

מפגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

כרך כא • גיליון 38
טבת תשע"ד – דצמבר 2013

יוצא לאור על ידי:

אנאר

"אפשר" – עמותה לפיתוח שירותי רווחה וחינוך

בשיתוף עם:

משרד הרווחה
והשירותים החברתיים
האגף לנוער צעירים ושירותי תקון



הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף בקרב מתבגרות בישראל: זיהוי קבוצות בסיכון

יעל לצר, זוהר ספיבק ואורנה צ'שינסקי

תקציר

פתולוגיה הקשורה באכילה מייצגת טווח מחשבות והתנהגויות, מדימוי גוף שלילי עד לאנורקסיה ובולימיה נרוזה. האטיולוגיה היא רב-סיבתית וכוללת גורמים חברתיים, תרבותיים ומשפחתיים ואף גורמים אישיותיים, כמו דימוי גוף שלילי.

תחושת קוהרנטיות גבוהה נמצאה משאב להתמודדות עם מצבי לחץ וגורם מגן מפני הפרעות אכילה. מטרת המחקר הייתה לבחון את הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין דימוי גוף ופתולוגיה הקשורה באכילה ולזהות קבוצות בסיכון בקרב מתבגרות בישראל.

במסגרת המחקר, 248 נערות בנות 12–19 מילאו שאלונים לדיווח עצמי: שאלון דמוגרפי, שאלוני הפרעות אכילה (EAT-26, EDI), שאלון תחושת קוהרנטיות (SOC) ושאלון דימוי גוף (BSQ).

מניתוח הממצאים עלה קשר שלילי מובהק בין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף לבין תחושת קוהרנטיות. 22% מהנבדקות זוהו כנמצאות בקבוצת סיכון לפיתוח הפרעות אכילה, כבעלות תחושת קוהרנטיות נמוכה ודימוי גוף שלילי. לא נמצא הבדל מובהק בין משתני המחקר בקבוצות הגיל השונות.

תחושת קוהרנטיות נמצאה מנבא משמעותי להפרעות אכילה. מוצע כי התערבות למניעת הפרעות אכילה תתמקד בחיזוק תחושה זו.

מילות מפתח: הפרעות אכילה, מתבגרים, תחושת קוהרנטיות, דימוי גוף, מתבגרות בישראל

מבוא

שכיחותן של הפרעות האכילה בעולם המערבי בארבעת העשורים האחרונים נמצאת בעלייה, בעיקר בקרב נערות (Varnado-Sullivan, Zucker, Williamson, Reas & Thaw, 2001). הפרעות אכילה ופתולוגיה הקשורה באכילה מתארות מכלול של מחשבות והתנהגויות המשקפות בעיות קשות בדימוי הגוף ובתפיסתו. מכלול זה מהווה רצף, החל מדאגה בנוגע לדימוי הגוף, דרך דימוי גוף שלילי, עמדות ומחשבות לא תקינות

בנוגע לאכילה ושימוש בדרכים לקויות לוויסות משקל (דיאטה) ועד לאבדן שליטה מוחלט, המתבטא בהתפתחות הפרעות אכילה (O'dea, 2007).

הפרעות האכילה העיקריות הן אנורקסייה נרבוזה ובולימיה נרבוזה, ושיעורן בקרב הנערות והנשים הצעירות באוכלוסייה הכללית הוא כ-10%, ביחס של 2:10 בין בנות לבנים (בהתאמה) (Levine & Smolak, 2006). בישראל נצפתה מגמה דומה, אף שטרם נערך מחקר אפידמיולוגי מקיף בנושא (Latzler, Witzum & Stein, 2008; Miterany, 1995; Lubin, Chetrit & Modan, 2008). ההפרעות כרוכות בתחלואה פיזית ונפשית גבוהה ובשיעורי תמותה גבוהים, והאחרונים מוערכים בכ-6% מכלל החולות בכל עשור (Attia & Walsh, 2007).

חוסר שביעות רצון ממבנה הגוף וצורתו ודימוי גוף שלילי מוגדרים כתחושה סובייקטיבית של מחשבה והרגשה שליליות בנוגע למראה החיצוני, המתחילות כבר בגיל הילדות המאוחרת והבגרות המוקדמת (Littleton & Ollendick, 2003). עיוות בתפיסת הגוף מתייחס לתפיסה עצמית לא מותאמת למציאות האובייקטיבית באשר לצורת הגוף ומידותיו, בעיקר בקרב מתבגרות צעירות (Skemp-Arlt, 2006).

פרט להפרעות אכילה, כל שאר הפתולוגיות הקשורות באכילה אינן נכללות תחת הקריטריונים האבחנתיים הפסיכיאטריים ב-DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). עם זאת, הן נמצאות בקרב המתבגרות בשכיחות גבוהה (כ-50%) ומהוות גורם סיכון משמעותי להתפתחות הפרעות אכילה בהמשך, והן כשלעצמן בעלות השלכות רגשיות וגופניות קשות (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Skemp-Arlt, 2006). כמו כן, ממצאי מחקרים העידו על שכיחות גבוהה של אי-שביעות רצון ממבנה הגוף וצורתו כבר בגילים צעירים מאוד (בקרב כ-50% מבנות 8–11). נוסף על כך נצפתה מגמה עולה של עיסוק יתר בדיאטות ודחף לירידה במשקל למרות תקינותו (Croll, Neumark-Sztainer, Story & Ireland, 2002).

מגמה דומה נצפתה בישראל (הראל, קני ורהב, 1998). מבדיקת עמדות כלפי אכילה ופתולוגיות הקשורות באכילה בקרב מתבגרות ישראליות בנות 12–18, כ-20% מהנבדקות נמצאו כבעלות ציונים גבוהים במדדי פתולוגיות אכילה, והשיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב בנות 16–18 (Latzler & Tzischinsky, 2003, 2005). ממצאים דומים נצפו במחקרים מאוחרים יותר בישראל (לצר, 2006; Greenberg, Cwikel & Mirsky, 2006; Maor, Sayag, Dahan & Harmoni, 2007).

גורמי הסיכון

לא ניתן להצביע על גורם סיכון אחד המנבא התפתחות הפרעות אכילה על טווח הרצף הפתולוגי, אלא על שילוב של גורמי סביבה, תורשה ומשפחה. הסיכון להתפתחות הפרעות אכילה עולה אצל נערות ונשים צעירות החיות בסביבה חברתית ותרבותית מערבית מודרנית ואשר הן בעלות נטייה מוקדמת אישיותית וגנטית לפתח הפרעות אכילה (O'dea, 2007; Slof-Op't et al., 2005). להלן יוצגו חלק מגורמי הסיכון העיקריים.

גיל ההתבגרות

גיל ההתבגרות הוא תקופת מעבר המאופיינת בשינויים פיזיים ורגשיים רבים ותובעת יכולות גבוהות של כוחות נפשיים להסתגלות לשינויים אלה (Dahl & Gunnar, 2009). ככלל, תקופות מעבר התפתחותיות במהלך החיים הן פוטנציאל למשבר נורמטיבי, אשר כרוך לעתים בקשיים פסיכולוגיים והתפתחות הפרעות נפשיות, כמו דיכאון וחרדה. רוב המתבגרים מתמודדים בהצלחה עם קשיי הסתגלות בדרך לגיבוש זהות ואוטונומיה וכן עם עמידה בדרישות ולחצי ההורים, המורים ואחרים משמעותיים מחד גיסא וקבוצת השווים מאידך גיסא (מרון, סמילנסקי, פלדמן, וייסר גרנק וסמילנסקי, 1991).

בתקופת גיל זו, המתבגרים נתונים בסיכונים בריאותיים העלולים לגרום לאבדן הגדול ביותר של שנות חיים פוטנציאליות. בין הסיכונים ניתן למנות התאבדויות, התמכרויות לאלכוהול וסמים, מחלות מין, הפרעות אכילה ועוד. בשלב חיים זה, הצעירים מסגלים לעצמם התנהגויות ורוכשים הרגלי חיים הקשורים לבריאות: הרגלי תזונה ואכילה, פעילות גופנית ועישון סיגריות. הרגלים אלה יכולים לקבוע אם ישתייכו בבגרותם לקבוצת סיכון, ובאיזו רמת סיכון יהיו (Steinberg & Morris, 2001).

גיל הופעתן של הפרעות אכילה ופתולוגיה הקשורה באכילה הוא במרבית המקרים גיל ההתבגרות. אצל 85% מהלוקים בהפרעות אכילה המחלה פורצת בגילים 12–18 (Stice, Killen, Hayward & Taylor, 1998) וכרוכה בשינויים הגופניים, הגורמים לשינוי בדימוי הגוף ובדימוי העצמי (Steinberg & Morris, 2001).

בהשוואה למדינות העולם המערבי, נמצא כי המתבגרים בישראל, בנים ובנות כאחד, ממוקמים במקומות גבוהים יחסית לעמיתיהם במדינות העולם המערבי בנקיטת התנהגויות מסוכנות להורדה במשקל, כמו נטילת כדורים משלשלים או הקאות יזומות (Harel, Ellenbogen-Frankovits, Molcho, Abu-Ashas & Habib, 2002).

