

نقش کنترل هدفمند و خودتوصیفی بدنی در پیش‌بینی علائم اختلال خوردن در دانشجویان دختر

معصومه شفیعی^۱، دکتر سجاد بشرپور^۲، سالومه حسن‌شیری^۳، مهناز فتحی‌گیلارلو^۴

چکیده

این مطالعه توصیفی با روش همبستگی و پیش‌بینی انجام گرفته است. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۵۰ آزمودنی می‌باشد که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین کلیه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ انتخاب شده است. آزمودنی‌ها در محل کلاس‌ها و به صورت انفرادی به پرسش‌نامه‌های نگرش به تغذیه، کنترل هدفمند و خودتوصیفی بدنی پاسخ داده‌اند، داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شده است. با توجه به اهمیت تفاوت‌های فردی در کارکرد اجرایی و تصویر روانی افراد از ظاهر فیزیکی خود، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش کنترل هدفمند و خودتوصیفی بدنی در پیش‌بینی علائم اختلال خوردن دانشجویان دختر انجام گرفته است. متغیرها توانستند ۱۲ درصد واریانس تمایل به خوردن، ۲۱ درصد واریانس عادت غذایی و ۲۷ درصد واریانس کنترل دهانی را پیش‌بینی کنند. تنظیم تلاش‌مند فعالیت‌های ذهنی و خودتوصیفی بدن یعنی تصویری روانی که فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد، می‌تواند در علائم اختلال خوردن در دانشجویان دختر نقش داشته باشد.

واژگان کلیدی: کنترل هدفمند، خودتوصیفی بدنی، علائم اختلال خوردن، دختر

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد

^۲ دانشیار گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیل، اردبیل

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد تهران غرب

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اردبیل



مقدمه

شایع‌ترین سن شروع بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانی و اوایل جوانی است و میزان شیوع آن در زنان ۱۰ تا ۲۰ درصد بیشتر از مردان است (Sadock, 2010: 331). با اینکه اختلال‌های خوردن هم در مردان و هم در زنان دیده می‌شود، براساس آمارهای موجود، احتمال ابتلای زنان به این اختلال‌ها بیشتر از مردان است (Hudson, 2007: 348-358). بر اساس مطالعات همه‌گیرشناسی ۹۵ درصد از اختلالات خوردن در میان زنان اتفاق می‌افتد (Deering, 2001: 31-35)، و به طور کلی شیوع اختلالات خوردن در میان زنان ۱۵ تا ۶۲ درصد گزارش شده است و ۳۲ درصد زنان ورزشکار دست کم یک رفتار مرتبط با کنترل وزن را گزارش نموده‌اند (Espíndola & Blay, 2009). در همین راستا پورقاسمی و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دختر تبریزی به این نتیجه دست یافتند که ۱۶/۷ درصد از دانش‌آموزان در معرض اختلالات خوردن بودند (Pourghassem, 2008: 21-28). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عامل اصلی در ایجاد اختلال‌های خوردن، نگرش‌های جامعه نسبت به خوردن و رژیم گرفتن است. آرمانی کردن لاغری توسط جامعه، باعث می‌شود که خیلی از دختران جوان، زیبایی را با اندامی لاغر برابر بدانند و هنگامی که مجله‌ها را می‌خوانند و یا با دوستانشان صحبت می‌کنند و ... مکرراً با زیباتر نشان دادن لاغری روبه‌رو می‌شوند و این موضوع به تدریج آنها را نسبت به اختلال‌های خوردن آسیب‌پذیر می‌کند. امکان غلبه بر اختلال در غذا خوردن

یکی از اختلال‌های نسبتاً شایع روانی که در دهه‌های اخیر شیوع یافته و تعداد زیادی از افراد، به ویژه دختران جوان را تحت تأثیر قرار داده، اختلال‌های خوردن^۱ است (Siver-Costa, 2008). اختلالات خوردن دسته‌ای از اختلالات روان‌پزشکی هستند که خصوصیت بارز و اصلی آنها آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای بوده، که نابهنجاری‌های بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن و به خصوص وزن بدن به وجود می‌آورد (Pourghassem, 2009). اختلالات خوردن سندرم‌هایی هستند که در آن تغییر شناختی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای غلط خوردن می‌تواند منجر به عوارض تهدیدکننده زندگی از نظر تغذیه‌ای و پزشکی شود. اختلالات خوردن و خوراک که در DSM-IV اختلالات خوردن نامیده می‌شوند، اختلالات پیچیده‌ای هستند که ریشه در مسائل روانی، اجتماعی و فرهنگی دارند. اختلالاتی که در DSM-5 جزء اختلالات خوردن و خوراک قرار گرفته‌اند عبارتند از: اختلال پایکا^۲، اختلال نشخوار^۳، اختلال اجتناب/محدودیت غذایی^۴، بی‌اشتهایی عصبی^۵، پراشتهایی عصبی^۶، اختلال پرخوری بی‌رویه^۷ و اختلال خوردن و خوراک^۸ ناشناخته شده است (American Psychiatric Association, 2013). این دست از بیماری‌ها، عوارض تغذیه‌ای و روانی متعددی داشته و زمینه‌ساز مشکلاتی چون اضطراب و افسردگی می‌شود (Chamay, 2005: 417). لذا تشخیص افراد در معرض خطر اهمیت زیادی دارد.

