مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره هفدهم / زمستان ۱۳۹۱/ ۷۷-۶۸

# رابطه کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی با علایم اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی

**سعید آریاپوران**[۱]، **محمد مهدی شیرزادی**[۲]

۱. استادیار گروه روانشاسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران، تلفن ثابت: ۰۸۵۱-۲۲۳۱۵۸۰، s.ariapooran@malayeru.ac.ir

۲.کارشناسی ارشد، روانشناسی، مشاور آموزش و پرورش منطقه خانمیرزای لوردگان، ایران

## چکیده

**زمینه و هدف:** کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی می‌توانند نقش مهمی در اختلال خوردن ایفا کنند. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی با علایم اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی بود.

**مواد و روش کار:** در این پژوهش همبستگی، ۱۸۱ نفر از زنان دارای فعالیت ورزشی اروبیک و آمادگی جسمانی با روش نمونه-گیری خوشه‌ای انتخاب و مقیاس‌های اختلالات خوردن اهواز، کمال‌گرایی مثبت و منفی (تری-شورت، ۱۹۹۵)، ارزشمندی بدن (مندلسون و همکاران، ۲۰۰۱) و نگرانی اهواز، را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۱۶/۵ درصد ورزشکاران دارای علایم اختلال خوردن، ۱۴/۳ درصد دارای علایم بی‌اشتهایی عصبی و ۳/۳ درصد دارای علایم پرخوری عصبی بودند. بین کمال‌گرایی مثبت ($r$= ۰/۳۲۸-) و کمال‌گرایی منفی($r$= ۰/۴۴۶)، ارزشمندی بدن ($r$= ۰/۲۵۱-) و نگرانی($r$= ۰/۲۵۹) با علایم اختلال خوردن رابطه معنی‌دار وجود داشت و متغیرهای پیش‌بین ۰/۲۶ واریانس علایم اختلال خوردن را تبیین نموده است.

**نتیجه گیری:** نتایج با پژوهش‌های قبلی همسو بوده و از رابطه کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی با علایم اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی حمایت می‌کند و تلویحات مهمی در توجه به متغیرهای پیش‌بین علایم اختلال خوردن در زنان ورزشکار دارد.

**کلید واژه:** اختلال خوردن، کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن، نگرانی، زنان ورزشکار

وصول مقاله :۹۰/۸/۱۸ اصلاحیه نهایی:۹۱/۱/۲۹ پذیرش:۹۱/۶/۹

## مقدمه

اختلال خوردن[۱] توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰) و سازمان بهداشت جهانی(۱۹۹۲) به عنوان رفتارهای نابهنجار خوردن تعریف شده است که فقط با ملاک‌های صریح تشخیص داده می‌شود و بر این اساس تعداد افرادی که رفتار آسیب‌زای خوردن را گزارش می‌کنند، به طور واقعی بیشتر از افرادی است که به عنوان بیمار تشخیص داده می‌شوند (۱). اختلال خوردن با رفتارهای نابهنجاری از جمله کم خوردن، روزه‌داری، خوردن طولانی غذا، زیاد خوردن و خوردن همراه استفراغ و همچنین استفاده از داروهای ضد یبوست و ادرارآور مشخص می‌شود (۲). مهمترین اختلالات خوردن عبارتند از بی‌اشتهایی عصبی[۲] و پراشتهایی عصبی[۱].

[1] . eating disorder

[2] . anorexia nervosa

[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

بی‌اشتهایی عصبی دارای سه ملاک اصلی گرسنگی کشیدن عمدی به میزان قابل توجه، تمایل بی‌وقفه برای لاغری و ترس مرضی از چاقی و وجود علایم و نشانه‌های ناشی از گرسنگی کشیدن و روزه‌داری است، در حالی که پراشتهایی عصبی نوعی پرخوری است که با روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن همراه است و به طور کلی بر اساس نشانه‌شناسی ملاک‌های آن دوره‌های پرخوری با بسامد بالا، رفتارهای جبرانی متعاقب پرخوری به منظور پیشگیری از افزایش وزن (استفراغ عمدی، سوء مصرف ملین، مدر یا داروهای استفراغ آور) و ترس مرضی از چاق شدن می‌باشد (۲). شایع‌ترین سن شروع بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانی است و میزان شیوع آن در زنان ۱۰ تا ۲۰ درصد بیشتر از مردان است (۳). بر اساس مطالعات همه‌گیرشناسی، ۹۵ درصد از اختلالات خوردن در میان زنان اتفاق می‌افتد (۴) 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 نموده اند (۵).

در طول چند دهه گذشته شرکت زنان در فعالیت‌های ورزشی افزایش پیدا کرده است و پرداختن به ورزش و فعالیت بدنی در زنان نگرانی‌های مربوط به سلامتی را در میان آنان برجسته می‌نماید (۶). فعالیت ورزشی زنان می‌تواند باعث افزایش عزت نفس آنان شود، اما ممکن است استفاده از ورزش و فعالیت‌های بدنی در میان آنان وسیله‌ای برای جلوگیری از اختلال خوردن باشد (۷). حدود ۲۰ درصد دانشجویان ورزشکار دارای نشانه‌های اختلال خوردن هستند و در میان آنان جهت متعادل کردن وزن، ۳۷ درصد از ورزش، ۱۴/۲ درصد از روزه‌داری و رژیم غذایی و ۱۰ درصد از استفراغ و داروهای ملین و ادرار آور استفاده می‌نمایند (۸). همچنین نشان داده شده است که میزان شیوع اختلال خوردن در میان ورزشکاران غیرحرفه‌ای ۱۹/۶ درصد است (۹).