נערות כאוכלוסייה בסיכון

אחד הממצאים העקביים ביותר בחקר הפרעות אכילה ופתולוגיה הקשורה באכילה הוא פגיעותן הרבה של נערות ונשים צעירות למחלה זו, בהשוואה לגברים (Levine & Smolak, 2006). ההסברים נעים מהדגש חברתי למראה רזה, המופנה בעיקר לנשים (Thompson & Smolak, 2001), דרך שינויי זהות, מגדר, תפקיד ומין שעברה האישה במאה השנים האחרונות ועד לתפיסה פמיניסטית, המסבירה את הפרעות האכילה כתגובה לדיכוי העצמה הנשית שמתרחש על ידי עולם הגברים, אשר חש מאוים בשל השינויים במעמד האישה (Orbach, 2006).

בספרות המחקרית נהוג לחלק את תקופת ההתבגרות לשתי תקופות התפתחותיות עיקריות: גילי 12–14.5 וגילי 15–18 (חטיבת ביניים וחטיבה עליונה) (Steinberg, 2002), לכן נבחרו שתי קבוצות השוואה אלו למחקר הנוכחי. מספר מחקרים שנערכו הן בישראל והן בארצות אחרות, הצביעו על קבוצת הגיל הבוגרת יותר כבעלת סיכון גבוה יותר לפתולוגיה הקשורה באכילה (Latzer & Tzischinsky, 2005; Shore & Porter, 1990).

החברה והתרבות המערביות

מבין גורמי הסיכון הסביבתיים, ניתנה התייחסות משמעותית להשפעה של ערכים תרבותיים מערביים מודרניים המהווים גורמי לחץ חברתיים (Stice, 2002). ערכים אלו מאדירים את הרזון כאידאל להצלחה, יופי, נחשקות ואושר וכמדד לערך עצמי, בעיקר בקרב נשים. אמצעי התקשורת השונים הם האמצעים העיקריים המעבירים מסרים אלו (Tiggenman, 2005). כישלון בהשגת אידאל זה יכול להוביל לערך עצמי נמוך ולדימוי גוף שלילי ומעוות (Cooley & Toray, 2001).

דימוי גוף הוא מבנה קוגניטיבי מורכב, המבוסס ברובו על הערכות עצמיות של מבנה הגוף, גודלו ומראהו (Cash & Pruzinsky, 2002). הערכות קוגניטיביות אלה לעתים יכולות להיות רחוקות מהתמונה האובייקטיבית של הגוף, ובהתאם לכך אף לסבול מהטיות בהערכה, שנובעות מסיבות שונות (Stice, presnell & Bearman, 2001). הטיות אלו נפוצות יותר במהלך גיל ההתבגרות (Littleton & Ollendick, 2003), ויש להן השלכות פסיכולוגיות משמעותיות (Bekker & Boselie, 2002), כמו: דיכאון, הערכה עצמית נמוכה, שימוש בדיאטות והתנהגויות לא תקינות בנושא אוכל ומשקל. אלה האחרונות נמצאו מנבאות משמעותיות להתפתחותן של הפרעות אכילה (Stice, 2002).

על מנת לעמוד בתביעות החברתיות והתרבותיות מבלי שהערך העצמי ודימוי הגוף ייפגעו, נדרשות מן הצעירים יכולות התמודדות גבוהות לעמידה במצבי לחץ, ובכללן חוסן נפשי ותחושת קוהרנטיות.

תחושת קוהרנטיות

בשנים האחרונות קיבל מושג תחושת הקוהרנטיות, שהציע אנטונובסקי (Antonovsky, 1979), תשומת לב נרחבת בתחום מדעי החברה וההתנהגות. חשיבותו נובעת מהשינוי בתפיסת הבריאות: מעבר מעיסוק נרחב בפתולוגיה לעיסוק במניעה ובקידום הבריאות, כך שנקודת המבט התרחבה מהתמקדות בחולי ובגורמי סיכון להתמקדות בבריאות ובחוסן, והיא מתייחסת לרצף שבין בריאות לחולי (Eriksson, 2007; Hintermair, 2004). תחושת קוהרנטיות משמעה תחושה בסיסית של האדם שהעולם החיצוני מובן מספיק ושיש לו משאבים אישיים חיצוניים ופנימיים מספיקים לשנות מצבים בעייתיים בחייו, להשפיע עליהם ולהתמודד עם מצבי לחץ (Antonovsky, 1987). תחושת הקוהרנטיות היא מולדת, דינמית, מתפתחת ומתייצבת עד גיל 30, והיא בעלת שלושה מרכיבים: (א) **משמעותיות** (meaningful) – הרכיב החשוב ביותר, ומהותו היא שלאדם יש תחושת משמעות רגשית בחייו ושיש לו מטרות לשאוף אליהן. שאיפות אלה אינן נתפסות כעול ומחויבות, אלא כמטרה ראויה להשקעה; (ב) **נהילות** (manageability) – חוויית האדם שהבעיות שהוא נתקל בהן ניתנות לפתרון באמצעות משאביו הקיימים או גיוס משאבים מהסביבה הקרובה, כך שהוא אינו מרגיש קרבן של נסיבות; (ג) **מובנות** (comprehensibility) – מרכיב קוגניטיבי

המתייחס למידה שהאדם תופס את החוויות והמצבים סביבו כמובנים, כך שהוא חווה בעיות ומצבי לחץ באמצעות נקודת מבט רחבה (Antonovsky, 1987). על פי המודל הסלוטוגני שפיתח אנטונובסקי, תחושת הקוהרנטיות של האדם היא משאב התמודדות משמעותי שיקבע את מיקומו על הרצף בין התמודדות פתולוגית לבין התמודדות בריאה ויעילה עם מצבי משבר, תוך בחירת סגנונות התמודדות מתאימים בהתאם למצב ולזמן (Antonovsky, 1987).

תחושת קוהרנטיות ובריאות

הספרות המחקרית ביססה את ההנחה כי קיים קשר חיובי בין תחושת קוהרנטיות גבוהה לבין מדדי הבריאות השונים, פיזיים ונפשיים כאחד (Antonovsky, 1983; Ebert, Tucker & Roth, 2002; Eriksson & Lindstrom, 2006; Binkowska-Buri & Januszewicz, 2010), הערכה עצמית גבוהה יותר ושביעות רצון רבה יותר מהחיים (Farruggia, Chen, Greenberger, Dmitrieva & Macek, 2004; Lam, 2007) בשל יכולתם להתמודד עם המתח הרגשי הכרוך במצבי לחץ (Feld, Kokko, Kinnunen, 2002; Pulkkinen, 2005; Pallant & Lea, 2002). אנשים בעלי תחושת קוהרנטיות נמוכה ביטאו תחושת חרדה גבוהה יותר, דיכאון, שחיקה, כעס וחוסר אונים רבים יותר ונמצאו כבעלי יכולת פחותה להתמודדות עם לחץ וויסות מתחים (Ying, Leeb, 2007; Tsaic, 2007). תחושת קוהרנטיות נמוכה נמצאה קשורה לסיגול אורח חיים לא בריא, כמו עישון וצריכת אלכוהול (Kuuppelomaki & Utriainen, 2003; Wainwright, 2008; et al., 2008), ולתסמינים פיזיולוגיים סומטיים שונים (Eriksson & Lindstrom, 2006). מאכן, שאנשים בעלי תחושת קוהרנטיות גבוהה נמצאים במיקום בריא יותר על רצף הבריאות והחולי המתואר על ידי אנטונובסקי (Antonovsky, 1979, 1987), מאשר אנשים בעלי תחושת קוהרנטיות נמוכה (Feld et al., 2005). ממצאים אלה נמצאו בעקביות הן באוכלוסיית המבוגרים והן באוכלוסיית המתבגרים (Myrin & Lagerstrom, 2008).

התפתחות תחושת קוהרנטיות בקרב מתבגרות

גיל ההתבגרות הוא תקופה מכרעת להקניית הרגלים והתנהגויות מקדמי בריאות. מתבגרים בריאים נחשבים מי שעוברים בהצלחה את שלבי ההתבגרות ואת המשימות ההתפתחותיות הכרוכות בכל אחד מהם, מי שמאמצים הרגלי חיים בריאים, שמצליחים לשגשג למרות קשיי תקופת המעבר ושחווים תחושת מלאות פנימית ביחס לעצמם ולסביבתם (Rew, 2005). מאחר שתחושת קוהרנטיות היא מרכיב משמעותי בהשגת בריאות פיזית ונפשית (Ebert et al., 2002), נחקרו הגורמים המשפיעים על ביסוס תחושת קוהרנטיות בגיל זה, במטרה לזהות מאפיינים שיסייעו לקדם בריאות באוכלוסייה (Eriksson & Lindstorm, 2006). הגורמים שנמצאו משמעותיים ביותר הם: סביבה תומכת, הערכה עצמית גבוהה ותחושת

שליטה בחיים (Cederblad, Dahlin, Hagnell & Hansson, 1995; Raty, Larsson, Soderfeldt & Wilde-Larsson, 2005). כמו כן, נמצא קשר בין מעמד סוציו-אקונומי בינוני-גבוה של המשפחות לבין תחושת קוהרנטיות גבוהה של המתבגרים (Myrin & Lagerstrom, 2008).

