

ارتباط بین باورها و نشانه‌های اختلال‌های خوردن

The Relation between Beliefs and Symptoms of Eating Disorders

Somaieh Baba-ee

M. A. in Psychology

M. Karim Khodapanahi, PhD

Shahid Beheshti University

دکتر محمد کریم خدایپناهی

دانشگاه شهید بهشتی

سمیه بابائی

کارشناس ارشد روان‌شناسی

Bahram Saleh Sedghpour

Shahid Raga-ei University

بهرام صالح صدق‌پور

دانشگاه شهید رجایی

Abstract

A sample of 389 University students completed the Eating Attitude Test (Garner & Garfinkel, 1979) and Young's Schema Questionnaire (2001). The results of step-wise regression analysis showed that the symptoms of eating disorders among males were predicted by maladjusted beliefs about mistrust/abuse, dependence/failure, and entitlement. But the symptoms among females were predicted by maladjusted beliefs about entitlement, vulnerability to harm, and enmeshment/undeveloped self.

Key words: beliefs, symptoms of eating disorder, student.

چکیده

۳۸۹ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی به آزمون بازخورد‌های خوردن (گارنر و گارفینکل، ۱۹۷۹) و پرسشنامه روان‌بنه‌های یانگ (۲۰۰۱) پاسخ دادند. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان دادند که باورهای سازش نیافته بی‌اعتمادی / بدرفتاری، وابستگی / شکست و استحقاق در مردان و باورهای سازش نیافته استحقاق، آسیب‌پذیری نسبت به صدمه، خود تحول نیافته / گرفتار در زنان به ترتیب بیشترین سهم را در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال‌های خوردن داشتند. واژه‌های کلیدی: باورها، نشانه‌های اختلال خوردن، دانشجو.

Correspondence concerning this article should be addressed to : somayebabai@gmail.com

مقدمه

۱۹۹۹؛ والر، دیکسون و اوهانیان، ۲۰۰۲).

دینگمنز، سپینهاون و ونفروت (۲۰۰۶) دریافتند که در بیماران مبتلا به اختلالهای خوردن باورهای سازش نایافته بیشتر از گروههای گواه سالم است. مطالعات اندکی تفاوت بین روان بی‌اشتهایی / نوع تخلیه‌ای^۱، روان بی‌اشتهایی / نوع غیر تخلیه‌ای^{۱۱}، پرخوری مرضی و خوردن با ولع^{۱۲} را بررسی کرده‌اند؛ به عنوان مثال والر (۲۰۰۰) نقل از والر و دیگران، (۲۰۰۲) نشان داد که سه نوع افراد پرخور می‌توانند به ترتیب به وسیله باورهای نقص / شرم^{۱۳}، خود مهارگری ناکافی^{۱۴} و شکست^{۱۵} متمایز شوند و فراوانی نشانه‌های پرخوری با باورهای بازداری هیجانی^{۱۶} و فراوانی استفراغ کردن با باور نقص / شرم رابطه مثبت دارد. همچنین والر و دیگران (۲۰۰۲) دریافتند که نمره‌های افراد مبتلا به خوردن با ولع در مقیاسهای شکست، وابستگی و استحقاق^{۱۷} از افراد دچار پرخوری بیشتر است. در یک بررسی دیگر، لیونگ و دیگران (۱۹۹۹) به این نتیجه رسیدند که افراد پرخور سطح بالاتری از باورهای استحقاق را در مقایسه با افراد روان بی‌اشتها / نوع محدودکننده نشان دادند. این مؤلفان نتیجه گرفتند که رابطه فراوانی پرخوری با باور به عدم مطلوبیت اجتماعی، منفی بود در حالیکه در روان بی‌اشتهایی / نوع بحران پرخوری، فراوانی استفراغ با باور به شکست، ارتباط مثبت داشت و سرانجام، مسئله رابطه بین سطوح بالای باورهای رهاشدگی^{۱۸} با رفتارهای تخلیه (استفراغ و مصرف مسهل) مطرح شد.

بسیاری از پژوهشگران (مانند استیس^{۱۹}، ۱۹۹۶) نقل از برمن، (۲۰۰۶) وجود طیف وسیعی از نارسا کنشیهای خوردن^{۲۰} در جمعیت عمومی را بررسی کرده‌اند. همچنین در موارد غیربالینی مجموعه آسیب‌شناختی افرادی که برخی از نشانه‌های اختلالهای خوردن را نشان می‌دهند

پرسشهای متعددی درباره رفتار غذا خوردن در انسان مطرح شده‌اند. برای مثال می‌توان از خود پرسید که آیا رفتار خوردن وابسته به شرایط خاصی است یا به علل درونی، بیرونی یا هر دو بستگی دارد؟ فراوانی رفتارهایی مانند پرخوری^۱ و روان بی‌اشتهایی^۲ تا چه میزان است؟ متغیرهای فرهنگی، رفتاری و زیست‌شناختی تا چه حد در نظم‌جویی^۳ رفتار خوردن تأثیر دارند (شالانت، ۱۹۹۵).

