

رابطه احساس رضایت بدنی و کمال‌گرایی با رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب در دانشجویان دختر دانشگاه تبریز

رحیم بدری گرگری^۱، سامره اسدی^۲، مرضیه سرداری^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب در حال حاضر یک مشکل فراگیر می‌باشد. رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب شامل ناتوانی مهار کردن خوردن، محدودیت در رفتارهای خوردن با هدف تحت تأثیر قرار دادن شکل و وزن بدن و تمایل به خوردن بیش از اندازه در موقعیت‌های هیجانی منفی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین رضایت بدنی تصویری و کمال‌گرایی با رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب و نقش میانجی کمال‌گرایی در رابطه بین رضایت بدنی و رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه روی دانشجویان دانشگاه تبریز با روش توصیفی-همبستگی انجام شد. ۳۴۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه تبریز با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. مقیاس تجدید نظر شده کمال‌گرایی Slaney و همکاران، مقیاس احساس عزت بدنی Franzoi و Shields و پرسش‌نامه سه عاملی رفتارهای خوردن Tholin و همکاران به کار گرفته شد.

یافته‌ها: رضایت از جذابیت زنانگی ($\beta = -0.301$)، رضایت از وزن بدنی ($\beta = -0.29$)، ناهمخوانی بین واقعیت و ایده‌آل ($\beta = -0.15$) و تمایل به نظم و سازمان‌دهی ($\beta = -0.13$) به ترتیب بر رفتار تغذیه‌ای نامطلوب، بیشترین تأثیر را دارند. همچنین کمال‌گرایی به صورت نسبی رابطه بین رضایت بدنی و رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب را میانجی‌گری کرده است.

نتیجه‌گیری: این مطالعات تلویحات کاربردی برای کارهای بالینی دارد. این یافته‌ها روشن نمود که توجه به عواملی مانند کمال‌گرایی و رضایت بدنی در کارهای بالینی از اهمیت برخوردار است. از طریق بهبود افکار مثبت نسبت به بدن و خود و کاهش کمال‌گرایی منفی می‌توان رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب را کاهش داد.

واژه‌های کلیدی: رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب، رضایت بدنی تصویری، کمال‌گرایی، نظم و سازمان‌دهی و ادراک ناهمخوانی بین رفتارهای واقعی و ایده‌آل‌ها

ارجاع: بدری گرگری رحیم، اسدی سامره، سرداری مرضیه. **رابطه احساس رضایت بدنی و کمال‌گرایی با رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب در دانشجویان دختر دانشگاه تبریز.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۷): ۶۸۲-۶۷۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۳۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۵

خوردن با حرص و ولع و بالا آوردن آن‌ها یا اشتغال ذهنی به غذاها است که منجر به فشار روانی در زندگی و کیفیت زندگی نامطلوب می‌شود. این نوع رفتار به سه حالت دیده

مقدمه

رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب (Disordered eating behavior) رفتارهایی مانند رژیم سخت غذایی، عادات غذایی نامنظم،

Email: badri_rahim@yahoo.com

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤل)
۲- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

افراد است، اما اهمیت بدن و ظاهر جسمانی برای زنان اهمیت بیشتری دارد (۴). مدل‌های فرهنگی - اجتماعی نیز نشان داده‌اند که هنجارهای فرهنگی برای لاغری و زیبایی نقش بزرگی در اختلال تصویر بدنی زنان و رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب ایفا می‌کند (۵).

تحقیقات مختلف نشان داده است که نارضایتی بدنی و نگرانی‌ها در زمینه عزت بدنی در جوامع مختلف افزایش یافته است و با تعدادی از مسایل روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مانند اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، جراحی پلاستیک، خوردن محدود، بهزیستی روانی پایین، تمرین‌های جسمانی بیش از اندازه در ارتباط است (۶، ۷).

Kluck در پژوهشی تحت عنوان نقش نارضایتی از بدن بر اختلال خوردن در ۲۶۸ زن دانشجویی که ازدواج نکرده بودند، نشان داد که نارضایتی بدنی حالت میانجی و واسطه‌ای بین تمرکز خانواده بر زیبایی بدنی و اختلالات خوردن دارد (۸). نتایج پژوهش Ferrand و همکاران با عنوان نقش احساس عزت بدنی در پیش‌بینی رفتار تغذیه‌ای نامطلوب بر روی ۱۵۲ ورزشکار زن، نشان داد که در ورزشکاران شناگر احساس عزت بدنی وزن و عزت بدنی ظاهر و شکل، دو پیش‌بینی کننده مهم رفتار تغذیه‌ای نامطلوب بوده است (۵).

یکی دیگر از عواملی که می‌توان به آن اشاره کرد، کمال‌گرایی (Perfectionism) است (۹). کمال‌گرایی به عنوان مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خود ارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه می‌باشد (۱۰). نخستین بار Hamachek در تعریف خود، دو بعد برای کمال‌گرایی مطرح کرد. او معتقد بود که دو نوع کمال‌گرایی وجود دارد: کمال‌گرایی بهنجار و نابهنجار (۱۱).

