

התקבל לכתב העת מפגש במאי 2012 בדפוס

הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף בקרב מתבגרות

בישראל: זיהוי קבוצות בסיכון

The relationship between sense of coherence, body image and disordered eating among adolescent girls: Identifying risk groups

(5,587 מילים)

^{2,1} פרופ' לצר יעל

¹ ספיבק זוהר

³ פרופ' צישינסקי אורנה

¹ הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות

אוניברסיטת חיפה, חיפה

² המרפאה להפרעות אכילה, רמב"ם הקריה הרפואית לבריאות האדם, חיפה

³ החוג לפסיכולוגיה, המכללה האקדמית עמק יזרעאל, עמק יזרעאל

מען להתכתבויות: פרופ' יעל לצר, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל

חיפה. טל סלולרי: 0544736673 דוא"ל: latzer@zahav.net.il

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

זיהוי קבוצות בסיכון

תקציר (143 מילים)

פתולוגיה הקשורה באכילה מייצגות טווח מחשבות והתנהגויות, מדימוי גוף שלילי, עד לאנורקסיה ובולימיה נרבוזה. האטיולוגיה רב סיבתית וכוללת גורמים חברתיים, תרבותיים, משפחתיים ואישיותיים כמו דימוי גוף שלילי.

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

שיטה: 248 נערות בטווח הגילאים בגילאי 12-19, מילאו שאלונים לדיווח עצמי: שאלון דמוגרפי, שאלוני הפרעות אכילה (EAT 26, EDI), שאלון תחושת קוהרנטיות (SOC) ושאלון דימוי גוף (BSQ).

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

דיון: תחושת קוהרנטיות נמצאה כמנבא משמעותי להפרעות אכילה. מוצע כי התערבות למניעת הפרעות אכילה, תתמקד בחיזוק תחושת קוהרנטיות.

מילות מפתח: הפרעות אכילה, מתבגרים, תחושת קוהרנטיות, דימוי גוף, ישראל

מבוא

הפרעות אכילה נמצאות בשכיחות עולה בארבעת העשורים האחרונים בעולם המערבי, בעיקר בקרב נערות (Varnado-Sullivan, Zucker, Williamson, Reas, & Thaw, 2001). הפרעות אכילה ופתולוגיה הקשורה באכילה, מתארות מכלול של מחשבות והתנהגויות, המשקפות בעיות קשות בדימוי ותפיסת הגוף. טווח זה כולל את הרצף החל מדאגה לגבי דימוי הגוף, דרך דימוי גוף שלילי, עמדות ומחשבות לא תקינות לגבי אכילה, שימוש בדרכים לקויות לוויסות משקל (דיאטה) ועד לאבדן שליטה מוחלט, המתבטא בהתפתחות הפרעות אכילה (O'dea, 2007).

הפרעות האכילה העיקריות הן אנורקסיה נרבוזה ובולימיה נרבוזה ושיעורן כ 10% מהבנות והנשים הצעירות באוכלוסיה הכללית ביחס של 2:10 בין בנות לבנים בהתאמה (Levine & Smolak, 2006). בישראל נצפית מגמה דומה, למרות שטרם נערך מחקר אפידמיולוגי מקיף בנושא (Latzer, 1995; Witzum, & Stein, 2008; Miterany, Lubin, Chetrit, & Modan, 1995). המחלות כרוכות בתחלואה פיזית ונפשית גבוהה ובשעורי תמותה גבוהים המוערכים ב-6% מכלל החולות בכל עשור (Attia & Walsh, 2007).

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

פרט להפרעות אכילה, כל שאר הפתולוגיות הקשורות באכילה אינן נכללות תחת הקריטריונים האבחנתיים הפסיכיאטריים DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). יחד עם זאת, הן נמצאות בשכיחות גבוהה (כ- 50% מקרב המתבגרות) ומהוות גורם סיכון משמעותי להתפתחות הפרעות אכילה בהמשך וכשלעצמן הן בעלות השלכות רגשיות וגופניות קשות (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Skemp-Arlt, 2006). בנוסף, ממצאי מחקרים מעידים על שכיחות גבוהה של אי שביעות רצון ממבנה הגוף וצורתו, כבר בגילים צעירים מאד, בקרב כ - 50% מבנות בגיל 8-11. כמו כן נצפית מגמה עולה של עיסוק יתר בדיאטות ודחף לירידה במשקל למרות משקל תקין (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, נמצאו כ-20% מהנבדקות, כבעלות ציונים גבוהים במדדי פתולוגיות אכילה, כשהשיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב בנות 16-18 (Latzer & Tzischinsky, 2003; Latzer & Tzischinsky, 2005). ממצאים דומים נצפו במחקרים מאוחרים יותר בישראל (לצר, 2006 ; Maor, Sayag, Dahan, & Harmoni, 2006; Greenberg, Cwikel, & Mirsky, 2007; Maor, Sayag, Dahan, & Harmoni, 2006).

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, אשר חיות בסביבה חברתית ותרבותית מערבית מודרנית ובעלות נטייה מוקדמת לפתח הפרעות אכילה, אישיותית וגנטית (Slof-Op't et al., 2005 ; O'dea, 2007). להלן יוצגו חלק מגורמי הסיכון העיקריים.

גיל ההתבגרות

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

בתקופת גיל זו, נתונים המתבגרים בסיכונים בריאותיים העלולים לגרום לאובדן הגדול ביותר של שנות חיים פוטנציאליות. בין הסיכונים ניתן למנות: התאבדויות, התמכרויות לאלכוהול וסמים מחלות מין הפרעות אכילה ועוד. בשלב חיים זה, הצעירים רוכשים הרגלי חיים והתנהגויות הקשורות לבריאות: הרגלי תזונה ואכילה, פעילות גופנית ועישון סיגריות. הרגלים אלה יכולים להכתיב את קבוצת הסיכון שאליהן ישתייכו בבגרותם (Steinberg & Morris, 2001).