از جمله متغیرهایی که می‌تواند نقش مهمی در اختلال خوردن داشته باشد، کمال‌گرایی[2] است که به عنوان جستجوی استانداردهای غیر منطقی و بسیار بالا در زمینه اهداف و انتظارات شخصی تعریف شده است (نقل از ۱۰). کمال‌گرایی مثبت (بهنجار) به عنوان انگیزش برای رسیدن به هدف معین، درست همانند رسیدن به نتیجه مطلوب است و کمال‌گرایی منفی (نورتیک) به عنوان انگیزش برای رسیدن به هدف معین و اجتناب از نتایج برعکس همراه با نگرش منفی نسبت به اشتباهات، خودانتقادی شدید و احساس ناهمخوانی بین عملکرد و انتظارات تعریف شده است (۱۱). ورزشکاران در کمال‌گرایی مثبت نمرات بالاتری کسب می‌کنند، در حالی که بیماران دارای اختلال خوردن و افسردگی در کمال‌گرایی منفی نمره بیشتری بدست می‌آورند (۱۱). نتایج نشان می‌دهد که کمال‌گرایی منفی با اختلال خوردن (۱۲) ارتباط دارد و در ورزشکاران تمایلات کمال‌گرایی، گرایش به اختلال خوردن را بیشتر می‌کند (۱۳). بر اساس تحقیقات، کمال‌گرایی منفی واریانس قابل مشاهده‌ای از نگرش‌های خوردن را در زنان ورزشکار غیرحرفه‌ای پیش‌بینی می کند (۱۴) و افراد دارای اختلال خوردن نگرانی‌های زیادی در مورد اشتباهات دارند که این امر یکی از مؤلفه‌های کمال‌گرایی است (۱۵). همچنین، کمال‌گرایی پیشایندی برای بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی و نگرش‌های ناسازگار خوردن است (۱۶) و ترکیبی از استانداردهای شخصی بالا و نگرانی در مورد اشتباهات (۱۷) و نگرانی در مورد ارزیابی (۱۸) به عنوان دو بعد از ابعاد کمال‌گرایی با نشانه‌های اختلال خوردن در ارتباط است و کمال‌گرایی نوروتیک با نشانه‌های پراشتهایی عصبی (۱۹) ارتباط معنی‌دار دارد.

[1] . bulimia nervosa

[2] . perfectionism



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

ارزشمندی بدن[1] نیز می‌تواند در اختلال خوردن نقش داشته باشد. ارزشمندی بدن یا ارزیابی از ظاهر بدنی، یکی از جنبه‌های عزت نفس است (۲۰) و دارای سه بعد می‌باشد که عبارتند از: ارزشمندی ظاهر[2] (ادراکات عمومی درباره نگاه شخصی به خود)، ارزشمندی اسنادی[3] (نگرانی در مورد اینکه دیگران چه درکی در مورد ظاهر فرد دارند) و ارزشمندی وزن[4] (ادراکات شخصی در مورد وزن و تغییرات آن) (۲۱). افراد دارای اختلال خوردن قضاوت‌های منحصر به فردی در مورد شکل بدنی، وزن و چاقی دارند (۱۶) که این امر با ارزیابی‌های منفی از خود و عزت نفس پایین همراه است (۲۲). همچنین نشان داده شده است که افراد دارای اختلال خوردن از عزت نفس پایینی برخوردارند (۱۷) و افراد دارای عزت نفس پایین، ریسک‌پذیری بالایی برای نشانه‌های اختلال خوردن دارند (۲۳). اما برخی پژوهش‌ها نتایج متناقضی ارائه داده‌اند، مبنی بر اینکه در میان ورزشکاران حرفه‌ای ( شنا و ژیمناستیک) بین ارزشمندی بدنی و اختلال خوردن همبستگی معنی‌دار وجود ندارد (۲۱).

نگرانی[5] نیز یک از متغیرهای روانشناختی است که می تواند نقش مهمی در اختلال خوردن داشته باشد. نگرانی رجحان و برتری افکار منفی است، به این معنی که افراد نگران، در مورد احتمال حوادث منفی‌ای که از آن می‌ترسند، بسیار فکر می‌کنند (۲۴). پژوهش‌های کمی در مورد رابطه نگرانی با اختلال خوردن صورت گرفته است. به طوری که نشان داده شده است دختران نگرانی بیشتری در مورد وزن و غذا دارند، نمرات نگرانی در افراد دارای اختلال خوردن بیشتر است، افراد دارای رژیم غذایی نامناسب نگرانی‌هایی در مورد ارزیابی‌های اجتماعی و ارزیابی در مدرسه دارند و نگرانی موقعیتی با اختلال خوردن مرتبط است (نقل از ۲۴).

برخی پژوهش‌ها نیز نشان دادند که در افراد دارای اختلال خوردن نمره نگرانی بیشتر از افراد غیر بالینی است (۲۵).