¹ Eating Disorders

² Pica Disorder

³ Rumination Disorder

⁴ Disorder Avoidant/Restrictive Food Intake

⁵ Anorexia Nervosa

⁶ Bulimia Nervosa

⁷ Binge-Eating Disorder

⁸ Feeding or Eating Disorder



وجود دارد. ولی جستجوی روش‌های مناسب در اسرع وقت و کسب آگاهی برای فرد مبتلا از اهمیت برخوردار است؛ چون اختلال در غذا خوردن می‌تواند عواقب جسمی و روانشناسی جدی را به همراه داشته باشد. یک عامل مهمی که ممکن است در اختلال‌های خوردن نقش داشته باشد، کنترل هدفمند است. کنترل هدفمند به توانایی سرکوب یک پاسخ غالب برای ارائه یک پاسخ غیر غالب گفته می‌شود، این توانایی میزان کنترلی است که شخص بر تکانه‌ها و هیجان‌هایش دارد و توانایی تمرکز و تغییر توجه را شامل می‌شود (Rothbart, 2003: 1113-1114). کنترل بازداری^۱ نیز به عنوان یک عنصر کنترل هدفمند نقش کلیدی و مهمی در توانایی و حفظ یک رژیم غذایی سالم و وزن متعادل داراست (Wardle, 1988: 607-612). و با انتخاب‌های غذایی افراد ارتباط دارد و عدم تعادل این سیستم می‌تواند به تصمیم‌گیری غلط در انتخاب غذا منجر شود (Ames, Reynolds, 2014: 180-192). کنترل خود، حوزه دیگری از شناخت است که در آن قشر پیشانی نقش برجسته‌ای را در تفکر دارد و به خوبی قابل فهم است که رشد مغز در دوران نوجوانی دچار تغییر قابل ملاحظه‌ای می‌شود، و رشد مهارت‌های عملکرد اجرایی یک فرایند بخصوص پویا در طول این دوره است (Dagenbach & Carr, 1994). خود کنترلی نوعی تفاوت عصبی در عملکرد اجرایی است که ممکن است با علائم شناختی و بالینی در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، همراه باشد (Lock & Raiss, 2011: 55-64)، و کارایی آن ارتباط معکوسی با شاخص توده بدنی دارد (Cohen, 2011: 175&).

(Convit). در مطالعاتی که بر روی کنترل هدفمند انجام شده آشکار شده است که شباهتی بین سبک شناختی تکانشی و پراشتهایی و بی‌اشتهایی عصبی وجود دارد (Hafman & Baumeister, 2013: 17). Hafman و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با در نظر گرفتن تمایلات غذایی افراد، بین رژیم غذایی، بازداری، عمل کردن به تمایلات و تغییر وزن دادن به مدت طولانی ارتباط وجود دارد، افراد دارای رژیم لاغری که کنترل بازداری پایینی دارند در مقایسه با افراد دارای رژیم لاغری که کنترل بازداری بالایی دارند، به احتمال زیاد تلاش برای مقاومت در برابر تمایل به خوردن مواد غذایی را ندارند نه مصرف کردن مواد غذایی (Strien & Weerth, 2014: 124-133) Ames و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که تفاوت‌های جنسی آشکاری در عملکرد بازداری افراد، مربوط به غذا وجود دارد (Benson, 2014: 125-135) و همکاران Strien. (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که استرس ناشی از پاسخ به گرسنگی یک کنترل ضعیف بازداری نیست بلکه ممکن است ناشی از اثر تعدیل‌کننده هیجانان خوردن باشد که این خود ناشی از اضطراب مواد غذایی است (Gromel, 2000: 191-202). به نظر می‌رسد که خودتوصیفی بدنی^۲ مؤثرترین روش برای ارزیابی بدنی فعلی و تغییرات آرمان‌های بیماران مبتلا به اختلال خوردن و همچنین ارائه یک چشم‌انداز جدید و ایده‌آل برای بیماران و روان‌پزشکان است (Spear, 2006). خودتوصیفی بدن، تصویری روانی است که فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد. به عبارت دیگر

¹ Inhibition Control

² Pysycal Self Description



که انعطاف‌پذیری در توصیف بدن خود با شناخت اختلال خوردن، توجه آگاهانه به زمان حال و انعطاف-پذیری روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال خوردن ارتباط وجود دارد. زنانی که انعطاف‌پذیری خودتوصیفی بدن خود دارند، رفتارهای مرتبط با اختلال خوردن کمتری را نسبت به کسانی که انعطاف‌پذیری کمتری در توصیف بدن خود داشتند، دارند (Shsslak & Mukia, 1994: 688).

