگری که می تواند با اختلالات خوردن رابطه داشته باشد، استرس نقش جنسیتی Feminine Gender Role Stress می باشد. این طور به نظر می رسد که زنان با توجه به نقش جنسیتی که دارند و استرسی را که به خاطر این نقش در جامعه تجربه می کنند، بیشتر به اختلال‌های خوردن آسیب پذیر هستند. برخی از مطالعات بر نقش تفاوت‌های فردی در پاسخ‌های شناختی و فیزیولوژیک در مواجهه با عوامل استرس‌زا تاکید کرده‌اند. چون ارزش‌ها و انتظارات اجتماعی تغییر می کنند، نقش‌های جنسیتی افراد نیز در معرض تغییر قرار دارند. اگر چه ما در مقایسه با نسل قبلی، نسبت به انتظارات اجتماعی دید بازتری داریم، ولی هنوز هم هنجارهای رفتاری مورد انتظار برای مردان و زنان در جامعه وجود دارند و از افراد انتظار می رود به عنوان زن یا مرد، رفتارهای خاصی داشته باشند (۱۷). در پژوهشی در آلمان معلوم شد که تفاوت‌های جنسیتی معناداری بین استرس نقش جنسیتی و اختلال خوردن در زنان وجود دارد (۱۸).

توجه به اختلالات نوجوانان دارای اهمیت زیادی است. نوجوانان با هر نوع اختلال روانپزشکی به طور قابل توجهی آسیب پذیری بسیار بیشتری در برابر سیگار کشیدن و اختلالات سوء مصرف مواد و سایر موارد مشابه نشان می دهند (۱۹). در جامعه با فرهنگ سنتی و درهم تنیده ای مانند ایران اظهار ابتلا به اختلال روانی بلافاصله باعث جذب برچسب‌های نامناسب اجتماعی می شود. این موضوع در انکار و پنهان کردن اختلالات روانی نقش قابل توجهی دارد (۲۰). به همین دلیل بسیاری از موارد رفتارهای خوردن نامناسب شناسایی نشده باقی می ماند. از سوی دیگر، با توجه به اثرات و پیامدهای جسمانی و روانشناختی اختلالات خوردن و شیوع نسبتاً بالای آن در میان دختران نوجوان، شناسایی عوامل مرتبط با آن ضرورت می یابد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی در رفتارهای خوردن دختران نوجوان انجام شد.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را ۱۴۰۰ نفر کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۴ دبیرستان دخترانه دوره دوم متوسطه شهر رشت در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه آماری در نظر گرفته شده طبق جدول مورگان ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه ای از ۵ دبیرستان دخترانه انتخاب شدند. به علت عدم برگشت تعدادی از پرسشنامه‌ها و ناقص بودن برخی دیگر نهایتاً تعداد ۲۶۴ نفر نمونه پژوهش حاضر را تشکیل داده است.

پرسشنامه نگرش به تغذیه (EAT) Nutrition Attitude Questionnaire:

EAT در سطحی گسترده به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه‌ی خوردن به کار می‌رود. این پرسشنامه به وسیله‌ی Garner و Garfinkey (۱۹۷۹) ساخته شده است (۲۱) و دارای دو فرم ۴۰ ماده‌ای و ۲۶ ماده‌ای است. سازندگان پس از انجام تحلیل عاملی متوجه شدند که ۱۴ مورد از عبارت‌های EAT-40 ضروری نیستند، با حذف این عبارت‌ها EAT-26 به دست آمد که همبستگی کامل با EAT-40 داشت ($r=0/98$). آزمون نگرش به تغذیه EAT-26 بر اساس استفاده‌ترین ابزار استاندارد است که برای سنجش نشانگان اختلالات تغذیه به کار می‌رود. هر یک از آیتم‌های EAT بر اساس مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. عبارت ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و دارای سه زیر مقیاس عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی می‌باشد. ضریب پایایی به روش همسانی درونی ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی همزمان نیز با به کارگیری مقیاس‌های معتبر اختلالات خوردن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۰ تا به دست آمده است (۲۲). اعتبار محتوایی فرم فارسی Eat-26 مطلوب و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۳).

