

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



התנהגות אכילה וסיכון להפרעות אכילה בקרב מתבגרים בישראל

ברכה כץ

תקציר

מחקר זה בחן את שכיחות בני הנוער (בנים ובנות) שנמצאים בסיכון לפיתוח בעיות אכילה ואת המאפיינים החברתיים ומאפייני המשקל של אלו שבסיכון. 323 מתבגרים יהודים בכיתות ז-יב (גילאי 12-18) התבקשו למלא שאלון עמדות כלפי אכילה (EAT-40) ושאלון נוסף המתייחס למאפיינים האישיים ולמאפייני המשקל שלהם. מדד הסיכון נמדד באמצעות 40 פריטים המרכיבים את השאלון. מהממצאים עלה כי 47.1% הגדירו את עצמם כבעלי גוף מלא, שמן או שמן מאוד, 45.3% הביעו רצון לרדת במשקל. נמצא כי 75.8% מהמתבגרים שהגדירו עצמם כבעלי גוף מלא ו-36.4% מאלה שהגדירו עצמם שמנים היו בטוחים משקל תקין לפי ציוני מדד מסת הגוף שלהם. **6.1% מכלל המשיבים נמצאו בסיכון לפתח בעיות אכילה.** נמצאו הבדלים משמעותיים בין המתבגרים בסיכון לבין שאר המתבגרים מן הבחינות הבאות: מין, גיל, שביעות רצונם ממשקל גופם ושאיפה להפחית ממשקלם.

מילות מפתח: התנהגות אכילה, עמדות כלפי אכילה, סיכון להפרעות אכילה, משקל, מתבגרים, ישראל

מבוא

בעיות אכילה בגיל ההתבגרות

בעשורים האחרונים, אנו עדים להתפתחות של פולחן הגוף והאדרת אידיאל הרזון בחברה המערבית המודרנית. בין יתר תוצרי הלוואי של אידיאל הרזון ניתן להבחין בהתנהגויות שונות לפיקוח על משקל הגוף או להפחתת משקל. דפוסי התנהגות אלה שכיחים יותר בגיל ההתבגרות. אחדים מהם, כגון אכילה מבוקרת או תרגול גופני מבוקר, נחשבים לשיטות בריאות לפיקוח על המשקל, בעוד שלשיטות אחרות, כגון צום או שימוש יתר במשלשלים, עשויות להיות השלכות חמורות על בריאות הגוף, והן עלולות להוביל גם להפרעות אכילה (Center for Disease Control and Prevention, 1996, 2006; Stice, 2002; Stice, Presnell, Shaw & Rohde, 2005).

מחקרים שונים מדווחים כי כמחצית מהבנות בגיל ההתבגרות וכשליש מהבנים נוקטים שיטות שונות להפחתת משקל (Neumark-Sztainer, 2005). בישראל נמצא שיעור גבוה יחסית של מתבגרים הנוהגים בדרכים לא בריאות במטרה להפחית משקל (הראל, אלנבוגן-פרנקוביץ, מולכו, אבו-עסבה וחביב, 2002; Latzer, Witztum, & Stein, 2008). מחקר ארצי בישראל מצא כי רק 6% מהמתבגרים שהיו בדיאטה

עשו זאת תחת פיקוח רפואי. כמו כן נמצא כי 5% מהם השתמשו באמצעים בלתי בריאים להפחתת משקל, כגון: משלשלים או גלולות הרזייה והקאות (הראל ועמיתים, 2002). במקרים שונים עשויות התנהגויות אלה להתפתח לבעיות אכילה חמורות, כגון בולימיה או אנורקסייה נרבוזה, הנחשבות להתנהגויות פתולוגיות. בולימיה מתבטאת באכילה כפייתית, ואילו אנורקסייה נרבוזה מתאפיינת בהרעבה עצמית ומובילה לאבדן מסיבי של משקל הגוף (American Psychiatric Association, 2000). האחרונה מתרחשת לרוב בגיל ההתבגרות.

אנורקסייה היא הפרעה חמורה והרסנית לגוף המתבטאת בתסמינים של תשישות, חיוורון, חולשת שרירים, צמיחת שיער גוף עדין, הפרעות בקצב הלב ועוד. במצבים של ירידה מוגזמת במשקל, יכול להיווצר מצב חירום רפואי אשר מצריך אשפוז בבית חולים, ובמקרים קיצוניים הדבר יכול להסתיים אף במוות. ההערכה היא כי 3% מכלל הסובלים מאנורקסייה עשויים למות כתוצאה מהרעבה עצמית (Bearman, Presnell, 2006).

לאחר שהתבססה, האנורקסייה כרוכה בשיבושים פיזיים מורכבים ומתמשכים, כגון נסיגה בגידול אצל בנים (Modan-Moses et.al., 2003) או התופעה של אל-וסת אצל בנות (American Psychiatric Association, 2000). המדריך האבחוני של האגודה האמריקנית לפסיכיאטריה קבע ארבעה קריטריונים לזיהוי אנורקסייה נרבוזה: סירוב לשמור על משקל גוף מעל למינימום המותר לגיל, פחד מפני עלייה במשקל או השמנה, דימוי גוף מעוות ואל-וסת (American Psychiatric Association, 2000). למעט הקריטריון הרביעי, הרלוונטי לבנות בלבד, שאר הקריטריונים המופיעים בהגדרה זו קשורים לממד הפסיכולוגי הנפשי שלה ועשויים להיות רלוונטיים גם לבנים בגיל ההתבגרות.

בחברה המערבית המודרנית דימוי הגוף הרצוי פירושו רזון, והוא מהווה מקור להערכה ולהערצה, בפרט אצל נשים ונערות. הדיאטה נחשבת למרשם מוכר ובטוח להשגת היעד הנשגב – רזון (פינוס, שניידרמן וטוראל, 1991). הגישה הפסיכואנליטית מניחה כי עיתוי הופעתה של האנורקסייה בגיל ההתבגרות קשור בדימוי גוף מעוות, המבוסס על תפיסה מוטעית ומשלה של הגוף כשמן ועל חוסר יכולת לזהות רגשות פנימיים שונים ומצבי צורך, בעיקר רעב. ממד נוסף הוא תחושה של חוסר שליטה על המתרחש, כך שהמחשבות והרגשות האישיים הם בבואה פסיבית של ציפיות ודרישות חיצוניות, שאינן נוצרות באופן פעיל בתוך העצמי. לטענתה של ברוך, תחושת חסך זו של האני מעוגנת בחוויות הילדות, והיא גם בסיס ההסבר לסוגיה, מדוע התפתחותה של האנורקסייה אופיינית כל כך לתקופת ההתבגרות (Bruch, 1957).

גיל ההתבגרות מאופיין בשינויים רבים הן מהבחינות הגופנית, המינית והחברתית והן מהבחינות הרגשית והקוגניטיבית. בתקופה זו מתפתחת גם היכולת לחשיבה מופשטת ולהתבוננות עצמית. מתבגרים רבים עסוקים בכל שינוי שחל בהם, ולעתים אף מוטרדים מכך, תוך מאמץ להתרגל לשינויים אלה ולגבש את זהותם (Goldbloom & Garfinkel, 1990). בתקופה זו מצופה מן היחיד לפתח תכונות של אוטונומיה, שליטה ויעילות, החיוניות לצורך הגעה לבגרות. תכונות אישיות שונות (כגון

פרפקציוניזם), יחסים בין-אישיים ובעיות הקשורות לאוטונומיה, אירועי מתח, פחד מאבדן שליטה ומהתבגרות מינית ועוד עשויים לתרום להתהוותה של האנורקסייה בתקופה זו (Ata, Ludden & Lally, 2007). המחקר הנוכחי עסק בסוגיה של בעיות אכילה בקרב מתבגרים בישראל.

בעיות אכילה, מגדר וגיל

מחקרים אפידמיולוגיים בחברה המערבית משנות השבעים ועד כה, בעיקר בקרב נערות וצעירות בגילים 15–24, מראים כי יש עלייה בבעיות האכילה שעשויות להוביל להפרעות חמורות מסוג של אנורקסייה (Guarda & Redgrave, 2004; Hoek & Van Hoeken, 2003; Jones, Fox, Babigian & Hutton, 1980; Kendell, Hall, Hailey & Babigian, 1973; Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999; Shisslak et al., 1999). יש האומדים את שכיחותן של בעיות האכילה החמורות בקרב נערות ונשים בחברה המערבית בסדר גודל שנע בין 0.3% ל-3% (Guarda & Redgrave, 2004). עם זאת, מעריכים כי בקרב סטודנטיות במכללות שיעור הפרעה זו אף גדול יותר, ומגיע עד 5%, בעוד שבקרב תלמידות בית ספר שיעור ההפרעה נמוך יותר ונע בין 0.1% ל-4% (Anstine & Grineko, 2000; Borgen & Corbin, 1987).

