

صفحات ۳۷-۵۴

بررسی اختلالات تغذیه‌ای در مردان و زنان جوان ورزشکار و غیر ورزشکار

در طول پاندمی کرونا

میلاد خاتمی^{*۱}

۱- کارشناس ارشد رشته فیزیولوژی ورزشی گرایش تغذیه ورزش، گروه علوم ورزشی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) - قزوین، ایران.

چکیده:

بیماری همه‌گیر کرونا به میزان قابل توجهی زندگی افراد را تغییر داده و پیامدهای منفی برای کل جهان داشته است، اما یکی از گروه‌هایی که احتمالاً بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته‌اند، مبتلایان به اختلالات خوردن هستند. از این‌رو این مطالعه با هدف بررسی اختلالات تغذیه‌ای در مردان و زنان جوان ورزشکار و غیر ورزشکار در طول پاندمی کرونا انجام گرفته است. دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۲۰ تا ۳۵ سال و میانگین و انحراف معیار سن $27/11 \pm 4/35$ بود. طرح پژوهش حاضر توصیفی مقطعی است. نمونه این پژوهش را ۵۰۰ نفر تشکیل دادند، شرکت‌کنندگان به ۴ گروه ۱۲۵ نفری شامل مردان جوان ورزشکار، زنان جوان ورزشکار، مردان جوان غیر ورزشکار و زنان جوان غیر ورزشکار تقسیم شدند، که به‌صورت خوشه‌ای انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. جهت اجرای پژوهش از پرسشنامه نگرش به خوردن (EAT-26) استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری خی-دو و تحلیل واریانس تک عاملی انجام گرفت. کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. در زمان پاندمی کرونا بین زنان و مردان و بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی اختلاف معنی‌دار وجود دارد و زنان بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی بیشتری نسبت به مردان دارند ($P < 0/05$). یافته‌ها نشان داد که بین زنان و مردان و خوردن افراطی یا پرخوری اختلاف معناداری وجود دارد و مردان اختلال خوردن افراطی یا پرخوری بیشتری نسبت به زنان دارند ($P < 0/05$). در مجموع، با توجه به پژوهش حاضر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این بیماری باعث تشدید اختلالات خوردن در افراد مستعد و همچنین موجب افزایش اختلالات خوردن در افراد سالم بدون اختلال می‌شود، بنابراین باید تدابیری از سوی دست‌اندرکاران اتخاذ شود که سبب جلوگیری از اختلال خوردن در احاد مردم جامعه شود.

واژگان کلیدی: اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی عصبی، پاندمی کرونا، پراشتهایی عصبی، خوردن افراطی یا پرخوری

* ایمیل نویسنده مسئول: miladkhatami7@gmail.com

مقدمه:

بیماری کووید-۱۹ در سال ۲۰۱۹ از کشور چین، شهر ووهان شروع شد. این بیماری در سرتاسر کشور چین و سپس در سایر کشورها گسترش یافت و بسیار سریع به تمام دنیا سرایت کرد. همه‌گیری این بیماری به‌قدری نمود داشت که از آن به عنوان بلای سلامتی قرن اخیر یاد می‌کنند، تا آنجا که سازمان جهانی بهداشت بیماری کرونا ویروس را یکی از خطرناک‌ترین شرایط اضطراری سلامت جمعی اعلام کرد (کوسینوتا و وانلی ۲، ۲۰۲۰).

این بیماری یک بیماری عفونی حاد تنفسی است که میزان سرایت و انتقال آن از انسان به انسان بسیار بالا می‌باشد. همچنین مشترک بون علائم عادی آن با سرماخوردگی مثل سرفه سبب شد که اضطراب قابل‌ملاحظه‌ای حول این بیماری در افراد سالم غیر مبتلا به وجود آید. به همین جهت، کشورها برای جلوگیری از شیوع بیماری دست به اعمال محدودیت‌ها و اقداماتی از جمله فاصله‌گذاری اجتماعی، قرنطینه خانگی، دورکاری و ممنوعیت سفر زدند و همین امر باعث تغییرات گسترده در نوع زندگی مردم شد، تا آنجا که بسیاری از تعاملات اجتماعی و اقتصادی کشورها را شدیداً دگرگون کرده است (فیلیپو و همکاران ۳، ۲۰۲۰).