Terry-Short و همکاران بر اساس تقسیم‌بندی بهنجار-نابهنجار Hamachek از کمال‌گرایی، در چهارچوب یک مدل نظری، دو نوع کمال‌گرایی مثبت و منفی را متمایز کردند. نوع اول آن کمال‌گرایی مثبت یا انطباقی است که در آن فرد استانداردهای شخصی سطح بالا، اما قابل دسترس، گرایش به نظم و سازمان‌دهی در امور، احساس رضایت‌مندی از

می‌شود؛ اجتناب از غذا خوردن (Cognitive restraint) با هدف تحت تأثیر قرار دادن شکل و وزن بدن، رفتارهای خوردن کنترل نشده (Uncontrolled eating) که حاکی از ناتوانی فرد برای کنترل غذا خوردن، در نهایت رفتارهای خوردن هیجانی (Emotional eating) که گرایش به پرخوری در پاسخ به هیجانات منفی است (۱).

رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب به صورت هشدارآمیزی در جامع شایع است و در جامعه زنان شایع‌تر است. زنان حدود ده برابر بیشتر از مردان تشخیص این اختلال را دریافت می‌کنند. باید اضافه کرد که اختلالات تغذیه‌ای، امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی دختران می‌باشد و حدود ۸ درصد از کل ناراحتی‌ها را اختلالات تغذیه‌ای به خود اختصاص داده‌اند. از طرف دیگر، این رفتارها با افزایش سوء مصرف مواد، سوء رفتار، رفتارهای جنسی ناسالم و اقدام به خودکشی رابطه دارند. با توجه به این که این رفتارها به چنین نگرانی‌ها و خطراتی منجر می‌شود، نیاز فزاینده‌ای به تحقیقات بیشتر وجود دارد که برای پیش‌گیری و مداخله ضروری است. به طور کلی این اعتقاد وجود دارد که رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب یک پدیده چند عاملی است، یعنی چندین متغیر شناسایی شده‌اند که شاید در الگوی رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب نقش دارند (۲).

عزت بدنی یا بر عکس آن احساس نارضایتی بدنی یکی از این عوامل محسوب می‌شود. عزت بدنی در واقع خود ارزیابی فرد از بدن و ظاهر جسمانی خود است (۳). نظریه‌های خودپنداری در سنت James (Jamesian tradition) معتقد است که نارضایتی در یک قلمروی مشخص روی عزت نفس کلی اثر خواهد گذاشت، به نحوی که قلمروی خاصی که در مرکز توجه فرد است، کانونی برای تعریف خود (Self-definition) می‌شود. نظریه همبندی‌های خود ارزشمندی (Crocker's contingencies of self-worth) نیز به یک سری از منابع عزت نفس Crocker (theory) معتقد است که شامل بدن و ظاهر جسمانی نیز است. اگر چه بدن و ظاهر جسمانی یک مؤلفه مهم خودپنداری برای همه

۸۹-۱۳۸۸ بود که در ۴ گروه آموزشی عمده، علوم انسانی، علوم پایه، فنی و مهندسی و کشاورزی دانشگاه تبریز مشغول به تحصیل بودند، طبق آمار دریافتی از آموزش کل دانشگاه تبریز، این تعداد برابر با ۵۲۵۶ نفر می‌باشد. با استفاده از فرمول کوکران، نمونه پژوهش شامل ۳۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز با $1/57 \pm 20/7$ بودند که به وسیله نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از دانشکده‌های مختلف انتخاب شدند. برای این منظور از بین دانشکده‌های دانشگاه، چهار دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، شیمی، برق و کشاورزی به صورت تصادفی انتخاب و از بین کلاس‌های این دانشکده‌ها ۵ کلاس و از هر کلاس ۱۷ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌های پرسش‌نامه کمال‌گرایی، مقیاس احساس عزت بدنی و پرسش‌نامه رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب را تکمیل کردند.

ابزار

الف- پرسش‌نامه سه عاملی خوردن (The three-factor eating questionnaire): این پرسش‌نامه توسط Tholin و همکاران تهیه شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال در طیف لیکرت (چهار درجه‌ای کاملاً درست تا کاملاً نادرست) می‌باشد، تنها سؤال ۲۱ در طیف ۸ درجه‌ای لیکرت می‌باشد و از سه مؤلفه خوردن هیجانی، خوردن کنترل نشده و خودداری از خوردن تشکیل یافته است (۲۱). در این پژوهش، روایی سازه ابزار با روش تحلیل عامل تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۶ مورد بررسی قرار گرفت. در مدل نهایی با حذف یک گویه از خرده مقیاس خوردن هیجانی و دو گویه از خرده مقیاس خوردن کنترل نشده و یک گویه از خرده مقیاس خودداری از خوردن، شاخص‌های CFI و Comparative fit index) برابر با ۰/۹۶ و $RMSEA = 0/04$ (Root mean square error of approximation) به دست آمد که برازندگی کامل مدل را نشان می‌دهد. تهیه کنندگان ابزار پایایی آن را با روش Cronbach's alpha ۰/۸۶ گزارش نمودند. در این پژوهش پایایی کلی ابزار ۰/۸۷ به دست آمد.

