

دانش و پژوهش در روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
شماره بیست و ششم - زمستان ۱۳۸۴
صص ۱۶ - ۱

میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با عزت نفس، خودپنداره و افسردگی در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام

علیرضا حیدری^۱ - غلامرضا پاشا^۲
شهرام مامی^۳ - سید حمید آتش پور^۴

چکیده

این پژوهش در صدد بررسی میزان شیوع اختلالات تغذیه (بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی) و رابطه آن با عزت نفس، خودپنداره و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام بوده است. جامعه آماری کلیه دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام است که در سال تحصیلی ۸۴ - ۱۳۸۳ مشغول به تحصیل بودند و از بین آنها ۳۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در چند مرحله انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل؛ مقیاس اختلالات تغذیه اهواز (AEDI)، پرسشنامه عزت نفس کوپر - اسمیت، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه مفهوم خویشتن بک بود. برای تجزیه و تحلیل

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

۳- کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

۴- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است. نتایج نشان داد بین خودپنداره و پراشتهایی روانی رابطه منفی معنادار ($P < 0/05$) و بین عزت نفس و بی‌اشتهایی روانی و همچنین عزت نفس و پراشتهایی روانی رابطه منفی معنادار ($P < 0/05$) وجود دارد. همچنین تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که فقط عزت نفس پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای بی‌اشتهایی روانی بود و نیز در زمینه همه‌گیرشناسی میزان شیوع ۳ درصد به دست آمد.

کلید واژه‌ها: اختلالات تغذیه، بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی، افسردگی، عزت نفس، خودپنداره.

مقدمه

اصل بقای هر موجود زنده بر تغذیه استوار است. گونه‌های مختلف موجودات زنده از هر گروه و رده‌ای به حکم غریزه به طریقی و به وقت نیاز می‌خورند و می‌آشامند. از جمیع مخلوقات زنده این انسان است که مدتهاست ضرورت آگاهی بر چه خوردن و چگونه خوردن را دریافته است. نیاز به آگاهی از تغذیه صحیح و مناسب برای افراد امری ضروری است. امروزه رسانه‌ها، آگاهی‌های تبلیغاتی و فرهنگ عامیانه در تلاش هستند تا لاغری را امری مثبت نشان دهند و در واقع لاغری را مترادف با سلامتی و موفقیت و زیبایی بیان کنند که این امر زنان را با خطرهای جدی مواجه ساخته است (سایت W.I.N)^۱. در واقع این‌گونه مسائل باعث توجه به اختلالات خوردن در آسیب‌شناسی روانی شده است که اختلالات خوردن شامل دو نوع؛ بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی است. در DSM-IV^۲ بی‌اشتهایی روانی اختلالی است که در آن شخص از داشتن حداقل وزن طبیعی امتناع می‌کند، شدیداً از بالا رفتن وزن خود می‌ترسد و به‌طور قابل ملاحظه‌ای در مورد بدن خود و شکل آن دچار سوء‌تعبیر است. بی‌اشتهایی روانی با اختلال عمیق تصویر بدن و پافشاری بر لاغری تا حد گرسنگی کشیدن شخص است. این اختلال در جنس مؤنث شایع‌تر است و شروع آن معمولاً در نوجوانی است (کاپلان، سادوک، ۱۹۸۶). در DSM-IV پراشتهایی روانی پرخوری دوره‌ای توأم با راههای