این سیاست‌ها که دولت‌ها برای همسویی با قطع سرایت این بیماری اتخاذ کردند، سبب شد تعداد بی‌شماری از افراد بی‌تحرك شده و فعالیت بدنی لازم را نداشته باشند و بیشتر وقت خود را در منزل سپری کنند (فرناندز-آراند و همکاران ۴، ۲۰۲۰). قرار داشتن در چنین شرایط همانند قرنطینه خانگی، باعث افزایش خوردن هیجانی و در نتیجه افزایش بیماری‌های قلبی عروقی در افراد می‌شود (ویسمن و همکاران ۵، ۲۰۲۰). در طول همه‌گیری کووید-۱۹، شیوع اختلالات خوردن^۶ (FED) در سراسر جهان به طور قابل توجهی افزایش یافت (موری هورتادو و همکاران ۷، ۲۰۲۴). نتایج بررسی‌های انجام‌شده نشانگر افراط در مصرف انواع ویتامین‌ها و ادویه‌جات در برنامه غذایی در جهت جلوگیری از ابتلا به این بیماری دارد، که موجب ایجاد مشکلات روان‌شناختی، جسمانی و رفتاری گسترده‌ای شده است (مارتینز-فران و همکاران ۸، ۲۰۲۰). انواع اختلالات خوردن تشخیص داده شده در بیماران مورد بررسی در پژوهش موری هورتادو و همکاران، شایع‌ترین نوع بی‌اشتهایی عصبی^۹ (AN) و سپس پرخوری عصبی^{۱۰} (BN) و کم‌اشتهایی عصبی^{۱۱} (UFED) بود. با این حال، در هیچ یک از بیماران پرخوری^{۱۲} (BED) مشاهده نشد (موری هورتادو و همکاران، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر، این بیماری باعث به وجود آمدن تغییرات اساسی در شیوه زندگی افراد شده است که پیش‌بینی می‌شود ادامه‌دار باشد. از جمله تغییرات که رخ داد، اختلال در عادات و رفتارهای غذایی افراد بود. این موارد در آینده باعث ایجاد اختلالات خوردن در بین مردم می‌شود، که برای رفع آنها باید توسط محققان پژوهش‌های بیش‌تری انجام شود (باقری شبخانگشه و همکاران،

¹ Corona Virus Disease 2019 (CoViD-19)

² Cucinotta & Vanelli

³ Phillipou et al

⁴ Fernández-Aranda et al

⁵ Weissman et al

⁶ Feeding or eating disorders

⁷ Murray Hurtado et al

⁸ Martinez-Ferran et al

⁹ Anorexia nervosa

¹⁰ Bulimia nervosa

¹¹ Unspecified feeding or eating disorders

¹² Binge eating disorder

۲۰۲۰). در همین جهت، به منظور محدودیت تردد مردم در مراکز خرید و تجاری، اداره غذا و دارو ایالات متحده آمریکا^۱ توصیه کرده است که مردم خریدهای خود را ماهانه انجام دهند و مواد مصرفی خود را برای مصرف چند هفته ذخیره کنند تا مجبور به تردد در مراکز شلوغ نشوند و فاصله گذاری اجتماعی بهتر اجرا گردد. وجود مواد غذایی فراوان برای افرادی که دارای اختلالات خوردن هستند، بسیار چالش برانگیز است و میزان استرس آن‌ها را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد (اداره غذا و دارو ایالات متحده آمریکا، ۲۰۲۰). اختلالات خوردن از جمله شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی در مردان و زنان به شمار می‌رود، که پیامدهای روان شناختی و جسمانی بسیاری را برای افراد ایجاد می‌کند. اشکال بالینی این اختلال در بردارنده بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی است که در بازه زمانی طولانی منجر به ابتلا به بیماری‌های مختلفی، از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، پوکی استخوان و افسردگی می‌شود (کوپر و همکاران، ۲۰۲۰).