براساس چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR)^۴، (۲۰۰۰/۱۳۸۴) اختلالهای خوردن^۵ به سه دسته مجزای پرخوری، روان بی‌اشتهایی و اختلالهای تصریح نشده^۶ تقسیم می‌شوند. این اختلالها معمولاً در پی یک رژیم غذایی سخت در افرادی بروز می‌کنند که از چاق شدن می‌ترسند، تمایل به داشتن هیکلی ظریف در آنها دیده می‌شود، به اغذیه، وزن و ظاهر خود توجه افراطی دارند و با احساسهای افسردگی، اضطراب و نیاز به کامل بودن درگیرند. بروز مشکلات خوردن به عوامل زیست-شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و روان‌پوشی^۷ بستگی دارد اما هیچ یک به تنهایی قادر به تبیین کامل آن نیستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰/۱۳۸۵). بر طبق الگوهای شناختی - رفتاری، افراد دچار اختلالهای خوردن به ارزیابی خود بر اساس عاداتهای خوردن، ظاهر، وزن و میزان توانایی در مهار این موارد می‌پردازند (فیربرن و والش، ۲۰۰۲). بررسیهای مختلف همچنین نشان داده‌اند که در این افراد مشکلات شناختی و باورهای سازش نایافته‌ای^۸ وجود دارند که به طور مستقیم با غذا، وزن و ظاهر مرتبط نیستند و یانگ (۱۹۹۹/۱۳۸۴) آنها را براساس یک الگوی متمرکز بر روان‌بنه^۹ تبیین کرده است (کوپر و هانت، ۱۹۹۸؛ لیونگ، والر و توماس،

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Bulimia Nervosa (BN) | 8. maladaptive beliefs | 16. emotional inhibition |
| 2. Anorexia Nervosa (AN) | 9. schema-focused model | 17. entitlement |
| 3. regulation | 10. purging type | 18. abandonment |
| 4. diagnostic and statistical manual | 11. non purging type | 19. Stice, E. |
| of mental disorders, fourth edition – text revision | 12. Bing-Eating Disorder (BED) | 20. eating dysfunction |
| 5. eating disorders | 13. defectiveness / shame | |
| 6. Not Otherwise Specified (NOS) | 14. insufficient self-control | |
| 7. psychodynamic | 15. failure | |

مقایسه با آنهایی که حمایت اجتماعی کمتری داشتند، صرف نظر از میزان سهل انگاری جسمی، افسردگی کمتری داشتند؛ که این نتایج تا حدودی با نتایج بررسیهای مشابه در زنان متفاوت بود. این یافته بر اهمیت بررسی اختلالهای خوردن و همبسته‌های آن به طور اختصاصی در مردان تأکید دارد. هاپریچ، استیف گراهام و جانسون (۲۰۰۴) در بررسی نقش تفاوت جنس در بازخوردها و رفتارهای خوردن مرضی در تعامل با وابستگی، جدایی و روابط موضوعی در نمونه‌ای متشکل از ۱۴۱ دانشجوی (۵۸ مرد و ۸۳ زن) به این نتیجه رسیدند که نمره‌های زنان در مقیاسهای بازخوردهای خوردن و توانایی خود مهارگری خوردن (ESES) به طور معناداری بالاتر از مردان بود. در مردان توانایی خود مهارگری خوردن با بی‌صلاحیتی و کناره‌گیری اجتماعی، و بازخوردهای خوردن با فرایند جدایی / تفرّد^۷ رابطه مثبت داشت. در حالی که در زنان رفتارها و عاداتهای خوردن به طور معنادار با وابستگی بین فردی^۸، دلبستگی ناایمن^۹ و خود میان‌بینی^{۱۰} رابطه داشت. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که متغیرهای شخصیتی متفاوت با بازخوردها و رفتارهای مرضی خوردن در دو جنس رابطه دارند.

در حال حاضر این نکته پذیرفته شده که نارضایتی از بدن و دیگر نگرانیهای مربوط به وزن و ظاهر در سالهای اخیر بین نوجوانان پسر و مردان شایع تر شده است و حدود یک سوم از مردان آرزوی بدنی لاغرتر و یک سوم دیگر تمایل به بدن ماهیچه‌ای‌تر و بزرگتر دارند (مک کیب و ریچارد لی، ۲۰۰۴).

از سوی دیگر چند سالی است که تأکید بر لاغری و رژیم غذایی مورد توجه همه طبقه‌های اجتماعی و اقلیتهای نژادی قرار گرفته و در نتیجه، فراوانی اختلالهای خوردن از افزایش چشمگیری برخوردار شده است (روزن^{۱۱}، ۱۹۹۱ نقل از دادستان، ۱۳۸۱) و بسیاری از نظریه‌پردازان افزایش اختلالهای خوردن را در سالهای اخیر ناشی از تأکید بر لاغری و ارزنده‌سازی آن در جوامع غربی