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

בהשוואה למדינות העולם המערבי, נמצא כי המתבגרים בישראל ממוקמים במקומות גבוהים ביחס למדינות העולם המערבי בנקיטת התנהגויות מסוכנות להורדה במשקל, כמו נטילת כדורים משלשלים או הקאות יזומות גם בקרב בנים וגם בקרב בנות (Harel et al., 2002).

נערות כאוכלוסייה בסיכון

אחד הממצאים העקביים ביותר בחקר הפרעות אכילה ופתולוגיה הקשורה באכילה הוא פגיעותן הרבה של נערות ונשים צעירות ללקות במחלה, בהשוואה לגברים (Levine & Smolak, 2006). ההסברים נעים מהדגש חברתי למראה רזה המופנה בעיקר לנשים (Thompson & Smolak, 2001), דרך הסברים הקשורים בשינוי זהות, מגדר, תפקיד ומין שעברה האישה במאה השנים האחרונות ועד לתפיסה פמיניסטית הרואה את השינויים במעמד האישה כאיום על עולם הגברים המבקשים לצמצם השפעתה ולדכא את עוצמתה (Orbach, 2006).

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

החברה והתרבות המערבית

מבין גורמי הסיכון הסביבתיים, ניתנה התייחסות משמעותית להשפעה של ערכים תרבותיים מערביים מודרניים, המהווים גורמי לחץ חברתיים (Stice, 2002). ערכים אלו מאדירים את הרזון כאידיאל להצלחה, יופי, נחשקות, אושר וכמדד לערך עצמי בעיקר בקרב נשים. אמצעי התקשורת השונים הנם

מהאמצעים העיקריים המעבירים מסרים אלה (Tiggeyman, 2005). כישלון בהשגת אידיאל זה יכול להוביל לערך עצמי נמוך, דימוי 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 לעיתים יכולות להיות רחוקות מהתמונה האובייקטיבית של הגוף ובהתאם לסבול מהטיות בהערכה, שנובעת מסיבות שונות (Stice, Littleton & Bearman, 2001). הטיות אלו נפוצות יותר במהלך גיל ההתבגרות (Littleton & Ollendick, 2003) ולהן השלכות פסיכולוגיות משמעותיות (Bekker & Boselie, 2002) כמו דיכאון, הערכה עצמית נמוכה, שימוש בדיאטות והתנהגויות לא תקינות בנושא אוכל ומשקל. אלה האחרונים נמצאו כמנבאים משמעותיים להתפתחותן של הפרעות אכילה (Stice, 2002).

על מנת לעמוד בתביעות חברתיות תרבותיות אלו, מבלי שיפגעו הערך העצמי ודימוי הגוף, נדרשות יכולות התמודדות גבוהות לעמידה במצבי לחץ, ובכללם חוסן נפשי ותחושת קוהרנטיות.

תחושת קוהרנטיות

בשנים האחרונות קיבל המושג תחושת קוהרנטיות 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 לנקודת מבט רחבה יותר, המתמקדת בבריאות ובחוסן ומתייחסת לרצף שבין בריאות לחולי (Eriksson, 2007; Hintermair, 2004).

תחושת קוהרנטיות משמעה תחושה בסיסית של האדם שהעולם החיצוני מובן מספיק ושיש לו מספיק משאבים אישיים חיצוניים ופנימיים לשנות, להשפיע ולהתמודד עם מצבי לחץ (Antonovsky, 1987). תחושת הקוהרנטיות היא מולדת, דינמית, מתפתחת ומתייצבת עד גיל 30 והיא בעלת שלושה מרכיבים: 1. **משמעותיות** (Meaningful) – הרכיב החשוב ביותר, בו לאדם יש תחושת משמעות רגשית בחייו ושיש לו מטרות לשאוף אליהן. שאיפות אלה לא נתפסות כעול ומחויבות אלא כמטרה ראויה להשקעה. 2. **נהילות** (Manageability) – חווית האדם, שהבעיות שהוא נתקל בהן הן פתירות באמצעות משאביו הקיימים או גיוס משאבים מהסביבה הקרובה, כך שהאדם אינו מרגיש קורבן של נסיבות. 3. **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 (Antonovsky, 1979), 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). אנשים בעלי תחושת קוהרנטיות גבוהה נמצאו כבעלי תחושת רווחה טובה יותר (Binkowska-Buri & Januszewicz, 2010), הערכה עצמית גבוהה ושביעות רצון מהחיים (Farruggia et al., 2007; Lam, 2007), זאת בשל יכולתם להתמודד עם מתח רגשי במצבי לחץ (Feld, Kokko, Kinnunen, & Pulkkinen, 2004; Pallant & Lea, 2002). אנשים בעלי תחושת קוהרנטיות נמוכה, בטאו תחושת חרדה גבוהה יותר, דיכאון, שחיקה, כעס וחוסר אונים ונמצאו כבעלי יכולת נמוכה יותר להתמודדות עם לחץ וויסות מתחים (Ying, Leeb, & Tsai, 2007). תחושת קוהרנטיות נמוכה נמצאה קשורה לסיגול אורח חיים לא בריא, כמו עישון וצריכת אלכוהול (Kuuppelomaki & Utriainen, 2008; Wainwright et al., 2003). ולסימפטומים פיזיולוגיים סומאטיים שונים (Eriksson & Lindstrom, 2006). מכאן, שאנשים בעלי תחושת קוהרנטיות גבוהה, נמצאים במיקום בריא יותר על רצף הבריאות והחולי המתואר על יד אנטונובסקי (Antonovsky, 1979, 1987), מאשר אנשים בעלי תחושת קוהרנטיות נמוכה (Feld et al., 2004). 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 כמי שעברו בהצלחה את שלבי ההתבגרות והמשימות ההתפתחותיות הכרוכות בכל שלב, כמי שמאמצים הרגלי חיים בריאים, שמצליחים לשגשג, למרות קשיי תקופת המעבר ושחווים תחושת מלאות פנימית ביחס לעצמם ולסביבתם (Rew, 2005). מאחר ותחושת 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 כמשמעותיים ביותר הם: סביבה תומכת, הערכה עצמית גבוהה ותחושת שליטה בחיים (Cederblad, Dahlin, Hagnell, & Hansson, 1994; Raty, Larson, Soderfeldt, & Wilde-Larsson, 2005). כמו כן, נמצא קשר בין מעמד סוציו-אקונומי בינוני-גבוה של המשפחה לבין תחושת קוהרנטיות גבוהה של מתבגרים (Myrin & Lagerstrom, 2008).