عملکرد خود، جستجو برای تعالی در امور و انگیزش برای رسیدن به پاداش‌های مثبت را دارد. در نوع دوم که کمال‌گرایی منفی یا غیر انطباقی نامیده می‌شود، فرد با استانداردهای سطح بالا و غیر واقع‌بینانه، نگرانی مفرط درباره اشتباهات و نقایص شخصی، ادراک فشار زیاد از محیط برای کامل بودن، ادراک فاصله زیاد بین عملکرد شخصی و استانداردها و شک و تردید اجبارگونه در امور و پرهیز از عواقب کارکردهای شخصی مواجه است (۱۲). بررسی‌های مختلف نشان داده است که کمال‌گرایی منفی با رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب رابطه دارد (۱۷-۱۳).

Fairburn مدلی را ارائه نموده است که در آن کمال‌گرایی به عنوان یک میانجی و واسطه میان نگرانی شدید درباره شکل و وزن بدن و اختلالات تغذیه‌ای عمل می‌کند (۱۸). Miller و Van Blyderveen نیز یک مدل تجربی ارائه می‌کند. ایشان در این مدل به این نتیجه رسیدند که کمال‌طلبی به عنوان میانجی جزئی در اختلالات تغذیه‌ای عمل می‌کند (۱۹). در پژوهش‌های اخیر، گرایش به بررسی مدل‌های سبب‌شناسی رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب حالت چند عاملی وجود دارد (۲۰، ۱۷).

با توجه به انجام تحقیقات محدود در زمینه اختلالات خوردن، به ویژه مطالعات بسیار محدود در جمعیت عادی و نیز شیوع بالاتر اختلالات خوردن در جامعه و از طرف دیگر نقش احساس عزت بدنی در رفتار تغذیه‌ای نامطلوب (۸، ۷، ۵) و از سویی رابطه کمال‌گرایی با این اختلال (۱۷-۱۳) و همچنین تمایل پژوهش‌های اخیر به بررسی مدل‌های تعاملی (۲۰، ۱۷)، پژوهش حاضر در صدد بررسی این مسأله بود که: آیا احساس عزت بدنی و کمال‌گرایی پیش‌بینی‌کننده رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب دانشجویان دختر هستند؟ و آیا کمال‌طلبی نقش واسطه‌ای در رابطه بین احساس عزت بدنی و رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب را دارد؟

مواد و روش‌ها

جامعه آماری شامل دانشجویان دختر مقطع کارشناسی

سه خرده مقیاس رضایت از جذابیت جنسی زنانگی، رضایت از وزن و رضایت شرایط نیرومندی جسمانی تشکیل یافته است. پاسخ دهندگان گویه‌ها را در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت «احساس منفی بسیار قوی دارم» تا «احساس مثبت بسیار قوی دارم» ارزیابی می‌کنند (۲۳). در این پژوهش، روایی سازه ابزار با روش تحلیل عامل تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۶ مورد بررسی قرار گرفت. در مدل نهایی، با حذف چهار گویه از خرده مقیاس جذابیت جنسی و دو گویه از رضایت بدنی و دو گویه از رضایت از شرایط نیرومندی جسمانی، شاخص‌های CFI برابر با ۰/۹۳ و ۰/۰۵ = RMSEA به دست آمد که برازندگی کامل مدل را نشان می‌دهد. Franzoi و Shields پایایی کل ابزار را با روش آزمون مجدد پس از سه ماه ۰/۷۵ گزارش نمودند. در این پژوهش پایایی ابزار با روش Cronbach's alpha بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۶ برای سه خرده مقیاس به دست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و ماتریس همبستگی احساس جذابیت بدنی، رضایت از وزن و رضایت شرایط بدنی و ابعاد کمال‌گرایی با رفتار تغذیه‌ای نامطلوب دانشجویان آورده شده است. همان گونه که جدول نشان می‌دهد، رضایت از جذابیت زنانگی، رضایت از وزن بدن و نظم و سازمان‌دهی با رفتار مختل شده تغذیه‌ای رابطه منفی و کمال‌گرایی منفی (ناهمخوانی ایده‌آل‌ها با عملکرد واقعی) با رفتار تغذیه‌ای نامطلوب همبستگی مثبت معنی‌دار دارد.

ب- پرسش‌نامه کمال‌گرایی کوتاه- تجدید نظر شده (The almost perfect scale-revised): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۸ توسط Slaney و همکاران ساخته شد که شامل ۲۳ سؤال است و سه مؤلفه استاندارد، نظم و سازمان‌دهی و عدم همخوانی میان استانداردها و عملکرد شخصی را شامل می‌شود، درجه‌بندی هر یک از سؤالات در یک طیف هفت درجه‌ای قویاً مخالفم ۱ تا قویاً موافقم ۷ انجام می‌شود. این ابزار اعتبار همزمان خوبی با مقیاس چند بعدی کمال‌گرایی (The multidimensional perfectionism scale) و مقیاس چند بعدی کمال‌گرایی (Frost multidimensional perfectionism scale) دارد. پایایی درونی با روش Cronbach's alpha برای مؤلفه‌های سه‌گانه بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ محاسبه شده است (۲۲). در این پژوهش، روایی سازه ابزار با روش تحلیل عامل تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۶ مورد بررسی قرار گرفت. در مدل نهایی با حذف یک گویه از هر یک از خرده مقیاس‌های استاندارد بالا و نظم و سازمان‌دهی و سه گویه از خرده مقیاس عدم همخوانی میان استانداردها و عملکرد شخصی، شاخص‌های CFI برابر با ۰/۹۳ و ۰/۰۵ = RMSEA به دست آمد که برازندگی کامل مدل را نشان می‌دهد. همچنین پایایی ابزار برای خرده مقیاس‌های مختلف بین ۰/۸۵-۰/۷۶ به دست آمد.

