

نقش جنسیت در ساختار عاملی نگرش‌های اختلال خوردن در جمعیت دانشجویی

علی محمدزاده^۱، اکبر رضایی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: با وجود پذیرش تفاوت‌های جنسیتی در شیوع و نشانه‌شناسی اختلالات خوردن تحقیقات اندکی وجود دارند که ساختار عاملی اختلالات خوردن را بین دو جنس مقایسه کرده باشند. هدف پژوهش حاضر بررسی ساختار عاملی نگرش‌های اختلال خوردن در دو گروه از دانشجویان مؤنث و مذکر بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی بود. نمونه‌ای به حجم ۱۰۰۸ نفر از بین دانشجویان به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کننده‌ها به پرسش‌نامه نگرش‌های خوردن پاسخ دادند. داده‌ها با روش تحلیل عاملی و آزمون t برای گروه‌های مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: در مردان و زنان سه عامل رژیم لاغری، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا و مهار دهانی به ترتیب بیشترین واریانس نگرش‌های اختلال خوردن را تبیین می‌کنند (۳۵/۹۵ و ۳۴/۶۳ درصد واریانس کل). همسانی درونی عامل‌ها در زنان بیشتر از مردان است. هم‌چنین زنان در نگرش‌های اختلال خوردن نمرات بیشتری کسب می‌کنند ($t=2/02, P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، مطالعه حاضر ساختار عاملی مشابهی را در نگرش‌های اختلال خوردن برای زنان و مردان پیشنهاد می‌کند.

واژه‌های کلیدی: جنسیت، اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی، ساختار عاملی، نشانه‌شناسی

ارجاع: محمدزاده علی، رضایی اکبر. نقش جنسیت در ساختار عاملی نگرش‌های اختلال خوردن در جمعیت دانشجویی. مجله تحقیقات علوم

رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۳): ۴۱۵-۴۰۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۱/۲۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۰۸

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

E-mail: a_mohammadzadeh@pnu.ac.ir

مقدمه

بیماری و یا درک تحریف شده از وزن و شکل بدن و بی‌نظمی در چرخه قاعدگی مشخص است. مطابق با ملاک‌های متن تجدید نظر شده چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، فرد ممکن است دارای یک یا دو زیرگروه بی‌اشتهایی روانی (محدودیت کلاسیک و تخلیه شکم از طریق استفراغ) باشد. Hoek و van Hoeken (۲) میانگین شیوع بی‌اشتهایی روانی در جوانان دختر را بررسی کردند و رقم ۰/۳ درصد را گزارش نمودند که زیر آستانه متداول قرار دارد، دامنه

در سطح بالینی، اختلالات خوردن دو نوع متمایز بی‌اشتهایی روانی (Anorexia Nervosa) و پراشتهایی روانی (Bulimia nervosa) را در بر می‌گیرد که با وجود خصوصیات بالینی متفاوت، ویژگی مشترک بین آن‌ها اشتغال ذهنی با غذا، ترس شدید از افزایش وزن و اختلال در تصویر بدنی است (۱). بی‌اشتهایی روانی با رفتار ارادی و هدف‌دار معطوف به کاهش وزن، اشتغال ذهنی با کاهش وزن، ترس از اضافه وزن و اثر وزن بدن بر خود ارزیابی، انکار جدی بودن

اجتماعی، غربی شدن، محیط خانوادگی، مواجهه با رسانه‌ها و جهانی شدن همه تأثیر قابل ملاحظه‌ای روی نگرش‌ها و رفتارهای خوردن بیمارگونه به‌ویژه در بین جوان‌ترها می‌گذارند (۱۱). در طی چند دهه اخیر، و تحت تأثیر برخی متغیرهای مذکور باورهای مربوط به بدن و خوردن نیز در جامعه ما متناسب با جوامع غربی تغییر کرده و لاغری به‌عنوان یک حالت ایده‌آل از ریخت بدنی تصور می‌گردد (۱۲).