در بی‌اشتهایی عصبی، بیمار از خوردن غذا به میزان کافی و با وجود گرسنگی امتناع می‌ورزد. این روند که معمولاً با زیاده‌روی و کاهش مصرف مواد غذایی در یک رژیم غذایی آغاز می‌شود و به دلیل کاهش شدید وزن می‌تواند منجر به مخاطرات مرگباری گردد. همچنین، در این بیماری افراد وزن خیلی پایینی دارند و دارای عدم تصور صحیح از شکل بدن و تناسب اندام می‌باشند، که این موارد روند زندگی عادی آن‌ها دچار مشکل می‌کند. در مقابل، بیمارانی که دارای پراشتهایی عصبی هستند ابتدا مقدار زیادی غذا می‌خورند و سپس با ایجاد استفراغ عمدی یا مصرف ملین یا مدر می‌کوشند، از افزایش وزن خود جلوگیری کنند. همچنین، در این بیماری افراد اغلب دارای وزن مناسب و تصور صحیح از شکل بدن و تناسب اندام می‌باشند و به میزان کمتر دچار مشکلات اساسی در زندگی شخصی خود می‌شوند (شاه و همکاران، ۲۰۲۰).

در مجموع، این بیماری همه‌گیر به میزان قابل توجهی زندگی بسیاری از افراد را تغییر داده است و پیامدهای منفی زیادی برای مردم کل جهان داشته است. با این حال، یکی از گروه‌هایی که احتمالاً بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته‌اند، مبتلایان به اختلالات خوردن و همچنین افراد در معرض اختلال خوردن و افراد سالم فاقد علائم بالینی هستند (شاه و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال خوردن نوعی اختلال روانی است که در آن شخص دچار عادات غذایی عجیب یا اشتباه است، به هم خوردن روال زندگی روزانه باعث شده افراد بیش از گذشته درگیر اختلالات تغذیه‌ای شوند. تغییراتی که افراد مبتلا به اختلال خوردن متحمل شدند سبب شد تا بسیاری از آنها احساس کنند نمی‌توانند خود را کنترل کنند (عمار و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، همه‌گیری کووید-۱۹ و محدودیت‌های ناشی از آن، بار روانی برای انسان‌ها در سراسر جهان ایجاد می‌کند (هلمز و همکاران، ۲۰۲۰) و ممکن است به ویژه برای افراد مبتلا به اختلالات روانی مضر باشد. اختلال خوردن یکی از شایع‌ترین اختلالات روان تنی به شمار می‌رود که باعث ایجاد مشکلات فراوان در سلامت جسمی و عملکرد بهداشت روان افراد می‌شود، اختلالی که اگر جدی گرفته نشود، صدمات جسمی و روانی بسیاری در پی خواهد داشت (بسن و همکاران، ۲۰۲۰). ویروس کرونا در کنار تمام صدمات جسمی که به نیروی انسانی جوامع وارد کرد، منجر به صدمات روحی و روانی در اقشار مختلف جامعه شد، اختلال عصبی (بی‌اشتهایی و

¹ Administration, UFaD.

² US Food and Drug Administration

³ Cooper et al

⁴ Shah et al

⁵ Ammar et al

⁶ Holmes et al

⁷ Basnet et al

پراشتهایی) یکی از صدمات عصبی است که به اقشار مختلف وارد شده است، خانه نشینی و استرس نیز مزید بر علت شده است (تویز و همکاران، ۱، ۲۰۲۰). باگسیلار ۲ و گزر ۳ در سال ۲۰۲۱ در مطالعه‌ای رابطه بین رفتارهای غذایی دارای اختلال، سطح تغذیه آگاهانه و چاقی در بین زنان جوان (در زمان بیماری کرونا) در کشور قبرس گزارش کرده‌اند، بر اساس پرسشنامه EAT-26 از بین کل افراد مورد بررسی ۶۶/۵٪ شرکت‌کنندگان فاقد ویا در معرض اختلال خوردن بودند و ۳۳/۵٪ شرکت‌کنندگان دارای اختلال خوردن بودند (باگسیلار و گزر، ۴، ۲۰۲۱).

