

## پیش بینی اختلال خوردن فرزندان از روی مولفه های سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران

محمد رضا زربخش بحری<sup>۱</sup>، علی شهبازی<sup>۲\*</sup>، سحر شهری<sup>۳</sup>

لیدا شمس آذر<sup>۴</sup>، معصومه شهری<sup>۳</sup>، سولماز رهبر فرزامی حق<sup>۴</sup>

(۱) استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

(۲) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

(۳) کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

(۴) کارشناس ارشد علم اطلاعات و دانش شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

\*نویسنده مسؤل: ashahbazi935@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله ۹۴/۲/۲۰ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۴/۳/۱۷ تاریخ پذیرش مقاله ۹۴/۵/۵

### چکیده

یکی از اختلالات نسبتاً شایع روانپزشکی که عمدتاً در انتهای نوجوانی و جوانی در افراد مشاهده میگردد، اختلالات تغذیه ای است که توسط الگوی غیر طبیعی خوردن و تحریف شناختی در ارتباط با غذا و سلامت والدین مشخص میگردد. هدف از این مطالعه تعیین رابطه و پیش بینی سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران نگرش به تغذیه فرزندان دختر آنها بوده است. مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی، ۲۵۰ دانش آموز دختر مقطع دبیرستان به همراه مادرانشان در شهر گنبد کاووس به شیوه تصادفی خوشه ای انتخاب و به پرسش نامه های سلامت عمومی (GHQ-28) و نگرش به تغذیه (EAT-26) پاسخ دادند. برای تجزیه تحلیل اطلاعات از روش های آمار توصیفی، آمار استنباطی (تحلیل رگرسیون چندمتغیره) مدل استیوایز استفاده شد. نتایج نشان داد تمام مولفه های اختلالات خوردن فرزندان دختری سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران رابطه معناداری دارند که این معناداری در مولفه های اختلالات خوردن و نگرش به تغذیه بیش از دیگر متغیرها بود و در این بین مولفه نگرش به تغذیه، متغیر (عادت غذایی) مادر مفیدترین پیش بینی کننده برای متغیر ترس از بلوغ فرزندان دختر بود. در دومین معادله مولفه نگرش به تغذیه مادران، متغیر (کنترل دهانی) مفیدترین پیش بینی کننده برای بی اعتمادی بین فردی در فرزندان دختر بود. در نهایت مجدداً مولفه نگرش به تغذیه مادران متغیر (کنترل دهانی) توانست به عنوان مفیدترین پیش بینی کننده برای متغیر کمالگرایی وارد معادله شود. در مجموع نگرش به تغذیه نسبت به سلامت عمومی مادر توانست متغیرهای اختلالات خوردن فرزندان را پیش بینی نماید. وضعیت سلامت اعضای خانواده به خصوص مادر و نگرش های آنها به چگونگی تغذیه می تواند بر وضعیت بدنی و خوردن فرزندان تأثیر داشته باشد و همچنین الگوهای صحیح و کارآمد در خانواده می تواند رهگشای سلامت روانی و جسمی این افراد باشد.

کلید واژگان: اختلال خوردن، سلامت عمومی، نگرش به تغذیه مادران.

### مقدمه

از یک بحران روحی و مشکل بهداشت روانی - رفتاری کودک باشد، می تواند موجب بیماری های جسمی حادی در او شود. برای مثال آب بدن کودکی که دچار بی اشتها بی روانی است، کم می شود و همین امر می تواند مشکلات زیادی برای او به وجود آورد. برای اختلال خوردن سه علت ذکر شده است: (۱) عدم درک مادر از اهمیت تغذیه سالم و به موقع کودک (۲) کمبودهای تغذیه ای خاص کودک (۳) در برخی موارد عادات فرهنگی. پر خوری شامل

بدن کودکان طی دوران بلوغ و نوجوانی دستخوش تغییرات بی شماری می شود که گاهی آنها را از سوی اعضای خانواده، دوستان و همکلاسی هایشان تحت فشار قرار می دهند آنها از ترس چاق شدن و اضافه وزن، نسبت به چیزی که می خوردند، بی اندازه حساس و دقیق می شوند. و به نوعی ممکن است دچار اختلال خوردن شوند. زمانی که اختلال های مربوط به خوردن کودک ناشی

به مدت ۳ ماه اتفاق می افتد؛ پرخوری با استفاده ی مکرر از رفتارهای جبرانی نامناسب مرتبط نیست و منحصراً در طی دوره های بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی اتفاق نمی افتد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلال پرخوری احتمالاً رایج ترین اختلال خوردن است و تخمین زده شده است که تقریباً دو درصد همه بزرگسالان در ایالت متحده از این اختلال رنج می برند (مولودی، ۱۳۸۹). اگرچه اختلال پرخوری به افراد چاق محدود نمی شود، این اختلال تشخیصی رایج در این گروه است، خصوصاً در میان مراجعانی که به دنبال درمان برای مشکل چاقی خود هستند (فلیج<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). بیش از ۳۰ درصد افرادی که چاق هستند و آنهایی که تلاش می کنند وزن کم کنند، ممکن است از این اختلال رنج ببرند (گینسبورگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷).

تحقیقات نشان می دهد که نیمی از افراد مبتلا به پرخوری چاق هستند (هیلبرت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). چاقی<sup>۷</sup> که با اختلال پرخوری و اعتیاد به غذا همراه است، امروزه در جهان بسیار شایع بوده و میلیون ها نفر از آن رنج می برند (هومن، ۱۳۹۰). بیماری های زیادی متأثر از چاقی است (هارب، ۲۰۱۲). نتیجه اینکه تلاش های زیادی برای کاهش وزن افراد صورت می گیرد، اما درمان های اخیر پزشکی برای این بیماری در درازمدت بی تأثیر و ناپایدار است (هینریچسن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). مشخص کردن علت پرخوری مشکل است و به نظر می رسد که این اختلال از همبستگی چندین علت به وجود می آید (جانز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷) و درمان باید مسائل جسمانی، مشکلات رفتاری و مسائل روان شناختی (والش و دولین<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از دروچی، ۱۹۹۸). از این رو مشخص کردن نقش متغیرهای روان شناختی در چاقی و اختلال پرخوری حائز اهمیت است.

بلع مقدار زیادی از غذا به طور نامعمول و احساس فقدان کنترل در طول دوره ی خوردن است، که به میزان حداقل دو بار در هفته و به مدت شش ماه رخ دهد (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۴).

همچنین در جامع ترین مطالعه انجام گرفته، میزان شیوع آن در سال ۱۳۷۷ در دختران نوجوان در تهران ۶/۶٪ گزارش شد (دژکام و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین در همین شهر حدود ۶۰٪ بزرگسالان شهرنشین، چاق یا دارای اضافه وزن هستند (جان قربانی، ۲۰۰۷). در کشورهای دیگر هم مطالعات نشان داده اند که در نوجوانان دختر ۲٪ بی اشتهایی عصبی<sup>۲</sup>، ۲/۳٪ پراشتهایی عصبی<sup>۳</sup> و ۸/۳٪ سندرم ناقص و ۱۰/۷٪ موارد تحت بالینی داشتند (وگا الونسو و همکاران، ۲۰۰۵) و همچنین در بین افراد ۱۴ تا ۱۷ ساله شیوع بی اشتهایی عصبی ۷٪ و پراشتهایی عصبی ۵٪ در بین خانم ها بود.