עוד נמצא כי נערות מתבגרות גילו פגיעות רבה יותר לבעיות פסיכולוגיות שונות, כמו הפרעות חרדה ונטיות דיכאוניות, מאשר נערים (Blom, Larsson, Serlachius & Ingvar, 2009), ודיווחו יותר מנערים על תחושות פיזיות לא טובות (Currie et al., 2004). כמו כן נמצא קשר בין פגיעות זו לבין תחושת קוהרנטיות נמוכה יותר אצל נערות, בהשוואה לנערים (Honkinen et al., 2009). תחושת קוהרנטיות נמוכה בקרב נערות נמצאה גם כמנבאת תפקוד רגשי נמוך יותר מאשר אצל נערים (Moksnes, Espnes & Lillefjell, 2012). נערות בעלת תחושת קוהרנטיות נמוכה סיגלו התנהגויות לא בריאות, כמו: דילוג מכוון על ארוחת בוקר, מיעוט בשעות שינה ונקיטת גישה חיובית כלפי שימוש באלכוהול וחומרים ממכרים, והיו בעלות הערכה עצמית נמוכה (Myrin & Lagerstrom, 2008).

תפקידה של תחושת קוהרנטיות בבריאות ילדים ומתבגרים נחקרה מעט (Torsheim, Aaroe & Wold, 2001), בעיקר בשל ההנחה כי תחושה זו מתקבעת סביב גיל 30 (Antonovsky, 1987), ומכאן – שתחושת קוהרנטיות בקרב מתבגרים נמצאת עדיין בשלב התהוות, והם מגייסים אותה לפרקי זמן קצרים בלבד, בעיקר במצבי לחץ. לכן, מרבית המחקרים שנעשו בקרב אוכלוסיות מתבגרים בהקשר זה, בדקו תחושת קוהרנטיות בקרב מתבגרים אשר מצויים במצבי לחץ, כמו: טרור ומלחמות (Braun-Lewensohn & Sagy, 2010), לקויות למידה (Margalit & Efrati, 1996) ומחלות כרוניות (Baker, 1998).

הלחץ החברתי המופעל על מתבגרות בימינו להשגת רזון לא מציאותי גורם לכך שמרביתן סובלות מהערכה עצמית נמוכה, דימוי גוף שלילי ועיסוק לא תקין באוכל, צורה ומשקל. כל אלה נמצאו מנבאים משמעותיים לפיתוח כל טווח הפרעות האכילה. משום כך המחקר הנוכחי ביקש לבדוק את תפקידה של תחושת הקוהרנטיות בקרב נערות כאמצעי להתמודדות עם גורם לחץ זה.

למיטב ידיעתנו, לא נבדק עד כה הקשר בין תחושת קוהרנטיות בקרב מתבגרות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף. כמו כן לא נבדק הקשר שבין תחושת קוהרנטיות לבין סיגול אורח חיים לא בריא, כמו: עיסוק בדיאטה, דחף לרזון ותסמינים של הפרעות אכילה.

לפיכך, מטרת מחקר זה הייתה לבדוק את הקשר בין תחושת קוהרנטיות, פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף בקרב מתבגרות בישראל, וכן להשוות משתנים אלה בין קבוצות גיל וקבוצות בסיכון.

שיעורנו כי יימצא קשר בין הפרעות אכילה לבין דימוי גוף ותחושת קוהרנטיות, כך שככל שתחושת הקוהרנטיות תימצא גבוהה יותר, דימוי הגוף יהיה חיובי יותר ופתולוגיה הקשורה באכילה תהיה מעטה יותר (Antonovsky, 1979; Moksnes et al., 2012) כמו כן שיעורנו כי בקבוצת הגיל הבוגרת יותר (חטיבה עליונה) תימצא פתולוגיה רבה יותר בכל הקשור לאכילה ודימוי גוף נמוך, מאשר בקבוצת הגיל הצעירה (חטיבת ביניים) (Latzer & Tzichinsky, 2005; Shore & Porter, 1990). השערה נוספת הייתה כי הקבוצה שתימצא ברמת סיכון גבוהה להפרעות אכילה תהיה בעלת תחושת קוהרנטיות נמוכה יותר ודימוי גוף שלילי יותר מאשר הקבוצה ברמת סיכון נמוכה (Stice, 2002).

שיטה

מדגם

המדגם כלל 248 נערות יהודיות חילוניות ודוברות עברית מבית ספר תיכון שש-שנת (חטיבת ביניים ותיכון) בצפון הארץ, בטווח הגילים 12–19 (מומצע=14.8 שנים, ס"ת=1.48). 106 מן הנערות למדו בחטיבת הביניים (גילים 12–14), ו-142 בחטיבה העליונה (בנות 15–19). 93% מהנבדקות היו ילידות הארץ, כ-80% מהן התגוררו במושב, עיירה או יישוב קהילתי, כ-75% מהן הגדירו את מצבן הכלכלי כ"טוב-טוב מאוד", 52% מהאבות ו-57% מהאמהות היו ממוצא אשכנזי, 68% מהאבות ו-76% מהאמהות היו בעלי השכלה אקדמאית.

נתוני המחקר נאספו במסגרת הלימודים בבית הספר, סמוך לסוף שנת הלימודים. בנות כיתה יב לא לקחו חלק במחקר, בשל היעדרותן לקראת בחינות הבגרות. 19 (7.6%) מכלל המשתתפות סירבו להשתתף.

כלים

המשתתפות התבקשו למלא חמישה שאלונים לדיווח עצמי ופרטים אישיים:

שאלון דמוגרפי: השאלון כלל את הפרטים הבאים: גיל, משקל, גובה, ארץ לידה, מקום מגורים, מצב כלכלי, מוצא ההורים, רמת דתיות והשכלת ההורים. באמצעות המשקל והגובה של הנבדקות חושב מדד מסת גוף (BMI – Body Mass Index). מדד זה הוא המדד הנפוץ ביותר להערכת משקל תקין בקרב בני נוער ומבוגרים, והוא מחושב על ידי חילוק המשקל בגובה בריבוע (במטרים) (Prentice & Jebb, 2001). המשקל נחשב תקין אם התוצאה היא בין 18.5–26. תוצאה מעל 26 מעידה על עודף משקל, ותוצאה מתחת ל-18.5 מעידה על תת-משקל (World Health Organization, 1995). ה-BMI הממוצע של הנבדקות במחקר הנוכחי עמד על 20.23 (ס"ת=2.88).

פסיכופתולוגיה הקשורה באכילה: שאלון הפרעות אכילה – (EDI-2)

Eating Disorder Inventory

שאלון הבודק פסיכופתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה (EDI-2) (Garner, 1991) הוא אחד מהשאלונים הנפוצים ביותר לדיווח עצמי, להערכת פסיכופתולוגיה של הפרעות אכילה בקרב אוכלוסיות מערביות. שאלון זה הוא כלי רב ממדי, ונמצא בשימוש הן למטרות קליניות והן במחקר (Lee, Lee, Leung & Yu, 1997). השאלון אינו מכוון לשמש ככלי דיאגנוסטי, אלא ככלי המספק פרופיל של מאפיינים הקשורים בהפרעות אכילה ושל עצמתם. הוא תורגם לשפות רבות, כולל עברית של תת-הסולמות שנועה בין 0.82 ל-0.93. (Garner, 1991). במחקר הנוכחי, מהימנות אלפא של סך כל הפריטים שנבדקו הייתה 0.89, ובמסגרתו נעשה שימוש רק בשלושה מתוך 11 תת-הסולמות הקשורים ישירות לתסמינים של הפרעות אכילה: (א) **דחף לרזון** (פריטים: 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49): מהימנות אלפא – 0.86; הציון הגבוה ביותר שניתן לקבל בתת-סולם זה הוא 21, וציון מעל 14 נחשב פתולוגי. במחקר הנוכחי, ממוצע הציונים במדד זה היה 8.6 (ס"ת=7); (ב) **בולימיה** (פריטים: 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61): מהימנות אלפא – 0.67; הציון הגבוה ביותר שניתן לקבל בתת-סולם זה הוא 21, ממוצע הנבדקות היה 1.9 (ס"ת=2.89); (ג) **חוסר שביעות רצון מהגוף** (פריטים: 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62): מהימנות אלפא – 0.89; הציון הגבוה ביותר שניתן לקבל בתת-סולם זה הוא 27, במחקר הנוכחי ממוצע הציון של הנבדקות היה 8.52 (ס"ת=7).

שאלון עמדות כלפי אכילה – The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)

שאלון (EAT-26) (Garner & Garfinkel, 1979), הוא אחד מהשאלונים הנפוצים להערכת עמדות כלפי אכילה. השאלון אינו כלי דיאגנוסטי, אלא כלי שמטרתו לאתר קבוצות בסיכון לפיתוח הפרעות אכילה. הוא מכיל 26 פריטים, אשר מדורגים על סולם ליקרט בעל שש דרגות ומחולקים לשלושה תת-סולמות: בולימיה, דיאטה ושליטה אוראלית. ציון של 20 ומעלה מהווה ציון חיתוך המצביע על פסיכופתולוגיה של הפרעות אכילה (יאנקו ואפטר, 1992). במחקר הנוכחי ממוצע התשובות עמד על 13 (ס"ת=10). השאלון נמצא ככלי תקף ומהימן ותורגם לשפות רבות, ובכללן לעברית (Ianuca, 1990). המחברים דיווחו על מהימנות פנימית של 0.70. (Garner, Olmstad, & Polivy, 1983). במחקר הנוכחי נמצאה מהימנות פנימית של 0.84.