1- Womens health Queensland Wide

2- Diaghostic and Statistical of Mental Disorder

نامتناسب پیشگیری از بالا رفتن وزن تعریف شده است. دوره‌های پرخوری روانی که شایع‌تر از بی‌اشتهایی روانی است، با احساس از دست دادن تعادل توأم است، با ناراحتی جسمی یعنی دل‌درد و تهوع دوره پرخوری را قطع می‌کنند و در پی آن احساس گناه، افسردگی یا نفرت از خود ظاهر می‌شود. در واقع به نظر می‌رسد که بیشتر افرادی که اختلال پراشتهایی روانی دارند احساس هویت شخصی و عزت نفس ندارند و افسردگی در مبتلایان به پرخوری دوره‌ای نسبتاً همه‌گیر است جانسون و همکارانش (۲۰۰۳). همچنین در پژوهش دیگر آنها به مقایسه زنان بدون اختلالات تغذیه و دارای اختلالات تغذیه پرداختند و نتیجه گرفتند که عزت نفس زنان دارای اختلالات تغذیه‌ای نسبت به زنان بدون اختلالات تغذیه‌ای پایین‌تر است. گودسیت^۱ در سال ۱۹۸۵ درونی ساختن نامناسب «موضوعات خود» با بی‌اشتهایی ناشی از نقص در ساختارهای خود تنظیمی برای به کار بردن تنش عزت نفس و احساسات به هم پیوسته را مطرح ساخت. درمانگرانی که با مبتلایان به پرخوری دوره‌ای سر و کار دارند، بیشتر این افراد را فاقد احساس هویت شخصی و عزت نفس می‌دانند. در همین راستا به نظر می‌رسد افسردگی در مبتلایان به پرخوری دوره‌ای نسبتاً همه‌گیر است (جانسون، لارسون، ۱۹۸۲ به نقل از اتکینسون و هیلگارد). فرنچ و همکاران (۱۹۹۹)، لیود - ریچاردسون و همکاران (۲۰۰۰) و فاشینو و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که میزان افسردگی در زنان دارای اختلالات تغذیه‌ای بالاتر از زنان بدون اختلالات تغذیه‌ای است. روزن و همکاران (۱۹۹۳) و باتون (۱۹۹۷) در مطالعات خود دریافتند که عزت نفس پایین در بین بیماران دارای اختلالات تغذیه‌ای بسیار است به طوری که می‌تواند به عنوان یکی از دلایل عمده اختلالات تغذیه‌ای به شمار آید. سیلورستون (۱۹۹۲) اشاره نموده است که ارتباط بین عزت نفس پایین با اختلالات تغذیه‌ای آنقدر قوی است که می‌توان عزت نفس پایین را پیش درآمدی برای اختلالات تغذیه‌ای دانست. تلچ و آگراس (۱۹۹۴) و هسو و همکاران (۲۰۰۲) براساس مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که در مورد بیماریهای روانی تفاوتی بین افراد دارای اختلالات تغذیه‌ای و بدون اختلالات تغذیه‌ای نشان ندادند. بسیاری از دانشمندان علوم اجتماعی معتقدند که عوامل اجتماعی نقش مهمی در

بی‌اشتهایی روانی دارند. در پژوهشی که جانسون و کاسکینا^۱ در سال ۱۹۸۵ مبنی بر افزایش فشار فرهنگی برای لاغری شدید انجام دادند از ۲۰۰ مطالعه گزارش شده به این نتیجه رسیدند که افراد دارای اختلالات تغذیه اختلال شخصیتی مشابهی شامل اعتماد به نفس پایین، وابستگی و مشکلات خودمحوری دارند.

بعضی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین اختلالات شخصیتی و خوردن رابطه وجود دارد (سایت ENH). کاتزمن در سال ۱۹۹۸ در پژوهشی نشان داد که افراد خودپسند را می‌توان در هر دو نوع اختلالات تغذیه مشاهده کرد، همچنین نشان داد که ۴۰ تا ۹۶ درصد از بیماران اختلالات تغذیه، تجاربی مانند افسردگی و هیجانی دارند. همچنین پژوهش لدرمن (۲۰۰۳) نشان داد که اختلال بی‌اشتهایی در افراد با حالات عصبی، اختلالات وسواس غیرارادی و اختلال اضطراب عمومی و فویای اجتماعی و فویای ساده همراه است. مطالعات متعددی نشانه‌های افسردگی در بیماران دارای اختلال بی‌اشتهایی را مورد توجه قرار داده‌اند (راسل ۱۹۷۵، کروسبی ۱۹۸۸، دالی ۱۹۹۴ نقل از شکرکن، نجاریان ۱۳۷۶، کاتزمن ۱۹۸۸ در کشورمان خلیلی ۱۳۷۴، شریفی فرد ۱۳۷۶). انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۴ بیان می‌کند که افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، مشکلات شخصیتی مانند افسردگی و عزت‌نفس پایین دارند. افراد پراشتها با داشتن انتظارات بالا به کمال‌گرایی تمایل دارند، آنها تصور ذهنی بدنی ضعیف‌تری در مقایسه با آزمودنی‌های طبیعی دارند. در پژوهش‌های هاریسون، گلاسمن و هادسون بین افسردگی و پراشتهایی رابطه معنادار وجود دارد. پژوهشی که کاتزمن و والچگ در سال ۱۹۸۴ انجام دادند نشان داده که افراد پراشته معمولاً از گروه‌های طبیعی و افراد پرخور افسرده‌تر و دارای عزت‌نفس پایین‌تر و نیاز بیشتر به تأیید دارند که این افراد در زمینه نقش جنسی با همسالان طبیعی خود تفاوت معناداری نداشتند. اختلالات خوردن در ۴ درصد نوجوانان گزارش شده است. هر چند در ابتدا این اختلال در طبقات بالا بیشتر گزارش شده بود، اما امروزه چنین توزیعی در زمینه‌یابی‌های همه‌گیرشناسی مشاهده نمی‌شود. در واقع پراشتهایی عصبی شایع‌تر از بی‌اشتهایی عصبی است. تخمین شیوع پراشتهایی عصبی بین ۱ تا ۳ درصد در زن‌های

میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با عزت نفس ... / ۵

جوان است (راسل، ۱۹۷۹ نقل از نجاریان و شکرکن، ۱۳۷۶). پژوهش در کشورهای مختلف نشان می‌دهد ۱ تا ۶ درصد دختران نوجوان و زنان جوان نشانگان کامل بی‌اشتهایی روانی دارند (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۱۹۹۴) این اختلال نیز در ۹۰ تا ۹۵ درصد زنان اتفاق می‌افتد و شروع آن در نوجوانی یا جوانی و یا بزرگسالی است، اما اغلب بین ۱۵ تا ۱۹ سالگی آغاز می‌گردد. هدف از اجرای پژوهش بررسی روابط بین ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات تغذیه و نیز تعیین میزان فراوانی اختلالات تغذیه در بین دانشجویان دختر بوده است.

مسائل پژوهش

- ۱- آیا بین اختلالات تغذیه‌ای (بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی) و خودپنداره عزت نفس و افسردگی دانشجویان رابطه وجود دارد؟
- ۲- میزان شیوع اختلالات تغذیه دانشجویان چقدر است؟

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- فرضیه ۱- بین افسردگی، عزت نفس و خودپنداره با بی‌اشتهایی روانی دانشجویان رابطه چندگانه وجود دارد.
- ۲- فرضیه ۲- بین افسردگی، عزت نفس و خودپنداره با پراشتهایی روانی دانشجویان رابطه چندگانه وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی استان ایلام بودند که در سال ۸۴-۱۳۸۳ مشغول به تحصیل بوده‌اند. تعداد آنها برابر ۴۸۶ نفر بود که از این تعداد بیشترین فراوانی را رشته پزشکی با تعداد ۱۲۸ نفر و کمترین فراوانی را رشته بهداشت حرفه‌ای داشتند. پراکندگی سنی دانشجویان نشان می‌دهد که آنها در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۶ بودند و بیشترین فراوانی را در ۲۰ سالگی داشتند. در بین دانشجویان ۲۴/۳ درصد متأهل و بقیه دانشجویان مجرد بودند.

نمونه آماری این بررسی در برگیرنده ۳۰۰ دانشجوی دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده گردید.

ابزارهای اندازه‌گیری: در این پژوهش از چهار نوع ابزار برای اندازه‌گیری استفاده گردید: ۱- پرسشنامه اختلالات تغذیه‌ای اهواز (AEDI)^۱: در سال ۱۹۹۰ کوکر و راجرز^۲ با هدف ابداع یک پرسشنامه خودسنجی که بتواند به صورت معتبر بین آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات تغذیه و گروه گواه فرق بگذارد و همچنین افرادی را که در معرض خطر ابتلا به این اختلال هستند شناسایی کند، آن را ساختند. تعداد ماده‌های اولیه این پرسشنامه ۵۷ سؤال است که در سال ۱۳۷۶ شریفی فرد زیر نظر استادان باتجربه روی جمعیت دانش‌آموزی اهواز بررسی و هنجاریابی کرد و آن را به ۳۱ سؤال و عامل، (بی‌اشتهایی روانی ۲۲ سؤال و پراشتهایی روانی ۹ سؤال) کاهش داد. به منظور نمره‌گذاری این مقیاس ۳۱ سؤالی در مورد همه ماده‌ها به گزینه درست نمره ۱ و گزینه نادرست نمره صفر داده شد، بجز ماده‌های شماره ۲۷، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۷، ۸ که باز عاملی منفی دارند و به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۰ بود و نیز برای تعیین اعتبار این پرسشنامه، از نمره سؤال ملاک استفاده شد که رابطه مثبت و معناداری ($P = ۰/۰۱$ و $r = ۰/۲۷$) به دست آمد.

۲- پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: در این پژوهش برای سنجش مقیاس عزت نفس از پرسشنامه کوپر اسمیت استفاده شده است. این آزمون را استانلی کوپر اسمیت در سال ۱۹۶۷ تهیه کرد. این آزمون براساس تجدید نظر بر روی مقیاس راجرز و دیموند (۱۹۵۴) انجام شده است.

در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه گردید که به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۶۱ بود.