چان ۵ و چیو ۶ در سال ۲۰۲۱ در تحقیقی به بررسی رفتارهای غذایی بی‌نظم (اختلال خوردن) و سلامت روان‌شناختی در طی همه‌گیری کووید-۱۹ پرداختند. اکثر شرکت‌کنندگان به دلیل کووید-۱۹ حداقل یک تغییر رژیم غذایی ایجاد کردند. بر اساس نتایج پژوهش، ۲۵٪ از شرکت‌کنندگان اختلال خوردن داشتند. یافته‌های اولیه نشان می‌دهد که همه‌گیری کووید-۱۹ ممکن است، به‌طور قابل‌توجهی بر علائم اختلالات خوردن تأثیر بگذارد (چان و چیو، ۷، ۲۰۲۱).

در این پژوهش سعی بر آن است که به‌طور هم‌زمان اثر اختلالات تغذیه‌ای در طول پاندمی کرونا هم در ورزشکاران و افراد غیر ورزشکار و هم در مردان و زنان بررسی کند که آیا میزان اختلالات تغذیه‌ای در طول پاندمی کرونا در کدام گروه، ورزشکاران و یا افراد غیر ورزشکار و مردان و یا زنان بیشتر می‌باشد. با توجه به موارد یادشده محققان بر آن هستند که با استفاده از پرسشنامه نگرش به تغذیه، نشانه‌های اختلالات خوردن را شناسایی کرده و به کمک پاسخ‌های به‌دست‌آمده از آن، اختلال خوردن افراطی یا پرخوری و یا سایر موارد ناشی از اختلالات خوردن همانند بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی را بررسی کند. در صورت وجود ارتباط می‌توان از این پرسش‌نامه به‌عنوان ابزاری مناسب برای شناسایی و پیشگیری از اختلالات تغذیه‌ای استفاده کرد. کنترل و بررسی هر یک از عوامل ایجادکننده اختلال تغذیه‌ای می‌تواند باعث پیشگیری و پیشروی این بیماری در همه‌ی سنین باشد. بدین سبب بر آن شدیم، اثر اختلالات تغذیه‌ای در طول پاندمی کرونا را در جامعه ایرانی باهدف بهبود و ارتقای سطح سلامت جامعه بررسی کنیم که آیا اختلالات تغذیه‌ای در مردان و زنان جوان ورزشکار و غیر ورزشکار در طول پاندمی کرونا وجود دارد یا خیر.

مواد و روش‌ها:

طرح پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی-پس‌رویدادی بود که به‌صورت میدانی انجام شد و با توجه به طول زمان از نوع مقطعی و با توجه به نتایج به دست‌آمده از نوع کاربردی بود. روش انتخاب نمونه‌ها به شکل خوشه‌ای و انتخاب نمونه‌ها به‌صورت هدفمند و در دسترس بود. نمونه آماری این پژوهش را ۵۰۰ نفر از مردان و زنان جوان ورزشکار و غیر ورزشکار استان تهران / شهر تهران (مناطق ۲۲ گانه) در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۵ سال با شاخص توده بدنی نرمال (۱۸/۵ تا ۲۵) تشکیل دادند. طبق تعریف ورزشکار فردی بود که در طول هفته حداقل سه جلسه تمرین بدنی و مهارتی منظم بیشتر از یک ساعت داشت و غیر