מחקרי עמדות והתנהגות אכילה באמצעות שאלוני EA בגרסה המורחבת (EAT-40) או המקוצרת (EAT-26) מצאו כי שכיחות האכילה הפתולוגית בקרב מתבגרות היא בטווח שבין 5% ל-22% (Abbate-Daga, Gramaglia, Malfi, Piero & Fassion, 2007; Jones, Bennett, Olmsted, Lawso & Rodin, 2001; Kjelsas, Bjonstrom & Gotestam, 2006; Rukavina & Pokrajac-Bulian, 2004).

בישראל מעריכים כי שכיחות הפרעות האכילה בקרב בנים ובנות בגיל ההתבגרות גבוה בהשוואה לארצות מערביות אחרות (Latzer et al., 2008). בשני מחקרים של בנות יהודיות בנות 12–18 במסגרות חינוכיות שונות, כגון: בתי ספר חילוניים, קיבוץ ופנימיות, נמצא כי ל-20% מהתלמידות בפנימיות היו ציוני אכילה פתולוגית (Latzer & Tzischinsky, 2003, 2005). אצל בנות קיבוצים נמצא אחוז ציוני אכילה פתולוגית גבוה במיוחד – 27%. מאידך גיסא מצאו החוקרים אחוז נמוך יותר של אכילה פתולוגית – 16.2% – בקרב שאר משתתפות המדגם – בנות שנדגמו מחמישה בתי ספר אחרים. במחקר שבדק עולות חדשות בצד ותיקות נמצא כי ל-7.9% מהעולות החדשות, ששהו בארץ פחות משלוש שנים, היו ציוני אכילה פתולוגית, בעוד ש-19.6% מהישראליות ו-18.8% מהעולות הוותיקות, ששהו בארץ למעלה מעשר שנים, אובחנו כלוקות באכילה פתולוגית. החוקרים ייחסו את התוצאות שנמצאו אצל העולות הוותיקות לנטייתן של אלו לאמץ גורמות תרבותיות מערביות, באופן שעשוי לקרב אותן לנשים צעירות שנולדו בארץ (Greenberg, Cwikel & Mirsky, 2007).

באשר לבנים, במחקר שנערך בניו יורק נמצא כי ל-6% מהם היו ציוני אכילה פתולוגית (Fisher, Pastore, Schneider, Pegler & Napolitano, 1994). בישראל נבדקו בנים בשני מחקרים. מחקר אחד דיווח כי ל-5% מהבנים היו ציוני אכילה פתולוגית (Maor, Sayag, 2007).

(Dahan & Hermoni, 2006), והאחר מצא כי 6.8% מהם אובחנו באכילה פתולוגית (Gur, Canetti, Bachar & Stein, 2003).

דימוי הגוף, מין, גיל ומוצא

אחד המשתנים החשובים הקשורים לבעיות אכילה בקרב מתבגרים הוא הדרך שבה הם תופסים את גופם. דימוי הגוף מושפע מגורמים שונים: פיזיולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים. עם זאת, חוקרים שונים העריכו כי דימוי הגוף אצל בנות מתפתח באופן שונה מאשר אצל בנים (Mckey & La Greca, 2008; Stice, 2002). מחקרים שונים מצאו הבדלים בין בנים ובנות בהתייחסות לסוגיה זו. כללית נמצא כי בנות מראות התייחסות רבה יותר לדימוי הגוף מבנים (Mendelson, White & Mendelson, 1996; Wood, Becker & Thompson, 1996). במחקרים שעשו שימוש בטכניקות וידאו ומבחני העדפת צורות נמצא כי דימוי הגוף האידאלי בעיני בנות היה גוף דק יותר (Ata et al., 2007; Jones, Vigfusdottir & Lee, 2004), בעוד שדימוי הגוף האידאלי של בנים היה גוף שרירי (Oliver & Thelen, 1996; Thelen & Cormier, 1995). הבדלים אלה באים לידי ביטוי כבר בגיל 8–10, אם כי יש המצביעים על הבדלים בין בנים לבנות ביחס לדימוי גוף כבר מגיל 6 (Ricciardelli & McCabe, 2001).

הבדלים נמצאו גם בדימוי הגוף של ילדים ומתבגרים בני קבוצות אתניות שונות, אם כי הממצאים אינם עקיבים. למשל, במחקר על ילדים בני תשע נמצא כי ילדים אמריקנים שחורים בחרו אידאל גוף כבד יותר ורחב יותר בהשוואה לילדים קווקזים (Lawrence Thompson, Crowin & Sargent, 1997; Thelen, 1995). לעומת זאת, במחקר אחר, שבדק 208 מתבגרים בבית ספר תיכון, נמצא כי בנות אמריקניות אפריקניות בקבוצות גיל הומוגניות קיבלו ציונים גבוהים יותר בהפנמת סטנדרטים של רוזן מאשר בנות מאותו מוצא שהיו בקבוצות חברתיות מעורבות והייתה להן מודעות גבוהה יותר לסוגיות הכרוכות בנושא זה מאשר לאחרונות (Ricciardelli & McCabe, 2001). במחקר שהשווה מתבגרות יהודיות וערביות בישראל נמצאה שכיחות גבוהה יחסית של אכילה פתולוגית בקרב בנות ערביות, בהשוואה ליהודיות (Latzner, Azaiza & Tzischinsky, 2009).

שביעות רצון מהגוף, מין וגיל

חוסר שביעות רצון מהגוף נחשב אחד מגורמי הסיכון העיקריים להפרעות אכילה אצל מתבגרים בכלל, ואצל בנות בפרט, ומעלה גם את הסיכון להפרעות פסיכולוגיות (Bearman et al., 2006; Killen et al., 1994; Stice, 2002; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986). עם זאת, ראוי לציין כי שיעור אי-שביעות הרצון מהגוף אצל בנות גבוה במידה רבה מאשר אצל בנים (Bearman et al., 2006; Rolland, Farnill & Griffiths, 1996). במחקר בקרב מתבגרים בעלי משקל עודף נמצא כי 78% מהבנות רצו לשקול פחות, בהשוואה ל-60% מהבנים. אצל מתבגרים ומתבגרות במשקל רגיל נמצא דפוס דומה, ולפיו בנות הביעו אי-שביעות רצון רבה יותר מהגוף מאשר בנים: 30% מהבנות במשקל רגיל רצו לשקול פחות, בעוד שרק 13% מן הבנים במשקל

רגיל רצו זאת (Rolland et al., 1996). מחקרים שונים מצאו כי אי-שביעות הרצון מהגוף מתחילה בגיל טרום-ההתבגרות. בקרב גילאי 8–9 נמצא כי היא מקיפה כ-40% מהילדים, ומגיל 11 ומעלה היא מקיפה 52%–79% מהם (Flannery-Schroeder & Chrisler, 1996; Maloney, McGuire, Daniels & Specker, 1989).

מטרות המחקר היו: (א) לבדוק – על בסיס מאפייני העמדות והתנהגות האכילה של המתבגרים והמתבגרות בישראל – מהי שכיחות המתבגרים (בנים ובנות) הנמצאים בסיכון לפתח בעיות אכילה; (ב) לבדוק מהו שיעור הסיכון של בנות לעומת בנים; (ג) לחקור, האם קבוצת הסיכון מתייחדת, בהשוואה לעמיתיה שאינם בסיכון, במאפיינים חברתיים, כגון: מין, גיל, מוצא אתני ודתיות, וכן במאפייני המשקל ותפיסת הגוף. ישראל היא מדינה בעלת אוכלוסייה הטרוגנית, שקלטה יהודים מארצות רבות, ובמקביל היא נחשבת למדינה מערבית מודרנית, אשר צעירה נתונים במידה רבה להשפעות מערביות מודרניות, לכן היא מתאימה מאוד לחקר סוגיה זו.