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلال خوردن و رابطه کمال‌گرایی، ارزشمندی بدنی و نگرانی با این اختلال در زنان دارای فعالیت ورزشی در رشته اروبیک و آمادگی جسمانی بوده است و حسن انجام این پژوهش بر پژوهش-های قبلی این است که در پژوهش‌های قبلی، میزان شیوع اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی در ایران مورد بررسی قرار نگرفته و رابطه این متغیرها با اختلال خوردن به صورت پراکنده بررسی شده و در مورد رابطه برخی از متغیرها از جمله ارزشمندی بدن و اختلالات خوردن نتایج بدست آمده ضد و نقیض است (۲۱). همچنین در اکثر پژوهش‌های قبلی نمونه‌های غیر ورزشکار مورد بررسی قرار گرفته و ورزشکاران مورد مطالعه نیز ورزشکاران حرفه‌ای بوده‌اند. بنابراین این پژوهش می‌تواند این خلأ پژوهشی را پر نماید.

## روش بررسی

روش تحقیق این پژوهش از نوع طرح توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کل زنان دارای فعالیت ورزشی در رشته اروبیک و آمادگی جسمانی شهرستان اردبیل(۳۴۱ نفر) تشکیل دادند که حداقل دارای یک سال سابقه فعالیت ورزشی بوده‌اند (۱۸ باشگاه ورزشی). حجم نمونه را ۱۸۰ نفر از زنان دارای فعالیت ورزشی تشکیل دادند که از طریق فرمول کرجسی و مورگان (نقل از ۲۶) و از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا تمام باشگاه‌های مربوط به ورزش اروبیک و آمادگی جسمانی مخصوص زنان مشخص شدند. سپس ۱۰ باشگاه ورزشی انتخاب شدند و همه افراد آن باشگاه‌ها در پژوهش شرکت داده شدند. لازم به ذکر است که از میان زنان مشغول به فعالیت ورزشی اروبیک و آمادگی جسمانی کسانی در پژوهش شرکت داده شدند که دارای مدرک تحصیلی دبیرستان و بالاتر و حداقل یک سال فعالیت

[1] . body esteem
[2] . appearance
[3] . attribution
[4] . weight
[5] . worry



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

ورزشی بودند و در طول هفته حداقل شش ساعت فعالیت ورزشی داشتند و زنانی که از این شرایط برخوردار نبودند از پژوهش خارج شدند. به عبارت دیگر، زنان بیسواد و دارای سواد پایین‌تر از دبیرستان، دارای سابقه ورزشی کمتر از یک سال و کمتر از ۶ ساعت در هفته و کسانی که پرسشنامه‌ها را ناتمام تکمیل کرده بودند، از پژوهش خارج شدند. در نهایت ۲۰۲ پرسشنامه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد و پس از جمع‌آوری ۲۱ پرسشنامه به دلیل تکمیل ناتمام حذف شد و نمونه نهایی پژوهش به ۱۸۱ نفر تقلیل یافت. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

**الف- مقیاس اختلالات خوردن:** مقیاس اختلالات خوردن اهواز[1] توسط شریفی‌فرد(۱۳۷۷) ساخت و اعتبار شده است (نقل از ۲۷) و دارای ۳۱ گویه است.آزمودنی به این گویه‌ها به صورت درست و نادرست پاسخ می‌دهد. این مقیاس یک عامل کلی و دو عامل بی‌اشتهایی عصبی (۲۲ گویه) پراشتهایی عصبی(۹ گویه) را می‌سنجد. نحوه نمره‌دهی این مقیاس به این صورت است که در ۶ گویه آن به گزینه درست «نمره صفر» و گزینه نادرست «نمره یک» تعلق می‌گیرد و در سایر گویه‌ها نمره‌دهی برعکس می‌باشد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۰ تا ۳۱ می باشد. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده بالا بودن علایم اختلال خوردن و نمره پایین نشان دهنده پایین بودن میزان علایم اختلال خوردن است. ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰، عامل اول ۰/۶۸ و عامل دوم ۰/۵۵ بود. ضرایب پایایی بازآزمایی بعد از یک ماه برای کل مقیاس ۰/۸۶، عامل اول ۰/۸۴ و عامل دوم ۰/۸۰ بوده است و این مقیاس با تعریف سازه بی‌اشتهایی عصبی ۰/۳۵ و پراشتهایی عصبی ۰/۲۱ همبستگی داشته است (نقل از ۲۷).

**ب- مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی**[2]: این مقیاس توسط تری– شورت(۱۹۹۵) و همکاران ساخته شده است و دارای۴۰ گویه و دو خرده مقیاس مثبت(۲۰ گویه) و منفی(۲۰ گویه) می‌باشد (۲۸). آزمودنی بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافقم و نه مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم) به گویه‌ها پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات هر آزمودنی در هر زیر مقیاس ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. نقطه برش این آزمون برای افراد دارای اختلال در خرده مقیاس کمال‌گرایی منفی ۶۹ و به بالا است. تری - شورت و همکاران (۱۹۹۵) در بررسی اعتبار، این مقیاس نشان دادند که ورزشکاران بالاترین نمره را در کمال‌گرایی مثبت کسب کردند در حالی که بیماران مبتلا به اختلال تغذیه بالاترین نمره را در کمال‌گرایی منفی بدست آوردند(نقل از ۲۸). در مطالعه هاس و همکاران (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ برای کمال‌گرایی مثبت ۰/۸۴ و برای کمال‌گرایی منفی ۰/۸۳ می‌باشد (نقل از ۲۷). بشارت (۱۳۸۳) ضریب همسانی درونی کمال‌گرایی مثبت و منفی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۶ گزارش نموده است (۲۸).