پراشتهایی عصبی تکرار دوره های راجع به پرخوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب از دوبار در هفته به یک بار در هفته در طی سه ماه گذشته است. معیارهای تشخیصی آن شامل خوردن، در دوره های زمانی منفصل (به طور مثال هر دوره دو ساعت) و مقدار غذایی مشخصاً بیشتر از مقدار غذایی است که اکثر مردم در دوره های زمانی و موقعیت های مشابه می خورند؛ احساس عدم کنترل بر خوردن در طی دوره ها (به طور مثال فرد احساس می کند نمی تواند خوردن را متوقف کند یا کنترلی بر این که چه می خورد و چه مقدار می خورد ندارد) غذا خوردن با سرعت بیشتر از هنجار؛ غذا خوردن تا زمانی که احساس پر بودن ناراحت کننده ای به فرد دست دهد. خوردن مقدار زیادی از غذا زمانی که فرد به طور فیزیکی احساس گرسنگی نمی کند؛ تنها غذا خوردن به دلیل احساس شرمندگی از میزان غذایی که می خورد؛ احساس انزجار از خود، افسردگی یا احساس گناه زیاد بعد از پرخوری. پرخوری حداقل یکبار در هفته

6. Hirbert  
7. Overweight  
8. Hinrichsen  
9. Jones  
10. Valesh&Dolin

1. Caplan&Sadock  
2- Anorexia Nervosa  
3- Bulimia nervosa  
4. Fleig  
5. Ginsburg

تاست و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی خوددرباره اختلال خوردن و اختلالات اضطرابی و خلقی دختران دریافتند که دختران مبتلا به بی اشتهاهی عصبی، شیوع اضطراب جدایی بیشتری دارند. استروبر (۲۰۰۹) دریافت که پرخوری در افرادی که کم اشتهاهی عصبی داشتند، در ماه های گذشته که با رویداد استرس زای زندگی مواجه بودند، بیشتر است. در پژوهشی با عنوان تفاوت های جنسیتی در اثرات گرایش به خوردن و تمرینات وابسته بر استرس زنان در دانشگاه والدام ماساچوست، به این نتیجه دست یافت که گرایش مثبت به خوردن به عنوان عامل حمایتگر در برابر استرس زنان می باشد (رنه، ۲۰۱۱). برگرون (۲۰۰۳) دریافت که افرادی که از تصویر بدنی خود ناراضی هستند تحت فشار روانی قرار گرفته و کاهش سلامت عمومی را نشان می دهد. در پژوهشی دیگر بر روی دانشجویان جدید الورود به دانشگاه نشان داده که این گروه در هر ماه ۰.۷۳ تا ۲/۴ پوندی هر ۱۲ هفته و تا ۲/۵ پوند در هر ترم وزن اضافه می کردند. (تاپ، ۲۰۰۴). روابط خانوادگی و انتظارات والدین، عوامل اصلی حامی رفتارهای قالبی منفی و جبری (که اغلب نوجوانان مبتلا به مشکلات تغذیه ای و نوجوانان چاق با آن مواجه هستند) به شمار می روند (ترنر و همکاران، ۲۰۰۵). ادراک و رفتار والدین می تواند در رفتار های نوجوانان موثر باشد (بلیست، ۲۰۰۵).

افراد عصرگرا گرایش بیشتری به اختلالات رفتاری مختلفی مانند: افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلال دوقطبی، پراشتهایی روانی، نقص توجه و بیش فعالی دارند. این ارتباط میان عصرگرایی و اختلال رفتاری خاص می تواند به وسیله ویژگی های شخصیتی ویژه ای میانجی گری شود نویدیان (۱۳۹۱)، در پژوهشی یافت که افراد عصرگرا تمایلات بیشتری به خوردن داشتند. این نتیجه عسکری (۲۰۱۳) تایید کرد. بنابراین به دلیل اهمیت شخصیت بامدادگرایی و عصرگرایی در رفتار خوردن انسان، می توان با شناخت زیربناهای این نوع شخصیت زمینه لازم برای کاهش رفتارهای پرخوری را فراهم نمود.

مطالعات نشان می دهد که خودکارآمدی رفتار خوردن شاخص پیش بینی کننده کاهش وزن است و در جریان برنامه هایی که به منظور کاهش وزن طراحی و اجرا می شوند، افزایش می یابد، مانع از افزایش وزن مجدد می شود، انگیزه و پایداری به رفتار را افزایش می دهد. به طور کلی می توان گفت که خودکارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه آموزش و مشاوره های تغذیه ای کاهش وزن مورد توجه و دقت قرار گیرد و گرنه صرفاً ارائه اطلاعات در مورد رفتار سالم و بهداشتی کافی نیست. مولودی (۱۳۸۹)، اختلال پرخوری اغلب با یک اختلال خلقی همراه است. شیوع اختلالات خلقی در افراد با معیارهای تشخیصی پرخوری به طور معناداری بالاتر است. صرف نظر از این موضوع هنوز شواهد قطعی که ارتباط علی میان این دو اختلال را نشان دهد، وجود ندارد. این احتمال نیز وجود دارد که عوامل عاطفی و احساسی ممکن است به طور غیر مستقیم منجر به پرخوری شود و تنها پیش زمینه ای برای بروز رفتارهای پرخوری در فرد است. بسیاری از افراد که رفتارهای خوردن مخرب دارند، احساس می کنند که پرخوری برای آنها به مراتب آسان تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان آور و ناخوشایند است (دروچی، ۱۹۹۸).

بر اساس تحقیقات، در اختلالات خوردن، سبک مقابله با فشار روانی از جمله عمده ترین عوامل پیش بینی کننده محسوب می شود به گونه ای که افراد برای مقابله با فشار روانی تلاش می کنند تا نوعی سبک مقابله برای کاهش آنها انتخاب کنند. انتخاب راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه به جای حل تعارضات می تواند منجر به بروز انواع اختلالات خوردن گردد. زلیله مهد شریف (۲۰۰۸)، در پژوهشی تحت عنوان تداخلات آموزش تغذیه باعث بهبود آگاهی تغذیه ای، رفتار، و عملکرد کودکان ابتدایی می شود: در این پژوهش ۳۳۵ دانش آموز ابتدایی به عنوان گروه مقایسه و گروه مداخله انتخاب شدند. گروه مداخله یک سری آموزش های تغذیه ای را به وسیله ی معلمان

اعتمادی بین فردی وکمال گرایی) با سلامت عمومی مادر و مولفه های آن یعنی (علایم جسمانی، اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) و نگرش به تغذیه مادر و مولفه های آن یعنی (عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی) آنها انجام شد. و فرض های محققین این بود که مولفه های اختلالات خوردن فرزندان با نگرش به تغذیه و سلامت عمومی مادران مرتبط است، و همینطور کدام مولفه می تواند مفیدترین پیش بینی کننده برای متغیر مستقل باشد.

### مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بر روی ۲۵۰ دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دولتی شهر گنبد کاووس در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ به همراه مادرانشان انجام شد. این نمونه ها به شیوه تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. بدین صورت که از بین مدارس دخترانه مقطع دبیرستان شهر گنبد کاووس پنج مدرسه بر اساس منطقه جغرافیایی انتخاب و از هر مدرسه یک کلاس پایه دوم، یک کلاس پایه سوم و یک کلاس پایه پیش دانشگاهی انتخاب شدند. مادران این دانش آموزان نیز به منظور پاسخ دهی به پرسشنامه های سلامت عمومی و نگرش به تغذیه نیز انتخاب شدند. همچنین برای جمع آوری اطلاعات از مادران با گرفتن آدرس به محل زندگی دانش آموزان رفته و پرسش نامه ها به صورت حضوری انجام شد. تعداد اولیه نمونه ها ۳۰۰ نفر بود که پس از جمع آوری پرسش نامه ها، و حذف پرسش نامه های مخدوش یا ناقص در نهایت اطلاعات ۲۵۰ پرسشنامه مربوط به دانش آموزان و مادرانشان به عنوان نمونه نهایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار اندازه گیری

ابزارهای مورد استفاده برای گرد آوری داده ها شامل پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ-28)، آزمون نگرش

تعلیم یافته دریافت کردند. و سپس نتایج قبل و بعد از مقایسه با یکدیگر مقایسه گردید. نتایج نشان داد فراهم کردن آگاهی و دانش تغذیه ای برای کودکان از اهمیت بسزایی برخوردار است و باعث بهبود رفتارهای رژیمی سالم خواهد شد. جاشوا هرابوسکی (۲۰۰۹)، در پژوهشی تحت عنوان مقایسه ی تصویر بدنی چند بعدی در میان بیماران دارای اختلالات خوردن و اختلالات بدشکلی بدن بوسیله کنترل های بالینی. نتایج نشان داد در این مطالعه بیماران دارای اختلال بدشکلی بدن، اختلال تصویر بدنی بیشتری را در مقایسه با دو گروه دیگر از خود نشان دادند.

سها (۲۰۱۲)، در پژوهشی به بررسی مطالعه ی سطح آگاهی، رفتار و عمل و همچنین اثرات محیط مدرسه بر حالات تغذیه ای کودکان در خانواده های ثروتمند در شهر دراکای بنگلادش پرداخت. نتایج نشان داد: یک رابطه ی فاحش و منفی بین مدت زمان فعالیت فیزیکی در مدرسه و تغذیه ی بیش از حد (ایجاد چاقی) وجود دارد.

هیلبرت (۲۰۰۷)، مطالعات نشان می دهد که چاقی یک از مشکلات جوامع معاصر است. اهمیت این موضوع را می توان با توجه به بیانات هومن (۱۳۹۰)، در نظر گرفت، که ۶۰ درصد از مرگ و میرها در ایران به دلیل چاقی و عوارض آن است، و ایران رتبه ۶۶ دنیا در زمینه چاقی است. همچنین چاقی و اضافه وزن در بین مردان ایرانی ۴۲/۸ درصد و در بین زنان ۵۷ درصد است که پیش بینی می شود تا سال ۲۰۱۵ در مردان به ۵۴ درصد و در زنان به ۷۴ درصد افزایش یابد. با توجه به اینکه ارتقاء سطح سلامت دختران نوجوان به عنوان مادران آینده می توانند سلامت نسل آینده جامعه را تامین کنند، از این رو دوره بلوغ یک فرصت طلایی برای انجام هر گونه مداخله در بهبود وضع تغذیه و سلامت را فراهم می کند (اسپار، ۲۰۰۴).

لذا مطالعه حاضر باهدف پیش بینی اختلال خوردن فرزندان از روی مولفه های سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران آنها و رابطه بین اختلالات خوردن (ترس از بلوغ، بی

به تغذیه (EAT-26) و آزمون اختلالات خوردن (EDI) بود. سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلبر (۱۹۷۹) ساخته شده، یک مقیاس مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که با هدف ردیابی افراد دارای اختلال روانی استفاده می شود. این آزمون ۲۸ سوالی از ۴ زیرمقیاس علائم جسمانی سوالهای ۱ تا ۷، اضطراب و بی خوابی سوالهای ۸ تا ۱۴، اختلال در کارکرد اجتماعی سوالهای ۱۵ تا ۲۱ و افسردگی سوالهای ۲۲ تا ۲۸ تشکیل می شوند که ۴ نمره آن مربوط به زیر مقیاس ها و ۱ نمره هم که از مجموع نمره ها بدست می آید، نشانگر نمره کلی فرد است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد فرد از سلامت عمومی کمتری برخوردار است. روش نمره گذاری در این آزمون به این شکل بود که به گزینه های اصلا، در حد معمول، کمتر از حد معمول و خیلی کمتر از حد معمول به ترتیب نمره های (۰، ۱، ۲، ۳) تعلق می گیرد.

آزمون نگرش به تغذیه توسط کارنر و گارفینکل در سال ۱۹۷۹ ساخته و در سال ۱۹۸۹ تجدید نظر شده. این آزمون ۲۶ سوالی شامل ۳ زیرمقیاس عادت غذایی، جو یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی است که به صورت درجه بندی به مبنای لیکرت نمره گذاری می شود یعنی همیشه، اکثرا، اغلب، گاهی، به ندرت و هرگز به ترتیب (۳، ۲، ۱، ۰، ۰، ۰، ۰) عبارت ۲۶ به صورت معکوس می باشد. بنابراین نمره های EAT-26 می تواند از صفر تا ۷۸ باشد. نمره برش ۲۰ و بالاتر EAT-26 احتمال وجود اختلال خوردن را نشان می دهد (دژکام و همکاران، ۲۰۰۰). در پژوهش حاضر اعتبار آزمون نگرش به تغذیه به روش ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد که برای کل مقیاس ۰/۷۱۵ بدست آمد.

#### -سیاهه اختلال خوردن (EDI)

یک مقیاس ۶۴ سؤالی خود توصیفی برای ارزیابی ویژگیهای روانشناختی و نشانه های مرتبط با بی اشتها و پرخوری عصبی میباشد. این پرسشنامه یکی از مهمترین ابزارهای استاندارد است که نه تنها جنبه های نشانه شناسی اختلال های خوردن را می سنجد

بلکه آسیب شناسی بنیادین شخصیت را نیز می سنجد. این پرسشنامه شامل ۸ زیر مقیاس است که میتواند به دو بعد مهم بالینی نگرش های خوردن، و ویژگیهای بدکارکردی من تقسیم شود. این آزمون دارای روایی تشخیصی (۰/۷۳) و همگراست (۰/۶۹) و با طبقه بندی بالینی رابطه مثبتی دارد و روایی تشخیصی خوبی ۰/۷۳ دارد. به عنوان مثال، گارنر و همکارانش (۱۹۸۳) همبستگی درونی زیرمقیاسهای این سیاهه را در دامنه ای از ۰/۳۰ تا ۰/۵۸ گزارش کردند. روایی سازه در نمونه ایرانی، دامنه ۰/۳۴ تا ۰/۶۶ به دست آمد. آلفای کرونباخ سیاهه، ۰/۷۶ بدست آمد که از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است (شایقیان، ۲۰۱۰).