השיטה הדגימה

מדגם המחקר כלל 323 תלמידים, שנדגמו מקרב תלמידי כיתות ז עד יב בארבעה בתי ספר בצפון הארץ ובמרכז. בכל בית ספר למדו כ-500 תלמידים (30–35 תלמידים בכיתה), ובסך הכול למדו בהם כ-2,000 תלמידים. הדגימה נערכה בכל בית ספר בשני שלבים: בשלב ראשון בוצעה דגימת שכבות – תחילה נערך בירור כמה כיתות יש בכל שכבה בכל אחד מבתי הספר, לאחר מכן חושבה הפרופורציה היחסית שלהן בבית הספר. בהתאם לכך נקבע מספר הכיתות שיידגמו מכל שכבה בכל בית ספר, כך שבמדגם נשמר היחס בין הכיתות כפי שהוא במציאות בבית הספר; בשלב שני נבחרו הכיתות המסוימות שבהן יועברו השאלונים, בדגימה מקרית מתוך כלל הכיתות באותה שכבה. בצורה זו הייתה לכל כיתה באותה שכבה הסתברות שווה להיות במדגם. השאלונים הועברו בכיתות שנבחרו, באישור משרד החינוך, מנהלי בתי הספר והורי התלמידים.

המשתנים

המשתנה התלוי הוא אינדקס הסיכון לפתח בעיות אכילה. המשתנים הבלתי תלויים הם: מין, גיל, ארץ מוצא האב, דתיות, משקל, מדד מסת הגוף, מספר הקילוגרמים שהתלמיד רוצה להפחית, תפיסת הגוף, שביעות רצון מהגוף ושאילה להפחית משקל.

כלי המחקר

שאלון עמדות והתנהגות אכילה (EAT-40 – The Eating Attitude Test) הנתונים על עמדות והתנהגות האכילה של המתבגרים נאספו באמצעות שאלון שתוכנן ככלי לאבחון ראשוני של תסמיני בעיות והפרעות אכילה, במטרה לקבל פרופיל של התכונות הפסיכולוגיות, העמדות וההתנהגות של הנחקרים. השאלון

פותח על ידי גרנר וגרפינקל (Garner & Garfinkel, 1979), והוא מכיל 40 היגדים. ראוי לציין כי קיימת גרסה מקוצרת של השאלון (EAT-26), אשר מכילה 26 פריטים (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). השאלון, בשתי גרסותיו, היה בשימוש במחקרים שונים בארצות הברית (Alvarez-Rayon et al., 2007; Gila, Castro, Cesena, 1994; Fisher et al., 2005; Toro, 2005) ומחוצה לה, כגון: בברזיל (Alvarez-Rayon et al., 2004), בריאד שבערב הסעודית (Al-Subaje et al., 1996), ובאיטליה (Abbate-Daga et al., 2007). בישראל נעשה עד כה שימוש רק בגרסה המקוצרת, במסגרות חינוכיות אחדות (Apter et al., 1994; Greenberg et al., 2007; Gur et al., 2003; Latzer, Azaiza & Tzischinsky, 2009; Latzer & Tzischinsky, 2003, 2005; Maor et al., 2006). עם זאת ראוי להדגיש כי שתי הגרסאות מתאימות למטרת סריקה ראשונית של תסמיני אכילה פתולוגית וסיכון להפרעות אכילה (D'Souza, Forman, 2005; Austin, 2005). שאלוני EAT הועברו גם במתאם עם משתנים אחרים שנחקרו, כגון: הערכה עצמית, בושה, מופנמות ואובייקטיביזציה עצמית (Gila et al., 2005; Yoon & Funk, 2008).

המחקר הנוכחי הוא הראשון בישראל שהשתמש בשאלון עמדות והתנהגות אכילה בגרסתו המורחבת. למטרה זו השאלון תורגם לעברית. ציון המהימנות הפנימית של התרגום העברי היה גבוה ($\alpha=.85$), קרוב לציון המהימנות הפנימית של השאלון בשפתו המקורית (אנגלית) ($\alpha=.87$).

השאלון מכיל 40 משפטים שניתן לשייכם לממדים שונים של התנהגות אכילה, כגון: דיאטה, בולימיה, שאיפה לרזון, התעסקות יתר באוכל ולחצים חברתיים לאכול (Alvarez-Rayon et al., 2004). הממד של התנהגות דיאטה מיוצג על ידי היגדים, כגון: "אני נמנע לאכול כאשר אני רעב", "אני עושה דיאטות", "אני אוהב שהקיבה שלי ריקה"; ממד הבולימיה מיוצג על ידי היגדים, כגון: "היו לי התקפות אכילה שהרגשתי שאני לא יכול להפסיק", "אני מקיא לאחר שאני אוכל"; ממד השאיפה לרזון מיוצג על ידי היגדים, כגון: "אני מבוהל מאוד להיות עם עודף משקל", "אני עסוק בתשוקה להיות רזה יותר"; התעסקות יתר באוכל מיוצגת על ידי היגדים, כגון: "אני אוכל את אותם מאכלים יום אחרי יום", "אני מרגיש שהאוכל שולט בחיי"; ממד הלחצים החברתיים לאכול מיוצג על ידי היגדים, כגון: "אני מרגיש שאחרים היו מעדיפים שאוכל יותר", "אני מרגיש שאחרים לוחצים עליי לאכול".

סולם התשובות לכל היגד הוא סולם ליקרט בעל טווח תשובות מ-1 עד 5 (1=תמיד, 2=לעתים קרובות, 3=לפעמים, 4=לעתים רחוקות, 5=לעולם לא). כל נחקר התבקש לסמן לכל אחד מן ההיגדים את התשובה המתאימה לו.

אינדקס הסיכון לפיתוח בעיות אכילה נמדד באמצעות הציון שקיבל כל נחקר על 40 הפריטים המהווים את שאלון Eat-40. ציון הסף לפיתוח בעיות אכילה בשאלון

EAT-40 הוא 30 (Abbate-Daga et al., 2007). ציון של 30 נקודות או יותר (cutoff \geq 30) מציין סיכון, ואילו ציון קטן מ-30 מראה שאין סיכון.

שאלון פרטים אישיים

שאלון זה מכיל שאלות דמוגרפיות ואישיות שונות, כגון: מין, גיל, ארץ מוצא האב, דתיות, גובה וכן משקל ושאלות בנוגע אליו: תפיסת הגוף, שביעות רצון מהמשקל, שאיפה להפחית ממנו ומספר הקילוגרמים שהנחקר רוצה להפחית. שאלות אלה אינן חלק משאלון עמדות והתנהגות אכילה, והתשובות עליהן אינן משפיעות עליו.

משתנה נוסף שנבנה לצורך מחקר זה הוא מדד מסת הגוף (BMI – Body Mass Index), אשר מעריך את משקלו של האדם על פי הדרגות הבאות: תת-משקל, משקל תקין, עודף משקל והשמנה. מדד מסת הגוף מחושב באמצעות משקלם וגובהם של הנחקרים, לפי הנוסחה: (המשקל בקילוגרמים חלקי הגובה במטרים) בריבוע; על פי מדידה זו המשיבים חולקו לארבע רמות (NIH, 2010): תת-משקל (ציון נמוך מ-18.5), משקל תקין (ציון בין 18.5 ל-25), עודף משקל (ציון בין 25 ל-30) והשמנה (ציון בין 30 ל-40).

ניתוח סטטיסטי: ארבעה מדדים סטטיסטיים היו בשימוש במחקר זה: מדד ספירמן (r_s), לבחינת מתאמים בין משתנים סודרים. מדד פי (Φ), לבחינת קשרים בין משתנים שאחד מהם או שניהם נומינליים, T-test, לבחינת מובהקות ההבדלים בין משתנים במדגמים בלתי תלויים ומבחני חי בריבוע (χ^2), לבחינת קשרים בין משתנים. הבדלים נחשבו למובהקים ברמה של 0.001 או 0.005, ועיבוד הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS (2001).

המשתתפים

מכלל 323 הנחקרים במדגם, 56% (n=181) היו בנות ו-44% (n=142) הגיל הממוצע היה 14.4 שנים (ס"ת 1.25). המשקל הממוצע היה 53 ק"ג (ס"ת 11.8; סך הכול 256) והגובה הממוצע הוא 1.64 מ' (ס"ת 0.87). כמעט שני שלישים מהנחקרים (60.2%) נולדו לאבות ישראלים, והשאר (39.8%) – נולדו לאבות שהיגרו לישראל מארצות שונות. כמחצית מהתלמידים היו חילונים, כ-40% מסורתיים ורק מעט (10.3%) דתיים.