עוד נמצא כי נערות מתבגרות מגלות יותר פגיעות לבעיות פסיכולוגיות שונות, כמו הפרעות חרדה ונטיות דיכאוניות, מאשר נערים (Blom, Larsson, Serlachius, & Ingvar, 2009) והן מדווחות 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) וכתחושת קוהרנטיות נמוכה בקרב הנערות, נמצאה כמנבאת תפקוד רגשי נמוך, יותר מאשר אצל הנערים (Moksnes, Espnes, & Lillefjell, 2012). נערות בעלת תחושת קוהרנטיות נמוכה, סיגלו התנהגויות לא בריאות כמו: דילוג מכוון על ארוחת בוקר, מיעוט בשעות שינה, נקיטת 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 תחושת קוהרנטיות מתקבעת סביב גיל 30 (Antonovsky, 1987). מכאן שתחושת קוהרנטיות במתבגרים, נמצאת עדיין בשלב התהוות והמתבגרים מגייסים אותה לפרקי זמן קצרים בלבד, בעיקר במצבי לחץ. לכן, מרבית המחקרים שנעשו עם אוכלוסיות אלו בהקשר זה, בדקו תחושת קוהרנטיות בקרב מתבגרים אשר מצויים במצבי לחץ כמו: טרור ומלחמות (Braun-Lewensohn & Sagy, 2010) לקויות ללמידה (Margalit & Efrati, 1996) ומחלות כרוניות (Baker, 1998).

לאור הלחץ החברתי המופעל על מתבגרות בימינו להשגת רזון לא מציאותי, יש למרביתן עקב כך הערכה עצמית נמוכה, דימוי גוף שלילי ועיסוק לא תקין באוכל צורה ומשקל. כל אלה נמצאו כמנבאים משמעותיים לפתח את כל טווח הפרעות האכילה. מכאן מבקש המחקר הנוכחי לבדוק את תפקידה של תחושת הקוהרנטיות בקרב נערות כאמצעי להתמודדות עם גורם לחץ זה.

למיטב הידיעה, 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 ולסימפטומים של הפרעות אכילה.

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

ישוער כי ימצא קשר בין הפרעות באכילה לבין דימוי גוף ותחושת קוהרנטיות כך שככל שתחושת הקוהרנטיות תמצא גבוהה יותר דימוי הגוף יהיה חיובי יותר ופתולוגיה הקשורה באכילה היו מעטות יותר (Antonovsky, 1979; Moksens et al., 2012). כמו כן ישוער כי לקבוצת הגיל הבוגרת יותר (חטיבה עליונה) תמצא יותר פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף נמוך בהשוואה לקבוצת הגיל הצעירה (חטיבת ביניים) (Latzer & Tzichinsky, 2005; Shore & Porter, 1990). כמו כן הקבוצה שתמצא בסיכון להפרעות אכילה תהיה בעלת תחושת קוהרנטיות נמוכה יותר ודימוי גוף שלילי יותר, בהשוואה לקבוצה ללא סיכון להפרעות אכילה (Stice, 2002).

שיטה

מדגם:

המדגם כלל 248 נערות יהודיות חילוניות מבית ספר תיכון שש שנתי (חטיבת ביניים ותיכון) בצפון הארץ, דוברות עברית. טווח גילים 12-19, ממוצע 14.8 שנים ($sd=1.48$), 106 מתוכן בחטיבת ביניים בגילאי 12-14, ו-142 בחטיבה עליונה בגילי 15-19. 93% מהנבדקות ילידות הארץ, כ-80% מהנבדקות הגדירו את מקום מגוריהן כ-עיר, מושבה או עיירת פיתוח, כ-75% מהן הגדירו את מצבן הכלכלי כטוב-טוב מאוד, 52% מהאבות ו-57% מאמהות ממוצא אשכנזי, 68% מהאבות ו-76% מהאמהות הן בעלי השכלה אקדמאית.

הנתונים 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 5 שאלונים לדווח עצמי, ופרטים אישיים.

שאלון דמוגרפי כלל: 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 הינו הנפוץ ביותר להערכת תת משקל עד עודף משקל בקרב נוער ומבוגרים אשר נמדד על פי חישוב המשקל חלקי גובה בריבוע במטרים (Prentice & Jebb, 2001). תוצאה מעל 26 מעידה על עודף משקל ותוצאה מתחת ל-18.5 מעידה על תת משקל (WHO, 1995). ה- BMI הממוצע של הנבדקות במחקר הנוכחי עמד על 20.23 ($sd \pm 2.88$).

פסיכופתולוגיה הקשורה באכילה: שאלון הפרעות אכילה- (EDI-2) Eating Disorder Inventory

שאלון הבודק פסיכופתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה (EDI-2) (Garner, 1991) הינו אחד מהשאלונים הנפוצים ביותר לדיווח עצמי להערכת פסיכופתולוגיה של הפרעות אכילה בקרב אוכלוסיות מערביות. שאלון זה הינו כלי רב ממדי, ונמצא בשימוש הן למטרות קליניות והן במחקר (Lee, Lee, Leung, & Yu, 1997). השאלון לא מכווו לשמש ככלי דיאגנוסטי, אלא כלי המספק פרופיל של מאפיינים הקשורים בהפרעות אכילה ועוצמתם. השאלון תורגם לשפות רבות, כולל עברית (Latzer, Tzischinsky, & Azaiza, 2007). המחברים מדווחים על מהימנות פנימית של תת הסולמות שנעה בין 0.82 ל 0.93 (Garner, 1991). במחקר הנוכחי, מהימנות אלפא של סך כל הפריטים שנבדקו הינה 0.89. במחקר הנוכחי נעשה שימוש רק בשלושה תת סולמות מתוך ה- 11 הקשורים ישירות לסימפטומים של הפרעות אכילה והם: 1. דחף לרזון (פריטים: 1,7,11,16,25,32,49) עם מהימנות אלפא 0.86 הציון הגבוה ביותר שניתן לקבל הינו 21, כשציון מעל 14 נחשב פתולוגי. במחקר הנוכחי, ממוצע הציונים במדד זה הינו 8.60 ($sd=7$). 2. בולימיה (פריטים: 4,5,28,38,46,53,61) עם מהימנות אלפא 0.67 הציון הגבוה ביותר שניתן לקבל בסולם זה הינו 21, ממוצע הנבדקות הינו 1.9 ($sd=2.89$). 3. חוסר שביעות רצון מהגוף (פריטים: 2,9,12,19,31,45,55,59,62) עם מהימנות אלפא 0.89 הציון הגבוה ביותר שניתן לקבל בתת סולם זה הינו 27, במחקר הנוכחי ממוצע הציון של הנבדקות הינו 8.52 ($sd =7$).