¹ Touyz et al

² Bagcilar

³ Gezer

⁴ Bagcilar & Gezer

⁵ Chan

⁶ Chiu

⁷ Chan & Chiu

ورزشکار فردی بود که از لحاظ ظاهری سالم اما ورزش را به طور منظم انجام نمی داد. شرکت کنندگان پژوهش در ۴ گروه؛ مردان جوان ورزشکار، زنان جوان ورزشکار، مردان جوان غیر ورزشکار و زنان جوان غیر ورزشکار تقسیم شدند و حجم هر گروه برابر ۱۲۵ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه گیری:

نمونه آماری مطالعه در زمینه انتخاب ورزشکاران شامل تعدادی از مردان و زنان جوان ورزشکار باشگاه های بدن سازی و سالن های ورزشی چندمنظوره در تهران و در زمینه انتخاب غیر ورزشکاران شامل تعدادی از مردان و زنان جوان غیر ورزشکار در مجموعه ورزشی انقلاب (پیاده راه) تهران می باشد.

روش نمونه گیری در زمینه انتخاب ورزشکاران به این صورت بود که از هر باشگاه بدن سازی ۵ نفر و نیز همچنین از هر سالن ورزشی چندمنظوره ۵ نفر انتخاب و در مجموع ورزشکاران از ۲۵ باشگاه بدن سازی و نیز همچنین از ۲۵ سالن ورزشی چندمنظوره بودند؛ بنابراین شرکت کنندگان به این صورت که از قسمت های شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تهران، یک ناحیه و از هر ناحیه به طور تصادفی ۵ باشگاه بدن سازی و نیز همچنین ۵ سالن ورزشی چندمنظوره انتخاب شدند و به صورت خوشه ای در نمونه شرکت داده شدند. روش نمونه گیری در زمینه انتخاب غیر ورزشکاران به این صورت بود که ابتدا در مجموعه ورزشی انقلاب تهران فراخوانی برای شرکت در پژوهش اعلام شد و از بین داوطلبان که برای پیاده روی در مجموعه ورزشی انقلاب حضور به عمل رسانده بودند، نمونه های پژوهش انتخاب شدند و به صورت خوشه ای در نمونه شرکت داده شدند.

روش اجرای پژوهش و معرفی پرسشنامه:

به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد مقیاس نگرش نسبت به تغذیه^۱ توسط گارنر^۲ و گارفونکل^۳ (۱۹۷۹) استفاده گردید، ابزار پژوهش توسط شرکت کنندگان در پژوهش تکمیل گردید. پرسشنامه نگرش به تغذیه، یک پرسشنامه خود گزارشی است که نشانگان اختلال خوردن را در نمونه های بالینی مشخص می کند. این آزمون پراستفاده ترین و پرکاربردترین ابزار استاندارد است که برای سنجش نشانگان اختلالات تغذیه ای به کار می رود و کارآمدی آن در شناسایی انواع اختلالات خوردن ثابت شده است (گارنر و گارفونکل^۴، ۱۹۷۹).

پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که در یک مقیاس چهاردرجه ای (صفر، ۱، ۲، ۳) پاسخ داده می شود و نمره گزاری پرسشنامه بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت (همیشه، اکثراً، اغلب، گاهی، بندرت، هرگز) به سنجش نگرش به تغذیه می پردازد. دامنه نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۷۸ می باشد. نمره کمتر از ۱۵ فاقد ابتلا به اختلال خوردن را نشان می دهد. نمره بین ۱۵ تا ۲۰ در معرض ابتلا به اختلال خوردن را نشان می دهد. نمره ۲۰ و بیشتر از ۲۰ دارای ابتلا به اختلال خوردن را نشان می دهد. در صورتی که شرکت کنندگان پژوهش به (سوال ۴) در پرسشنامه پاسخ همیشه، اکثراً و اغلب را دهند، مبتلا به اختلال خوردن

^۱ Eating Attitudes Test (EAT-26)

^۲ Garner

^۳ Garfinkel

^۴ Garner & Garfinkel

افراطی یا پرخوری در نظر گرفته می‌شوند. همچنین، در صورت انتخاب پاسخ همیشه، اکثراً و اغلب شرکت‌کنندگان پژوهش به (سوال ۲) در پرسشنامه، به عنوان فرد با اختلال بی‌اشتهایی عصبی مشخص می‌شوند. همچنین، در صورت انتخاب پاسخ همیشه، اکثراً و اغلب شرکت‌کنندگان پژوهش به (سوال ۹) در پرسشنامه، به عنوان فرد با اختلال پراشتهایی عصبی مشخص می‌شوند (گارنر و همکاران^۱، ۱۹۸۲).