ج- مقیاس عزت نفس بدنی (The body esteem scale): این مقیاس توسط Franzoi و Shields ساخته شد که شامل ۳۵ ماده مربوط به قسمت‌های بدن و کارکردهای آن است و در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. این ابزار از

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی احساس جذابیت بدنی، رضایت از وزن و رضایت شرایط بدنی، ابعاد کمال‌گرایی با رفتار تغذیه‌ای نامطلوب دانشجویان

متغیرها	M	S	۱	۲	۳	۴	۵	۶
جذابیت زنانگی	۲/۸۵	۰/۴۵	-					
رضایت از وزن	۶/۰۲	۱	**۰/۴۱۸	-				
رضایت شرایط بدنی	۲/۳۵	۰/۴۶	**۰/۳۳۲	**۰/۴۱۵	-			
استانداردهای بالا	۳۲/۳۴	۵/۴۴	**۰/۱۵۱	**۰/۱۶۲	**۰/۱۶۲	-		
نظم و سازمان‌دهی	۱۷/۱۲	۲/۸۴	-/۰۷۳	**۰/۲۰۲	**۰/۲۰۲	**۰/۳۸۹	-	
کمال‌گرایی منفی	۳۴/۹۴	۹/۵۰	**۰/۲۲۷	**۰/۲۷۳	**۰/۲۷۳	**۰/۲۷۳	-/۰۸۵	-
رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب	۲۹/۷۳	۴/۶۵	**۰/۱۶۴	**۰/۱۷۴	-/۰۳	۰/۰۰۹	**۰/۱۳۵	**۰/۱۲۶

* P < ۰/۰۰۵

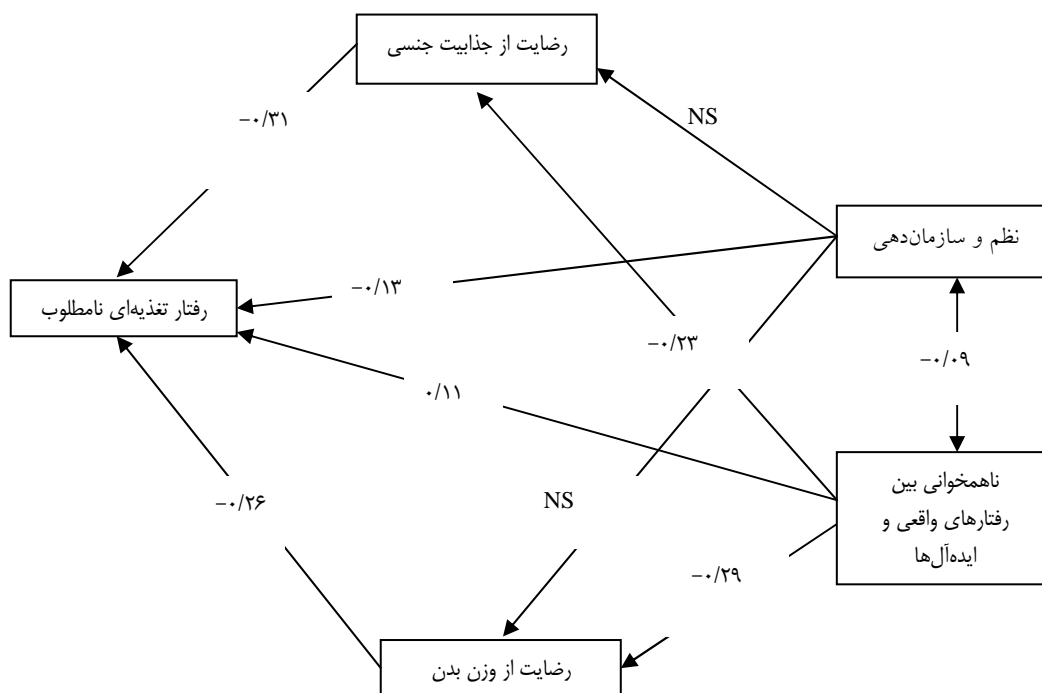
** P < ۰/۰۰۱

جدول ۲. شاخص‌های آماری برازندگی انطباق

RMSEA*	AIC*	TLI*	CFI*	P	χ^2
۰/۰۱	۳۷/۵۷	۱	۱	۰/۴	۱/۵۷

(Root mean square error of approximation) RMSEA * (Tucker-Lewis index): TLI *

Akaike information criterion :AIC * (Comparative fit index): CFI *



شکل ۱. مسیر و برآورد پارامترهای مدل اولیه پیش‌بینی رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب دانشجویان

اغلب در مدل‌های ضعیف اندازه آن بزرگ‌تر از ۰/۱۰ است (۲۴). شاخص برازندگی تطبیقی (CFI = ۰/۹۰)، شاخص Lewis-Tucker (TLI = ۰/۹۰) نیز محاسبه شد. این شاخص‌ها برای مدل‌های خوب بین ۰/۹۰ الی ۰/۹۵ تفسیر می‌شود. با توجه به شاخص‌های مذکور مدل با داده‌ها برازش مناسبی دارد.

