

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره هشتم، شماره ۲، سال ۱۳۹۳

نقش استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله در اختلالات خوردن دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رشت در سال ۱۳۹۲

فرهاد اصغری^۱، رضا قاسمی جوبنه^{۲*}، نجف یوسفی^۳، سجاد سعادت^۴، فاطمه رفیعی گزنی^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۷/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۰

خلاصه

مقدمه: در دوران نوجوانی عوامل روانشناختی می‌توانند در بروز برخی مشکلات همچون اختلالات خوردن نقش داشته باشند. هدف تحقیق حاضر بررسی نقش استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله در اختلالات خوردن دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رشت در سال ۱۳۹۲ است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع همبستگی است. ۳۷۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی دختر و پسر شهر رشت در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۱ به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های استرس ادراک شده، سبک‌های مقابله و اختلالات تغذیه پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین استرس مثبت ادراک شده با اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی روانی و پر اشتهایی روانی) رابطه منفی معنی‌دار، و بین استرس منفی ادراک شده با اختلالات خوردن رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین بین سبک مقابله مسئله محور با اختلالات خوردن رابطه منفی معنی‌دار و بین سبک مقابله هیجان محور با اختلالات خوردن رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/01$). طبق نتایج تحلیل رگرسیون استرس منفی ادراک شده، سبک مقابله هیجان محور و سبک مقابله مسئله محور، توانسته است به طور معنی‌داری ۰/۱۵ از واریانس بی‌اشتهایی روانی و ۰/۱۸ درصد از واریانس پر اشتهایی روانی را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشانگر اهمیت نقش عوامل روانشناختی در بروز اختلالات خوردن است. بنابراین، می‌توان با برگزاری دوره‌های مبتنی بر کاهش استرس و آموزش سبک‌های مقابله‌ای کارآمد در مدارس، میزان سلامت روان را در نوجوانان ارتقاء داد و از مشکلات روانشناختی آنها کاست.

واژه‌های کلیدی: اختلالات خوردن، استرس ادراک شده، سبک‌های مقابله، دانش‌آموز

۱-استادیار گروه مشاوره دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

تلفن: ۰۹۱۱۹۳۲۰۸۲۵ پست الکترونیکی: rghasemi.jobaneh@yahoo.com

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات گیلان، رشت، ایران

مقدمه

اختلالات خوردن (Eating Disorders) در ۴ درصد از نوجوانان و جوانان محصل گزارش شده است [۱]. بی‌اشتهایی عصبی (Anorexia Nervosa) و پراشتهایی عصبی (Bulimia Nervosa) دو اختلال بسیار جدی می‌باشند [۲]. بی‌اشتهایی عصبی معمولاً در دوران نوجوانی شروع می‌شود، ولی سن شروع پراشتهایی عصبی دیرتر است [۱]. بی‌اشتهایی عصبی اختلال خوردن فاجعه‌آمیزی است که به موجب آن فرد به خاطر ترس و سواسی از چاق شدن به خود گرسنگی می‌دهد. افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تصویر بدنی بسیار تحریف شده‌ای از خود دارند و حتی بعد از اینکه شدیداً کم وزن شده باشند باز هم خود را خیلی سنگین تصور می‌کنند. آنها اغلب آن چنان رژیم غذایی خود خواسته‌ای می‌گیرند که در پاسخ به گرسنگی از خوردن اجتناب می‌کنند. آنها همچنین برای کاستن از وزن خود شدیداً ورزش می‌کنند [۲]. بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی، اغلب در فواصل نامنظم غذا می‌خورند و زمان‌های طولانی روزه‌داری سبب ایجاد احساس وسوسه شدید به غذا و به تبع آن دوره‌های پرخوری و پاکسازی می‌شود. در این اختلال، رفتارهای جبرانی پس از پرخوری رخ می‌دهد که ممکن است شامل استفراغ، استفاده از داروها، روزه‌داری و یا ورزش شدید باشد [۳]. بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی ممکن است مانند افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، دچار تصویر ذهنی مختل از بدنشان و ترس زیاد نسبت به افزایش وزن باشند [۴]. پراشتهایی عصبی از بسیاری جهات نمایانگر شکست تلاش‌های بیمار در دستیابی به وضعیت بی‌اشتهایی عصبی است. هدف بیماران از هر دو اختلال لاغری مفرط است [۱].

نتایج پژوهشی که توسط Rodriguez و Goni انجام شد، نشان داد افرادی که در سنین ۱۵ تا ۱۸ سال قرار دارند، احتمال این‌که در معرض خطر به اختلالات خوردن قرار گیرند بیشتر است [۵]. نکته قابل توجه در یافته‌های این تحقیق اشاره به سنین ۱۵-۱۸ سالگی یعنی همان مقطع دبیرستان به عنوان سنینی که بیشتر از بقیه سال‌های طول عمر فرد، احتمال ابتلا به اختلالات خوردن وجود دارد. تحقیقات متعدد که به بررسی شیوع اختلالات خوردن در دوره دبیرستان پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که وجود اختلالات خوردن در این دوره سنی جدی است [۶-۹].