שאלון לבדיקת דימוי גוף – Body Shape Questionnaire (BSQ)

שאלון BSQ (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) כולל 34 פריטים, המדורגים בסולם ליקרט בן שש דרגות, ואשר שואלים את הנבדק שאלות בנוגע לדרך שבה הוא חווה ומרגיש את גופו במהלך ארבעת השבועות האחרונים. הציון נע בין 34

ל-204 נקודות, וככל שהציון גבוה יותר, חוסר שביעות הרצון של הנבדק מגופו רבה יותר. ניקוד מעל 98 מעיד על דימוי גוף שלילי. במחקר הנוכחי ממוצע התשובות עמד על 87.34 (ס"ת=40.82). המהימנות הפנימית במחקר הנוכחי עמדה על 0.97. ותאמה את דיווחי המחקרים.

שאלון תחושת קוהרנטיות – (SOC) Sense of Coherence

השאלון חובר, הן בעברית והן באנגלית, על ידי אנטונובסקי, ומטרתו לבדוק את תחושת הקוהרנטיות של הפרט. השאלון כולל 29 פריטים, המדורגים על סולם ליקרט בן שבע דרגות, הנעות מ-1 ("אף פעם") ל-7 ("תמיד"). השאלון מתייחס לשלושת מרכיבי תחושת קוהרנטיות: **מובנות, נהילות ומשמעותיות**. בכל פריט הנשאל מתבקש לבחור במספר המסמל בצורה הטובה ביותר את דעתו או הרגשתו. מהימנות הכלי נמדדה לפי אלפא קרונבך ונמצאה בטווח של 0.84–0.93; תקפות הכלי נבדקה בעזרת כמה מחקרים, שבהם אוששו ההשערות על הקשר השלילי בין קוהרנטיות ללחץ ועל הקשר החיובי בין תחושת הקוהרנטיות לבריאות (Antonovsky, 1987). הציון הכללי הוא ממוצע ציוני 29 הפריטים לאחר היפוך הכיוון ב-13 מהם (1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27). ציון גבוה במדד פירושו תחושת קוהרנטיות גבוהה. במחקר הנוכחי הציון הממוצע של הנבדקות במדד הכללי היה 4.56 (ס"ת=0.76). המהימנות הפנימית הייתה 0.87. ותאמה את דיווחי המחקרים.

הליך

המחקר קיבל את אישור המדען הראשי של משרד החינוך ואת אישור הנהלת רשת בתי הספר שבה הוא נערך. כחלק מהדרישות, להורי התלמידות נשלחו מכתבים, ובהם הוצגה מטרת המחקר, תוך הדגשת האנונימיות של המשתתפות. הורה שהתנגד להשתתפות בתו במחקר התבקש להחזיר את המכתב חתום למחנכת הכיתה. המשתתפות קיבלו הסבר כללי על מטרת המחקר, וניתנה להן אפשרות לבחור אם לקחת בו חלק, וכן הובהר להן שהן תוכלנה לעזוב בכל עת. השאלונים מולאו במסגרת שיעורי ספורט, שבהם הבנות נפרדות מן הבנים. בכל שיעור השתתפו שתי כיתות. השאלונים מולאו באמצעות מחשב.

ניתוח נתונים

לצורך ניתוח הנתונים נעשה שימוש במבחני t , מבחני ניתוח שונות, מתאמי פירסון ורגרסיה היררכית בצעדים. בשלב ראשון נבחנו המתאמים בין המשתנים השונים. בשלב הבא נבחנו ההבדלים באמצעות מבחני t בין הגילים, על פי החלוקה לצעירות (12–14.5) ולבוגרות (מעל 14.5). לאחר מכן נעשתה השוואה בין הגילים, על פי אלו שקיבלו ציון פתולוגי במדדי הפרעות אכילה (הציון הכולל במדדי EAT-26 > 20) – קבוצה ברמת סיכון גבוהה, לבין אלו שציונם לא היה פתולוגי בכל המשתנים – קבוצה

ברמת סיכון נמוכה. לבסוף נערכה רגרסיה היררכית בצעדים, להבנת הקשר שבין קוהרנטיות, דימוי גוף ופתולוגיה הקשורה באכילה.

ממצאים

מחקר זה בחן את הקשר בין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף לבין תחושת קוהרנטיות בקרב מתבגרות בישראל. כמו כן נערכה השוואה בין רמות סיכון להפרעות אכילה והשוואה בין קבוצות גיל.

בחישוב מתאמי פירסון, נמצא קשר שלילי מובהק סטטיסטית בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה, כך שככל שתחושת הקוהרנטיות הייתה נמוכה יותר, רמות הפתולוגיה הקשורה באכילה נמצאו גבוהות יותר. כמו כן נמצא קשר חיובי מובהק סטטיסטית בין דימוי גוף לבין קוהרנטיות, כך שככל שתחושת הקוהרנטיות הייתה נמוכה יותר, גם דימוי הגוף היה נמוך יותר. יודגש כי המתאמים שנמצאו היו מובהקים ובכיוון המשוער; עם זאת, חלק מהמתאמים נמצאו גבוהים יותר (דימוי גוף) וחלקם בעצמה בינונית (דחף לרזון ואי-שביעות רצון מהגוף) וחלשה (מדדי עמדות כלפי אכילה). המתאמים שנמצאו גבוהים ביותר היו בין תחושת קוהרנטיות כללית ומרכיביה לבין דחף לרזון, חוסר שביעות רצון מהגוף וכן דימוי גוף, שהיה הגבוה מכולם.

נמצא הבדל מובהק בין הקשר של קוהרנטיות לדימוי גוף ובין הקשר בין קוהרנטיות למדדי הפרעת אכילה כלליים ($z=5.04, p<.0001$). מכאן שתחושת קוהרנטיות קשורה חזק יותר לדימוי גוף מאשר למדדי הפרעות אכילה כלליים.

לוח 1: מתאמים בין קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף

משתנים	קוהרנטיות כללית	מובנות	נהילות	משמעות
EAT-26				
EAT-26 (ציון כולל)	-.19**	-.19**	-.17**	-.12*
נטייה לדיאטה	-.23**	-.20**	-.22**	-.130*
אנורקסייה שליטה אוראלית	.10	.04	.12	.06
בולימיה	-.23**	-.19**	-.21**	-.15*
EDI2				
דחף לרזון (dt)	-.29**	-.21**	-.30**	-.21*
חוסר שביעות רצון מהגוף (bd)	-.38**	-.29**	-.34**	-.32**
בולימיה (bul)	-.24**	-.20**	-.19**	-.21**
דימוי גוף (BSQ)	-.43**	-.33**	-.41**	-.36**

** $p<.01$, * $p<.05$

בבדיקת ההבדלים בין הגילים על פי החלוקה לשתי רמות גיל – קבוצה צעירה (12–14.5) וקבוצה בוגרת (מעל 14.5), נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בשאלון קוהרנטיות בממד משמעות בלבד ($t=2.24, p<.026$). לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות בכל השאלונים בנושא פתולוגיה הקשורה באכילה וכן לא בממד מסת הגוף (BMI).

אוכלוסיית המחקר חולקה גם לשתי רמות סיכון להפרעות אכילה – האחת ברמת סיכון גבוהה והשנייה ברמת סיכון נמוכה. על פי שאלון EAT-26, הקבוצה בסיכון גבוה להפרעות אכילה (22.7%) הייתה זו שציונה הכולל בשאלון היה מעל 20 (ממוצע=28.63, ס"ת=26.5), ואילו ציונה הכולל של הקבוצה בסיכון נמוך היה מתחת ל-20 (ממוצע=8.47, ס"ת=8).

במבחני t על פי החלוקה לקבוצות אלו נמצאו ביניהן הבדלים מובהקים, כך שהקבוצה ברמת סיכון גבוהה נמצאה בעלת רמת קוהרנטיות נמוכה יותר במובהק מזו של הקבוצה ברמת סיכון נמוכה ($t=3.7, p<.000$) (קבוצה בסיכון גבוה – ממוצע=0.85, ס"ת=4.2; קבוצה ברמת סיכון נמוכה – ממוצע=0.7, ס"ת=4.67).

במבחני t על פי החלוקה לרמות הסיכון נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות, כך שהקבוצה ברמת סיכון גבוהה נמצאה בעלת דימוי גוף שלילי במובהק, בהשוואה לקבוצה בסיכון נמוך, שנמצאה בעלת דימוי גוף חיובי ($t=-18.4, p<.000$) (קבוצה ברמת סיכון גבוהה – ממוצע=142.13, ס"ת=24; קבוצה ברמת סיכון נמוכה – ממוצע=71.82, ס"ת=28.9).

במבחני t על פי החלוקה לקבוצות רמות סיכון נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בממד מסת הגוף, BMI והקבוצה ברמת סיכון גבוהה נמצאה בעלת מסת גוף BMI גבוהה יותר במובהק מזו של הקבוצה ברמת סיכון נמוכה ($t=-3, p=.004$) (קבוצה ברמת סיכון גבוהה – ממוצע=19.21, ס"ת=2.8; קבוצה ברמת סיכון נמוכה – ממוצע=19.9, ס"ת=2.78).