روش تجزیه و تحلیل داده ها: روش های آماری به کارگرفته شده در این پژوهش، در زمینه ی آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون و برای آزمون فرضیه ها از تحلیل رگرسیون چند گانه به روش گام به گام استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته های توصیفی مطالعه حاضر نشان داد که از بین ۲۵۰ مادر نمونه های پژوهش، مادران خانه دار (۷۲٪) و دارای تحصیلات زیر دیپلم (۵۹،۲٪)، بیشترین درصد را به خود اختصاص داده بودند. به ترتیب مادران کارمند دولت (۲۳، ۶٪) و مشاغل خصوصی (۴، ۴٪)، همچنین مادران دیپلمه و لیسانس (هر کدام ۱۶، ۸٪) و فوق لیسانس (۸٪) رده های بعدی را تشکیل می دادند. همچنین دختران در پایه های دوم (۴۲٪)، سوم (۳۲، ۸٪) و پیش دانشگاهی (۲۵، ۲٪) را تشکیل دادند. همچنین میانگین وزن دانش آموزان در این پژوهش (۵۳، ۶۸٪) بود.

از بین متغیرهای ملاک بیشترین میانگین مربوط به عادت غذایی دختران با (۷، ۲۳) و انحراف استاندارد (۶، ۲۷۲) و در بین متغیر های پیش بین بیشترین میانگین مربوط به عادت غذایی مادران با میانگین ( ۸، ۷۱) و انحراف استاندارد (۶، ۱۹) بود که در جدول ۱ نشان داده شده است.

همچنین نتایج جدول ۱ نشان داد که بین مؤلفه ی ترس از بلوغ با مولفه سلامت عمومی (علایم افسردگی) و مولفه نگرش به تغذیه ( عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی) در سطح ( $p < 0/01$ ) و با تحصیلات و شغل مادران در سطح ( $p < 0/05$ )، همچنین بی اعتمادی بین فردی با مولفه های سلامت عمومی (اختلال خواب و کارکرد اجتماعی) در سطح ( $p < 0/01$ ) و نگرش به تغذیه (عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی) در سطح

همچنین نتایج جدول ۱ نشان داد که بین مؤلفه ی ترس از بلوغ با مولفه سلامت عمومی (علایم افسردگی) و مولفه نگرش به تغذیه ( عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی) در سطح ( $p < 0/01$ ) و با تحصیلات و شغل مادران در سطح ( $p < 0/05$ )، همچنین بی اعتمادی بین فردی با مولفه های سلامت عمومی (اختلال خواب و کارکرد اجتماعی) در سطح ( $p < 0/01$ ) و نگرش به تغذیه (عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی) در سطح

جدول ۱. میانگین انحراف استاندارد و ضریب همبستگی متغیرهای عادت غذایی ، تمایل به خوردن کنترل دهانی فرزندان دختر و متغیرهای پیش بینی کننده(مادران)

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
اختلالات خوردن فرزندان (EDI)	ترس از بلوغ	۱۱۸	۱۳۹۰	۰/۰۰۷	۰/۰۴۲	۰/۰۲۹	۰/۱۶۵	۰/۳۰۷	۰/۱۵۲	۰/۱۳۰	۰/۱۴۸
	بی اعتمادی بین فردی	۱۱۱	۱۳۲۱	۰/۰۵۵	۰/۰۲۷	۰/۱۶۸	۰/۱۸۰	۰/۲۵۴	۰/۱۸۸	۰/۰۸۸	۰/۱۰۷
	کمالگرایی	۱۱۸	۱۷۵۴	۰/۱۲۳	۰/۰۸۶	۰/۱۴۳	۰/۱۹۷	۰/۲۵۳	۰/۲۱۱	۰/۱۳۴	۰/۱۹۳
	علائم جسمانی	۱۰۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰
	اختلال خواب	۱۰۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰
سلامت عمومی مادران (GHQ)	کارکرد اجتماعی	۱۰۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰
	علایم افسردگی	۱۱۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰
	اختلال خواب	۱۰۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰
	کارکرد اجتماعی	۱۰۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰
نگرش به تغذیه مادران (EAT)	عادت غذایی	۱۱۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰
	تمایل به خوردن	۱۱۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰
	کمالگرایی	۱۱۸	۱۳۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	۰/۰۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶	۰/۳۱۲	۰/۳۰۰

ادامه جدول ۱. میانگین انحراف استاندارد و ضریب همبستگی متغیرهای عادت غذایی، تمایل به خوردن کنترل دهانی فرزندان دختر و متغیرهای پیش بینی کننده (مادران)

متغیرها	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	SD	M	ویژگی های جمعیت شناختی
۰/۱۹۲	۰/۱۲۰	-							۰/۵۲۵	۰/۸۷	۷- کنترل دهانی	
-	-								۳	۴		
*												
۰/۷۵۰									۰/۵۵۵	۰/۳۲	۸- شغل مادران	
*									۰	۱		
									۰/۱۷۴	۰/۸۳	۹- تحصیلات مادران	
									۱	۱		

$P < 0.05$  و  $p^{**} < 0.01$

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون مؤلفه های سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران برای پیش بینی ترس از بلوغ، بی اعتمادی بین فردی و کمالگرایی فرزندان

متغیر ملاک	مدل	متغیر پیش بین	R	R <sup>2</sup>	R	F	P
ترس از بلوغ	۱	عادت غذایی	۰/۳۰۷	۰/۰۹۴	۰/۰۹۱	۲۵/۷۸۷	۰/۰۰۰
	۲	کنترل دهانی	۰/۳۵۲	۰/۱۲۴	۰/۳۰	۸/۴۴۷	۰/۰۰۴
	۳	علائم افسردگی	۰/۳۷۵	۰/۱۴۰	۰/۰۱۶	۴/۶۳۹	۰/۰۳۲
بی اعتمادی بین فردی	۱	کنترل دهانی	۰/۳۰۸	۰/۰۹۵	۰/۰۹۱	۲۵/۹۰۲	۰/۰۰۰
	۲	عادت غذایی	۰/۳۵۲	۰/۱۲۴	۰/۰۲۹	۸/۲۵۰	۰/۰۰۰
	۳	کارکرد اجتماعی	۰/۳۸۵	۰/۱۴۸	۰/۰۲۵	۷/۰۸۹	۰/۰۰۸
کمالگرایی	۱	کنترل دهانی	۰/۲۷۲	۰/۰۷۴	۰/۰۷۰	۱۹/۷۴۵	۰/۰۰۰
	۲	علائم افسردگی	۰/۲۹۹	۰/۰۸۹	۰/۰۱۶	۴/۲۵۱	۰/۰۴۰

جدول ۳. ضرایب تحلیل رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد برای پیش بینی ترس از بلوغ، بی اعتمادی بین فردی و کمالگرایی فرزندان