بسیار شبیه آسیب‌شناسی مشاهده شده در افرادی است که به طور کامل دچار اختلالهای خوردن هستند، و همین مسئله سودمندی معیارهای تشخیصی استاندارد را مطرح می‌کند (میلر، اسمیت، ویلنکرت، مک دوگال و لالی‌برت، ۲۰۰۶). بر این اساس در این پژوهش بیشتر به بررسی نشانه‌های مرتبط با اختلالها و مشکلات خوردن پرداخته می‌شود تا به بررسی انواع بالینی اختلالهای خوردن. ترنر، رز و کوپر (۲۰۰۵) در بررسی رابطه بین پیوندجویی^۱ والدینی و نشانه‌های اختلالهای خوردن با باورها در ۳۶۷ دختر نوجوان مدرسه‌ای دریافتند که دو روان بنه نقص / شرم و وابستگی / بی‌کفایتی در رابطه بین پیوندجویی والدینی و اختلالهای خوردن نقش واسطه‌ای داشتند. در مطالعه دیگری در یک گروه غیربالینی (میر^۲، ۲۰۰۴ نقل از ترنر و دیگران، ۲۰۰۵) مشخص شد که باورهای عدم اعتماد / بد رفتاری^۳ در رابطه بین حمایت افراطی والدین با شدت بازخوردهای پر خوری مرضی نقش میانجی جزیی^۴ را ایفا می‌کنند. میر، لیونک، فری و مان (۲۰۰۱) به بررسی نقش اختلال شخصیت مرزی در رابطه با باورها و نشانه‌شناسی پر خوری در ۶۱ زن دانشجوی پرداختند و به نقش واسطه‌ای بین اختلال شخصیت مرزی و باورهای نقص / شرم با نشانه‌شناسی پر خوری پی بردند. والر و لگ (۲۰۰۰ نقل از ترنر و دیگران، ۲۰۰۵) با بررسی یک گروه غیربالینی دریافتند که شرم درونی شده، بین حمایت افراطی والدین با بازخوردهای پر خوری نقش میانجی کامل^۵ را ایفا می‌کند.

میشل و مازو (۲۰۰۵) در گروهی متشکل از ۱۶۸ مرد دانشجوی رابطه تجربه بد رفتاری در کودکی و اختلال خوردن را بررسی کردند. نتایج حاکی از آن بودند که آزار دیدگی و سهل انگاری جسمی^۶ با اختلال خوردن مرتبط بودند، در نشانه‌شناسی اختلالهای خوردن نقش میانجی داشتند و حمایت اجتماعی نیز رابطه سهل انگاری جسمی و افسردگی را تعدیل می‌کرد. به عبارت دیگر، افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند در

1. affiliation
2. Meyer, C.
3. mistrust/abuse

4. partial mediator
5. perfect mediator
6. physical abuse & neglect

7. separation / individuation
8. interpersonal dependency
9. insecure attachment

10. egocentrism
11. Roazen, P.

دانسته‌اند (آبرامسن^۱ و والن^۲، ۱۹۹۱، مک گیون^۳، ۱۹۹۱ نقل از دادستان، ۱۳۸۱).

در مورد جمعیت ایرانی نیز نوبخت (۱۳۷۷) در تحقیق خود نتیجه گرفته است که میزان شیوع اختلالاتی خوردن در نوجوانان ایرانی با بسیاری از مطالعاتی که در جمعیت‌های غربی انجام شده‌اند همخوانی دارد و از بیشتر پژوهشهایی که در جمعیت‌های شرقی انجام شده، بالاتر است. نارضایتی از بدن و تمایل به لاغرتر بودن نیز در بسیاری از نوجوانان مورد مطالعه گزارش شده است. آسیب‌پذیری فرهنگ ایرانی در برابر اختلالاتی خوردن احتمالاً ناشی از تأثیر ارزشهای فرهنگی غرب از طریق وسایل ارتباط جمعی و بالابودن تعداد نوجوانان و جوانان در جمعیت ایرانی است.

با توجه به اینکه آسیب‌شناسی خوردن پیامدهایی مانند چاقی، افسردگی و سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد (استیس، کیلن، هیوارد و تیلر، ۱۹۹۸) و بیشتر افراد مبتلا به خوردن هرگز در جستجوی درمان بر نمی‌آیند و درمان‌گریها نیز فقط در ۳۰ الی ۴۰ درصد از بیماران به بهبود نشانه‌ها منجر می‌شوند (فربرن و دیگران، ۲۰۰۲) در سالهای اخیر شاهد تلاشهای پیشگیرانه فراوانی بوده‌ایم. مداخله‌های پیشگیرانه اختلالاتی خوردن در دو مقوله وسیع طبقه‌بندی می‌شوند: برنامه‌های جامع^۴ و برنامه‌های هدفمند^۵. برنامه‌های جامع شامل همه افراد یک جمعیت معین است که مایل به شرکت در برنامه هستند، مثل پایه تحصیلی معین در مدرسه (سمولاک^۶، ۱۹۹۸ نقل از استیس و هافمن، ۲۰۰۴). برنامه‌های هدفمند بر جمعیت خاصی متمرکزند که در معرض خطر فزاینده ابتلا به آسیب‌شناسی خوردن قرار دارند (کامینسکی^۷ و مک نمار^۸، ۱۹۹۶ نقل از استیس و هافمن، ۲۰۰۴). استفاده از ابزارهای غربالگری نیز در برنامه‌های پیشگیرانه هدفمند مانند سایر وضعیت‌های روان‌پزشکی بسیار رایج است (کلارک^۹، ۱۹۹۵ نقل از استیس و هافمن، ۲۰۰۴).

از سوی دیگر برخی از شواهد حاکی از آن است که اثر مداخله‌های پیشگیرانه بر گروههایی که در خطر ابتلا هستند، بیش از جمعیت معمولی است (کیلن^{۱۰}، ۱۹۹۳، بودبرگ - فیشر^{۱۱}، ۱۹۹۸، استوارد^{۱۲}، ۲۰۰۱، اودی^{۱۳} و آبراهام^{۱۴}، ۲۰۰۰ نقل از استیس و هافمن، ۲۰۰۴).