در تبیین ضرورت انجام پژوهش حاضر ذکر دو نکته دارای اهمیت است؛ نخست، به نظر می‌رسد در تظاهرات علائم اختلالات خوردن بین زنان و مردان تفاوت وجود داشته باشد و اشکال سنتی اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی روانی و پر‌اشتهایی روانی) لزوماً در مورد مردان مصداق نداشته و در عوض در این گروه اشتغال ذهنی با بدن خود را ممکن است به‌صورت توجه افراطی به ورزش‌های بدن‌سازی و اندام عضله‌ای نشان دهد (۹). ثانیاً، در ارتباط با اهمیت اختلالات خوردن در دانشجویان تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات خوردن و نگرش‌های مرضی مربوط به خوردن در بین دانشجویان در مقایسه با دیگر اقشار جامعه شیوع بیشتری دارد و دانشجویان بویژه دانشجویان دختر نگرانی‌هایی در مورد تصویر بدنی، شکل و اندازه بدن و کنترل وزن خود دارند (۱۳-۱۴). Delene و Bragowicz (۱۳) نشان دادند ۲۵ درصد دانشجویان نگرانی افراطی در مورد کنترل وزن و ۳۰ درصد نیز نگرانی در مورد تصویر بدنی دارند. Uzun و همکاران (۱۵) در مطالعه‌ای روی ۴۱۴ نفر از دانشجویان زن نشان دادند که ۱۷/۱ درصد از نگرش‌های مرضی مربوط به خوردن رنج می‌برند. میزان شیوع اختلالات خوردن تشخیص داده شده نیز در بین دانشجویان ۱/۳ تا ۵ درصد گزارش شده است (۱۶) که البته به نظر می‌رسد شیوع واقعی بالاتر از این ارقام باشد (۱۵). از طرفی، از اختلالات خوردن در ادبیات پژوهشی با عنوان نشانگان مربوط به فرهنگ (Culture-Bound Syndromes) یاد می‌شود، چرا که فرهنگ در پدیدایی آن نقش بارزی دارد (۲۰-۱۷). بنابراین، مسأله‌ای که ضرورت پژوهش حاضر را توجیه می‌کند این است که آیا

متداول بی‌اشتهایی روانی ۰/۳۷ تا ۱/۳ درصد است (۳-۴). میانگین سن شروع بی‌اشتهایی روانی بین ۱۵ و ۱۹ سال است (۵). بی‌اشتهایی روانی حدود ۹ برابر در زنان متداول‌تر از مردان است (۱). در مورد پراشتهایی روانی، (۱) (-DSM-IV TR) گزارش می‌کند که پراشتهایی روانی شامل مقادیر زیاد تغذیه به‌همراه حس عدم کنترل آن است. رفتارهای جبرانی نیز برای جلوگیری از اضافه وزن دیده می‌شود. این رفتارها به‌طور میانگین دو بار در هفته و یا سه ماه در طی پراشتهایی روانی دیده می‌شود. به‌علاوه وزن بدن و شکل آن تأثیر قوی بر خود ارزیابی دارد. Hoek و van Hoeken (۲) میانگین شیوع پراشتهایی روانی را در حد ۱ درصد برای زنان و ۰/۱ درصد برای مردان در غرب اروپا و آمریکا گزارش کرده‌اند. با وجود این، ملاک تشخیصی پراشتهایی روانی براساس علائم بالینی مشاهده شده در زنان است. مردانی که نشانگان مشابه پراشتهایی روانی دارند ویژگی‌های اصلی متفاوت وزنه‌برداری بیش از حد و مصرف مواد برای سرعت بخشیدن به متابولیسم بدن و افزایش حجم ماهیچه را نشان می‌دهند (۶-۷). مردان بیشتر بر اشکال غیرتخلیه رفتار جبرانی مانند ورزش زیاد تأکید دارند. توجه به تفاوت در علائم بالینی می‌تواند عامل تجدیدنظر در دامنه تفاوت‌های جنسی باشد (۸، ۶). با وجود پذیرش تفاوت‌های جنسیتی در شیوع و نشانه‌شناسی اختلالات خوردن که بدان‌ها اشاره گردید تحقیقات اندکی وجود دارند که ساختار عاملی اختلالات خوردن را چه در سطح بالینی و چه در سطح نگرش‌های مرضی در بین دو جنس بررسی کرده باشند، در یکی از این معدود مطالعات Boerner و همکاران (۹) در نمونه ۴۲۹ نفری از دانشجویان دانشگاه در ایالات متحده نشان دادند که عامل‌های شناسایی شده اختلالات خوردن برای دختران و پسران تا حدودی شبیه به هم می‌باشد. هم‌چنین مردان در مقیاس‌های اختلالات خوردن نمره کمتری می‌گیرند.