روش‌های گردآوری اطلاعات:

برای جمع‌آوری اطلاعات مردان و زنان جوان ورزشکار باشگاه‌های بدن‌سازی و سالن‌های ورزشی چندمنظوره، به منظور اجرای بررسی، ابتدا برگه‌های رضایت نامه آگاهانه توسط ورزشکاران تکمیل شد. ورزشکارانی که تمایل به همکاری نداشتند، وارد مطالعه نشدند. اهداف پژوهش به طور مختصر برای شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد و این امر به آنان یادآور شد که از پاسخ‌های آنان به سوالات ابزار پژوهش محرمانه خواهد بود و فقط در جهت اهداف پژوهش حاضر استفاده خواهد شد. شرکت‌کنندگان با رضایت کامل و آگاهانه وارد پژوهش شدند. در مجموع، از تمام آزمودنی‌ها خواسته شد تا با صداقت کامل به سوالات پاسخ دهند و به همه‌ی سوالات پرسشنامه جواب دهند.

همچنین، برای جمع‌آوری اطلاعات مردان و زنان جوان غیر ورزشکار مجموعه ورزشی انقلاب، قبل از شروع کار برای افرادی که داوطلب شرکت در این تحقیق بودند، هدف از این تحقیق به صورت شفاهی توضیح داده شده و اطمینان داده شد که اطلاعات هر فرد به صورت محرمانه باقی می‌ماند، همچنین رضایت‌نامه شفاهی و کتبی نیز برای شرکت در این مطالعه از آن‌ها اخذ شد. برای حصول اطمینان از تفهیم مطالب و درستی جواب‌ها توسط داوطلبان، پرسش و پاسخی مختصر نیز با هر یک از نمونه‌ها صورت گرفت.

در نهایت، اندازه‌گیری پیکرسنجی^۲ و تکمیل پرسشنامه در بین تمامی شرکت‌کنندگان حاضر در پژوهش صورت گرفت به این صورت که خصوصیات پیکرسنجی قد و وزن گرفته شد و از تقسیم وزن بر مجذور قد، شاخص توده بدنی آن‌ها محاسبه شد. سپس پرسشنامه برای پاسخ‌گویی در اختیار هر یک از گروه‌های تحقیق قرار گرفت.

ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار گردآوری داده‌ها (روایی و پایایی):

گارنر^۳ و همکاران، ضریب پایایی پرسشنامه را به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند (گارنر و همکاران^۴، ۱۹۸۲). در مطالعه‌ای برای بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه، ضریب اعتبار با حساسیت تشخیصی ۰/۴۰ و ویژگی ۰/۸۴ محاسبه شد، همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای هر عبارت ۰/۷۵ بدست آمد (اوزون و همکاران^۵، ۲۰۰۶).

¹ Garner et al

² Anthropometry

³ Garner

⁴ Garner et al

⁵ Uzun et al

برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ یک مطالعه مقدماتی با توزیع ۳۰ پرسشنامه بین آزمودنی‌ها صورت گرفت، که ضریب پایایی کل پرسشنامه برابر ۰/۹۱ بدست آمد.

پورقاسم گرگوری و همکاران، برای بررسی پایایی آزمون، ابتدا پرسشنامه را به فارسی ترجمه کردند. سپس، جهت تأیید پایایی و قابلیت تکرار آن، مطالعه‌ای به صورت آزمایشی، روی ۱۱۰ دانش‌آموز انجام شد. بعد از ۲ ماه با مراجعه مجدد به نمونه‌ها، پرسشنامه‌ها دوباره توسط دانش‌آموزان پر شدند. میزان اعتبار آن را با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و با روش بازآزمایی ۰/۸ محاسبه کردند (پورقاسم گرگوری و همکاران، ۲۰۰۸).