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

שאלון (EAT-26) (Garner & Garfinkel, 1979), הינו אחד מהשאלונים הנפוצים להערכת עמדות כלפי אכילה. השאלון אינו כלי דיאגנוסטי, אלא כלי שמטרתו לאתר קבוצות בסיכון לפיתוח הפרעות אכילה. השאלון 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 ($sd=10$). שאלון זה (EAT-26) נמצא ככלי תקף ומהימן ותורגם לשפות רבות ובכללן לעברית (Ianuca, 1990). המחברים (Garner, Olmstad, & Polivy, 1983) מדווחים על מהימנות פנימית של 0.70, 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, השואלים את הנבדק שאלות בנוגע לדרך בה הוא חווה ומרגיש את גופו במהלך ארבעת השבועות האחרונים. הציון נע בין 34 ל-204 נקודות, ככל שציון גבוה יותר, לנבדק יש חוסר שביעות רצון רב יותר מגופו כאשר ניקוד מעל 98 מעיד על דימוי גוף שלילי. במחקר הנוכחי ממוצע התשובות עמד על 87.34 ($sd=40.82$). המהימנות הפנימית במחקר הנוכחי עמדה 0.97 ותואמת את דיווחי המחברים.

שאלון תחושת קוהרנטיות – Sense of Coherence (SOC)

השאלון חובר הן בעברית ובאנגלית על ידי אנטונובסקי (Antonovsky 1987) ומטרתו לבדוק את תחושת הקוהרנטיות של הפרט. השאלון כולל 29 פריטים, המדורגים על סולם ליקרט בן שבע דרגות ונע בטווח שבין (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 מ-0.84-0.93. תקפות הכלי נבדקה בעזרת מספר מחקרים, בהם אוששו ההשערות אודות הקשר השלילי בין קוהרנטיות ללחץ ואודות 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 הינו 4.56 ($sd=0.76$). המהימנות הפנימית הינה 0.87 ותואמת את דיווחי המחברים.

הליך

המחקר קיבל את אישור המדען הראשי של משרד החינוך, את אישור הנהלת רשת בתי הספר שבו הוא נערך. כחלק מהדרישות, נשלח מכתב להורי התלמידות בו הוצגה מטרת המחקר, תוך הדגשת האנונימיות של המשתתפות. ההורים התבקשו להחזיר את המכתב חתום למחנכת הכיתה של בתם רק אם הם מתנגדים להשתתפות בתם. המשתתפות קיבלו הסבר כללי על מטרות המחקר ואפשרות לבחור אם הן מעוניינות לקחת בו חלק ולעזוב בכל עת שיחפצו. השאלונים מולאו במסגרת שיעורי ספורט על מנת שתיקחנה בו חלק הבנות בלבד, בכל שיעור השתתפו שתי כיתות. השאלונים מולאו במחשב.

ניתוח נתונים

לצורך ניתוח הנתונים נעשה שימוש במבחני t , מבחני ניתוח שונות, מתאמי פירסון ורגרסייה היררכית בצעדים. בשלב ראשון נבחנו המתאמים בין המשתנים השונים. לאחר מכן 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 (EAT 26 גדול מ 20) (קבוצה בסיכון), לבין אלו שהציון לא נמצא פתולוגי (קבוצה לא בסיכון) בכל המשתנים. לבסוף נערכה רגרסייה 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 בחן השוואה בין קבוצות בסיכון 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 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 נמוכה יותר דימוי הגוף נמוך יותר. יודגש כי המתאמים שנמצאו מובהקים ובכיוון המשווער- יחד עם זאת חלק מהמתאמים נמצאו גבוהים יותר (דימוי גוף) וחלקם בעוצמה 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 ובעוצמה הגבוהה יותר עם דימוי גוף.

נמצא הבדל מובהק בקשר שבין קוהרנטיות לבין דימוי גוף מאשר בקשר בין קוהרנטיות לבין מדדי הפרעת אכילה כלליים ($z=5.04$ $p<0.0001$) מכאן שתחושת קוהרנטיות קשורה חזק יותר לדימוי גוף מאשר למדדי הפרעות אכילה כלליים.

הכנס כאן טבלה מס' 1

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 ($t=2.24$ $p<0.026$). לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות בכל שאלוני פתולוגיה הקשורה באכילה וכן לא בממד מסת הגוף (BMI).

בנוסף, חולקה אוכלוסיית המחקר לשתי קבוצות סיכון להפרעות אכילה על פי שאלון EAT-26, כאשר קבוצת הסיכון (22.7%) הוגדרה על פי ציון כולל של השאלון שהוא מעל 20 (26.5 ± 28.63), ואילו הקבוצה ללא הסיכון להפרעות אכילה הציון הכולל הוא מתחת ל-20 (8.0 ± 8.47).

במבחני t על פי החלוקה לקבוצות בסיכון כן או לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות כך שהקבוצה בסיכון נמצאה ברמת קוהרנטיות נמוכה יותר במובהק בהשוואה לקבוצה שאינה בסיכון ($t=3.7$ $p<0.000$) קבוצה בסיכון (0.85 ± 4.2) קבוצה שאינה בסיכון (0.7 ± 4.67).