شاخص آماری متغیر پیش بین	ضریب غیر استاندارد	ضریب استاندارد	T	سطح معناداری
عدد ثابت	۶/۷۵۳	-	۱۲/۰۹۳۹	۰/۰۰۰
عادت غذایی	۰/۱۸۱	۰/۲۵۶	۴/۱۳۲	۰/۰۰۰
کنترل دهانی	۰/۱۹۷	۰/۱۵۹	۲/۵۲۷	۰/۰۱۲
علائم افسردگی	۰/۱۳۹	۰/۱۲۹	۲/۱۵۴	۰/۰۳۲
عدد ثابت	۵/۱۲۴	-	۷/۰۶۸	۰/۰۰۰
کنترل دهانی	۰/۲۹۱	۰/۲۳۸	۳/۸۳۵	۰/۰۰۰
عادت غذایی	۰/۱۳۴	۰/۱۹۲	۳/۱۰۹	۰/۰۰۲
کارکرد اجتماعی	۰/۲۰۶	۰/۱۵۸	۲/۶۶۲	۰/۰۰۸
عدد ثابت	۷/۰۹۱	-	۱۶/۵۲۲	۰/۰۰۰
کنترل دهانی	۰/۲۶۶	۰/۲۵۰	۴/۰۵۹	۰/۰۰۰
علائم افسردگی	۰/۱۱۷	۰/۱۲۷	۲/۰۶۲	۰/۰۴۰

با توجه به نتایج جدول یک هدف تحقیق از تحلیل رگرسیون چند متغیر به روش گام به گام به شیوه همزمان در یک مجموعه منظم استفاده شد که در جدول ۲ تا ۳ ارایه شده است. یافته های تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون که در جدول ۲ آمده است نشان می دهد که در اولین مدل پیش بینی متغیر مولفه های سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران به طور معناداری به ترتیب وارد معادله شدند و نشان داد که می توانند متغیر ترس از بلوغ، بی اعتمادی بین فردی و کمال گرایی در دانش آموزان را پیش بینی نماید. همچنین نتایج نشان داد که سهم مولفه های نگرش به تغذیه مادران به ترتیب مفید ترین پیش بینی کننده ها متغیرهای (عادت غذایی به تنهایی از متغیر ترس از بلوغ را پیش بینی می کند)  $(R^2=0/09)$  در مرحله دوم وقتی متغیر کنترل دهانی به مدل اضافه می شود، مقدار  $R^2$  به ۱۲ درصد افزایش پیدا کرده است؛ در مرحله سوم متغیر علائم افسردگی به مدل اضافه شد که مقدار  $R^2$  به ۱۴ درصد افزایش پیدا کرده است به عبارت دیگر ۱۴ درصد از تغییرات ترس بلوغ، به تغییرات سه متغیر کنترل دهانی، عادت غذایی و علائم افسردگی وابسته است که سهم کنترل دهانی ۳ درصد و علائم افسردگی ۲ درصد است. بنابراین، می توان نتیجه گیری کرد که در مجموع ۱۴ درصد از واریانس ترس بلوغ به واریانس عادت غذایی، کنترل دهانی و علائم افسردگی مربوط است و دیگر متغیر های مستقل نتوانستند قدرت پیش بینی را به طور معنی دار بالا ببرند بر اساس نتایج حاصل از جدول ۲ مدل دوم با توجه به قدرت تبیین  $(R^2=0/14)$  به عنوان مدل نهایی برای انتخاب شد.

در ادامه نتایج در دومین پیش بینی متغیر وابسته با توجه به نتایج جدول دو نشان داد که یافته های تحلیل واریانس که مولفه های سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران به طور معناداری به ترتیب وارد معادله شدند و نشان داد که می توانند متغیر بی اعتمادی بین فردی را در دانش آموزان را پیش بینی نماید. همچنین نتایج نشان داد که سهم مولفه های نگرش به تغذیه مادران به ترتیب مفید ترین

پیش بینی کننده ها متغیرهای (کنترل دهانی به تنهایی از متغیر بی اعتمادی بین فردی را پیش بینی می کند)  $(R^2=0/095)$  در مرحله دوم وقتی متغیر عادت غذایی به مدل اضافه می شود، مقدار  $R^2$  به ۱۲ درصد افزایش پیدا کرده است؛ در مرحله سوم متغیر کارکرد اجتماعی به مدل اضافه شد که مقدار  $R^2$  به ۱۵ درصد افزایش پیدا کرده است به عبارت دیگر ۱۵ درصد از تغییرات بی اعتمادی بین فردی، به تغییرات سه متغیر کنترل دهانی، عادت غذایی و کارکرد اجتماعی وابسته است که سهم کنترل دهانی ۳ درصد و کارکرد اجتماعی ۲ درصد است. بنابراین، می توان نتیجه گیری کرد که در مجموع ۱۵ درصد از واریانس بی اعتمادی بین فردی به واریانس عادت غذایی، کنترل دهانی و کارکرد اجتماعی مربوط است و دیگر متغیر های مستقل نتوانستند قدرت پیش بینی را به طور معنی دار بالا ببرند بر اساس نتایج حاصل از جدول ۲ مدل دوم با توجه به قدرت تبیین  $(R^2=0/15)$  به عنوان مدل نهایی برای متغیر بی اعتمادی بین فردی انتخاب شد.

در نهایت در پیش بینی متغیر وابسته کمال گرایی با توجه به نتایج جدول نشان می دهد که یافته های تحلیل واریانس که مولفه های سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران به طور معناداری به ترتیب وارد معادله شدند و نشان داد که می توانند متغیر کمال گرایی را در دانش آموزان را پیش بینی نماید. همچنین نتایج نشان داد که سهم مولفه های نگرش به تغذیه مادران به ترتیب مفید ترین پیش بینی کننده ها متغیرهای (کنترل دهانی به تنهایی از متغیر کمال گرایی را پیش بینی می کند)  $(R^2=0/074)$  در مرحله دوم وقتی متغیر علائم افسردگی به مدل اضافه می شود، مقدار  $R^2$  به ۹ درصد افزایش پیدا کرده است؛ به عبارت دیگر ۹ درصد از تغییرات کمال گرایی، به تغییرات دو متغیر کنترل دهانی و علائم افسردگی وابسته است که سهم علائم افسردگی ۲ درصد است. بنابراین، می توان نتیجه گیری کرد که در مجموع ۹ درصد از واریانس کمال گرایی به واریانس کنترل دهانی و علائم افسردگی