על פי חלוקה לגילים נמצא כי 20% מקבוצת הגיל הצעירה (12–14.5) נמצאו ברמת סיכון גבוהה, ואילו מקבוצת הגיל הבוגרת (מעל 14.5), 24.8% נמצאו ברמת סיכון גבוהה.

בניתוח שונות דו-כיווני לבחינת השפעת גיל (שתי רמות גיל) ורמות סיכון (שתי רמות) נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במשתנה הקוהרנטיות, בדימוי גוף ובמדדים של דחף לרזון (על פי EDI), אי-שביעות רצון מהגוף (EDI-bd) והתנהגות בולימית (EDI-bul). להלן הפירוט של המשתנים:

קוהרנטיות כללית – נמצא הבדל מובהק בממד הקוהרנטיות הכללית בין רמות הסיכון ($f=22.42, df=1,238, p<.0001$), ובמשתנה הגיל ($f=5.79, df=1,238, p<.017$), וכן נמצאה אינטרקציה בין קבוצות גיל לרמות סיכון ($f=6.04, df=1,238, p<.01$), כך שבקרב קבוצת הבנות הצעירות ברמת הסיכון הגבוהה רמת הקוהרנטיות הכללית הייתה הנמוכה ביותר (ראו לוח 2).

לוח 2: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי דימוי גוף ומדדי הפרעות באכילה על פי קבוצות גיל ורמות סיכון

	גיל <14.5		גיל 12-14.5		
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
0.73	4.67	0.67	4.67	רמת סיכון נמוכה	קוהרנטיות כללית
0.76	4.41	0.88	3.84	רמת סיכון גבוהה	
0.86	3.94	0.66	4.05	רמת סיכון נמוכה	קוהרנטיות – מובנות
0.93	3.67	0.93	3.28	רמת סיכון גבוהה	
0.82	5.55	0.98	5.37	רמת סיכון נמוכה	קוהרנטיות – משמעותיות
0.80	5.40	0.96	4.76	רמת סיכון גבוהה	
0.90	4.84	0.80	4.91	רמת סיכון נמוכה	קוהרנטיות – ניהוליות
0.85	4.49	1.11	3.89	רמת סיכון גבוהה	
30.06	75.13	27.26	68.18	רמת סיכון נמוכה	דימוי גוף
24.83	141.94	23.24	142.41	רמת סיכון גבוהה	
4.44	3.76	4.53	3.89	רמת סיכון נמוכה	EDI דהף לרזון
3.48	14.26	5.36	12.18	רמת סיכון גבוהה	
6.25	6.08	6.0	6.49	רמת סיכון נמוכה	EDI אי-שביעות רצון מהגוף
5.77	15.68	4.51	17.14	רמת סיכון גבוהה	
2.33	1.43	2.59	1.46	רמת סיכון נמוכה	EDI בולימיה
3.22	3.44	4.41	3.48	רמת סיכון גבוהה	

קוהרנטיות מדד מובנות – נמצא הבדל בין רמות הסיכון ($f=16.19, df=1,238, p<.0001$), אך לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין קבוצות גיל, ולא נמצאה אינטראקציה בין גיל לרמות הסיכון. אי-לכך, בקרב רמת הסיכון הגבוהה רמת קוהרנטיות מובנות נמוכה יותר.

קוהרנטיות מדד משמעותיות – נמצא הבדל ברמות הסיכון ($f=7.14, df=1,238, p<.008$) וכן הבדל בין קבוצות הגיל ($f=8.6, df=1,238, p<.004$). לא נמצאה אינטראקציה מובהקת סטטיסטית בין גיל לרמות הסיכון. אי-לכך, בקרב רמת הסיכון הגבוהה בגיל הצעיר רמת קוהרנטיות משמעותיות היא הנמוכה ביותר.

קוהרנטיות מדד נהילות – נמצא הבדל בין רמות הסיכון ($f=23.59, df=1,238, p<.0001$) וכן נמצאה אינטראקציה מובהקת סטטיסטית בין גיל לרמות הסיכון ($f=6.01, df=1,238, p<.02$). אי-לכך, בקרב קבוצת הבנות הצעירות רמת קוהרנטיות ניהוליות היא הנמוכה ביותר.

בשאלון דימוי גוף – המובהקות הסטטיסטית נובעת מההבדל בין רמות הסיכון ($f=267.28, df=1,246, p<.0001$), כך שבקרב הקבוצה ברמת סיכון גבוהה דימוי הגוף

שלילי יותר. לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל וכן לא נמצאה אינטראקציה בין גיל לרמות סיכון.

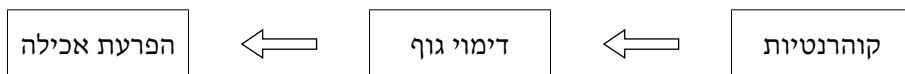
בממד דחף לרזון – נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין רמות הסיכון ($f=186.57$, $df=1,246$, $p<.0001$), כך שלקבוצה ברמת הסיכון הגבוהה דחף לרזון גבוה יותר. לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל וכן לא נמצאה אינטראקציה בין גיל לרמות סיכון.

בממד אי-שביעות רצון מהגוף – נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין רמות הסיכון ($f=116.57$, $df=1,239$, $p<.0001$), כך שהבנות מהקבוצה ברמת הסיכון הגבוהה שבעות רצון מגופן פחות מבנות הקבוצה האחרת. לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל, וכן לא נמצאה אינטראקציה בין גיל לרמות סיכון.

בממד בולימיה – נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין רמות הסיכון ($f=21.15$, $df=1,239$, $p<.0001$), כך שלקבוצה ברמת סיכון הגבוהה יש תסמינים בולימיים רבים יותר. לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל, וכן לא נמצאה אינטראקציה בין גיל לרמות סיכון (ראו לוח 2).

בניתוח רגרסיה היררכית בצעדים נבדק כיצד המשתנה הבלתי תלוי – תחושת קוהרנטיות, מסביר את המשתנה התלוי – רמות סיכון להפרעת אכילה (sumeat), באמצעות משתנה מתווך – דימוי גוף (שגם הוא משתנה תלוי). על מנת להוכיח תיווך נבדקו שלושה תנאים: (א) המתאם בין קוהרנטיות לבין דימוי גוף ($r=-.417$, $p<.000$); (ב) המתאם בין קוהרנטיות ורמות סיכון להפרעות אכילה ($r=-.213$, $p<.001$); (ג) ירידה בערך של β לאחר הכנסת המשתנה המתווך דימוי גוף. נמצא ניבוי מובהק סטטיסטית של רמות הסיכון להפרעות אכילה על ידי קוהרנטיות ($\beta=.213$, $p<.001$), וכאשר מכניסים את המשתנה דימוי גוף לרגרסיה, אמנם ערך ה- β יורד, אך נשאר מובהק סטטיסטית ($\beta=.132$, $p>.004$), ומכאן ניתן להסיק כי דימוי גוף הוא מתווך חלקי. נוסף על כך נערך מבחן SOBEL להוכחת תיווך. לאחר ששני המבחנים המקדימים נמצאו מובהקים, נבדק ה-c-prime. מבדיקה זו ניתן לראות כי משתנה הקוהרנטיות נמצא מובהק ($t=2.94$, $p=.004$), ומכאן שהמשתנה דימוי גוף הוא משתנה מתווך מובהק וחלקי.

איור 1: קשר של תיווך בין קוהרנטיות להפרעות אכילה באמצעות דימוי גוף



(מתווך מובהק וחלקי)

דיון ומסקנות

מטרות המחקר הנוכחי היו: (א) לבדוק את הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף בקרב מתבגרות בישראל; (ב) לערוך השוואה בין רמת סיכון גבוהה לאלו ברמת סיכון נמוכה בקרב מתבגרות צעירות ובוגרות,

ביחס למשתנים: קוהרנטיות, דימוי גוף ופתולוגיה הקשורה באכילה; (ג) לבדוק, האם דימוי גוף יסביר את הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין רמות סיכון לפתח הפרעת אכילה.

מרבית השערות המחקר אוששו. בבדיקת הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף בקרב מתבגרות בישראל, נמצא כי קיים קשר שלילי מובהק סטטיסטית בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה, כך שככל שתחושת הקוהרנטיות הייתה נמוכה יותר, הפתולוגיה הקשורה באכילה הייתה גבוהה יותר. בין תחושת קוהרנטיות לבין דימוי גוף נמצא קשר חיובי מובהק סטטיסטית, כך שככל שתחושת הקוהרנטיות הייתה גבוהה יותר, דימוי הגוף היה חיובי יותר, וההפך.

