

رابطه فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار

سمیه محمودی^۱، دکتر فاطمه سادات حسینی^۲، دکتر مهرداد محرمزاده^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۵/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۱۱

چکیده

هدف این پژوهش بررسی رابطه فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار بوده است. ۱۹۵ دانشجوی دختر (۹۲ ورزشکار و ۱۰۳ غیر ورزشکار) از میان دانشجویان غرب کشور انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه تصویر بدنی، پرسش‌نامه فشار اجتماعی و پرسش‌نامه اختلالات خوردن استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد بین فشار اجتماعی و اختلالات خوردن در گروه ورزشکار ($r=0/49$) و همچنین بین این دو متغیر در گروه غیرورزشکار ($r=0/46$) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p<0/05$). بین تصویر بدنی و اختلالات خوردن در گروه ورزشکار ($r=-0/32$) و نیز بین این دو متغیر در گروه غیرورزشکار ($r=-0/29$) رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($p<0/05$). مقایسه میانگین نمرات ورزشکاران و غیرورزشکاران نشان می‌دهد میانگین نمرات اختلالات خوردن در ورزشکاران بیشتر از غیرورزشکاران است. همچنین، میانگین نمرات تصویر بدنی دانشجویان ورزشکار بیشتر از دانشجویان غیرورزشکار است ($p<0/05$)، اما میانگین نمرات فشارهای اجتماعی دانشجویان دختر ورزشکار کمتر از دانشجویان دختر غیرورزشکار است ($p<0/05$). در این پژوهش، بیشتر دانشجویان با تصویر بدنی متوسط ضعیف، دارای اختلال خوردن بوده‌اند و از لحاظ آماری، فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن رابطه معنی‌داری دارند. نتایج تحقیق حاضر نشان‌دهنده این است که تصویر بدنی ضعیف و فشار اجتماعی زیاد اختلالات خوردن را افزایش می‌دهد.

کلیدواژه‌های فارسی: فشار اجتماعی، تصویر بدنی، اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی، ورزشکار و غیرورزشکار.

۱. کارشناس ارشد تربیت بدنی (نویسنده مسئول) Email: somayyeh_mahmoodi@yahoo.com

۲ و ۳. استادیار دانشگاه ارومیه Email: Mmoharramzadeh@yahoo.com Email: Fhossini2002@yahoo.com

مقدمه

مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی طی ۳۰ سال گذشته روند رو به رشدی داشته است. این رشد با نگرانی در مورد خطراتی همراه است که سلامتی زنان ورزشکار را تهدید می‌کند. اختلالات خوردن^۱ از خطراتی است که به کاهش سلامتی در زنان ورزشکار منجر می‌شود. واضح است که زنان، چه آن‌ها که در فعالیتهای ورزشی شرکت می‌کنند و چه آن‌ها که مشارکتی در فعالیتهای ورزشی ندارند، بیشتر از مردان در معرض خطرات اختلالات خوردن قرار دارند (۱). همچنین، مشارکت در فعالیتهای ورزشی اختلالات خوردن را در میان زنان افزایش می‌دهد. زنان ورزشکار دانشگاهی بیشتر از زنان غیرورزشکار علائم اختلالات خوردن و رفتارهای وابسته به آن را از خود نشان می‌دهند (۲). زنان ورزشکاری که در رقابت‌های ورزشی سطح بالا شرکت می‌کنند در معرض ابتلا به سه آسیب ورزشی زنان قرار دارند که آن‌ها را «آسیب‌های سه‌گانه ورزش بانوان» نام نهاده‌اند. با وجود اینکه آسیب‌های سه‌گانه در زنان ورزشکار شایع‌تر است، می‌تواند در دختران و زنان غیر ورزشکار هم رخ دهد. اجزای سه‌گانه آسیب ورزشی بانوان عبارتند از: توقف سیکل ماهانه^۲، یوکی استخوان^۳ و اختلالات خوردن (۳). برخی محققان در تحقیقات خود نشان داده‌اند که نارضایتی بدنی و عوامل روانی با واکنش‌های رفتاری مربوط به خوردن در میان زنان ورزشکار رابطه دارد (۴).

اگرچه تعداد ورزشکاران زن در حال افزایش است، در حال حاضر اطلاعات اندکی در مورد رفتارها و عادات‌های غذایی زنان ورزشکار در رشته‌ها و سطوح ورزشی مختلف در دست است. اختلالات خوردن از عوامل نگران‌کننده سلامت عمومی است که از دهه ۱۹۷۰ به سرعت رو به گسترش است (۵). اغلب اختلالات خوردن که در زنان دیده می‌شود، بی‌اشتهایی عصبی^۴ و پرخوری عصبی^۵ است. بی‌اشتهایی عصبی با ترس از افزایش وزن و اختلال در درک تصویر بدن تعریف می‌شود و پرخوری عصبی با نگرانی دائم در مورد شکل و وزن، دوره‌های تکراری در پرخوری، فقدان کنترل در زمان پرخوری و استفاده از روش‌های جبرانی برای جلوگیری از افزایش وزن مانند استفراغ عمدی، استفاده از داروهای مسهل، محدودیت رژیمی، روزه‌داری یا تمرینات شدید مشخص می‌شود (۶). شیوع اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به آن مانند