מאפייני המשקל: לפי ציוני מדד מסת הגוף (BMI), 5% מהמדגם היו בעלי משקל עודף או שמן. עם זאת, כמעט מחצית הנחקרים (47.1%) הגדירו את משקל גופם "מלא", "שמן" או "שמן מאוד". כמחציתם (48.7%) הגדירו עצמם כרזים. למעלה ממחצית המתבגרים (58.5%) לא היו שבעי רצון ממשקל גופם, וכמעט מחציתם (45.3%) היו רוצים להפחית ממשקלם. בקבוצה זו של השואפים להפחית משקל (n=148), כ-40% היו מעוניינים להפחית למעלה מ-5 ק"ג ממשקלם, ו-46% היו מעוניינים להפחית בין 3–5 ק"ג. לוח 1 מציג את מאפייני המדגם.

לוח 1: תיאור המדגם לפי מאפיינים אישיים ומאפייני המשקל

מספרים מוחלטים	אחוזים	ערכי המשתנה	המשתנה
323	100.0		מין (סך הכול)
142	44.0	זכר	
181	56.0	נקבה	
323	100.0		ארץ לידת האב (סך הכול)
194	60.2	ישראל	
32	9.9	רוסיה	
2	0.6	אתיופיה	
95	29.3	אחר	
320	100.0		רמת דתיות (סך הכול)
159	49.7	חילוני	
128	40.0	מסורתי	
33	10.3	דתי	
323	100.0		ציון מדד מסת הגוף (סך הכול)
307	95.1	תקין	
16	4.9	משקל עודף או שמן	
310	100.0		תפיסת המשקל (הגדרה עצמית של התלמיד למשקל גופו) (סך הכול)
13	4.2	רזה מאוד	
151	48.7	רזה	
123	39.7	מלא	
17	5.5	שמן	
6	1.9	שמן מאוד	
313	100.0		שביעות רצון ממשקל הגוף (סך הכול)
183	58.5	כן	
130	41.5	לא	
322	100.0		שאיפה להפחית משקל (סך הכול)
148	46.0	רוצה להפחית משקל	
174	54.0	לא רוצה להפחית משקל	
148	100.0		מספר הקילוגרמים שהיה רוצה להפחית* (סך הכול)
6	4.0	0.5 ק"ג	
4	2.7	1 ק"ג	
12	8.1	2 ק"ג	
15	10.1	3 ק"ג	
15	10.1	4 ק"ג	
3-7	25.0	5 ק"ג	
59	39.9	יותר מ-5 ק"ג	

* רלוונטי רק למי שרוצה להפחית משקל

ממצאים

עמדות והתנהגות אכילה של מתבגרים בישראל

לוח 2 מציג היגדים נבחרים מתוך שאלון עמדות והתנהגות אכילה, שאותו מילאו הנחקרים. אפשרויות התשובה לכל היגד היו 1 ("תמיד"), 2 ("לעתים קרובות"), 3 ("לפעמים"), 4 ("לעתים רחוקות") ו-5 ("לעולם לא"). בלוח מוצגות תשובותיהם של הנחקרים בהיגדים נבחרים, לפי שלוש דרגות: הראשונה – התנהגויות המבוצעות בתכיפות רבה (צירוף של טווח התשובות 1-3: "תמיד", "לעתים קרובות" ו"לפעמים"), השנייה – התנהגויות שמבוצעות לעתים רחוקות והשלישית – התנהגויות שלא מבוצעות כלל. ההיגדים בלוח מוצגים לפי שייכותם לממדים תאורטיים שונים של התנהגות אכילה, כגון: דיאטה, בולימיה, שאיפה לרזון, התעסקות יתר עם אוכל ולחצים חברתיים לאכול (Alvarez-Rayon et al., 2004), אולם בעיבוד הסטטיסטי של אינדקס הסיכון יחידת הניתוח היא כל ההיגדים בשאלון (40 היגדים). להלן אתיחס להתנהגויות ועמדות נבחרות שהמתבגרים נוהגים לפיהן בתכיפות רבה:

א. **דיאטה:** כמחצית המתבגרים היו מודעים לקלוריות שיש באוכל (49.4%; פריט 9), כשליש עשו דיאטות (32.3%; פריט 36) ואכלו מזון דיאטטי (35.2%; פריט 29), כרבע מהם חשו שהאוכל שולט בחייהם (24.3%; פריט 30), ואחוז דומה אהבו שהקיבה שלהם ריקה (25.8%; פריט 37). כחמישית נמנעו מאוכל שמכיל פחמימות (16.4%; פריט 10) או נמנעו מלאכול כאשר היו רעבים (19.9%; פריט 5), ול-6.9% היה דחף להקיא לאחר ארוחות (פריט 13).

ב. **בולימיה:** כשישית מהנחקרים הרגישו אשמה לאחר אכילה (15.9%; פריט 14) או שהיו להם התקפי אכילה (16%; פריט 7), ו-4.6% ציינו שהם מקיאים לאחר ארוחות (פריט 15).

ג. **השאיפה לרזון:** כמחצית הנחקרים פחדו להיות בעלי עודף משקל (46.4%; פריט 4) וחשבו על שרפת קלוריות בעת התעמלות (49.5%; פריט 22). למעלה משליש ציינו כי הם עסוקים בתשוקה להיות רזים (38.7%; פריט 15).

ד. **התעסקות יתר עם אוכל:** כשליש (פריט 31) גילו בעייטיות בשליטה עצמית ליד אוכל (9.9% גילו שליטה ליד אוכל לעתים רחוקות, ו-20.4% לעולם לא).

ה. **לחצים חברתיים לאכול:** חלק ניכר מהנחקרים חשו כי אחרים היו מעדיפים שיאכלו יותר (41.9%; פריט 12), ו-16.8% סברו כי הם מקדישים זמן ומחשבה רבים מדי לאוכל (פריט 33).

לוח 2: עמדות כלפי אכילה והתנהגות אכילה של מתבגרים בישראל (N=323)

מספר ההיגד*	הממד והיגדים נבחרים	סך הכול מספרים מוחלטים	אחוזים	תמיד, לעתים קרובות ולפעמים %	לעתים רחוקות %	לעולם לא %	ממוצע	סטיית תקן
דיאטה								
39	יש לי דחף להקיא לאחר ארוחות.	318	100.0	6.9	10.7	82.4	4.70	0.775
10	אני נמנע מאוכל שמכיל פחמימות.	326	100.0	16.4	21.4	62.2	4.39	0.931
5	אני נמנע לאכול כאשר אני רעב.	326	100.0	19.9	21.5	58.5	4.29	1.013
30	אני מרגיש שהאוכל שולט בחיי.	321	100.0	24.3	20.2	55.5	4.13	1.198
37	אני אוהב שהקיבה שלי ריקה.	326	100.0	25.8	20.2	54.0	4.13	1.162
36	אני עושה דיאטות.	319	100.0	32.3	17.9	49.8	4.00	1.200
29	אני אוכל מזון דיאטטי.	326	100.0	35.2	24.3	40.5	3.85	1.191
9	אני מודע לקלוריות שיש באוכל שאני אוכל.	320	100.0	49.4	19.1	31.6	3.40	1.413
38	אני נהנה לנסות מאכלים עשירים אחרים.	326	100.0	68.1	17.3	14.7	2.80	1.370
בולימיה								
13	אני מקיא לאחר שאני אוכל.	326	100.0	4.6	9.0	86.4	4.77	0.692
14	אני מרגיש אשם מאוד אחרי שאני אוכל.	326	100.0	15.9	15.0	69.2	4.45	0.977
7	היו לי התקפות אכילה ולא הפסקתי לאכול.	326	100.0	16.0	21.3	62.7	4.38	0.968
שאיפה לרזון								
15	אני עסוק בתשוקה להיות רזה יותר.	323	100.0	38.7%	19.5%	41.8%	3.67	1.433
6	אני מוצא את עצמי מועסק במחשבות על אוכל.	316	100.0	43.4%	26.9%	29.7%	3.63	1.208

מספר ההיגד*	הממד והיגדים נבחרים	סך הכול מספרים מוחלטים	אחוזים	תמיד, לעתים קרובות ולפעמים %	לעתים רחוקות %	לעולם לא %	ממוצע	סטיית תקן
שאיפה לרזון								
22	אני חושב על שרפת הקלוריות שלי כאשר אני מתעמל.	326	100.0	49.5	17.5	32.9	3.41	1.438
25	לוקח לי יותר זמן לאכול מאשר לאחרים.	326	100.0	48.0	31.2	20.9	3.42	1.207
4	אני מפחד מאוד להיות בעל עודף משקל	326	100.0	46.4	17.9	35.7	3.40	1.530
התעסקות יתר עם אוכל								
34	אני סובל מעצירות.	326	100.0	6.2	18.8	75.0	4.65	0.738
21	אני אוכל אותו אוכל יום-יום.	320	100.0	43.1	35.0	21.9	3.65	1.000
31	אני מגלה שליטה עצמית ליד אוכל.	326	100.0	69.6	9.9	20.4	2.82	1.443
1	אני אוהב לאכול עם אחרים.	326	100.0	86.8	10.2	3.1	2.49	1.023
לחצים חברתיים לאכול								
33	אני מקדיש לאוכל זמן ומחשבה רבים מדי.	322	100.0	16.8	25.2	58.1	4.33	0.963
24	אני עסוק במחשבות על כך שיש לי שומן בגוף.	323	100.0	35.3	22.3	42.4	3.77	1.360
12	אני מרגיש שאחרים היו מעדיפים שאוכל יותר.	322	100.0	41.9	19.6	38.5	3.63	1.389