پرسشنامه اضطراب ظاهر اجتماعی Social Appearance Anxiety Questionnaire:

پرسشنامه اضطراب ظاهر اجتماعی در سال ۲۰۰۸ توسط Hart و همکاران ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۱۶ سوال می‌باشد. پاسخ‌های فرد در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (نه اصلاً) تا ۵ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. سوال یک دارای نمره معکوس می‌باشد. سازندگان اعتبار آن را مطلوب و ضریب پایایی آن در سه نمونه مورد مطالعه را ۰/۹۵، ۰/۹۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده اند (۲۴). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون بر روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر ۰/۹۰ بدست آمد.

پرسشنامه استرس نقش جنسیتی زنانه Feminine Gender Role Stress Scale:

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط Gillespie و Eisler ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۹ آیتم می‌باشد. پاسخ‌های فرد در مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً استرس آور نیست) تا ۶ (بی‌اندازه استرس آور است) نمره‌گذاری می‌شود. سوالات این مقیاس شامل موقعیتهایی است که برای فردی که دارای ایدئولوژی نقش جنسیتی زنانه است، به صورت استرس‌زا ادراک می‌شود. اعتبار آن قابل قبول و پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است (۲۵). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون بر روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر ۰/۸۶ بدست آمد.

تعیین شاخص توده بدنی:

اندازه‌گیری وزن همه افراد با استفاده از ترازوی دیجیتالی (مدل ساخت seca کشور آلمان) با دقت ۰/۱ کیلوگرم در حالت بدون کفش و با حداقل لباس انجام شد. اندازه‌گیری قد بر حسب سانتی متر و با استفاده از متر نواری غیرقابل ارتجاع با دقت ۰/۱ سانتی متر بدون کفش در حالی که پشت به دیوار صاف ایستاده و پاشنه پا، باسن، کتف‌ها و پشت سر با دیوار تماس داشتند، صورت گرفت. همچنین شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها از تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد بر متر به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

تعداد ۲۶۴ دانش‌آموز دختر دبیرستانی در این مطالعه شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها به ترتیب ۱۹/۲۱ و ۰/۰۴ بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از بین آزمودنی‌ها، ۵۶ نفر (۲۱/۳ درصد) دارای سن ۱۶ سال، ۱۱۲ نفر (۴۱/۸ درصد) دارای سن ۱۷ سال، ۷۵ نفر (۲۸ درصد) دارای سن ۱۸ سال و ۲۱ نفر (۸/۹ درصد) دارای سن ۱۹ سال بودند.

جدول ۱: ضرایب همبستگی اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی با اختلال خوردن و مولفه‌های آن

متغیر	اضطراب ظاهر اجتماعی	توده بدنی	استرس نقش جنسیتی زنانه	عادت غذایی	تمایل به خوردن	کنترل دهانی	اختلال خوردن
اضطراب ظاهر اجتماعی	۱						
توده بدنی	۰/۰۸	۱					
استرس نقش جنسیتی زنانه	۰/۰۴	۰/۰۷	۱				
عادت غذایی	۰/۲۹***	۰/۲۲***	۰/۰۲	۱			
تمایل به خوردن	۰/۲۸***	۰/۱۷*	۰/۰۶	۰/۶۱***	۱		
کنترل دهانی	۰/۱۹***	۰/۱۸***	۰/۱۴	۰/۶۶***	۰/۴۵***	۱	
اختلال خوردن	۰/۲۹***	۰/۲۰***	۰/۰۱	۰/۹۵***	۰/۷۳***	۰/۸۳***	۱
میانگین	۱۸/۸۶	۱۳/۰۷	۱۰۳/۸۸	۱۷/۸۳	۴/۲۵	۸/۷۱	۳۱/۴۴
انحراف معیار	۱۳/۵۲	۳/۷۶	۳۰/۶۲	۱۲/۸۰	۴/۳۵	۶/۵۷	۲۱/۱۱

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که اضطراب ظاهر اجتماعی با مولفه‌های عادت غذایی ($r=0.29$ ؛ $P<0.01$)، تمایل به خوردن ($r=0.28$ ؛ $P<0.01$)، کنترل دهانی ($r=0.19$ ؛ $P<0.01$) و با کل اختلال خوردن ($r=0.29$ ؛ $P<0.01$) رابطه مثبت و معناداری دارد. شاخص توده بدنی با مولفه‌های عادت غذایی ($r=0.22$ ؛ $P<0.01$)، تمایل به خوردن ($r=0.17$ ؛ $P<0.05$)، کنترل دهانی ($r=0.18$ ؛ $P<0.01$) و با کل اختلال خوردن ($r=0.20$ ؛ $P<0.01$) رابطه مثبت و معناداری دارد. در مورد استرس نقش جنسیتی زنانه با هیچ کدام از مولفه‌های اختلال خوردن و کل اختلال خوردن رابطه‌ای دیده نشد.