ממצאים אלו מחזקים ממצאי מחקרים קודמים, שהצביעו על גיל ההתבגרות כתקופת לחץ, בעלת פוטנציאל להשלכות בריאותיות נפשיות (Murray, Byrne & Riger, 2011) ועל הקשר החזק בין תחושת קוהרנטיות לבין בריאות פיזית ונפשית (Antonovsky, 2002; Ebert et al., 1983), ומוסיפים עליהם. כמו כן הם מוסיפים גם לממצאים קודמים אשר הראו כי תחושת קוהרנטיות נמוכה קשורה לאורח חיים לא בריא ולתסמינים סומטיים שונים (Antonovsky & Sagy, 1986; Kuuppelomaki & Utriainen, 2003; Nyamathi, 1991; Wainwright et al., 2008) ובכללם מצוקה נפשית גבוהה, לחץ ודיכאון (Feld et al., 2005; Pallant & Lea, 2002). ניתן להסביר את ממצאי המחקר הנוכחי בכך שהמצוקה הנפשית במקרה זה התבטאה בפתולוגיה הקשורה באכילה, וכללה רצף של מחשבות והתנהגויות לא תקינות בנושא דימוי גוף, אכילה וויסות משקל (דיאטה) (O'dea, 2007). ממצאי הרגרסיה ההיררכית בצעדים אף חיזקו הסבר זה, שכן המודל שהתגבש הראה כי הקשר השלילי המובהק סטטיסטית בין קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה, מתווך באופן חלקי על ידי דימוי גוף. מודל זה מציע להרחיב את המודל הסלוטוגני שפיתח אנטונובסקי גם בהקשר של הפרעות אכילה ודימוי גוף.

הסבר נוסף למודל זה יכול להישען על כך שבגיל ההתבגרות דימוי הגוף מושפע ממספר גורמי לחץ משמעותיים: נורמות חברתיות, קבוצת השווים (Ata, Ludden & Lally, 2002; Prichard & Tiggemann, 2005; Stice, 2002) ואינטראקציה עם הסביבה גם באמצעות השוואה בלתי מודעת לאחרים משמעותיים (Thompson & Stice, 2001). גורמי הלחץ השונים המאפיינים תקופת גיל זו דורשים מהמתבגרים כוחות התמודדות, ובהיעדרם קיים איום לבריאותם הפיזית והנפשית (Byrne, Davenport & Mazanov, 2007). בכך ממצאי המחקר הנוכחי מדגישים את החוסן הנפשי, או הקוהרנטיות, כמשאב התמודדות אשר עשוי לעזור בהפחתת הלחץ, ובהתאם – לשיפור בדימוי גוף ובפתולוגיה הקשורה באכילה.

הסבר נוסף למודל שהתגבש נוגע למאפייני גיל ההתבגרות. מתבגרות נוטות להשוות עצמן לדמויות נשיות המציגות אידאלים גופניים בלתי אפשריים, בלתי מציאותיים ובלתי מושגים (Ata et al., 2007). ככל שהן חוות פער גדול יותר בין מושאי השוואתם לבין עצמן, גוברות תחושות הלחץ, התסכול והנחיתות, הביטחון וההערכה העצמית

מתערערים ודימוי הגוף נפגע (Goethals, 1986; Major, Testa & Bylsma, 1991; Richins, 1991; Tiggemann & McGill, 2004). כמו כן, בגיל ההתבגרות קבוצת השווים מהווה גורם לחץ משמעותי על המתבגרת. נמצא כי הקנטות וביקורת על המראה החיצוני מצד בני הגיל מחזקים אף הם את דימוי הגוף השלילי. דבר זה הופך בעייתי במיוחד בשילוב מסרים חברתיים המקדשים אידאל רזון לא מציאותי (Dunkley, Wertheim & Paxton, 2001; Jones, 2004; Stice, Presnell & Spangle, 2002). מכאן, שהלחצים החברתיים המשולבים שעמן מתמודדות מתבגרות בימינו בכל הקשור לאידאל היופי, יכולים להשפיע על תדמיתן, על הערכתן העצמית ועל דימוי הגוף שלהן (McVey, Pepler, Davis, Flett & Abdolell, 2002; Stice 2002) ובכך הם מהווים גורמי סיכון משמעותיים לפיתוח הפרעות אכילה (Stice, 2002). זאת במיוחד לאור הממצא בספרות כי דימוי גוף שלילי הוא המנבא העיקרי להתפתחותן של התנהגויות לא תקינות בנושא אכילה ומשקל, כמו דיאטה (Stice, 2002). בהקשר של תחושת קוהרנטיות גבוהה כאמצעי יעיל להתמודדות עם לחצים, ניתן להבין את מודל המחקר הנוכחי תוך התבססות על המודל הסלוטוגני (Antonovsky, 1979), שטוען כי לאנשים בעלי תחושת קוהרנטיות גבוהה יכולת טובה יותר להתמודד עם לחצים ולווסת מתחים, וכי רווחתם הנפשית והערכתם העצמית גבוהות יותר (Pallant & Lea, 2002; Soderfeldt, Soderfeldt, Ohlson, Theorell & Jones, 2000). מכאן, שהבנת הקשר בין תחושת קוהרנטיות גבוהה לבין התמודדות עם לחצים חברתיים ותרבותיים, היא מהותית בהבנת גורמי החוסן עבור מתבגרים. ניתן להניח בזהירות כי במובן זה, תחושת קוהרנטיות גבוהה עשויה להוות גורם מגן ובולם מפני התפתחות הפרעות אכילה, באמצעות גיבוש דימוי גוף חיובי.

מאחר שאוכלוסיית המחקר הנוכחי הייתה אוכלוסיית מתבגרות שלא הוגדרה כפתולוגית, אלא כאוכלוסייה נורמטיבית, ניתן לשער כי ההתנהגויות הלא תקינות, כמו דחף לרזון ודיאטה, לא היו עדיין דומיננטיות, וכי מה שקדם להן הוא דימוי גוף שלילי, שנמצא משמעותי יותר במחקר הנוכחי. מכאן החשיבות לזיהוי רמות סיכון. בהשוואות שנערכו בין מתבגרות צעירות ובוגרות בשתי רמות הסיכון, ביחס למשתנים קוהרנטיות, דימוי גוף ופתולוגיה הקשורה באכילה, נמצא כי בקרב הנערות מרמת הסיכון הגבוהה הייתה תחושת קוהרנטיות נמוכה יותר, דימוי גוף שלילי יותר, אי-שביעות רצון רבה יותר מהגוף ודחף גבוה יותר לרזון מאשר בקרב הנערות מרמת הסיכון הנמוכה.

כמו כן נמצא כי אחוז המתבגרות אשר על פי ממצאי שאלון EAT-26, ציוןן בפתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה היה גבוה (<20-), עמד במחקר הנוכחי על 22.7%, ובקבוצה הבוגרת נמצאו אחוזי פתולוגיה גבוהים יותר מאשר בקבוצה הצעירה. קבוצה זו נמצאה כבעלת תחושת קוהרנטיות ודימוי גוף נמוכים יותר במובהק סטטיסטית מאשר הקבוצה ברמת סיכון נמוכה.

ממצאים אלה מצביעים על מגמת עלייה אטית במאפיינים של פתולוגיה הקשורה באכילה בקרב מתבגרות בישראל, שכן לפני כ-15 שנה, 18% מהמתבגרות שנבדקו

נמצאו בעלות ציונים גבוהים במדדים אלה (אפטר, הטב, ויצמן וטיאנו, 1997), לפני שבע שנים, הממצאים הצביעו על 19.5% מהמתבגרות כבעלות פתולוגיה הקשורה באכילה מזו, נצפתה גם ירידה בגיל באחוזי הפסיכופתולוגיה הקשורה באכילה. בקרב הצעירות, הסיכון לפתח הפרעות אכילה עמד על 20%, ואילו בקבוצה הבוגרת – על 24%.

ניתן להסביר ממצאים אלו מתוך התבססות על ממצאים קודמים, שמצאו קשר שלילי בין גיל המתבגרת לדימוי גוף (Al Sabahh et al., 2009; Barker & Galambos, 2003). מכאן, ניתן אולי להסיק כי מגמת העלייה באחוזי הפתולוגיה נובעת מעלייתה בקרב הצעירות, ופחות בקרב הבוגרות. ממצא זה מדאיג משהו ומחדד את הצורך בהתערבות בגילים צעירים יותר. אחד ההסברים האפשריים למגמת העלייה במאפייני פתולוגיה הקשורה באכילה בכלל ובגיל הצעיר בפרט הוא שאוכלוסיית המתבגרים בישראל נחשפת לאמצעי התקשורת, על כל ערוציהם, יותר מאוכלוסיות מערביות אחרות בעולם, ועל כן היא מושפעת יותר מהלחצים הכרוכים בכך (Currie et al., 2008; Shohat, Flint-Bretler & Tzischinsky, 2010), ובהקשר זה – מהמסרים החברתיים הרבים המקדשים את אידאל הרזון (Grabe, Hyde & Ward, 2008; Lawler & Nixon, 2000; Tiggemann, 2002; Ricciardelli, McCabey & Banfield, 2011). ידועה כמובילה בחזית הטכנולוגית, ובהתאם, בני הנוער הם המשתמשים העיקריים באמצעי התקשורת והמושפעים העיקריים מהחשיפה להם (בוניאל-ניסים, 2010).