با توجه به شواهد موجود، زنان با احتمال بیشتری نسبت به مردان به اختلال خوردن دچار می‌شوند. لازم به ذکر است که اختلالات خوردن امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی دختران جوان است. اختلالات خوردن می‌تواند با تغییر الگوی غذایی و در نتیجه، دریافت نامطلوب مواد مغذی باعث ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شوند و سلامتی فرد را با مکانیسم‌های متعدد و متفاوتی تهدید کنند. با توجه به موارد ذکر شده، ارزیابی گرایش‌ها و رفتارهای غیر طبیعی خوردن در کسانی که اختلال واضح بالینی ندارند مهم است، به نظر می‌رسد که کنترل بازداری نقش کلیدی و مهمی در توانایی و حفظ یک رژیم غذایی سالم و وزن متعادل را دارد (Wardle, Ibid)، و خودتوصیفی بدنی یک روش ایده‌آل برای ارائه یک چشم‌انداز جدید برای بیماران و روان‌پزشکان است که مؤثرترین روش برای ارزیابی بدنی فعلی و تغییرات آرمان‌های بیماران مبتلا به اختلالات خوردن است (Stewart & Benson, Ibid). با توجه به اهمیت اختلالات خوردن به ویژه در زنان و تأثیری که در عملکرد افراد دارد و لزوم شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شکل‌گیری و تداوم آن و اندک بودن مطالعاتی که در زمینه متغیرهای مورد نظر انجام

احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندازه بدن خود دارد اگر چه ساختاری چند بعدی دارد ولی غالباً به صورت درجاتی از ظاهر فیزیکی، اندازه، شکل و ظاهر عمومی تعریف می‌شود (Richardson, 2000: 161-171).

بدنی نامطلوب یا عدم رضایت از وزن و ابعاد بدن، در نوجوانان و جوانان احتمال بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز از نظر سلامتی، مانند رژیم‌های غذایی نادرست و در نتیجه دریافت ناکافی مواد غذایی را افزایش می‌دهد (Levine & Piran, 2004: 57-70)، و می‌تواند منجر به نارضایتی از بدن و احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری نسبت به وضعیت ظاهری قسمتی از بدن که ممکن است منجر به اختلال در عملکرد شود (Cicmil & Eli, 2014: 274). درک اشتباه از تصویر بدن می‌تواند منجر به مشکلات جسمی و روحی شود (Ibid). Stewart و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود که خودتوصیفی بدنی افراد مبتلا به بی‌اشتهای عصبی را با افرادی که اختلال خوردن نداشتند، با هم مقایسه کردند. در این گروه‌ها خودتوصیفی‌های متفاوتی ارائه شد، اما جهت‌گیری تغییر مشابه بود. همه گروه‌ها، آرزوی اندامی بلند و باریک را داشتند، اما بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به دنبال باریک‌ترین اندام بودند (Moore & Cicmil, 2014: 669).

Goodmimght (2014: 669) و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اختلال خوردن ناتوانی بیش از حدی در توصیف واقعی از بدن خود دارند که شامل؛ لمس و آگاهی از زیبایی‌های خود، پویایی ذهنی و درک عادی بدن خود است (Gamer & Garfinkel, 1982: 878).

نتایج مطالعه Moore و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد



روند اجرای پژوهش حاضر بدین صورت بوده است که بعد از اخذ مجوز اجرای پژوهش از معاونت آموزشی دانشگاه محقق اردبیلی، از بین لیست دانشکده‌های موجود ۴ دانشکده و از هر دانشکده ۲ کلاس، و از هر کلاس کل دانشجویان دختر به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به تک تک دانشجویان دختر در محل کلاس‌ها مراجعه و پس از تبیین اهداف و روند پژوهش از آن‌ها درخواست گردید به پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی (جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد خانواده، وزن و قد)، نگرش به تغذیه، مقیاس کنترل هدفمند و پرسش‌نامه خودتوصیفی بدنی، که از نوع پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بودند در محل کلاس‌ها و به صورت انفرادی و با حضور پژوهشگر پاسخ دهند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۵۰ دانشجوی دختر با میانگین سنی ۲۳/۵۲ سال و انحراف استاندارد ۴/۸۶ در این مطالعه شرکت داشتند که ۹۴ نفر (۶۵/۶۷ درصد) آن‌ها مجرد و ۵۶ نفر (۳۷/۳۳ درصد) آن‌ها متأهل بودند که میانگین انحراف استاندارد. وزن آن‌ها ۵۵/۲۶ (۱۰/۹۹)، و میانگین (انحراف استاندارد) قد آن‌ها ۱۶۰/۸۷ (۶/۹۶) بودند. از نظر وضعیت اقتصادی ۹۳ نفر (۵۴/۶ درصد) نمونه دارای درآمد بالاتر از یک میلیون تومان بودند. از نظر وضعیت اشتغال بیشتر پدران آن‌ها بازنشسته و بیشتر مادران آن‌ها خانه‌دار بودند.