במבחני t על פי החלוקה לקבוצות בסיכון כן או לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות כך שהקבוצה בסיכון נמצאה בעלת דימוי גוף שלילי במובהק בהשוואה לקבוצה שאינה בסיכון שנמצאה בעלת דימוי גוף חיובי. ($t=-18.4$ $p<0.000$) קבוצה בסיכון (142.13 ± 24) קבוצה שאינה בסיכון (71.82 ± 28.9).

במבחני t על פי החלוקה לקבוצות בסיכון כן או נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בממד מסת הגוף BMI כך שהקבוצה בסיכון נמצאה בעלת מסת גוף BMI גבוהה יותר במובהק בהשוואה לקבוצה שאינה בסיכון. ($t=-3.0$ $p=0.004$) קבוצה בסיכון (21.19 ± 2.82) קבוצה שאינה בסיכון (19.91 ± 2.78).

על פי חלוקה לגילים נמצא כי 20% מקבוצת הגיל הצעירה (12-14.5) מהווים קבוצת סיכון, ואילו מקבוצת הגיל הבוגרת (מעל 14.5) 24.8% מהווים קבוצת סיכון.

בניתוח שונות דו כיווני לבחינת השפעת גיל (שתי רמות גיל) וקבוצות בסיכון (שתי רמות כן / ולא) נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במשתנה הקוהרנטיות, בדימוי גוף ובמדדים של דחף לרזון, (על פי EDI), אי שביעות רצון מהגוף (EDI-bd) והתנהגות בולמית (EDI-bul). להלן הפירוט של המשתנים: **קוהרנטיות כללית** (ההבדל נובע מהבדל בין קבוצות הסיכון ($f=22.42; df=1,238, p<.0001$) מהבדל בין הגילאים ($f=5.79, df=1,238, 0<.017$) וכן מהאינטרקציה בין קבוצות גיל לקבוצות סיכון ($f=6.04, p<.01$) כד שלקבוצת הבנות הצעירות בקבוצת הסיכון רמת הקוהרנטיות הכללית היא הנמוכה ביותר (ראה טבלה מס 2).

הכנס טבלה מספר 2

קוהרנטיות מדד מובנות (ההבדל נובע מהבדל בין קבוצות הסיכון ($f=16.19; df=1,238, p<.0001$), לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין קבוצות גיל ולא נמצאה אינטראקציה בין גיל לקבוצות סיכון. כך שלקבוצת הסיכון רמת קוהרנטיות מובנות נמוכה יותר.

קוהרנטיות מדד משמעותיות (ההבדל נובע מהבדל בין קבוצות הסיכון ($f=7.14; df=1,238, p<.008$) וכן הבדל בין קבוצות הגיל ($f=8.6, df=1,238, p<0.004$). לא נמצאה אינטראקציה מובהקת סטטיסטית. כך שלקבוצת הסיכון הצעירה רמת קוהרנטיות "משמעות" היא הנמוכה ביותר.

קוהרנטיות מדד נהילות (ההבדל נובע מהבדל בין קבוצות הסיכון ($f=23.59; df=1,238, p<.0001$) ונמצאה אינטראקציה מובהקת סטטיסטית בין גיל לקבוצת סיכון ($f=6.01, df=1,238, p<.02$). כך שלקבוצת הבנות הצעירות רמת קוהרנטיות "ניהולית" היא הנמוכה ביותר.

בשאלון דימוי גוף (. המובהקות הסטטיסטית נובעת מההבדל בין קבוצות הסיכון ($f=267.28, p<.0001$) כד שלקבוצה ברמת סיכון גבוהה יותר דימוי גוף שלילי . לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל וכן לא נמצאה אינטראקציה.

במימד דחף לרזון נמצא הבדל מובהק סטטיסטית המובהקות הסטטיסטית נובעת מההבדל בין קבוצות הסיכון ($f=186.57, df=1,246, p<.0001$) כד שלקבוצה ברמת הסיכון הגבוהה דחף לרזון גבוה יותר. לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל וכן לא נמצאה אינטראקציה.

בממד אי שביעות רצון מהגוף המובהקות הסטטיסטית נובעת מההבדל בין קבוצות הסיכון ($f=116.57$, $p<.0001$, $df=1,239$), כך שהבנות מהקבוצה ברמת סיכון הגבוהה יותר פחות שבעות רצון מגופן. לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל וכן לא נמצאה אינטראקציה.

במימד בולימיה המובהקות הסטטיסטית נובעת מההבדל בין קבוצות הסיכון ($f=21.15$, $df=1,239$, $p<.0001$) כך שלקבוצה ברמת סיכון הגבוהה יותר יש יותר סימפטומים בולימיים. לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל וכן לא נמצאה אינטראקציה (ראה טבלה מס 2)

בניתוח רגרסיה היררכית בצעדים נבדק כיצד המשתנה הבלתי תלוי: תחושת קוהרנטיות, מסביר את המשתנה התלוי: הסיכון להפרעת אכילה (sumeat), באמצעות משתנה מתווך, דימוי גוף, (שגם הוא משתנה תלוי).

על מנת להוכיח תיווך נבדקו 3 תנאים: 1. המתאם בין קוהרנטיות לבין לדימוי גוף ($r=-.417$, $p<0.000$). 2. מתאם בין קוהרנטיות וסיכון להפרעות אכילה ($r=-.213$, $p<0.001$). 3. ירידה בערך של β לאחר הכנסת המשתנה המתווך דימוי גוף, נמצא כי ניבוי מובהק סטטיסטית של הפרעת אכילה על ידי קוהרנטיות $\beta = -.213$ $p<.001$ וכאשר נכניס את דימוי גוף לרגרסיה ערך ה- β יורד, אך עדין נשאר מובהק סטטיסטית $\beta=.132$ $p<.004$ ומכאן ניתן להסיק כי דימוי גוף הינו מתווך חלקי. נערך בנוסף מבחן SOBEL להוכחת תיווך. לאחר שנמצא כי שני המבחנים המקדימים נמצאו מובהקים נבדק ה c-prime מתוכו ניתן לראות כי משתנה הקוהרנטיות נמצא מובהק, ($t=2.94$, $p=0.004$) ומכאן שמשנתנה דימוי גוף הינו משתנה מתווך מובהק וחלקי.