نگرش‌ها و رفتارهای خوردن بیمارگونه به‌ویژه در بین زنان نوجوان و جوان یک نگرانی عمده در همه فرهنگ‌ها به‌شمار می‌رود (۱۰). عوامل اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی زیادی با نگرش‌های مرضی خوردن ارتباط دارند؛ تغذیه، تغییرات

نشانه‌شناسی اختلالات خوردن بر اساس جنسیت در چارچوب فرهنگ ایرانی در دانشجویان متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه های پیام نور استان آذربایجان شرقی که در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند و از بین آنها بر اساس جدول نمونه‌گیری مورگان و با در نظر گرفتن حجم جامعه پژوهشی نمونه‌ای به حجم ۱۰۰۸ نفر و با در نظر گرفتن توزیع جمعیتی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. نوع طبقه‌ای که نمونه پژوهشی بر اساس آن انتخاب گردید جنسیت و سه نوع رشته تحصیلی موجود در دانشگاه (علوم انسانی، علوم پایه و فنی- مهندسی) بود. مطابق جدول نمونه‌گیری مورگان، برای جامعه آماری بالاتر از ۱۰۰۰۰ نفر حداقل ۳۸۴ نفر به‌عنوان نمونه آماری باید انتخاب شوند، لذا با لحاظ نمودن این معیار، ۵۰۱ نفر در گروه مذکر و ۵۰۷ نفر در گروه مؤنث به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها، ضمن اعلام داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، هم به‌صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم بصورت کتبی (بالای پرسش‌نامه) خاطر نشان گردید (اطلاعات درخواستی در این پرسش‌نامه‌ها، صرفاً" به منظور اهداف پژوهشی است. جهت اطمینان خاطر شما، به جز تعیین جنسیت نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی نیست).

ابزار سنجش

پرسش‌نامه نگرش‌های خوردن (EAT یا Eating Attitude Test): این پرسش‌نامه توسط Garner و Garfinkel (21) ساخته شده است و در سطح وسیعی به‌عنوان یک ابزار خودسنجی برای بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به‌کار می‌رود. دو نسخه ۴۰ (EAT-40) و ۲۶ ماده‌ای (EAT-26) دارد. همبستگی این دو ۰/۹۸ گزارش شده است. در این پژوهش از نسخه ۲۶ ماده‌ای

استفاده شد. این پرسش‌نامه سه خرده مقیاس دارد: رژیم لاغری، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا، مهار دهانی. این پرسش‌نامه به‌صورت لیکرت نمره‌گذاری می‌گردد. ضریب پایایی به روش همسانی درونی آن ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی آن از نوع روایی همزمان نیز با به کارگیری مقیاس‌های معتبر اختلالات خوردن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۰ به‌دست آمده است (۲۳-۲۲). در ایران ضریب پایایی به روش همسانی درونی ۰/۸۶ و از نظر روایی عاملی مطلوب ارزیابی شده است (۲۴).

یافته‌ها

فراوانی شرکت‌کنندگان در طبقات جنسیتی بر اساس مشخصه های آمار توصیفی در جدول ۱ نشان داده شده است. به منظور بررسی ساختار عاملی نگرش‌های اختلال خوردن در دانشجویان مذکر و مؤنث، نخست قابلیت تحلیل عاملی از طریق آزمون (Kaiser-Meyer-Olkin Measure) و آزمون (Bartlett's Test of Sphericity) بررسی شد. بر این اساس، در گروه مذکر مقدار (Kaiser-Meyer-Olkin Measure) $(KMO = 0/75)$ بیانگر کفایت نمونه‌برداری و مشخصه آزمون کرویت بارتلت $(p = 0/001, 2792/3)$ معنی‌دار است. در گروه مؤنث نیز این ضرایب به‌دست آمدند: $KMO = 0/71$ و آزمون کرویت بارتلت $= 3047/3, p = 0/001$ که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست و بنابراین عمل عامل‌یابی در هر دو گروه قابل توجیه است. در هر دو گروه به منظور تعیین ساختار عاملی از شیوه اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA یا Principle Component Analysis): با چرخش پرومکس استفاده شد. ماده‌هایی مشمول یک عامل شدند که وزن عاملی ۰/۳۰ یا بالاتر را داشتند. در گروه مذکر نتایج نشان داد که در کل، ۸ عامل ارزش ویژه بالاتر از یک دارند و عبارت بودند از ۴/۷، ۲، ۱/۷، ۱/۵۷، ۱/۴۹، ۱/۱۸، ۱/۱۳، ۱/۰۵. این ۸ عامل ۵۷/۱۴ درصد واریانس‌های مشاهده شده را تبیین می‌کردند. الگوی وزن های عاملی سه عامل را پیشنهاد نمود. اما تصمیم‌گیری نهایی

در معرض چرخش متعامد پروماکس قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده می‌باشد. در مجموع، سه عامل اصلی ۳۴/۶۳ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند.

در ادامه، برای مقایسه نمرات گروه مؤنث و مذکر در نگرش‌های اختلال خوردن و عامل‌های آن از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ قابل مشاهده است. قبل از اجرای آزمون پارامتریک t مفروضه یکسانی واریانس بررسی گردید و نتایج نشان داد که به جز عامل مهار دهانی ($F=۹۶/۸, P > ۰/۰۰۳$) در کل نگرش‌های اختلال خوردن، رژیم لاغری، و پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا مفروضه یکسانی واریانس رعایت شدن است ($F=۱/۰۹, P > ۰/۳$ ، $F=۱۶/۰, P < ۰/۰۰۱$ ، $F=۹۵/۱, P < ۰/۰۰۱$ ، $F=۲۱/۰, P < ۰/۰۰۱$)، $(F=۶/۱)$.