از آنجا که مطالعات اندکی در کشورمان در مورد اختلالاتی خوردن انجام شده است و همچنین مطالعه‌ای که به بررسی گروه نمونه دانشجویان و به خصوص مردان پردازد در ایران وجود ندارد، این پژوهش با هدف شناخت رابطه نشانه‌های اختلالاتی خوردن و باورها در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید بهشتی به بررسی این سؤال می‌پردازد که هر یک از باورها تا چه میزان قدرت پیش‌بینی‌کنندگی نشانه‌های اختلالاتی خوردن را در دو جنس دارند؟

روش

در این پژوهش همه دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ با حجمی حدود ۱۰۷۲۶ نفر در نظر گرفته شد. از بین جامعه آماری تعداد ۳۹۲ دانشجو (۲۰۵ دختر و ۱۸۴ پسر) با روش نمونه‌برداری خوشه‌ای (کلاس) انتخاب شدند.

آزمون بازخوردهای خوردن^{۱۵} (گارنر^{۱۶} و گارفینکل^{۱۷}، ۱۹۷۹ نقل از نوبخت، ۱۳۷۷) ابزار خودسنجی است که بازخوردها و رفتارهای مرضی خوردن را ارزیابی می‌کند. فرم ۲۶ ماده‌ای آن دارای سه زیر مقیاس «رژیم لاغری»، «پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا» و «مهار دهنی» است. نمره‌گذاری این آزمون براساس مقیاس لیکرت برای پاسخ «همیشه» ۳ نمره، «بیشتر اوقات» ۲ نمره، «خیلی اوقات» ۱ نمره و برای سه گزینه باقیمانده شامل «گاهی اوقات»، «به ندرت» و «هرگز» نمره صفر تعلق می‌گیرد. در مجموع نمره ۲۰ و بالاتر برای فرم ۲۶ ماده‌ای این آزمون احتمال وجود اختلالاتی خوردن را نشان می‌دهد

1. Abramspn, E. E.
2. Abramspn, E. E.
3. McGibon, L.
4. universal program
5. targeted program

6. Smolak, L.
7. Kaminski, P. L.
8. McNamar, K.
9. Clark, M. M.
10. Killen, J. D.

11. Buddebreg-Fischer, B.
12. Stewart, D. A.
13. Odea, J. A.
14. Abraham, S.
15. Eating Attitude Test (EAT)

16. Garner, D. M.
17. Garfinkle, P. E.

در یک جمعیت غیربالینی قرار داشت. آهی (۱۳۸۴) در پژوهشی به منظور بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کرد. نتایج حاصل از این بررسی نشان دادند که در نمونه جمعیت ایرانی (شامل ۳۸۷ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های تهران) ۱۲ عامل استخراج شد که به ترتیب زیر نامگذاری شدند: وابستگی^۱ / شکست، از خود بیگانگی اجتماعی^۲، شرم / نقص، محرومیت هیجانی^۳، خود انضباطی ناکافی / اطاعت^۴، آسیب‌پذیری نسبت به صدمه^۵، معیارهای سرسختانه^۶، خود تحول نیافته / گرفتار^۷، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، بازداری هیجانی، رهاشدگی، از خود گذشتگی^۸، استحقاق. این ۱۲ عامل روی هم رفته ۵۵/۷۵ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. در مورد اعتبار فرم فارسی این ابزار، ضرایب بازآزمایی به ترتیب برای ۱۲ عامل عبارتند از: ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۸۵، ۰/۷۷، ۰/۶۵، ۰/۶۹، ۰/۷۸، ۰/۶۹ و ۰/۷۹. همچنین میزان آلفای کرونباخ در بررسی حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

در این پژوهش با هدف شناخت رابطه بین نشانه‌های اختلال‌های خوردن و باورهایی که توان پیش‌بینی نشانه‌های اختلال‌های خوردن را در دو جنس دارند روش رگرسیون گام به گام به صورت جداگانه برای زنان و مردان انجام گرفت.

یافته‌ها

تحلیل رگرسیون گام به گام برای هر جنس برحسب متغیرهای پیش‌بین باورهای وابستگی / شکست، بیگانگی اجتماعی، شرم / نقص، محرومیت هیجانی، خود انضباطی ناکافی / اطاعت، آسیب‌پذیری نسبت به صدمه، معیارهای سرسختانه، خود تحول نیافته / گرفتار، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، بازداری هیجانی، رهاشدگی، از خود گذشتگی، استحقاق و متغیر ملاک نشانه‌های اختلال‌های خوردن انجام شد.

تلن^۱ و کورمیر^۲، ۱۹۹۵ نقل از نوبخت، (۱۳۷۷). در بررسی حاضر برای محاسبه اعتبار، ابتدا پرسشنامه در یک بررسی مقدماتی در یک نمونه ۱۰۰ نفری از دانشجویان اجرا و آزمون آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن برابر با ۰/۸۴ بود. همچنین شواهد روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی^۳ (با روش PC^۴) به دست آمد: در زیر مقیاس رژیم لاغری که شامل ۱۳ ماده است، مواد ۷ و ۱۷ به دلیل پایین بودن همبستگی آنها با آن عامل حذف شدند و عامل ایجاد شده توانست ۱۹٪ واریانس کل را تبیین کند. در زیر مقیاس پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا که شامل ۶ ماده است، ماده ۲۶ به دلیل پایین بودن همبستگی آن با عامل مربوطه حذف شد و عامل ایجاد شده ۱۲٪ از واریانس کل را در بر گرفت و در زیر مقیاس مهار دهانی که شامل ۷ ماده بود، مواد ۲ و ۵ به دلیل پایین بودن همبستگی آنها با آن عامل حذف شدند و عامل ایجاد شده ۱۰٪ واریانس کل را در بر گرفت. به طور کلی این سه عامل بر روی هم ۴۱٪ واریانس کل را تبیین می‌کنند.