شکل ۱ ضرایب مسیر برای روابط پیشنهاد شده میان متغیرهای مدل را نشان می‌دهد. با توجه به مسیرهای پیش‌بینی شده، فرضیه‌های تحقیق به طور کلی مورد تأیید قرار گرفته است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، از بین متغیرهای برون‌زای پژوهش، دو متغیر تمایل به نظم و سازمان‌دهی و ناهمخوانی بین رفتارهای واقعی و ایده‌آل‌ها به

تحلیل مسیر

بررسی برازش مدل با بهره‌گیری از مشخصه‌های برازش انجام گرفته است. به طور کلی این تحقیق از میان مشخصه‌های برازش متنوعی که وجود دارد، از شاخص χ^2 ، شاخص برازندگی مقایسه‌ای CFI، شاخص Tucker-Lewis یا TLI (Tucker-Lewis index) و معیار اطلاعاتی آکائیک (AIC یا Akaike information criterion) و مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) استفاده شد. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، شاخص χ^2 در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار نیست. از طرف دیگر ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب نیز برابر با (RMSEA = ۰/۰۵) به دست آمد. این شاخص برای مدل‌های خوب کمتر از ۰/۰۵ و

از جذابیت جنسی زنان به صورت منفی با رفتار تغذیه‌ای نامطلوب رابطه دارد. این یافته به این معنی است که دانشجویان دختری که احساس رضایت از وزن خودشان دارند و همچنین دانشجویانی که احساس رضایت در مورد جذابیت جنسی بدن خودشان داشتند، چنین دانشجویانی رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب مانند اجتناب از خوردن با هدف تغییر دادن وزن خود، رفتارهای خوردن کنترل نشده و رفتارهای خوردن هیجانی کمتری از خود نشان می‌دهند. رابطه بین اختلالات خوردن و نارضایتی از بدن در فراتحلیل Cash و همکاران با عنوان تأثیر تصویر ذهنی از بدن در بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی بیانگر آن بود که زنان مبتلا به اختلالات خوردن بالینی، در مقایسه با زنان سالم، نارضایتی بیشتری از بدن و اختلال ادراکی بیشتری از اندازه بدن خود دارند (۲۵). پژوهش‌های مختلف در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر است (۳۴-۲۶، ۶).

در تبیین نتایج به دست آمده، باید به هنجارهای فرهنگی جدید اشاره نمود که در سبب‌شناسی اختلال خوردن نقش دارند. شکی نیست که امروزه لاغری برای زنان به عنوان تصویر ایده‌آل بدنی محسوب می‌شود. با توجه به روند جهانی شدن و گسترش فناوری اطلاعات، مرزهای جغرافیایی کمرنگ‌تر شده است و ملل غیر غربی و به خصوص جوانان در معرض این الگوها قرار می‌گیرند. آشکار است که الگوهای رسانه‌ای شکل و تصویر ایده‌آل بدنی هر دو در نارضایتی از بدن و تغذیه ناسالم و رفتارهای بیمارگونه خوردن نقش دارند (۳۵).

صورت مستقیم بر رفتار تغذیه‌ای نامطلوب مؤثر بوده است و به ترتیب بیشترین تأثیر را تمایل به نظم و سازمان‌دهی ($\beta = -0/13$) و ناهمخوانی بین واقعیت و ایده‌آل ($\beta = 0/11$) داشتند. از بین متغیرهای مستقل درون‌زا نیز رضایت از جذابیت جنسی ($\beta = -0/31$) و رضایت از وزن بدن ($\beta = -0/26$) تأثیر مستقیم داشته است.

جدول ۳ اثرات کل، مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای برون‌زا و درون‌زا را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر آن است که رضایت از جذابیت زنانگی ($\beta = -0/301$)، رضایت از وزن بدنی ($\beta = -0/29$)، ناهمخوانی بین واقعیت و ایده‌آل ($\beta = -0/15$) و تمایل به نظم و سازمان‌دهی ($\beta = -0/13$) به ترتیب بر رفتار مختل شده تغذیه‌ای بیشترین تأثیر را دارند. این مدل به طور کلی ۱۲/۵ درصد واریانس رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب را تبیین می‌کند. بر اساس مدل تحلیل مسیر، اثر غیر مستقیم کمال‌گرایی منفی (ناهمخوانی بین واقعیت و ایده‌آل) بر رفتار مختل شده تغذیه‌ای ($\beta = -0/006$) نیز دارای ضریب معنی‌داری است. اما اثر غیر مستقیم کمال‌گرایی مثبت (تمایل به نظم و سازمان‌دهی) معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین رابطه احساس عزت بدنی و کمال‌گرایی با رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب دانشجویان دختر انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که دو مؤلفه احساس عزت نفس بدنی یعنی احساس رضایت از وزن بدن و رضایت

جدول ۳. اثرهای مستقیم، غیر مستقیم، کل و واریانس تبیین شده از متغیرهای پژوهش

اثر کل	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بینی کننده
-0/13	-	-0/13	رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب	کمال‌طلبی مثبت
0/150	0/006	0/109	رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب	کمال‌طلبی منفی
-0/227	-	-0/227	رضایت از جذابیت جنسی زنانه	
-0/291	-	-0/291	رضایت از وزن بدن	
0/307	-	0/307	رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب	رضایت از جذابیت جنسی زنانه
-0/261	-	-0/261	رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب	رضایت از وزن بدن