1. Eating Disorders
2. Amenorrhea
3. Osteoporosis
4. Anorexia nervosa
5. Bulimia nervosa

اعتماد به نفس ضعیف، غمگینی و ملال، رضایت کم از تصویر بدنی در سه دهه گذشته افزایش شگرفی داشته و همچنان رو به افزایش است (۷). زنان ورزشکار تحت فشار استرس ناشی از برتری اجتماعی و لاغری ایده‌آل قرار دارند که میزان آن در ورزشکاران دو برابر است (۸). مشخص شده در دختران نوجوان اختلالات خوردن، سومین علت بیماری‌ها بعد از بیماری‌هایی چون چاقی و آسم است (۹). هشت میلیون نفر در ایالات متحده به اختلالات خوردن مبتلا هستند (۱۰). این دسته از بیماری‌ها قبلاً مختص جوامع صنعتی و پیشرفته و به‌ویژه افرادی بود که موقعیت اقتصادی - اجتماعی متوسط و بالا داشتند (۹)، در حالی که امروزه مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نشان می‌دهد این دسته از بیماری‌ها مختص جوامع صنعتی و غربی نیست و نمی‌توان آن‌ها را به گروه اجتماعی و اقتصادی خاصی محدود کرد (۱۱).

تعداد و حتی دقت تحقیقات انجام شده در مورد شیوع اختلالات خوردن در ورزشکاران، در مقایسه با جمعیت عادی، کمتر است. بسیاری از این مطالعات با نمونه‌های کوچک و نمونه‌هایی که نماینده جمعیت نبودند، انجام شده که از اندازه‌گیری‌هایی با ویژگی‌های روان‌سنجی سؤال برانگیز استفاده کرده است (۱۲). سانداگت-بورگن^۱ پرسش‌نامه نگرش خوردن^۲ را که خود تنظیم کرده بود برای تشخیص افرادی که در معرض خطر اختلالات خوردن بودند به کار برد. او دریافت که ورزشکاران استفاده از روش‌های مسهل مثل ملین‌ها، مدرها و تهوع‌آورها را کمتر از حد واقعی و رفتارهای تغذیه افراطی را بیش از حد واقعی گزارش می‌کنند (۱۳). ترس از شناخته شدن توسط مربیان، معلمان یا هم تیمی‌ها و از دست دادن موقعیت تیمی از دلایلی است که سبب می‌شود ورزشکاران دقیقاً نگرش‌ها و رفتارهای کنترل وزن را گزارش نکنند. در مطالعه‌ای گسترده، ۱۴۴۵ ورزشکار دانشجو (۵۶۲ زن و ۸۸۳ مرد) از ۱۱ دانشکده و ۱۱ رشته مختلف ورزشی بررسی شدند. در این پژوهش از پرسش‌نامه نگرش خوردن گارنر^۳ استفاده شد. بر اساس نتایج، ۱۴۱ زن (۲۵٪) و ۸۴ مرد (۹/۵٪) در گروه بی‌اشتهایی و ۳۲۶ زن (۵۸٪) و ۳۳۶ مرد (۲۸٪) در گروه پرخوری قرار گرفتند (۱۴). سانداگت - بورگن میزان شیوع اختلالات خوردن را در میان ۵۲۲ زن ورزشکار نخبه نروژی از ۳۵ رشته ورزشی و ۴۶۸ غیرورزشکار را با استفاده از پرسش‌نامه‌ها و مصاحبه‌ها آزمایش کرد. نتایج تحقیقات او نشان داد که تعداد قابل توجهی از ورزشکاران (۱۸٪) نسبت به غیر ورزشکاران (۵٪) چار نوعی اختلال خوردن هستند (۱۳). این نتیجه‌گیری که زنان ورزشکار بیشتر در معرض خطرند در نتایج بایرن و مک لین^۴

1. Sundgot-Borgen
2. Eating Attitudes Test
3. Garner
4. Byrne & McLean

نیز تکرار شده است (۱۵).

در کشور ما پژوهش‌های انجام شده در این زمینه محدود و همین تعداد هم بیشتر شامل افراد عادی است. نتایج پژوهشی در تهران نشان داد که ۲۱/۵ درصد از دختران دانشجوی دارای اختلالات خوردن می‌باشند (۱۶).

بسیاری از نظریه پردازان افزایش اختلالات خوردن را در سال‌های اخیر به دلیل تأکید بر لاغری تبدیل آن به ارزش در جوامع غربی می‌دانند (۱۶). فرهنگ امریکایی آشکارا تأکید بر لاغری را ایده‌آلی برای زیبایی جنس مؤنث می‌داند و تحقیقات نشان داده است که این معیار در طول چند دهه گذشته بسیار شدیدتر شده است (۱۷).