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי שלוש מגבלות עיקריות: הראשונה נוגעת בהומוגניות של אוכלוסיית המחקר – הנבדקות היו נערות מאזור בצפון הארץ, שבו ישנה אוכלוסייה כפרית ועירונית כאחד. מרבית הנבדקות באו מרקע סוציו-אקונומי בינוני. מכאן, שלא ניתן להכליל ממצאים אלה על כלל האוכלוסייה בישראל ומוצע לבחון משתני מחקר זה על אוכלוסיות מתבגרים מרקע ומאזורי מגורים אחרים; השנייה נוגעת לשימוש במחקר בשאלונים לדיווח עצמי. שימוש זה סיפק הערכה סובייקטיבית, ולא שיקף בהכרח הערכה אובייקטיבית של פתולוגיה; השלישית היא כי לא ניתן להכליל ממצאי מחקר זה על סיבתיות, כך שיתכן שהקוהרנטיות מושפעת מדימוי הגוף והפרעות האכילה, ולא רק משפיעה עליהם.

סיכום, השלכות והמלצות יישומיות

למיטב ידיעתנו, מחקר זה הוא הראשון שבחן את הקשר שבין סיכון לפתח הפרעות באכילה, דימוי גוף ותחושת קוהרנטיות בקרב מתבגרות בישראל. ממצאי המחקר העלו מתאמים מובהקים סטטיסטית בין תחושת קוהרנטיות נמוכה לבין מדדים גבוהים של פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף שלילי. ממצאים אלו הוסיפו נדבך ראשוני ומשמעותי לתאוריה העוסקת במקורות החוסן הנפשי ולקשר שלה לסיגול התנהגויות בריאות בקרב מתבגרות, תוך הדגשת הקשר המשמעותי של דימוי גוף

שלילי לפתולוגיה הקשורה באכילה ולתחושת קוהרנטיות נמוכה. מחקר זה חיזק את הבנת הקשר בין תחושת קוהרנטיות גבוהה ליכולת טובה יותר להתמודד עם לחצים. במיוחד הודגשו לחצים חברתיים, המאדירים את הרזון כמודל לא מציאותי ליופי והצלחה. הכרה זו מהותית עבור אנשי המקצוע להבנת גורמי החוסן לעמידה בפני לחצים ולקידום בריאות נפשית ובריאות פיזית בקרב מתבגרות.

ערכם של ממצאים אלה בעובדה כי גיל ההתבגרות הוא תקופה קריטית לפיתוח של התנהגויות בריאות או חולי, המשליכות על שאר תחומי החיים ועל העתיד, ויש חשיבות רבה למניעה הממוקדת של הפרעות אכילה בקבוצת גיל זו, ובמיוחד בקבוצת הגיל הצעירה.

הממצאים חידדו את הנחיצות בפיתוח, יישום והטמעה של תכניות מניעה המדגישות את היכולת לעמוד בפני לחצים חברתיים, בדגש על ביסוס תחושת קוהרנטיות גבוהה הנבנית באמצעות משמעות, מובנות ונהילות, ובתורה יכולה להביא לתחושת עצמה. נמצא, כי תחושת קוהרנטיות מבוססת היא אחד המרכיבים המשמעותיים של תחושת עצמה (הוצלר, חכם ופליס, 2002).

תכניות מסוג זה חיוניות בשל יכולתן להפחית את המחרים הפיזיים, החברתיים והנפשיים שכרוכים בהפרעות אכילה, הקשות כל כך לטיפול (Kenardy, Brown & Vogt, 2001). תכניות מניעה רבות בתחום זה התמקדו ביישום מיומנויות לפתרון בעיות, בביסוס הערכה עצמית ובהפחתת הלחץ הכרוך בהסתגלות לשינויים הפיזיים בגיל ההתבגרות (McVey, Davis, Tweed & Shaw, 2004; McVey, Tweed & Blackmore, 2007). תכניות אלה השיגו שינויים קצרי טווח בחיזוק ההערכה העצמית ודימוי הגוף של המתבגרות, ולא הצליחו לבסס שינויים בהתנהגויות הבלתי תקינות בנושא אכילה ומשקל (Paxton, 2002). לאור הממצאים הראשוניים של מחקרנו בדבר הקשר החיובי בין תחושת קוהרנטיות לבין דימוי גוף, אנו מציעות לבסס תכניות מניעה על חיזוק תחושת הקוהרנטיות בקרב מתבגרות, במטרה להשיג שינויים מחשבתיים והתנהגותיים ארוכי טווח.

מאחר שתחושת קוהרנטיות מתקבעת רק סביב גיל 30 (Antonovsky, 1987), ניתן לקוות כי התערבות שתתמקד בחיזוק תחושת הקוהרנטיות בקרב מתבגרות, תשיג את התוצאות המבוקשות. חיזוק זה יכול להתבצע באמצעות ביסוס תחושת עצמה. תחושת עצמה נמצאה כגורם מגן על נשים מפני הפרעות אכילה, והיא מבוססת על ההסבר להפרעות אכילה על פי התאוריה הפמינסטית (Chrisler & Lamont, 2002). תאוריה זו מסבירה את הפרעות האכילה כתגובה לדיכוי העצמה הנשית שמתרחש על ידי עולם הגברים, אשר חש מאוים בשל השינויים במעמד האישה (Orbach, 1978). זהות נשית פמיניסטית הוגדרה כתחושת הערכה עצמית נשית גבוהה, ללא תלות במראה החיצוני (Wolf, 1991). נשים בעלות תחושת עצמה גבוהה מסוגלות לנקוט עמדה ביקורתית כלפי הנורמות החברתיות המקובלות בנוגע לאידאל הרזון ולפעול לפי האמונות האישיות שלהן, ולא בהכרח על פי הנורמות הקולקטיביות (Murnen & Smolak, 2009).

מקורות

- אפטר, א', הטב, י', ויצמן, א' וטיאנו, א' (1997). **פסיכיאטריה של הילד והמתבגר**. תל אביב: דיגון. בוניאל-ניסים, מ' (2010). רוצה להיות חבר שלי? על חברות ואלימות בקרב ילדים ובני נוער בפייסבוק. **עט השדה**, 5, 21–27.
- הוצלר, י', חכם, ע' ופליס, א' (2002). אוריינטציה, איכות חיים, תפקוד גופני ופעילות גופנית של ילדים עם נכויות משולבים ושאינם משולבים במערכת החינוך הרגילה: השלכות לשילוב והעצמה. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום**, 17, 35–45.
- הראל, י', קני, ד' ורהב, ג' (1998). **נוער בישראל**. ירושלים: מכון ברוקדייל.
- יאנקו, י' ואפטר, א' (1992). אנורקסייה נרבוזה: הצורך בשאלון סיקור. **הרפואה**, 122, 315–317.
- לצר, י' (2006). הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול. **חברה ורווחה**, 4(4), 479–502.
- מרון, מ', סמילנסקי, מ', פלדמן, ש', וייסר גרנק, ר' וסמילנסקי, ש' (1991). **אתגר ההתבגרות: צרכים, לחצים והתמודדות** (כרך ה). תל אביב: רמות.
- Al Sabbah, H., Vereecken, C., Elgar, F., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., et al. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: International cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9, 1–10.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1983). The sense of coherence: Development of a research instrument. *Newsletter and Research Report of the W.S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine, Tel Aviv University*, 1, 11–22.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situation. *Journal of Social Psychology*, 126, 213–225.
- Ata, R. N., Ludden, B. A., & Lally, M. (2007). The effect of gender and family, friend, and media Influences on eating behaviors and body image during adolescence. *International Journal of Youth & Adolescence*, 36, 1024–1037.
- Attia, E., & Walsh, T. (2007). Anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1805–1809.
- Baker, L. K. (1998). Sense of coherence in adolescents with cystic fibrosis. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson & J. I. Fromer (Eds.), *Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency* (pp. 107–124). Los Angeles: Sage.
- Barker, E. T., & Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction in adolescent girls and boys; Risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence*, 23, 141–165.
- Bekker, M. H. J., & Boselie, A. H. M. (2002). Gender and stress: Is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health*, 18, 141–149.
- Binkowska-Bury, M., & Januszewicz, P. (2010). Sense of coherence and health related behavior among university students: A questionnaire survey. *Central European Journal of Public Health*, 18, 145–150.