است که نشان می دهد این متغیر قوی ترین سهم را برای تبیین متغیر ملاک را فراهم می آورد.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین اختلالات خوردن (ترس بلوغ) فرزندان با سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران رابطه معنا داری وجود دارد، به طوری که متغیر ترس از بلوغ دختران با علائم افسردگی، عادت غذایی، تمایل به خوردن، کنترل دهانی، شغل و تحصیلات مادران رابطه معنا داری داشت. اما در دیگر متغیرها رابطه ای مشاهده نشد. در واقع مفیدترین پیش بینی کننده برای متغیر ترس از بلوغ دختران به ترتیب عادت غذایی، کنترل دهانی و علائم افسردگی مادران وارد معادله شده که مجموعاً توانسته ۱۴ درصد از متغیر ترس از بلوغ را پیش بینی کنند. بنابراین پیش بینی کننده مناسبی برای ترس از بلوغ فرزندان دختر بود که توانست ۹۹ درصد از تغییرات مربوط به ترس از بلوغ را پیش بینی نماید. این یافته ها مشابه نتایج بدست آمده کلیشادی بود که به این نتایج دست یافت که عادت های غذایی نامناسب و همچنین بد غذایی در کودکان و نوجوانان ایرانی که محیط خانوادگی پر تنش را تجربه کردند دیده می شود (کلیشادی، ۲۰۰۷). مادرانی که نگرش بهتری نسبت به تغذیه و عادت های غذایی مناسب تری دارند فرزندان آنها نسبت به وعده های غذایی از سیلک منظم تری برخوردارند و به هنگام غذا خوردن محتاط تر عمل می کنند. مطالعات نشان می دهد که خانواده اولین نهاد اجتماعی است که فرد در آن تجاربی را بدست می آورد، و والدین در الگوهای رفتار های بهداشتی نقش مهمی را ایفا می کنند. (دودل و همکاران، ۲۰۰۷). نقش اعضای خانواده در وضعیت تغذیه فرزندان به خصوص دختران نوجوان بسیار اهمیت دارد. سلامت عمومی پایین و نگرش به تغذیه منفی در مادر باعث ایجاد ترس و نگرانی از بلوغ را در دختران افزایش می دهد. (جعفری و کشاورز، ۲۰۰۳). طوری که دختران مبتلا به بی اشتهایی عصبی، اختلالات خوردن و تغذیه

مربوط است و دیگر متغیر های مستقل نتوانستند قدرت پیش بینی را به طور معنی دار بالا ببرند بر اساس نتایج حاصل از جدول ۲ مدل سوم با توجه به قدرت پیش تبیین ( $R^2=0/9$ ) به عنوان مدل نهایی برای متغیر بی اعتمادی بین فردی انتخاب شد.

بنابراین می توان گفت که متغیرهای مستقل سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران که بهترین مولفه های آنها وارد معادله رگرسیون شده است لذا مفیدترین پیش بینی کننده برای متغیر ملاک یعنی ترس از بلوغ، بی اعتمادی بین فردی و کمالگرایی فرزندان را داشت.

با توجه به نتایج ۳ عادت غذایی کنترل ( $P<0/000, T=4/132$ ),

دهانی ( $P<0/012, T=2/527$ ) و علائم

افسردگی ( $P<0/032, T=2/154$ ) به شکل مثبت ترس از بلوغ را پیش بینی می کنند. نتایج رگرسیون گویای این است که از بین سه مولفه ی پیش بینی، عادت غذایی دارای بزرگترین ضریب بتا، برابر ۰/۲۵ برای ترس از بلوغ است که نشان می دهد این متغیر قوی ترین سهم را برای تبیین متغیر ملاک را فراهم می آورد.

در ادامه در دیگر متغیر وابسته یعنی بی اعتمادی بین فردی مولفه کنترل دهانی ( $P<0/000, T=3/835$ ), عادت غذایی ( $P<0/002, T=3/109$ ) و کارکرد

اجتماعی ( $P<0/008, T=2/662$ ) به شکل مثبت بی اعتمادی بین فردی را پیش بینی می کنند. نتایج رگرسیون گویای این است که از بین سه مولفه ی پیش بینی، کنترل دهانی دارای بزرگترین ضریب بتا، برابر ۰/۲۳ برای بی اعتمادی بین فردی است که نشان می دهد این متغیر قوی ترین سهم را برای تبیین متغیر ملاک را فراهم می آورد.

در نهایت در دیگر متغیر ملاک کمالگرایی مولفه کنترل دهانی ( $P<0/000, T=4/059$ ) و علائم

افسردگی ( $P<0/040, T=2/062$ ) به شکل مثبت کمالگرایی را پیش بینی می کنند. نتایج رگرسیون گویای این است که از بین سه مولفه ی پیش بینی، عادت غذایی دارای بزرگترین ضریب بتا، برابر ۰/۲۵ برای کمالگرایی

،شیوع اضطراب جدایی و همینطور علایم اضطراب فراگیر و افسردگی بیشتر را گزارش می دهند(۳۰).کای و همکارانش در بررسی دریافتند که افرادی که مبتلا به اختلالات تغذیه ای می باشند در مقایسه بافرد سالم ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زیادی را گزارش می دهند(کای و همکاران،۲۰۰۴)

در ادامه این پژوهش دیگر نتایج اختلالات خوردن (بی اعتمادی بین فردی)فرزندان با سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران رابطه معنا داری وجود دارد به طوری که رابطه بین بی اعتمادی بین فردی دختران با کارکرد اجتماعی،علایم افسردگی، عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی رابطه معناداری دارد و در دیگر متغیر های دیگر رابطه ای مشاهده نشد. مفید ترین پیش بینی کننده برای متغیر بی اعتمادی بین فردی دختران به ترتیب کنترل دهانی، عادت غذایی و کارکرد اجتماعی مادران وارد معادله شده که مجموعا توانسته ۱۵ درصد از متغیر بی اعتمادی بین فردی را پیش بینی کنند.بنابراین پیش بینی کننده مناسبی برای بی اعتمادی بین فردی فرزندان دختر بود که توانست ۹۹ درصد از تغییرات مربوط به بی اعتمادی بین فردی را پیش بینی نماید.نگرانی های مفرط و کنترل های بی مورد در خصوص تغذیه در محیط خانواده می تواند به فرزندان منتقل شود که این عوامل اضطراب را در طول زندگی منجر به بعضی از آسیب های روانی اجتماعی از جمله روابط ناکارآمد در فرد ایجاد میکند که این بی اعتمادی در روابط در زندگی شخصی و عمومی وی می تواند مخرب باشد،لذا الگوهای ناصحیح تغذیه ای در مادران می تواند زمینه ساز الگوهای ناکار آمد تغذیه ای در فرزندان خود را افزایش دهند و آنها را مستعد به برخی از بیماری های داخلی و روانی نماید.هنجارهای فرهنگی جدید در سبب شناسی مشکلات تغذیه ای نقش دارند.امروزه لاغری به ویژه برای زنان امتیاز محسوب می شود و طی ۳۰ سال گذشته اندام ایده آل به طور روز افزونی اندامی لاغر بوده است (کاکاوند،۲۰۰۶).صنعتی شدن افزایش شهر نشینی ترویج عادت های غذایی غربی،ایجاد