**ج- مقیاس ارزشمندی بدن**[3]: این مقیاس توسط مندلسون و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شده است که احساسات عمومی در مورد بدن و وزن را می‌سنجد و دارای ۱۹ گویه و سه زیر مقیاس ارزشمندی ظاهر، ارزشمندی اسنادی و ارزشمندی وزن می‌باشد (۲۰). آزمودنی به هر سؤال آن روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز «۱» تا همیشه «۵» پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس ۱۹ تا ۷۶ می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشان دهنده سطوح بالای ارزشمندی بدن است. پایایی این مقیاس به صورت کلی ۰/۸۱ بوده است (۲۰). بین ارزشمندی بدن و عزت نفس رابطه معنی‌دار بدست آمده است که خود نشانی بر اعتبار این آزمون می‌باشد (۲۰). با توجه به آنکه این مقیاس در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است، در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۶ و برای زیرمقیاس‌های ارزشمندی ظاهر،

[1] . Ahvaz Eating Disorders Scale
[2] . Positive and Negative Perfectionism Scale
[3] . body esteem scale



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

ارزشمندی اسنادی و ارزشمندی وزن نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۶۵ بوده است.

**د- مقیاس نگرانی**[1]: این مقیاس در اهواز توسط تقوایی و نجاریان (نقل از ۲۷) بر اساس تحلیل عوامل ساخته و اعتباریابی شده است. این مقیاس ۲۰ گویه دارد و هر آزمودنی به این گویه‌ها به صورت هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات پاسخ می‌گوید. دامنه تغییرات آزمودنی در این مقیاس صفر تا ۶۰ خواهد بود و نمره بالا نشان دهنده نگرانی بالا و نمره پایین نشان دهنده نگرانی پایین است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس نگرانی اهواز بر روی آزمودنی‌های دختر، پسر و کل به ترتیب۰/۹۰، ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بدست آمده است. ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته برای آزمودنی‌های دختر و پسر و کل به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است ($P<$۰/۰۰۱). برای محاسبه ضریب اعتبار ضرایب همبستگی مقیاس نگرانی اهواز با مقیاس میگرن $r$=۰/۲۶، خرده مقیاس شکایات جسمانی $r$=۰/۳۳ و خرده مقیاس مرور ذهنی $r$=۰/۲۴ بدست آمده است (۲۷).

**روند اجرای پژوهش:** بعد از انتخاب نمونه، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار زنان دارای فعالیت ورزشی قرار داده شد و آن‌ها با آگاهی از راهنمای پرسشنامه به مدت نیم ساعت پرسشنامه را تکمیل نمودند. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های خام با نرم افزار *SPSS* مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی از آزمون‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی و برای بررسی رابطه متغیرها و نقش متغیرهای پیش-بین در متغیرهای ملاک از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری خطی استفاده شد.

[1]. wory scale

## یافته ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که از نظر رشته ورزشی ۴۵ درصد افراد نمونه در رشته اروبیک و ۵۵ درصد در رشته آمادگی جسمانی بودند. از میان کل نمونه ۶۰/۲ درصد مجرد و ۳۹/۸ درصد متأهل، ۶۳/۶ درصد دارای تحصیلات دبیرستان و دیپلم، ۱۹/۲ درصد کاردانی و ۱۷/۲ درصد کارشناسی و بالاتر بوده‌اند. میانگین و انحراف معیار سنی زنان دارای فعالیت ورزشی در رشته اروبیک و آمادگی جسمانی به ترتیب ۳/۶۹± ۲۵/۰۲ و ۳/۶۱± ۲۴/۹۳ بوده است.

یافته‌ها نشان داد که میانگین علایم اختلال خوردن به صورت کلی ۴/۵۴± ۱۵/۱۴بوده است (جدول ۱). با توجه به آنکه در این پژوهش نمره زنان دارای علایم اختلال خوردن دو انحراف معیار بالاتر از میانگین در نظر گرفته شده است، ۱۶/۵ درصد از زنان دارای فعالیت ورزشی نمره دو انحراف بالاتر از میانگین پرسشنامه اختلال خوردن کسب نمودند. به عبارت دیگر، نمره این افراد بالاتر از ۲۴/۲۲ بوده است. میانگین علایم اختلال بی‌اشتهایی عصبی۳/۱۰± ۱۰/۴۳ بوده است و ۱۴/۳ درصد از زنان دارای فعالیت ورزشی دارای نمره دو انحراف معیار بالاتر از میانگین علایم اختلال بی‌اشتهایی عصبی (بالاتر از ۱۶/۶۳) کسب نمودند. میانگین علایم اختلال پراشتهایی عصبی ۱/۰۹± ۴/۷۱ بوده است و ۳/۳ درصد زنان دارای فعالیت ورزشی دارای نمره دو انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره علایم پراشتهایی عصبی (بالاتر از ۶/۸۶) کسب نمودند. به عبارت دیگر، ۱۶/۵ درصد از شرکت کنندگان در تحقیق دارای علایم کلی اختلال خوردن، ۱۴/۳ درصد دارای علایم اختلال بی-اشتهایی عصبی و ۳/۳ درصد دارای علایم اختلال پراشتهایی عصبی بودند.

نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که کمال‌گرایی مثبت با علایم اختلال خوردن رابطه منفی و کمال‌گرایی منفی با علایم این اختلال رابطه مثبت دارد. بین ارزشمندی ظاهر و بدن با علایم اختلال خوردن رابطه منفی و در نهایت بین نگرانی با



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

علایم اختلال خوردن رابطه مثبت معنی‌دار بدست آمد (جدول ۲).

نتایج رگرسیون چند متغیری با روش ورود نشان داد که با توجه به مقدار $R^2$ سازگار شده ($adj.R^2$=۰/۶۲۹) و ($R^2$=۰/۶۴۱) کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی، ارزشمندی ظاهر، ارزشمندی اسنادی، ارزشمندی وزن و نگرانی ۰/۶۳ واریانس علایم اختلال خوردن را تبیین نموده است. بنابراین با توجه به مقدار بتا و سطح معنی‌داری، به ترتیب کمال‌گرایی منفی، ارزشمندی ظاهر، کمال‌گرایی مثبت و ارزشمندی وزن قوی‌ترین متغیرها برای سهیم شدن در پیش‌بینی علایم اختلال خوردن بوده‌اند ($p$>۰/۰۰۱ و$F_{(۶و۱۸۰)}$=۲۷/۷۴۵) (جدول ۳). مدل پیش بینی علایم اختلال خوردن در این پژوهش به صورت زیر است:

$NP+(-۰/۶۸۵)\,AE+(-۰/۴۷۰)\,PP+(-۰/۳۷۴)WE$

علایم اختلال خوردن=۲۱/۱۰۷+۰/۷۴۷

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین(کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی) و ملاک(علایم اختلال خوردن)

| | متغیرها | انحراف معیار ± میانگین |
|---|---|---|
| متغیرهای پیش بین | کمال‌گرایی مثبت | ۵۶/۰۶ ± ۴/۶۴ |
| | کمال‌گرایی منفی | ۵۴/۵۵ ± ۸/۸۶ |
| | ارزشمندی ظاهر | ۸/۵۷ ± ۲/۶۹ |
| | ارزشمندی اسنادی | ۹/۲۵ ± ۳/۰۵ |
| | ارزشمندی وزن | ۷/۷۷ ± ۱/۹۸ |
| | ارزشمندی بدن | ۲۵/۵۹ ± ۵/۲۸ |
| | نگرانی | ۲۹/۹۴ ± ۶/۵۶ |
| متغیرهای ملاک | علایم بی‌اشتهایی عصبی | ۱۰/۴۳ ± ۳/۵۹ |
| | علایم پراشتهایی عصبی | ۴/۷۱ ± ۱/۰۹ |
| | علایم اختلال خوردن | ۱۵/۱۴ ± ۴/۵۴ |

جدول ۲: ماتریس همبستگی نمرات کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن، نگرانی با علایم اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی

| متغیرها | متغیرهای ملاک | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | علایم اختلال خوردن | P value | علایم بی‌اشتهایی عصبی | P value | علایم پراشتهایی عصبی | P value |
| کمال‌گرایی مثبت | -۰/۳۲۸ | ۰/۰۰۱ | -۰/۲۶۴ | ۰/۰۰۱ | -۰/۴۷۷ | ۰/۰۰۱ |
| کمال‌گرایی منفی | ۰/۴۴۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹۲ | ۰/۰۰۱ |
| ارزشمندی ظاهر | -۰/۳۷۵ | ۰/۰۰۱ | -۰/۳۵۶ | ۰/۰۰۱ | -۰/۳۷۳ | ۰/۰۰۱ |
| ارزشمندی اسنادی | ۰/۱۱۹ | ۰/۱۱ | ۰/۱۳۳ | ۰/۰۷۴ | ۰/۰۵۵ | ۰/۴۶۴ |
| ارزشمندی وزن | -۰/۳۴ | ۰/۰۰۱ | -۰/۳۳۶ | ۰/۰۰۱ | -۰/۲۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| ارزشمندی بدن | -۰/۲۵۱ | ۰/۰۰۱ | -۰/۲۳ | ۰/۰۰۲ | -۰/۲۷ | ۰/۰۰۱ |
| نگرانی | ۰/۲۵۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۵۹ | ۰/۰۳۳ |

جدول شماره ۳: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری با روش ورود برای پیش‌بینی علایم اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی از طریق کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی

| متغیرهای پیش‌بین | SE | B | ß | t | P value |
|---|---|---|---|---|---|
| (مقدار ثابت) | ۳/۱۰۱ | ۲۱/۱۰۷ | - | ۶/۸۰۶ | ۰/۰۰۱ |
| کمال‌گرایی مثبت | ۳/۰۴۷ | -۰/۴۶۰ | -۰/۴۷۰ | -۹/۸۷ | ۰/۰۰۱ |
| کمال‌گرایی منفی | ۰/۰۲۹ | ۰/۳۸۳ | ۰/۷۴۷ | ۱۳/۳۵۵ | ۰/۰۰۱ |
| ارزشمندی ظاهر | ۰/۱۴۴ | -۱/۱۵۶ | -۰/۶۸۵ | -۸/۰۳۵ | ۰/۰۰۱ |
| ارزشمندی اسنادی | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۶۷ | ۰/۰۴۵ | ۰/۹۸۹ | ۰/۳۲۴ |
| ارزشمندی وزن | ۰/۱۹۳ | -۰/۸۶۰ | -۰/۳۷۴ | ۴/۴۵۰ | ۰/۰۰۱ |
| نگرانی | ۰/۰۳۳ | ۰/۰۵۱ | ۰/۰۷۵ | ۱/۵۴۱ | ۰/۱۲۵ |