به طور عمومی پذیرفته شده است که فشار اجتماعی- فرهنگی به‌عنوان عامل بیرونی برای لاغری، نقش اصلی را در گسترش اختلالات خوردن در میان زنان ایفا می‌کند (۱۸-۲۰). مطالعات نیز نشان داده‌اند که فشار دریافت شده برای لاغر بودن از طرف خانواده، دوستان، همسر و رسانه‌ها با رژیم غذایی (۲۱-۲۳) و افزایش نارضایتی از تصویر بدنی^۱ در ارتباط است (۲۴).

تصویر بدنی در برگریخته عقاید و احساسات آگاهانه و غیرآگاهانه در مورد بدن است (۲۵). تصویر بدنی تصویری روانی است که فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد؛ به عبارت دیگر احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندازه بدن خود دارد (۲۶). تصویر بدنی منفی می‌تواند به نارضایتی از بدن و احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری در مورد وضعیت ظاهری قسمتی از بدن در حد اختلال عملکرد منجر شود (۲۵). درک اشتباه از تصویر بدنی می‌تواند برای فرد مشکلات جسمی و روحی به‌وجود آورد (۲۷). بیربک (۲۰۰۳) می‌نویسد نارضایتی از تصویر بدنی می‌تواند به صورت اختلالاتی چون افسردگی و اختلالات خوردن شناسایی شود (۲۸). ایورسون^۲ (۲۰۰۶) و هاتچینسون^۳ (۲۰۰۵) در گزارش پژوهش خود آورده‌اند که اختلالات تصویر بدنی و رفتارهای تغذیه‌ای از دوران نوجوانی شروع می‌شوند و افرادی که در بزرگسالی دچار اختلالات خوردن یا تصویر بدنی منفی می‌شوند، عوامل آن را از زمان نوجوانی داشته‌اند؛ زیرا در دوران نوجوانی، وزن عامل تعیین‌کننده جذابیت است (۲۹، ۳۰). تصویر بدنی عاملی درونی است که با اختلالات خوردن رابطه دارد. به عقیده کارسون^۴ تصویری که هر یک از ما انسان‌ها در مورد وضعیت فیزیکی خود داریم، تصویر بدنی نام دارد (۳۱). تصویر بدنی، اعتماد به نفس، هویت و ایفای نقش از

1. Body Image
2. Ivarsson
3. Hutchionson
4. Carson

اجزای مهم خودپنداره‌اند (۳۲). گارنر و همکارانش نارضایتی از تصویر بدنی را سطح عدم رضایت از شکل اندام فرد معرفی کردند (۳۳). نارضایتی از تصویر بدنی زمانی رخ می‌دهد که شخص تصویری از اندامی ایده‌آل را که به‌صورت فرهنگی تعیین شده است، درونی‌سازی می‌کند و آن‌گاه بعد از مقایسه خود با آن تصویر، تعیین می‌کند که بدنش با آن ایده‌آل متفاوت است (۳۴). بدون در نظر گرفتن تعریف تصویر بدنی، ارتباط نارضایتی از تصویر بدنی با اختلالات خوردن پذیرفته و تأیید شده است؛ برای مثال، بروکینگز و ویلسون^۱ (۱۹۹۴) نارضایتی از تصویر بدنی و اختلالات خوردن را در میان ۱۳۷ زن دانشکده‌ای مطالعه کردند. این نویسندگان دریافتند که نارضایتی از تصویر بدنی با علائم‌شناسی اختلالات خوردن مرتبط است (۳۲). محققان دیگری ارتباط‌های بین تناوب رژیم غذایی، اختلالات خوردن و نارضایتی تصویر بدنی را در ۳۴۵ دانشجوی زن دانشکده‌ای بررسی کردند. نتایج نشان داد تناوب رژیم غذایی قطعاً با نارضایتی بیشتر از تصویر بدنی مرتبط است (۳۵). هاربوسکی^۲ (۲۰۰۷) معتقد است که مطالعه درباره مشکلات تصویر بدنی و الگوی خوردن باید ادامه داشته باشد تا درک کامل و جامعی از این دو مسئله در تمام گروه‌های قومی به‌دست آید (۳۶). از آنجا که توجه به سلامت جسمانی و روانی دختران هر جامعه که مادران فردا را تشکیل می‌دهند اولویت خاصی دارد و با نظر به اینکه رشته‌های ورزشی عوارض جانبی و شیوع اختلالات خوردن بیشتری را در ورزشکاران در پی دارند، باید تدابیر لازم برای پیشگیری از آن اندیشیده شود. با توجه به مطالب فوق و با عنایت به اینکه در کشور ما تحقیقات محدودی در این زمینه در میان ورزشکاران انجام شده است، در این مطالعه تصمیم گرفته شد تا رابطه فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار بررسی و مشخص شود که آیا فشار اجتماعی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیر ورزشکار رابطه دارد؟ همچنین مشخص شود که آیا تصویر بدنی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار رابطه دارد؟ به‌علاوه تفاوت میان دختران دانشجوی ورزشکار و غیرورزشکار در زمینه اختلالات خوردن و همچنین در زمینه‌های فشارهای اجتماعی دریافت شده و تصویر بدنی -در صورت وجود- مشخص گردد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه پژوهش تمام دانشجویان دختر ورزشکار شرکت‌کننده در مسابقات انتخابی غرب کشور برای کسب سهمیه المپیک کشوری (۹۲ نفر) و

