

## ارتباط اختلالات خوردن، نارضایتی بدنی با مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی در دانشجویان دختر دانشگاه تبریز

حسن محمدزاده<sup>۱</sup>، حسین برهانی<sup>۲</sup>، اکبر قوامی<sup>۳</sup>، زهرا محمودی<sup>۴</sup>

۱- دانشیار گروه رفتار حرکتی دانشگاه ارومیه

۲\* و ۳- دانشجوی دکتری رفتار حرکتی دانشگاه ارومیه

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز

تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۰۸/۰۷

### چکیده

هدف این تحقیق بررسی ارتباط اختلالات خوردن و نارضایتی بدنی با مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی دانشجویان دختر دانشگاه تبریز بود. این تحقیق از نوع توصیفی - همبستگی بوده و جامعه تحقیق شامل دانشجویان دختر دانشگاه تبریز می‌باشد. ۳۶۰ نفر بصورت تصادفی ساده به عنوان نمونه تحقیق انتخاب و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه‌های نگرش‌های خوردن (گارنر و گارفینکل؛ ۱۹۷۹)، پرسشنامه نارضایتی بدنی (کریستوفر اوچنر و همکاران؛ ۲۰۰۹) و پرسشنامه تغییر رفتار فعالیت بدنی (مارکوس؛ ۲۰۰۳) بود. داده‌های بدست آمده از ۲۸۰ پرسشنامه برگشت داده شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن و تحلیل واریانس یکطرفه در سطح آلفای ۰,۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. نتایج نشان داد بین اختلالات خوردن و نارضایتی بدنی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین اختلالات خوردن و مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی رابطه مثبت و معنی‌دار اما بین نارضایتی بدنی و مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد، اختلالات خوردن و نارضایتی بدنی در مراحل مختلف تغییر رفتار فعالیت بدنی بطور معنی‌داری متفاوت است. در کل نتایج نشان دهنده این است که با پیشروی در بین مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی، میزان اختلالات خوردن نیز افزایش می‌یابد. همچنین میزان نارضایتی بدنی در مراحل میانی از مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی بیشتر است.

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات خوردن، نارضایتی بدنی، مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی

### مقدمه

درک اشتباه از تصویر بدنی می تواند برای فرد مشکلات جسمی و روحی به وجود آورد (۱). بیربک<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) می نویسد نارضایتی از تصویر بدنی می تواند به صورت اختلالاتی چون افسردگی و اختلالات خوردن شناسایی شود (۲). تصویر بدنی اصطلاحی است که به طور وسیعی تحت عنوان " تصویر درونی از ظاهر شما- درک منحصر به فرد شما از بدنتان" پذیرفته شده است. بن تووین (۱۹۹۲) اشاره می کند که تصویر بدنی اصطلاحی است که به صورت مرسوم به عنوان درک افراد از بدن خودشان به کار می رود (به نقل از ۳). زمانیکه این واژه وارد ادبیات تحقیقی شد، تحقیق در این زمینه سرعت زیادی به خود گرفت. انجام تحقیقات زیاد در این حیطه به این دلیل است که نارضایتی از بدن و ظاهر ممکن است با هنجارهای اجتماعی از قبیل لاغر و متناسب بودن تشدید شود. تصویر بدنی نمادی از زیبایی است که در بین فرهنگ های مختلف متفاوت است و به این دلیل است که نارضایتی فرد از وضعیت بدنی همانند درک جذابیت و وزن در بین نژادهای مختلف، متنوع است (۴). اکثر تحقیقات اولیه در این زمینه بر روی جوامع عادی و بدون جهت گیری ورزشکار بودن و غیرورزشکار بودن صورت می گرفت تا اینکه مبانی نظری در این زمینه گسترش یافت و مشخص شد که نارضایتی از بدن با افزایش احساس عدم کفایت و کاهش عزت نفس همراه است که موجب تغییر عادات خوردن، دوره های افسردگی، رژیم غذایی و برنامه های تمرین بدنی شدید می گردد (۵). نارضایتی از تصویر بدنی زمانی رخ می دهد که شخص تصویری از اندامی ایده آل را که به صورت فرهنگی تعیین شده است، درونی سازی می کند و آنگاه بعد از مقایسه خود با آن تصویر، تعیین می کند که بدنش با آن ایده آل متفاوت است یا نه (۶) البته بین نارضایتی روانی از بدن، رژیم غذایی نادرست و رفتارهای نادرست در خوردن که منجر به پر اشتهایی می شود رابطه وجود دارد (۷). به طور کلی مطالعات نشان داده که افراد با تصور ذهنی منفی نسبت به شکل و وزن بدن احتمالا بیشتر به اختلال خوردن مبتلا می شوند و بیشتر از احساساتی مانند افسردگی، انزوا و اعتماد د به نفس پایین در رابطه با کاهش وزن رنج می برند (۸). میدلارسکی و نیتزبورگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) نشان دادند در زنان میانسال اختلالات خوردن با نارضایتی از تصویر بدنی ارتباط معنی داری دارد (۹). اکثر تحقیقات نیز نشان داده اند که این سازه ها در زنان بیشتر از مردان می باشد. اگرچه اختلالات خوردن هم زنان و هم مردان را دربر می گیرد، اما زنان تقریباً ۱۰ برابر بیشتر از مردان، تشخیص این اختلال را دریافت می کنند (انجمن ملی اختلالات خوردن؛