نتایج جدول فوق وجود تفاوت بین دو گروه در نمرات کسب شده در کل نگرش‌های اختلال خوردن و ابعاد رژیم لاغری و مهار دهانی را نشان می‌دهد که بر اساس آن زنان نمرات بیشتری کسب کرده‌اند. مطابق اطلاعات جدول فوق بین دوگروه مذکر و مؤنث در پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در مورد تعداد عامل‌ها با استفاده از تحلیل موازی (Parallel Analysis) در برنامه مونته کارلو پی ای (Monte Carlo PA) انجام گرفت و نشان داد ۳ مؤلفه با ارزش‌های ویژه فراتر از ارزش‌های ملاک متناسب برای ماتریس داده‌های ایجاد شده به صورت تصادفی، می‌باشند. نتایج تحلیل موازی الگوی سه عاملی پیشنهاد شده از الگوی وزن‌های عاملی را تأیید کرد. این عامل‌ها ابقا شده و در معرض چرخش متعامد پروماکس قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده می‌باشد. در مجموع، سه عامل اصلی ۳۵/۹۵ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. در گروه مؤنث هم نتایج نشان داد که در کل، ۹ عامل ارزش ویژه بالاتر از یک داشتند و عبارت بودند از ۴/۴۲، ۲/۲۷، ۱/۷۱، ۱/۶۷، ۱/۳۹، ۱/۳۳، ۱/۱۴، ۱/۰۹، ۱/۰۳. این ۹ عامل ۶۱/۸۸ درصد واریانس‌های مشاهده شده را تبیین می‌کرد. در این قسمت نیز الگوی وزن‌های عاملی سه عامل را پیشنهاد نمود، اما تصمیم‌گیری نهایی در مورد تعداد عامل‌ها با استفاده از تحلیل موازی در برنامه مونته کارلو پی ای انجام گرفت و نشان داد در گروه زنان نیز سه مؤلفه با ارزش‌های ویژه فراتر از ارزش‌های ملاک متناسب برای ماتریس داده‌های ایجاد شده به صورت تصادفی، می‌باشند. نتایج تحلیل موازی الگوی سه عاملی پیشنهاد شده از الگوی وزن‌های عاملی را تأیید کرد. این عامل‌ها ابقا شده و

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه تحقیق

تعداد	درصد	میانگین سنی	انحراف معیار
۵۰۱	۴۹/۷	۲۴/۰۴	۵/۲۲
۵۰۷	۵۰/۳	۲۴/۰۵	۴/۴۸
۱۰۰۸	۱۰۰	۲۴/۰۵	۴/۸۶

جدول ۲. الگوی وزن عاملی نگرش‌های اختلال خوردن در گروه مذکر

گویه‌ها	عامل ۱: رژیم لاغری	عامل ۲: پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا	عامل ۳: مهار دهانی
۲۳- رژیم لاغری می‌گیرم.	۰/۷۲		
۲۵- بعد از خوردن، احساس می‌کنم که باید استفراغ کنم.	۰/۶۹		
۱۴- فکر داشتن چربی اضافه در بدنم، فکرم را مشغول می‌کند	۰/۶۸	۰/۳۵	
۲۲- بعد از خوردن شیرینی جات احساس ناراحتی می‌کنم.	۰/۶۶		
۲۴- دوست دارم معده‌ام (شکم) خالی باشد.	۰/۶۶		