پرسشنامه روان‌بنه‌های یانگ^۵ (یانگ^۶، ۲۰۰۱ نقل از آهی، ۱۳۸۴) یک ابزار خود گزارش‌دهی برای سنجش روان‌بنه‌هاست. افراد خود را در یک مقیاس ۶ نقطه‌ای لیکرت توصیف می‌کنند. فرم کوتاه آن ۷۵ سؤال دارد و هر روان‌بنه شامل ۵ سؤال است که در تحلیل عاملی بیشترین بار عاملی را به خود اختصاص دادند (اسمیت^۷، ۱۹۹۵ نقل از آهی، ۱۳۸۴). نمره هر روان‌بنه به وسیله شمردن سؤال‌هایی که پاسخ ۵ یا ۶ به آن داده شده است محاسبه می‌شود. انجام یک بررسی جامع در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه روان‌بنه‌های یانگ به وسیله اسمیت (۱۹۹۵ نقل از آهی، ۱۳۸۴) ضریب آلفا برای هر روان‌بنه سازش نیافته زودرس را به دست داد که از ۰/۸۳ (برای روان‌بنه وابستگی شدید) تا ۰/۹۶ (برای هر روان‌بنه نقص / شرم) بود و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---|
| 1. Thelen, A. | 6. Young, G. | 11. insufficient self-discipline / other-directedness |
| 2. Cormier, C. | 7. Schmidt, N. B. | 12. vulnerability to harm |
| 3. factor analysis | 8. dependence | 13. unrelenting standards |
| 4. principal component | 9. social alienation | 14. undeveloped self / enmeshment |
| 5. Young Schema Questionnaire (YSQ) | 10. emotional deprivation | 15. self-sacrifice |

شکست و استحقاق. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام نشانه‌های اختلال خوردن در مردان در جدول ۱ ارائه شده است.

متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیون گام به گام در مردان به ترتیب عبارتند از: باورهای بی‌اعتمادی / بدرفتاری، خود انضباطی ناکافی / اطاعت، وابستگی /

جدول ۱: مشخصه‌های آزمون رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن در مردان

گامها	منبع تغییر	مجموع مجزورها	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	سطح معناداری
	رگرسیون	۲۶۲۹/۳۳۵	۱	۲۶۲۹/۳۳۵		
۱	باقیمانده	۷۳۷۴/۲۲۴	۱۴۳	۵۱/۵۶۸	۵۰/۹۸۸	۰/۰۰۱
	کل	۱۰۰۰۳/۵۵۹	۱۴۴			
	رگرسیون	۳۳۸۵/۸۸۹	۲	۱۶۹۲/۹۴۴		
۲	باقیمانده	۸۸۱۷/۶۷۰	۱۴۲	۴۶/۶۰۳	۳۶/۳۲۷	۰/۰۰۱
	کل	۱۰۰۰۳/۵۵۹	۱۴۴			
	رگرسیون	۳۶۳۴/۶۶۰	۳	۱۲۱۱/۵۵۳		
۳	باقیمانده	۶۳۶۸/۸۹۸	۱۴۱	۴۵/۱۶۹	۲۶/۸۲۲	۰/۰۰۱
	کل	۱۰۰۰۳/۵۵۹	۱۴۴			
	رگرسیون	۳۹۱۸/۶۷۵	۴	۹۷۹/۶۶۹		
۴	باقیمانده	۶۰۸۴/۸۸۳	۱۴۰	۴۳/۴۶۳	۲۲/۵۴۰	۰/۰۰۱
	کل	۱۰۰۰۳/۵۵۹	۱۴۴			

باور خود انضباطی ناکافی / اطاعت و وابستگی / شکست این رقم به ترتیب به ۳۳ درصد و ۳۶ درصد می‌رسد. سرانجام با ورود باور استحقاق ۳۹ درصد از تغییرات متغیر نشانه‌های اختلال خوردن در مردان قابل پیش‌بینی می‌شود (جدول ۲).

همانطور که نتایج نشان می‌دهند F مشاهده شده در تمامی گامها در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین نتایج این تحلیل مبین آن است که ورود باور بی‌اعتمادی / بدرفتاری به تنهایی می‌تواند ۲۶ درصد تغییرات نشانه‌های اختلال خوردن را پیش‌بینی کند. با ورود

جدول ۲: همبستگی و ضریب تعیین باورها در مردان

گامها	متغیرهای وارد شده	R	R ^۲	R ^۲ تعدیل شده	خطای استاندارد
۱	باور بی‌اعتمادی / بدرفتاری	۰/۵۱۳	۰/۲۶۳	۰/۲۵۸	۷/۱۸
۲	باور خود انضباطی ناکافی / اطاعت	۰/۵۸۲	۰/۳۳۸	۰/۳۲۹	۶/۸۲۸
۳	باور وابستگی / شکست	۰/۶۰۳	۰/۳۶۳	۰/۳۵۰	۶/۷۲
۴	باور استحقاق	۰/۶۲۶	۰/۳۹۲	۰/۳۷۴	۶/۵۹

ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون در گام آخر (چهارم) در جدول ۳ منعکس شده‌اند و نشان می‌دهند که میزان t به دست آمده در گام چهارم برای باور بی‌اعتمادی / بدرفتاری و باور وابستگی / شکست و برای باور استحقاق در سطح ۰/۰۵ معنادار و معادله رگرسیون به صورت زیر است:

$$Y = 4/3.3 + 2/6.9x_1 + 1/2.13x_2 + 1/2.04x_3$$

متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیون گام به گام در زنان به ترتیب عبارتند از: باورهای استحقاق، آسیب‌پذیری نسبت به صدمه و خود تحول نیافته / گرفتار. خلاصه تحلیل واریانس رگرسیون گام به گام نشانه‌های اختلال خوردن در زنان در جدول ۴ آمده است و نشان می‌دهد

ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون در گام آخر (چهارم) در جدول ۳ منعکس شده‌اند و نشان می‌دهند که میزان t به دست آمده در گام چهارم برای باور بی‌اعتمادی / بدرفتاری و باور وابستگی / شکست و برای باور استحقاق در سطح ۰/۰۵ معنادار و معادله رگرسیون به صورت زیر است:

جدول ۳: ضرایب رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن در مردان

سطح معناداری	t	ضریب β	خطای استاندارد	B	گام چهارم
۰/۰۰۱	۵/۲۱۸	—	۰/۸۲۵	۴/۳۰۳	(عدد ثابت)
۰/۰۰۱	۳/۶۹۸	۰/۲۹۰	۰/۷۰۶	۲/۶۰۹	باور بی‌اعتمادی / بدرفتاری (X_1)
۰/۰۶۷	۱/۸۴۴	۰/۱۵۴	۰/۴۲۵	۰/۷۸۳	باور خود انضباطی ناکافی / اطاعت (X_2)
۰/۰۰۵	۲/۸۳۵	۰/۲۴۱	۰/۴۲۸	۱/۲۱۳	باور وابستگی / شکست (X_3)
۰/۰۱۲	۲/۵۵۶	۰/۱۸۳	۰/۴۷۱	۱/۲۰۴	باور استحقاق (X_4)

جدول ۴: مشخصه‌های آزمون رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن در زنان

سطح معناداری	F	میانگین مجزورها	درجه آزادی	مجموع مجزورها	منبع تغییر	گامها
		۲۵۶۷/۴۰۵	۱	۲۵۶۷/۴۰۵	رگرسیون	
۰/۰۰۱	۲۷/۱۵۵	۹۴/۵۴۶	۱۵۲	۱۴۳۷۰/۹۳۲	باقیمانده	۱
		۱۷۹۲/۸۹۸	۲	۱۶۹۳۸/۳۳۸	کل	
۰/۰۰۱	۲۰/۲۷۵	۸۸/۴۲۷	۱۵۱	۴۳۵۸۵/۷۹۷	رگرسیون	۲
		۱۳۳۸/۷۱۴	۳	۱۶۹۳۸/۳۳۸	باقیمانده	
۰/۰۰۱	۱۵/۵۴۰	۸۶/۱۴۸	۱۵۰	۴۰۱۶/۱۴۱	کل	۳
		۱۲۹۲۲/۱۹۷	۱۵۳	۱۶۹۳۸/۳۳۸	رگرسیون	
					باقیمانده	
					کل	

به صدمه این رقم به ۲۱ درصد می‌رسد و در نهایت با ورود باور خود تحول نیافته / گرفتار ۲۲ درصد از تغییرات متغیر نشانه‌های اختلال خوردن در زنان قابل پیش‌بینی می‌شود.

که F مشاهده شده در تمامی گامها در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است.

با توجه به جدول ۵ می‌توان گفت ورود باور استحقاق به تنهایی می‌تواند ۱۵ درصد تغییرات نشانه‌های اختلال خوردن را پیش‌بینی کند. با ورود باور آسیب‌پذیری نسبت

جدول ۵: همبستگی و ضریب تعیین باورها در زنان

گامها	متغیرهای وارد شده	R	R^2	R^2 تعدیل شده	خطای معیار برآورد
۱	باور استحقاق	۰/۳۸۹	۰/۱۵۲	۰/۱۴۶	۹/۷۲
۲	باور آسیب‌پذیری نسبت به صدمه	۰/۴۶۰	۰/۲۱۲	۰/۲۰۱	۹/۴۰
۳	باور خود تحول نیافته / گرفتار	۰/۴۸۷	۰/۲۳۷	۰/۲۲۲	۹/۲۸

گرفتار در سطح ۰/۰۵ معنادار و معادله رگرسیون به صورت زیر است:

$$Y = 6/225 + 2/872 x_1 + 2/285 x_2 + 1/809 x_3$$

ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون در گام سوم (جدول ۶) نیز مبین آن است که میزان t به دست آمده در گام سوم برای باور استحقاقی و باور آسیب‌پذیری نسبت به صدمه در سطح ۰/۰۱ و برای باور خود تحول نیافته /