جدول ۲: نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون عادت غذایی بر اساس اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	sig	B	SE B	β	t	sig	شاخص‌های هم‌خطی	
											تحمل	VIF
عادت غذایی		۰/۴۲	۰/۱۸	۱۰/۱۲	۰/۰۰۱							
اضطراب ظاهر اجتماعی						۰/۳۰	۰/۰۷	۰/۳۱	۴/۳۱	۰/۰۰۱	۱/۰۱	۱/۰۱
	توده بدنی					۰/۷۲	۰/۲۴	۰/۲۱	۳/۹۲	۰/۰۰۱	۱	۱/۰۱
	استرس نقش جنسیتی زنانه					۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۳۸	۰/۶۹	۱/۰۰۵	۱/۰۰۷

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد ۱۸ درصد از کل واریانس عادت غذایی به وسیله اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد ($F=10/12$ ؛ $P<0/01$). نتایج ضریب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که اضطراب ظاهر اجتماعی ($t=4/31$ ؛ $P<0/01$) و توده بدنی ($t=3/92$ ؛ $P<0/01$) مولفه‌ی عادت غذایی اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کنند ولی استرس نقش جنسیتی ($t=0/38$ ؛ $P>0/01$)، نمی‌تواند مولفه‌ی عادت غذایی اختلال خوردن را پیش‌بینی کند.

جدول ۳: نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون جوع بر اساس اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	sig	B	SE B	β	t	sig	شاخص‌های هم‌خطی	
											تحمل	VIF
تمایل به خوردن		۰/۳۶	۰/۱۳	۶/۹۹	۰/۰۰۱							
	اضطراب ظاهر اجتماعی					۰/۱۰	۰/۰۲	۰/۳۱	۴/۲۴	۰/۰۰۱	۱/۰۱	۱/۰۱
	توده بدنی					۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۱۹	۳/۰۳	۰/۰۰۱	۱	۱/۰۱
	استرس نقش جنسیتی زنانه					۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۵۷	۰/۵۶	۱/۰۰۵	۱/۰۰۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ۱۳ درصد از کل واریانس تمایل به خوردن به وسیله اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد ($F=6/99$ ؛ $P<0/01$). نتایج ضریب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که اضطراب ظاهر اجتماعی ($t=4/24$ ؛ $P<0/01$) و شاخص توده بدنی ($t=3/03$ ؛ $P<0/01$) مولفه‌ی تمایل اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کنند ولی استرس نقش جنسیتی ($t=0/57$ ؛ $P>0/01$)، نمی‌تواند مولفه‌ی تمایل اختلال خوردن را پیش‌بینی کند.

جدول ۴: نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون کنترل دهانی اختلال خوردن بر اساس اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	sig	B	SE B	β	t	sig	شاخص‌های هم‌خطی	
											تحمل	VIF
کنترل دهانی		۰/۳۳	۰/۱۰	۳/۵۴	۰/۰۱							

اضطراب ظاهر اجتماعی	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۱۷	۲/۷۰	۰/۰۱	۱/۰۱	۱/۰۱
توده بدنی	۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۱۰	۲/۴۱	۰/۰۱	۱	۱/۰۲
استرس نقش جنسیتی زنانه	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۱۶	۱/۰۶	۰/۰۶	۱/۰۰۵	۱/۰۰۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد ۱۰ درصد از کل واریانس کنترل دهانی به وسیله اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد ($F=3/54$ ؛ $P<0/01$). نتایج ضریب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که اضطراب ظاهر اجتماعی ($t=2/70$ ؛ $P<0/01$) و توده بدنی ($t=2/41$ ؛ $P<0/01$) مولفه‌ی کنترل دهانی اختلال خوردن را می‌توانند پیش‌بینی کنند ولی استرس نقش جنسیتی ($t=0/16$ ؛ $p>0/01$)، نمی‌تواند مولفه‌ی کنترل دهانی اختلال خوردن را پیش‌بینی کند.