۰/۵۲	۰/۴۶	۰/۳۸	۰/۳۵	۰/۳۴	۰/۳۲	۰/۳۰	۰/۶۲	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۵۳	۰/۴۹	۰/۴۳	۰/۳۳	۰/۳۰	۰/۶۱	۰/۵۹	۰/۵۱	۰/۵۰	۰/۳۴	۷/۵	۰/۴۷		
۱۰- بعد از غذا خوردن شدیداً "خودم را سرزنش می‌کنم.	۱۶- از خوردن غذاهایی که قند دارند، خودداری می‌کنم.	۱- از چاق بودن وحشت دارم.	۷- به‌ویژه از خوردن غذاهایی با کربوهیدرات بالا اجتناب می‌کنم.	۶- به میزان کالری غذاهایی که می‌خورم توجه می‌کنم.	۱۱- تمایل به لاغرتر بودن ذهنم را مشغول می‌کند.	۱۲- وقتی ورزش می‌کنم به سوزاندن کالری‌های بدنم فکر می‌کنم.	۱۸- احساس می‌کنم غذا زندگی‌ام را کنترل می‌کند.	۱۷- غذاهای رژیمی می‌خورم	۴- دوره‌هایی داشته‌ام که در آن احساس کرده‌ام نمی‌توانم از غذا دست بکشم.	۲۱- فکر و وقت زیادی را صرف مسأله غذا می‌کنم.	۲۶- از امتحان کردن غذاهای جدید لذت می‌برم.	۳- فکر غذا ذهنم را مشغول کرده است	۵- هنگام غذا خوردن لقمه‌های کوچک برمی‌دارم.	۸- احساس می‌کنم که دیگران ترجیح می‌دهند که من بیشتر بخورم.	۱۳- دیگران فکر می‌کنند که من خیلی لاغر هستم.	۱۵- غذا خوردنم بیشتر از دیگران طول می‌کشد.	۲۰- احساس می‌کنم دیگران مرا مجبور به خوردن می‌کنند.	۱۹- وقتی با خوردنی‌ها روبرو می‌شوم خودم را کنترل می‌کنم.	درصد واریانس تبیین شده	ضریب همسانی درونی	۱۹/۴	۹/۰۴	۰/۷۵

گویه‌های ((۲- هنگامی که گرسنه هستم از غذا خوردن اجتناب می‌کنم.)) و ((۹- بعد از این که غذا می‌خورم استفراغ می‌کنم)) وزن عاملی کمتر از ۰/۳۰ داشتند، بنابراین از تحلیل حذف شدند)).

جدول ۳. الگوی وزن عاملی نگرش‌های اختلال خوردن در گروه مؤنث

گویه‌ها	عامل ۱: رژیم لاغری	عامل ۲: پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا	عامل ۳: مهار دهانی
۱۴- فکر داشتن چربی اضافه در بدنم، فکرم را مشغول می‌کند.	۰/۷۵		
۱۱- تمایل به لاغرتر بودن ذهنم را مشغول می‌کند.	۰/۷۵		
۱۲- وقتی ورزش می‌کنم به سوزاندن کالری‌های بدنم فکر می‌کنم.	۰/۷۲		
۲۳- رژیم لاغری می‌گیرم	۰/۶۴		
۱۰- بعد از غذا خوردن شدیداً "خودم را سرزنش می‌کنم	۰/۶۴		
۲۴- دوست دارم معده‌ام (شکم) خالی باشد	۰/۵۵		
۱- از چاق بودن وحشت دارم	۰/۵۱		
۱۶- از خوردن غذاهایی که قند دارند، خودداری می‌کنم.	۰/۴۸		

۰/۴۰	۰/۴۱	۲۵- بعد از خوردن، احساس می‌کنم که باید استفراغ کنم
	۰/۳۵	۷- به‌ویژه از خوردن غذاهایی با کربوهیدرات بالا اجتناب می‌کنم
	۰/۳۳	۲۲- بعد از خوردن شیرینی جات احساس ناراحتی می‌کنم
	۰/۴۲	۶- به میزان کالری غذاهایی که می‌خورم توجه می‌کنم.
۰/۶۵		۲۱- فکر و وقت زیادی را صرف مسأله غذا می‌کنم.
۰/۶۲		۳- فکر غذا ذهنم را مشغول کرده است
۰/۳۶	۰/۶۰	۴- دوره‌هایی داشته‌ام که در آن احساس کرده‌ام نمی‌توانم از غذا دست بکشم
	۰/۵۹	۲۶- از امتحان کردن غذاهای جدید لذت می‌برم
	۰/۵۸	۱۷- غذاهای رژیمی می‌خورم
	۰/۴۳	۱۸- احساس می‌کنم غذا زندگی‌ام را کنترل می‌کند
۰/۳۹	۰/۳۹	۲۰- احساس می‌کنم دیگران مرا مجبور به خوردن می‌کنند
۰/۴۵	۰/۴۲	۵- هنگام غذا خوردن لقمه‌های کوچک برمی‌دارم
۰/۴۴		۱۹- وقتی با خوردنی‌ها روبرو می‌شوم خودم را کنترل می‌کنم.
۰/۴۲		۸- احساس می‌کنم که دیگران ترجیح می‌دهند که من بیشتر بخورم
۰/۳۷		۲- هنگامی که گرسنه هستم از غذا خوردن اجتناب می‌کنم
۰/۳۴		۱۳- دیگران فکر می‌کنند که من خیلی لاغر هستم
۷/۰۵	۹/۴۶	درصد واریانس تبیین شده
۰/۳۹	۰/۶۵	ضریب همسانی درونی

گویه ((۹- بعد از این که غذا می‌خورم استفراغ می‌کنم.)) وزن عاملی کمتر از ۰/۳۰ داشت، بنابراین از تحلیل حذف شد.