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

## بحث

بر اساس یافته‌ها، ۱۶/۵ درصد از زنان دارای فعالیت ورزشی دارای علایم اختلال خوردن، ۱۴/۳ درصد دارای علایم اختلال بی‌اشتهایی عصبی و ۳/۳ درصد دارای علایم اختلال پراشتهایی عصبی بوده‌اند که با یافته‌های قبلی مبنی بر وجود نشانه‌های اختلال خوردن در ۲۰ درصد ورزشکاران (۸) و شیوع ۱۹/۶ درصدی اختلال خوردن در میان ورزشکاران (۹) همخوانی دارد. همچنین با یافته های دیگر (۵) همخوان است که در جمعیت عمومی میزان شیوع اختلالات خوردن در میان زنان را بین ۱۵ تا ۶۲ درصد ذکر کرده‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که احتمالاً میزان شیوع بالای علایم اختلال خوردن به دلایل فرهنگی و اجتماعی مربوط می‌شود. زیرا تأکید بر لاغری و رژیم غذایی و ورزش مورد توجه همه فرهنگ‌ها، طبقات اجتماعی و اقلیت‌های نژادی و حتی خانواده‌ها بوده و تحت تأثیر علایق شغلی و غیر شغلی و فشارهای مربوط به وزن و جثه قرار می‌گیرد (۳) و به دلیل جوان بودن جمعیت کشور ایران، بالا بودن میزان شیوع اختلالات خوردن در این پژوهش قابل تبیین است. زیرا به صورت کلی، جوانان (مخصوصاً زنان جوان) بیشتر تحت تأثیر نفوذ معیارهای کاهش وزن قراردارند.

رابطه منفی کمال‌گرایی مثبت و رابطه مثبت کمال‌گرایی منفی با بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن نیز با یافته‌های قبلی همخوان است که نشان دادند افراد دارای اختلال خوردن در کمال‌گرایی منفی نمره بیشتری بدست می‌آورند و نمرات کمال‌گرایی واریانس مربوط به اختلالات خوردن را تبیین نموده است (۸). همچنین این نتیجه با پژوهش‌های قبلی (۱۹-۱۷و۱۵) همسو است که به نقش کمال‌گرایی در اختلال خوردن اشاره نموده‌اند.

با توجه به آنکه فرد کمال‌گرا در جستجوی استانداردهای غیر منطقی و بسیار بالا در زمینه اهداف و انتظارات شخصی می‌باشند و افراد دارای کمال‌گرایی منفی نسبت به اشتباهات خود نگرش منفی دارند، خود را بیشتر سرزنش می‌کنند (۱۰) و بین عملکرد و انتظارات خود احساس ناهمخوانی می‌کنند (۱۱)، بنابراین زنان مشغول به فعالیت ورزشی که چنین ویژگی‌هایی را دارند، در مورد وزن و انتظارات بدنی خود دچار مشکل می‌شوند و سعی می‌کنند در کاهش یا افزایش وزن خود انتظارات بی‌جا از خود داشته و همیشه یک فرد ایده‌آل و کامل باشند و همین امر باعث می‌شود که آنان علایم اختلال خوردن از جمله بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی را داشته باشند. به دلیل رابطه منفی کمال-گرایی مثبت با اختلال خوردن نیز می‌توان گفت چون افراد دارای کمال‌گرایی مثبت رسیدن به هدف مطلوب را دنبال می‌کنند (۱۱) و دارای اعتماد به نفس بالاتری هستند (نقل از ۲۰)، بنابراین زنان مشغول به فعالیت ورزشی که کمال‌گرایی مثبت دارند، در مورد وزن و کاهش وزن بدنی نگران نیستند و نسبت به این مسئله خورد را سرزنش نمی‌کنند و همین امر باعث می‌شود که میزان علایم اختلال خوردن در آنان کمتر باشد.

رابطه منفی ارزشمندی ظاهر، ارزشمندی وزن و ارزشمندی بدن (کل) با علایم بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن نیز در راستای یافته‌های قبلی (۲۲و۲۰) است که نشان دادند افراد دارای اختلال خوردن قضاوت‌های منحصر به فردی در مورد شکل بدنی، وزن و چاقی دارند و این امر با ارزیابی‌های منفی از خود و عزت نفس پایین همراه است. اما با یافته‌های فراند و همکاران (۲۱) مبنی بر عدم رابطه بین ارزشمندی بدن و اختلال خوردن، همخوان نیست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت چون جذابیت بدنی برای زنان مهم است، بنابراین زنانی که از جذابیت بدنی پایینی برخوردار هستند، ارزشمندی بدنی پایینی دارند و این امر باعث می‌شود که آنان رژیم‌های نامناسب غذایی، از جمله روزه‌داری و کم خوردن غذا را مورد استفاده قرار دهند که وجود اختلالات و میزان علایم اختلال خوردن را در آنان افزایش می‌دهد. این یافته از نظر اجتماعی نیز قابل تبیین