جدول ۵: نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون کل اختلال خوردن بر اساس اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	sig	B	SE B	β	t	sig	شاخص‌های هم‌خطی	
											VIF	تحمل
کل اختلال خوردن		۰/۳۷	۰/۱۴	۵/۳۴	۰/۰۰۱							
	اضطراب ظاهر اجتماعی					۰/۱۰	۰/۰۳	۰/۱۷	۳/۶۷	۰/۰۰۱	۱/۰۱	۱/۰۱
	توده بدنی					۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۱۰	۳/۵۱	۰/۰۰۱	۱	۱/۰۲
	استرس نقش جنسیتی زنانه					۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۹۶	۰/۱۶	۱/۰۰۵	۱/۰۰۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد ۱۴ درصد از کل واریانس اختلال خوردن به وسیله اضطراب ظاهر اجتماعی، توده بدنی و استرس نقش جنسیتی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد ($F=5/34$ ؛ $P<0/01$). نتایج ضریب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که اضطراب ظاهر اجتماعی ($t=3/67$ ؛ $P<0/01$) و توده بدنی ($t=3/51$ ؛ $P<0/01$) اختلال خوردن را می‌توانند پیش‌بینی کنند ولی استرس نقش جنسیتی ($t=0/96$ ؛ $p>0/01$)، نمی‌تواند اختلال خوردن را پیش‌بینی کند.

بحث

براساس یافته های پژوهش بین اضطراب ظاهر اجتماعی و رفتارهای خوردن دختران نوجوان ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که تمام مولفه های اختلال خوردن شامل عادت غذایی، تمایل و کنترل دهانی با اضطراب ظاهر اجتماعی رابطه معنادار و مثبتی دارد. از طرفی نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اضطراب ظاهر اجتماعی می تواند به طور معناداری اختلال خوردن را پیش بینی کند. این نتایج با نتایج پژوهش های که بیانگر ارتباط بین اضطراب اجتماعی و اختلالات خوردن می باشند، همسو می باشد (۹، ۱۰، ۱۱). بنظر می رسد، دختران با داشتن اضطراب ظاهر اجتماعی بالا به طور قابل توجهی احساس شرم از بدن را تجربه می کنند که میتواند توجیهی برای اختلالات خوردن باشد. همچنین افراد دارای اضطراب ظاهر اجتماعی بالا یک لاغری غیر واقع بینانه ایده آل را دنبال می کنند که خطر نارضایتی بدنی و به دنبال آن اختلالات خوردن را افزایش می دهد. از طرفی براساس نتایج پژوهش بین شاخص توده بدنی و رفتارهای خوردن دختران نوجوان ارتباط وجود دارد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که تمام مولفه های اختلال خوردن شامل عادت غذایی، تمایل به خوردن و نمره کل اختلالات خوردن با توده بدنی رابطه معنادار و مثبت دارد و توده بدنی می تواند به طور معناداری اختلال خوردن را پیش بینی کند. پژوهش های متعددی ارتباط بین شاخص توده بدنی و اختلال خوردن را گزارش می کنند (۱۴، ۱۵، ۱۶). افزایش توده بدنی علاوه بر عوارض نامطلوب اقتصادی و پیامدهای پزشکی در بزرگسالی و عوارض جسمانی دارای پیامدهای روانی منفی زیادی می باشد به طوری که کودکان و نوجوانان چاق در معرض بسیاری از آسیب ها از جمله عدم پذیرش در اجتماع و تبعیض می باشند که منجر به عواقب منفی و ناخوشایند مانند نگرش منفی نسبت به خود، فشار روانی، افزایش خطر اختلالات خوردن و افزایش خطر اختلالات روانی دیگری می گردد. رفتار خوردن نامناسب در دوران نوجوانی می تواند روی رشد و سلامتی تاثیر منفی بگذارد و مرتبط با خطر بالا برای اضافه وزنی، چاقی، دیابت و بیماری قلبی عروقی باشد (۱۳). نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین استرس نقش جنسیتی و رفتارهای خوردن دختران نوجوان ارتباط معناداری وجود ندارد. این نتایج در تعارض با برخی تحقیقات که رابطه بین این دو را نشان می دهند (۱۸) قرار دارد. در تبیین این یافته شاید بتوان گفت استرس نقش جنسیتی زنانه در بعضی از مواقع می تواند یکی از متغیرهای تاثیرگذار در اختلالات خوردن باشد ولی با توجه به افزایش آگاهی و نشان دادن جایگاه زن در اجتماع و کاهش میزان استرس متناسب با جنسیت آنها به عنوان جنس زن نمی تواند به تنهایی زمینه ساز اختلالات خوردن باشد. با توجه به مدل جدید سلامت روانی، افرادی که در رویارویی با وقایع زندگی دارای توانمندی های رفتاری هر دو سنخ جنسیتی زنانه و مردانه هستند سلامت روانی بهتر، حرمت نفس بیشتر، منبع مهار درونی بالاتر، استقلال و انعطاف پذیری بیشتر با محیط پیرامون خود و همچنین اعتماد به نفس بالاتر و رضایت خاطر بیشتر نسبت به ظاهر و اندام خود دارند و می توانند هر چه بهتر بدون توجه به سنخ های جنسیتی و بر اساس شخصیت ویژه خود و نه بر اساس جنس خود، هر نوع رفتاری را انتخاب و رفتار مناسب را پیدا کنند. از سوی دیگر شاید شرایط متفاوت جامعه ایران بر این نتایج اثر گذاشته باشد. فراهم شدن فرصت های بیشتر تحصیلی و شغلی برای دختران در سال های اخیر و همچنین توجه بیشتر خانواده به آنان و در اختیار گذاشتن امکانات بهتر و در عین حال داشتن توقع کمتر از آنان باعث شده استرس نقش جنسیتی کمتری را تحمل کنند.