جدول ۴. مقایسه گروه‌های مؤنث و مذکر در نگرش‌های اختلال خوردن

سطح معناداری	df	t	تفاوت میانگین	میانگین	تعداد	جنس	نگرش‌های اختلال خوردن
۰/۰۰۱	۱۰۰۵	۲/۰۲	۱/۰۶	۱۱/۷۶	۵۰۱	مذکر	نگرش‌های اختلال خوردن
				۱۲/۸۳	۵۰۶	مؤنث	
۰/۰۰۳	۱۰۰۵	۲/۹۷	۱/۰۳	۴/۳۷	۵۰۱	مذکر	رژیم لاغری
				۵/۴۱	۵۰۶	مؤنث	
۰/۷۴	۱۰۰۶	۰/۳۳	۰/۰۵	۲/۸۳	۵۰۱	مذکر	پر خوری و اشتغال‌ذهنی با غذا
				۲/۷۷	۵۰۷	مؤنث	
۰/۰۱	۹۷۲/۶۴	۲/۴۷	۰/۵۴	۳/۸۱	۵۰۱	مذکر	مهار دهانی
				۴/۳۵	۵۰۷	مؤنث	

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش جنسیت در ساختار عاملی نگرش‌های اختلال خوردن در دو گروه از دانشجویان مؤنث و مذکر در سطح غیربالینی انجام گرفت. در بحث اختلالات خوردن، رابطه بین جمعیت‌های بالینی و غیربالینی عمدتاً به‌عنوان پیوستاری خطی در نظر گرفته می‌شود که مطابق آن اختلالات خوردن در انتهای یک طرف آن و افراد سالم در انتهای طرف دیگر قرار گرفته و سطوح تغییرپذیر نشانه‌شناسی در بین آن‌ها ممکن است دیده شوند (۲۵)، در این چارچوب نگرش‌ها و رفتارهای مسأله‌ساز مربوط به خوردن که به خوبی توسط آزمون نگرش‌های خوردن (EAT) سنجیده می‌شود، می‌تواند زمینه را برای شکل‌گیری کامل آن‌ها در قالب اختلالات خوردن فراهم نماید. آزمون نگرش‌های خوردن (EAT) نخستین بار توسط Garner و Garfinkel (۲۱) ساخته شده است و از آن زمان تاکنون به‌عنوان ابزاری معروف و پرکاربرد در سنجش الگوهای اختلالات خوردن به‌کار می‌رود. در این پژوهش، نتایج حاصل از مقایسه‌های جنسیتی بر اساس آزمون نگرش‌های خوردن (EAT) نشان داد که عامل‌های شناسایی شده اختلالات خوردن برای دختران و پسران هم از نظر تعداد، هم از نظر ترتیب و هم از نظر درصد واریانس‌های تبیین شده تا حدودی شبیه به هم می‌باشند و همسو با پژوهش Boerner و همکاران (۹) در گروه مذکر و مؤنث سه عامل رژیم لاغری، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا، و مهار دهانی شناسایی شدند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های Lewinsohn و همکاران (۷) که گزارش کرده بودند ساختار عاملی زنان و مردان در پرسش‌نامه اختلالات خوردن (EDI یا Eating Disorders Inventory) یکسان است همسو می‌باشد. یکسانی ساختار عاملی اختلالات خوردن در دو جنس بدین مفهوم است که سؤالات موجود در ابزار سنجش اختلالات خوردن برای زنان و مردان تقریباً معنای مشترکی دارند. مقایسه همسانی درونی عامل‌ها در دو جنس نشان می‌دهد که عامل‌های اختلالات خوردن برای مردان پایایی نسبتاً کمی دارد، همسو با یافته حاضر،

Boerner و همکاران نیز گزارش کرده‌اند که تقریباً همه ابزارهای سنجش اختلالات خوردن در مردان از انسجام درونی کمتری برخوردار هستند. بر این اساس در تفسیر نتایج در گروه مردان باید این مورد در نظر گرفته شود. پژوهش حاضر نشان داد که در هر دو گروه عامل ((رژیم لاغری)) هم بیشترین میزان از واریانس نگرش‌های اختلال خوردن را تبیین می‌کند و هم از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است، در مقابل، عامل ((مهار دهانی)) نیز کم‌ترین مقدار واریانس را تبیین کرده و از ضریب همسانی درونی اندکی نیز برخوردار است. این یافته بدین معنا است که وحشت از چاقی، توجه به کالری غذاهای مصرفی، نکوهش خود بعد از مصرف غذا، اشتغال ذهنی با لاغر بودن، فکر سوزاندن کالری موجود در غذاها از طرقی مانند ورزش، داشتن چربی اضافی، خودداری از مصرف مواد قندی و احساس ناراحتی بعد از مصرف آن‌ها، رژیم لاغری و تمایل به خالی بودن معده شایع‌ترین نگرش مرضی مرتبط با اختلالات خوردن است و احساس فرد در مورد ترجیح دیگران بر بیشتر خوردن، فکر دیگران در مورد لاغری فرد، برداشتن لقمه‌های کوچک هنگام غذا خوردن، کنترل خود به هنگام رویارویی با خوردنی‌ها و احساس این که دیگران فرد را مجبور به خوردن می‌کنند، کم شیوع‌ترین نگرش مرضی مرتبط با اختلالات خوردن در بین دو جنس است.