הכנס כאן תרשים מס' 1

דין ומסקנות

מטרות המחקר הנוכחי הן לבדוק את הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף בקרב מתבגרות בישראל. כמו כן לערוך השוואה בין קבוצות בסיכון לאלו שאינן בסיכון בקרב מתבגרות צעירות ובוגרות, ביחס למשתנים: קוהרנטיות, דימוי גוף ופתולוגיה הקשורה באכילה. עוד יבקש המחקר לבדוק, האם דימוי גוף יסביר את הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין הסיכון לפתח הפרעת אכילה.

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

ממצאים אלו מחזקים ומוסיפים לממצאי מחקרים קודמים, המצביעים 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, 1983 ; Ebert et al., 2002). כמו כן מוסיפים ממצאים אלו לממצאים קודמים אשר הראו כי לתחושת קוהרנטיות נמוכה קשורה לאורח חיים לא בריא וסימפטומים סומאטיים שונים (Antonovsky & Sagy, 1986 ; Kuuppelomaki & Utriainen, 2003 ; Nyamathi, 1991; Wainwright et al., 2008) 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 ובכללה ברצף 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 שדימוי הגוף מושפע ממספר גורמי לחץ משמעותיים בגיל ההתבגרות: מנורמות חברתיות, מקבוצת השווים (Ata, Ludden, & Lally, 2007 ; Prichard & Tiggemann, 2005; Stice, 2002) ומאינטראקציה עם הסביבה ובאמצעות השוואה בלתי מודעת לאחרים משמעותיים (Thompson & Stice, 2001). גורמי הלחץ השונים המאפיינים תקופת גיל זו, דורשים מהמתבגרים כוחות התמודדות, אשר בלעדיהם קיים איום לבריאותם הפיזית והנפשית (Byrne, Davenport, & Mazanov, 2007). בכך, מדגישים ממצאי המחקר הנוכחי 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, (Ata et al., 2007), נוטות להשוות עצמן לדמויות נשיות המציגות אידיאלים גופניים בלתי אפשריים, בלתי מציאותיים ובלתי מושגים. ככל שהן חוות פער גדול יותר בין מושאי השוואתם לבין עצמן, גוברת תחושת הלחץ, התסכול והנחיתות, הביטחון וההערכה העצמית מתערערים ודימוי הגוף נפגע (Goethals, 1986 ; Major, Testa, & Bylsma, 1991 ; Richins, 1991; Tiggemann & McGill, 2004). בנוסף, מהווה קבוצת השווים בגיל ההתבגרות גורם לחץ משמעותי על המתבגרת. נמצא כי הקנטות וביקורת לגבי המראה החיצוני מצד בני הגיל, מחזקים אף הם את דימוי הגוף השלילי. דבר זה הופך בעייתי במיוחד בשילוב מסרים חברתיים המקדשים אידיאל רזון לא מציאותי (Dunkley, Wertheim, & Paxton, 2001 ; Jones, 2004; Stice, Presnell, & Spangle, 2002). מכאן, שהלחצים החברתיים המשולבים, עמן מתמודדות מתבגרות בימינו, בכל הקשור לאידיאל היופי, יכולים להשפיע על תדמיתן, על הערכתן העצמית ועל דימוי הגוף שלהן (McVey et al., 2002; Stice 2002) ובכך הם מהווים גורמי סיכון משמעותיים לפתח הפרעות אכילה (Stice, 2002). ובמיוחד לאור הממצא בספרות כי דימוי גוף שלילי הינו המנבא העיקרי להתפתחותן של התנהגויות לא תקינות בנושא אכילה ומשקל כמו דיאטה (Stice, 2002).

בהתייחס לתחושת קוהרנטיות גבוהה כאמצעי יעיל להתמודדות עם לחצים, ניתן להבין את מודל המחקר הנוכחי בהתבסס על המודל הסלוטוגני (Antonovsky, 1979, 1987), שטוען כילאנשים בעלי תחושת קוהרנטיות גבוהה יכולת טובה יותר להתמודד עם לחצים, לווסת מתחים והם בעלי רווחה נפשית והערכה עצמית גבוהים יותר (Pallant & Lea, 2002; Soderfeldt et al., 2000). מכאן, שהבנת הקשר

בין תחושת קוהרנטיות גבוהה לבין התמודדות עם לחצים חברתיים תרבותיים, היא מהותית בהבנת גורמי החוסן עבור מתבגרים. ניתן להציע בזהירות כי במובן זה, תחושת קוהרנטיות גבוהה עשויה להוות גורם מגן ובולם מפני התפתחות הפרעות אכילה באמצעות גיבוש דימוי גוף חיובי.

מאחר ואוכלוסיית המחקר הנוכחי הינה אוכלוסיית מתבגרות שאינה מוגדרת כפתולוגית, אלא כאוכלוסייה נורמטיבית, ניתן לשער כי ההתנהגויות הלא תקינות כמו דחף לרזון ודיאטה אינן דומיננטיות עדיין וכי מה שקודם להן הוא דימוי גוף שלילי שנמצא משמעותי יותר במחקר הנוכחי. מכאן החשיבות לזיהוי קבוצות בסיכון. בהשוואה שנערכה בין מתבגרות צעירות ובוגרות, ביחס למשתנים קוהרנטיות, דימוי גוף ופתולוגיה הקשורה באכילה ובין קבוצת הסיכון לזו שאינה בסיכון ביחס למשתנים קוהרנטיות, דימוי גוף ופתולוגיה הקשורה באכילה נמצא כי בקרב הנערות מקבוצת הסיכון נמצאה תחושת קוהרנטיות נמוכה יותר, דימוי גוף שלילי יותר, אי שביעות רצון מהגוף גבוהה יותר ודחף לרזון גבוה יותר מאשר הנערות שאינן מקבוצת הסיכון.