1. Brookings & Wilson
2. Harbosky

تمام دانشجویان دختر غیرورزشکار دانشگاه‌های غرب کشور است که به عنوان تماشاگر در مسابقات حضور داشتند و هیچ نوع سابقه شرکت در فعالیت‌های ورزشی نداشتند (۱۰۳ نفر). این افراد در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۸-۸۹ به تحصیل مشغول بودند. در این تحقیق، جامعه برابر نمونه است. ابزار و روش گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های مشخصات جمعیت-شناختی، نگرش‌های خوردن^۱، تصویر بدنی^۲ و فشارهای اجتماعی-فرهنگی^۳ بود. پرسش‌نامه نگرش‌های خوردن یا EAT-26 ساخته گارنر به‌عنوان ی ابزار غربالگری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به‌کار می‌رود و کارآمدی آن در شناسایی بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی ثابت شده است (۱۶). هر یک از آیت‌های EAT بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی می‌شود. نمره کمتر از ۲۰ نشانه نبود اختلال خوردن و امتیاز بیشتر از ۲۰ نشان‌دهنده وجود اختلال خوردن در فرد است. همبستگی بین نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله پرسش‌نامه EAT، ۰/۹۱ است که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد (۱۶).

برای بررسی تصویر بدنی از پرسش‌نامه MBSRQ استفاده شد که کش و همکارانش^۴ در سال ۱۹۸۶ برای ارزیابی تصویر بدنی ساخته شده‌اند و پایایی آن ۰/۸۹ است. این پرسش‌نامه حاوی ۴۶ سؤال مربوط به تصویر بدنی افراد است. هر یک از آیت‌های MBSRQ بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی می‌شود.

برای بررسی فشار اجتماعی-فرهنگی از پرسش‌نامه PSPP استفاده شده که استیک و همکارانش^۵ در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی فشار اجتماعی-فرهنگی ساخته‌اند و پایایی آن ۰/۹۳ است. این پرسش‌نامه حاوی ۸ سؤال مربوط به فشارهای دریافت شده برای لاغری به افراد است. هر یک از آیت‌های PSPP بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی می‌شود.

به‌منظور تعیین روایی پرسش‌نامه‌ها (نگرش خوردن، فشار اجتماعی و تصویر بدنی) از شاخص‌های روایی محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که جلوی هر یک از سؤالات، مقیاسی چهار درجه‌ای شامل کاملاً مناسب، مناسب، نامناسب و کاملاً نامناسب قرار داده شد و در اختیار ده نفر صاحب‌نظر قرار گرفت تا در مورد تناسب هر یک از سؤالات یا آیت‌های پرسش‌نامه را برای دستیابی به اهداف تحقیق داوری کنند. تناسب هر سؤال، حاصل جمع درصد کاملاً مناسب و

-
1. Eating Attitude Test (EAT-26)
 2. Multidimensional Body Self Relation Questionnaire (MBSRQ)
 3. Perceived Sociocultural Pressures Scale (PSPP)
 4. Cash, et al.
 5. Stice et al.

مناسب برای هر سؤال است که در مورد پرسش‌نامه‌های نگرش خوردن، فشار اجتماعی و تصویر بدنی، به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ است که قابل قبول است.

پایایی تمام پرسش‌نامه‌های استفاده شده در این پژوهش، پس از به دست آوردن اعتبار محتوا توسط پژوهشگر به کمک روش آزمون مجدد^۱ به فاصله ۱۰ روز ارزیابی شد که در مورد پرسش‌نامه‌های نگرش خوردن، فشار اجتماعی و تصویر بدنی، به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۹۳ است که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد.

مطالعات روان‌سنجی پرسش‌نامه تصویر بدنی در خارج از ایران تاکنون نتایج مطلوبی داشته است (ضریب همبستگی ۰/۸۹ و $r=0/65$) (۱۶). در ایران نیز شمس‌الدین و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود اعتبار محتوای پرسش‌نامه‌های نگرش خوردن و تصویر بدنی را در فاصله‌ای از ۰/۸ تا ۱ به دست آوردند (۲۵). همچنین استیک و همکاران (۱۹۹۶) پایایی پرسش‌نامه فشار اجتماعی را ۰/۹۳ و روایی هم‌گرایی آن را بر اساس بررسی همبستگی پرسش‌نامه فشار اجتماعی با نارضایتی تصویر بدنی $r=0/51$ به دست آوردند (۲۱).