همبستگی قابل ملاحظه‌ای با عامل کنترل هدفمند دارند. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این آزمون در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (Rothbart & Evans, 2000: 122-135). پایایی نمره کلی این آزمون بر روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر ۰/۸۰ و پایایی خرده مقیاس‌های کنترل توجه ۰/۵۳، کنترل بازداری ۰/۶۹ و کنترل فعالیت ۰/۵۹ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه خود توصیفی بدنی: پرسش‌نامه خود توصیفی بدنی توسط Marsh (۱۹۹۶) ساخته شده که دارای ۷۰ سؤال و ۹ مؤلفه می‌باشد. هریک از ۷۰ سؤال یک جمله اخباری ساده است که تمام سؤالات این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۶) پاسخ داده می‌شود. بنابراین حداقل نمره ۵۶ و حداکثر نمره ۳۳۶ است (Marsh, 1996). در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ای که توسط عبدالملکی و همکاران (۱۳۸۹) در ایران هنجاریابی شده است، استفاده شد. در این مطالعه نتایج تحلیل عامل اکتشافی، هشت عامل خودپنداره بدنی که شامل لیاقت ورزشی، چربی بدنی، ظاهر بدنی، انعطاف-پذیری، سلامتی، فعالیت بدنی، هماهنگی و عزت نفس را به دست داد. نتایج بررسی اعتبار سازه عاملی نشان داد که کل خرده مقیاس‌های هشت‌گانه شناخته شده پرسش‌نامه خودتوصیفی بدن، ۴۴/۶۰ واریانس را به خود اختصاص داده است و ضریب پایایی برای عامل-های لیاقت ورزشی، ۰/۸۶ چربی بدنی، ۰/۸۹ ظاهر بدنی، ۰/۷۶ انعطاف‌پذیری، ۰/۰۸ سلامتی، ۰/۷۳ فعالیت بدنی، ۰/۶۲ هماهنگی، ۰/۷۵ عزت نفس، ۰/۰۵ و کل پرسش‌نامه ۰/۸۷۲ بودن است (Abdolmaleki, 1386: 42-55).



جدول ۳) نتایج تحلیل رگرسیون چند متغییری پیش‌بینی سه مؤلفه علائم اختلال خوردن بر اساس خودتوصیفی بدنی

آماره‌های هم خطی		P	T	b	SEB	B	R ²	R	متغیرهای پیش‌بین	گام	مؤلفه‌های علائم اختلال خوردن
VIF	تحمل										
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۱	۴/۳۹	۰/۳۴	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۳۳	لیاقت ورزشی	۱	تمایل به خوردن
۱/۰۶	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۵/۱	۰/۳۷	۰/۰۵	۰/۲۸	۰/۱۵	۰/۲۹	لیاقت ورزشی	۱	عادت غذایی
۱/۰۶	۰/۸۶	۰/۰۰۳	۳/۵	۰/۲۲	۰/۰۶	۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۴۵	کنترل هدفمند	۲	
۱/۷	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۶/۱	۰/۵۶	۰/۰۴	۰/۲۵	۰/۱۷	۰/۴۱	لیاقت ورزشی	۱	کنترل دهانی
۱/۰۱	۰/۸۲	۰/۰۰۱	۳/۳۵	۰/۲۳	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۴۸	کنترل هدفمند	۲	
۱/۷	۰/۵۸	۰/۰۰۶	-۲/۷۹	-۰/۲۶	۰/۰۱	-۰/۰۴	۰/۲۷	۰/۵۲	خودتوصیفی بدنی	۳	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ۱۲ درصد از کل واریانس خوردن نشان داد که عادات غذایی با کنترل فعالیت و تمایل به خوردن به وسیله لیاقت ورزشی پیش‌بینی می‌شود. لیاقت ورزش در گام اول ۱۵ درصد و کنترل هدفمند در گام دوم ۶ درصد از کل واریانس عادت غذایی را پیش‌بینی کردند، این متغیرها در مجموع توانستند ۲۱ درصد از واریانس عادت غذایی را تبیین کنند. لیاقت ورزشی ۱۷ درصد، کنترل هدفمند ۶ درصد و خودتوصیفی بدنی ۴ درصد از کل واریانس کنترل دهانی را پیش‌بینی کردند، این متغیرها در مجموع توانستند ۲۷ درصد از کل واریانس کنترل دهانی را تبیین کنند.