به طور مثال پورقاسم و همکاران در طی تحقیقی به بررسی خطر اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دبیرستانی دختر

پرداختند. نتایج قابل توجه این است که ۱۶/۷ درصد از دانش‌آموزان در معرض خطر اختلالات خوردن بودند [۶]. در پژوهشی دیگر نوبخت نشان داد میزان شیوع اختلالات خوردن در دانش‌آموزان مورد مطالعه شامل ۰/۹ درصد بی‌اشتهایی روانی و ۰/۳/۲۳ درصد پراشتهایی روانی است [۷]. یافته‌های تحقیق Shamsaldin و همکاران نشانگر آن است که ۶/۳ درصد دانش‌آموزان دختر دوره دبیرستان به اختلالات خوردن مبتلا بودند [۸]. Kjelsas و همکاران در پژوهشی به بررسی میزان شیوع اختلالات خوردن در دانش‌آموزان ۱۴ و ۱۵ ساله دختر و پسر پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد در بین دانش‌آموزان دختر ۱۷/۹٪ از بی‌اشتهایی روانی و ۰/۷٪ درصد از پراشتهایی روانی رنج می‌برند. این رقم در بین دانش‌آموزان پسر بدین ترتیب بود که ۶/۵٪ درصد از بی‌اشتهایی روانی و ۰/۲٪ درصد از پراشتهایی روانی رنج می‌بردند [۹].

عوامل روانشناختی می‌توانند نقش مهمی در بروز مشکلات روانشناختی همچون اختلالات خوردن داشته باشند [۱۰]. یکی از این عوامل، استرس ادراک شده (Perceived Stress) است که می‌تواند در ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات نقش داشته باشد و یا شرایط ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات را هموار سازد. استرس عبارت است از تجربه کردن وقایعی که برای آسایش جسمی یا روان فرد مخاطره‌آمیز تلقی می‌شوند [۱۱]. استرس ادراک شده یکی از مولفه‌های تبیین‌کننده احتمال اتخاذ سبک‌های مقابله توسط افراد در موقعیت‌های استرس‌زا محسوب می‌شود. شدت استرس ادراک شده اشاره به باور فرد در زمینه جدی بودن استرس دارد [۱۲]. Bahri Yusoff در طی یک بررسی نشان داد که میزان شیوع استرس در بین دانش‌آموزان ۲۶/۱٪ درصد می‌باشد که رقم نسبتاً بالایی است [۱۳]. نریمانی و آریاپوران نیز در پژوهشی نشان دادند که از میان حوادث فشارزای روانی-اجتماعی، به ترتیب حوادث استرس‌زای خانوادگی، حوادث فشارزای فردی، و عوامل فشارزای آموزشی باعث ایجاد استرس در نوجوانان می‌شود [۱۴]. تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که بین استرس و اختلالات خوردن به خصوص در دوره نوجوانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. به طوری که افرادی که از استرس بیشتری رنج می‌برند، به احتمال بیشتری مستعد ابتلا به اختلالات خوردن هستند [۱۵-۱۹]. وجود میزانی از استرس در افراد طبیعی است و باعث عملکرد مناسب در برابر موقعیت‌ها می‌شود. ولی در صورتی که استرس به حدی باشد که فرد توانایی مدیریت و کنترل آن را نداشته باشد، سعی می‌کند که

به شیوه‌های مختلف با آن مقابله کند. بعضی از این روش‌های مقابله ممکن است که لزوماً کارآمد نباشند و زمینه‌ساز برای بروز برخی اختلالات روانشناختی همچون اختلالات خوردن باشند [۲۱-۲۰].

استرس ادراک شده بر اثر موقعیت‌های پر فشار بسیار آزارنده و ناراحت‌کننده‌اند و این ناراحتی شخص را بر می‌انگیزد تا به دنبال راهی برای کاهش آن باشد. فرآیندی که از طریق آن شخص سعی می‌کند فشارهای روانی را تدبیر کند، مقابله نامیده می‌شود که به دو شکل اصلی صورت می‌گیرد. شخص می‌تواند بر مشکل یا موقعیت خاصی که پیش آمده، متمرکز شود و به دنبال راهی برای تغییر دادن این وضعیت یا اجتناب از آن در آینده باشد، این شیوه مقابله مسئله محور (Problem-Focused) نام دارد. سبک‌های مقابله‌ای معطوف به حل مسئله عبارتند از: روش‌های فعال حل مسئله که برای حل رابطه استرس‌زا بین خود و محیط به کار می‌روند [۲۲]. مهم‌ترین این سبک‌ها عبارتند از: مقابله رویارویانه، جستجوی حمایت اجتماعی، و راهبرد حل مسئله با برنامه [۲۳]. همچنین شخص می‌تواند به تسکین و تخفیف هیجانات همراه با موقعیت پر فشار متمرکز شود ولو نتوان آن موقعیت پر فشار را تغییر داد. این فرآیند دوم، مقابله هیجان محور (Emotional-focused) نامیده می‌شود [۱۱].