۳- پرسشنامه افسردگی بک: اولین بار در سال ۱۹۶۱، بک و همکاران این پرسشنامه را معرفی کردند، سپس در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت و برای سنجش و شناخت افراد افسرده استفاده می‌شود. از این پرسشنامه چند فرم

میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با عزت نفس ... / ۷

تدوین شده که شامل یک فرم کارتی، چند فرم کامپیوتری، یک فرم ۲۱ ماده‌ای و یک فرم ۱۳ ماده‌ای است که همبستگی بین فرم کوتاه و بلند ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ گزارش شده است. در این پژوهش از فرم کوتاه ۱۳ ماده‌ای استفاده شده است. این پرسشنامه ۱۳ سؤال چهارگزینه‌ای دارد و برای هر گزینه (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات) به ترتیب مقادیر (صفر) ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته شده است. حداکثر نمره آزمودنی ۳۹ و حداقل صفر می‌باشد.

در این پژوهش پایایی پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر ۰/۷۵ و ۰/۷۱ می‌باشد.

پرسشنامه مفهوم خویشتن‌بک: این آزمون را بک و استیر تهیه کردند و ۲۵ سؤال دارد که هر سؤال پنج گزینه دارد. شیوه نمره‌گذاری برای هر گزینه از ۱ تا ۵ است که برخی از سؤالات به‌طور غیرمستقیم نمره‌گذاری می‌شوند.

پایایی و اعتبار پرسشنامه مفهوم خویشتن: در این پژوهش برای تعیین پایایی از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شده است که به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۶۵ می‌باشد. همچنین برای تعیین اعتبار این پرسشنامه، از نمره سؤال ملاک استفاده شده، به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($r = 0/15$ و $P = 0/01$).

شیوه اجرای پژوهش

یکی از مراحل اصلی در امر پژوهش نحوه و چگونگی انتخاب آزمودنی‌ها و اجرای ابزار پژوهش در مورد آنهاست. برای دستیابی به این امر طبق برنامه‌ریزی‌های قبلی پژوهشگر به دانشکده‌های دارای اعضای نمونه مراجعه کرد و پس از حضور اعضای نمونه در محل مناسب و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها، راجع به پرسشنامه‌ها و نحوه تکمیل آنها و همچنین دلایل انتخاب آنها در نمونه، توضیحات لازم داده شد. برای پاسخگویی محدودیت زمانی در نظر گرفته نشد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های خام از روش ضریب همبستگی پیرسون و زگرسیون چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۱ تا ۳ ارائه شده است.

جدول ۱- ضریب همبستگی متغیرها

متغیرها اختلالات تغذیه			ملاک متغیر پیش‌بین
بی‌اشتهایی روانی	پراشتهایی روانی		
-۰/۱۲*	-۰/۲	-۰/۰۹	خودپنداره
-۰/۱۶*	-۰/۰۴	۰/۰۶	افسردگی
-۰/۱۳*	-۰/۱۲*	۰/۰۲	عزت‌نفس

* در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، بین خودپنداره و پراشتهایی روانی دانشجویان در سطح $P < ۰/۰۵$ رابطه معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر با بالا رفتن میزان خودپنداره پراشتهایی روانی دانشجویان کاهش می‌یابد و همچنین بین عزت‌نفس و پراشتهایی روانی دانشجویان رابطه منفی معناداری مشاهده می‌شود و بین عزت‌نفس و بی‌اشتهایی روانی دانشجویان در سطح $P < ۰/۰۵$ رابطه منفی معنادار وجود دارد.

جدول ۲- خلاصه نتایج رگرسیون چندمتغیره ورود در ارتباط با بی‌اشتهایی روانی

شاخص‌های آماری	همبستگی	ضریب	نسبت F	ضرایب رگرسیون β
متغیرهای پیش‌بین	چندگانه MR	تعیین RS	احتمال P	افسردگی
	۰/۰۴	۰/۰۰	$F = ۰/۴۶$	$\beta = -۰/۰۴$
افسردگی			$P = ۰/۴۹۵$	$t = ۰/۶۸$
			$p = ۰/۴۹۵$	
عزت‌نفس	۰/۱۲	۰/۰۱	$F = ۲/۰۹$	$\beta = ۰/۱۱$
			$p = ۰/۱۲۵$	$\beta = -۰/۰۱$
			$p = ۰/۰۵$	$t = ۱/۹۳$
			$p = ۰/۸۱۹$	$t = -۰/۲۳$
خودپنداره	۰/۱۳	۰/۰۲	$F = ۱/۷۰$	$\beta = -۰/۰۶$
			$p = ۰/۱۶۸$	$\beta = ۰/۱۳$
			$p = ۰/۳۴۰$	$t = ۲/۰۹$
			$p = ۰/۷۶۰$	$t = -۰/۱۳$

بی‌اشتهایی روانی

میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با عزت نفس ... / ۹

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود مکرر، ضریب همبستگی چندمتغیره برای ترکیب خطی متغیرهای افسردگی، عزت نفس و خودپنداره با بی‌اشتهایی روانی دانشجویان دختر برابر با $MR = 0/13$ و $RS = 0/02$ است که در سطح $p = 0/05$ معنادار نمی باشد.