نتیجه‌گیری

اختلالات خوردن یکی از اختلال‌های نسبتاً شایع روانی است که در دهه‌های اخیر شیوع یافته و تعداد زیادی از افراد، به ویژه دختران جوان را تحت تأثیر قرار داده است. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش کنترل هدفمند و خودتوصیفی بدنی در پیش‌بینی علائم اختلال خوردن دانشجویان دختر انجام گرفته است. نتایج همبستگی کنترل هدفمند با علائم اختلال خوردن نشان داد که عادات غذایی با کنترل فعالیت و تمایل به خوردن به وسیله لیاقت ورزشی پیش‌بینی می‌شود. لیاقت ورزش در گام اول ۱۵ درصد و کنترل هدفمند در گام دوم ۶ درصد از کل واریانس عادت غذایی را پیش‌بینی کردند، این متغیرها در مجموع توانستند ۲۱ درصد از واریانس عادت غذایی را تبیین کنند. لیاقت ورزشی ۱۷ درصد، کنترل هدفمند ۶ درصد و خودتوصیفی بدنی ۴ درصد از کل واریانس کنترل دهانی را پیش‌بینی کردند، این متغیرها در مجموع توانستند ۲۷ درصد از کل واریانس کنترل دهانی را تبیین کنند.

بنابراین همواره به دنبال راهی برای نجات خود می‌گردند، لذا عوامل بیرونی یا خارج از کنترل را دلیل بر عدم موفقیت در فعالیت‌های خود قلمداد می‌کنند. افرادی که نظام بازداری آن‌ها حساسیت بالایی دارد در مقایسه با کسانی که از حساسیت بازداری پایینی



مغازه‌ها را در این افراد گزارش داده‌اند (Imerson, 1997: 529-534). داده‌ها نشان می‌دهند که اساس عدم بازداری شناختی و رفتاری در افراد مبتلا به پرخوری عصبی ممکن است مربوط به اختلال در نظم سروتونین است (Bruce, 2009: 92-97). همچنین در مطالعات عصب‌شناختی شواهدی از عدم بازداری در سطح عصب‌شناختی را در افراد مبتلا پیدا کرده‌اند. برای مثال در یک ارزیابی خودگزارشی، افراد مبتلا به اختلال خوردن نسبت به افراد سالم خطاهای بیشتری وجود داشت و اعتبار بالاتری برای رفتارهای تکانشی داشت (Jung, 2006: 350-365).

نتایج همبستگی خودتوصیفی بدنی با علائم اختلال خوردن نشان داد که عادات غذایی با لیاقت ورزشی، فعالیت بدنی و نمره کلی خودتوصیفی بدنی ارتباط مثبت و معناداری دارد. تمایل به خوردن با لیاقت ورزشی، سلامتی، فعالیت بدنی، هماهنگی، عزت نفس و نمره کلی خودتوصیفی بدنی ارتباط مثبت و معناداری دارد. کنترل دهانی با لیاقت ورزشی، سلامتی ارتباط مثبت و معناداری دارد.

این نتایج با نتایج Stewart و همکاران، Cicmil و همکاران، Moore و همکاران همخوانی دارد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد افرادی که خودتوصیفی بدنی نامطلوب یا عدم رضایت از وزن و ابعاد بدن خود دارند و احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری نسبت به وضعیت ظاهری قسمتی از بدن خود دارند، احتمال بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز از نظر سلامتی، مانند رژیم‌های غذایی نادرست و در نتیجه دریافت ناکافی مواد غذای را دارند، علائم اختلال خوردن بیشتری را از خود نشان می‌دهند. در توجیه این یافته می‌توان گفت که خودتوصیفی از بدن خود نقش مهمی در ارتباطات اجتماعی و روابط بین فردی دارد. برخی از

برخوردارند، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و این امر به دلیل آن است که آن‌ها به علائم و نشانه‌های تنبیه پاسخ می‌دهند. درعین حال اگر نظام بازداری رفتاری، کم‌کار باشد، بازداری فرد در زمان مواجهه با علائم تنبیه و غیرپاداش آسیب می‌بیند و حال آنکه چنانچه نظام بازداری رفتاری بسیار فعال باشد، موجب حساسیت زیاد فرد به علائم شرطی مربوط به تنبیه نمی‌شود و حالت‌های اضطرابی را در فرد پدید می‌آورد. اولین پاسخ فرد به این حالت‌های اضطرابی، فرافکنی و جستجوی عوامل بیرونی برای گریز از تنبیه است که این امر در یافته‌های پژوهش حاضر نیز مشهود بود. ازسوی دیگر فعالیت زیاد نظام فعال‌ساز رفتاری که مسئول پاسخ افراطی و شدید به علائم پاداش است نشان دهنده تکانش‌گری است و با انگیزش، برون‌گردی و جستجوی احساس مرتبط است (Dennis & Chen, 2007: 1-17).