پژوهش حاضر نشان داد که گویه ((بعد از این که غذا می‌خورم استفراغ می‌کنم)) که وزن عاملی کمتر از ۰/۳۰ داشت هم در نمونه‌های مذکر و هم در نمونه‌های مؤنث از تحلیل حذف شد. این یافته نشان دهنده این است که تمایل به استفراغ غذاهای مصرف شده علی‌رغم این که از علایم اصلی بی‌اشتهایی روانی بالینی است اما در جمعیت غیربالینی موضوعیت ندارد. شیوع کمتر این حالت در جمعیت غیربالینی توسط حداقل در یک مطالعه دیگر نیز گزارش شده است (۲۶). همچنین، در گروه مذکر گویه ((هنگامی که گرسنه هستم از غذا خوردن اجتناب می‌کنم)) از وزن عاملی لازم جهت قرار گرفتن در یک عامل برخوردار نبود و به معنی آن

در یک جمع‌بندی کلی، مطالعه حاضر ساختار عاملی مشابهی را در نگرش‌های اختلال خوردن برای زنان و مردان پیشنهاد می‌کند.

در بیان محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهشی لازم به ذکر است نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر تنها شامل دانشجویان می‌باشد، بنابراین، به نظر می‌رسد که در تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به سایر طبقات اجتماعی باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین، در پژوهش حاضر امکان دسترسی به نمونه متشکل از افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی به منظور مقایسه یافته‌های به‌دست آمده فراهم نشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود یافته‌های پژوهش حاضر روی نمونه‌های بالینی نیز تکرار شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از طرحی است که با حمایت مالی دانشگاه پیام‌نور با عنوان «بررسی شیوع اختلالات خوردن و نقش جنسیت در نشانه‌شناسی آن در بین دانشجویان» به تصویب رسیده است، بدین وسیله از آن دانشگاه به‌خاطر حمایت مالی از پژوهش حاضر قدردانی می‌گردد.

است که از نظر مردان این گویه ارتباطی با اختلالات خوردن به‌طور اعم و عامل مهار دهانی بطور اخص ندارد.

هم‌چنین، پژوهش حاضر نشان داد که به‌طور کلی شدت انواع اختلالات خوردن در زنان بیشتر از مردان می‌باشد، به‌ویژه رژیم لاغری و مهار دهانی. این یافته هماهنگ با تحقیقات قبلی (۲۷، ۹، ۲) می‌باشد و از آنجایی که رژیم لاغری و مهار دهانی در سطح بالینی بیشترین ارتباط را با اختلال بی‌اشتهایی روانی دارد لذا این بخش از یافته‌ها مطابق با دیدگاه متن تجدید نظر شده چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱) است که بر اساس آن شیوع این اختلال در زنان بسیار بیشتر از مردان است. نیز بین دوگروه مذکر و مؤنث در پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته نیز با بخشی از تحقیقات قبلی (۲۸) که گزارش کرده‌اند بین مردان و زنان در میزان ابتلا به پرخوری روانی (Binge eating) (علایم پراشتهایی روانی بدون رفتارهای جبرانی) همسو است. چرا که گویه‌های موجود در این عامل رفتارهای جبرانی موجود در پراشتهایی روانی را شامل نمی‌شود.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 rd. Revised). Washington DC: APA;2000.
2. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eating Disorders 2003;34:383° 96.
3. McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. Am J Psychiatry 2003;160(2): 248-54.
4. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol Med 1998; 28(1): 109-26
5. Lucas A R., Beard C. M., O'Fallon, W. M., Kurland, L. T. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester. Minn.: A population-based study. Am J Psychiatry 1991; 148: 917-22.
6. Anderson C, Bulik C. Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. Eat Behav 2004; 5(1): 1-11 .
7. Lewinsohn P, Seeley J, Moerk K, Striegel-Moore R. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. Int J Eating Disorders 2002; 32(4): 426-40.
8. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy SH. Comparison of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders. Am J Psychiatry 2001; 158(4):570° 4.
9. Boerner LM, Spillane NS, Anderson KG, Smith GT. Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures. Eat Behav 2004; 5(3): 209° 22.