הערה: מספר ההיגד הוא כפי שמופיע בשאלון המחקר EAT-40

אינדקס הסיכון, מאפיינים אישיים ומאפייני המשקל

אינדקס הסיכון מבחין בין נחקרים המאובחנים כלוקים באכילה פתולוגית ובסיכון לפתח הפרעות אכילה לבין בעלי הרגלי אכילה נורמליים. הוא נבנה על בסיס ציוני המשיבים לכל 40 ההיגדים בשאלון עמדות והתנהגות אכילה. ציון הסף בשאלון

הוא 30 (Abbate-Daga et al., 2007). נחקרים שציוניהם היו מעל 30 ($\text{cutoff} \geq 30$) נכללו בקבוצת הסיכון, ומי שציוניהם היו מתחת ל-30 לא נכללו בה.

ממצאי המחקר מראים כי 6.1% מהמתבגרים קיבלו ציונים מעל ציון הסף, והם בסיכון לפיתוח בעיות אכילה. כמו כן נמצאו הבדלים מובהקים בין בנים ובנות ($\Phi = .115$, $p < .05$), ולפיהם הבנות היו בסיכון גדול פי 2.9 מהבנים לפיתוח בעיות אכילה (8.2% לעומת 2.8% בהתאמה). לוח 3 מציג את הממצאים.

לוח 3: המדגם לפי הקשר בין המין ואינדקס הסיכון ($n=323$)

מין	אינדקס הסיכון		סך הכול	
	לא בסיכון	בסיכון	אחוזים	מספרים מוחלטים
בנים	97.1	2.8	100.0	142
בנות	91.7	8.2	100.0	181

$\Phi = .115$, $p < .05$

במבחן t-test אשר בחן האם יש הבדל בין הגילים של מי שקיבלו ציונים מעל ציון הסף בשאלון עמדות והתנהגות אכילה (EAT-40) והיו בקבוצת הסיכון לפיתוח בעיות אכילה, ובין אלה שלא היו בסיכון, נמצאו הבדלים משמעותיים בין הקבוצות מבחינת הגיל. נמצא כי מתבגרים בסיכון לפתח בעיות אכילה היו מבוגרים יחסית, וגילם הממוצע היה 15.1 שנים (ס"ת 1.2), בהשוואה לגיל הממוצע של מי שלא היו בקבוצת הסיכון (גיל ממוצע 14.4 שנים; ס"ת 1.2) ($t = 2.58$; $df = 320$; $p < .01$).

בדיקת הקשר הסטטיסטי בין שביעות רצונם של המתבגרים מגופם, כפי שבאה לביטוי בדיווח העצמי שלהם בתגובותיהם לשאלה על שביעות רצון ממשקל הגוף לבין הציונים שלהם בשאלון עמדות והתנהגות אכילה העלתה כי קיימים הבדלים מובהקים בין המתבגרים בסיכון לעומת אלה שלא היו בסיכון ($\Phi = .220$, $p < .01$). הממצאים המוצגים בלוח 4 מראים כי בקרב המתבגרים שלא היו שבעי רצון ממשקלם, היה אחוז גבוה יותר שנטה לפתח בעיות אכילה, בהשוואה לאלה שהיו מרוצים ממשקלם (12.3%, לעומת 1.6% בהתאמה).

לוח 4: המדגם לפי הקשר בין שביעות רצון ממשקל הגוף ואינדקס הסיכון ($n=313$)

שביעות רצון ממשקל הגוף	אינדקס הסיכון		סך הכול	
	לא בסיכון	בסיכון	אחוזים	מספרים מוחלטים
מרוצה	98.4	1.6	100.0	183
לא מרוצה	87.7	12.3	100.0	130

$\Phi = .220$, $p < .01$

נמצא קשר מובהק בין השאיפה להפחית את משקל הגוף, כפי שזו באה לביטוי בדיווח העצמי של הנחקרים בתשובותיהם לשאלה, "האם היית רוצה להפחית ממשקל גופך?"

לבין אינדקס הסיכון ($\Phi=.237, p<.01$). הממצאים המוצגים בלוח 5 מראים כי בקרב אלה שרצו להפחית ממשקלם, 10.8% היו בסיכון, ולעומת זאת בקרב אלה שלא רצו לשנות את משקלם, לא היו כלל נחקרים בסיכון.

לוח 5: המדגם לפי הקשר בין השאיפה להפחית משקל ואינדקס הסיכון (n=309)

שאיפה לשנות את משקל הגוף	אינדקס הסיכון		סך הכול	
	לא בסיכון	בסיכון	אחוזים	מספרים מוחלטים
מרוצה	100.0	0.0	100.0	152
לא מרוצה	89.2	10.8	100.0	157

$\Phi=.237, p<.01$

תפיסת המשקל, שהיא היבט סובייקטיבי המשקף את האופן שבו המתבגרים מעריכים את משקלם, התבטאה באופן שבו הגדירו הנחקרים את משקלם (רזה, רזה מאוד, רזה, מלא, שמן, שמן מאוד), נבחנה גם בקשר לציוני מדד מסת הגוף (BMI), שהתבססו על נתוני המשקל והגובה שמסרו הנחקרים, נתונים שייצגו מדד אובייקטיבי למשקל.

הממצאים המוצגים בלוח 6 מראים קשר מובהק בין מדד מסת הגוף לבין תפיסת המשקל ($r_s=.488, p<.01$). נמצא כי בקרב מתבגרים שהגדירו את עצמם "מלאים", חלק ניכר (75.8%) היו במשקל תקין, ובקרב אלה שהגדירו את עצמם "שמנים", כשליש (36.4%) היו במשקל תקין. ממצאים אלה משקפים עיוות בתפיסה הסובייקטיבית של מתבגרים אלה בנוגע למשקלם.

לוח 6: המדגם לפי הקשר בין תפיסת המשקל לבין מדד מסת הגוף (BMI) (n=237)

תפיסת המשקל (הגדרה עצמית של התלמיד למשקל גופו)	סך הכול	ציון מדד מסת הגוף (BMI)			
		עד 18.5 (תת-משקל)	18.5–25 (משקל תקין)	25–30 (משקל עודף)	30–40 (השמנה)
רזה מאוד	12	100.0	100.0	0.0	0.0
רזה	118	55.1	44.9	0.0	0.0
מלא	91	20.9	75.8	2.2	1.1
שמן	11	0.0	36.4	45.5	18.2
שמן מאוד	5	40.0	20.0	20.0	20.0

$r_s = .488, p<.01$

דין

המחקר הנוכחי התמקד בסוגיה של התנהגות האכילה של בני נוער בישראל, במטרה לאפיין את המתבגרים (בנים ובנות) בסיכון לפתח בעיות אכילה, ולבחון אם יש הבדל בין בנים ובנות, ובאיזה שיעור, וכן האם לקבוצת הסיכון מאפיינים ייחודיים על פני מתבגרים ומתבגרות אחרים.

על פי הממצא העיקרי, 6.1% מבני הנוער היהודים הישראלים נמצאים בקבוצת הסיכון לפתח בעיות אכילה. ממצא זה מבוסס על מדגם של בני נוער נורמלים מתוך אוכלוסייה גדולה של ארבעה בתי ספר באזורים שונים בישראל, אשר נחקרו באמצעות שאלון שמתאים לסריקה ראשונית של קבוצת הסיכון לבעיות אכילה פתולוגית. במחקר הנוכחי נעשה שימוש בגרסה המורחבת של השאלון (EAT-40), מאחר שהיא מפרטת מגוון רחב יותר של עמדות והתנהגויות אכילה (Alvarez-Rayon et al., 2004). כמו כן, גרסה זו לא נוסתה עד כה במחקרים בישראל. עם זאת שתי גרסותיו של השאלון, המורחבת (EAT-40) והמקוצרת (EAT-26), נחשבות לכלים מתאימים למטרות סריקה ראשונית של תסמיני אכילה פתולוגית וסיכון להפרעות אכילה (D'Souza et al., 2005).