تبیین دوم بر اساس دیدگاه عصب روانشناختی است که مطالعه ساختار مغز نشان می‌دهد سیستم بازداری رفتاری که شامل دستگاه سیتوهیپوکمپی است و نورون‌های اوران مونوآمینرژیک آن از ساقه مغز و نواحی فرافکن نئوکورتیکال در قطعه پیشانی گسترش یافته است، برای بازداری رفتار، پایه‌های انگیزشی فراهم می‌کند که ممکن است به پیامدهای منفی به ویژه در بافت‌های آزارنده و جدید منجر شود (Bruce, 2003: 92-97). عدم بازداری و تکانش‌وری در افراد مبتلا به اختلالات خوردن مربوط به نشانه‌های عصبی در این افراد است (Wagner, 2006). عدم بازداری و تکانش‌وری علاوه بر خوردن و پاکسازی ممکن است به جنبه‌های دیگر زندگی تعمیم یابد. به عنوان مثال افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی، اغلب مصرف الکل، سوءمصرف مواد، خودآزاری، عدم بازداری جنسی و دزدی کردن از



برخورداری از تناسب اندام در شکل‌گیری و حفظ خودپنداره بدنی مناسب و مثبت و کسب عزت نفس در صحنه رویدادهای اجتماعی و شخصی نقش مهمی به عهده دارد. باید توجه شود که احساسات منفی، رفتارها و پردازش‌های شناختی نامناسب در مورد توصیف بدنی و ظاهر فرد به تحریف تصویر بدنی و خودپنداره منفی منجر می‌شود که ممکن است از پیامدهای توصیف منفی از بدن خود باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که ۱۲ درصد از کل واریانس تمایل به خوردن به وسیله لیاقت ورزشی پیش‌بینی می‌شود. در توجیه این یافته می‌توان گفت که افراد برای جبران تمایل به خوردن خود به فعالیت‌های ورزشی سختی می‌پردازند تا بتوانند خود را از مواد چاق کننده تصفیه کنند. نتایج تحلیل رگرسیون عادت غذایی نشان داد که لیاقت ورزشی در گام اول ۱۵ درصد و کنترل هدفمند در گام دوم ۶ درصد از کل واریانس عادت غذایی را پیش‌بینی کردند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون کنترل دهانی نشان داد که لیاقت ورزشی ۱۷ درصد، کنترل هدفمند ۶ درصد و خودتوصیفی بدنی ۴ درصد از کل واریانس کنترل دهانی را پیش‌بینی کردند. این نتایج با نتایج Cicmil و همکاران مبنی بر اینکه افراد مبتلا به اختلال خوردن ناتوانی بیش از حدی در توصیف واقعی از بدن خود دارند، همخوان می‌باشد. در توضیح این یافته می‌توان گفت افرادی که ظاهر خود را منفی ارزیابی می‌کنند، ممکن است بازخورد اجتماعی منفی ایجاد کند و درونی کردن این بازخوردها می‌تواند منجر به سازگاری ضعیف شود (Moore, 2003: 84-91). تعامل بین طرح‌واره-های شناختی و بافت اجتماعی منجر به تفسیرهایی در فرد می‌شود که در سازگاری وی نقش بسزایی دارد.

افراد اشتغال ذهنی مداومی درباره ظاهر جسمانی خود دارند و با وجود طبیعی یا تقریباً طبیعی بودن ظاهر جسمانی، ترس مفراط و نگران کننده‌ای از زشت یا غیر جذاب بودن خود گزارش می‌کنند. افرادی که خود توصیفی مثبتی از بدن خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی خواهند داشت و از کیفیت زندگی روانی اجتماعی و رضایت از زندگی بیشتری برخوردار خواهند بود (Markus, 1977).

افراد در ترسیم طرح واژه شناختی-اجتماعی، ظاهر را به عنوان یک بعد مهم در ارزیابی خود ادراک کرده و به همان اندازه نیز دیگران را در این ارزیابی سهیم می‌دانند (Patrick & Knee, 2004: 501). همانطور که نظریه مقایسه اجتماعی بیان می‌کند افراد تمایل دارند دیگران را به عنوان منبعی برای خود ارزیابی به کار برند. این افراد عزت نفس وابسته بالایی دارند. عزت نفس وابسته نوعی از خود ارزیابی است که بر اساس انطباق با بعضی استانداردهای ارزیابی کننده نظیر ظاهر جسمانی پایه‌ریزی شده است. بنابراین برای افرادی که خود ارزیابی خود را مشروط می‌سازند و جذابیت ادراک شده پایینی دارند، این گونه مقایسه‌های اجتماعی مرتبط با ظاهر ایجاد پریشانی می‌کنند (Moss, 2005: 151).

بنابراین به نظر میرسد عوامل فرهنگی، برخورد دوستان و نزدیکان و افکار و عقاید منفی فرد در رابطه با توصیف بدن، در کاهش تعاملات اجتماعی و انزوای فرد و زمینه‌سازی برای بروز علائم اختلال خوردن تأثیر داشته باشد. پس هر چقدر فرد خودتوصیفی منفی بیشتری نسبت به بدن خود داشته باشد درک متغیرتری از بدن خود دارد. از طرفی نتایج نشان دادند که خودتوصیفی بدنی افراد تحت تأثیر اندازه‌های بدنی آنها بوده و لذا



High and Low Body Image”, *Andishe Va Raftar (Applied Psychology)*, 5 (17): 9-18. [Persian].