سبک مقابله‌ای مسئله محور که سبک مقابله‌ای کارآمد نیز نامیده می‌شود با کاهش مشکلات روانشناختی و افزایش بهداشت روان در افراد همراه است. در حالی که سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و ناکارآمد می‌توانند منجر به مشکلات و اختلالات روانشناختی شوند [۲۴]. سبک‌های مقابله‌ای مسئله محور با تنظیم و مدیریت بهتر هیجانات و کاهش آشفتگی‌های روانشناختی و هیجانی همراه است [۲۵-۲۶]. در ارتباط با نقش سبک‌های مقابله با استرس در اختلالات خوردن، تحقیقات متعدد نشان داده است که بین این دو ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در واقع افراد با توجه به سبک مقابله‌ای که از آن در برابر استرس و فشار روانی استفاده می‌کنند، می‌توانند کمتر و یا بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات خوردن باشند [۲۷-۳۲].

تحقیقات انجام شده توسط Momeni و Loukzadeh و همکاران نشانگر این است که بین استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله با اختلال در سلامت روانشناختی رابطه معنی‌داری وجود دارد. به طوری که افرادی که از استرس بالایی رنج می‌برند و مجهز به سبک‌های مقابل کارآمد نیستند، مشکلات روانشناختی بیشتری را گزارش می‌دهند (۳۳-۳۴).

Aubalat و Marcos در پژوهشی نشان دادند که سبک‌های ناسازگارانه مقابله در دختران و پسران نقش مهمی در پیش‌بینی اختلالات خوردن ایفا می‌کنند [۲۷]. Macneil و همکاران در پژوهشی دیگر نشان دادند زمانی که افراد از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند و در معرض انواع تنش‌های روزمره قرار می‌گیرند، به احتمال بیشتری مبتلا به اختلالات خوردن می‌شوند. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد زمانی که افراد اعتماد به نفس لازم برای مقابله مناسب با شرایط استرس‌زا را در خود نداشته باشند، به احتمال بیشتری از مشکلات مربوط به اختلالات خوردن رنج می‌برند [۲۸]. در تحقیق Spoor و همکاران مشخص شد که ارتباط مستقیمی بین سبک‌های مقابله و عادات خوردن وجود دارد، به طوری که سبک‌های مقابله ناکارآمد یکی از دلایل عمده خوردن به شیوه هیجانی در افراد می‌باشد [۲۹]. نتایج تحقیق Grau و همکاران نشانگر آن است که خود سرزنش‌گری به عنوان یکی از مؤلفه‌های شیوه مقابله ناکارآمد، نقش مهمی در تبیین اختلالات خوردن در نوجوانان دارد [۲۸]. Loumidis و Wells و بساک نژاد و همکاران در تحقیقات خود، نتیجه‌گیری کردند که مبتلایان به اختلال خوردن از انواع سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد برای رویارویی با فشارهای روانشناختی استفاده می‌کنند و اختلالات خوردن نیز نوعی سبک رویارویی با مشکلات زندگی است [۳۱-۳۲].

شاید بتوان گفت که در اکثر اختلالات روانی، رد پای از استرس وجود دارد. بنابراین استرس باعث برانگیخته شدن آن دسته از هیجانات مثبت و منفی می‌شود که نیاز به مدیریت دارند. عدم توانایی مقابله مؤثر و درست با عوامل استرس‌زا، باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی و هیجانی محیط و بدون توجه به راه حل‌های منطقی ممکن، تصمیم‌گیری کند. اگر استرس به میزانی باشد که خارج از توان فرد است، و همچنین فرد مجهز به آن دسته از مهارت‌های مقابله‌ای مناسب و کارآمد نباشد، در برابر اختلالات روانشناختی آسیب‌پذیری بیشتری از خود نشان می‌دهد [۱۷، ۳۰، ۳۱].

با توجه به اینکه نوجوانان آینده‌سازان جامعه هستند، توجه به مشکلات آنها باید از ضروریات و اولویت‌های هر جامعه سالم و خواهان پیشرفت محسوب شود. بی‌توجهی نسبت به تشخیص مشکل باعث می‌شود تا مشکلات این دوره بر روی یکدیگر انباشه شوند یا مشکلات کوچک به مشکلات بزرگ و بزرگتر تبدیل شوند تا جایی که منجر به ایجاد مشکل حاد گردد [۳۵]. یکی از این مشکلات شیوع اختلالات خوردن به

روانی و پر اشتهایی روانی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۵ به دست آمد.

برای سنجش استرس ادراک شده، از مقیاس استرس ادراک شده Cohen و همکاران استفاده شد [۳۷]. این مقیاس در سال ۱۹۸۳ طراحی شده و ۱۴ آیتم دارد که هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس دو خرده مقیاس به نام خرده مقیاس ادراک منفی از استرس و خرده مقیاس ادراک مثبت از استرس دارد. در طی یک بررسی که توسط ابولقاسمی انجام شد، ضریب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین روایی این پرسشنامه نیز با استفاده از روایی همزمان معتبر گزارش شد [۳۸]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های استرس مثبت ادراک شده ۰/۸۱، و استرس منفی ادراک شده ۰/۶۴ به دست آمد.