جدول ۳- خلاصه نتایج رگرسیون چندمتغیره با روش ورود در ارتباط با پراشتهایی

شاخص‌های آماری همبستگی	ضریب	نسبت F	ضرایب رگرسیون β	متغیرهای پیش‌بین	پراشتهایی روانی
چندگانه	تعیین	احتمال	افسردگی	عزت نفس	خودپنداره
		$F = 7/43$	$\beta = 0/16$		
$0/16$	$0/02$	$P = 0/007$	$t = 2/73$		افسردگی
			$p = 0/007$		
		$F = 5/31$	$\beta = 0/13$	$\beta = -0/10$	
$0/19$	$0/04$	$P = 0/005$	$t = 2/26$	$t = -1/77$	عزت نفس
			$p = 0/025$	$p = 0/078$	
		$F = 4/15$	$\beta = 0/13$	$\beta = -0/09$	$\beta = -0/08$
$0/20$	$0/04$	$P = 0/007$	$t = 2/15$	$t = -1/43$	$t = -1/35$
			$p = 0/023$	$p = 0/155$	$p = 0/179$
					خودپنداره

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود مکرر، ضریب همبستگی چندمتغیره برای ترکیب خطی متغیرهای افسردگی، عزت نفس و خودپنداره با پراشتهایی روانی دانشجویان دختر برابر با $MR = 0/20$ و $RS = 0/04$ است که در سطح $P = 0/012$ معنادار می باشد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (RS)، مشخص شده که ۴ درصد واریانس پراشتهایی روانی را متغیرهای پیش‌بین تبیین می کنند. همچنین مشاهده می شود که از میان متغیرهای افسردگی، عزت نفس و خودپنداره به عنوان متغیرهای پیش‌بین، فقط متغیر افسردگی برای پراشتهایی روانی پیش‌بینی کننده می باشد و متغیرهای عزت نفس و خودپنداره در فرایند پیش‌بینی نقشی ایفا نمی کنند.

همه‌گیرشناسی اختلالات تغذیه: نتایج همه‌گیرشناسی اختلالات تغذیه‌ای (پراشتهایی روانی و بی‌اشتهایی روانی) دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرستان ایلام.

جدول ۴- توزیع فراوانی دانشجویان دارای اختلال تغذیه

نوع اختلال	فراوانی نمونه	فراوانی افراد دارای اختلال	درصد فراوانی
بی‌اشتهایی روانی	۳۰۰	۳	۱/۰
پراشتهایی روانی	۳۰۰	۶	۲/۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود از ۳۰۰ دانشجوی دختر، ۳ دانشجو (۱/۰ درصد) بی‌اشتهایی روانی دارند. همچنین از ۳۰۰ دانشجو، ۶ دانشجو (۲ درصد) پراشتهایی روانی دارند. به‌طور کلی از ۳۰۰ دانشجوی دختر، ۹ دانشجو (۳ درصد) دارای اختلال تغذیه (بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی) هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که بین عزت‌نفس و پراشتهایی روانی رابطه منفی وجود دارد، لذا نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های کاتزمن و دالیچک ۱۹۸۴، سیلورستون ۱۹۹۲، ویلفیام ۱۹۹۳، روزن ۱۹۹۳، انجمن روانپزشکی آمریکا ۱۹۹۴؛ باتون ۱۹۹۷ می‌باشد. تمامی این پژوهش‌ها رابطه منفی معناداری را از عزت‌نفس و اختلالات تغذیه به‌دست آورده‌اند. همچنین نتایج این پژوهش، مطالعات باشنل و هانسون ۱۹۸۶ و اسلد ۱۹۸۷ (نقل از سایت اینترنتی Family resource) را تأیید می‌کند. آنها نشان دادند، عزت‌نفس پایین در افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی بیشتر دیده می‌شود. همچنین نتایج این پژوهش همسو با انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴) است که نشان دادند بین بیماری‌های عاطفی و اختلالات تغذیه رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مشکلات خلقی و شخصیتی فراوانی دارند. این افراد دست‌کم افسرده‌اند و عزت‌نفس پایین دارند. افراد دارای اختلال پراشتهایی روانی با تعیین انتظارات بالا از خود تمایل به