بر اساس نظریه شناختی- رفتاری نیز می‌توان گفت که دانشجویان دختری که باورهای ناکارآمدی مانند مطلوبیت و جذابیت جنسی از طرف دیگران و دریافت تأیید از دیگران را در روان بنه‌های ذهنی خود داشتند، این روان بنه‌ها به طور غیر مستقیم موجب نگرش‌ها و رفتارهای خوردن می‌شوند و چنین باورهایی گرایش به خوردن را تسهیل می‌سازند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر، حاکی از آن است که کمال‌طلبی مثبت یعنی گرایش به نظم و سازمان‌دهی رابطه منفی و کمال‌طلبی منفی یعنی ناهمخوانی بین معیارها و استانداردهای آرمانی و عملکرد واقعی رابطه مثبت با رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب دارد. به عبارت دیگر نتایج این پژوهش، بیانگر آن است که کمال‌طلبی مثبت یعنی گرایش به نظم و سازمان‌دهی فرد را وادار می‌کند که از رفتار و عملکرد خود رضایت داشته باشد و اضطراب و تنش او کاهش یابد و از طرف دیگر کمال‌گرایی منفی موجب انتظارات منفی از خود می‌شود و این حالات منفی موجب احساس ناامیدی و شکست شده است. این حالات خلقی به عنوان یک عامل خطر برای رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب هستند. مطالعه Ashby و همکاران نیز نشان داد که کمال‌گرایی غیر انطباقی مانند ناهمخوانی بین ایده‌آل‌ها و عملکرد، نگرانی در زمینه اشتباهات و خطاهای قبلی، تردید درباره اعمال خود در بیماران دارای اختلالات خوردن بیشتر از افراد عادی است (۱۴). مطالعات مختلف دیگر در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر است (۳۸-۳۶، ۱۵، ۱۳).

در تبیین یافته‌های این پژوهش، بر طبق الگوی شناختی رفتاری می‌توان گفت که افراد دچار مشکلات رفتاری خوردن، در موقعیت‌های مختلف به ارزیابی خود بر اساس عادت‌های خوردن، ظاهر، وزن می‌پردازند. از طرف دیگر، این افراد مشکلات شناختی و باورهای سازش نایافته‌ای دارند که به طور مستقیم با غذا ارتباطی ندارند، ولی زمینه اختلال خوردن را فراهم می‌آورند. پس بر اساس نظریه شناختی- رفتاری می‌توان گفت که دانشجویان دختری که باورهای ناهمخوانی بین آرمان‌ها و عملکرد واقعی را در روان بنه‌های ذهنی خود

داشتند، این روان بنه‌ها به طور غیر مستقیم موجب نگرش‌ها و رفتارهای خوردن می‌شوند و در نتیجه در موقعیت‌های مربوط به خوردن توانایی کنترل خوردن را از دست می‌دهد (۳۲).

یافته‌های دیگر این پژوهش، نشان داد که احساس رضایت از جذابیت جنسی زنانه و احساس رضایت از وزن بدن از طریق کمال‌طلبی منفی تبیین می‌شود. به عبارت دیگر یافته‌ها بیانگر آن است که دانشجویان دختری که احساس می‌کنند تا بین واقعیت و ایده‌آل‌های آن‌ها فاصله کمی وجود دارد، این دانشجویان احساس رضایت بالاتری از بدن و جذابیت جنسی خود دارند و این احساس رضایت از بدن و جذابیت جنسی موجب می‌شود تا رفتارهای تغذیه‌ای مختل شده پایین‌تری داشته باشند. اما از طرف دیگر نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی مثبت تبیین کننده احساس رضایت از وزن بدن و رضایت از جذابیت جنسی نبوده است. مطالعه Welch و همکاران نشان داد که کمال‌طلبی مبتنی بر خود، اما نه سایر ابعاد کمال‌طلبی با نگرش‌ها و رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط است. این یافته‌ها همچنین نشان داد که کمال‌گرایی به طور نسبی رابطه بین نارضایتی بدنی و رفتار خوردن نامطلوب را میانجی می‌کند. با وجود این، نیرومندی این رابطه بر اساس نوع شاخص‌های به کار رفته برای اندازه‌گیری کمال‌گرایی و همچنین ابعاد خاص کمال‌طلبی متفاوت است (۱۷). یافته‌های پژوهشی مختلف دیگر در تأیید پژوهش حاضر است (۲۰، ۵).

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که باورهای شناختی همچون کمال‌طلبی و احساس رضایت از بدن، نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با خوردن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. نتایج بیانگر آن بود که کمال‌طلبی از دو جنبه تشکیل یافته است. جنبه مثبت کمال‌گرایی، تلاش برای به دست آوردن استانداردهای والای انسانی و کسب دستاوردهای مثبت است، این بعد از کمال‌گرایی موجب ایجاد حالت آرامش و اطمینان و احساس رضایت در فرد و در نهایت عدم استفاده از رفتارهای ابتدایی تغذیه به عنوان یک مکانیزم آرام‌بخش می‌شود. در مقابل بعد منفی کمال‌گرایی مانند تردید

این نکته قوت نیز برخوردار است که علاوه بر رابطه مستقیم عوامل مختلف، نقش واسطه‌ای کمال‌طلبی را نیز مورد بررسی قرار داده است. در کنار نکات قوت مذکور، بهره‌گیری از ابزار پرسش‌نامه برای جمع‌آوری اطلاعات تغذیه‌ای از کاستی‌های پژوهش حاضر است.