10. Chang YJ, Lin W, Wong Y. Survey on eating disorders-related thoughts, behaviours, and their relationship with food intake and nutritional status in female high school students in Taiwan. *J Am Coll Nutr* 2011; 30(1): 39-48.
11. Eapen V, Mobrouk AA, Bin-Othman S. Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eat Behav* 2006; 7: 53-60.
12. Nobakht M. An Epidemiological Study of Eating Disorders among female high school students in Tehran. [MsCThesis]. Mashhad, Iran: Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad; 1997. [In Persian].
13. Delene LM, Bragowicz AA. Student health care needs, attitudes, and behavior: marketing implications for college health centers. *J Am Coll Health* 1990; 38(4):157-64.
14. Johnson C, Crosby R, Engel S, Mitchell J, Powers P, Wittrock D, Wonderlich S. Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eat Behav* 2004;5(2): 147-56.
15. Uzun O, Gqlec N, OzYahin A, Doruk A, Ozdemir B, Avyakan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Compr Psychiat* 2006;47(2): 123-26
16. Kurtzman FD, Yager J, Landverck J, Wiesmeier E, Bodurka DC. Eating disorders among selected female student populations at UCLA. *Journal of the American Dietetic Association* 1989; 89(1): 45-53.
17. Crago M, Shisslak CM, Estes LS. Eating disturbances among American minority groups: A review. *Int J Eating Disorders* 1996; 19(3): 239-48.
18. Neumark-Sztainer D, Croll J, Story M, Hannan PJ, French SA, Perry C. Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *J Psychosom Res* 2002; 53:963-74.
19. MUSAIGER A, Al-Mannai M, Tayyem R, Al-Lalla O, Ali E, et al. Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study. *Appetite* 2013; 60: 162-7.
20. Belon KE, Smith JE, Bryan AD, Lash DN, Winn JL, Gianini LM. Measurement invariance of the Eating Attitudes Test-26 in Caucasian and Hispanic women *Eat Behav* 2011; 12(4) :317-20.
21. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-9.
22. Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12(4): 871-8.
23. Carter PE, Moss RA. Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addict Behav* 1984; 9: 17-31.
24. Babayi S, Khodapanahi MK, Saleh Sedghpour B. The study of validity and reliability of Eating Attitude Test. *J Behav Scienc* 2007; 1(1): 61-8. [In Persian.]
25. Miller JL, Vaillancourt T, Hanna SE. The measurement of eating-disorder-thoughts and eating-disorder-behaviors Implications for assessment and detection of eating disorders in epidemiological studies. *Eat Behav* 2009; 10: 89-96
26. Franko DL, Becker AE, Thomas JJ, Herzog DB. Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *Int J Eating Disorders* 2007; 40(2): 156-164.
27. Kjelsas E, Bjørnstrøm C, Gotestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behav* 2004; 5: 13-25
28. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiat* 2007; 61(3): 348-58.

Role of Sex in Factor Structure of disordered eating attitudes among university students sample

Ali Mohammadzadeh¹, Akbar Rezaie²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Despite the acceptance of gender differences in prevalence and symptomology of eating disorders, there are few studies that have compared the factor structure of eating disorders between male/female groups. The purpose of this study was to determine the factor structure of disordered eating attitudes in a sample of male and female college students.

Methods and Materials: The current study was conducted in correlational context. A group of 1008 normal participants, using stratified random sampling method, took part in this research. Participants answered to the Eating Attitude Test (EAT). Data were analyzed using explanatory factor analysis of variance and independent samples t- test methods

Findings: The three Dieting, Bulimia and Food Preoccupation, & Oral control factors of disordered eating attitudes explained same percent of variance among both male and female groups (35.95 & 34.63 respectively). There is more internal constancy between all factors among women. Women have higher mean scores on the eating attitudes test (($t= 2.02$ $p<0.001$)).

Conclusions: With regard to the results, this study suggests a similar factor structure of disordered eating attitudes for males and females.

Keywords: Sexuality, Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Factor Structure, Symptomology

Citation: Mohammadzadeh A, Rezaie A. **Role of Sex in Factor Structure of disordered eating attitudes among university students sample.** J Res Behave Sci 2014; 12(3): 406-415

Received: 17.04.2013

Accepted: 27.02.2014

- 1- Associate professor of psychology, Payame Noor University. Tehran, Iran. (Corresponding Author)
a_mohammadzadeh@pnu.ac.ir
- 2- Associate professor of psychology, Payame Noor University. Tehran, Iran