کمال‌گرایی دارند. در پژوهش‌های گذشته نیز بیان شده که آنها در مقایسه با آزمودنی‌های طبیعی دارای تصویر بدنی ضعیف‌تری هستند. در واقع لوین و اسمالاک مطرح می‌کنند که بچه‌هایی که عزت‌نفس پایین‌تری دارند به داشتن عزت‌نفس پایین‌تری تمایل دارند، به هر حال می‌توان گفت با بالا رفتن میزان عزت‌نفس پراشتهایی روانی دانشجویان دختر کاهش می‌یابد. با توجه به $r = 0/013$ و همبستگی بالای گزارش شده در پژوهش‌های قبلی می‌توان باز هم این نکته را ذکر کرد که جامعه مورد پژوهش یک جامعه طبیعی است و نتایج حاصل از پژوهش‌های گذشته در واقع از یک جامعه دارای اختلال تغذیه به دست آمده است.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین افسردگی و بی‌اشتهایی روانی دانشجویان رابطه وجود ندارد هر چند که پژوهش‌های دیگران از جمله پوپ و هادسون ۱۹۸۵ و دیگران ۲۰۰۱ (نقل از نجاریان و شکرکن، ۱۳۷۶) نشان دادند که بین افسردگی و بی‌اشتهایی روانی رابطه وجود دارد، لذا این پژوهش، پژوهش‌های فوق را تأیید نمی‌کند. پژوهش‌های داخل کشور نیز این نکته را تأیید می‌کنند (خلیلی ۱۳۷۴، شریفی فرد ۱۳۷۶ و پوراهر نجاتی و کلاتری ۱۳۷۹، رشیدی و کاراندیش، ۱۳۸۰). پژوهشگران دیگری افسردگی و درماندگی روان‌شناختی معناداری را در افراد پراشتها گزارش دادند (اوین، میچل ۱۹۸۲، جانسون و همکاران ۲۰۰۳، پیل و همکاران، ۱۹۸۴). در واقع مطالعاتی که گزارش کردند با مصرف ضد افسردگی‌ها نشانه‌های پراشتهایی کاهش می‌یابد، به حمایت از این مباحثه که پراشتهایی و افسردگی با هم رابطه دارند کمک کرد. یکی دیگر از نتایج این پژوهش این بود که بین افسردگی و پراشتهایی روانی رابطه معناداری به دست آمد به عبارت دیگر با افزایش میزان افسردگی پراشتهایی روانی دانشجویان دختر نیز افزایش می‌یابد. آنچه مسلم است در این زمینه پژوهش‌های متعدد دیگری صورت گرفته که با نتیجه این فرضیه همسو می‌باشد. پژوهش‌های بسیاری نشان دادند که پراشتهایی و افسردگی با هم رابطه دارند. پوپ و هادسون، ۱۹۸۵، راسل ۱۹۸۹ گزارش دادند که پس از اشتغال ذهنی به غذا خوردن، رژیم غذایی و وزن، نشانه‌های افسردگی در افراد پراشتها مهمتر است. با استفاده از ملاک‌های DSM-IV برای افسردگی کاپلان (۱۹۹۴) نتیجه گرفت که ۷۵ درصد از زنان پراشتها نشانه‌های افسردگی را به صورت معناداری گزارش کرده‌اند. پژوهشگران دیگری افسردگی و درماندگی روان‌شناختی معناداری را

در افراد پراشته‌گزارش دادند (جانسون و همکاران ۲۰۰۳، پیل و همکاران ۱۹۸۲). در هر حال با توجه به $r = 0/16$ ذکر این نکته لازم است که چون پژوهش در جامعه طبیعی صورت گرفت، شدت آن پایین است، اما در صورتی که این پژوهش در یک جامعه بیمار اختلالات تغذیه‌ای صورت می‌گرفت با توجه پژوهش‌های پیشین می‌توانست رابطه آن از شدت بیشتری نیز برخوردار شود.

رگرسیون چند متغیره بین افسردگی، عزت نفس و خودپنداره با بی‌اشتهایی روانی نشان داد که از میان متغیرهای افسردگی، عزت نفس و خودپنداره به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین، فقط متغیر عزت نفس برای بی‌اشتهایی روانی پیش‌بینی‌کننده است و متغیرهای افسردگی و خودپنداره در فرایند پیش‌بینی نقشی را ایفا نمی‌کنند. هر چند متغیرهای ذکر شده در پژوهش‌های گذشته توانسته درصد بیشتری را پوشش دهند (به دلیل اینکه تحلیل یافته‌های این پژوهش در یک جامعه طبیعی بوده است تا یک جامعه دارای اختلال) در هر حال با توجه به یافته‌های موجود مشاهده می‌شود که از میان متغیرهای افسردگی، عزت نفس و خودپنداره به‌عنوان متغیر پیش‌بین، فقط متغیر عزت نفس پیش‌بینی‌کننده خوبی برای بی‌اشتهایی روانی محسوب می‌شود که این نتیجه با پژوهش‌های گذشته همسو می‌باشد.