یافته های پژوهش حاکی از آن است که اضطراب ظاهر اجتماعی و توده بدنی می توانند اختلال خوردن را پیش بینی کنند، ولی مطالعه حاضر از نوع همبستگی می باشد لذا روابط بدست آمده را نمی توان به عنوان روابط علی تعبیر کرد. از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر می توان به محدود بودن پژوهش به دانش آموزان شهر رشت اشاره کرد که این موجب محدودیت در تعمیم نتایج می شود. برای افزایش تعمیم پذیری نتایج به پژوهش های بیشتری در گروه های مختلف نیاز است. با توجه به اهمیت بالای زیاد دوران نوجوانی و درمان بسیار دشوار اختلالات خوردن، توجه به رفتارهای خوردن و سبک های خوردن نوجوانان برای پیشگیری از اضافه وزن و اختلالات خوردن در آن ها ضروری بنظر می رسد. انجام تحقیقات آینده با رویکرد کیفی و با تاکید بیشتر بر عوامل محافظت کننده نسبت به عوامل خطر می تواند به فهم عمیق تر موضوع منجر شود. برگزاری کارگاه های آموزشی مختلف در سطح مدارس و مراکز مشاوره به منظور افزایش آگاهی درباره اختلالات خوردن و اضطراب ظاهر اجتماعی می تواند در جهت کاهش اختلالات خوردن مفید باشد.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد بین اضطراب ظاهر اجتماعی و توده بدنی با اختلال خوردن و کل مولفه های آن رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنظر می رسد مسایل و فشارهای روانی در دوران نوجوانی به ویژه نگرانی در مورد ظاهر جسمانی می تواند پایه گذار اختلال خوردن در دختران باشد. اگر نوجوانی همه عوامل مثبت را در محل زندگی خود داشته باشد باز هم به دلیل شرایط خاص این دوره و ورود از یک مرحله از زندگی به مرحله دیگر، مشکلات عاطفی و روحی روی می دهد. این مشکلات نتیجه مستقیم فشار و استرس است. بنابراین به دلایل متعدد، بلوغ می تواند کمی ترسناک، دلهره آور و مملو از فشارهای عادی و روزمره باشد. زندگی در عصر ما، آگاهی ها و مهارت های ظریف تری را می طلبد که با مطالعه و تجربه بدست می آیند. دسترسی به اطلاعات درست و کسب مهارت های لازم برای زندگی، در پیشگیری از آسیب های روانی سهم عمده ای دارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی خانم متین یوسفی مریدانی در دانشگاه محقق اردبیلی (کد دفاع پایان نامه ۹۸/د/۲۰/۱۰۰۱) می باشد. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خویش را از معاونت اداره کل آموزش و پرورش استان گیلان شهر رشت و همچنین تمام مدیران، معلمان و دانش آموزان مدارس شرکت کننده در پژوهش اعلام می نمایند.