כמו כן נמצא כי אחוז המתבגרות אשר קיבלו ציון גבוה בפתולוגיה הקשורה בהפרעות אכילה על פי ממצאי שאלון EAT 26 < מ-20 עמד במחקר הנוכחי על 22.7%, כאשר הקבוצה הבוגרת נמצאה בעלת אחוזי פתולוגיה גבוהים יותר מאשר הקבוצה הצעירה. קבוצה בסיכון זו, נמצאה כבעלת תחושת קוהרנטיות ודימוי גוף נמוכים יותר במובהק סטטיסטית מאשר הקבוצה שאינה בסיכון.

ממצאים אלה מצביעים על מגמת עליה איטית במאפיינים של פתולוגיה הקשורה באכילה בקרב מתבגרות בישראל, שכן לפני כ-15 שנה נמצא ש-18% מהמתבגרות שנבדקו היו בעלות ציונים גבוהים במדדים אלה (אפטר, הטב, ויצמן וטיאנו, 1997), לפני שבע שנים, הממצאים הצביעו על 19.5% מהמתבגרות כבעלות פתולוגיה הקשורה באכילה (Latzer & Tschinsky, 2005), ואילו היום האחוזים כאמור עומדים על 22%. יתרה מכך, נצפתה גם ירידה בגיל באחוזי הפסיכופתולוגיה הקשורה באכילה. אחוז הקבוצה בסיכון להפרעות אכילה בקרב הצעירות עמד על 20% ואילו בקבוצה הבוגרת על 24%.

ניתן להסביר ממצאים אלו בהתבסס על ממצאים קודמים מצאו קשר שלילי בין גיל המתבגרת לדימוי גוף (Barker & Galambos, 2003; Al Sabahh et al., 2009). מכאן, ניתן להציע כי מגמת העלייה באחוזי הפתולוגיה נובעת אולי מהעלייה בקרב הצעירות ופחות בקרב הבוגרות. ממצא זה מדאיג משהו וקורא לצורך להתערבות בגילים צעירים יותר. אחד ההסברים האפשריים למגמת העלייה במאפייני פתולוגיה הקשורה באכילה בכלל ובגיל הצעיר בפרט הוא, שאוכלוסיית המתבגרים בישראל נחשפת למדיה

על כל ערוציה יותר מאוכלוסיות מערביות אחרות בעולם ובהתאם מושפעת יותר מהלחצים הכרוכים בכך (Currie et al., 2008; Shohat et al., 2010) ובהקשר זה למסרים החברתיים הרבים המקדשים את אידאל הרזון (Lawler & Nixon, 2011; Tiggemann, Ricciardelli, McCabey, & Banfield, 2000) .(2002; Grabe, Hyde, & Ward, 2008) . ישראל ידועה כמובילה בחזית הטכנולוגית ובהתאם בני הנוער הם המשתמשים העיקריים והמושפעים העיקריים מהחשיפה למדיה (בוניאל- ניסים, 2010).

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי שלוש מגבלות עיקריות הראשונה נוגעת בהומוגניות של אוכלוסיית המחקר, כלומר אוכלוסיית הנבדקות הן נערות מאזור בצפון הארץ שגרה בו הן אוכלוסייה כפרית ועירונית. 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 מרקעים ואזורי מגורים אחרים. השנייה נוגעת לשימוש בשאלונים לדיווח עצמי במחקר הנוכחי, אשר מתאר הערכה סובייקטיבית ואינו משקף בהכרח הערכה אובייקטיבית המצביעה על פתולוגיה. השלישית היא כי לא ניתן להכליל ממצאי מחקר זה על סיבתיים, כך שיתכן והקוהרנטיות מושפעת מדימוי הגוף והפרעות האכילה ולא רק משפיעה עליהם.

סיכום, השלכות והמלצות יישומיות

למיטב הידיעה מחקר זה, הינו הראשון אשר בוחן את הקשר שבין הפרעות באכילה דימוי גוף ותחושת קוהרנטיות בקרב מתבגרות בישראל. ממצאי המחקר העלו מתאמים מובהקים סטטיסטית בין תחושת קוהרנטיות נמוכה לבין מדדי פתולוגיה הקשורה באכילה גבוהים ודימוי גוף שלילי. ממצאים אלו הוסיפו נדבך ראשוני ומשמעותי לתיאוריה העוסקת במקורות החוסן הנפשי והקשר שלה לסיגול התנהגויות בריאות בקרב מתבגרות תוך הדגשת המקום המשמעותי של דימוי גוף שלילי בהקשר לפתולוגיה הקשורה באכילה ולתחושת קוהרנטיות נמוכה. הבנת הקשר בין תחושת קוהרנטיות גבוהה ליכולת טובה יותר להתמודד עם לחצים הודגשה במחקר זה. במיוחד הודגשו לחצים חברתיים, המאדירים את הרזון כמודל לא מציאותי ליופי והצלחה. הבנה זו מהותית עבור אנשי המקצוע בהבנת גורמי החוסן לעמידה בפני לחצים ולקידום בריאות נפשית ופיזית בקרב מתבגרות.

חשיבות ממצאים אלו נעוצה בעובדה כי גיל ההתבגרות הוא תקופה קריטית לפיתוח של התנהגויות בריאות או חולי המשליכות על שאר תחומי החיים ולעתיד ויש חשיבות רבה במניעה הממוקדת להפרעות אכילה לקבוצת גיל זו ובמיוחד לקבוצת 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 לתחושת העצמה. נמצא, כי תחושת קוהרנטיות מבוססת היא אחד המרכיבים המשמעותיים של תחושת העצמה (הוצלר, חכם ופליס, 2002).

