

اختلالی به نام

خوردن!

رابطه بین اختلال خوردن و سبک‌های فرزندپروری والدین در دانش‌آموزان دختر پایه هفتم و هشتم دوره اول متوسطه

مهکامه حسینی

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی

پروانه دهنادی

کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی

چکیده

همبستگی پیرسون به تحلیل نتایج پرداخته شد. نتایج نشان داد که بین اختلال خوردن و سبک فرزندپروری مقتدرانه در والدین همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. همچنین بین اختلال خوردن در فرزندان و سبک فرزندپروری مستبدانه در والدین رابطه مثبت و معنادار وجود داشت اما بین سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و اختلال خوردن در فرزندان رابطه‌ای مشاهده نشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال خوردن، سبک فرزندپروری مقتدرانه، سبک فرزندپروری مستبدانه، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه.

هدف از انجام این پژوهش تعیین رابطه بین اختلال خوردن و سبک‌های فرزندپروری در دانش‌آموزان دختر پایه هفتم و هشتم دوره اول متوسطه بود. نمونه پژوهش شامل ۱۹۵ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه هفتم و هشتم دوره اول متوسطه یکی از مدارس منطقه ۱۵ شهر تهران و والدین آنان بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در دسترس انتخاب شدند. دانش‌آموزان پرسش‌نامه الگوهای وزن و خوردن فرم نوجوانان «اسپیترز» و والدین آنان پرسش‌نامه سبک‌های فرزندپروری «بامریند» را تکمیل کردند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از ضریب



مقدمه

اختلال خوردن یکی از انواع اختلالات روان‌پزشکی است که روندی فزاینده و رو به‌رشد دارد. گزارش‌ها نشان می‌دهد که بیش از ۴ درصد نوجوانان و دانشجویان جوان از این بیماری رنج می‌برند (بساکنزاد، هومن و قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۱). اختلالات خوردن دارای خصوصیات بارزی از جمله مختل شدن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلالات بارز در افکار فرد نسبت به غذا و خود است و مهم‌ترین آن‌ها بی‌اشتهایی عصبی^۱ و پرخوری عصبی^۲ است (نریمانی، اسمعیلی، عندلیب، ۱۳۹۲). در واقع اختلال‌های خوردن را می‌توان دست‌کم به ۳ نوع اختلال شامل بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلالات خوردنی تقسیم کرد (عسگری، پاشا و امینیان، ۱۳۸۸). بی‌اشتهایی عصبی با امتناع از غذا خوردن و حفظ وزن اولیه مشخص می‌شود و پرخوری عصبی با پرخوری و سپس استفاده از رفتارهای جبرانی برای جلوگیری از اضافه شدن وزن مشخص می‌گردد. به‌طور کلی اختلال خوردن در سنین ۱۰ تا ۱۹ سالگی شکل می‌گیرد و نقطهٔ اوج آن در اوایل نوجوانی برای بی‌اشتهایی روانی و اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی برای پرخوری عصبی است. میزان شیوع اختلال خوردن در کل عمر در زنان آمریکایی نزدیک به ۶ درصد گزارش شده است (دوو،^۳ ۲۰۱۳).

این اختلال در زنان تقریباً ۱۰ برابر بیشتر از مردان، تشخیص داده می‌شود. به‌طور اخص، به ازای هر یک میلیون مردی که تشخیص اختلال خوردن را دریافت می‌کنند به ۱۰ میلیون زن برچسب این اختلال زده می‌شود (انجمن ملی اختلال خوردن^۴، ۲۰۰۵). اختلال خوردن غالباً با دیگر اختلالات همراه است و اغلب با اختلالات خلقی ارتباط دارد. در مطالعه‌ای که در مورد ۳۲۲ نفر از زنانی که دچار اختلال خوردن بودند انجام شد، مشخص شد که ۸۵ درصد از این زنان مبتلا به یک اختلال خلقی نیز بوده‌اند (دوو، ۲۰۱۳). تعامل عوامل زیستی، روانی، رفتاری، اجتماعی و فرهنگی موجب شروع اختلالات تغذیه و خوردن می‌شود. این اختلالات به وسیلهٔ دامنه‌ای از تفکرات و رفتارهای غیرطبیعی مشخص می‌شود که عمده‌ترین فکر در این میان، نگرانی در مورد شکل و وزن بدن است (گاوزز و شور،^۵ ۲۰۰۱).

نگرانی‌ها در مورد وزن شامل ترس از اضافه‌وزن، نگرانی در مورد شکل و وزن بدن، داشتن تاریخچه رژیم‌های غذایی و تعبیر از چاقی است. برای دختران، تغییرات بدنی بلوغ (افزایش چربی بدن و رشد سینه)، اختلاف با همسالان برای زن، افزایش توجه به خود، نگرانی دربارهٔ پذیرش از سوی همسالان و داشتن تناسب با آن‌ها و همچنین جهت‌گیری نوجوانان به سمت ارتباطات عشقی، آن‌ها را نسبت به ظاهر و مخصوصاً وزن بدن حساس و نگران

اختلالات خوردن دارای خصوصیات بارزی از جمله مختل شدن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلالات بارز در افکار فرد نسبت به غذا و خود است و مهم‌ترین آن‌ها بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی است

می‌سازد (بهزادی‌پور، پاکدامن و بشارت، ۱۳۸۹). اختلال خوردن غالباً پایدار و عودکننده است و فرد معمولاً به‌طور مادام‌العمر با این اختلال درگیر است. با توجه به اینکه اختلال خوردن با اختلالات خلقی همراهی دارد و همچنین یک اختلال مادام‌العمر است، تأثیر زیادی بر سلامت فرد دارد (دوو، ۲۰۱۳). لذا اختلالات خوردن با بدکارکردی عاطفی عمیق ارتباط دارد و عواقب جدی بر سلامت جسمی دارد (ویتکووسکا^۶، ۲۰۱۳).

عوامل مختلفی از جمله عوامل زیستی (بدکارکردی هیپوتالاموس، عدم توازن سروتونین، عوامل اجتماعی - فرهنگی (توجه به جذابیت ظاهری، تبلیغات رسانه‌ای، الگوهای تغذیه‌ای و دسترسی به تغذیه سالم) و عوامل روان‌شناختی (شیوه‌های فرزندپروری والدین دربارهٔ الگوهای تغذیه‌ای، ادراکات منفی افراد دربارهٔ ظاهر جسمانی و سبک مقابله با عوامل تنش‌زای محیطی) در ایجاد و تداوم آن نقش دارند (بساکنزاد و همکاران، ۱۳۹۱). یافته‌های مطالعات مختلف در طی دهه‌های گذشته نشان داده‌اند که کیفیت رابطهٔ والد - فرزند تأثیر مهمی بر شکل‌گیری رفتارهایی که موجب به‌خطر افتادن سلامتی می‌شود دارد. یکی از رفتارهایی که سلامتی را به خطر می‌اندازد، عادات رژیم‌ی و اختلال خوردن^۷ است (نیومان، هریسون، داشیف و دیویز^۸، ۲۰۰۸). بنابراین تحلیل ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که علاوه بر عوامل زیستی و فردی که شخص را مستعد اختلال خوردن می‌کند، عوامل خانوادگی نیز نقش مهمی در ابتلای فرد به اختلال خوردن ایفا می‌کنند (ویتکووسکا، ۲۰۱۳). خانواده چیزی بیشتر از مجموعهٔ افرادی است که در یک فضای مادی و روانی خاص به سر می‌برند. خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی است که ویژگی‌های خاص خود را دارد. این نظام اجتماعی مجموعه‌ای از اصول و قواعد را ابداع و برای اعضای خود نقش‌های متنوعی تعیین می‌کند (مؤمنی و امیری، ۱۳۸۶). والدین می‌توانند الگویی برای رفتار خوردن فرزندان محسوب شوند. مطالعات نشان داده است که خانواده در ترجیحات غذایی، نگرش به غذا و میزان غذا خوردن تأثیر دارد (کرمز، براگ، وریز، اینگلز^۹، ۲۰۰۳؛ مزو و بالیک^{۱۰}، ۲۰۱۰). خانواده‌هایی که در مورد رفتار غذا خوردن فرزندان خود نگران هستند، ممکن است رفتار بیش از حد کنترل‌کننده‌ای داشته باشند، در حالی که این سخت‌گیری ممکن است نتیجهٔ عکس در پی داشته باشد و موجب اختلال

تعامل عوامل زیستی، روانی، رفتاری، اجتماعی و فرهنگی موجب شروع اختلالات تغذیه و خوردن می شود. این اختلالات به وسیله دامنه‌ای از تفکرات و رفتارهای غیرطبیعی مشخص می‌شود که عمده‌ترین فکر در این میان، نگرانی در مورد شکل و وزن بدن است

صمیمی و بامحبتی با فرزندان خود دارند ولی راهنمایی و انضباط لازم را که به فرزندان آن‌ها کمک می‌کند تا مسئولیت را یاد گرفته و ملاحظه دیگران را بکنند تأمین نمی‌کنند. فرزندان آن‌ها گرایش دارند که ناپخته‌تر و خودمحورتر باشند (فضلی، ۱۳۸۹). برخی از نظریه‌ها، سبک چهارمی را نیز اضافه کرده‌اند که شامل سبک فرزندپروری غافل یا ممتنع (کنترل کم و پذیرش کم) است (نیومان و همکاران، ۲۰۰۸).

حمایت مناسب کودک توسط والدین و گرمی اقتدار آن‌ها با نتایج مثبت در نوجوانی رابطه مستقیم دارد (ویلینگر، دیندورفر - رادنر، ویلناتر، جرگل و هاگر^{۱۷}، ۲۰۰۵). بررسی تعامل خانوادگی والدین و دختران مبتلا به اختلال خوردن مشکلاتی را در رابطه با خودمختاری نوجوانان در رابطه با والدین آشکار می‌سازد. این والدین اغلب انتظارات زیادی برای پیشرفت و پذیرش اجتماعی دارند و بیش از حد حمایت‌کننده و کنترل‌گر هستند، اگرچه دختر آن‌ها سعی می‌کند که این انتظارات را برآورده سازد ولی در درون خود به خاطر آنکه او را فردی نمی‌داند که از حقوق شخصی برخوردار است، به شدت عصبانی است و سعی دارد به‌طور غیرمستقیم به والدین خود بفهماند که او دیگر فردی مجزا از آن‌ها است (مؤمنی و امیری، ۱۳۸۶).

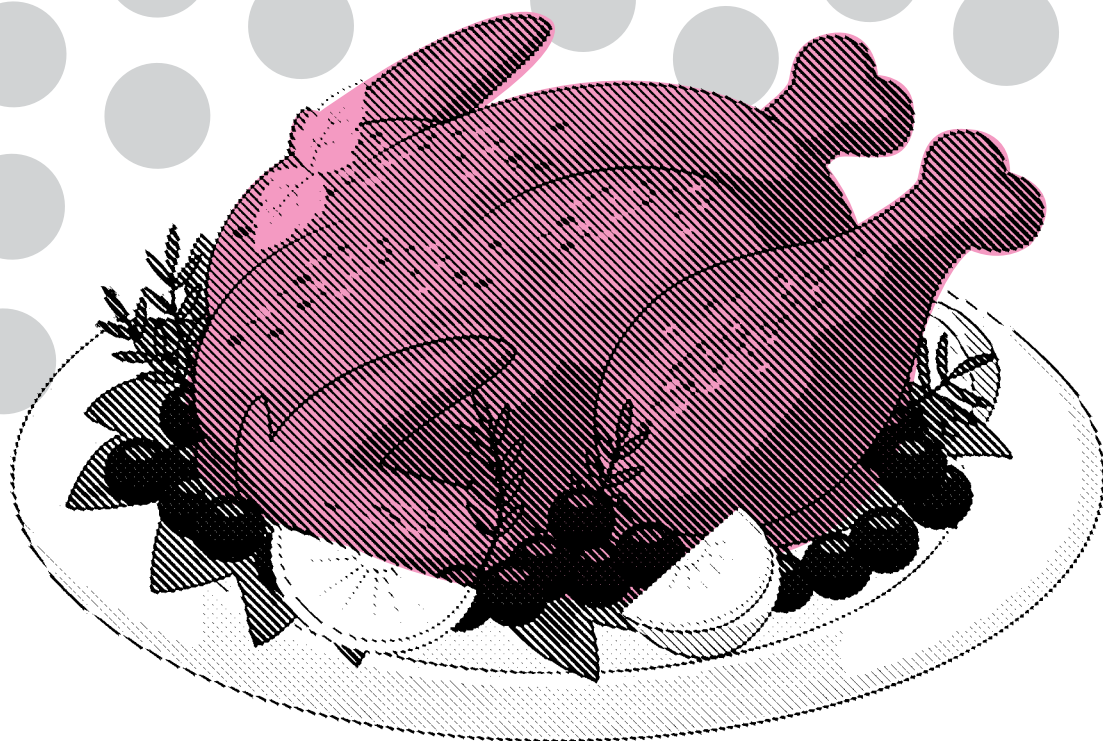
می‌توان گفت که الگوهای ناسالم خوردن و الگوهای فرزندپروری می‌تواند بر روی سبک‌های غذا خوردن فرزندان تأثیر داشته باشد و در هدایت فرد به سمت اختلالات خوردن نقش ایفا کند. با این حال داده‌های به‌دست آمده کم هستند و در مورد رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و اختلال خوردن، بین یافته‌های موجود نیز تعارضاتی وجود دارد (فرناندز آرانداز^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۷). به‌عنوان مثال نیکولاس و واینر^{۱۹} (۲۰۰۹) طی مطالعه خود نشان دادند که بین کودکانی که با سبک فرزندپروری مستبدانه بزرگ شده بودند و کودکانی که به این سبک پرورش نیافته بودند از نظر ابتلا به اختلال خوردن، تفاوت معناداری وجود نداشته است، در حالی که هایکرفت و بیلست (۲۰۱۰) طی مطالعه خود بدین نتیجه دست یافتند که افزایش علائم اختلال خوردن در فرزندان با سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و مستبدانه ارتباط معناداری دارد. این در حالی بود که سبک فرزندپروری مقتدرانه با علائم اختلال خوردن ارتباط معناداری نداشت. کزاجا، ریف و هیلبرت^{۲۰} (۲۰۰۹) نشان دادند که کودکانی که نمی‌توانند خوردن خود را کنترل کنند و دارای پراشتهایی عصبی هستند بیشتر از راهبردهای نامطلوب هیجانی، همچون شب‌اداری و ناخن جویدن خصوصاً در کنترل و تنظیم اضطراب و ترس، استفاده می‌کنند و والدین

در خوردن شهود (برج و دیویسون^{۱۱}، ۲۰۰۱). در واقع فرزندان و خصوصاً دختران رفتارهای محدودکننده و رژیم‌های غذایی مادر را تقلید می‌کنند (مزو و بالیک، ۲۰۱۰). اختلال خوردن، امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روحی دختران تازه‌بالغ بوده و تقریباً ۸ درصد از کل ناراحتی‌ها و اختلالات کلینیکی را به خود اختصاص داده است (عسگری، پاشا و امینیان، ۱۳۸۸).

تحقیر کردن درباره وزن یکی از مواردی است که خانواده از طریق آن خوردن و نگرانی درباره وزن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هم تعداد تحقیرها و هم میزان آسیب هیجانی ایجاد شده از راه تحقیر، نقش مهمی در اختلال خوردن کودکان دارد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲).

به نظر می‌رسد که سبک فرزندپروری با اختلال خوردن در نوجوانی رابطه دارد. همچنین می‌توان گفت که پرخوری عصبی نوعی مقابله با محیط خانوادگی خشن باشد (دوو، ۲۰۱۳). عملکرد و نوع فرزندپروری والدین از دو بعد مورد بررسی قرار گرفته است: میزان پاسخگویی والدین (پذیرش) و سطح توقعات آنان (کنترل). پاسخگو بودن به میزان گرمی و پذیرش والدین و میزان عاطفی بودن و حمایت و ارتباط آنان با فرزندان اشاره دارد. سطح توقعات والدین نشان‌دهنده میزان خواسته‌های والدین و میزان نظارت و کنترل آنان بر فرزندان است (مارتینز، گارسیا و یابرو^{۱۲}، ۲۰۰۷).

از میان نظریه‌های مختلفی که سبک والدین را در فرزندپروری شرح می‌دهند، نظریه بامریند^{۱۳} از لحاظ نظری و تجربی مورد توجه بسیار واقع شده است. این مدل سه سبک فرزندپروری مختلف را پیشنهاد کرده است: مقتدرانه^۴، مستبدانه^{۱۵} و سهل‌گیرانه^{۱۶} (دوو، ۲۰۱۳؛ هایکرفت و بیلست، ۲۰۱۰). والدین مقتدر (کنترل بالا و پذیرش بالا) خواسته‌های واضحی از فرزندان خود دارند و از لحاظ عاطفی نیز پاسخگو و گرم هستند. والدین این الگو معمولاً با فرزندشان بامحبت هستند و با آن‌ها رابطه گرم و صمیمی برقرار می‌کنند. این والدین ضمن کنترل منطقی فرزندانشان از آنان توقع رفتار عاقلانه و منطقی دارند. والدین مستبد (کنترل بالا و پذیرش کم) بیش از حد کنترل‌کننده‌اند و از لحاظ عاطفی نیز پاسخگو نیستند. در این سبک فرزندپروری، والدین بر اعمال قدرت و انضباط اجباری تأکید می‌کنند. این والدین با فرزندان خود کمتر گرم و بامحبت هستند، آن‌ها را بسیار کنترل و از قدرتشان استفاده افراطی می‌کنند. به فرزندان اجازه مخالفت با تصمیمات و قواعد خود را نمی‌دهند و کمتر با آنان گرم و مهربان هستند. والدین سهل‌گیر (کنترل کم و پذیرش بالا) کنترل کمی بر فرزندان دارند اما پاسخگو و گرم هستند و بالاخره والدین آسان‌گیر رابطه



بنابراین می‌توان گفت که اگرچه رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و اختلال خوردن در برخی مطالعات مشخص شده است اما کاملاً واضح است که در ادبیات پژوهشی و یافته‌ها، ناهمسانی‌ها و تناقضاتی در مشخص کردن چگونگی این رابطه وجود دارد و این امر نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه را نشان می‌دهد (دوو، ۲۰۱۳). لذا پژوهش حاضر به بررسی این رابطه پرداخته و سعی دارد به درک عمیق‌تری از این رابطه دست یابد.

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه هفتم و هشتم دوره اول متوسطه منطقه ۱۵ شهر تهران می‌باشد. با توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی، این پژوهش از نوع کمی پیچیده است. شیوه نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری خوشه‌ای در دسترس بود. ابتدا از بین مناطق شهر تهران، منطقه ۱۵ انتخاب شده و سپس از بین مدارس آن منطقه، یک مدرسه انتخاب شد و سپس تعداد ۱۹۵ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه هفتم و هشتم دوره اول متوسطه آن مدرسه به همراه والدینشان در پژوهش شرکت نمودند و به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از:

پرسش‌نامه سبک‌های فرزندپروری بامریند (۱۹۹۱): این پرسش‌نامه شامل ۳۰ ماده است که ۱۰ ماده آن به سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه، ۱۰ ماده آن به سبک فرزندپروری استبدادی و ۱۰ ماده دیگر به سبک فرزندپروری مقتدرانه در امر پرورش فرزند مربوط می‌شوند. در این پژوهش آزمودنی‌ها که والدین نمونه‌های مورد مطالعه بودند باید با مطالعه هر ماده، نظر

مستبد و کنترل‌کننده‌ای دارند. در پژوهشی فاسینو، امیانو و آبات - داگال^۱ (۲۰۰۹) دریافتند که در خانواده‌هایی که والدین از اقتدار و راهنمایی کمی استفاده می‌کنند و در مقابل از خشونت به میزان بیشتری استفاده می‌کنند و ویژگی‌های والدین مقتدر را ندارند، دختران نوجوان در این خانواده‌ها به میزان بیشتری به بی‌اشتهایی روانی دچار می‌شوند. اسنوگ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود دریافتند که حمایت مادرانه پایین و کنترل بالا با اختلال خوردن در نوجوانان رابطه دارد. ویتکوسکا (۲۰۱۳) نیز طی مطالعه خود نشان داد که بین نگرش والدین و میزان حمایت و محبت و پذیرش آنان و اختلال بی‌اشتهایی روانی در فرزندان رابطه معناداری وجود دارد.

فیاض، عمری و بشارت (۱۳۹۴) نیز طی پژوهش خود بدین نتیجه دست یافتند که بین سبک‌های فرزندپروری والدین و عزت نفس فرزندان رابطه وجود دارد و هر چه سبک فرزندپروری پدر و مادری مقتدرانه‌تر باشد، عزت نفس فرزندان بالاتر خواهد بود و این باعث می‌شود که فرزند در مقابل تکانه‌هایی مانند پرخوری، مقاومت بیشتری نشان دهد. مؤمنی و امیری (۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود بدین نتیجه رسیدند که بین سبک فرزندپروری قاطع و اطمینان‌بخش والدین با بروز علائم بی‌اشتهایی روانی در دختران نوجوان رابطه منفی معنادار و بین سبک فرزندپروری مستبدانه والدین با بروز علائم بی‌اشتهایی روانی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. در این پژوهش رابطه معناداری بین سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه، و بروز علائم بی‌اشتهایی روانی مشاهده نشد. محققان چنین نتیجه گرفتند که دو سبک مقتدرانه و مستبدانه، در قیاس با سبک سهل‌گیرانه، نقش مهم‌تری در پیش‌بینی بروز یا عدم بروز علائم اختلال دارد.



یافته‌ها

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط ۱۹۵ نفر از دانش‌آموزان پایه هفتم و هشتم دوره اول متوسطه و والدین آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ادامه شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل مقدار و حداکثر مقدار نمرات سبک‌های فرزندپروری (سبک سهل‌گیرانه، سبک مقتدرانه و سبک مستبدانه) والدین و اختلال خوردن در فرزندان آنان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات سبک‌های فرزندپروری و اختلال خوردن

مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
سبک فرزندپروری مقتدرانه	۳۰/۷۴	۵/۴۸	۱۳	۴۰
سبک فرزندپروری مستبدانه	۱۵/۰۷	۶/۱۹	۳	۳۶
سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه	۱۳/۹۷	۴/۸۶	۲	۲۹
اختلال خوردن	۱۴	۴/۹۱	۳	۲۹

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سبک فرزندپروری مقتدرانه ۳۰/۷۴، سبک فرزندپروری مستبدانه ۱۵/۰۶، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه ۱۳/۹۷ و میانگین نمرات اختلال خوردن در دانش‌آموزان ۱۴ بوده است. به منظور بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش، ابتدا به بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف پرداخته شد که نتایج این آزمون در ادامه در جدول ۲ آورده شده است:

جدول ۲: نتیجه آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	آماره K-S	سطح معناداری
سبک فرزندپروری مقتدرانه	۱/۳۰	۰/۰۶۷
سبک فرزندپروری مستبدانه	۱/۲۰	۰/۱۱۲
سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه	۱/۳۰	۰/۰۶۷
اختلال خوردن	۱/۳۲	۰/۰۶

خود را در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت اعلام می‌کردند. گزینه‌ها به ترتیب از صفر تا ۴ نمره‌گذاری شده و با جمع نمرات، ۳ نمره مجزا در مورد سبک فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه برای هر آزمودنی به‌دست می‌آید. اعتبار و روایی این پرسش‌نامه توسط اسفندیاری (۱۳۷۴) و رضایی (۱۳۷۵) بالاتر از ۰/۸ به‌دست آمده است.

پرسش‌نامه الگوهای وزن و خوردن اسپیتیز^{۲۳} (۱۹۹۲):

پرسش‌نامه الگوهای وزن و خوردن شامل ۱۲ پرسش اصلی است که در زیر هر پرسش اصلی، پرسش‌های فرعی نیز با جزئیات بیان شده است. پرسش‌های اصلی در یک مقیاس ۲ امتیازی با پاسخ‌های بله و خیر درجه‌بندی شده و پرسش‌های فرعی در یک مقیاس ۵ امتیازی درجه‌بندی گردیده است. پرسش‌های فرعی، شدت رفتار و اینکه رفتار چگونه اتفاق می‌افتد را مورد سؤال قرار می‌دهد و پاسخ‌ها در یک طیف شامل ۱ بار در هفته، یک روز در هفته، ۲ یا ۳ روز در هفته، ۴ یا ۵ روز در هفته و اغلب هر روز گنجانده شده است. این پرسش‌نامه دارای دو فرم خودگزارش‌دهی توسط نوجوان و فرم گزارش والدین است که در پژوهش حاضر از هر دو فرم استفاده شد. این مقیاس توانایی تشخیص بین جمعیت بالینی و غیربالینی در اختلال خوردن را دارد. نانگل، جانسون، کار-نانگل و انگلر^{۲۳} (۱۹۹۴) ضریب پایایی و روایی آزمون را در حد خوب برآورد کرده‌اند (به نقل از گایل - بوکا^{۲۴}، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر نیز ضریب اعتبار آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به‌دست آمد.

می توان گفت اقتداری که بر اساس یک نوع دل نگرانی منطقی برای رفاه نوجوانان است معمولاً از طرف فرزند پذیرفته می شود، حال آنکه اقتدار غیر منطقی که بر اساس میل بزرگسالان به تسلط بر کودکان و نوجوانان می باشد، احساس طردشدگی به آن ها داده و خشم آن ها را برمی انگیزد و گاهی هم به افسردگی می انجامد

بالعکس. اما رابطه اختلال خوردن با سبک فرزندپروری سهل گیرانه معنادار نبود. بنابراین با توجه به مقدار همبستگی مشاهده شده بین سبک های فرزندپروری و اختلال خوردن و سطح معناداری مشاهده شده، می توان چنین نتیجه گرفت که بیشترین میزان همبستگی بین اختلال خوردن و سبک فرزندپروری مقتدرانه بود که همبستگی منفی و معنادار بوده و سپس بین اختلال خوردن و سبک فرزندپروری مستبدانه، همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت و در نهایت بین اختلال خوردن و سبک فرزندپروری سهل گیرانه نیز همبستگی معناداری مشاهده نشد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر مبنی بر وجود رابطه معنادار و منفی بین اختلال خوردن در فرزندان و سبک فرزندپروری مقتدرانه در والدین می توان چنین گفت که والدینی که سبک قاطع و اطمینان بخش دارند هم برای رفتارهای خودمختارانه و هم برای رفتار منضبط اعتبار قائلند. آن ها روابط کلامی را تشویق کرده و هنگامی که فرزند را از چیزی منع می کنند یا از او انتظاری دارند، دلایل لازم را به او ارائه می نمایند. چنین تلاش هایی برای ثابت نمودن حقانیت اقتدار والدین اهمیت خاصی دارد زیرا کودکان و نوجوانان به تدریج به بلوغ شناختی و اجتماعی نزدیک می شوند و باید برای زندگی خویش قبول مسئولیت نمایند (مؤمنی و امیری، ۱۳۸۶). در مورد عادات غذایی و رفتار خوردن نیز، والدین غالباً بر رفتار خوردن فرزندان توجه دارند اما کنترل و محدودیت غذایی توسط والدین، تأثیر منفی بر رژیم های غذایی و رفتار خوردن کودکان در آینده می گذارد و پخش مسئولیت، رویکرد مناسب تری است که والدین مقتدر از آن استفاده می کنند. در این رویکرد والدین، فرزندان خود و رفتارهای آنان را نظارت می کنند اما به آنان اجازه می دهند که خودشان تصمیم بگیرند که چه نوع غذایی را و به چه مقدار استفاده کنند. در این شیوه فرزندان می آموزند که رفتارهای خوردن و عادات غذایی خود را کنترل نمایند. لذا نوجوانانی که والدین مقتدر دارند عادات غذایی سالم تری دارند و کمتر دچار اختلال خوردن می گردند (رایکس و همکاران، ۲۰۱۵). می توان گفت اقتداری که بر اساس یک نوع دل نگرانی منطقی برای رفاه نوجوانان است معمولاً از طرف فرزند پذیرفته می شود، حال آنکه اقتدار غیر منطقی که بر اساس میل بزرگسالان به تسلط بر کودکان و نوجوانان می باشد، احساس طردشدگی به آن ها داده و خشم آن ها را برمی انگیزد و گاهی هم به افسردگی می انجامد. در واقع والدین مقتدر احساس عزت نفس و عاطفه مثبت در فرزند خود ایجاد می کنند که این باعث جلوگیری از بروز

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲ می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات سبک های فرزندپروری والدین و نمرات اختلال خوردن دانش آموزان نرمال است (با اطمینان ۹۵ درصد و $p > 0.05$). لذا می توان با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون به بررسی رابطه بین سبک های فرزندپروری والدین و اختلال خوردن در فرزندان، پرداخت. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: همبستگی نمرات سبک های فرزندپروری والدین و نمرات اختلال خوردن در فرزندان آنان

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سبک فرزندپروری مقتدرانه	۱۹۵	-۰/۲۶۱	۰/۰۰۰
سبک فرزندپروری مستبدانه	۱۹۵	۰/۱۹۷	۰/۰۰۶
سبک فرزندپروری سهل گیرانه	۱۹۵	۰/۰۱۳	۰/۸۶

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد که بین نمرات سبک فرزندپروری مقتدرانه در والدین و اختلال خوردن در فرزندان ارتباط معکوس ($r = -0.261$) و معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد. همچنین بین سبک فرزندپروری مستبدانه در والدین و اختلال خوردن در فرزندان ارتباط مستقیم ($r = 0.197$) و معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد. اما رابطه بین سبک فرزندپروری سهل گیرانه و اختلال خوردن ($p > 0.01$) معنادار نیست.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اختلال خوردن با سبک فرزندپروری مقتدرانه، رابطه منفی و معناداری داشته است؛ به عبارت دیگر این نتایج نشان می دهد که هر چه میزان اختلال خوردن در فرزندان کمتر باشد، نمره سبک فرزندپروری مقتدرانه در والدین نیز بالاتر است و بالعکس. همچنین سبک فرزندپروری مستبدانه رابطه مستقیم و معناداری با اختلال خوردن دارد، بدین معنی که هر چه میزان اختلال خوردن در فرزندان افزایش می یابد، نمره والدین در سبک فرزندپروری مستبدانه نیز افزایش می یابد و

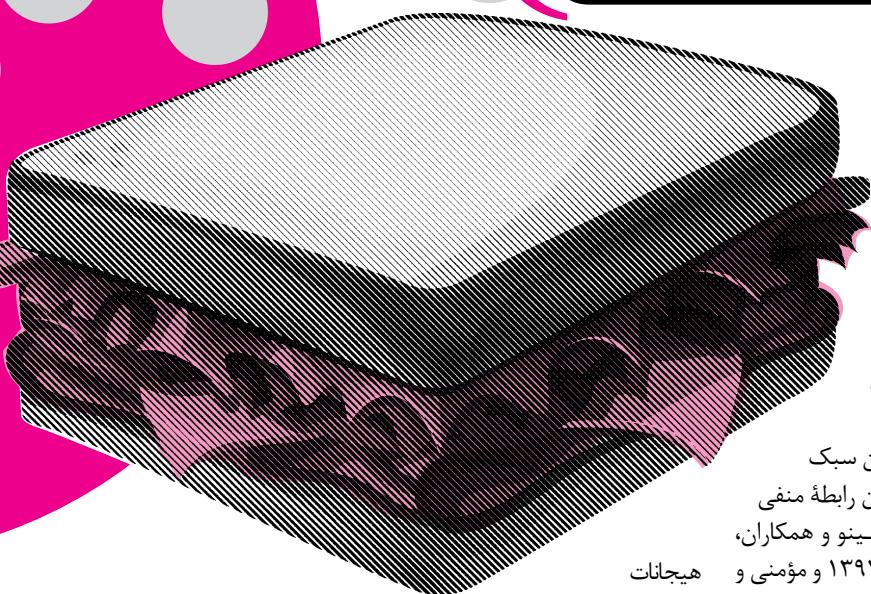
والدینی که سبک فرزندپروری مقتدرانه دارند بر فرزندان خود و رفتارهای آنان نظارت دارند اما به آنان اجازه می‌دهند که خودشان تصمیم بگیرند که چه نوع غذایی را و به چه مقدار استفاده کنند. در این شیوه فرزندان می‌آموزند که رفتارهای خوردن و عادات غذایی خود را کنترل نمایند، عادات غذایی سالم‌تری داشته باشند و در نتیجه کمتر دچار اختلال خوردن شوند

رفتارهای نابهنجار و اختلالات رفتاری و روانی در فرزندان می‌شود زیرا فرزندانشان همواره به شیوه متعادل رفتار می‌کنند و مجبور نیستند برای جلب پذیرش و موافقت والدین دست به رفتارهای غیرمعمول بزنند. این‌گونه فرزندان از سلامت روانی بالاتری برخوردارند و کمتر احتمال دارد مبتلا به اختلالات شخصیتی، خلقی، اضطرابی و خوردن گردند.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بین سبک فرزندپروری مقتدرانه و اختلال خوردن در فرزندان رابطه منفی و معنادار وجود دارد با نتایج پژوهش‌های فاسینیو و همکاران، ۲۰۰۹؛ ویتکووسکا، ۲۰۱۳؛ فیاض و همکاران، ۱۳۹۴ و مؤمنی و امیری، ۱۳۸۶ همسو بوده است.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بین سبک فرزندپروری مستبدانه و اختلال خوردن در فرزندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد با نتایج پژوهش‌های هایکرفت و بیلیست، ۲۰۱۰؛ کزاجا و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسنوک و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویتکووسکا، ۲۰۱۳؛ مؤمنی و امیری، ۱۳۸۶ همسو بوده است.

والدینی که سبک مستبدانه دارند بر اعمال قدرت و انضباط اجباری تأکید می‌کنند. این والدین کمتر با فرزند خود گرم و بامحبت رفتار می‌کنند و بر کنترل کامل وی تأکید دارند؛ به عبارتی یک نفر حاکم بر اعمال و رفتار دیگران است و وظیفه سایرین را مشخص می‌کند. والدینی که سبک مستبدانه دارند به دلیل آنکه توانایی‌های فرزند خود را کمتر از حد خود ارزیابی می‌کنند، تمایل به حمایت افراطی از فرزندان خود دارند و این حمایت خود را در قالب کنترل افراطی نشان می‌دهند. علاوه بر این از خصوصیات دیگر این‌گونه والدین طرد فرزند در هنگام بروز رفتاری مخالف میل آن‌هاست، زیرا انعطاف‌ناپذیری و خشونت آن‌ها باعث می‌شود که هرگونه تخطی از دستوراتشان را به منزله از دست رفتن کنترل و اقتدار خویش قلمداد نموده و فرزند را به خاطر آن تنبیه نمایند. گاهی کنترل بیش از حد و طرد والدین نیز به‌عنوان عوامل مهم و پیش‌بینی‌کننده تمایل به لاغری و نارضایتی از وضعیت بدن و پرخوری معرفی شده است (مؤمنی و امیری، ۱۳۸۶). نوجوانانی که والدینی دارند که آنان را بیش از حد کنترل می‌کنند و دستورات زیادی می‌دهند نمی‌توانند



هیچانات و رفتارهای

خود را به خوبی تنظیم

نمایند و این امر آنان را در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن قرار می‌دهد. هنگامی که نوجوان نمی‌تواند از نظارت والدین رهایی یابد، به کنترل داخلی و کنترل میزان مصرف غذا روی می‌آورد و دچار اختلال خوردن می‌گردد (رایکس و همکاران، ۲۰۱۵). همان‌گونه که از نتایج پژوهش برمی‌آید بین اختلال خوردن و سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه در دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود ندارد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت که براساس نظریه سیستمی خانواده، تعاملات بین فردی و روابط سالم بین والدین و فرزندان در مورد عادات غذایی و الگوهای خوردن می‌تواند نوجوانان را از درگیر شدن در عادات غذایی ناسالم و ابتلا به اختلال خوردن محافظت نماید اما والدین سهل‌گیر در خصوص رفتارهای خوردن فرزندان خود چندان دخالتی نمی‌کنند و توقع کمی از فرزند خود دارند؛ فرزندان نیز به میزان کمتری نسبت به بدن و تغذیه خود حساس هستند (زاباتسکی، برگ و ینومارک-استاینر^{۲۵}، ۲۰۱۵)، از آنجا که این والدین بی‌اعتنا و به حد افراطی مساوات طلب هستند، اجازه می‌دهند که فرزندشان هر کاری را که تمایل دارد انجام دهد. بنابراین اکثر این فرزندان اختلالات رفتاری بیرونی نظیر رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه و رفتارهای ضداجتماعی از خود نشان می‌دهند. به‌عبارتی، چون والدین هیچ‌گونه کنترل بیرونی بر آن‌ها ندارند آن‌ها در محیط اجتماعی خود را رها و آزاد می‌بینند و بیشتر

12. Martinez, Garcia, & Yubero
13. Baumrind
14. authoritative
15. authoritarian
16. permissive
17. Willinger, Diendorfer-Radner, Willnauer, Jorgl & Hager
18. Fernandez-Aranda
19. Nicholls & Viner
20. Czaja, Rief & Hillbert
21. Fassino, Amianto and Abbate-Daga
22. Spitzer's Questionnaire on Eating and Weight Patterns
23. Nangle, Johnson, Carr-Nangle, & Engler
24. Gayle Boeka
25. Zubatsky, Berge & Neumark-Sztainer

منابع

۱. بساک‌نژاد، سودابه؛ هومن، فرزانه؛ قاسمی‌نژاد، محمدعلی. (۱۳۹۱). رابطه بین سبک‌های مقابله اجتناب‌شناختی رفتاری و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۴، شماره ۱۴، صفحات ۲۷۸-۲۸۵.
۲. فضل‌ی، وحید. (۱۳۸۹). بررسی رابطه شیوه‌های تربیتی والدین و نگرش به رفتارهای بزهکارانه در بین نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال شهر تهران. *فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم/ سال پنجم*، شماره چهاردهم، صفحات ۱۱۲-۷۹.
۳. فیاض، ریحانه؛ عامری، فریده؛ بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۴). مقایسه بین سبک‌های فرزندپروری والدین و استحکام من فرزندان. *رویش روان‌شناسی*، سال ۴، شماره ۱، صفحات ۱۲۶-۱۰۹.
4. Deveau, Stephanie A. (2013). The Role of Parenting Style, Maladaptive Schemas and Experiential Avoidance in Predicting Disordered Eating. Doctoral Dissertation. Ontario: University of Guelph.
5. Haycraft, Emma., Blissett, Jackie. (2010). Eating Disorder Symptoms And Parenting Style. *Appetite*, 54 (1), 221-224.
6. Philips, N., Sioen, I., Michels, N., Sleddens, E., Henauw, S.D. (2014). The influence of parenting style on health related behavior of children: findings from the ChiBS study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11 (95), 1-14.
7. Reicks, M., Banna, J., Cluskey, M., Gunther, C., Hongu, N., Richards, R., Topham, G., Wong, S.S. (2015). Influence of Parenting Practices on Eating Behaviors of Early Adolescents during Independent Eating Occasions: Implications for Obesity Prevention. *Nutrients*, 7, 8783-8801.
8. Witkowska, Bogumiła. (2013). Perception of parental attitudes and the level of female adolescents' self-esteem affected with anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 3, 397-407.
9. Zubatsky, Max., Berge, Jerica & Neumark-Sztainer, Dianne. (2015). Longitudinal associations between parenting style and adolescent disordered eating behaviors. *Eat weigh disorder*, 20(2), 187-194.

لیست کامل منابع استفاده شده تحقیق در دفتر مجله موجود است.

رفتارهای ناپهنجار

آن‌ها در رابطه با اجتماع

بوده و کمتر جنبه درونی

به خود می‌گیرد و کمتر احتمال

دارد که این کودکان مبتلا به اختلالات خلقی،

اضطرابی، اختلالات خوردن و به‌طور کلی اختلالات درونی گردند.

لذا می‌توان نتیجه گرفت که این نوع سبک فرزندپروری رابطه‌ای با

بروز علائم این اختلال که بیشتر درونی است ندارد، بنابراین شاید

بتوان این نتیجه را این‌گونه تبیین کرد که آزادی افراطی و بی‌حد

و اندازه دادن به فرزندان بیشتر برای جامعه خطرناک است تا برای

خود فرد (مؤمنی و امیری، ۱۳۸۶).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بین سبک

فرزندپروری سهل‌گیرانه و اختلال خوردن در فرزندان رابطه

معناداری وجود ندارد با نتایج پژوهش‌های ویتکووسکا، ۲۰۱۳؛

فاسینو و همکاران، ۲۰۰۹ و مؤمنی و امیری، ۱۳۸۶ همسو بوده است.

پی‌نوشت‌ها

1. anorexia nervosa
2. bulimia nervosa
3. Deveau
4. National Eating Disorders Association
5. Gowers & Shore
6. Witkowska
7. eating disorder
8. Newman, Harrison, Dashiff & Davies
9. Kremers, Brug, Vries, Engels
10. Mazzeo and Bulik
11. Birch & Davison