שיעור הבנים והבנות שאובחנו בציוני אכילה פתולוגית במחקר הנוכחי (6.1%) גבוה יותר מזה של מחקרים בארצות אחרות, שדיווחו על שיעור של 4% מן המתבגרים שאובחנו בציונים אלו (Anstine & Grineko, 2000) או על 5.5% מהם (Abbate-Daga et al., 2007). למרות העובדה שאין אפשרות להשוות את ממצאי המחקר הנוכחי עם מחקרים אחרים בישראל, שכן זה המחקר הראשון שהשתמש בשאלון בגרסה המורחבת (EAT-40), נראה כי יש התאמה בין המגמה הכללית העולה מממצאי המחקר למגמה שנמצאה במחקרים אחרים בישראל (Greenberg et al., 2007; Latzer & Tzischinsky, 2003, 2005; Maor et al., 2006), שמצאו אף הם במדגמים שבדקו (לפי ציוני EAT-26) שיעור אכילה פתולוגית גבוה יותר מזה שנמצא במדינות אחרות שהשתמשו באותו מדד.

במחקר הנוכחי לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המתבגרים ברמות הסיכון השונות מבחינת המוצא העדתי ומבחינת הדתיות. נראה אם כן כי התופעה של אכילה פתולוגית משותפת למתבגרים ברמות דתיות שונות ולישראלים שאבותיהם נולדו בארץ או היגרו אליה מארצות שונות, ולכן מדובר בתופעה כלל-חברתית במציאות הישראלית. יש לציין, כי גם מחקרים אחרים בישראל לא מצאו השפעות של הגירה ושל דתיות על אנוורקסייה אצל נוער יהודי (Latzer et al., 2008), ואילו במחקרים בארצות הברית, שם נמצא קשר בין הסיכון להפרעות אכילה לבין אתניות, הקשר אינו שיטתי, והערכת החוקרים היא כי אתניות אינה גורם סיכון קבוע (Ricciardelli & McCabe, 2001).

עם זאת מסתמנים מממצאי המחקר הנוכחי הבדלים בקבוצת הסיכון ביחס למגדר וביחס לגיל. מההיבט המגדרי, ממצא בולט שלו הוא כי ציוניהן של 8.2% מהבנות העידו על אכילה פתולוגית. שיעור זה גבוה בהשוואה למחקרים בארצות אחרות, שמצאו ציונים שהעידו על אכילה פתולוגית בקרב 7.4% מהבנות (Abbate-Daga et al., 2007) או פחות מזה (Anstine & Grineko, 2000; Jones et al., 2001).

הדפוס שנמצא במחקר הנוכחי, שלפיו שיעור הבנות שאובחנו בבעיות אכילה גבוה מזה שבארצות אחרות, תואם לדפוס שנמצא במחקרים אחרים בישראל (Latzer et al., 2006; Maor et al., 2005; Latzer & Tzischinsky, 2003, 2008; al., 2006), שגילו שכיחות גבוהה יותר של בנות עם ציוני EAT-26 פתולוגיים מזו שנמצאה במחקרים במדינות אחרות שהשתמשו במדד זה.

כפי שמראים ממצאי המחקר תופעה זו של בעיות אכילה רווחת יותר בקרב בנות מאשר בקרב בנים. 8.2% מן הבנות נמצאות בקבוצת הסיכון לעומת 2.8% מן הבנים. היחס הוא של 2.9 בנות לכל בן, או במלים אחרות – בקבוצת הסיכון יש כמעט פי שלושה בנות המאופיינות באכילה פתולוגית ובסיכון לפתח הפרעות אכילה, מאשר בנים המאופיינים בכך. דפוס זה תואם למחקרים אחרים שחקרו הבדלי מגדר בהפרעות אכילה ומצאו הבדלים מובהקים בין בנים ובנות (Lundgren, Anderson & Thompson, 2004).

היחס בין בנות ובנים במחקר הנוכחי תואם ליחס שנמצא בשני מחקרים אחרים בישראל שבדקו בנות ובנים. במחקר של גור ועמיתים נמצא כי ל-20% מהבנות ו-6.8% מהבנים היו ציוני אכילה פתולוגית (Gur et al., 2003). מכאן שהיחס הוא של 2.9 בנות לכל בן, כלומר 1:2.9 (בהתאמה). יחס זה זהה ליחס שנמצא במחקר הנוכחי. במחקר של מאור ועמיתים, ל-20% מהבנות ול-5% מהבנים היו ציוני אכילה פתולוגית (Maor et al., 2006). מכאן שזהו יחס של 1:4 (בהתאמה). יחס זה גבוה במקצת מהיחס במחקר הנוכחי, אך אינו שונה בהרבה. נראה כי הבדלים אלה בין המינים נובעים מכך שבנות נוטות להתייחס למשקל ולהופעה חיצונית באופן שונה מבנים.

המחקר הנוכחי העניק התייחסות מיוחדת לנושא של אכילה פתולוגית בקרב בנים, קבוצה שנחקרה עד כה מעט מאוד בעולם בכלל ובישראל בפרט. ממצאי המחקר מראים כי 2.8% מהבנים היו בקבוצת הסיכון לפתח הפרעות אכילה. שיעור זה גבוה בהרבה מזה שנמצא בארצות אחרות. באיטליה למשל נמצא כי ל-0.4% מהבנים היו ציוני אכילה פתולוגית (Abbate-Daga et al., 2007). נראה אם כן כי בישראל בעיות האכילה בקרב בנים נפוצות יותר מאשר בקרב עמיתיהם בעולם, וראוי להתייחס גם לסוגיה זו בתכנון מדיניות של מניעה וטיפול.

מבחינת הגיל, ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי הסיכון לפתח בעיות אכילה גדול יותר בקרב מתבגרים בני 15 בממוצע, ופחות בקרב צעירים יותר, גילאי 13–14, וזאת בדומה למחקרים שונים שדיווחו כי אנורקסייה שכיחה יותר בקרב גילאי 14 ומעלה (Jones & Crawford, 2006; McCabe & Ricciardelli, 2003). ממצא זה תואם גם לממצאי המחקר של גור ועמיתים בישראל, אשר מצאו בקרב בנות 16 שיעורים גבוהים יותר של ציוני אכילה פתולוגית מאשר בקרב נערות צעירות יותר (Gur et al., 2003).

לסיכום, ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי קבוצת הסיכון לפתח בעיות אכילה כללה מתבגרים ממגוון עדות וזרמים דתיים, עם ייצוג דומיננטי יותר של בנות ושל גילאי 15 ומעלה. חלק ניכר מהם היו בעלי משקל תקין, אך עם זאת, חלק גדול יחסית לא היו שבעי רצון ממשקל גופם ושאפו להפחית ממנו קילוגרמים רבים, וחלקם אף היו בעלי עיוות בתפיסה ביחס למשקלם.

הסבר אחד לממצאי המחקר הוא כי המתבגרים בישראל חווים בתקופת ההתבגרות שינויים רבים, אשר יוצרים לחצים גופניים ופסיכולוגיים, המוצאים ביטוי גם באכילה פתולוגית ובסיכון לפתח הפרעות אכילה, כגון אנורקסייה (Latzler & Tzischinsky,

יש להזכיר עוד כי נוסף על הלחצים האישיים, מתבגרים חווים כיום גם לחצים הנובעים מהרמה המשפחתית, בין אם מדובר במשפחות בתהליכי גירושין או פירוד, בשכול ואבדן, באלמות במשפחה או בסיבות אחרות. המתבגרים בישראל נחשפים – אולי אף יותר מעמיתיהם בארצות אחרות – גם ללחצים הקשורים לרמה הכלל-חברתית, אשר משפיעים על אישיותם וחייהם, כגון: חרדות הנובעות מבעיות ביטחון, פחד ממלחמה, חשש מפעולות טרור ופיגועים ועוד. תגובתם ואי-יכולתם להתמודד עם מצבים אלה עשויים לבוא לידי ביטוי גם בהתנהגות האכילה.

הסבר נוסף שאני מציעה הוא הסבר תאורטי, אשר ראוי שייבחן במחקר אמפירי מעמיק בעתיד, ולפיו התנהגות האכילה של המתבגרים בישראל מושפעת כנראה ממודלים חברתיים המוצגים לפנייהם, והם שמעצבים את התפיסה העצמית שלהם. במודלים אלה היופי ותכונות חיוביות אחרות מעוגנים באידאל הרזון.