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

است. زیرا در همه طبقات اجتماعی داشتن اندام متناسب، لاغری و رژیم غذایی مورد تأکید قرار گرفته و به دلیل شرکت زنان در فعالیت‌های اجتماعی اندام متناسب تحت تأثیر علایق شغلی و غیر شغلی قرار می‌گیرد (۳). بر همین اساس زنانی که از اندام بدنی نامناسبی برخوردارند و احساس می‌کنند که این مسئله از نظر اجتماعی برای آنان مشکل ساز است، دچار عدم رضایت از اندام بدنی خویش می‌شوند که ارزشمندی بدنی پایین در آنان را به دنبال دارد و ممکن است میزان علایم اختلال خوردن در آنان بیشتر باشد. اما از آنجا که این یافته با یافته‌های فراند و همکاران (۲۱) همخوانی ندارد، می‌توان گفت که این امر ممکن است به دلیل نوع ورزش و فعالیت بدنی‌ای باشد که زنان انجام می‌دهند، زیرا در تحقیق فراند و همکاران (۲۱) ورزشکاران حرفه‌ای (شنا و ژیمناستیک) مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند و ممکن است در میان آنان میزان علایم اختلال خوردن پایین باشد، زیرا هدف ورزشکاران حرفه‌ای رسیدن به پیروزی در رقابت‌ها می‌باشد، در صورتی که هدف ورزشکاران غیرحرفه‌ای (اروبیک و آمادگی جسمانی) رسیدن به اندام مناسب، کاهش وزن و جلوگیری از چاقی است.

به دلیل رابطه مثبت بین نگرانی با علایم بی‌اشتهایی عصبی، علایم پراشتهایی عصبی و علایم کلی اختلال خوردن، می‌توان گفت که این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی (۲۵) مبنی بر نمره نگرانی بالا در افراد دارای اختلال خوردن است. با توجه به آنکه در نگرانی افکار منفی بر افکار مثبت مقدم است و افراد نگران، ترس بیشتری از احتمال حوادث منفی دارند (۲۴)، می‌توان گفت که این امر در زنانی که به فعالیت‌های ورزشی غیرحرفه‌ای مانند اروبیک و آمادگی جسمانی روی می‌آورند بیشتر است. زیرا آنان نسبت به ظاهر و اندام بدنی خویش نگرانی دارند و ممکن است همیشه خود را با دیگران که دارای اندام و ظاهری متناسب هستند، مقایسه کنند و به همین دلیل است که به ورزش و فعالیت بدنی روی می‌آورند.

با توجه به آنکه براساس رگرسیون خطی به ترتیب کمال‌گرایی منفی، ارزشمندی ظاهر، کمال‌گرایی مثبت و ارزشمندی وزن قوی‌ترین متغیرها برای سهیم شدن در پیش‌بینی اختلال خوردن بوده‌اند، می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های قبلی (۱۴و۱۱) مبنی بر سهم عمده کمال‌گرایی در تبیین اختلالات خوردن همسو است. با توجه به معنی دار بودن ارزشمندی ظاهر و ارزشمندی وزن در مدل رگرسیون، می‌توان گفت که این یافته می‌تواند تأییدی بر یافته‌های قبلی باشد که نشان دادند افراد دارای اختلالات خوردن در مورد شکل بدنی، وزن و چاقی مشکل دارند و نمرات عزت نفس پایینی دارند (۲۳و۲۲). بنابراین می‌توان گفت که داشتن استانداردهای غیر منطقی و بسیار بالا در زمینه اهداف و انتظارات شخصی به عنوان کمال‌گرایی در بعد منفی (۱۱) می‌تواند در زنان باعث ارزیابی‌های نادرست از وزن و ظاهر بدنی شود و آنان را مجبور به رفتارهایی از جمله رژیم‌های غذایی نامناسب و ورزش جهت کاهش مشکلات مرتبط با وزن نماید و این امر به نوبه خود می‌تواند نقش مهمی در بالا رفتن میزان علایم اختلال خوردن در آنان داشته باشد.

از جمله محدویت‌های این پژوهش، استفاده از روش پرسشنامه‌ای صرف بوده است. زیرا استفاده از پرسشنامه می‌تواند منجر به اطلاعات ناقص شود، اما به دلیل اینکه نمونه بالینی نبوده است، این امر ممکن است دامنه و گستره اطلاعات را کمتر تحت تأثیر قرار دهد. ولی نمی‌توان وجود روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه‌های بالینی به عنوان یک روش مکملِ پرسشنامه‌های خود گزارش دهی را نادیده گرفت. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، نمونه پژوهشی است که فقط زنان مشغول به فعالیت ورزشی در رشته‌های اروبیک و آمادگی جسمانی در پژوهش شرکت داده شدند و این محدودیت تعمیم نتایج را با احتیاط بیشتر همراه خواهد کرد. با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها، نتایج این پژوهش اطلاعات جدید و معنی‌داری را در خصوص علایم اختلال خوردن و متغیرهای پیش‌بینی کننده آن بدست می‌دهد و چون در پژوهش حاضر