پژوهش در کشورهای مختلف نشان می‌دهد ۱ تا ۶ درصد دختران نوجوان و زنان جوان دچار نشانگان کامل پراشتهایی روانی می‌گردند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۱) در واقع نتایج این پژوهش تا حدودی همسو با این‌گونه یافته‌ها است. بی‌اشتهایی روانی بیماری نادری است که شیوع آن در ایالات متحده یک درصد است، اما از دهه ۱۹۶۰ تاکنون بیش از دو برابر شده است. انواع اختلال خوردن در ۴ درصد نوجوانان محصل گزارش شده است، از هر ۱۰۰ دختر نوجوان و جوان یکی از آنان دچار این اختلال می‌شود و عده‌ای نیز علائمی از این اختلال را بروز نمی‌دهند. پراشتهایی عصبی شایع‌تر از بی‌اشتهایی عصبی است. تخمین شیوع پراشتهایی روانی بین ۱ تا ۳ درصد در زنان جوان است، در واقع پراشتهایی عصبی اختلال جدیدی نیست. در هر حال نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، میزان شیوع به‌دست آمده تا حدودی با مطالعات ذکر شده همسو می‌باشد. و می‌توان شیوع این بیماری را تا حدودی در فرهنگ‌های مختلف یکسان بدانیم و آن را وابسته به محیط‌های متعدد قرار ندهیم.

منابع

- آناستازی، آن. روان‌آزمایی، ترجمه محمدنقی براهنی، (۱۳۷۳)، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ سوم.
- ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۷۴)، «ساخت و اعتباریابی مقدماتی پرسشنامه اضطراب و بررسی رابطه آن با اضطراب عمومی، عزت نفس، پایگاه اجتماعی، اقتصادی، انتظارات معلم و عملکرد تحصیلی در بین دانش‌آموزان پسر سال سوم مدارس راهنمایی اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران.
- پورشافعی، حسین. (۱۳۷۰)، «بررسی پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان سال سوم متوسطه شهرستان قائن»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم تهران.
- خلیلی، مسعود. (۱۳۷۴)، افسردگی و چاقی، انستیتو تحقیقات صنایع غذایی. اتکینسون، ریتا. ریچاردسی، اتکینسون و دیگران. زمینه روان‌شناسی هیلگارد، ترجمه محمدنقی براهنی و دیگران، (۱۳۷۸)، تهران، انتشارات رشد، چاپ سیزدهم.
- ساراسون. اروین، بازبارا ساراسون. روان‌شناسی مرضی، ترجمه بهمن نجاریان و دیگران، (۱۳۸۱)، تهران، انتشارات رشد، چاپ چهارم.
- شریفی فرد، امید. (۱۳۷۶)، «بررسی میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با افسردگی، عزت نفس و وضعیت اقتصادی اجتماعی دانش‌آموزان دختر دبیرستانهای شهر اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی.
- کاپلان، هاروارد. بنیامین سادوک. روانپزشکی کاپلان، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، (۱۳۸۲)، انتشارات شهر آب، چاپ اول.
- کلاتری، ناصر و محمد پوراهر نجاتی بنوش. (۱۳۷۶)، شیوع چاقی در دانش‌آموزان دبیرستانهای دخترانه و پسرانه شهر تهران و برخی عوامل همراه با آن، طرح تحقیقاتی انستیتو تحقیقات صنایع غذایی کشور.
- گلدر، مایکل، ریچارد مه‌یو. روانپزشکی اکسفورد، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، (۱۳۸۱)، تهران، انتشارات گلبن، چاپ اول.
- مجته‌زاده، فاطمه‌السادات. (۱۳۸۲)، «مقایسه افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و عملکرد

تحصیلی دانش‌آموزان دختر پایه سوم راهنمایی دارای ناپدیری، نامادری و دانش‌آموزان دختر دارای پدر و مادر واقعی در مدارس شهرستان اهواز در سال تحصیلی ۸۲ - ۸۱»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

مقدم، زری. (۱۳۸۲)، «رابطه بین خشنودی شغلی و عملکرد شغلی با توجه به متغیر عزت‌نفس در شرکت پالایش نفت شهرستان آبادان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

نجاریان، بهمن. حسین شکرکن. (۱۳۷۶)، «بررسی رابطه اختلالات تغذیه با عزت‌نفس و افسردگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانهای اهواز»، خلاصه مقالات نخستین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران.