5- Bruce, K. Koerner, N. Steiger, H. Young, S. (2003), “Laxative Misuse and Behavioral Disinhibition in Bulimia Nervosa”, *Journal Eating Disord*, 33: 92-97.

6- Chamay-Weber, C. Narring, F. & Michaud, P.A. (2005), “Partial Eating Disorders Among Adolescents: A Review”, *J Adolesc Health*, 37(5): 417-27.

7- Cicmil, N. & Eli k. (2014), “Body Image Among Esting Disorder Patients with Disabilities: A Review of Published Case Studies”, *Journal of Psychology*, 11(3): 266-274.

8- Cohen, J.I. Yates, K.F. Duong, M. & Convit, A. (2011), “Obesity Orbitofrontal Structure and Function Are Associated with Food Choice”, *A cross-sectional study, BMJ Open*, 1(2): e000175.

9- Costa, C. Ramos, E. Severo, M. et al. (2008), “Determinants of Eating Disorders Symptomatology in Portuguese adolescents”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(12): 1126-32.

10- Dagenbach, D. & Carr, T.H. (1994), *Inhibitory processes in attention, memory, and language*, San Diego, CA: Academic.

11- Deering, S. (2001), *Eating Disorders: Recognition, Evaluation, and Implications for Obstetrician/Gynecologists (1)*, Prim Care Update Ob Gyns, 8:31-35.

12- Dennis, D.A. & Chen, C.C. (2007), “Neurophysiologic Mechanisms in the Emotional Modulation of Attention: The Interplay Between Threat Sensitivity and Intentional Control”, *Biological Psychology*, 76(4): 1-10.

13- Espíndola, C.R. & Blay, S.L. (2009), *Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review*, Rev Saud Publica, 43:707-16.

14- Gamer, D.M. olmsted, M.P. Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982), “The Rating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlated”, *Psychological Medicine*, 12: 871-878.

15- Gary, J.A. & M.c. Naughtan, N. (2000), *The Neuropsychology of Anxiety*, Oxford Psychology Series, 33(4).

16- Gromel, K. Sargent, R. Wakins, J. Shoob, H. (2000), “Digioacchino R, Malian A, Measurements of Body Image in Clinical Weight Loss Participants with and Without Binge-Eating Traits”, *Eating behaviors*. 1: 191-202.

17- Hafman, W. Adriana, M. Vohs, D.K. & Baumeister, F.R. (2013), Dieting and Self Control of Eating in Everyday Environments: An Experience Sampling Study British, *Journal of Psychology*, 29: 1-17.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که لیاقت ورزشی قوی-ترین پیش‌بینی کننده برای عادت غذایی، تمایل به خوردن و کنترل دهانی است. استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان ارزیابی علی را فراهم نمی‌کند و استفاده از آزمودنی‌های غیربالینی از محدودیت‌های عمده مطالعه حاضر به شمار می‌آید. با توجه به نتایج مطالعه حاضر در اختلالات خوردن، به نظر می‌رسد که پیگیری ابتلا به اختلالات شدید خوردن در افرادی مانند آزمودنی‌های مطالعه حاضر ضروری است. از طرف دیگر، نیاز است که نمونه بالینی و غیربالینی اختلالات خوردن با هم مقایسه شود. بنابراین لزوم تحقیقات بیشتر در این زمینه مهم جلوه می‌کند.

سپاس‌گذاری

«از همکاری کلیه مسئولان دانشگاه محقق اردبیل که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم نمودند و همچنین کلیه دانشجویانی که در این پژوهش به ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود».

فهرست منابع

1- Abdolmaleki, Z. Saleh Sedghpour, B. & Abdolmaleki, F. (1386), “Validity and Reliability of the Questionnaire, Physical Khdvtsyfy Teenage Girls”, *Quarterly of Applied Psychology*, 4(16): 42-55. [Persian].

2- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (2013), fifth edition, (DSM 5), American psychiatric publishing, Washington, DC London, England.

3- Ames, L.S. Kisbu-Sakary, Y. Reynolds, D.K. Boyle Cappelli, C. (2014), “Inhibition control effects in adolescent binge eating and consumption of sugar sweetened beverages and snacks”, *Appetite*, 81: 180-192.