برای اندازه‌گیری سبک‌های مقابله از پرسشنامه شیوه‌های مقابله Billings و Moos استفاده شد [۳۷]. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۱ به منظور اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ آیتم دارد و دو سبک مقابله مسئله‌محور و هیجان‌محور را اندازه‌گیری می‌کند. هر آزمودنی به این مقیاس با انتخاب یکی از گزینه‌ها (هیچ وقت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ می‌دهد. در طی یک بررسی توسط خوشابی و همکاران ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین ضریب روایی این پرسشنامه ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش شده است [۳۹]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس‌های سبک‌های مقابله مسئله محور ۰/۸۷، و هیجان محور ۰/۵۰ به دست آمده است. داده‌های گردآوری شده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۷۰ نفر (۱۸۸ پسر و ۱۸۲ دختر) با دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و با میانگین سنی ۱۶/۴۸ و انحراف معیار ۱/۰۴ شرکت کردند. ۱۲۰ نفر از دانش‌آموزان در مقطع تحصیلی اول دبیرستان، ۱۲۴ نفر در مقطع تحصیلی دوم دبیرستان و ۱۲۶ نفر در مقطع تحصیلی سوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند. اطلاعات توصیفی مربوط به

خصوص در سنین نوجوانی می‌باشد [۹-۶] که عوامل متعدد روانشناختی می‌تواند بر آن تأثیرگذار باشد. بر این اساس، هدف اصلی از نگارش تحقیق حاضر بررسی نقش استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله در اختلالات خوردن دانش‌آموزان دبیرستانی است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع همبستگی است. در پژوهش حاضر استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله به عنوان متغیرهای پیش‌بین و اختلالات خوردن به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر ناحیه دو شهر رشت تشکیل می‌دهند که در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند و از میان آنها ۳۷۰ نفر (۱۸۸ پسر و ۱۸۲ دختر) بر اساس فرمول krejcie و morgan [۳۶] به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. شیوه انتخاب نمونه به این ترتیب بود. در مرحله اول، ناحیه ۲ رشت به سه منطقه شمال، مرکز و جنوب تقسیم شد. سپس در مرحله بعد از هر منطقه یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه به صورت تصادفی انتخاب گردید. و در مرحله آخر از هر مدرسه دو کلاس از یک پایه تحصیلی به صورت تصادفی انتخاب گردید و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های تحقیق را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سوآلی را بدون جواب نگذارند. در ضمن، اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری اختلالات خوردن از مقیاس اختلالات تغذیه اهواز شده است. این مقیاس ۳۱ آیتم دارد که آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت درست و نادرست پاسخ می‌دهد. این مقیاس دو عامل را می‌سنجد. عامل اول ۲۲ آیتم دارد و آیتم‌هایی که روی این عامل قرار می‌گیرند بی‌اشتهایی عصبی را می‌سنجند. عامل دوم شامل ۹ آیتم است که پر اشتهایی عصبی را می‌سنجد. در طی یک بررسی در داخل کشور که توسط شریفی‌فرد انجام شد، ضریب پایایی مقیاس اختلالات تغذیه از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰، عامل اول ۰/۶۸، و عامل دوم ۰/۵۵ بود. همچنین ضریب روایی همبستگی مقیاس اختلالات تغذیه و عامل‌های اول و دوم آن با پرسشنامه عادات غذا خوردن به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۴، و ۰/۴۰ به دست آمد [۳۷]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای بی‌اشتهایی

متغیرهای تحقیق (میانگین، انحراف معیار) در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
بی‌اشتهایی روانی	۴/۵۰	۲/۷۹
پر‌اشتهایی روانی	۳/۶۹	۲/۱۹
استرس منفی ادراک شده	۱۳/۵۷	۴/۶۲
استرس مثبت ادراک شده	۱۴/۷۱	۴/۷۶
سبک مقابله مسئله محور	۱۹/۸۱	۵/۵۱
سبک مقابله هیجان محور	۹/۴۰	۳/۲۷

برای محاسبه رابطه بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک از ضریب همبستگی پیرسون استفاده که نتایج در جدول ۲ مشاهده می‌شود. بر اساس یافته‌های این جدول می‌توان گفت با افزایش استرس منفی ادراک شده و کاهش استرس مثبت

ادراک شده، احتمال اختلالات خوردن افزایش می‌یابد. همچنین با افزایش سبک مقابله مسئله محور و کاهش سبک مقابله هیجان محور احتمال اختلالات خوردن نیز کاهش می‌یابد.

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک

متغیر	بی‌اشتهایی روانی	پر‌اشتهایی روانی
استرس منفی ادراک شده	۳۶**	۳۶**
استرس مثبت ادراک شده	-۱۵**	-۱۷**
سبک مقابله مسئله محور	-۱۳**	-۱۲**
سبک مقابله هیجان محور	۲۶**	۳۰**

** P < ۰/۰۱

به منظور پیش‌بینی اختلالات خوردن بر اساس استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله، از رگرسیون گام به گام استفاده شده. نتایج رگرسیون گام به گام در جدول ۳ نشان می‌دهد که استرس منفی ادراک شده در مرحله اول همبستگی بالا و معنی‌داری با بی‌اشتهایی روانی دارد و ضریب t برای آن ۵/۵۹ می‌باشد. در مرحله دوم سبک مقابله هیجان محور وارد معادله شد که ضریب t برای آن ۲/۶۷

است. در مرحله سوم متغیر سبک مقابله مسئله محور وارد معادله گردید و ضریب t برای آن ۲/۵۱- است. بنابراین، می‌توان گفت متغیرهای پیش‌بین در سه مرحله رگرسیون، ۰/۱۵ از واریانس بی‌اشتهایی روانی را پیش‌بینی می‌کنند.