תכניות מסוג זה חיוניות בשל יכולתן להפחית את המחירים הפיזיים החברתיים והנפשיים ש כרוכים 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, 2007). (Tweed, & Blackmore, 2007). תכניות אלה השיגו שינויים קצרי טווח בחיזוק ההערכה העצמית ודימוי הגוף של המתבגרות ולא הצליחו לבסס שינויים בהתנהגויות הלא תקינות בנושא אכילה ומשקל (Paxton, 2002). לאור הממצאים הראשוניים של מחקר זה בדבר הקשר החיובי בין תחושת קוהרנטיות לבין דימוי גוף, ניתן להציע לבסס תכניות מניעה על חיזוק תחושת הקוהרנטיות בקרב מתבגרות, במטרה להשיג שינויים ארוכי טווח, מחשבתיים והתנהגותיים.

מאחר ותחושת קוהרנטיות אינה מתקבעת אלא 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 העצמה. תחושת העצמה נמצאה כגורם מגן על נשים מפני הפרעות אכילה והיא מבוססת על התיאוריה הפמיניסטית המסבירה הפרעות אכילה. (Chrisler & Lamont, 2002). נשים בעלות תחושת העצמה גבוהה, מסוגלות לנקוט עמדה ביקורתית כלפי הנורמות החברתיות המקובלות לגבי אידיאל הרזון ולפעול לפי האמונות האישיות שלהן ולא בהכרח על פי הנורמות הקולקטיביות (Murnen & Smolak, 2009).

ביבליוגרפיה

אפטר, א', הטב, י', ויצמן, א' וטיאנו, א. (1997). **פסיכיאטריה של הילד והמתבגר**. תל אביב: דיונון.

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). אנורקסיה נרבוזה, הצורך בשאלון סיקור, הרפואה, 122, 315-317.

לצר, י' (2006). הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול. **חברה ורווחה, כו,**

4, 479-502.

מרון, מ', סמילנסקי, מ', פלדמן, ש', וייסר גרנק, ר' וסמילנסקי, ש'. (1991). אתגר ההתבגרות: צרכים,

לחצים והתמודדות, כרך ה'. ת"א: רמות, אוניברסיטת ת"א.

Al Sabbah, H., Vereecken, C., Elgar, F., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., Ojala, K.,

..... Maesl, L. (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. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: Author.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: 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, CA: 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, CA: 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., & 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.

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 , Turki: Åbo Akademis Tryckeri.

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. (2004). 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*. Psychological Assessment Resources, Odessa: Florida.

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., & Sillanpaa, M. (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. School of Medicine; Tel Aviv University, Israel.

Jones, C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology, 40*, 823-835.

Ianuca, I. (1990). Validation of the EAT in Israel. Unpublished doctoral dissertation. School of Medicine; Tel Aviv University, Israel.

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.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., & Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 29-42.
- 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., 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
- Mitrany, 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*. Acer Press, Australia.
- 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, Victoria: 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*. California; 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., & Bulik, C. (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.
- 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.

Steinberg, L. (2002). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.

Steinberg, L., & Morris, S. (2001). Adolescent development. In Fiske, S. T., Schacter, D. L., & Zahn-Waxler, C. (Eds.), *Annual review of psychology*, 52, pp. 83 – 110, Palo Alto, CA : Annual Reviews .

Tiggemann, M. (2002). Media influence on body image development. In Cash, T., & Pruzinsky, T. (Eds.). *Body Image: A handbook of theory, research & clinical practice* (pp. 91-98). Guilford: U.S.A .

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 Thompson, J.K., and Smolak, L. (Eds.), *Body Image , eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 1-39), American Psychological Association, Washington, DC.

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.

Yinga, 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.

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.

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.

טבלה מס' 1 - מתאמים בין קוהרנטיות לבין פתולוגיה הקשורה באכילה ודימוי גוף

משמעות	נהילות	מובנות	קוהרנטיות כללית	משתנים
				EAT 26
-0.12*	-0.17**	-0.19**	-0.19**	EAT 26 (ציון כולל)
-0.130*	-0.22**	-0.20**	-0.23**	נטייה לדיאטה
0.06	0.12	0.04	0.10	אנורקסיה שליטה אוראלית
-0.15*	-0.21**	-0.19**	-0.23**	בולימיה
				EDI2
-0.21*	-0.30**	-0.21**	-0.29**	דחף לרזון (dt)
-0.32**	-0.34**	-0.29**	-0.38**	חוסר שביעות רצון מהגוף (bd)
-0.21**	-0.19**	-0.20**	-0.24**	בולימיה (bul)
-0.36**	-0.41**	-0.33**	-0.43**	דימוי גוף (BSQ)

*p<.05 **p<.01

טבלה מס' 2 ממוצעים וסטיות תקן של מדדי דימוי גוף ומדדי הפרעות באכילה על פי קבוצות גיל (שתי רמות גיל) וקבוצות בסיכון (שתי רמות מעל ומתחת לציון 20)

גיל <14.5	גיל 12-14.5		
4.67±0.73	4.67±0.67	קבוצה לא בסיכון	קוהרנטיות כללית
4.41±0.76	3.84±0.88	קבוצה בסיכון	
3.94±0.86	4.05±0.66	קבוצה לא בסיכון	קוהרנטיות מובנות
3.67±0.93	3.28±0.93	קבוצה בסיכון	
5.55±0.82	5.37±0.98	קבוצה לא בסיכון	קוהרנטיות משמעותיות
5.40±0.80	4.76±0.96	קבוצה בסיכון	
4.84±0.90	4.91±0.80	קבוצה לא בסיכון	קוהרנטיות ניהוליות
4.49±0.85	3.89±1.11	קבוצה בסיכון	
75.13±30.06	68.18±27.26	קבוצה לא בסיכון	דימוי גוף
141.94±24.83	142.41±23.24	קבוצה בסיכון	
3.76±4.44	3.89±4.53	קבוצה לא בסיכון	EDI דחף לרזון

14.26±3.48	12.18±5.36	קבוצה בסיכון	
6.08±6.25	6.49±6.0	קבוצה לא בסיכון	EDI שביעות רצון מהגוף
15.68±5.77	17.14±4.51	קבוצה בסיכון	
1.43±2.33	1.46±2.59	קבוצה לא בסיכון	EDI בולימיה
3.44±3.22	3.48±4.41	קבוצה בסיכון	

תרשים מס' 1