برای توصیف اطلاعات از آمار توصیفی، جدول‌ها، توزیع فراوانی نسبی، میانگین، انحراف معیار و برای ارتباط بین متغیرهای کیفی این پژوهش یعنی اختلالات خوردن، فشار اجتماعی و تصویر بدنی از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، t مستقل و χ^2 استفاده شد. تمام آزمون‌ها با سطح اطمینان آماری ۹۵ درصد و آلفای بحرانی ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌های پژوهش

بیشتر دانشجویان (۷۵/۴) در گروه سنی ۲۱-۲۵ سال قرار داشتند و شاخص توده بدنی آن‌ها طبیعی (۶۹ درصد) بود. ۱۳/۳ درصد از آن‌ها در خانه، ۴۴/۶ درصد در خوابگاه، ۲۷/۲ درصد بیشتر در خانه و ۱۴/۹ درصد بیشتر در خوابگاه زندگی می‌کردند. در مورد ۶۴/۶ درصد دانشجویان شغل پدر آزاد بود و ۸۷/۷ درصد از آن‌ها مادران خانه‌دار داشتند. تحصیلات ۳۲/۸ درصد پدران در سطح دیپلم و ۲۵/۱ درصد بالاتر از دیپلم، تحصیلات ۳۵/۹ درصد مادران زیر دیپلم و ۱۰/۸ درصد نیز بالاتر از دیپلم بود. بررسی تصویر بدنی نشان داد که اغلب دانشجویان ورزشکار (۴۲ درصد) تصویر بدنی متوسط و خوب داشتند و هیچ ورزشکاری تصویر بدنی منفی نداشت. همچنین، بیشتر دانشجویان غیرورزشکار (۴۲ درصد) تصویر بدنی متوسط و خوب و ۴ درصد از آن‌ها تصویر بدنی منفی داشتند.

1. test-retest

بر حسب نمره‌های درجه‌بندی شده از پرسش‌نامه نگرش خوردن، بیشتر ورزشکاران (۷۳٪) اختلال خوردن نداشتند و تنها ۲۷٪ از آن‌ها دچار اختلال خوردن بودند. همچنین، ۸۱٪ از غیرورزشکاران اختلال خوردن نداشتند و ۱۹ درصد از آن‌ها مبتلا به اختلال خوردن بودند. ۲۵ درصد از ورزشکاران به بی‌اشتهایی عصبی و ۲ درصد به پرخوری عصبی مبتلا بودند. همچنین ۱۸ درصد از غیرورزشکاران به بی‌اشتهایی عصبی و یک درصد از غیر ورزشکاران به پرخوری عصبی مبتلا بودند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی اختلالات خوردن در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار

وضعیت اختلال خوردن	فراوانی (درصد) ورزشکاران	فراوانی (درصد) غیرورزشکاران
دارای اختلال خوردن	۲۵ (۲۷)	۲۰ (۱۹)
دارای بی‌اشتهایی عصبی	۲۳ (۲۵)	۱۹ (۱۸)
دارای پرخوری عصبی	۲ (۲)	۱ (۱)

بین فشار اجتماعی و اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار ($t=0/49$) و دانشجویان دختر غیرورزشکار ($t=0/46$) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت؛ یعنی افزایش نمرات فشار اجتماعی ادراک شده فرد با افزایش نمرات وی در اختلالات خوردن همراه بود. بین تصویر بدنی و اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار ($t=-0/32$) و غیرورزشکار ($t=-0/35$) رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت؛ یعنی افزایش نمرات در تصویر بدنی با کاهش نمرات در اختلالات خوردن همراه بود. میانگین نمرات نگرش خوردن دانشجویان دختر ورزشکار بیشتر از دانشجویان دختر غیرورزشکار ($p<0/05$)، میانگین نمرات فشارهای اجتماعی دانشجویان دختر ورزشکار کمتر از دانشجویان دختر غیرورزشکار ($p<0/05$) و میانگین نمرات تصویر بدنی دانشجویان ورزشکار بیشتر از دانشجویان غیرورزشکار بود ($p<0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲. آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت میزان فشارهای اجتماعی، تصویر بدنی و اختلالات

خوردن در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار

درجه آزادی	آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها	t آماره	سطح معنی‌داری
۱۹۳	F	۱/۱	۰/۰۱
	۱/۲	۱/۱	۰/۰۱۱
۱۹۳	F	۳/۵	۰/۰۰۰
	۰/۰۰۳	۳/۵	۰/۰۰۰
۱۹۳	F	۱/۷	۰/۰۰۲
	۰/۱۹	۱/۷	۰/۰۰۲