תפיסת העצמי היא מערכת פסיכולוגית, המארגנת את פעולות היחיד ומחשבותיו כלפי העתיד; כלומר הסכמות הקוגניטיביות המצויות בעצמי משמשות גם כתמרוני דרך וכמצפן, כאשר היחיד חושב על עצמו במונחים עתידיים. מושג העצמי, כולו או חלקו, הוא תוצר של קשרי גומלין בחברה, שנתפסת למעשה כרשת של קשרים בין בני אדם. באמצעות החברה היחיד מקבל מהאחרים המשמעותיים בחייו, כגון: משפחה, חברים וגיבורי תרבות שעמם הוא מזדהה, התייחסות להתנהגותו ולתכונותיו. מהתייחסות זו הוא לומד על עצמו ועל ציפיות החברה ממנו, ועל פיה הוא מעצב את תפיסת העצמי שלו (Blumer, 1969; Cooley, 1902; Dewey, 1972; Kuhn, 1964; Mead, 1934).

תפיסות עצמי אלה הן מכוונות עתיד, כמבנים של העצמי ה"אפשרי" ו"הרצוי" בעתיד, ומכוונות את התנהגויות היחיד כבר בהווה. הן שונות מתפיסת העצמי העכשווית בכך שאין להן אחיזה במציאות היום-יומית, אך עם זאת הן קשורות בה. אין אלה דמיונות חסרי משמעות, אלא ביטויים של תקוות, חששות ומשאלות החשובים ליחיד. ניתן להניח, בעיקר לגבי המתבגרים – נושא המחקר הנוכחי – כי תפיסות העצמי שלהם נובעות ברובן מתחושתם שהם חלק מהחברה ומההשוואה התמידית שהם עורכים עם האחרים המשמעותיים בעיניהם. בהשוואה זו יש הבחנה בין אובייקטים שהם היו יכולים להיות כמותם לאלה שהם אינם רוצים להידמות אליהם ולכאלה שהם חוששים להיות כמותם.

את המידע על אודות עצמם המתבגרים יכולים לקבל בדרכים שונות. לענייננו, אתייחס לשתיים מהן: דרך אחת שבה המתבגר יכול להשיג מידע על אודות עצמו היא באמצעות ההערכות שהסביבה נותנת לו; דרך שנייה היא באמצעות השוואת העצמי עם האחרים. במקרים שבהם ההשוואה בין העצמי הממשי לעצמי האידאלי אינה מביאה תוצאות חיוביות, והמתבגר מגלה שהוא נופל מהעצמי האידאלי, ניתן להעריך כי יחווה רגשות שליליים, כגון: חוסר מימוש עצמי, אכזבה ועצב. בעולם המערבי המודרני, יחידת ההשוואה אשר מעצבת במידה רבה את התפיסות העצמיות של המתבגרים, מקורה במודלים שונים שמוצגים לפניו בסביבתו הקרובה, במשפחתו, בקבוצת הגיל שלו וכן

במודלים שמגדירים לפניו את העצמי שישאף להיות, ואף עצמי שכמוהו לא ירצה להיות; כך למשל, המתבגרים קובעים באמצעות השוואה למודלים אלו, אם הם שמנים או רזים. במחקר הנוכחי ניתן אולי להבחין בהשפעתם של המודלים שהמתבגרים חשופים להם ואשר על פיהם הם מגדירים עצמם "שמנים", באמצעות הממצא שלפיו חלק ניכר מהמתבגרים אשר משקל גופם תקין (לפי מדד אובייקטיבי של מסת הגוף) הגדירו את עצמם כשמנים ושאפו להפחית כ-10% ממשקל גופם.

הבניית התפיסה העצמית של המתבגרים הישראלים, כמו זו של מתבגרים במדינות אחרות בחברה המערבית, מושפעת מהתרבות המודרנית, המאדירה את אידאל הרזון ומציבה סטנדרטים תרבותיים של משקל נמוך לא מציאותי (Prince, 1985; Swartz, 1985). לפי גישה זו, אידאל הרזון בחברה המערבית מעוצב במידה רבה באמצעות תיאור אקסקלוסיבי של מודלים של גוף רזה, שממלאים תפקיד חשוב בהפנמתו כאייקון אידאולוגי של אסתטיקה מערבית. הרזון הנשי מוצג בכלי התקשורת השונים, כגון: טלוויזיה, סרטים, עיתונים, שבועונים ואינטרנט, באמצעות תכונות שמקורן במודלים נשיים מסורתיים. מודלים אלה מציגים אטרקטיביות נשית באמצעות שבריריות וחולשה, בשילוב עם מודלים מודרניים יותר, המתייחסים לתכונות, כגון: אוטונומיה, הישגיות ושליטה. לעומתם מוצגים השמנים כמסמלי תכונות הפוכות, כגון: חוסר שליטה, עצלות והתמכרות להנאות ולתאוות שונות (Garner, Garfinkel, 1980; Schwartz & Thompson, 1980). אידאל הרזון, אשר מגלם בתוכו תכונות חיוביות רבות, הופך להיות בסיס ההשוואה של מתבגרים – ובעיקר מתבגרות רבות – בין העצמי הממשי לעצמי האידאלי.

תפיסת העצמי נובעת מהשייכות החברתית ומן ההשוואה התמידית שהיחיד עושה בינו לבין אחרים החשובים בעיניו. מכאן, שכאשר השוואה זו אינה מביאה תוצאות חיוביות, ומתבגרים ומתבגרות אלה מגלים שהם נופלים מהעצמי האידאלי, עלול להתפתח אצלם דימוי גוף שלילי אשר השפעותיו יכולות להיות הרסניות. מחקרים שונים מראים כי מסרים חברתיים המקשרים השמנה עם הערכה עצמית שלילית מחלחלים אף בקרב גילאי טרום-התבגרות. נמצא כי כבר בגיל 7 ילדים סבורים, ששמן זה "רע" ורזה זה "טוב" (Flannery-Schroeder & Chrisler, 1996), וילדים בגילים 7–11 מדרגים ילדים שמנים מאוד כילדים שיש להם מספר קטן יותר של חברים, שההורים מחבבים אותם פחות, שמצליחים פחות בבית ספר ומושכים פחות מאשר ילדים רזים (Maloney et al., 1989).

לאור האמור לעיל, נראה כי ברמת הכלל, התמודדות עם תופעת בעיות האכילה של מתבגרים צריכה לחתור למניעת התפשטות התופעה מחד גיסא ולצמצום ממדיה הנוכחיים מאידך גיסא, תוך התייחסות לבנות ובנים כאחד. תכניות חינוכיות פורמליות ובלתי פורמליות לפיתוח חשיבה ביקורתית בקרב המתבגרים כלפי התשדורות מהסביבה, כולל כלי התקשורת השונים, תוכלנה לסייע למדיניות כזו להגשים את מטרותיה. עם זאת, יש כמובן צורך להגביר את המאמצים לאבחן באמצעות כלים קליניים שונים את בני הנוער שבסיכון ולהפנותם לטיפול.

מגבלות המחקר

המחקר הנוכחי עסק באבחון של קבוצת הסיכון לפתח הפרעות אכילה ברמה הראשונית בלבד, ובתיאור פרופיל של תכונות, עמדות והתנהגויות אשר משותפים לקבוצת הסיכון. שאלון המחקר לא נועד למטרות קליניות. כמו כן המחקר התבסס על דיווח עצמי של המתבגרים על התנהגות האכילה שלהם, נושא שעשוי להיראות בעיני חלקם כאינטימי, במיוחד אם הם נוקטים התנהגויות חריגות כלשהן, שלא היו מעוניינים לחשוף במענה לשאלון. מאידך גיסא, היות שהשאלונים היו אנונימיים, יש בסיס להערכתו שהנחקרים ענו לשאלון בגילוי לב ובכנות. כמו כן, הנחקרים דיווחו על משקלם בהתאם למאזניים שבהם השתמש כל אחד מהם, ולא נשקלו במאזניים אחידים במהלך המחקר. השוני בין המאזניים שבהם נשקלו עלול אף הוא לגרום לאי-דיוקים במשקל של אחדים מהם.

מקורות

פינוס, א', שניידרמן, ס' וטוראל מ' (1991). אנורקסיה נרבוזה בגיל ההתבגרות. **תפנית**, 1, 3-1. הראל, י', אלנבוגן-פרנקוביץ, ש', מולכו, מ', אבו-עסבה, ח' וחביב, ג' (2002). **נוער בישראל, רוחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בינלאומי**. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל ואוניברסיטת בר-אילן.

Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Malfi, G., Piero, A., & Fasson, S. (2007). Eating problems and personality traits: An Italian pilot study among 992 high school students. *European Eating Disorders Review*, 15, 471-478.

Al-Subaje, A., al-shammari, S., Bamgboye, E., al-Sabhan, K., al-shehri, S., & Bannah, A. R. (1996). Validity of the Arabic version of the eating attitude test. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 321-324.

Alvarez-Rayon, G., Mancilla-Diaz, J. M., Vazquez-Arevalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A., & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 243-248.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revised) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.

Anstine, D., & Grineko, D. (2000). Rapid screening of disordered eating in college aged females in the primary care setting. *Journal of Adolescent Health*, 26, 338-342.

Apter, A., Abu Shah, S., Iancu, I., Abramovitch, H., Weitzman, A., & Tyano, S. (1994). Cultural effects on eating attitudes in Israeli subpopulations and hospitalized anorectics. *Genetic Social and General Psychology Monographs* 120(1), 85-99.

Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 1024-1037.

Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 229-241.

- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Berkeley: University of California Press.
- Borgen, J. S., & Corbin, C. B. (1987). Eating disorders among female athletes. *The Physician and Sportsmedicine*, 15, 89–95.
- Bruch, H. (1957). *The importance of overweight*. New York: W.W. Norton.
- Center for Disease Control (CDC) (1996). Guidelines for school health programs to promote lifelong health eating. *Journal of Adolescence*, 9, 73–96.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2006). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005: Surveill sum. *MMWR*, 55(5), 1–107.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scriber.
- Dewey, J. (1972). Communication, individual and society. In J. G. Manis & B. N. Meltzer (Eds.), *Symbolic Interaction: A Reader in Social Psychology* (2nd ed., pp. 154–157). Boston: Allyn and Bacon Inc.
- D'Souza, C. M., Forman, S. F., & Austin, S. B. (2005). Follow-up evaluation of a high-school eating disorders screening program: Knowledge, awareness and self-referral. *Journal of Adolescent Health*, 36, 208–213.
- Fisher, M., Pastore, D., Schneider, M., Pegler, C., & Napolitano, B. (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 67–74.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Chrisler, J. C. (1996). Body esteem, eating attitudes, and gender-role orientation in three age groups of children. *Current Psychology*, 15, 235–248.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology and Medicine*, 9(2), 273–279.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483–491.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Gila, A., Castro, J., Cesena, J., & Toro, J. (2005). Anorexia nervosa in male adolescents: Body image, eating attitudes and psychological traits. *Journal of Adolescent Health*, 36, 221–226.
- Goldbloom, D. S., & Garfinkel, P. E. (1990). Eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In B. D. Garfinkel, G. A. Carlson & E. B. Weller (Eds.), *Psychiatric disorders in children and adolescents* (pp.77–99). Philadelphia: WB Saunders.
- Greenberg, L., Cwikel, J., & Mirsky, J. (2007). Cultural correlates of eating attitudes: A comparison between native-born and immigrant university students in Israel. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 51–58.
- Guarda, A. S., & Redgrave, G. W. (2004). Eating disorders: detection, assessment and treatment in primary care. *Advanced Studies in Medicine*, 4(9), 468–475.
- Gur, E., Canetti, L., Bachar, E., & Stein, D. (April, 2003). *New directions in research of eating disorders*. Proceedings of the 11th Conference of the Israel Psychiatric Association, Haifa.

- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383–396.
- Jones, D. C., & Crawford, J. K. (2006). The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 257–269.
- Jones, D. C., Vigfusdottir, T. H., & Lee, Y. (2004). Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: An examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *Journal of Adolescent Research*, 19(3), 323–339.
- Jones, D. J., Fox, M. M., Babigian, H. M., & Hutton, H. E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960–1976. *Psychosomatic Medicine*, 42, 551–558.
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawso, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547–552.
- Kendell, R. E., Hall, D. J., Hailey, A., & Babigian, H. M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3, 200–203.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. F., Hammer, L. D., et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227–238.
- Kjelsas, E., Bjonstrom, C., & Gotestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating Behaviors*, 5(1), 13–25.
- Kuhn, M. H. (1964). Major trends in symbolic interaction theory in the past twenty- five years. *Sociological Quarterly*, 5, 61–84.
- Latzer, Y., Azaiza, F., & Tzischinsky, O. (2009). Eating attitudes and dieting behavior among religious subgroups of Israeli-Arab adolescent females. *Journal of Religion and Health*, 48(2), 189–199.
- Latzer, Y., & Tzischinsky, O. (2003). Weight concern, dieting and eating behavior: A survey of Israeli high school girls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 15(4), 295–305.
- Latzer, Y., & Tzischinsky, O. (2005). Eating attitudes in a varied group of Israeli adolescent females: A comparison study. *Journal of Adolescence*, 28, 317–323.
- Latzer, Y., Witztum, E., & Stein, D. (2008). Eating disorders and disordered eating in Israel: An update review. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 361–374.
- Lawrence, C. M. & Thelen, M. H. (1995). Body image, dieting, and self-concept: Their relation in African-American and Caucasian children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 41–48.
- Lundgren, J. D., Anderson, D. A., & Thompson, K. (2004). Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders. *Eating Behaviors*, 5, 75–84.
- Maloney, M. J., McGuire, J., Daniels, S. R. & Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482–489.

- Maor, N. R., Sayag, S., Dahan, R., & Hermoni, D. (2006). Eating attitudes among adolescents. *Israeli Medical Association Journal*, *8*(9), 627–629.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli L. A. (2003). Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health Psychology*, *22*(1), 39–46.
- McKey, E. R., & La Greca, A. M. (2008). Does this make me Look fat? Peer crowd and peer contributions to adolescent girls' weight control behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, *37*, 1097–1110.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and sciety*. Chicago: University of Chicago.
- Mendelson, B. K., White, D. R., & Mendelson, M. J. (1996). Self-esteem and body esteem: Effects of gender, age, and weight. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *17*, 321–346.
- Modan-Moses, D., Yaroslavsky, A., Novikov, L., Segev, S., Toledano, A., Miterany, E., et al. (2003). Stunting of growth as a major feature of anorexia nervosa in male adolescents. *Pediatrics*, *111*(2), 270–276.
- Neumark-Sztainer, D. (2005). *I, aôm, like, so fat!* New York: The Guilford Press.
- NIH (National Institute of Health) (2010). *BMI (Body Mass Index) calculator*. U.S. Department of Health and Human Services. Available at <http://www.nhlbisupport.com/bmi>
- Oliver, K. K., & Thelen, M. H. (1996). Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behavior Therapy*, *27*, 25–39.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., & Wolfe, C. R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: A population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, *318*, 765–768.
- Prince, R. (1985). The concept of culture-bound syndromes: Anorexia nervosa and brain-fag. *Social Science and Medicine*, *21*, 197–203.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *21*, 325–344.
- Rolland, K., Farnill, D., & Griffiths, R. A. (1996). Children's perceptions of their current and ideal body sizes and body mass index. *Perceptual and Motor Skills*, *82*, 651–656.
- Rukavina, T., & Pokrajac-Bulian, A. (2006). Thin-ideal internalization, body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in Croatian adolescent girls. *Eating and Weight Disorders*, *11*(1), 31–37.
- Shisslak, C. M., Renger, R., Sharpe, T., Crago, M., McKnight, K. M., Gray, N., et al. (1999). Development and evaluation of the McKnight risk factor survey for assessing potential risk and protective factors of disordered eating in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, *25*, 195–214.
- Spss Inc. (2001). *Spss base 11.0 for windows user's guide*. Englewood Cliffs, NJ; Prentice Hall.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *128*, 825–848.
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(2), 195–202.

- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist, 41*, 246–263.
- Swartz, L. (1985). Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine, 20*, 725–730.
- Thelen, M. H., & Cormier, J. F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy, 26*, 85–99.
- Thompson, S. H., Corwin, S. J., & Sargent, R. G. (1997). Ideal body size beliefs and weight concerns of fourth-grade children. *International Journal of Eating Disorders, 21*(3), 279–284.
- Wood, K. C., Becker, J. A., & Thompson, J. K. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 17*, 85–100.
- Yoon, E., & Funk, R. S. (January 17–20, 2008). *The psychometric properties of Eating Attitude Test-26*. Paper presented at the 12th Annual Conference of the Society for Social Work and Research, Washington, DC.