تغییر در مفهوم زیبایی و نگرش به چاقی و همینطور روابط ناصحیح والدین از جمله مادربه عنوان الگو تربیتی در محیط خانواده و رژیم های ناصحیح غذایی در دختران نوجوان را به سمت اضطراب و پرخوری جهت می دهند.و زمینه ای را برای مشکل تغذیه ای فراهم می سازد.(کای و همکاران،۲۰۰۴) برخی مطالعات نشان می دهد که افراد مبتلا به پرخوری و مشکلات تغذیه ای از بعضی از ناسازگاری های اجتماعی رنج می برند،و مشکلاتی همچون اختلالات اضطرابی قبل از اختلالات تغذیه ای وجود دارد که سلامت افراد را تحدید می کند.(روسن،۲۰۰۲) خانواده نقش پایه ای در الگودهی مثبت و منفی نسبت به رفتار تغذیه ای نوجوانان خود دارند، همچنین در محیط خانواده آموزش های لازم و صحیح از والدین وقتی بیشتر متمرکز به رفتار های تغذیه نوجوان باشد،فرزندان کمتر به سمت رفتار های پرخطر تغذیه ای سوق داده می شوند.سلامت جسم و روان مادران تاثیر شگرفی بر روی نوجوانان خود دارد، از جمله می توان به تغذیه و رفتار آنها نسبت به خوردن اشاره نمود.همچنین عملکرد ها و کاربست های مناسب تغذیه ای به دنبال نگرش های خوب تغذیه ای به وجود می آیند.(تیلور و همکاران،۲۰۰۰).از آنجایی که نگرش یعنی آمادگی و عکس العمل برای پاسخ به حالت ضروری و محرک خاص که این آمادگی مسئله مهمی برای قصد عمل می تواند باشد.(شجاعی زاده،۲۰۰۰).

در نهایت نتایج دیگر این مطالعه به معنادار بودن رابطه اختلالات خوردن(کمال گرایی) فرزندان با سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران را نشان دارد به طوری که رابطه بین کمال گرایی دختران با کارکرد اجتماعی،علایم افسردگی، عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی رابطه معناداری دارد و در دیگر متغیر های دیگر رابطه ای مشاهده نشد. مفید ترین پیش بینی کننده برای متغیر کمال گرایی دختران به ترتیب کنترل دهانی و علایم افسردگی مادران وارد معادله شده که مجموعا توانسته ۹ درصد از متغیر کمالگرایی را پیش بینی کنند.بنابراین پیش بینی

صحیح در رابطه با الگوهای کار آمد می توان رهگشا بخشی از مشکلات آنها باشد.

### منابع

- مولودی، رضا (۱۳۸۸). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- مولودی، رضا؛ دژکام، محمود؛ موتابی، فرشته و امیدوار، نسرين (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲)، ۱۱۴-۱۰۹.
- نریمانی، محمد و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۴). *آزمون‌های روان‌شناختی*. اردبیل: نشر باغ رضوان.
- نویدیان علی؛ عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات و پورشریفی، حمید (۱۳۸۸). اعتبار و روایی پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خود کارآمدی وزن در افراد دارای اضافه وزن و چاق. *مجله علوم رفتاری*، ۳(۳)، ۲۲۲-۲۱۷.
- نویدیان، علی؛ کرمان ساروی، فتیحه و ایمانی محمد (۱۳۹۱). رابطه‌ی خود کارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن با اضافه وزن و چاقی. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۴(۶)، ۵۶۳-۵۵۶.
- هومن، فرزانه؛ مهربانی‌زاده‌هنرمند، مهناز؛ خواجه‌الدین، نیلوفر و زرگر یدالله (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخوری عصبی در زنان مراجعه کننده به انجمن پرخوری اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۰(۴)، ۴۲۵-۴۱۷.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup>ed.)*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- American Psychological Association Revised DSM-V Accessible at: 2013. <http://www.apa.org/>.
- Askari, J., Hassanbeigi, (2013). *The Relationship Between Obesity and Depression*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 796-800.
- Bergeron, P. *The Relationship Between Image Dissatisfaction And Psychological*

کننده مناسبی برای کمال گرایی فرزندان دختر بود که توانست ۹۹ درصد از تغییرات مربوط به کمال گرایی را پیش بینی نماید.

سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادر با کنترل دهانی دختران را نشان داد. به طوری که به جزء مولفه های علائم جسمانی، اختلال خواب و عادت غذایی مادر بقیه با کنترل دهانی دختران رابطه داشت. لذا کنترل دهانی و کارکرد اجتماعی مادران توانست تغییرات مربوط به کنترل دهانی دختران را با احتمال ۹۹ درصد پیش بینی نماید. در مطالعه ای که انجام شد با استفاده از پرسش نامه EAT-26 خطر ابتلا به مشکلات تغذیه ای در دختران نوجوان آمریکایی ۲۵ درصد (زیاده و همکاران، ۲۰۰۸). و کانادایی ۲۷ درصد گزارش شده است (جونز و هریس، ۲۰۰۵). کمال گرایی جزء جدا نشدنی از دختران نوجوان می باشد که به دنبال تایید طلبی از جانب دیگران می باشد، مطالعات نشان می دهد تاثیر فرهنگ و اهمیت مسائل اقتصادی در به وجود آمدن الگوهای ناکار آمد و ناسازگار در کودکان و نوجوانان به خصوص دختران مبتلا به مشکلات تغذیه ای و خوردن بوده است به طوری که این افراد به دنبال خود شکوفایی خود نیز هستند. (استریگل، ۲۰۰۲).

با توجه به یافته های مطالعه حاضر میزان سلامت عمومی و نگرش به تغذیه مادران با اختلالات خوردن فرزندان دختر ایرانی با مطالعات غربی همخوانی دارد و به نظر می رسد هم اکنون سطح بالایی آسیب پذیری در برابر مشکلات تغذیه ای در میان زنان وجود دارد. لذا باید اقدامات و آموزش های لازم از طریق کارشناسان و مسئولان تغذیه، برنامه های آموزشی همگانی مثل فیلم، پمفلت و پوستر جهت افزایش آگاهی این قشر مهم از جامعه در جهت پیشگیری از ابتلا به مشکلات تغذیه ای که وابسته به خوردن می باشند باید صورت گیرد تا سلامت جامعه ارتقاء کافی را داشته باشد. (به طوری که با بررسی این الگوهای هیجانی ناسازگار و شناسایی آنها در افرادی که مبتلا به اختلالات تغذیه ای می باشند و آموزش دادن

- mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 521-530.
- Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating behaviors*, 4(2), 117-126.
  - Jones, N., Furlanetto, D. L. C., Jackson, J. A., & Kinn, S. (2007). An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20(5), 486-494.
  - Jones, C., Harris, G., & Leung, N. Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core beliefs. *Journal of Eating Behaviors* 2005; 6: 355-364.
  - Janghorbani, M., et al. First nationwide survey of prevalence of overweight, underweight and abdominal obesity in Iranian adults, *Obesity* 2007; 15(11), 2797-2808.
  - jafari rad S , keshavarz SA and dorosti AR. Factors associated with nutritional status based on BMI percentile for age and adolescent girls high school in sari in 2003, *Journal of nutrition and food*.
  - Joshua, I. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder and clinical controls: A multisite study. *Journal of body image*. 1(2), 23-40.
  - Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Gouya MM, Razaghi EM, Delavari A, et al. Association of physical activity and dietary behaviours in relation to the body mass index in a national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN Study. *Bull World Health Organ* ;2007.85(1):19-26. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)].
  - Kakavand, A. (ed.). *Ravanshensai Marazie Koudak [Child Morbid Psychology]*. Tehran: Virayesh Publication; 2006.
  - Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., & et al. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* , Dec 2004;161 (12): 2215-21.
  - Rene , K . Gender Differences In The Effects Of Eating Attitudes And Obligatory Exercise Attitudes On Stress : Protective Factors Against Perceived Stress , Graduate School Of Arts And Sciences Brandeis University Waltham , Massachusetts . ; 2011.
  - Rosen, J. Obesity and body image. In C. Fairburn & K. Brownell (editors), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Health : An Exploration Of Body Image In Young Adult Men* , Unpublished Masters Thesis Southern Ohio State University;2007.
  - Blissett, J., et al. Maternal core beliefs and children's feeding problems. *International Journal of Eating Disorders* ;2005.37, 127-134.
  - Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(5), 739.
  - Derouchey, S. A. (1998). A treatment program for obese binge eaters. Dissertation of P.H.D in Clinical Psychology, California School of Professional Psychology, Alameda.
  - Dezhkam, M., & Nobakht, M. An epidemiological study of eating disorders in Iran, *International Journal of Eating Disorder* 2000; 28, 265-78.
  - Dowdell EB, Santucci ME. Health risk behavior assessment: nutrition, weight, and tobacco use in one urban seventh-grade class. *Public Health Nurs*; 2004.21(2):128-36. [[PubMed](#)].
  - Fleig, D. & Randler, C. (2009). Association between chronotype and diet in adolescents based on food logs. *Eating behaviors*, 10(2), 115-118.
  - Ginsburg, S. M. (2007). An integrative group model treatment program for binge eating disorder. Dissertation for P.H.D in Psychology, Alliant International University.
  - Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2(2):15-34.
  - Goldberg, D., Hillier, V. A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine* 1979; 9, 139-145.
  - Garner, D., et al. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates, *Psychological Medicine* 1982;12 (4), 871-878.
  - Garner, D., Olmsted, D., & Polivy, M. Development and validation of a Multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders* 1983; 2(2), 15-34.
  - Harb, A., Levandovski, R., (2012). Night eating patterns and chronotypes: A correlation with binge eating behaviors. *Psychiatry research*, 200(2), 489-493.
  - Hilbert, A & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative

- VegaAlonso,A.T.,Rasillo Rodriguez,M.A., Lozano Alonso, J.E., Rodriguez Carretero, G., & Matin,M.F.Eting disorders.Prevalence and risk profile among secondary school students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 2005.40:980-87.
- -Zalilah,M.(2008). Nutrition Education Intervention improves nutrition Knowledge, Attitude and Practices of primary School Children: A Pilot Study.J behavioral, 1(5), 440-53.
- Ziyadeh NJ, Prokop LA, Keliher A, Austin SB, Forman SF, Jacobs DG . Screening high school students for eating disorders: results of a national initiative. Prev Chronic Dis 2008;5(4):1-10.
- Handbook (2<sup>nd</sup> ed.) (pp.399-402). New York: Guilford press; 2002.
- Spear, B. Nutrition in adolescence, Mahan, K., Escott- Stumps (editors), Krause's Food Nutrition and Diet Therapy (9th ed.) (pp. 285-95). Philadelphia: W.B. Saunders Co;2004
- -Shayeghian Z, Agilar vafae M. (2010). The evaluation of psychometric properties of eating disorder beliefs Qquestionnaire. Olomraftari Jornal. T;6 (2):1-13. (Full text in Persian.
- -Saha, S. (2012). The Study of the level of Knowledge, Attitude, Practices as well as the Effects of school enviroment on the nutritional status of children (7-12) coming from affluent families in the dhaka city in bangladesh.bangladesh Journal of nutrition, vol 24-25.
- Striegel-Moor, R., & Smolark, L. Gender ethnicity and eating disorders: Eating Disorders and Obesity (2nd edt). London: Guilford press; 2002.
- Shojaeizadeh,davood. model behavior training: Press Office Communication and Education, Health Basin Health Department, page 10 ;2000.
- Strober, M. Stress full life events association with bulimia and anorexia nervosa: Empirical findings and theoretical speculations. International Journal of Eating Disorders ;2009.3, 3-16.
- Topp R, Edward JS, Ridner SLand etal. Fit Into College: A Program to improve physical activity and dietary intake lifestyles among college students.Recreational Sports J 2011; 35: 69-78.
- Turner, M., Rose, S., & Cooper, M. Schema and parental bonding in overweight and Non-overweight female adolescents, International Journal of Obesity ;2005. 29 (4), 381-387.
- - Touchett, E., Henegar, A., Godart, N.T., & et al. Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls [Psychiatry Res.](#) Jan 2011;30;185(1-2):185-92.
- -Talor T, Serrano E, Anderson J, Kedall P. Knowledge, skills and behavior improvement on peer educator and low-incom Hispanic participant after a stage of change- based bilingual nutrition education program. J Community Health ; 2000. 25:241-292.

---

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 6, No. 2, summer 2015, No 22



Journal of Educational  
Psychology

---

## Predictive factors of eating disorders on general health and nutrition attitudes of children of mothers

Mohamad Reza Zarbakhsh Bahri<sup>1</sup>, Ali Shahbazi<sup>2\*</sup>, Sahar Shahri<sup>2</sup>, Lida Shamsazar<sup>2</sup>, Masoome Shahri<sup>3</sup>, Solmaz Rahbar Farzami Hagh<sup>4</sup>

- 1) Department of Educational Science and Psychology, tonekabon Branch, Islamic Azad University, tonekabon, Iran
- 2) M.A of Clinical Psychology, Faculty of Humanity, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
- 3) M.A of Educational Management, Faculty of Humanity, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
- 4) M.A of Information Science and Knowledge, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

\*Corresponding author: [ashahbazi935@gmail.com](mailto:ashahbazi935@gmail.com)

---

### Abstract

One of the prevalent psychological disorders, mostly in the late teens and young hood is nutritional disorders, that characterized by abnormal eating patterns and cognitive Impairment related to nutrition and health. The research aims at finding out the relation between mothers' general health and nutrition attitude with their female children's nutrition attitude and Its Prediction power. In this descriptive study of a correlation type, 250 female students and their mothers were selected in Gonbad Kavous city through cluster random sampling. The data gathered by the General Health Questionnaire (GHQ-28), the Eating Attitudes Test (EAT-26). The data gathered were analyzed through Correlation test and multivariate regression, was used model Stepwise. The results showed that all components of public health and nutrition attitudes of mothers and eating disorders in children a significant relationship with the meaningful factors for eating disorders and nutrition attitudes than other variables, and in the attitude to power of a variable (used Food), the mother of the most useful predictor variable for fear of puberty daughter. In the second equation attitude to feeding mothers variable (oral control) the most useful predictor of interpersonal distrust daughter. Finally back attitude to mothers fed variable (oral control) would be the most useful predictor variable in the equation. In total perfectionist attitude toward public health nutrition mother variables could predict children's eating disorders. The family's status of general health specifically that of the mother as well as the family members' nutrition attitudes can be effective on children's body forms and their dietary.

**Key words:** eating disorders, mental health, maternal nutrition attitudes

---