منابع و مراجع

- [1] Rantala MJ, Luoto S, Krama T, Krama I. Eating Disorders: An Evolutionary Psychoneuroimmunological Approach. *Frontiers in Psychology* 2019; 2019:02200.
- [2] Schmidt U, Adan R, Bohm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S, et al. Eating disorders: the big issue. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 313–15.
- [3] Murray SB, Quintana DS, Loeb KL, Griffiths S, Le Grange D. Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol. Med* 2019; 49: 535–44.
- [4] Frank GKW, DeGuzman MC, Shott ME. Motivation to eat and not to eat - The psychobiological conflict in anorexia nervosa. *Physiol. Behav* 2019; 206:185–90.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th Edn. Washington D.C: American Psychiatric Publishing; 2013.
- [6] Mohammadi MR, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Khaleghi A, Ahmadi N, Molavi P, et al. Prevalence, correlates and comorbidities of feeding and eating disorders in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents. *International Journal of Eating Disorder* 2019. Online Version of Record before inclusion in an issue.
- [7] Pelg popco S. Social learning of social behavior in adolescence. *Journal Adolescent* 2004; 21:402-11.
- [8] Rodebaugh TL, White EK, Menatti AR, Weeks JW, Iacovino J.M, Warren CS, Levinson CA. Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? *Appetite* 2013; 67: 125-33.
- [9] Brosof LC, Levinson CA. Social appearance anxiety and dietary restraint as mediators between perfectionism and binge eating: A six month three wave longitudinal study. *Appetite* 2017; 108:335-42.
- [10] Dakanalis A, Carra G, Calogero R, Zanetti MA, Volpato C, Riva G, Cipresso P. The Social Appearance Anxiety Scale in Italian adolescent populations: Construct validation and group discrimination in community and clinical eating disorders samples. *Child Psychiatry & Human Development. Journal JAMA pediatrics* 2016; 47(1): 150–33.
- [11] Koskina A, Eynde VDF, Meisel S, Campbell IC, Schmidt U. Social appearance anxiety and bulimia nervosa. *Eat Weight Disord* 2011; 16(2): 142-45.
- [12] Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, de Girolamo G, et al. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes* 2008;32(1):192-200
- [13] Bidadian M, Bahrami Ehsan H. A review on present challenges in treatment of obesity. *J Res Behav Sci* 2013; 10(7): 757-71.
- [14] Herbozo S, Schaefer LM, Thompson JK. A comparison of eating disorder psychopathology, appearance satisfaction, and self-esteem in overweight and obese women with and without binge eating. *Eating behaviors* 2015; 17:86-9.
- [15] Fan Y, Li Y, Liu A, Hu X, Ma G, Xu G. Associations between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating disorder symptoms among non-clinical Chinese adolescents. *BMC Public Health* 2010; 10:314.
- [16] Gottfredson NC, , Zerwas SC, Bulik CM, Micali N, Yilmaz Z. Developmental Premorbid Body Mass Index Trajectories of Adolescents With Eating Disorders in a Longitudinal Population Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019; ;58(2):191-99
- [17] Nagoshi JL, Nagoshi C T, Brzuzy S. Gender and sexual identity: Transcending feminist and queer theories. New York: Springer; 2014.

- [18] Makowski AC, Mnic EE, Angermeyer MC, Lowe B, Knesebeck OVD. Sex differences in attitudes towards females with eating disorders. *Eating Behaviors* 2015; (16): 78-83.
- [19] Mohammadi MR, Ahmadi N, Khaleghi A, Amali K, Mostafavi SA, Rahgozar M, et al. Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in a National Survey of Iranian Children and Adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry* 2019; 14(4):1-15.
- [20] Sadeghieh AhariH S, Nikpou H, Molavi P, Abdi R, Amani F, Shirinzadeh B. An investigation of duration of untreated psychosis and the affecting factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2013; 21(1): 87-92.
- [21] Garner DM, Garfinkey PE. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology Medical* 1979; 9: 273-79.
- [22] Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychol metric Features and clinical correlates. *Psychology Medical* 1982; 12: 871-78.
- [23] Dezhkam M, Nobakht M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 2000;28(3):265-71.
- [24] Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RG. Development and Examination of the Social Appearance Anxiety Scale. *Assessment* 2008; 15(1): 48-59.
- [25] Gillespie BL, Eisler RM. Development of the Feminine Gender Role Stress Scale: A cognitive-behavioral measure of stress, appraisal, and coping for women. *Behavior Modification* 1992; 16: 426-38.