اطلاعات فراهم شده از طریق این پژوهش با وجود محدودیت‌های روش‌شناختی آن مانند محدود بودن به دانشجویان دانشگاه تبریز و نوع پژوهش پیمایشی آن، برای کارشناسان حوزه سلامت که با دانشجویان دختر در ارتباط هستند، می‌تواند مفید باشد. اگر این متخصصان مانند پرستاران، پزشکان، روان‌شناسان و روان‌پزشکان رابطه بین رضایت از بدن و کمال‌گرایی را با رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب بهتر درک کنند، قادر خواهند بود تا افراد در معرض خطر را شناسایی کنند و از طرف دیگر در تدابیر درمانی اعمال شده نیز می‌توان فضای را فراهم آورد که این تمایلات کمال‌گرایانه منفی و نگرانی‌های بدنی به طور آشکار مطرح شود و تغییر این باورهای ناکارآمد شناختی رفتاری مانند کمال‌طلبی منفی و نگرانی در زمینه جذابیت جنسی زنانه و رضایت از شرایط بدنی در درمان این اختلالات می‌تواند مؤثر باشد.

در مورد اعمال فردی، برنامه‌ریزی افراطی برای رسیدن به استانداردهای بسیار بالا موجب ایجاد اضطراب و نگرانی در افراد می‌شود که رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب یکی از واکنش‌های آن‌ها می‌تواند باشد. علاوه از تأثیر مستقیم کمال‌گرایی بر رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب، نتایج نشان داد که این باورها از طریق غیر مستقیم یعنی از طریق تأثیر بر رضایت از جذابیت جنسی و وزن بدن، که در واقع بخشی از عزت نفس بدنی و خودپنداره بدنی افراد محسوب می‌شود، بر رفتارهای تغذیه‌ای نامطلوب اثرگذار می‌شوند. به این معنی افرادی که در مورد اعمال فردی خود تردید داشته‌اند و همچنین افرادی که برنامه‌ریزی افراطی برای رسیدن به استانداردهای بسیار بالا دارند، در مورد جذابیت بدنی خود و رضایت از وزن خود نیز دچار شک و تردید می‌شود و چنین اضطرابی موجب رفتارهایی مانند رفتارهای خوردن هیجانی، عدم کنترل تغذیه و یا رفتارهای تغذیه‌ای اجتنابی می‌شود.

بیشتر پژوهش‌های انجام شده قبلی، اختلالات تغذیه‌ای مانند بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی را مد نظر داشتند، این پژوهش از معدود پژوهش‌هایی است که رفتارهای نامطلوب تغذیه‌ای دانشجویان دختر را که شیوع بیشتری در جامعه دارد، مورد توجه قرار داده است. از طرف دیگر، پژوهش حاضر از

References

1. De LB, Romon M, Deschamps V, Lafay L, Borys JM, Karlsson J, et al. The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *J Nutr* 2004; 134(9): 2372-80.
2. Carmilya W. Graduate Students, Negative Perfectionism, Perceived Stress, and Disordered Eating Behaviors [Thesis]. Auburn, Alabama: Auburn University; 2009.
3. Mendelson MJ, Mendelson BK, Andrews J. Self-Esteem, Body Esteem, and Body-Mass in Late Adolescence: Is a Competence + Importance Model Needed? *Journal of Applied Developmental Psychology* 2000; 21(3): 249-66.
4. Tiggemann M. Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: prospective findings. *Body Image* 2005; 2(2): 129-35.
5. Ferrand C, Champely S, Filaire E. The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females. *Psychology of Sport and Exercise* 2009; 10(3): 373-80.
6. Rosen JC. Assessment and treatment of body image disturbance. In: Brownell KD, Fairburn C, Editors. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, NY: Taylor & Francis Group; 1995. p. 369-73.
7. Smolak L, Levine MP. Body image in children. In: Thompson JK, Smolak L, Editors. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment*. Washington, DC: Amer Psychological Assn; 2001. p. 41-66.
8. Kluck AS. Family influence on disordered eating: the role of body image dissatisfaction. *Body Image* 2010; 7(1): 8-14.