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

نمونه پژوهشی مربوط به زنان دارای فعالیت ورزشی در رشته اروبیک و آمادگی جسمانی بوده است بنابراین، نتایج از بُعد افزایشی می‌تواند باعث تقویت علم روانشناسی بالینی و ورزش شود و توجه به نقش متغیرهای کمال‌گرایی، ارزشمندی بدنی و نگرانی در اختلال خوردن را برای پژوهشگران و دست اندرکاران امر ورزش و فعالیت بدنی برجسته می‌نماید. زیرا شناسایی متغیرهای پیش‌بین علایم اختلال خوردن می‌تواند به متخصصین روانشناسی و روانپزشکی در کاهش نشانه‌های آن اختلال و استفاده از درمان‌های مرتبط کمک نماید و این امر نقش مهمی در سلامت روانی افراد جامعه بخصوص زنان دارای فعالیت ورزشی ایفا می‌کند.

## نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش از اهمیت شیوع علایم اختلال خوردن و رابطه کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی با این علایم در زنان دارای فعالیت ورزشی حمایت می‌کند که این امر می‌تواند در اهمیت دادن به اختلال خوردن و عوامل روانشناختی پیش‌بینی کننده آن از اهمیت ویژه برخوردار باشد.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات خانم مرضیه امیری منش به عنوان پژوهشگر و مربیان ورزشی تمام باشگاه‌ها که در جمع‌آوری پرسشنامه‌های پژوهش حاضر ما را یاری نمودند و از تمام زنان شرکت کننده در این تحقیق سپاسگزاری می‌گردد.

## References

1. Coelho GM, Soares Ede A, Ribeiro, BG. Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? Appetite. 2010;559:379–387.
2. Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, Sanborn CF, Sundgot–Borgen J, Warren MP. American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. Med Sci Sports Exerc. 2007;39:1867–1882.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Shaddock's synopsis of psychiatry behavioral sciences. Rezaiy F (Persian translator). 1st ed. Tehran: Arjmand 2010;331-334. [In Persian]
4. Deering S. Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician/ gynecologists (1). Prim Care Update Ob Gyns. 2001;8:31-35
5. Espíndola CR, Blay SL. Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review. Rev Saude Publica. 2009;43:707-16.
6. Oliveira Coelho GM Abreu Soares E Ribeiro BG. Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? Appetite 2010;55:379-387.
7. Smolak L, Murnen SK, Ruble AE. Female athletes and eating problems: A meta-analysis. Int J Eat Disord. 2000;27:371–380.
8. Petrie TA, Greenleaf C, Reel J, Carter J. Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors Among Male Collegiate Athletes. Psychol Men Masc. 2008;9:267-277.
9. Pernick Y, Nichols JF, Rauh MJ, Mark Kern PT, Ming Ji RD, Lawson MJ, et al. Disordered eating among a multi-racial/ethnic sample of female high-school athletes. J Adolesc Health. 2006;38:689–695.
10. Pearson CA, Gleaves DH. The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. Pers Individ Diff. 2005;41:225–235.
11. Fedewa BA, . Burns LR, Gomez, AA. Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics. Personality and Individual Differences. 2005; 38:1609-1619.
12. Forman-Hoffman V. High prevalence of abnormal eating and weight control practices among U.S. high-school students. Eat Behav. 2004;5:325-336.



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]

13. Davis C. Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: an interactive model. Int J Eat Disord. 1997;22:421–426.
14. Haase AM, Prapavessis H, Owens RG. Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: a comparison of elite male and female athletes. Psychol Sport Exerc. 2002;3:209-222.
15. Sassaroli S, Romero Lauro LJ, Maria Ruggiero G, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive–compulsive disorder and eating disorders. Behav Res Ther. 2008;46:757−765.
16. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet. 2003;361:407-416.
17. Sassaroli S, Gallucci M, Ruggiero GM. Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39: 467-488.
18. Boone L, Soenens B, Braet C, Goossens L. An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. Behav Res Ther. 2010;48:686-691.
19. Welch E, Miller JL, Ghaderi A, Vaillancourt T. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? Eating Behavior. 2009;10:168–175.
20. Mendelson BK, Mendelson MJ, White DR. Body esteem scale for adolescents and adult. J Pers Assess. 2001; 76: 90-106.
21. 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. Psychol Sport Exerc. 2009;10:373–380.
22. Dunkley DM, Grilo CM. Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. Behav Res Ther. 2007;45:139–149.
23. Courtney EA, Gamboz J, Johnson JG. Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. Eat Behav. 2008;9:408–414.
24. Belcher BR, Nguyen-Rodriguez ST, McClain AD, Hsu YW, Unger JB, Spruijt-Metz D. The influence of worries on emotional eating, weight concerns, and body mass index in Latina female youth. J Adolesc Health. 2011;48:487-492.
25. Sassaroli S, Bertelli S, Decoppi M, Crosina M, Milos G, Ruggiero GM. Worry and eating disorders: A psychopathological association. Eat Behav. 2005;6:301–307.
26. Khoiynejad, GH. [Methods research in educational sciences.1st ed. Tehran: Samt 2001;332-3. [In Persian].
27. Abolghasemi A, Narimani M. psychological tests. 1st ed. Ardabil: Baghe Rozvan 2005;145-146. [In Persian]
28. Besharat MA. Perfectionism and deffence mechanism. Journal of psychological researches 2006;8:7-22. [In Persian]

[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29 ]