جدول ۶: رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال خوردن در زنان

سطح معناداری	آماره t	ضریب β	خطای استاندارد	B	گام سوم
۰/۰۰۱	۵/۸۶۰	—	۱/۰۶۲	۶/۲۲۵	(عدد ثابت)
۰/۰۰۱	۴/۱۵۵	۰/۳۰۸	۰/۶۶۹	۲/۷۸۲	باور استحقاق (X_1)
۰/۰۰۵	۲/۸۵۴	۰/۲۱۴	۰/۸۰۱	۲/۲۸۵	باور آسیب‌پذیری نسبت به صدمه (X_2)
۰/۰۲۷	۲/۲۳۵	۰/۱۴۵	۰/۸۰۹	۱/۸۰۹	باور خود تحول نیافته / گرفتار (X_3)

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف شناخت رابطه بین نشانه‌های اختلال‌های خوردن با باورها به بررسی این سؤال پرداخت که هر یک از باورها تا چه میزان قدرت پیش‌بینی‌کنندگی نشانه‌های اختلال‌های خوردن را دارند؟ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برحسب جنس نشان دادند که باورهای سازش نیافته بی‌اعتمادی / بدرفتاری، وابستگی / شکست و استحقاق به ترتیب بیشترین سهم را در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال‌های خوردن در مردان دارند؛ در حالی که در زنان باورهای سازش نیافته استحقاق، آسیب‌پذیری نسبت به صدمه، خود تحول نیافته / گرفتار به ترتیب از اهمیت بیشتری برخوردار بودند. این نتایج حاکی از آن هستند که رابطه باورها و نشانه‌های اختلال‌های خوردن در زنان و مردان متفاوت است. به عبارت دیگر، در مردان احساس اینکه دیگران به انسان ضربه می‌زنند، بدرفتارند، انسان را سرافکنده می‌کنند، دروغ می‌گویند و دغل‌کار و سودجو هستند (روان‌بنا بی‌اعتمادی / بدرفتاری)، باور به اینکه شخص قادر نیست مسئولیت‌های روزمره را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران، به طور قابل قبولی انجام دهد (روان‌بنا وابستگی / شکست) و سرانجام باور به برتری شخص نسبت به افراد دیگر، قائل شدن حقوق ویژه برای خود و تمرکز افراطی بر برتری جویی - مثلاً موفق‌ترین، با استعدادترین و ثروتمندترین - به منظور کسب قدرت (روان‌بنا استحقاق)، در بازخوردها و رفتارهای مرضی خوردن نقش دارند. در حالی که در زنان باور به برتری شخص نسبت به افراد دیگر، قایل شدن حقوق ویژه برای خود و تمرکز افراطی بر برتری جویی - مثلاً موفق‌ترین، با استعدادترین و ثروتمندترین - به منظور کسب قدرت (روان‌بنا استحقاق)؛ ترس از نزدیک

بودن فاجعه و عدم توانایی فرد برای جلوگیری از آن (روان‌بنا آسیب‌پذیری نسبت به صدمه)؛ نزدیکی بیش از حد با یکی از افراد مهم زندگی - مانند والدین - به قیمت از دست دادن فردیت (روان‌بنا خود تحول یافته / گرفتار) به بازخوردها و رفتارهای مرضی خوردن منجر می‌شوند.

این نتایج همسو با مطالعات مختلفی است که نشان داده‌اند مشکلات شناختی و باورهای سازش نیافته، که به طور مستقیم با غذا، وزن و ظاهر مرتبط نیستند با آسیب‌شناسی خوردن رابطه دارند (کوپر و هانت، ۱۹۹۸؛ لیونگ و دیگران، ۱۹۹۹؛ والر و دیگران، ۲۰۰۲). هر چند پژوهشی که دقیقاً به مقایسه زنان و مردان در رابطه باورها و نشانه‌های اختلال‌های خوردن بپردازد یافت نشد، اما این نتایج به طور کلی با نتایج پژوهش‌های میشل و مازو (۲۰۰۵) و هاپریچ و دیگران (۲۰۰۴) از آن جهت که بر همبسته‌های متفاوت اختلال‌های خوردن در مردان و زنان تأکید دارد، همسو هستند. همچنین پژوهشی که بر نقش ویژه برخی از باورهای سازش نیافته در نشانه‌های اختلال‌های خوردن تأکید کند و امکان مقایسه جزئی‌تر را فراهم آورد، به دست نیامد؛ اما نتایج بررسی حاضر به طور غیرمستقیم با نتیجه پژوهش‌هایی که به مطالعه انواع باورهای سازش نیافته در انواع اختلال‌های خوردن پرداخته‌اند (والر و دیگران، ۲۰۰۲؛ والر، ۲۰۰۰ نقل از والر و دیگران، ۲۰۰۲؛ لیونگ و دیگران، ۱۹۹۹) همخوانی کلی داشت.

براین اساس هر چه عمیق‌ترین سطوح شناخت که در دوران کودکی به وجود می‌آیند و به زندگی بزرگسالی راه می‌یابند ناکارآمدتر باشند، میزان بازخوردها و رفتارهای مرضی خوردن (از جمله اجتناب از غذاهای چاق‌کننده و اشتغال ذهنی نسبت به لاغری، مشغولیت ذهنی با غذا و

پر خوری، و همچنین مهار خود برای خوردن) در جمعیت غیربالیینی افزایش می‌یابد. همانطور که پیشتر نیز ذکر شد نظریه‌های شناختی در مورد اختلالهای خوردن حاکی از آن هستند که مشکلات شناختی و باورهای سازش نیافته که به طور مستقیم با غذا، وزن و ظاهر مرتبط نیستند در افراد مبتلا به این اختلالها وجود دارند و باورها، ارزیابیهای منفی کلی را درباره خود منعکس می‌کنند.