جدول ۳- پیش‌بینی بی‌اشتهایی روانی بر اساس استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله

مرحله	پیش‌بین	R	R ²	F	B	β	T	P value
۱	استرس منفی ادراک شده	۰/۳۶	۰/۱۳	۵۵/۰۸	۰/۱۷	۰/۲۹	۵/۵۹	۰/۰۰۰
۲	سبک مقابله هیجان محور	۰/۳۷	۰/۱۴	۳۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۴	۲/۶۷	۰/۰۰۰
۳	سبک مقابله مسئله محور	۰/۳۹	۰/۱۵	۲۲/۴۸	-۰/۰۶	-۰/۱۲	-۲/۵۱	۰/۰۰۰

آزمون رگرسیون گام به گام

سبک مقابله مسئله محور وارد معادله گردید و ضریب t برای آن $-۲/۳۶$ است. بنابراین، می‌توان گفت متغیرهای پیش‌بین در سه مرحله رگرسیون، $۰/۱۸$ از واریانس پراشتهای روانی را پیش‌بینی می‌کنند.

نتایج رگرسیون گام به گام در جدول ۴ نشان می‌دهد که استرس منفی ادراک شده در مرحله اول همبستگی بالا و معنی‌داری با پراشتهایی روانی دارد و ضریب t برای آن $۵/۲۲$ می‌باشد. در مرحله دوم سبک مقابله هیجان محور وارد معادله شد که ضریب t برای آن $۴/۰۴$ است. در مرحله سوم متغیر

جدول ۴- پیش‌بینی پراشتهایی روانی بر اساس استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله

مرحله	پیش‌بین	R	R ²	F	B	β	T	P value
۱	استرس منفی ادراک شده	۰/۳۶	۰/۱۳	۵۶/۵۰	۰/۱۳	۰/۲۷	۵/۲۲	۰/۰۰۰
۲	سبک مقابله هیجان محور	۰/۴۰	۰/۱۶	۳۵/۷۷	۰/۱۴	۰/۲۱	۴/۰۴	۰/۰۰۰
۳	سبک مقابله مسئله محور	۰/۴۲	۰/۱۸	۲۶/۰۲	-۰/۰۴	-۰/۱۱	-۲/۳۶	۰/۰۰۰

استرس‌ها و هیجانات منفی مانند ناامیدی، خشم و ترس که منجر به اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و انواع فوبیا می‌شود را تجربه می‌نمایند، اختلال در خوردن، خوابیدن و روابط جنسی بروز می‌نماید. همچنین، زمانی که افراد استرس مثبت ادراک شده را تجربه می‌کنند، با دیگران تعامل می‌نمایند، دست به خود افشایی می‌زنند، گریه می‌کنند و تجربه هیجانی تصحیح‌کننده را تجربه می‌نمایند و کمتر دچار مشکلات خوردن می‌شوند.

یافته‌های دیگر نشان داد که بین سبک‌های مقابله مسئله محور با بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی ارتباط منفی و معنی‌دار و بین سبک‌های مقابله هیجان محور با بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد، که می‌توان گفت این نتایج با یافته‌های تحقیقات Aubalal و Macneil, Marcos و همکاران، Spoor و همکاران، Grau و همکاران، Loumidis و Wells و بساک‌نژاد و همکاران همخوان است، که در پژوهش‌هایی مشابه نشان دادند زمانی که افراد در موقعیت‌های پر تنش و پر فشار از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدی همچون مقابله مسئله محور، مشورت با دیگران و دریافت حمایت‌های اجتماعی استفاده می‌کنند، میزان اختلالات خوردن و یا احتمال ابتلای آنها به این اختلال بسیار کم تر از زمانی است که این افراد در برابر موقعیت‌های پر فشار از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد هیجانی و یا اجتنابی

آزمون رگرسیون گام به گام
بحث

هدف از تحقیق حاضر بررسی نقش استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله در اختلالات خوردن دانش‌آموزان دبیرستانی بود. نتایج تحقیق حاضر بار دیگر اهمیت عوامل روانشناختی همچون استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله در بروز اختلالات روانشناختی مانند اختلالات خوردن در دوره نوجوانی را آشکار ساخت.

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که بین استرس منفی ادراک شده با اختلالات خوردن یعنی بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین استرس مثبت ادراک شده با بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی همبستگی منفی و معنی‌دار آماری وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات سایر محققان همچون Sulkowski و همکاران، Tierney و Wal، Wichianson و همکاران، ولیزاده و آریاپوران، عسگری و همکاران، همخوان است، که همگی در تحقیقات خود بین استرس ادراک شده و اختلالات خوردن رابطه معنی‌دار به دست آوردند [۱۹-۱۵]. در واقع، زمانی که افراد در زندگی روزمره استرس را به شیوه مثبت ادراک می‌کنند، احتمال ابتلای آنها به اختلالات خوردن کم تر است. برعکس زمانی که استرس را به شیوه منفی ادراک می‌کنند، احتمال ابتلا به اختلالات خوردن افزایش پیدا می‌کند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین استدلال کرد، زمانی که افراد

پرخوری و بی‌اشتهایی به شکل آگاهانه و نا آگاهانه روی می‌آورند. وقتی افراد از راهبرهای مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌کنند، در واقع سعی می‌کنند که عاملی که باعث ایجاد استرس شده را شناسایی کرده و به نحوه درستی با آن مواجه شوند و آن را مدیریت کنند. در حالی که در شیوه هیجان محور در هنگام مواجهه یا رویداد استرس زا، فرد پاسخ‌های غیرمنطقی و هیجانی همچون انتقاد از خود، تفکر آرزومندانه، سرزنش خود و دیگران از خود نشان می‌دهد یا به دنبال راه حل‌های کوتاه مدتی می‌گردد که به صورت موقت تسکین پیدا کند [۳۲-۳۱].

پژوهش حاضر تنها در مورد دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان رشت صورت گرفته است، لذا در تعمیم نتایج به دانش‌آموزان سایر مقاطع و سایر جوامع باید محتاط بود. با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر وجود رابطه معنی‌دار بین روش‌های مقابله مسئله محور و اختلالات خوردن در دانش‌آموزان، پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی با تأکید بر سبک‌های مقابله‌ای کارآمد برای دانش‌آموزان برگزار شود. همچنین می‌توان با برگزاری دوره‌هایی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، گام مؤثری در جهت ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان برداشت. همچنین پیشنهاد می‌شود در زمینه میزان اختلالات خوردن دانش‌آموزان مقطع متوسطه و سایر مقاطع در استان‌های دیگر کشور مطالعاتی به صورت مقایسه‌ای صورت گیرد. جهت دستیابی به واریانسی قویتر در زمینه اختلالات خوردن پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بیشتری روی متغیرهایی که در ارتباط با اختلالات خوردن تأثیرگذار هستند، انجام شود، در نتیجه دیدگاه جامعی در زمینه اختلالات خوردن دانش‌آموزان ایجاد می‌شود.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که یکی از متغیرهای مؤثر و در ارتباط با میزان بالای اختلالات خوردن در دانش‌آموزان، استرس منفی ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌باشند و در مقابل، سبک‌های مقابله‌ای فعال و متمرکز بر مشکل و استرس مثبت ادراک شده با اختلالات خوردن ارتباط منفی دارند. در حقیقت شیوه‌ای که فرد بر می‌گزیند تا با رویدادهای استرس‌زا مقابله کند تأثیر به‌سزایی در سلامت روان او دارد. یکی از دلایل اختلالات روانشناختی همچون اختلالات خوردن این است که به جای اینکه فرد به

استفاده می‌کنند [۳۲-۲۷]. از سوی دیگر، نتایج پژوهش Wonderlich-Tierney و Vander Wal نشان داد که اختلالات خوردن با هیچ یک از سبک‌های مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور همبستگی معنی‌داری ندارد که با نتایج تحقیق حاضر ناهمخوان است [۴۰].

در بسط نتایج حاضر می‌توان به این نکته اشاره داشت که دوره نوجوانی با فشارها و تنش‌هایی همراه است و در صورتی که فرد نوجوان مهارت‌های لازم برای برخورد با این فشارها و تنش‌ها را نداشته باشد، به رفتارهایی روی می‌آورد که ممکن است در کوتاه مدت جواب دهد و از میزان استرس بکاهد ولی در دراز مدت وضعیت را از آنچه که هست بدتر می‌کند. یکی از این مهارت‌ها، که برخورداری از آن به میزان قابل‌توجهی به نوجوانان در برخورد با مسائل کمک می‌کند، توانایی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد است. نتایج تحقیقات متعدد نیز نشان داده است که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و کارآمد با افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش مشکلات روانشناختی به ویژه در دوره نوجوانی همراه است [۳۳-۳۴]. سبک مقابل مسئله محور یکی از این راهبردهای کارآمد است. افرادی که از سبک‌های مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، توانایی پیشگیری و مقابله با مشکلات روانشناختی چون اختلالات خوردن را دارند. در واقع، افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای فعال در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنند با مشکلات با شیوه‌ای منطقی برخورد می‌کنند و خودآگاهی بالایی دارند و در مواقع لزوم از منابع حمایتی اجتماعی همچون کمک‌های والدین، دوستان و گرفتن خدمات مشاوره‌ای استفاده می‌نمایند.

از سوی دیگر، سبک مقابله‌ای هیجان مدار شیوه ناکارآمد مقابله با رویدادهای استرس‌آمیز محسوب می‌شود که تأثیر منفی آن بر سلامت و بهزیستی روانشناختی در مطالعات دیگر مشخص شده است [۳۳-۳۴]. افرادی که از شیوه‌های هیجان محوری همچون پرهیز-گریز، انتقاد از خود، تفکر آرزومندانه، مقصر دانستن دیگران و سرزنش دیگران استفاده می‌نمایند، به جای حل مشکل بر حواشی مشکل و بزرگ‌نمایی مشکل متمرکز می‌شوند و این به مزمن شدن مشکل بیشتر می‌افزاید. این افراد به جای مواجهه مستقیم با استرس‌ها به

تشکر و قدردانی

جا دارد که از مسئولین آموزش و پرورش و مدارس شهر رشت و دانش‌آموزان عزیز و همین‌طور همه کسانی که ما را در اجرای این تحقیق یاری رسانده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

شیوه‌ای مسئله محور با مشکلات و مسائل پر تنش زندگی روزمره مواجه شود تا مشکل به نوعی حل شود، از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان محور و ناکارآمد استفاده می‌کند. این شیوه‌های مقابله با مسائل و مشکلات، نه تنها مشکلی را حل نمی‌کند، بلکه وضعیت فرد را بدتر می‌کند و فرد را در برابر اختلالات روانشناختی مانند اختلال خوردن آسیب پذیرتر می‌سازد.

References

1. Sadock J, Sadocks K. Synopsis of Psychiatry Behavioral Science. 10th ed. Translated by Rezaei F & Arjmand M. Tehran: Arjmand Publication ;2011: 333-40. [Persian].
2. Berk L. Development through the Lifespan. 4th ed. Translated by Seyyed Mohammadi Y. Tehran: Arassbaran Publication; 2012: 21-32. [Persian].
3. Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. Nutrition in Clinical 2010; 25(2): 110-5.
4. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. Mayo Clinic Proceedings 2010; 85(8): 746-51.
5. Goni A, Rodriguez A. Variables Associated with the Risk of Eating Disorders in Adolescence. Journal of Salud Mental 2007; 30(4): 16-23.
6. Poorghasem B, Kooshavar N, Karami S, Shahrokhi H. the Risk of Eating Disorders among Tabriz High School Girls in 2007. Journal of Tabriz University of Medical Science 2008; 30(4): 21-6. [Persian].
7. Vega Alonso AT, Rasillo Rodriguez MA, Lozano Alonso JE, Rodriguez Carretero G, Martin MF. Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40(12): 980-987.
8. Shamsaldin Saeed N, Aziz Zadeh Forouzi M, Mohammad Alizadeh S, Haghdoost AA, Gharousi B. Relationship Between Body Image and Eating Disorders. Journal of Nursing Research 2009; 4(15): 33-43. [Persian].
9. Kjelsas E, Bjornstorm C, Gotestam KG. Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Adolescents (14-15 years). Eating Behaviors 2004; 5(1): 13-25.
10. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating Disorders and Quality of Life. A Review of the Literature. Journal of Clinical Psychology Review 2011; 31(1): 113-21.
11. Smith E, Nolan-hoeksema S, Fredrickson B, Loftus G. Atkinson & Halyards' Introduction to Psychology. 14th ed. Translated by Rafiee H, Arjmand M, Hamidpour H. Tehran: Arjmand Publication; 2006: 532-6. [Persian].
12. Masoudnia E. Perceived Severity of Stress and Coping Strategies with Stress. Journal of Contemporary Psychology 2007; 4 (2): 71-80. [Persian]
13. Yusoff MSB. stress, stressors and coping strategies among secondary school students in Malaysian government secondary school: initial findings. Asian journal of psychiatry 2010; 11(2): 1- 15.
14. Narimani M, Aripooran S. the study of psycho- social stressors and coping strategies and relationships to academic achievement in girl's students. Journal of psychological studies 2007; 2(3&4): 39-59. [Persian].

15. Sulkowski M, Dempsey J, Dempsey AG. effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating behaviors* 2012; 12(3): 188- 91.
16. Wonderlich-Tierney AL, Vander Wal JS .the effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. *Eating behaviors* 2010; 11(2): 85- 91.
17. Wichianson JR, Bughi SA, Unger JB, -Metz D, Nguyen-Rodriguez ST. Perceived stress, coping and night-eating in college students. *Stress and health*. 2009;25(3):235-40.
18. Valizadeh A, Ariapooran S. the role of socio- physical anxiety, body image, and self-esteem in prediction of the eating disorder in sports woman. *Zahedan journal of research in medical science* 2011; 14(1): 56- 60. [Persian]
19. Asgari P, Pasha GH, Aminian M. the relationship between emotional regulation, psychological stressors of life and body image with eating disorders in woman. *andishe va raftar* 2009; 4(13): 65- 78. [Persian].
20. Suldo S, Shaunessye, Hardesty R. relationships among stress, coping, and mental health in high-achieving high school students. *Psychology in the Schools* 2008; 45(4):273- 90.
21. Sanler N, Ogretir AD. The Relationship between Stress and Eating Behaviors among Turkish Adolescence. *World Applied Sciences Journal* 2008; 4(2): 233-7.
22. Compas BE, Malcarne VL, Fondacaro KM. Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology* 1988;56(3):405-44.
23. Masoodnia E. perceived self- efficacy and coping strategies in stressful situations. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2007; 13(4): 405- 15. [Persian].
24. Goodarzi MA, Moeeni Roodbali Z. Survey the Relation between Coping and Mental Health among High School Students. *Journal of Daneshvar Va Raftar* 2006; 13(19): 23-32. [Persian].
25. Soltani M, Neshatdoost H, Naeli H. Relation between Creativity and Coping among Female and Male High School Students in Isfahan. *Journal of Educational and Psychological Research* 2007; 3(1): 1-18. [Persian].
26. Mohammadi SD, Torabi E, Ghaeri B. the Relation between Coping Styles and Emotional Intelligence in Students. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(2): 176-83. [Persian].
27. Pamies AL, Quiles MY. [Avoidance coping style and the risk of developing an eating disorder in adolescents]. *Psicothema* 2012;24(2):230-5.
28. MacNeil L, Esposito-Smythers C, Mehlenbeck R, Weismore J. The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviors: A stress-diathesis model. *Eating behaviors* 2012;13(4):293-6.
29. Spoor ST, Bekker MH, Van Strien T ,van Heck GL. Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite* 2007;48(3):368-76.
30. Grau E, Fuste A, Miro A, Saldana C, Bados A. coping style and vulnerability to eating disoeders in adolescent boys. *European eating disorders review* 2004; 12(1): 61- 7.
31. Loumidis K, Wells A. Exercising for the wrong reasons: Relationships among eating disorder beliefs, dysfunctional exercise beliefs and coping. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2001;8(6):416-23.

32. Bassak Nejad S, Hooman F, Ghasemnejad M. the relationships between cognitive-behavioral coping styles with eating disorder among university students. Journal of fundamentals of mental health 2013; 42 (56): 466-75. [Persian]
33. Loukzadeh Z, Bafrooi NM. Association of coping style and psychological well-being in hospital nurses. Journal of caring sciences 2013;2(4):313-9.
34. Momeni KH, Karami J, Shahbazi Rad A. The relationship between spirituality, resiliency and coping strategies with students' psychological well-being. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2013; 16(8): 626-34. [Persian]
35. Akbari A. Adolescents and Youth Problems. Tehran: Growth and Development Publication; 2011: 257-60. [Persian]
36. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurements 1970; 30(1): 607- 10.
37. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological Tests. Ardabil: university of mohaghegh ardabili publication; 2006:206- 26. [Persian]
38. Abolghasemi A. Relation between Resiliency, Stress, Self- Efficiency with Life Satisfaction among Students with High and Low Academic Achievement. Journal of Psychological Studies; 2011: 7(3): 131-51. [Persian]
39. Khushabi K, Moradi S, Habibi M. Risk and Protective Factors of Drug Abuse in High School Students. Iranian journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2012; 17(4): 313-23. [Persian]
40. Wonderlich-Tierney AL, Vander Wal JS. The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. Eating Behaviors 2010; 11(2): 85-91.

Role of Perceived Stress and Coping Styles on the Eating Disorders of High School Students of Rasht city in 2013

Asghari F¹, Ghasemi Jobaneh R², Yousefi N³, Saadat S⁴, Rafiei Gazani F⁵

1. Assistant Prof of Counseling, University of Guilan, Rasht, Iran

2. MA Student of Family Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran (corresponding author)

E-MAIL:rghasemi.jobaneh@yahoo.com

3. MA in General Psychology, Islamic Azad university, Tonekabon branch, Tonekabon, Iran

4. MA Student of family counseling, university of Esfahan, Esfahan, Iran

5. MA Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Guilan, Rasht, Iran

Received: 11 October 2014

Accepted: 9 April 2015

Introduction: Psychological factors could be influential in the incidence of some problems such as eating disorders during the adolescent period,. The aim of the current study was to investigate the role of perceived stress and coping styles on the eating disorders of high school students of Rasht city in 2013.

Materials and methods: This correlation study was performed on 370 high school students through multi-stage cluster sampling method in the 2012-2013 academic years. The participants responded to eating disorders' scale, perceived stress scale, and coping styles questionnaire. The gathered data were analyzed by Spss-18, Pearson correlation coefficient and stepwise regression analysis.

Results: The results showed that there were negative significant relationships between positive perceived stresses with eating disorders (anorexia and bulimia), and positive significant relationship between negative perceived stresses with eating disorders (anorexia and bulimia) ($P < 0.01$). Also there were negative significant relationships between problem- focused coping with eating disorders (anorexia and bulimia), and positive significant relationship between emotional- focused coping with eating disorders (anorexia and bulimia) ($P < 0.01$). Finally, the results of the stepwise regression analysis showed that negative perceive stress, emotional- focused coping, and problem-focused coping could significantly predict 0.15 percent variance of anorexia and 0.18 percent variance of bulimia.

Conclusion: As the results of current research indicates, psychological factors affect the eating disorders, therefore planning and holding educational workshops based on stress reduction and effective coping styles training in schools could increase the mental health of the students and decrease the psychological problems.

Key words: Eating Disorders, Perceived Stress, Coping Styles, Student

Please cite this article as follows:

Asghari F, Ghasemi Jobaneh R, Yousefi N, Saadat S, Rafiei Gazani F. Role of Perceived Stress and Coping Styles on the Eating Disorders of High School Students of Rasht city in 2013. *Community Health journal* 2014; 8(2):28-38

Funding: This research was funded by Rasht University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rasht University of Medical Sciences approved the study.