بررسی ارتباط بین مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، شاخص توده بدنی، محل سکونت در دوران تحصیل، وضعیت اشتغال والدین، وضعیت تحصیلات والدین و رشته تحصیلی) با اختلال خوردن نشان داد که تنها بین شاخص توده بدنی ($p=0/000$) و تحصیلات پدر و مادر ($p=0/000$) با اختلال خوردن ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیر ورزشکار بود. در این تحقیق، بین فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن رابطه آماری معنی‌داری یافت شد. نتایج نشان داد بین متغیرهای فشار اجتماعی و اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با افزایش میزان فشار اجتماعی ادراک شده فرد، نمره وی در اختلالات خوردن نیز افزایش می‌یابد. همچنین نتایج نشان داد بین متغیرهای تصویر بدنی و اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار رابطه‌ای منفی و معنی‌دار وجود دارد. افزایش نمرات در تصویر بدنی به منزله تصویر مثبت فرد از خود است؛ بنابراین افزایش نمرات در تصویر بدنی با کاهش نمرات در اختلالات خوردن همراه است. همچنین نتایج نشان داد بین اختلالات خوردن دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار تفاوت وجود دارد. میانگین نمرات اختلالات خوردن دانشجویان دختر ورزشکار بیشتر از دانشجویان دختر غیرورزشکار است ($p < 0/05$) و تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها معنی‌دار است. این پژوهش نشان داد فشار اجتماعی با اختلالات خوردن رابطه دارد. همان‌طور که قبلاً گفته شد، پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که فشار دریافت شده برای لاغر بودن از طرف خانواده، دوستان، همسر و رسانه‌ها با اختلالات خوردن در ارتباط است (۲۱-۲۳). همچنین این پژوهش نشان داد نارضایتی از تصویر بدنی با اختلال خوردن رابطه دارد. بروکینگز و ویلسون نیز دریافتند که نارضایتی از تصویر بدنی با علائم‌شناسی اختلالات خوردن مرتبط است (۳۲). مطالعات بی‌شمار دیگری نیز نشان داده‌اند که نارضایتی از تصویر بدنی مسلماً به علائم اختلالات خوردن در میان زنان مربوط است (۳۷-۴۱). نتایج پژوهش نشان داد ۲۷ درصد از غیر ورزشکاران اختلال خوردن دارند که مشابه نتایج پژوهش روزن و هاگ^۱ (۱۹۸۸) است. آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ۲۶ درصد از ورزشکاران نقطه برش بیش از ۲۰ کسب کرده‌اند و اختلالات خوردن دارند (۳۹).

بر اساس نتایج، اختلال خوردن دانشجویان ورزشکار بیشتر از گروه غیرورزشکار است. دیویس^۱ نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که زنان ورزشکار بیش از زنان غیر ورزشکار در معرض خطرات اختلالات خوردن قرار دارند (۴۰).

در پژوهش حاضر، رضایت از تصویر بدنی در دانشجویان ورزشکار بیشتر از دانشجویان غیرورزشکار است. اسنایدر و اسپرتیزر^۲ (۱۹۷۶) نیز در پژوهش خود دریافتند که نگرش‌های ورزشکاران در مورد ساختار بدنشان مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تر از غیرورزشکاران است (۴۱).

در پژوهش حاضر بین شاخص توده بدنی و اختلال خوردن ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد. در پژوهش صفوی، محمودی و روشندل (۱۳۸۸) نیز ارتباط معنی‌داری بین شاخص توده بدنی و اختلالات خوردن یافت شد. همچنین در پژوهش موریس و همکاران^۳ (۲۰۰۵) نیز ارتباط معنی‌داری بین شاخص توده بدنی و اختلالات خوردن مشاهده شد (۴۲).

در این پژوهش بین شاخص تحصیلات والدین و اختلالات خوردن ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد. سیدی و صنایعی زاده (۱۳۸۳) نیز در پژوهش خود دریافتند که بین میزان تحصیلات والدین و اختلالات خوردن ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (۴۳). جی اورز و شور^۴ نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین طبقه اجتماعی و نگرانی‌های مربوط به وزن و اختلالات خوردن ارتباط معنی‌داری وجود دارد. زنان طبقه G بالای اجتماعی به ظاهر و بدن خود، به‌ویژه لاغری بیشتر اهمیت می‌دهند و در مقایسه با زنان طبقه پایین اجتماع ناراضی‌تری نسبت به تصویر بدنی خود دارند (۴۴).

در پژوهش حاضر، سایر شاخص‌های مورد بررسی شامل: سن، محل سکونت، وضعیت اشتغال والدین و رشته تحصیلی ارتباط معنی‌داری با اختلالات خوردن نداشتند. این نتایج با پژوهش صفوی و همکاران (۱۳۸۸) هم‌خوانی دارد (۱۶).

اگرچه شیوع اختلالات خوردن در ورزشکاران به‌طور کامل تعریف شده است، تحقیقات نشان می‌دهد که اختلالات خوردن بیشتر در ورزش‌هایی رخ می‌دهد که روی لاغری یا ساختاری لاغر تأکید می‌ورزند مثل ژیمناستیک، باله و اسکی روی یخ؛ یعنی برخی محققان به این نتیجه رسیده‌اند که ورزشکاران رشته‌های ورزشی با ساختار بدنی لاغر انگیزه‌ای قوی‌تر برای لاغری، دلوپسی بیشتر در مورد وزن و گزارش جلوگیری رژیم‌های بیشتری دارند (۱۵). دلایل اختلالات خوردن از چند دیدگاه تعیین شده است و عواملی وجود دارند که افراد را مستعد این اختلال

1. Davis
2. Snyder & Spreitzer
3. Muris, et al.
4. Gowers & Shore

کرده، به آن شتاب و دوام می‌بخشند (۱۷). در محیط‌های ورزشی عوامل تسریع‌کننده (مثل فرهنگ، اشخاص و خانواده) ممکن است فرد را مستعد اختلال خوردن کند. اختلال ممکن است با عاملی سهیم مانند تفسیری از وزن فرد شروع شود و توسط عوامل تداوم‌بخش توسعه یابد (مثل تأیید مربی).