از آنجا که در نظریه روان‌بنه‌های یانگ نخستین تجربه‌ها در شکل‌گیری باورها اهمیت دارند و نقش برخورد والدین با کودک در شکل‌گیری این تجربه‌های نخستین انکارناپذیر است، در بحث پیشگیری از اختلالهای خوردن می‌توان بر اصلاح رفتارهای تربیتی والدین که منجر به شکل‌گیری این روان‌بنه‌های مرتبط با آسیب-شناختی خوردن می‌شود، متمرکز شد.

اگرچه یافته‌های این پژوهش تا حدودی در حمایت از یافته‌های پژوهشهای پیشین است اما محدودیت‌هایی دارد که باید در نظر گرفته شوند. پژوهشهای اندک در زمینه باورها و آسیب‌شناختی خوردن در کشور، امکان مقایسه و تحلیل همه جانبه را محدود می‌کند. همچنین استفاده از یک ابزار جهت بررسی آسیب‌شناسی خوردن احتمال نادیده انگاشته شدن ابعاد دیگر موضوع را افزایش می‌دهد. عدم دسترسی به بیمارانی که دچار نشانگان کامل اختلالهای خوردن باشند در ایران، رعایت احتیاط را در تعمیم نتایج به این افراد ضروری می‌سازد. به هر حال به‌رغم این محدودیتها، بررسی حاضر بر نیاز به مطالعه تعیین‌کننده‌های دیگر آسیب‌شناسی خوردن مانند شخصیت، سبکهای مقابله‌ای و ... تأکید دارد. تکرار این پژوهش در گروه نمونه بالینی و همچنین استفاده از ابزارهای مختلف سنجش آسیب‌شناسی خوردن به منظور روشن‌تر شدن ابعاد دیگر مسئله ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

آهی، ق. (۱۳۸۴). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ-SF) (بررسی ساختار عاملی) بین دانشجویان دانشگاههای تهران در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد،

دانشگاه علامه طباطبائی.

انجمن روان‌پزشکی امریکا (۱۳۸۴). DSM-IV-TR متن

تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، ترجمه

م. ر. نیکخو و ه. آوادیس‌یانس، تهران: انتشارات سخن (تاریخ

انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

دادستان، پ. (۱۳۸۱). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا

بزرگسالی. ج ۲. تهران: انتشارات سمت.

سادوک، و. و سادوک، ب. (۱۳۸۵). خلاصه روان‌پزشکی. ج ۲.

ترجمه ج. رفیعی و خ. سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ

انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

سرمد، ز.، بازرگان، ع. و حجازی، ا. (۱۳۸۳). روشهای تحقیق

در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.

نوبخت، م. (۱۳۷۷). بررسی همه‌گیر شناسی اختلالهای خوردن در

دانش‌آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی

ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

یانگ، ج. (۱۳۸۴). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد

طرحواره محور. ترجمه ع. صاحبی و ح. حمیدپور. تهران: انتشارات

آگه ارجمند (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۹).

Berman, E. S. (2006). The relation between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in non-clinical sample. *Eating Behaviors*, 7, 79-90.

Cooper, M. J., & Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 895-898.

Dingemans, A. E., Spinhoven, Ph., & Van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7, 258-265.

Fairburn, C. G., & Walsh, B. T. (2002). Atypical eating disorders (NOS). In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 171-77). New York: Guilford Press.

Huprich, S. K., Stepp, S. D., Graham, A., & Johnson, L. (2004). Gender difference in dependency, separation, object relation and pathological eating

- Mitchell, K. S., & Mazzeo, E. S. (2005).** Mediators of the association between abuse and disordered eating in undergraduate men. *Eating Behaviour, 6*, 318-327.
- Schlundt, D. G. (1995).** Assessment of specific eating behaviors and eating style. In D. B. Allison (Eds.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problem : measures, theory, and research*. New Delhi : SAGE Publication.
- Stice, E., & Hoffman, E. (2004).** Eating disorder preventing programs. In J. K. Thompson (Eds.), *Handbook of eating disorders and obesity*, (pp. 33-57). New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1998).** Support for the continuity hypothesis of bulimic pathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66 (5)*, 784-790.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005).** Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents : The mediating role of core-beliefs. *Eating Behaviors, 6*, 113-118.
- Waller, G., Dikson, C., & Ohanian, V. (2002).** Cognitive content in bulimic disorders, Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors, 3*, 171-178.
- behavior and attitudes. *Personality and Individual Differences, 36*, 801- 811.
- Kerjcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970).** Determining Sample Size for Research. *Activities Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999).** Core beliefs in anorexic and bulimic women. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 736-741.
- McCabe, M. P., & Riccardelli, A., L. (2004).** Weight and shape concerns of boys and men. In J. K. Thompson, (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 606-635). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Meyer, C., Leung, N., Feary, R., & Mann, B., (2001).** Core beliefs and bulimic symptomatology in non-eating disordered women : The mediating role of borderline characteristics. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 434-440.
- Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T., McDougall, P., & Laliberte, M. (2006).** Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behavior, 7*, 69-78.