- Blom, H., Larsson, O., Serlachius, E., & Ingvar, M. (2009). The differentiation between depressive and anxious adolescent females and controls by behavioral self-rating scales. *Journal of Affect Disorders, 122*, 232–240.
- Braun-Lewensohn, O., & Sagy, S. (2010). Sense of coherence, hope and values among adolescents under missile attacks: A longitudinal study. *International Journal of Children's Spirituality, 15*, 247–260.
- Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence, 30*, 393–416.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., & Hansson, K. (1995). Intelligence and temperament as protective factors for mental health: A cross-sectional and prospective epidemiological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 245*, 11–19.
- Chrisler, J. C., & Lamont, J. M. (2002). Can exercise contribute to the goals of feminist theory? *Women & Therapy, 25*, 9–22.
- Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 28–36.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 485–494.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*, 166–175.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (2004). Young people's health in context. *Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dahl, R., & Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: implications for psychopathology. *Development and Psychopathology, 21*, 1–6.
- Dunkley, T. L., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2001). Examination of a model of multiple Socio-cultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence, 36*, 265–279.
- Ebert, S. A., Tucker, D. C., & Roth, D. L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health & Medicine, 7*, 363–375.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis: The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence*. Doctoral Thesis, Åbo Akademi Tryckeri, Turku, Finland

- Eriksson, M., & Lindström, B (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health, 60*, 376–381.
- Farruggia, P., Chen, C., Greenberger, E., Dmitrieva, J., & Macek, P. (2004). Adolescent self-esteem in cross-cultural perspective: Testing measurement equivalence and a mediation model. *Journal of Cross Cultural Psychology, 35*, 719–733.
- Feld, K., Kokko, K., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist, 10*, 298–308.
- Garner, D. M. (1991). *The eating disorder inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273–279.
- Garner, D. M., Olmstad, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15–34
- Goethals, G. R. (1986). Social comparison theory: Psychology from the lost and found. *Personality and Social Psychology Bulletin, 12*(3), 261–278.
- Grabe, S., Hyde, J., & Ward, L. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin, 134*(3), 460–476.
- Greenberg, L., Cwikel, J. M., & Mirsky, J. (2007). Cultural correlates of eating attitudes: A comparison between native-born and immigrant university students in Israel. *The International Journal of Eating Disorders, 40*, 51–58.
- Harel, Y., Ellenbogen-Frankovits, S., Molcho, M., Abu-Ashas, K., & Habib, J. (2002). *Youth in Israel*. Jerusalem: Brookdale Institute.
- Hintermair, M. (2004). Sense of coherence: A relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 9*, 15–26.
- Honkinen, L., Aromaa, M., Suominen, S., Rautava, P., Sourander, A., Helenius, H., et al. (2009). Early childhood psychological problems predict a poor sense of coherence in adolescents: A 15-year follow-up study. *Journal of Health Psychology, 14*, 587–600.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national co-morbidity survey replication. *Biological Psychiatry, 61*, 348–358.
- Ianuca, I. (1990). *Validation of the EAT in Israel*. Unpublished doctoral dissertation. Tel-Aviv University.
- Jones, C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology, 40*, 823–835.
- Kenardy, J., Brown, W., & Vogt, E. (2001). Dieting and health in young Australian women. *European Eating Disorders Review, 9*, 242–254.

- Kuuppelomaki, M., & Utriainen, P. (2003). A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *International Journal of Nursing Studying*, *40*, 383–388.
- Lam, B. (2007). Impact of perceived racial discrimination and collective self-esteem on psychological distress among Vietnamese-American college students: Sense of coherence as mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*, 370–376.
- Latzer, Y., & Tzischinsky, O. (2003). Weight concern, dieting and eating behaviors: A survey of Israeli high school girls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *15*, 295–305.
- Latzer, Y., & Tzischinsky, O. (2005). Eating attitudes in a diverse sample of Israeli adolescent females: A comparison. *Journal of Adolescence*, *28*, 317–323.
- Latzer, Y., Tzischinsky, O., & Azaiza, F. (2007). Disordered eating related behaviors among Arab schoolgirls in Israel: An epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 263–270.
- Latzer, Y., Witzum, E., & Stein, D. (2008). Eating disorders and disordered eating in Israel: An update review. *The Journal of Eating Disorders Association*, *16*, 361–374.
- Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effect of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, *40*, 59–71.
- Lee, S., Lee, A. M., Leung, T., & Yu, H. (1997). Psychometric properties of the Eating Disorders Inventory (EDI-1) in a nonclinical Chinese population in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, *21*, 187–194.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clinical Child Psychological Review*, *6*, 51–66.
- Major, B., Testa, M., & Bylsma, W. H. (1991). Responses to upward and downward social comparisons: The impact of esteem-relevance and perceived control. In J. Suls & T. A. Wills (Eds.), *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 237–260). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Maor, N. R., Sayag, S., Dahan, R., & Hermoni, D. (2006). Eating attitudes among adolescents. *The Israel Medical Association Journal*, *8*, 627–629.
- Margalit, M., & Efrati, M. (1996). Loneliness, coherence and companionship among children with learning disorders. *Educational Psychology*, *16*, 69–79.
- McVey, G. L., Davis, R., Tweed, S., & Shaw, B. F. (2004). Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 1–11.
- McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdoell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, *22*, 75–95.

- McVey, G., Tweed, S., & Blackmore, E. (2007). Healthy Schools-Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image, 4*, 115–136.
- Miterany, E., Lubin, F., Chetrit, A., & Modan, B. (1995). Eating disorders among Jewish female adolescents in Israel: A 5-year study. *Journal of Adolescent Health, 6*, 454–457.
- Moksnes, U., Espnes, G., & Lillefjell, M. (2012). Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescence, 35*, 433–441.
- Murnen, S. K., & Smolak, L. (2009). Are feminist women protected from body image problems? A meta-analytic review of relevant research. *Sex Roles, 60*, 186–197.
- Murray, K., Byrne, D., & Rieger E. (2011). Investigating adolescent stress and body image. *Journal of Adolescence, 34*, 269–278.
- Myrin, B., & Lagerstrom, M. (2008). Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta Paediatrica, 97*, 805–811.
- Nyamathi, A. M. (1991). Relationship of resources to stress, somatic complaints and high risk behaviors in drug recovery and homeless minority women. *Research in Nursing and Health, 14*, 269–277.
- O’dea, J. (2007). *Everybody’s different: A positive approach to teaching about health, puberty, body image, nutrition, self-esteem and obesity prevention*. Melbourne: Acer Press.
- Orbach, S. (1978). *Fat is a feminist issue: A self help guide for compulsive eaters*. New York: Berkley Books.
- Orbach, S. (2006). Commentary: There is a public health crisis – it’s not fat on the body but fat in the mind and the fat of profits. *International Journal of Epidemiology, 35*, 67–69.
- Pallant, J. F., & Lea, L. (2002). Sense of coherence, well- being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences, 33*, 39–48.
- Paxton, S. J. (2002). Research review of body image programs. *An overview of body image dissatisfaction interventions*. Melbourne: Victorian Department of Health and Human Services.
- Prentice, M., & Jebb, A. (2001). Beyond body mass index. *Obesity Review, 2*, 141–147.
- Prichard, I., & Tiggemann, M. (2005). Objectification in fitness centers: Self-objectification, body dissatisfaction, and disordered eating in aerobic participants. *Sex Roles, 53*, 19–28.
- Raty, L., Larsson, G., Soderfeldt, B., & Wilde-Larsson, B. (2005). Psychosocial aspects of health in adolescence: The influence of gender, and general self-concept. *Journal of Adolescence Health, 36*, 21–28.
- Rew, L. (2005). *Adolescent health*. Thousand Oaks, CA; Sage publication.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. & Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys: Role of parents, friends, and the media. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 189–197.
- Richins, M. L. (1991). Social comparison and the idealized images of advertising. *Journal of Consumer Research, 18*, 71–83.

- Shohat, T., Flint-Bretler, O., & Tzischinsky, O. (2010). Sleep patterns electronic media exposure and day time sleep related behavior among Israeli adolescent. *Acta paediatrica*, 99, 1396–1400.
- Shore, R. A., & Porter, J. E. (1990). Normative and reliability data for 11 to 18 year olds on the eating disorder inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 201–207.
- Skemp-Arlt, K. M. (2006). Body image dissatisfaction and eating disturbances among children and adolescents. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 77, 45–51.
- Slof-Op't Landet, M., van Furth, E., Meulenbelt, I., Slagboom, P., Meike, B., Dorret, I., et al. (2005). Eating disorders: From twin studies to candidate genes and beyond. *Twin Research & Human Genetics: The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, 8, 467–482.
- Soderfeldt, M., Soderfeldt, B., Ohlson, C. G., Theorell, T., & Jones, I. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/ low-control job environment on self reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work & Stress*, 14, 1–15.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.
- Steinberg, L., & Morris, S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83–110.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848.
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: A 4-years survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 671–675.
- Stice, E., Presnell, K., & Bearman, S. K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 37, 608–619.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131–138.
- Tiggemann, M. (2002). Media influence on body image development. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice* (pp. 91–98). New York: Guilford.
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image*, 2, 129–135.
- Tiggemann, M., & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 23–44.
- Thompson, J. K., & Smolak, L. (2001). Body image, eating disorders and obesity in youth: The future is now. In idem (Eds.), *Body Image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 1–39). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 181–183.

- Torsheim, T., Aaroe, E., & Wold, B. (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: Interactive, indirect or direct relationships? *Social Science & Medicine*, *53*, 603–614.
- Varnado-Sullivan, P. J., Zucker, N., Williamson, D., Reas, D., & Thaw J. (2001). Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents: A two-stage prevention program for eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, *8*, 248–259.
- Wainwright, N., Surtees, P., Welch, A., Luben, N., Khaw, T., & Bingham, S. (2008). Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *Journal of Epidemiologic Community Health*, *62*, 829–831.
- Wolf, N. (1991). *The beauty myth: How images of beauty are used against women*. New-York: Anchor Books.
- World Health Organization (1995). Physical status: The use and interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization Report*, *854*, 1–452.
- Ying, W., Leeb, A., & Tsaic, L. (2007). Attachment, sense of coherence, and mental health among Chinese American college students: Variation by migration status. *International Journal of Intercultural Relations*, *31*, 531–544.