BUTTON, ERIC, J., PHILIPPA LOAI4 JO DAVIES, and EDMUND SONUGA-BARKE. (1997). "Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16-A questionnaire and interview study". *International Journal of Eating Disorders*. Vol 21, (1), 39-47, 1997.

CARGILL, B.R., CLARK, M.M., PERA, V., NIAURA, R.S., & ABRAMS, D.B. (1999). *Binge eating, body image, depression and self-efficacy in an obese clinical population*. *Obesity Research*, 7, 379-386.

FRENCH, S.A., JEFFERY, R.W., SHERWOOD, N.E., & NEUMARK-SZTAINER, D. (1999). *Prevalence and correlates of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weightgain prevention program*. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23, 576-585.

FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., PIERO, A., ABBATE-DAGA, G., & GIACOMO ROVERA, G. (2003). *Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder*. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 559-566.

HSUE, L.K., MULLIKEN, B., MCDONAGH, B., et al. (2002). *Binge eating disorder in extreme obesity*. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 1398-1403.

HSUE, L.K.G. (1996). *Eating disorders*, New York: Guilford Press.

JOHNSEN, L.A., GORIN, A., STONE, A.A., & GRANGE, D. (2003), *Characteristics of binge eating among women in the community seeking treatment for binge eating or weight loss*. *Eating Behavior*, 3, 395-305.

- KATZMAN, M.A., & WOLCHIK, S.A. (1984). *Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristics*. Journal of consulting and clinical psychology.
- KUEHNEL, R.H., & WADDEN, T.A. (1994). *Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology*. International Journal of Eating Disorders, 15, 321-329.
- LLOYD-RICHARDSON, E.E., KING, T.K., FORSYTH, L.H., & CLARK, M.M. (2000). *Body image evaluations in obese females with binge eating disorder*. Eating Behavior, 1, 161-171.
- PATTON, G.C., CARLIN, J.B., SHAO, Q., HIBBERT, M.E., ROSIER, M. SELZDR, R., EFAL. (1997). *Adolescent dieting: Healthy weight control or borderling eating disorder?* Journal of child psychology anal Psychiatry, 38(3), 299-306.
- ROSS, S.M., TODT, E.H., & RIND FLESH, M.A. (1993, April). Evidence for and anorexial/bulimia MMPT profile paper presented at the annual convention of the Rocky mountain psychological Association Salt Lake City, ut.
- ROSEN, JAMES, C., BRUCE E.COMPAS, and BARBARA TRACY. (1993). "*The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: A prospective analysis*". International Journal of Eating Disorders. Vol 14 (2), 153-162.
- SHERWOOD, N.E., JEFFERY, R.W., & WING, R.R. (1999). *Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome program*. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 23, 485-493.
- SCHUPAK-NEUBERG, ERIKA and CAROL, J. NEMEROFF. (1993). "*Disturbances in identity and selfregulation in bulimia nervosa: Implications for a metaphorical perspective of body as self*". International Journal of Eating Disorders. Vol 13 (4), 335-347.
- SILVERSTON, P.H. "*Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders?*"
WWW.aacap.org/ (Anorexiety Disorders, Body imag disorders and Eating disorders).
- SWIFT, W.J., BUSHNELL, N.J., HONSON, P., & LOGEMAN, T. (1986).

- Self-concept in adolescent anorexia.* Journal of the American of child psychiatry, 25, 826-832.
- TELCH, C.F., & AGRAS, W.S. (1994). *Obesity, binge eating and psychopathology" are they related?* International Journal of Eating Disorders, 15, 53-61.
- WILSON, T.G. & WALSH, T.B. (1993). *Eating disorders in the DSM-IV special issues: Diagnoses, dimensions and DSM-IV the science of classification.* Journal of Abnormal psychology, 100, 362-365.
- WHQW. (2003). *Eating disorder.* Retrieved December 2003, from <http://www.Womnealth.org.au>.
- WWW.Family resource. Com (Anorexia and Eating)-by: Gerolyn Lederman Ph.D.
- WWW.Psych. Org. (who Develops Eating disorder?)
- WWW.ENH.org. (Anorexia and Bulimia-Family therapy, Eating Disorder Not otherwise specif ed).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

وصول: ۸۴/۶/۱۰
پذیرش: ۸۴/۱۱/۲۸