1. Birbeck

2. MIDLARSKY & NITZBURG

۲۰۰۵)<sup>۱</sup> برای مثال: نیبرز و سو بال<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در تحقیقی با عنوان شیوع و میزان نارضایتی از شکل و وزن بدنی در میان دانشجویان به این نتیجه رسیدند که زنان نارضایتی از شکل بدنی و نارضایتی از وزن بدنی بیشتری از مردان داشتند (۱۰). هوپکینسون و لوک<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) نشان دادند زنان اختلالات خوردن بیشتری نسبت به مردان دارند (۱۱). با مشخص شدن نقش ورزش و تمرین در کنترل نارضایتی از بدن، برخی از محققان بر این شدند که این سازه‌ها را در بین جوامع ورزشکار و غیرورزشکار مورد مقایسه و بررسی قرار دهند. نتایج این دسته از تحقیقات نشان داد، اگرچه بین نارضایتی از بدن و اختلالات خوردن رابطه وجود دارد با این حال هر دو سازه نارضایتی از بدن و اختلالات خوردن در افراد ورزشکار بیشتر از افراد غیرورزشکار است. نصری و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند بین نارضایتی بدنی مردان ورزشکار و غیر ورزشکار تفاوت معنی داری وجود دارد (۱۲). در این میان صفوی و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند، اکثریت دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز (۸۷ درصد) تصویر ذهنی منفی از بدن داشتند و ۲۱/۵ درصد دارای اختلال خوردن بودند اما فراوانی اختلالات خوردن تقریباً مشابه جوامع دیگر بود. اکثریت افراد با تصویر ذهنی از جسم منفی، دارای اختلال خوردن بودند، هر چند از لحاظ آماری بین تصویر ذهنی از جسم و اختلال خوردن ارتباط معنی داری وجود نداشت (۱۳). محمودی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند بین تصویر بدنی و اختلالات خوردن هم در گروه ورزشکاران دختر و هم در گروه دختران غیرورزشکار رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. این محققین همچنین دریافتند که نمرات اختلالات خوردن و تصویر بدنی دانشجویان ورزشکار بیشتر از دانشجویان غیرورزشکار است (۱۴). احتمالاً افراد از ورزش به عنوان ابزاری برای کاهش و کنترل نارضایتی از بدن استفاده می‌کنند و این تفکرات موجب می‌شود تا افراد بطور فزاینده‌ای دچار اختلالات خوردن بشوند. امروزه به منظور برنامه‌ریزی برای تغییر رفتار در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، نظریه‌ها و الگوهای مختلفی وجود دارد که یکی از آنها الگوی فرانظریه‌ای<sup>۴</sup> است. این الگو توسط پروکاسکا و دکلمنته<sup>۵</sup> به عنوان یک الگوی جامع تغییر رفتار ابداع شده که بر تصمیم‌گیری افراد تمرکز دارد و ساختار مرکزی آن مراحل تغییر است (۱۵). یکی از سازه‌های الگوی فرانظریه‌ای توازن تصمیم‌گیری است که بر منافع و موانع تغییر و عدم تغییر رفتار متمرکز است. در هر انتخاب فرد در مورد تغییر دادن یا

- 
1. National Eating Disorders Association
  2. Neighbors & Sobal
  3. Hopkinson & Lock .
  4. Transtheoretical Model
  5. Prochaska and Diclemente

ندادن رفتارش، منافع و موانعی موجود است. تمرکز موازنه تصمیم‌گیری بر اهمیت ادراکات مثبت (منافع) و منفی (موانع) فرد در مورد نتایج رفتار یا تغییر رفتار است. در این سازه فرض بر این است که فرد رفتارش را تغییر نخواهد داد، مگر آن که به درک برتری منافع بر موانع نایل گردد (۱۶). در این الگو افراد جنبه‌های موافق و مخالف یعنی منافع و موانع تغییر رفتار را قبل از پیشرفت از یک مرحله به مرحله بعدی مورد سنجش قرار می‌دهند. پروکاسکا و دکلمنته (۱۹۹۸) ادعا می‌کنند که افراد در مراحل مختلف تغییر، نگرش‌ها، اعتقادات و انگیزه‌های مختلفی نسبت به موانع و منافع رفتار جدید دارند. بنابراین رویکردهای درمانی و راهبردهای ارتباطی مختلفی ممکن است برای افراد در مراحل مختلف تغییر لازم باشد (۱۷). الگوی فرانظریه‌ای به طور وسیع به عنوان چارچوبی برای درک رفتار مرتبط با سلامت و هدایت تلاش‌ها در جهت ارتقای سلامت شناخته شده است. در این الگو فرض بر این است که افراد می‌توانند در مراحل مختلفی از تغییر قرار گیرند. دیدگاه اصلی الگوی فرانظریه‌ای مرحله‌ای بودن تغییر است (۱۸).

براساس این الگو افراد از مجموعه‌ای از مراحل برای تغییر رفتار عبور می‌کنند که عبارتند از: مرحله پیش از تفکر یا قصد<sup>۱</sup>، مرحله تفکر و قصد<sup>۲</sup>، مرحله آمادگی<sup>۳</sup>، مرحله عمل<sup>۴</sup> و مرحله حفظ و نگهداری<sup>۵</sup>. (۱۵،۱۷)

باوجود اینکه برخی از تحقیقات اقدام به بررسی و مقایسه میزان اختلالات خوردن و تصویر بدنی در بین ورزشکاران و غیرورزشکاران نموده اند اما بنظر می‌رسد با در نظر گرفتن مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی، تقسیم بندی افراد یک جامعه (حتی جامعه ای کوچک مانند دانشجویان یک دانشگاه) به دو دسته ورزشکار و غیرورزشکار منجر به دست یافتن به اطلاعاتی حداقل ناقص خواهد شد. برای مثال اگرچه در پژوهش محمودی و همکاران (۱۳۸۹) جامعه تقریباً وسیعی از ورزشکاران دختر مورد بررسی قرار گرفت اما باید توجه کرد که در مطالعه آنها افراد غیرورزشکار شامل دخترانی بود که به عنوان تماشاگر در ورزشگاه‌ها حضور پیدا می‌کردند (۱۴). به نظر می‌رسد براساس مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی این افراد (تماشاگران) هم نسبت به جامعه ورزشکار و هم نسبت به جامعه ای که نه ورزشکار بوده و نه تماشاگر، نگرش‌های متفاوتی در زمینه اختلالات خوردن و تصویر بدنی داشته باشند.

- 
1. Precontemplation
  2. Contemplation
  3. Preparation
  4. Action
  5. Maintenance

با در نظر گرفتن مطالب فوق این سوال به ذهن خطور می کند که میزان نارضایتی از بدن و اختلالات خوردن در مراحل مختلف تغییر رفتار فعالیت بدنی در چه حدی است. به عبارت دیگر آیا با پیشروی در بین مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی، میزان نارضایتی از بدن و اختلالات خوردن نیز رو به افزایش می گذارد. باتوجه به اینکه افراد برای تغییر رفتارشان در زمینه ورزش و تمرین بدنی زمانی اقدام می کنند که منافع و موانع تغییر رفتار را قبل از پیشرفت از یک مرحله به مرحله بعدی مورد سنجش قرار می دهند بنابراین ضروری به نظر می رسد که نقش سازه های نارضایتی از بدن و همچنین اختلالات خوردن در پیشروی بین مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی مورد بررسی قرار گیرد.

### روش شناسی

این تحقیق از نوع توصیفی - همبستگی می باشد که بصورت میدانی اجرا شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دختر دانشگاه تبریز می باشد که در نیمسال دوم تحصیلی ۹۱ - ۹۰ مشغول به تحصیل بودند. تعداد ۳۴۰ نفر به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شد. به دلیل وجود احتمال عدم برگشت پذیری تعدادی از پرسشنامه ها، تعداد ۳۶۰ پرسشنامه در بین دانشجویان بصورت تصادفی ساده پخش شد که تعداد ۳۰۸ پرسشنامه به دست محقق برگشت داده شد و از این تعداد، ۲۸ پرسشنامه مخدوش و یا ناقص تکمیل شده بودند و از اینرو کنار گذاشته شدند. در نهایت ۲۸۰ پرسشنامه که بصورت کامل تکمیل شده بودند مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

#### - ابزارهای اندازه گیری تحقیق:

با توجه به ماهیت پژوهش حاضر، پرسشنامه چهار قسمتی شامل اطلاعات عمومی، پرسشنامه اختلالات خوردن، پرسشنامه نارضایتی بدنی و پرسشنامه مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی مورد استفاده قرار گرفت.

#### - پرسشنامه اختلالات خوردن

در پژوهش حاضر به منظور اندازه گیری اختلالات خوردن آزمودنی ها از پرسشنامه نگرش های خوردن EAT-26<sup>۱</sup> که توسط گارنر و گارفینکل در سال ۱۹۷۹ توسعه یافته است، استفاده شد. پرسشنامه نگرش های خوردن در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی<sup>۲</sup> برای نگرش ها و رفتارهای بیمار گونه خوردن بکار می رود و کارآمدی آن در شناسایی بی اشتهايي

- 
1. Eating Attitude Test
  2. Self-rating

عصبی و پرخوری عصبی ثابت شده است (۱۹).

فرم اصلی پرسشنامه نگرش‌های خوردن شامل ۴۰ آیتم است. گارنر و همکاران با تحلیل عاملی که در مورد این ابزار انجام دادند مشخص کردند که ۱۴ آیتم از پرسشنامه برای فاکتورهای بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی ضروری نیستند. ۱۴ آیتمی که در این دو فاکتور قرار نگرفتند، حذف شده و فرم ۲۶ آیتمی حاصل شد که شامل ۲۶ سوال می‌باشد. هر یک از آیتم‌های پرسشنامه نگرش‌های خوردن براساس مقیاس شش ارزشی (همیشه، بیشتر اوقات، خیلی اوقات، بعضی اوقات، بندرت و هرگز) درجه بندی می‌شوند. برای هر عبارت با پاسخ همیشه ۳ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره، خیلی اوقات ۱ نمره و سه گزینه باقیمانده شامل بعضی اوقات، بندرت و هرگز صفر در نظر گرفته می‌شود. بنابراین نمره‌های پرسشنامه نگرش‌های خوردن (۲۶ آیتمی) می‌تواند از صفر تا ۷۸ باشد. نمره غربال کننده از حاصل جمع تعداد عباراتی که به صورت «همیشه»، «بیشتر اوقات» و «خیلی اوقات» پاسخ داده شده‌اند، بدست می‌آید. نمره برش ۲۰ و بالاتر در این ابزار، احتمال وجود اختلال خوردن را نشان می‌دهد (۲۰). اعتبار و پایایی این ابزار خودسنجی در سطح وسیعی ارزیابی شده و فرم ۲۶ آیتمی (EAT-26) آن اجراء می‌شود. همچنین نوبخت (۱۳۷۷) اعتبار محتوا و پایایی پرسشنامه نگرش‌های خوردن را مورد بررسی قرار داده و ضریب پایایی آن را با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون محاسبه کرده است. براساس نتایج حاصل ضریب همبستگی بین نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله این پرسشنامه در گروه مورد مطالعه ۰/۹۱ می‌باشد که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد (۲۰).

همچنین گارنر و همکاران در سال ۱۹۸۳ اعتبار همزمان و اعتبار پیش‌بین و به همین نسبت پایایی آن را تأیید کرده‌اند (۱۹).

#### - پرسشنامه نارضایتی روانی - بدنی

به منظور اندازه‌گیری نارضایتی بدنی آزمودنی‌ها از پرسشنامه نارضایتی بدنی کریستوفر اوچنر، جیمز گری و کاترینا بریکنر (۲۰۰۹) استفاده شد (به نقل از ۱۲). این پرسشنامه شامل ۲۵ آیتم می‌باشد که روی مقیاس ۵ ارزشی لیکرت از "خیلی موافقم" تا "خیلی مخالفم" طراحی شده است. در این پرسشنامه به منظور کنترل پاسخهای غیر واقعی، آیتم‌های (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۸-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۳) بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به منظور کنترل پاسخهای غیر واقعی هر آیتم از ۱ تا ۵ با کلید گذاری متعادل آیتمهای (۴-۷-۹-۱۰-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷-۲۲-۲۴ و ۲۵) بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. علاوه بر این شرکت کنندگان در هر آیتم به این جمله " این آیتم برای شما چه مقدار اهمیت دارد" از ۱ تا ۱۰ نمره می‌دهند.

برای بدست آوردن نمره ای از صفر تا یک، نمره ای که به اهمیت هر آیتم داده می شود تقسیم بر ۱۰ می شود. سپس درجه اهمیت بر پاسخ آیتم (۱ تا ۵) ضرب می شود تا امتیاز نهایی برای هر آیتم بدست آید که از یک دهم تا پنج درجه بندی می شود. درجه اهمیت وزن به آیتمها جهت همکاری بیشتر با تصویر بدنی افزوده می شود. امتیاز کلی فرد روی نارضایتی از شکل و وزن بدنی مردان می تواند از ۲,۵ تا ۱۲,۵ مرتب شود که امتیازات بالاتر نارضایتی بدنی بیشتری را نشان می دهند.

نصری (۱۳۹۰) الفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با  $\alpha = ۰.۹۱$  گزارش کرده است. وی همچنین با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد، پایایی این پرسشنامه را برابر با  $r = ۰.۸۹$  گزارش نموده است (۱۲).

#### - پرسشنامه مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی

به منظور تعیین مراحل تغییر رفتار شرکت کنندگان در تحقیق از پرسشنامه تغییر رفتار فعالیت بدنی مارکوس و همکاران (۲۰۰۳) استفاده شد. این پرسشنامه شامل چهار سوال است که تغییر رفتار فعالیت بدنی را در پنج مرحله، پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل، و مرحله نگهداری اندازه گیری می کند (۲۱).

۱- من در حال حاضر از لحاظ بدنی فعال هستم.

۲- من قصد دارم از لحاظ بدنی در ۶ ماه آینده فعالیت بیشتری داشته باشم.

۳- من در حال حاضر درگیر فعالیت بدنی منظم هستم.

۴- من در ۶ ماه گذشته فعالیت بدنی منظمی داشته ام.

اگر کسی به سوال یک و دو جواب خیر بدهد = فرد در مرحله پیش تفکر قرار می گیرد.

اگر کسی به سوال یک جواب بله و به سوال دو جواب خیر بدهد = فرد در مرحله تفکر قرار می گیرد.

اگر کسی به دو سوال نخست جواب بله و به سوال سه جواب خیر بدهد = فرد در مرحله آمادگی قرار می گیرد.

اگر کسی به سه سوال نخست جواب بله و به سوال آخر جواب خیر بدهد = فرد در مرحله عمل قرار می گیرد.

اگر کسی به هر چهار سوال، جواب بله بدهد = فرد در مرحله نگهداری قرار می گیرد (لوین و پیران، ۲۰۰۴).

روایی این پرسشنامه در داخل کشور توسط محمدی (۱۳۸۸) تایید و پایایی آن با استفاده از الفای کرونباخ ۹۵ درصد گزارش شده است (به نقل از ۲۳ و ۲۲). محمدی زیدی و همکاران نیز

در تعیین پایایی این مقیاس در فاصله زمانی دو هفته ای، شاخص کاپا را برابر ۰.۸۵ گزارش نموده اند (۲۴).

این مقیاس، پنج مرحله مرتبط با ترک یک رفتار زیان آور یا پذیرش یک رفتار مثبت بهداشتی را به شرح زیر مشخص می کند: مرحله پیش تفکر (افراد این مرحله از لحاظ جسمانی غیر فعال هستند و قصد شروع ورزش در ۶ ماه آینده را ندارند). مرحله تفکر (افراد این مرحله از نظر جسمانی غیر فعال هستند و قصد شروع ورزش در ۶ ماه آینده را دارند). مرحله آمادگی (افرادی که بطور نامنظم فعالیت جسمانی دارند و کمتر از ۳ بار در هفته و هر بار به مدت ۳۰ دقیقه ورزش می کنند). مرحله عمل (افرادی که بطور منظم اما کمتر از ۶ ماه ورزش می کنند). مرحله نگهداری (افرادی که به مدت بیشتر از ۶ ماه دارای برنامه منظم و پایدار ورزشی هستند).

#### - روش های تجزیه و تحلیل داده ها

در این پژوهش، از روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی برای محاسبه شاخصهای گرایشهای مرکزی مانند میانگین و نما و شاخصهای پراکندگی مثل انحراف استاندارد و نیز جداول و نمودارها استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، ابتدا برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد و از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و آزمون تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد. ضابطه تصمیم گیری برای رد یا تأیید فرضیه ها  $< 0.05$  در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزارهای ایکسل ۲۰۰۷ و اسپاس اس نسخه ۱۷ استفاده شد.

#### نتایج

میانگین سنی شرکت کنندگان در تحقیق برابر با  $21.18 \pm 2.49$  بود. از ۲۸۰ شرکت کننده حاضر در تحقیق، ۵۳،۴ همراه خانواده، ۴۲،۹ ساکن خوابگاه، ۳،۷ بصورت استیجاری ساکن بودند. ۸،۳ در مقطع کاردانی، ۷۳،۵ در مقطع کارشناسی و ۱۸،۲ در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. براساس مقیاس مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی، شرکت کنندگان در یکی از مراحل این مقیاس قرار گرفتند که شرح آن بدین ترتیب بود: ۷۰ نفر (۲۵) در مرحله پیش تفکر، ۵۹ نفر (۲۱،۰۷) در مرحله تفکر، ۴۵ نفر (۱۶،۰۷) در مرحله آمادگی، ۵۰ نفر (۱۷،۸۵) در مرحله عمل و ۵۶ نفر (۲۰) در مرحله نگهداری. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اختلالات خوردن و نارضایتی روانی - بدنی بعد از اصلاحات پرسشنامهها محاسبه و در جدول ۱ ارائه شده است.



جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اختلالات خوردن و نارضایتی روانی - بدنی

نگهداری	عمل		امادگی		تفکر		پیش تفکر			
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
اختلالات خوردن	۸,۹۷	۲۲,۳۸	۸	۲۰,۱۲	۶,۳۷	۱۸,۳۳	۱۱,۲	۱۷,۱۵	۷,۲۵	۱۳,۸۱
نارضایتی روانی - بدنی	۱۲,۲۷	۷۵,۶۲	۱۲,۱۳	۷۹,۵۲	۹,۴۷	۸۱	۱۲,۶۴	۸۰,۸۵	۱۰,۱	۷۲,۷۶

همچنین براساس پرسشنامه اختلالات خوردن، درصد افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و همچنین درصد افراد بدون اختلالات خوردن در هر یک از مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی محاسبه و در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. درصد اختلالات خوردن بر اساس مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی

پیش تفکر	بدون اختلال		بی‌اشتهایی عصبی		پراشتهایی عصبی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
پیش تفکر	۶۱	۸۷,۱	۷	۱۰	۲	۲,۹
تفکر	۳۹	۶۶,۱	۱۸	۳۰,۵	۲	۳,۴
امادگی	۳۲	۷۱,۱	۱۳	۲۸,۹	-	-
عمل	۳۵	۷۰	۱۵	۳۰	-	-
نگهداری	۳۵	۶۲,۵	۲۱	۳۷,۵	-	-
کل	۲۰۲	٪۷۲,۱	۷۴	٪۲۶,۴	۴	٪۱,۴

نتایج آزمون پیرسون نشان داد ارتباط مثبت و معنی داری بین اختلالات خوردن و نارضایتی روانی - بدنی در دانشجویان دختر دانشگاه تبریز وجود دارد ( $R= ۰,۱۲۴$  ,  $sig= ۰,۰۳۹$ ). به عبارت دیگر با افزایش نمرات اختلالات خوردن، نمرات نارضایتی روانی - بدنی نیز افزایش پیدا می‌کند. نتایج آزمون اسپیرمن نیز نشان داد، بین اختلالات خوردن و مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی ( $R= ۰,۳۴۶$  ,  $sig= ۰,۰۰۱$ ) رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد اما بین نارضایتی روانی - بدنی و مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی ( $R= ۰,۱۰۸$  ,  $sig= ۰,۰۷۲$ ) رابطه معنی داری وجود ندارد.

به منظور مقایسه اختلالات خوردن و همچنین نارضایتی روانی - بدنی گروههای مختلف مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی از آزمون آنوای یکطرفه استفاده شد که در هر دو مورد اختلاف بین گروهها معنی دار بود. برای تعیین محل تفاوتها از پس‌آزمون ال‌اس‌دی استفاده شد. نتایج

این بررسی‌ها در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس یکطرفه

Sig	F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات		
۰,۰۰۱**	۸,۷۱۴	۶۴۲,۱۲	۴	۲۵۶۸,۵	بین گروهی	اختلالات خوردن
		۷۳,۹۶	۲۷۵	۲۰۲۶۴,۶۲	درون گروهی	
			۲۷۹	۲۲۸۳۳,۱۱	کل	
۰,۰۰۱**	۶,۱۳	۷۹۶,۶۵	۴	۳۱۸۶,۶	بین گروهی	نارضایتی روانی - بدنی
		۱۳۰	۲۷۵	۳۵۷۵۰,۱	درون گروهی	
			۲۷۹	۳۸۹۳۶,۷۱	کل	

\*\* معنی داری در سطح  $P < 0/01$

جدول ۴. نتایج پس آزمون‌های LSD

نتایج پس آزمون LSD برای نارضایتی روانی - بدنی		نتایج پس آزمون LSD برای اختلالات خوردن		منابع تغییر
Sig	اختلاف میانگین	Sig	اختلاف میانگین	
۰,۰۰۱**	-۸,۰۹	۰,۰۲۹*	-۳,۳۴	پیش تفکر - تفکر
۰,۰۰۱**	-۸,۲۴	۰,۰۰۶**	-۴,۵۲	پیش تفکر - آمادگی
۰,۰۰۲**	-۶,۷۶	۰,۰۰۱**	-۶,۳۱	پیش تفکر - عمل
۰,۱۶۲	-۲,۸۶	۰,۰۰۱**	-۸,۵۶	پیش تفکر - نگهداری
۰,۹۴۶	-۰,۱۵	۰,۴۹	-۱,۱۹	تفکر - آمادگی
۰,۵۴۵	۱,۳۳	۰,۰۷۳	-۲,۹۷	تفکر - عمل
۰,۰۱۵*	۵,۲۲	۰,۰۰۱**	-۵,۲۲	تفکر - نگهداری
۰,۵۲۸	۱,۴۸	۰,۳۱۲	-۱,۷۹	آمادگی - عمل
۰,۰۱۹*	۵,۳۷	۰,۰۱۹*	-۴,۰۴	آمادگی - نگهداری
۰,۰۰۸	۳,۸۹	۰,۱۷۸	-۲,۲۵	عمل - نگهداری

\*\* معنی داری در سطح  $P < 0/01$

\* معنی داری در سطح  $P < 0/05$

### بحث و نتیجه گیری

هدف از اجرای این پژوهش بررسی ارتباط بین اختلالات خوردن و نارضایتی بدنی با مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی در دانشجویان دختر دانشگاه تبریز بود. نتایج این تحقیق نشان داد در کل ۲۷,۹٪ از دانشجویان دختر دانشگاه تبریز دچار اختلالات خوردن بودند که از این میان

۲۶,۴٪ دچار بی‌اشتهایی عصبی و ۱,۴٪ دچار پراشتهایی عصبی بودند. اگرچه در ایران تحقیقی جامع به منظور بررسی شیوع اختلالات خوردن در سطح کل کشور صورت نگرفته است و تحقیقات بیشتر بصورت منطقه‌ای و استانی بوده اما مرور یافته‌های همین تحقیقات و نتایج تحقیق حاضر نشان دهنده افزایش رو به رشد این اختلال می‌باشد. برای مثال نوبخت (۱۳۷۷) نشان داد تنها ۴٪ از در دانش‌آموزان دختر سال دوم دبیرستان‌های شهر تهران دچار اختلالات خوردن هستند (۲۰). سیدی و صنایعی زاده (۱۳۸۳) شیوع اختلالات خوردن در بین دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کرمان را ۹٪ نشان داد (۲۵). پورقاسم و همکاران (۱۳۸۶) این اختلال را در بین دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر تبریز را ۱۶,۷٪ نشان داد (۲۶). صفوی و همکاران (۱۳۸۸) نیز نشان دادند ۲۱,۵ درصد از دانشجویان دختر دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز دچار اختلالات خوردن بودند (۱۳). و بالاخره محمودی و همکاران (۱۳۸۹) نیز این اختلال را در دختران ورزشکار شمال غرب کشور برابر با ۲۷٪ و در غیر ورزشکاران همان جامعه برابر با ۱۹٪ نشان داد (۱۴). اگرچه مقایسه شیوع و یا میزان رشد این اختلال با توجه به گستردگی جامعه ایران و تفاوت‌های فرهنگی هر منطقه دشوار می‌باشد. اما با احتیاط می‌توان گفت که اختلالات خوردن در بین دختران جوان روز به روز در حال رشد است. نکته جالب توجه در مورد یافته‌های تحقیق حاضر این است که درصد افراد مبتلا به اختلالات خوردن در مراحل مختلف تغییر رفتار فعالیت بدنی متفاوت می‌باشد و همانطور که پیش‌بینی می‌شد با پیش‌روی در بین مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی، هم میانگین و هم درصد افراد مبتلا به اختلالات خوردن افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر در مرحله پیش‌تفکر (۲۲,۹٪) با میانگین ۱۳,۸۱، تفکر (۳۳,۹٪) با میانگین ۱۷,۱۵، آمادگی (۲۹,۹٪) با میانگین ۱۸,۳۳، عمل (۳۷,۵٪) با میانگین ۲۰,۱۲ و در مرحله نگهداری (۲۷,۹٪) با میانگین ۲۲,۳۸ دچار اختلالات خوردن هستند. اگرچه با مرور پیشینه تحقیق محقق نتوانست مطالعه‌ای را که میزان اختلالات خوردن را در مراحل مختلف تغییر رفتار فعالیت بدنی پیدا کند اما تحقیقاتی که میزان این اختلال را در بین ورزشکاران و غیرورزشکاران مقایسه کرده‌اند به نوعی با نتایج تحقیق حاضر همسو به نظر می‌رسد (۱۲,۱۴). باید در نظر داشت که یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد، اختلالات خوردن در افرادی که بطور منظم فعالیت ورزشی ندارند نیز متفاوت می‌باشد و نتایج تحلیل واریانس یکطرفه اختلاف معنی‌داری را در میانگین اختلالات خوردن بین مراحل مختلف تغییر رفتار فعالیت بدنی نشان داد. بطوریکه افرادی که در مرحله نگهداری به سر می‌برند بطور معنی‌داری میانگین بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها داشت و تنها نسبت به گروه عمل تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. همچنین افرادی که در مرحله پیش‌تفکر بودند بطور معنی‌داری میانگین

کمتری نسبت به سایر گروهها داشتند. با توجه به اینکه افرادی که در مراحل تفکر و آمادگی حضور داشتند نسبت به افرادی که در مراحل پیش تفکر و نگهداری بودند دارای میانگین بیشتری در متغیر نارضایتی بدنی داشتند شاید بتوان این نتیجه را گرفت که نارضایتی بدنی به عنوان عاملی در توازن تصمیم گیری دخیل بوده و همین امر نیز می تواند با پیشروی در مراحل مختلف تغییر رفتار فعالیت بدنی منجر به افزایش اختلالات خوردن شود. به عبارت دیگر افراد نارضایتی بدنی خود را به عنوان منافع یا موانع برای تغییر رفتار فعالیت بدنی در نظر می گیرند. هر چند ما معتقدیم تصمیم گیری در مورد این یافته ها نیاز به تحقیقات بیشتری دارد و باید با احتیاط در این مورد سخن گفت چراکه تاکنون تحقیقی با این روش شناسی صورت نگرفته است.

در بررسی ارتباط بین اختلالات خوردن و نارضایتی بدنی نتایج آزمون همبستگی پیرسون رابطه معنی داری را نشان داد ( $r = 0,124$ ). هر چند این میزان رابطه از لحاظ آماری معنی دار است اما رابطه بالایی نیست. به هر حال یافته های تحقیق حاضر با نتایج تحقیق صفوی و همکاران (۱۳۸۸) همسو نیست (۱۳) اما با یافته های (۹,۲۷,۲۸,۲۹) همسو می باشد. اکثر محققین بر این باورند که هنگامی که فرد نسبت به ظاهر بدن خود دچار نارضایتی می شود شاید اقدام به خودداری از خوردن کند. همچنین در مورد افراد ورزشکار نیز گلر و همکاران (۲۰۰۰) بر این باور هستند که نارضایتی روانی- بدنی که بر گروه کثیری از جوانان ورزشکار اثر می گذارد، اغلب موجب باز داری از لذت بردن از فعالیت های ورزشی منظم شده و در نتیجه تعداد زیادی از افراد نسبت به بدن خود دچار نا رضایتی شده و عادات نا سالم تغذیه ای را در پیش می گیرند که نهایتاً منجر به افزایش در اختلالات خوردن می شود (۳۰).

همچنین نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین اختلالات خوردن و مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی ( $r = 0,346$ ) رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر با پیشروی در مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی، اختلالات خوردن هم افزایش می یابد. نتایج تحقیقات قبلی نشان می دهد، اختلالات خوردن در افراد ورزشکار بیشتر از افراد غیرورزشکار است و به نوعی نتایج تحقیق حاضر با یافته های قبلی همسو می باشد و نشان می دهد اختلالات خوردن در افرادی که در مرحله نگهداری (آخرین مرحله تغییر رفتار فعالیت بدنی) قرار دارند نسبت به افراد سایر گروه ها دارای میانگین اختلالات خوردن بالایی هستند. همچنین نتایج نشان داد بین نارضایتی بدنی و مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی ( $r = 0,108$ ) رابطه معنی داری وجود ندارد. از آنجاییکه تاکنون تحقیق مشابهی در این زمینه صورت نگرفته است بنابراین نمی توان نتیجه گیری قطعی انجام داد. به هر حال با توجه به اینکه میانگین نارضایتی بدنی در مراحل تفکر و

آمادگی بطور معنی داری بیشتر از مرحله پیش تفکر بود بنابراین می توان با احتیاط چنین نتیجه گرفت که افراد شاید به دلیل نارضایتی بدنی اقدام به تغییر رفتار خود از مرحله پیش تفکر به مراحل تفکر و آمادگی می کنند و یا اینکه نارضایتی بدنی حداقل در این اقدام دخیل است و تصمیم به انجام فعالیت های جسمانی در ۶ ماه آینده را می گیرند.

تحقیق حاضر نشان داد بخش وسیعی از نمونه مورد بررسی دچار اختلالات خوردن هستند که این امر تا حدودی ناشی از نارضایتی بدنی آنها می باشد. اگرچه میانگین و درصد افراد مبتلا به اختلالات خوردن در مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی متفاوت بود اما بطور کلی نتایج نشان می داد با پیشروی در مراحل تغییر رفتار فعالیت بدنی میزان این اختلال نیز رو به افزایش است. بنابراین اگر نتایج تحقیقات آتی یافته های تحقیق حاضر را تأیید کنند بنظر می رسد این موضوع تا حدودی نگران کننده باشد. چرا که در اینصورت افراد به دلیل ذهنیت منفی که نسبت به بدن خود دارند دست به رفتارهای تغذیه ای ناسالم زده و این احتمال وجود دارد که همزمان به فعالیت های شدید ورزشی دست بزنند که به نوبه خود سلامتی دختران جوان را که به نوعی تحت فشارهای اجتماعی برای لاغر شدن هستند را تهدید کند. در پایان پیشنهاد می شود که محققین در آینده ای نزدیک اختلالات خوردن و نارضایتی بدنی را در کنار سایر عوامل موجود برای توازن تصمیم گیری مورد بررسی قرار دهند و نیز میتوان نقش میانجی این سازه ها را در توازن تصمیم گیری مورد بررسی و مطالعه قرار داد تا به نتایج دقیقتری در این زمینه دست یافت.

### منابع:

1. Levine, M., Piran, N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*, 2004 Vole 1: 57-70.
2. Birbeck, D., Drummond, M. Body image and the per-pubescent child. *Journal of educational Enquiry*, 2003 Vole 4(1): 117-127.
3. Thompson. RA & Sherman. RT. *Eating Disorders in sport*. New York: Rutledge. (2010).
4. Botta, R. A. For your health? The relationship between magazine reading and adolescents' body image and eating disturbance. *Sex Roles*, 2003 Vol 49, 47-58.
5. Miller, DJ Weight. Satisfaction Among Black and White Couples: The Role of Perceptions. *Eating Disorders*. 2001 Volume 9, Issue 1, pages 41-47.
6. Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H.E., Stein, R. I. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating

- mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994 103: 836-840.
7. Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. 1999.
  8. Ricciardelli, A.L., McCabe, P.M., Williams, R.J., Thompson, J.K. The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. *Clinical Psychology Review*. 2007 Volume 27, Issue 5, Pages 582-606.
  9. Midlarsky, E., Nitzborg, G. Eating Disorders in Middle-Aged Women. *The Journal of General Psychology*, 2008 135(4), 393-407.
  10. Neighbors, L.A., Sobal, J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eating Behaviors*. 2007 Volume 8, Issue 4, , Pages 429-439.
  11. Hopkinson, R.A., Lock, J. Athletics, perfectionism, and disordered eating. *Eat Weight Disord*. 2004 9(2):99-106.
۱۲. نصری، لطیف. "مقایسه نارضایتی روانی، بدنی در مردان ورزشکار و غیر ورزشکار". پایان نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی. نیمه حضوری رفتار حرکتی. دانشگاه ارومیه. (۱۳۹۰).
۱۳. صفوی، محبوبه؛ محمودی محمود و روشندل، اعظم بررسی تصویر ذهنی از جسم و ارتباط آن با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. ۱۳۸۸ مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۱۹، شماره ۲، ص ص: ۱۳۴-۱۲۹.
۱۴. محمودی کوچکسرایبی، سادات حسینی، فاطمه و محرم زاده، مهرداد. رابطه فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیر ورزشکار. ۱۳۸۹ پژوهش در علوم ورزشی، شماره ۶. ص ۹۷ - ۱۱۲.
15. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease*. 1998 Jul; 38(5-6): 216-233.
  16. Prochaska JO. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychol*. 1994 Jan; 13(1): 47-51.
  17. Donovan RJ, Jones S, Holman CD, Corti B. Assessing the reliability of a stage of change scale. *Health Educ Res*. 1998 Jun; 13(2): 285-91.

18. Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *Am J Public Health*. 2001 Feb; 91(2): 265-9.
19. Garfinkel, PE & Garner DM. *Anorexia Nervosa: A Multidimensional perspective*. 1982 New York: Brunner/Mazel.
۲۰. نوبخت، م. بررسی همه گیرشناسی اختلال های خوردن در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد (۱۳۷۷).
21. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stage of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport* 1992; 63(1): 60-6.
۲۲. آقاملایی، تیمور؛ سادات طوافیان، صدیقه و قنبرنژاد، امین. ارتباط موازنه تصمیم گیری ناشی از منافع و موانع درک شده با مراحل تغییر فعالیت جسمی در دانش آموزان دبیرستانی. ۱۳۹۱ مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۸، شماره ۴. ص ۸۰ - ۶۹.
۲۳. مظلومی محمودآباد، سید سعید؛ محمدی، مزیم؛ مروتی، محمد علی. ورزش و ارتباط آن با خودکارآمدی بر اساس الگوی مراحل تغییر در کارمندان شهر یزد در سال ۱۳۸۷. ۱۳۸۹ مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره هفدهم، شماره ۴، ص ۳۵۴-۳۴۶.
24. Mohammadi, Zeidi. Predicting the change in physical activity behavior of QUMS students with Pender's model. 2010 JQUMS, Vol. 14, NO. 3, autumn. 58-66
۲۵. سیدی، فرزانه و صناعی زاده، فرناز بررسی میزان شیوع اختلالات خوردن در بین دانش آموزان دختر دبیرستان های شهر کرمان. پایان نامه دکتری پزشکی، دانشکده پزشکی مهندس افضلی پور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان ۱۳۸۳.
۲۶. پورقاسم گرگری، بهرام؛ کوشاور، دنیز؛ سیدسجادی، ندا؛ کرمی صفورا و شاهرخی، حسن. خطر اختلالات خوردن در دانش آموزان دبیرستانی دختر تبریز در سال ۱۳۸۶. ۱۳۸۷ مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره ۳۰، شماره ۴، صص: ۲۶-۲۱
27. Anton, SD, Perri, MG, Riley. JRD discrepancy between actual and ideal body images: Impact on eating and exercise behaviors. *Eating Behaviors*. 2000. Volume 1, Issue 2, Pages 153-160.

28. Diann M Ackard .DM, Croll. JK, Kearney. Cooke.A Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. Journal of Psychosomatic Research. 2002 Volume 52, Issue 3, Pages 129-136.
29. Ganem.PA, de Heer.H, Morera .O.Does body dissatisfaction predict mental health outcomes in a sample of predominantly Hispanic college students? Personality and Individual Differences. 2009 Volume 46, Issue 4, March 2009, Pages 557-561.
30. Geller&et al. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders. 2000 Volume 28, Issue 1, pages 8-19.