4- Asgari, P. & Shababi, R. (2010), “A Comparison Between the Quality of Life, Life Satisfaction, Sex Role Attitude and Self-Esteem Among Students with



- of Contingent Self-Esteem and Self-Perceptions of Attractiveness”, *Personality Soc Psychol Bull*, 30 (4): 501-141.
- 31- Pourghassem, Gargari, B. Kooshavar, D. Sajadi, N.S. Karami, S. & Shahrokhi, H. (2009), “Risk of Eating Disorders in Tabrizian High School Girls in 2007”, *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services*, 30(4): 21-6. [Persian].
- 32- Pourghassem Gargari, B. Kooshavar, D. Seyed Sajadi, N. Karami, S. & Shahrokhi, H. (2008), “Risk of Eating Disorders in Tabrizian High School Girls”, *Journal of Tabriz Medical University*, 30(4): 21-26.
- 33- Richardson, E. King, T. Forsyth, H. Clark, M. (2000), “Body Image Evaluations in Obese Females with Eating Disorder”, *Eating Behaviors*, 1(2): 161-171.
- 34- Rothbart, M.K. Ahadi, S.A. & Evans, D.E. (2000), “Temperament and Personality: Origins and Outcomes”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 78: 122-135.
- 35- Rothbart, M.K. Ellis, L.K. Rueda, M.R. & Posner, M.I. (2003), “Developing mechanisms of temperamental effortful control”, *Journal of Personality*, 71(6): 1113-1143.
- 36- Sadock, B.J. & Sadock, V.A (2010), *Kaplan and Shaddock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences*, Rezaei F (Persian translator). 1st ed. Tehran: Arjmand]. 334-331. [Persian].
- 37- Spear, B. (2006), Does Dieting Increase the Risk for Obesity and Eating Disorder? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4): 523-525.
- 38- Stewart, A. Crockett, P. Nevill, A. & Benson, P. (2014), “Somatotype: amore soplisicated approach to body image work with eating disorder suffers”, *Advance in Eating Dis Order*, 2(2): 125-135..
- 39- Strien, V.T. Ouwens, A.M. Engel, C. & Weerth, C. (2014), “Hunger Inhibitory Control and Distress Inbuced Emotional Eating”, *Appetite*, 79: 124-133.
- 40- Wagner, A. Barbarich-Marsteller, N. G.K.F. Bailer, U. Wonderlich, S. Crosby, R. Henry, S. Vogel, V. Plotnicov, K.C.M. (2006), “Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ”, *Journal Eating Disord*, 39: 276-284.
- 41- Wardle, J. (1988), “Cognitive control of eating”, *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6): 607-612.
- 18- Hudson, J.I. Hiripi, E. Pope, H.G J.r. et al. (2007), “The Prevalence and Correlates of Eating Disorders the National Comorbidity Survey Replication”, *Biol Psychiatry*, 61 (3): 348-58.
- 19- Imerson, D. Wolfe, B. Metzger, E. Finkelstein, D. Cooper, T. Levine, J. (1997), Decreased Serotonin Function in Bulimia Nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 55: 529-534.
- 20- Jung J. & Lee, S-H. (2006), “Cross-Cultural Comparisons of Appearance Self-Schema, Body Image, Self-Esteem and Dieting Behavior Between Korean and U. S. Women”, *Family & Consumer Sciences*, 34(4): 350-365.
- 21- Levine, M. & Piran N. (2004), The Role of Body Image in the Prevention of Eating Disorders, *Body Image*, 1: 57 -70.
- 22- Lock, J. Garrett, A. Beenhakker, J. & Raiss, A. (2011), “Aberrant Brain Activation During a Response Inhibition Tasck in Adolescence Eating Disorder Subtypes”, *Journal Psychiatry*, 168(1): 55-64.
- 23- Markus H. (1977), “Self-Schemata and Processing Information About the Self”, *Personality Soc Psychol*, 35(2): 63-78.
- 24- Marsh, H.V. (1996), “Pysycal Self Description Questinaire: Stability and Discriminated Validity”, *Research Quartely for Exercise and Spert*, 67(3): 246-264.
- 25- Moore, I.M. Challinor, J. Pasvogel, A. et al. (2003), “Online Exclusive: Behavioral Adjustment of Children and Adolescents with Cancer: Teachers, Parent, and Selfreport”, *Oncol Nurs Forum*, 30(5): 84-91.
- 26- Moore, M. Masuda, A. Hill, M.L. & Goodmimght, I. (2014), “Body Image Flexibility Modrates the Association Between Disorder Eating Cognition and Disordered Eating Behaviored Eating Behaviore in a Nonclinical Sample of Woman: Across Sectional”, *Eating Behavorys*, 15(4): 664-669.
- 27- Moss, T.P. (2005), “The Relationships Between Objective and Subjective Ratings of Disfigurement Severity, and Psychological Adjustment, *Body Image*, 2(2): 9-151.
- 28- Mukia, T. Crago, M. & Shsslak, C.A. (1994), “Eating Attitude and Weight Preoccupation Among Femal High School Students in Japon”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 677-688.
- 29- Nunes, S. Camey, M.T. Linto, J.J. (2005), “The Validity and 4-year Test-Retest Reliability of the Brazilian Version of the Eating Attitude Test-26 Brazilian”, *Journal of Medical and Biological Research*, 38(11): 1655-1664.
- 30- Patrick, H. Neighbors, C. & Knee, C.R. (2004), “Appearancerelated Social Comparisons: The Role