هنجارهای فرهنگی جدید در سبب‌شناسی اختلال خوردن نقش دارد و شکی نیست که امروزه لاغری، به‌ویژه برای زنان امتیاز محسوب می‌شود و طی ۳۰ سال گذشته اندام ایده‌آل به‌طور روزافزونی، اندام لاغر بوده است (۱۶). با توجه به روند جهانی شدن و گسترش فناوری اطلاعات، پیچیدگی‌های جغرافیایی کم‌رنگ‌تر شده است و ملت‌های دیگر، به‌ویژه جوانان در معرض فرهنگ غربی قرار می‌گیرند. شکی نیست که الگوهای رسانه‌ای از زیبایی، جنسیت و فناوری‌های سلامت در نارضایتی از بدن و تغذیه ناسالم، مهار وزن و رفتارهای بیمارگونه خوردن در زنان و مردان آسیب‌پذیر نقش دارند (۱۶). نکته دیگری که در مطالعات متعدد به آن اشاره شده است، تأثیر گسترش فرهنگ‌ها، به‌ویژه فرهنگ غرب و پدیده جهانی شدن بر افزایش مشکلات مربوط به نگرش‌ها، رفتارها و اختلالات خوردن است، به‌گونه‌ای که اختلالات خوردن را پدیده‌ای متأثر از فرهنگ‌ها دانسته‌اند (۲۸). استیک و همکاران (۱۹۹۴) نیز در این باره اظهار می‌کنند که فشار اجتماعی برای کاهش وزن موجب بروز رفتارهای اختلال خوردن می‌شود (۱۸).

فشارهای اجتماعی برای لاغری ممکن است توسط محیط ورزشی وخیم‌تر شود که در آن هم فشار روی وزنی خاص برای برقراری و حفظ اندام ایده‌آل زنانه و هم برای حفظ وزنی بهینه برای رشته ورزشی نیز وجود دارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، میزان اختلالات خوردن در دانشجویان ایرانی با بسیاری از پژوهش‌های غربی هم‌خوانی دارد و به‌نظر می‌رسد هم‌اکنون سطح بالایی از آسیب‌پذیری در برابر اختلالات خوردن در میان زنان وجود دارد؛ از این رو برای پیشگیری از ابتلا به اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به آن در این قشر مهم از جامعه باید اقدامات و آموزش‌های لازم از طریق کارشناسان و مسئولان تغذیه، برنامه‌های آموزش همگانی، رسانه‌های جمعی و استفاده از وسایل کمک آموزشی مثل فیلم، جزوه و پوستر برای افزایش آگاهی آن‌ها انجام شود.

از آنجا که بروز رفتارهای اختلال خوردن مختص زنان ورزشکار نیست، پیشنهاد می‌شود که تحقیق حاضر در مردان ورزشکار نیز بررسی و نتایج با یکدیگر مقایسه شود تا تفاوت جنسیت آشکار گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود تحقیق حاضر در بین ورزشکاران دبیرستانی نیز بررسی

شود و نتایج تحقیقات با هم مقایسه شوند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی میان ورزشکاران رشته‌های مختلف انجام شود.

منابع:

1. Jill, M., Scaringi, V., Kathryn, H., Kimberly, A., Orden, V., Thomas, E., Joiner, JR. (2009). Eating Disorder Symptoms among Undergraduate Varsity Athletes, Club Athletes, Independent Exercisers, and Non exercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1): 47-53.
2. Quah, Y.V., Poh, B. K., Lo, N.G., Ismail, M.N. (2009). The female athlete triad among elite Malaysian athletes: prevalence and associated factors. *Asia Pac J Clin Nutr*, 18 (2): 200-208.
3. Borgen, J. S., & Corbin, C. (1987). Eating disorders in female athletes. *The Physician and Sports Medicine*, 15, 88-95.
4. Thompson, R. A., & Sherman, R. T. (2009). The last word on the 29th Olympiad: Redundant, revealing, remarkable, and redundant. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 17, 97-102.
5. Hoek, H.W., Hoeken D.R. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorder. *International Journal Eat Dis*, 34,383-96.
6. Stanhop M, Lancaster J. (2002). *Foundation community health nursing: community-oriented practice*. St. Louis: Mosby Co.
7. Wood K. (2004). Effects of a media intervention program on the body image and eating attitude among children. *J Undergrad Res*, 6:1-6.
8. Thompson, R. A., Sherman, R. T. (2010). *Eating disorders in sport*. New York: Routledge.
9. Klein, D.A, Walsh, B.T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav*, 81(2): 359-74.
10. Fortinash, K., Holoday, P. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. 3rd Edition. St. Louis: Mosby Co.
۱۱. پورقاسم گرگری، بهرام، کوشاور، دنیز، سید سجادی، ندا، کرمی، صفورا، شاهرخی، حسن (۱۳۸۷). خطر اختلالات خوردن در دانش آموزان دبیرستانی دختر تبریز در سال ۱۳۸۶. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۰(۴): ۲۱-۲۶.
12. Brownell, K.D., Rodin, J. (1992). Prevalence of eating disorders in athletes. In: K.D. Brownell, J. Rodin, J.H. Wilmore (Eds.), *Eating, body weight, and performance in athletes: Disorders of modern society* (pp. 128-145). Philadelphia: Lea & Febiger.

13. Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 3: 29-40.
14. Johnson, C., Powers, P.S., Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders: The National Collegiate Athletic Association study. *International Journal of Eating Disorders*, 26: 179-188.
15. Byrne, S., McLean, N. (2002). Elite athletes: Effects of the pressure to be thin. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 5: 80-94.
۱۶. صفوی، محبوبه، محمودی، محمود، روشندل، اعظم، (۱۳۸۸). بررسی تصویر ذهنی از جسم و ارتباط آن با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۱۶(۲): ۱۲۹-۱۳۴.
17. Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11: 85-89.
18. Stice, E., Shaw, H., Nemeroff, C. (1998). Dual pathway model of bulimia nervosa: Longitudinal support for dietary restraint and affect-regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17: 129-149.
19. Striegel-Moore, R.H., Schreiber, G.B., Pike, K.M., Wilfley, D.E., Rodin, J. (1995). Drive for thinness in Black and White preadolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 18: 59-69.
20. Thelen, M.H., Cormier, J.F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*, 26: 85-99.
21. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128: 825-848.
22. Mazzeo, S.E. (1999). Modification of an existing measure of body image preoccupation and its relationship to disordered eating in female college students. *Journal of Counseling Psychology*, 46: 42-50.
23. Mintz, L., Betz, N. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35: 463-471.
24. Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H.E., Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 836-840.

۲۵. شمس‌الدین سعید، ناهید، عزیز زاده فروزی، منصوره، محمدعلیزاده، سکینه، حقدوست، علی‌اکبر، گروسی، بهشید، (۱۳۸۸). ارتباط تصویر ذهنی از بدن با اختلالات خوردن. مجله پژوهش پرستاری، ۴(۱۵): ۳۳-۴۳.

26. Gromel, K., Sargent, R., Wakins, J., Shoob, H., Digioacchino, R., Malian, A. (2000). Measurements of body image in clinical weight loss participants with and without binge-eating traits. *Eating behaviors*, 1: 191- 202.
27. Levine, M., Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*, 1: 57 -70.
28. Birbeck, D., Drummond, M. (2003). Body image and the per-pubescent child. *Journal of educational Enquiry*, 4(1): 117-127.
29. Ivarsson, T., Svalander, P., Litler, O., Nevonen, L. (2006). Weight concern, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating behaviors*, 7: 161-175.
30. Hutchionson, D., Rappe, R. (2007). Do friends share similar body image eating problem? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behavior Research and Therapy*, 45: 1557- 1577.
31. Carson, V.B. (2006). *Mental health nursing*. 4 Edition. Philadelphia: W.B.Saunders.
32. Brookings, J.B., Wilson, J.F. (1994). Personality and family-environment predictors of self- reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63: 313-326.
33. Ackard, D.M., Croll, J.K., Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52: 129-136.
34. Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H.E., Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 836-840.
35. Tiggemann, M., Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20: 199-203.
36. Harbosky, J., Grilo, M. (2007). Body image and eating disorder behavior in a community. *Eating behaviors*, 8: 106-114.
37. Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41: 246-263.
38. Tylka, T.L., Subich, L.M. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, 46: 268-276.

39. Rosen, L., Hough, D. (1988). Pathogenic weight-control behaviors of female college gymnasts. *The Physician and Sports Medicine*, 16: 141-144.
40. Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours, and personality factors: A study of high-performance female athletes. *International Journal of Sport Psychology*, 23: 179-192.
41. Snyder, E. E., Spreitzer, E. (1976). Correlates of sports participation among adolescent girls. *Research Quarterly*, 47: 804-809.
42. Muris, P., Meesters, C., Blom, W.V., Mayer, B. (2005). Psychological and socio-cultural correlates of body change strategies and problem in adolescent boys and girls. *Eat Behav*, 6:11-22.
۴۳. سیدی، فرزانه؛ صناعی زاده، فرناز، (۱۳۸۳). بررسی میزان شیوع اختلالات خوردن در بین دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کرمان. پایان‌نامه دکترای پزشکی. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.
44. Gowers, S., Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the etiologic of the eating disorders. *Br J Psychiatr*, 179:236-42.

Archive of SID