9. Sassaroli S, Lauro LJ, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behav Res Ther* 2008; 46(6): 757-65.
10. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research* 1990; 14(5): 449-68.
11. Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior* 1978; 15(1): 27-33.
12. Terry-Short LA, Owens RG, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences* 1995; 18(5): 663-8.
13. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1995; 17(2): 147-52.
14. Ashby JS, Kottman T, Schoen E. Perfectionism and Eating Disorders Reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling* 1998; 20(3): 261-71.
15. Schwarz HC, Gairrett RL, Aruguete MS, Gold ES. Eating Attitudes, Body Dissatisfaction, and Perfectionism in Female College Athletes. *North American Journal of Psychology* 2012; 7(3): 345-52.
16. Babae S, Karim Khodapanahi M, Saleh Sedghpour B. The Relation between Beliefs and Symptoms of Eating Disorders. *Developmental Psychology* 2007; 4(13): 3-12. [In Persian].
17. Welch E, Miller JL, Ghaderi A, Vaillancourt T. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eat Behav* 2009; 10(3): 168-75.
18. Fairburn CG. Eating disorders. In: Clark DM, Fairburn CG, Gelder MG, Editors. *The Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1997.
19. Van Blyderveen S, Miller JL. Peer victimization and eating disorder symptoms: The mediating roles of perfectionism and fears of humiliation/ rejection. *Proceedings of the Annual International Conference on Eating Disorders*; 2009 Apr 29-May 2; Cancun, Mexico; 2009.
20. Jacobi C, Hayward C, de ZM, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull* 2004; 130(1): 19-65.
21. Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P, Karlsson J. Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *Am J Clin Nutr* 2005; 81(3): 564-9.
22. Slaney RB, Rice KG, Mobley M, Trippi J, Ashby JS. The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 2001; 34(3): 130-45.
23. Franzoi SL, Shields SA. The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *J Pers Assess* 1984; 48(2): 173-8.
24. Hooman HA. Analysis of multiple variable in behavioral research. Tehran, Iran: Parsa Publication; 2001. [In Persian].
25. Cash TF, Morrow JA, Hrabosky JI, Perry AA. How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(6): 1081-9.
26. Harrington EF, Crowther JH, Henrickson HC, Mickelson KD. The relationships among trauma, stress, ethnicity, and binge eating. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2006; 12(2): 212-29.
27. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002; 128(5): 825-48.
28. Nguyen-Rodriguez ST, Chou CP, Unger JB, Spruijt-Metz D. BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eat Behav* 2008; 9(2): 238-46.
29. Sims R, Gordon S, Garcia W, Clark E, Monye D, Callender C, et al. Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eat Behav* 2008; 9(2): 137-42.
30. Aziz Zadeh Frouzi M, Mohammad Alizadeh S, Haghdoost AA, Garousi B, Shamsedin Saeed N. Relationship between body image and eating disorders. *Iran J Nurs Res* 2009; 4(15): 33-43. [In Persian].
31. Safavi M, Mahmoodi M, Roshandel A. Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University, Tehran center branch. *Medical Science Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch* 2009; 19(2): 129-34. [In Persian].
32. Fairburn CG, Wilson GT. *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York, NY: The Guilford; 1993.
33. Strauman TJ, Vookles J, Berenstein V, Chaiken S, Higgins ET. Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(6): 946-56.

34. Goldfein JA, Walsh BT, Midlarsky E. Influence of shape and weight on self-evaluation in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 27(4): 435-45.
35. Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(2): 267-74.
36. Davis C. Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: an interactive model. *Int J Eat Disord* 1997; 22(4): 421-6.
37. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. In: Fiske ST, Schacter DL, Zahn-Waxler C, Editors. *Annual Review of Psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews; 2002. p. 187-213.
38. Landa CE, Bybee JA. Adaptive elements of aging: Self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems. *Dev Psychol* 2007; 43(1): 83-93.

Relationship between perceived body satisfaction, perfectionism and poor nutritional behaviors

Rahim Badri Gargari¹, Samereh Asadi MSc², Marzieh Sardari MSc²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Poor nutritional behaviors currently are a widespread issue. Poor nutritional behaviors include inability to maintain control over eating, food restriction with the purpose of influencing on weight and shape, and tendency toward overeating in response to the negative emotions. This study was conducted to review the relationship between the perceived body satisfaction, perfectionism and poor nutritional behaviors in mediating relationship between body satisfactions and disordered poor nutritional behaviors.

Methods and Materials: This study was performed on students of University of Tabriz using descriptive-correlation method. The study subjects consisted of 340 female students, who were randomly selected through cluster random sampling method. The data collection tools employed in the study included the Almost Perfect Scale-Revised (APS-R), the Body Esteem Scale, and the Three-Factor Eating Questionnaire-R21 (TFEQ-R21).

Findings: The analyses showed that satisfaction with sexual attractiveness ($\beta = -0.30$), weight ($\beta = -0.29$), perception of a discrepancy between those standards and actual ideals ($\beta = -0.15$), and orderliness ($\beta = -0.13$) were the important predictive factors of poor nutritional behaviors. Furthermore, perfectionism was found to partially mediate the relationship between body satisfaction and poor nutritional behaviors.

Conclusions: This study had important implications for clinical settings. Clinically, these findings revealed the importance of considering other factors such as perfectionism and body satisfaction, particularly when working with a population displaying poor nutritional behaviors. By improving positive feelings of individuals toward their body and self-image and decreasing perfectionism, poor nutritional behaviors might also be reduced accordingly.

Keywords: Poor nutritional behaviors, Perceived body satisfaction, Perfectionism, Orderliness, Perception of a discrepancy, Actual behaviors and ideals

Citation: Badri Gargari R, Asadi S, Sardari M. Relationship between perceived body satisfaction, perfectionism and poor nutritional behaviors. J Res Behav Sci 2013; 10(7): 672-82

Received: 29.09.2012

Accepted: 18.02.2013

1- Associate Professor, Department of Educational Sciences, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email: badri_rahim@yahoo.com

2- Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran