



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

دکتر علی شریعتی

پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد

گروه آموزشی علوم اجتماعی

گرایش پژوهشگری

عوامل اجتماعی موثر بر اختلالات تغذیه در دانشجویان دختر دانشگاه فردوسی مشهد

در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹

**A socio-cultural analysis of eating disorder amonge
Girls**

استاد راهنما:

دکتر محسن نوغانی

استاد مشاور:

دکتر مظلوم خراسانی

نگارش

زینب محمودآبادی

چکیده

هدف این مطالعه بررسی عوامل موثر بر میزان اختلالات خوردن در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۰ می‌باشد. در بخش نظری از نظریه‌های گافمن، بوردیو، فوکو، گیدنز و فمینیست‌ها استفاده شد. داده‌ها با تکنیک پیمایش و روش نمونه‌گیری طبقه‌ای بهینه با حجم نمونه ۲۶۰ نفر جمع‌آوری و با رگرسیون چند متغیری، رگرسیون لجستیک و تحلیل مسیر مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین اختلالات خوردن ۲۲٪ در بازه ۱-۵ و در حد کمتر از متوسط می‌باشد. همچنین ۲۸ درصد از افراد نمونه، مبتلا به اختلالات خوردن هستند و ۷۲ درصد به اختلالات خوردن مبتلا نیستند. تصور از بدن، فشار هنجاری از سوی مردان، فشار هنجاری از سوی رسانه‌های بین‌المللی (ماهواره، اینترنت)، پذیرش اجتماعی بدن و مدیریت ظاهر رابطه و همبستگی مثبت و معناداری با اختلالات خوردن داشته است. ولی در نهایت متغیرهای پذیرش اجتماعی بدن و تصور از بدن به عنوان عوامل موثر بر اختلالات خوردن، در کنار هم در مدل رگرسیون ۵۳ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کردند.

کلید واژه‌ها: اختلالات خوردن، پذیرش اجتماعی بدن، تصور از بدن، مدیریت ظاهر، فشار هنجاری.

فهرست مطالب

فصل اول : کلیات

۱-۱- بیان مسئله.....	۲
۲-۱- ضرورت و اهمیت مساله.....	۵
۳-۱- سوالات اصلی تحقیق.....	۸
۴-۱- اهداف تحقیق.....	۹

فصل دوم: مبانی نظری

۱-۲- مقدمه.....	۱۱
۲-۲- پیشینه‌ی تجربی.....	۱۱
۱-۲-۲- تحقیقات داخل کشور.....	۱۱
۱-۱-۲-۲- پیشینه‌های جامعه شناسی.....	۱۱
۲-۱-۲-۲- پیشینه‌های روان شناسی.....	۱۳
۳-۱-۲-۲- پیشینه‌های روان پزشکی و پزشکی.....	۱۴
۳-۲-۲- تحقیقات خارج کشور.....	۱۵
۴-۲-۲- نقد و بررسی تحقیقات انجام شده.....	۲۰
۳-۲- پیشینه نظری.....	۲۲
۱-۳-۲- درآمدی بر پیشینه نظری.....	۲۲
۲-۳-۲- جامعه شناسی بدن.....	۲۲
۱-۲-۳-۲- موانع رشد جامعه شناسی بدن.....	۲۲
۲-۲-۳-۲- زمینه‌های رشد جامعه شناسی بدن.....	۲۳
۳-۲-۳-۲- رویکردهای اصلی جامعه شناسی بدن.....	۲۵

۲۶	..... رویکرد جامعه‌شناسی
۲۶	..... مکتب کنش متقابل نمادین : اروینگ گافمن
۲۷	..... نظریه ی ساختاربندی: آنتونی گیدنز
۲۷	..... بدن و ریسک پذیری
۲۸	..... بدن و هویت
۲۸	..... اختلالات خوردن
۳۱	..... برایان ترنر
۳۱	..... بدن و تنظیم اجتماعی
۳۲	..... بدن به مثابه ماشین(رژیم های غذایی)
۳۳	..... پساساختار گرایی : میشل فوکو
۳۵	..... پیر بوردیو
۳۵	..... مصرف
۳۵	..... سرمایه
۳۶	..... تمایز
۳۹	..... رویکرد فمینیستی
۴۰	..... تقسیم بندی کلاسیک فیمینیست(رادیکال، لیبرال، سوسیال)
۴۰	..... فمینیست پست مدرن
۴۲	..... فمینیست و علم پزشکی
۴۲	..... رویکرد روان شناسی
۴۲	..... تاثیر خانواده
۴۳	..... سبک‌های فرزند پروری
۴۴	..... رویکرد روان‌کاوی
۴۵	..... جمع بندی نظریات
۴۶	..... تحلیل نظری
۵۱	..... فرضیات تحقیق
۵۲	..... مدل نظری

فصل سوم: روش تحقیق

۵۴	۱-۳ مقدمه.....
۵۴	۲-۳- نوع تحقیق
۵۴	۳-۳- جامعه ی آماری
۵۵	۴-۳- واحد نمونه گیری (مشاهده).....
۵۵	۵-۳- حجم نمونه و روش نمونه گیری
۵۸	۶-۳- تعریف نظری متغیرها
۵۹	۷-۳- تعریف عملیاتی متغیرها.....
۵۹	۱-۷-۳- اختلالات خوردن.....
۶۲	۲-۷-۳- پذیرش اجتماعی بدن.....
۶۳	۳-۷-۳- پایگاه اجتماعی -اقتصادی
۶۴	۴-۷-۳- مدیریت ظاهر
۶۵	۵-۷-۳- فشارهای هنجاری از سوی رسانه
۶۵	۶-۷-۳- تصور از بدن.....
۶۵	۷-۷-۳- فشارهای هنجاری از جانب مردان
۶۶	۸-۳- ابزار گردآوری اطلاعات
۶۶	۹-۳- روایی پرسشنامه
۶۸	۱۰-۳- پایایی پرسش نامه
۷۰	۱۱-۳- شیوه تحلیل و تجزیه اطلاعات

فصل چهارم: یافته‌ها

آمار توصیفی

۷۲	۱-۴- توصیف متغیرهای زمینه ای
۷۵	۲-۴- توصیف متغیرهای مستقل و وابسته

آمار استنباطی

- ۳-۴- ماتریس همبستگی میان متغیرها ۸۸
- ۴-۴- تحلیل رگرسیون چندگانه ۹۰
- ۵-۴- رگرسیون لجستیک ۹۱
- ۶-۴- تحلیل مسیر ۹۷

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

- ۱-۵- خلاصه ی یافته ها ۱۰۱
- ۲-۵- نتیجه گیری و بحث ۱۰۲
- ۳-۵- پیشنهادهای کاربردی ۱۰۳
- ۴-۵- پیشنهادهای موضوعی ۱۰۵
- منابع: ۱۰۶

ضمائم

فهرست جداول

- جدول ۱-۲: جمع بندی نظریات ۴۵
- جدول ۲-۲: متغیرهای مربوط به نظریه ها ۵۱
- جدول ۱-۳: عناصر نمونه گیری طبقه ای بهینه ۵۶
- جدول ۲-۳: توزیع جامعه آماری و نمونه آماری بر اساس طبقات تحقیق ۵۷
- جدول ۳-۳: بعد و گویه های آزمون اختلالات خوردن ۶۱
- جدول ۴-۳: ابعاد و گویه های متغیر مستقل پذیرش اجتماعی بدن ۶۲
- جدول ۵-۳: ابعاد پایگاه اجتماعی - اقتصادی ۶۳
- جدول ۶-۳: شاخص های مدیریت ظاهر ۶۴
- جدول ۷-۳: گویه های فشار هنجاری از سوی رسانه ۶۵
- جدول ۸-۳: شاخص های تصور از بدن ۶۵
- جدول ۹-۳: گویه های فشار هنجاری از جانب مردان ۶۶
- جدول ۱۰-۳: تحلیل عاملی ۶۷
- جدول ۱۱-۳: ضریب پایایی سازه ها ۶۹
- جدول ۱۲-۳: آزمون های استنباطی مورد استفاده به تفکیک فرضیات ۷۰
- جدول ۱-۴: توصیف متغیرهای زمینه ای ۷۲
- جدول ۲-۴: آماره های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته ۷۵
- جدول ۳-۴: توزیع درصد فراوانی رضایت از قد و وزن ۷۶
- جدول ۴-۴: توزیع درصد فراوانی اولویت های اهمیت داشتن تناسب اندام ۷۷
- جدول ۵-۴: توزیع درصد فراوانی اختلالات خوردن بعد رژیم لاغری (متغیر وابسته) ۷۸
- جدول ۶-۴: توزیع درصد فراوانی اختلالات خوردن بعد پرخوری (متغیر وابسته) ۷۹
- جدول ۷-۴: توزیع درصد فراوانی اختلالات خوردن بعد مهار دهانی (متغیر وابسته) ۸۰
- جدول ۸-۴: توزیع فراوانی ابتلا و عدم ابتلا به اختلالات خوردن ۸۰
- جدول ۹-۴: توزیع درصد فراوانی متغیر پذیرش اجتماعی بدن بعد پذیرش عمومی ۸۱
- جدول ۱۰-۴: توزیع درصد فراوانی متغیر پذیرش اجتماعی بدن بعد گروه همسال ۸۲
- جدول ۱۱-۴: توزیع درصد فراوانی متغیر پذیرش اجتماعی بدن در بعد پذیرش سازمانی ۸۳
- جدول ۱۲-۴: توزیع درصد فراوانی فشار هنجاری از سوی رسانه ۸۴
- جدول ۱۳-۴: توزیع درصد فراوانی تصور از بدن ۸۵
- جدول ۱۴-۴: توزیع درصد فراوانی فشارهای هنجاری از جانب مردان ۸۶
- جدول ۱۵-۴: درصد فراوانی مدیریت ظاهر ۸۷

جدول ۴-۱۶: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون میان متغیرها	۸۸
جدول ۴-۱۷: متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیون	۹۰
جدول ۴-۱۸: متغیرهای خارج شده از مدل رگرسیون	۹۰
جدول ۴-۱۹: تعداد نمونه مورد بررسی در رگرسیون لجستیک	۹۲
جدول ۴-۲۰: تعداد موارد با پیشبینی صحیح	۹۲
جدول ۴-۲۱: مشخصات تحلیل رگرسیون لجستیک	۹۳
جدول ۴-۲۲: مشخصات ورود متغیرها به تحلیل رگرسیون	۹۳
جدول ۴-۲۳: آزمون اومنیاس برای مؤثر بودن مدل	۹۴
جدول ۴-۲۴: ارزیابی مدل در رگرسیون لجستیک	۹۵
جدول ۴-۲۵: آزمون هوسمر و لمشو	۹۵
جدول ۴-۲۶: طبقه بندی مقادیر پیشبینی شده برای احتمال ابتلا و عدم ابتلا به اختلالات خوردن	۹۶
جدول ۴-۲۷: آماره های مربوط به متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون لجستیک	۹۶
جدول ۴-۲۸: مراحل تحلیل مسیر	۹۷
جدول ۴-۲۹: ضرایب مستقیم و غیر مستقیم در تحلیل مسیر	۹۸

فهرست نمودارها

نمودار ۱-۱: وزن مطلوب و واقعی در مقایسه با استانداردهای پزشکی و فرهنگی	۱۶
نمودار ۴-۱ - مقایسه ی وزن واقعی با وزن ایده آل :	۷۳
نمودار ۴-۲ - مقایسه قد واقعی با قد ایده آل:	۷۴
نمودار ۴-۳: نمودار توزیع نرمال باقیمانده ها	۹۱

فصل اول

کلیات

۱-۱- بیان مسئله

روزه گرفتن و چشم‌پوشی از انواع غذاها از زمان‌های کهن در بسیاری از فرهنگ‌های جهان، بخشی از اعمال مذهبی را تشکیل می‌داده است. در اروپای قرون وسطی مرسوم بود که افراد برای رستگاری به روزه‌داری‌های دراز مدت می‌پرداختند. تقدس‌یابی زنان از طریق روزه‌داری‌های طولانی اهمیتی ویژه داشته است. در بسیاری از وقایع‌نگاری‌های قرون وسطایی با سرگذشت بسیاری از قدیس‌های مونث آشنا می‌شویم که با روزه‌داری‌های منظم و دراز مدت به عوالم ملکوتی راه می‌یافته‌اند. پزشکان قرن‌های هفدهم و هجدهم این گونه روش‌ها را بی‌اشتهایی اعجاز‌آمیز می‌نامیدند، و منظورشان آن بود که روزه‌داران تحت تاثیر الهامات ربانی اشتهای خود را از دست می‌دهند. (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۵۱).

اما این بی‌اشتهایی اعجاز‌آمیز، با آنچه امروزه بی‌اشتهایی عصبی نامیده می‌شود به کلی متفاوت است. در قرون وسطی، بی‌اشتهایی اعجاز‌آمیز بر خلاف امروز در میان زنان جوان چندان رایج نبود و ارتباطی با طراحی ارادی نمای ظاهری بدن نداشت. بلکه، برعکس، زنان به قصد کشتن نفس و هوس‌های جسمانی به آن روی می‌آوردند. در صورتی که بی‌اشتهایی عصبی ارتباط کامل به ظاهر و مد دارد.

در سال ۱۸۷۴، "گول"، اصطلاح "بی‌اشتهایی عصبی" را به قلمروی پزشکی وارد کرد. این پزشک بیماری خاصی را توصیف کرد که اغلب در زنان جوان بروز می‌کرد و بر اساس لاغری مفرط مشخص می‌شد. او این اختلال را آشکارا به عنوان یک اختلال روانی در نظر گرفت (شایقیان، ۱۳۸۹: ۱۰).

"اما پدیده بی‌اشتهایی عصبی، به معنای واقعی کلمه، در حقیقت با ظهور نخستین "برنامه غذایی" و "خوراک طبی" از حدود سال‌های دهه‌ی ۱۹۲۰ آغاز شد و تا امروز ادامه یافته است" (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۵۲). بی‌اشتهایی عصبی یکی از عناصر اختلالات خوردن^۱ محسوب می‌شود. اختلالات خوردن نوعی بیماری تغذیه- روانی است. خصوصیت بارز آن آشفتگی و بهم خوردن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای می‌باشد. این بیماری اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن - به خصوص وزن بدن- بوجود می‌آورد (پورقاسمی، ۱۳۸۷: ۲۱).

بر اساس چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰)^۲ اختلال‌های خوردن به سه دسته‌ی مجزای پرخوری عصبی (بولیمیا)، بی‌اشتهایی عصبی (آنارکسیا) و اختلال‌های تصریح نشده تقسیم می‌شوند.

شرح بالینی بیماری‌های بی‌اشتهایی عصبی "آنارکسیا" و پرخوری عصبی "بولیمیا" به قرار زیر است:

^۱ eating disorder

^۲ DSM-IV-TR

آنارکسیا " یا همان بی‌اشتهایی عصبی از بی‌میلی به غذا خوردن پدید می‌آید و در نتیجه شخص دچار بی‌اشتهایی شدید می‌شود. تشخیص انجمن روان‌شناسان آمریکا در مورد "آنارکسیا" به شرح زیر است:

• "امتناع از نگاه داشتن وزن طبیعی بدن متناسب با سن و بلندی قد فرد، به عنوان مثال: کاهش وزن تا حد ۱۵ درصد پایین‌تر از حد عادی

• ترس و وحشت دائمی از افزایش وزن و چاق شدن حتی اگر وزن فرد پایین‌تر از وزن طبیعی باشد.

• اضطراب ناشی از داشتن اندامی نامتناسب و چاق، برای مثال بیمار از چاقی و یا احساس چاقی موضعی شکایت دارد درحالی‌که آشکارا بسیار لاغر است ولی خود را کاملاً چاق و بد قواره احساس می‌کند.

• در مورد جنس مونث سه دوره پشت سرهم قطع عادت ماهانه " (باکروید، ۱۳۷۶: ۲۱).

"بولیمیا" یا همان پرخوری عصبی، نوع دوم از اختلالات تغذیه است. شرح بالینی این بیماری به صورت زیر است:

• "مصرف مقدار زیادی غذا به صورت پرخوری و تخلیه سریع غذاهای خورده شده از معده بعد از مصرف.

• احساس عدم کنترل بر روش غذا خوردن در زمان "پرخوری"

• تحریک بدن به منظور خالی کردن غذا توسط یکی از طریق‌های استفراغ "باتحریک گلو"، استفاده از مسهل و یا شیاف، رژیم غذایی، روزه گرفتن.

• حداقل دوبار "پرخوری" در هفته به مدت ۳ ماه متوالی

• دل مشغولی دائم برای به دست آوردن وزن دلخواه و اندامی متناسب "همان: ۴۲)

تا سال‌های پیش بیماری اختلالات خوردن مختص جوامع صنعتی و پیشرفته تعریف می‌شد. اما این بیماری فقط در کشورهای پیشرفته در حال افزایش نیست، بلکه حتی در جهان سوم نیز همه‌گیر شده است. برای مثال نرخ این بیماری در برخی از کشورهای جهان سوم، چنین گزارش شده است: عربستان سعودی ۶/۲۴٪؛ عمان ۴/۲۹٪؛ امارات متحده عربی ۴/۲۳٪؛ آفریقای جنوبی: ۸/۱۸٪ (پورقاسمی، ۱۳۸۷: ۲۲)

این بیماری به دست تحلیل‌گران روانی، عصب‌شناسان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مردم‌شناسان و جامعه‌شناسان در قرن بیستم بررسی شده است. در شاخه‌ی جامعه‌شناسی بدن نیز، این بیماری را می‌توان بررسی کرد. چرا که نارضایتی از "تصور از بدن" یکی از مشخصه‌های اصلی تشخیص اختلالات خوردن می‌باشد.

تصور از بدن احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندازه بدن خود دارد. به عبارت دیگر "تصور از بدن" یا همان تصویر بدن، صرفاً توسط آن چه بدن خود را شبیه بدان می‌پنداریم شکل نمی‌گیرد؛ بلکه این زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی هستند که بر تفسیر ما از آنچه می‌بینیم، اعمال قدرت می‌کنند. عمل درک این تصویر، فرآیندی بر ساخته شرایط اجتماعی است. به بیانی دیگر، تصور بدنی و روابط اجتماعی بر هم اثر می‌کنند (اباذری، حمیدی ۱۳۸۷: ۱۳۰).

تفسیر منفی ارزیابی تصور از بدن، به نارضایتی از بدن منجر می‌شود. حال سوال این‌جاست که تفسیر منفی چگونه شکل می‌گیرد؟ منطق ارزیابی همواره بر پایه‌ی مقایسه با سطح قابل قبولی است. افراد بدنشان را به چه تصویر ایده‌آلی مقایسه می‌کنند که در ۳۰ سال اخیر نارضایتی از تصویر بدن به طور شگرفی افزایش یافته است. در هر جامعه، استانداردهای ایده‌آل از بدن و چهره برای زنان و مردان وجود دارد و تضادها هنگامی ایجاد می‌شوند که تصویر ذهنی از خود، با تصویر ذهنی ایده‌آل مطابق نباشد.

با توجه به پدیده‌ی انتشار گسترده‌ی الگوهای فرهنگی غربی در سطح بین‌المللی که از طریق رسانه‌های جمعی و تکنولوژی‌های نوین ارتباطی تشدید و تسهیل می‌گردد، ارزش‌های خاصی مرتبط با اشکال و اندازه‌های بدنی ایده‌آل و مطلوب مورد تاکید قرار می‌گیرد. این گونه ارزش‌ها به عنوان ایده‌آل‌ها و اهداف عینی بر رفتارهای افراد به ویژه زنان در جوامع مختلف برای هماهنگ کردن یا نزدیک‌تر کردن خصوصیات بدن خود با این ارزش‌ها مورد توجه قرار می‌گیرند. نمونه‌ی مشخصی از این ارزش‌ها که امروزه در مورد زنان در اکثر جوامع مورد توافق قرار گرفته، باریک اندامی است.

در جوامع غربی باریک اندامی صفت با ارزشی برای زنان تلقی می‌گردد که با جذابیت، کنترل بر نفس، مهارت اجتماعی، موفقیت شغلی و جوانی تداعی می‌شود (احمدنیا، ۱۳۸۴: ۱۳۸-۱۳۷). همچنین در چند دهه‌ی اخیر لاغری در ایران نیز به عنوان معیار زیبایی اندام مورد توجه دختران و زنان جوان قرار گرفته و اقدام برای رعایت رژیم غذایی لاغری جهت دستیابی به تناسب اندام به دغدغه‌ی بسیاری از دختران و زنان ایرانی تبدیل شده است.

آن‌هایی که رژیم می‌گیرند، می‌خواهند وضعیت فعالی نسبت به بدن خود داشته باشند و رابطه‌ی خودشان را با غذایی که می‌خورند تغییر دهند. اما وقتی دائماً چیزی را تکرار می‌کنند، دچار همان بیماری وسواس و تکرار می‌شوند که معنای دیگری از اعتیاد است (گیدنز، ۱۳۷۹: ۱۵۲-۱۴۹).

بیماری "مشکلات خوردن" نیز به همین مسئله مربوط است. بدین معنی که افراد مبتلا به این بیماری، وقتی احساس می‌کنند چیزی بیشتر از رژیم غذایی‌شان می‌خورند، احساس گناه می‌کنند (سعیدی، ۱۳۸۸: ۱۷۴). همچنین ارتباط شدیدی بین فشارهای فرهنگی جهت لاغر شدن و شیوع اختلالات خوردن وجود

دارد(صفوی ، ۱۳۸۸ : ۱۲۹). در نتیجه با توجه به اینکه اختلالات خوردن یکی از مسائل در میان دختران است، بر آن شدیم تا این موضوع را از منظر جامعه‌شناسی بدن مطالعه نماییم.

بدین منظور مطالعه بر روی دختران را انتخاب کرده‌ایم. ممکن است این سوال پیش آید که چرا دختران؟ طبق تحقیق‌های انجام شده این بیماری در بین دختران خیلی بیشتر از مردان رواج دارد. نتایج یک مطالعه‌ی تجربی در تهران نشان داده است که ۱۶ / ۲۴ درصد از دانش‌آموزان دختر مورد بررسی در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن بودند (پورقاسمی، ۱۳۸۷: ۲۲).

همچنین زنان در اجتماع یاد می‌گیرند تا بر منابع «طبیعی» خود مانند زیبایی، جذابیت، مهرورزی تکیه کنند. ظاهر، یک عامل انتخاب‌کننده‌ی قوی برای موفقیت در جامعه و وزن بدن یک عامل قابل توجه در جذابیت فیزیکی است. این مساله برای زنان بسیار جدی‌تر است و بنابراین نسبت به مردان برای زنان مسئله سازتر است (هسه بئر^۱، ۱۹۹۱: ۱۷۸). ما در این تحقیق برآنیم تا به این سوال پاسخ دهیم که عوامل اجتماعی موثر بر اختلالات خوردن در دختران جوان چیست؟

۱-۲- ضرورت و اهمیت مساله :

بیماری اختلالات خوردن، خطرهای جدی سلامتی، روانی، اجتماعی بر روی زندگی افراد مبتلا و خانواده‌های آنان دارد. درمان این بیماری‌ها بسیار مشکل می‌باشد و بیشتر افراد مبتلا به خوردن هرگز در جستجوی درمان بر نمی‌آیند و درمانگری‌ها نیز فقط در ۳۰ الی ۴۰ درصد از بیماران به بهبود منجر می‌شوند (بابایی، ۱۳۸۶: ۱۲). "همچنین ارقام تخمینی نشان می‌دهد که ۶ تا ۱۰ درصد مبتلایان به این بیماری جان خود را از دست می‌دهند" (باکروید، ۱۳۷۶: ۲۱) در نتیجه می‌بایست تلاش‌هایی در جهت پیشگیری از این بیماری انجام شود. از آنجا که بروز این بیماری به عوامل روان‌شناسی، زیستی و اجتماعی بستگی دارد اما هیچ یک به تنهایی قادر به تبیین کامل آن نیستند، پس می‌بایست این بیماری با رویکردهای روان‌شناسی، زیستی و جامعه‌شناسی تبیین شود، که متأسفانه در ایران فقط رویکردهای روان‌شناسی و زیستی بررسی شده‌اند. تا به حال هیچ‌گونه رویکرد اجتماعی و فرهنگی در تحقیق‌هایی که در این زمینه در ایران شده است، وجود ندارد. تحقیق‌هایی از این دست لازم است تا برنامه‌های جامع و هدف‌مندی در جهت پیشگیری این بیماری طرح‌ریزی شود. بدین علت انجام تحقیق فوق ضروری می‌باشد.

^۱ Hesse bnre

همچنین آمار بیماران آنارکسیا با توجه به کاهش وزن شدید و نیاز مبرم به پزشک، تا حدی قابل اعتماد است. اما تعداد مبتلایان به "بولیمیا" خیلی بیشتر از چیزی است که آمار و ارقام می‌گویند. چون بیماران مبتلا به بولیمیا با استفراغ یا ملین وزن خود را کنترل می‌کنند، در نتیجه وزن طبیعی دارند. از ظاهر آن‌ها چیزی نمی‌توان حدس زد و توجه کسی را جلب نمی‌کنند و تعداد دقیق شان در آمار نمی‌آید بنابراین آمارهای منتشر شده در رابطه با اختلالات تغذیه، ممکن است خیلی کمتر از آنچه در واقعیت است، باشد. اما همین آمارهای منتشر شده نیز مقادیر قابل توجه از شیوع این بیماری را گزارش می‌کنند. برای مثال "در برخی اجتماعات، مانند محیط‌های دانشجویی در دانشگاه کالیفرنیا، بیش از دو سوم افراد با مساله اختلالات خوردن مواجه هستند." (سعیدی، ۱۳۸۷: ۱۷۲)

در مورد جمعیت ایرانی نیز نوبخت (۱۳۷۷) در تحقیق خود نتیجه گرفته است که میزان شیوع اختلال‌های خوردن در نوجوانان ایرانی با بسیاری از مطالعاتی که در جمعیت‌های غربی انجام شده است، همخوانی دارد و حتی از بیشتر پژوهش‌هایی که در جمعیت‌های شرقی انجام شده، بالاتر است. در مطالعه‌ی دیگری صفوی (۱۳۸۸) با استناد به داده‌های جمع‌آوری شده استدلال کرده است که میزان اختلالات خوردن در دانشجویان ایرانی با بسیاری از مطالعات غربی همخوانی دارد. همچنین با نگاهی بر آسیب‌های جسمانی و روانی که این بیماری بر افراد می‌گذارد، مطالعه‌ی این بیماری اهمیت دو چندان می‌یابد.

بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی از لحاظ جنسی بالغ نمی‌شوند و اغلب مانند کودکان در مورد مسائل جنسی و احساس و علایق مربوط به آن می‌اندیشند. زندگی دختر جوانی که مبتلا به این بیماری شده در همان زمان شروع بیماری رشد عادی خود را از دست می‌دهد و او در مراحل نوجوانی باقی می‌ماند. بیوست شدید یکی از نتایج چنین روش غذایی است. جدی‌ترین مشکلی که دختران به آن برمی‌خورند، کاهش و یا قطع عادت ماهانه و یا از دست دادن کامل توانایی تخمدان‌ها برای تخمک‌گذاری است. در مراحل پیشرفته، ریزش مو و رشد موهای اضافی در صورت و بدن به صورت کرک، احساس دائمی سرما، نازک شدن شدید استخوان‌ها و پوکی استخوان که قابل رویت نیست و ضعف فیزیکی شدید در اثر کمبود آهن است و تمامی این صدمات نتیجه روش ناصحیح تغذیه، گرسنگی کشیدن‌های کشنده و مداوم است. (باکروید، ۱۳۷۶: ۴۰-۳۶). رشد فکری و حتی جسمی این افراد در زمان ابتلا به بیماری متوقف شده و فرقی نمی‌کند که بیماری‌شان در چه سنی آغاز شده باشد. این بیماری رشد و پیشرفت را در هر زمینه از زندگی متوقف و از شکل طبیعی خود خارج می‌کند.

شخص مبتلا به بولیمیا به تدریج از دیگران دوری می‌کند تا بتواند با آرامش و در پنهان به غذا خوردن ادامه دهد. همچنین شخص مبتلا به آنارکسیا مجبور است راهش را از دیگران جدا کند، چون بیشتر دوره‌هم جمع شدن‌ها همراه با خوردن و آشامیدن است. سرانجام افکار فرد مبتلا فقط معطوف به غذا و وزن، اندام و اندازه می‌شود و کمتر امکان پرداختن به زندگی عادی و فعالیت‌های عادی را می‌یابد و همچنان‌که بیشتر افکارش به غذا متمرکز می‌شود، تمایلش نسبت به زندگی اجتماعی و دوستان و خانواده کمتر می‌شود (همان: ۲۶-۲۷).

همچنین با غنی شدن ادبیات این موضوع و بحث در مورد عوامل اجتماعی و فرهنگی آن، می‌توان به صورت اساسی این بیماری را در سنین نوجوانی با آموزش‌های مناسب پیشگیری کرد. چرا که اختلالات تصویر ذهنی و رفتارهای تغذیه‌ای از دوران نوجوانی شروع می‌شوند و افرادی که در بزرگسالی دچار اختلالات خوردن یا تصویر ذهنی منفی هستند، عوامل خطر آن را از زمان نوجوانی دارا بوده‌اند.

در این تحقیق ما تحلیل اجتماعی این بیماری را ارائه می‌دهیم و این تحلیل با تحلیل‌های فردی این بیماری متفاوت است. روش‌های فردی نشان می‌دهد که راه حل مسئله‌ی اختلالات غذایی به افراد یا خانواده مربوط است و این نهادها محل بروز «مشکل» می‌باشند و بنابراین هدف تغییرات هستند. ما خواهیم گفت که یک تحلیل اجتماعی- فرهنگی، که به ویژگی‌های ساختاری یک جامعه معین بیشتر توجه دارد تا ویژگی‌های افراد، برای درک ما از سبب شناسی و کشف علت اختلالات خوردن بسیار اساسی است. این روش بجای عوامل فردی بر ساختار سیستم‌های اجتماعی ویژه توجه داشته و استراتژی متفاوتی را برای بهبود رابطه‌ی زنان با غذا پیشنهاد می‌دهد (هسه بیر، ۱۹۹۱: ۱۷۳).

همچنین تحقیقاتی از این دست، به رشد شاخه‌ی جامعه‌شناسی بدن در ایران کمک می‌کنند و با توجه به این که جامعه‌شناسی بدن مبحثی جدید و مهم در دنیای مصرفی کنونی است، می‌توان آن را به عنوان یکی از دغدغه‌های جامعه‌ی کنونی حساب کرد که نیاز به تحلیل و بررسی دارد.

۱-۳-سوالات اصلی تحقیق

۱. میزان شیوع اختلالات خوردن در میان دانشجویان دختر چقدر است؟

۲. عوامل اجتماعی موثر بر ایجاد اختلالات خوردن در میان دانشجویان دختر چیست؟

سوالات فرعی :

- آیا بین پذیرش اجتماعی بدن و ابتلا به اختلالات خوردن رابطه‌ای وجود دارد؟
- آیا بین میزان مدیریت ظاهر و ابتلا به اختلالات خوردن رابطه‌ای وجود دارد؟
- آیا بین میزان فشار هنجاری رسانه‌های بین‌المللی (ماهواره و اینترنت) و ابتلا به اختلالات خوردن رابطه‌ای وجود دارد؟
- آیا بین تصور از بدن و ابتلا به اختلالات خوردن رابطه‌ای وجود دارد؟
- آیا بین فشارهای هنجاری از جانب مردان به زنان و ابتلا به اختلالات خوردن رابطه‌ای وجود دارد؟
- آیا بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و ابتلا به اختلالات خوردن رابطه‌ای وجود دارد؟

۱-۴- اهداف تحقیق

هدف اصلی: تبیین عوامل اجتماعی موثر بر مبتلا شدن دختران دانشجو به اختلالات خوردن

اهداف فرعی :

- تبیین رابطه‌ی پذیرش اجتماعی بدن و ابتلا به اختلالات خوردن.
- تبیین رابطه‌ی مدیریت ظاهر و ابتلا به اختلالات خوردن.
- تبیین رابطه‌ی فشار هنجاری رسانه‌های بین‌المللی (ماهواره و اینترنت) و ابتلا به اختلالات خوردن.
- تبیین رابطه‌ی تصور از بدن و ابتلا به اختلالات خوردن.
- تبیین رابطه‌ی فشارهای هنجاری از جانب مردان به زنان و ابتلا به اختلالات خوردن.
- تبیین رابطه‌ی پایگاه اجتماعی- اقتصادی و ابتلا به اختلالات خوردن.

فصل دوم

مبانی نظری

۱-۲- مقدمه

در این قسمت به بررسی کارهای پژوهشی در زمینه‌ی این بیماری می‌پردازیم، ابتدا تحقیقات داخل ایران و سپس تحقیقات خارج از ایران را در این زمینه بررسی می‌نماییم.

۲-۲- پیشینه‌ی تجربی

۱-۲-۲- تحقیقات داخل کشور

پیشینه‌های داخلی این بیماری به سه قسمت تقسیم می‌شوند.

- پیشینه‌های جامعه‌شناسی
- پیشینه‌های روان‌شناسی
- پیشینه‌های روان‌پزشکی و پزشکی

۱-۱-۲-۲- پیشینه‌های جامعه‌شناسی

۱- خواجه نوری و مقدس (۱۳۸۸) رابطه‌ی بین تصور از بدن و فرآیند جهانی شدن را بررسی کرده‌اند. در این تحقیق تصور از بدن زنان شهرهای تهران، شیراز و استهبان با یکدیگر مقایسه شده است. یافته‌های تحقیق نشان دهنده آن است که مدل نهایی تحقیق به ترتیب با استفاده از شش متغیر نوگرایی، آگاهی نسبت به جهانی شدن، شیوه زندگی، گفتگو در خانواده، سرمایه فرهنگی و وضعیت تاهل، نزدیک به ۴۰ درصد از تغییرات تصور بدن در زنان شهرهای تهران، شیراز و استهبان را تبیین می‌کنند. همچنین بر اساس نتایج می‌توان گفت که مهمترین متغیری که تصور بدن را تبیین می‌کند نوگرایی است. به بیان دیگر هرچه زنان بیشتر نوگراتر شوند، حساسیت شان نسبت به بدن و شکل آن افزایش می‌یابد.

۲- رضایی، اینانلو و فکری (۱۳۸۹) مدیریت بدن و ارتباط آن با عوامل اجتماعی را در بین دختران دانشگاه مازندران بررسی کرده‌اند. در این تحقیق از دیدگاه‌های نظری سوسیال فمینیسم، نظریه‌ی فوکو، گیدنز و گافمن استفاده شده است، یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد عوامل مستقیم موثر در مدیریت بدن عبارتند از: مصرف گرایی، فشار اجتماعی، مصرف رسانه‌ای و این سه عامل ۸۳ درصد متغیر مدیریت بدن را تبیین می‌نمایند.

۳ - فاتحی و اخلاصی (۱۳۸۷) مدیریت بدن و رابطه آن با پذیرش اجتماعی بدن را بررسی کرده‌اند. در این پژوهش، برای متغیر پذیرش اجتماعی بدن بر اساس عقاید "گاتفرید" سه بعد پذیرش عمومی، پذیرش در گروه‌های هم سال و پذیرش سازمانی در نظر گرفته شده است. همچنین مدیریت بدن با چهار بعد کلی آرایش بدن (صورت)، استفاده از لباس های اندامی و کوتاه، جراحی های زیبایی و رویه‌های لاغری و سلامتی، عملیاتی شده است. در این تحقیق از عقاید گافمن، بوردیو، گیدنز و نظریه مبادله استفاده شده است. نتایج تحقیق و آماره های توصیفی و استنباطی نشان می‌دهد که میانگین مدیریت بدن برابر با ۶۲/۸ درصد است که حاکی از میزان بالای توجه زنان به بدن در همه وجوه آن اعم از آرایشی، مراقبت و ... است.

۴ - ذکایی (۱۳۸۷) در کتاب جامعه شناسی جوانان، بدن و فرهنگ تناسب را بررسی کرده است نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که به طور کلی تصویر بدنی در حد متوسط (میانگین) است و از رضایت کامل فاصله‌ی زیادی دارد که این نکته بیان‌گر دغدغه و توجه زیاد جوانان به این موضوع و اهمیت تناسب اندام در میان آنهاست. مصاحبه‌های انجام شده با دختران تابع مد و مصرف گرایی که با معیارهای ظاهری از تناسب کافی برخوردار بودند، نشان داده که آنها عموماً شرایط جسمانی خود را ایده‌آل نمی‌دانستند و مایل به کم کردن بیشتر وزن خود بودند.

همچنین بیش از ۵۳ درصد مراجعین دختر و ۳۲ درصد مراجعین پسر برای کم کردن وزن در مقطعی رژیم گرفته بودند. برای هر دو گروه پسر و دختر لباس‌های مد در جامعه و ضرورت تطبیق با آن مهم‌ترین دلیل رژیم‌های لاغری بوده است و در مرحله‌ی بعد جلب توجه جنس مخالف و تامین سلامتی و تندرستی (با اولویتی مشابه) قرار دارند. تبلیغات ماهواره‌ای و رسانه‌ای و رقابت‌های بین افراد اولویت‌های بعدی را تشکیل می‌دهند. بدین ترتیب، تن دادن به فضای غالب هنجاری در دایره‌ی تعاملات شخصی، تاثیر پذیری از پیام‌های مستقیم و غیر مستقیم رسانه‌های نو، تمایل به جلب توجه و رقابت و گاه اصرار به انتخاب سیاستی متفاوت در برخورد با بدن، از جمله زمینه‌های ذهنی موثر بر انتخاب رژیم‌های لاغری در جوانان است. این افراد عموماً رژیم‌های سخت لاغری را با مشورت پزشک یا گاه خودسرانه، مورد استفاده قرار می‌داده‌اند.

۵ - آزاد ارمکی و چاوشیان (۱۳۸۱) در پژوهشی عوامل موثر بر مدیریت بدن را بررسی کرده‌اند. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که سطوح گوناگون مدیریت بدن رابطه‌ی معناداری با متغیرهایی دارد که آشکارا دلالت فرهنگی دارند، این متغیرها عبارتند از: جنس، سن، تحصیلات، سرمایه فرهنگی، دیانت و نگرش سنتی به خانواده.