نوبخت و دژکام، در تحقیق خود اعتبار محتوا و پایایی پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند و همبستگی بین نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله پرسشنامه را ۹۱٪ به دست آوردند، که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد. اعتبار سازه‌ی این پرسشنامه از نوع محتوا نیز به استناد نظر صاحب‌نظران در تحقیق نوبخت و دژکام مورد تأیید قرار گرفت (نوبخت و دژکام، ۲۰۰۰).

روش انجام بررسی:

در شروع از تمام داوطلبان خواسته شد تا پرسشنامه نگرش به خوردن^۱ را تکمیل کنند. سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و همزمان مورد بررسی قرار می‌گرفتند. در صورتی که در پاسخ‌ها تناقضی وجود داشت، گفتگویی با شرکت‌کنندگان توسط تیم تحقیق انجام می‌گرفت تا از درستی پاسخ‌ها مطمئن گردند.

بررسی تن‌سنجی:

برای اندازه‌گیری قد شرکت‌کنندگان، متر نواری استاندارد با دقت ۰/۱ سانتی‌متر مورد استفاده قرار گرفت. برای اندازه‌گیری وزن شرکت‌کنندگان، ترازوی دیجیتال با دقت ۰/۱ کیلوگرم مورد استفاده قرار گرفت. برای اندازه‌گیری شاخص توده بدنی^۲ شرکت‌کنندگان از تقسیم وزن بر مجذور قد، میزان آن محاسبه شد.

در مطالعه حاضر برای مشخص کردن اینکه داوطلبان شرکت‌کننده در پژوهش دچار کمبود یا اضافه وزن بیش از حد نباشند شاخص توده بدنی^۳ اندازه‌گیری شد و همچنین این شاخص وضعیت سلامت بدن را نشان می‌دهد که برای ارزیابی وضعیت سلامتی افراد حاضر در تحقیق از آن استفاده شد که یکی از معیارهای ورود به پژوهش می‌باشد.

معیارهای ورود به پژوهش:

عدم سابقه ابتلا به بیماری عصبی و روانی در خود یا اعضاء خانواده، نداشتن بیماری‌های مزمن، تحت درمان دارویی قرار نداشتن، عدم تجربه حوادث ناگوار طی ۶ تا ۱۲ ماه گذشته، عدم مصرف داروهای ضدافسردگی، سالم و فاقد بیماری همه‌گیر کرونا و ویروس، سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال، شاخص توده بدنی نرمال بین (۱۸/۵ تا ۲۵).

^۱ EAT-26

^۲ Body Mass Index (BMI)

^۳ BMI

همچنین، از معیارهای ورود به پژوهش برای ورزشکاران، این می‌باشد که باید در طول هفته حداقل سه جلسه تمرین بدنی و مهارتی منظم بیشتر از یک ساعت را داشته باشند، ولی از معیارهای ورود به پژوهش برای غیر ورزشکاران، این می‌باشد که باید از لحاظ ظاهری سالم باشند اما انجام ورزش به‌طور نامنظم آنان برای ورود به تحقیق مورد پذیرش می‌باشد.

روش‌های تحلیل آماری:

پس از جمع‌آوری داده‌های پژوهش از شرکت‌کنندگان، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش به مرکز مانند میانگین و انحراف استاندارد، داده‌ها توصیف شدند. به‌منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون آماری خی-دو و آزمون تحلیل واریانس تک عاملی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از روش خی-دو برای فرضیاتی با داده‌های ناپارامتری و از تحلیل واریانس یک‌طرفه برای حالت پارامتری استفاده شد. کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح معناداری $P \leq 0.05$ انجام شد.

نتایج:

نمونه پژوهش شامل ۵۰۰ نفر از مردان و زنان جوان ورزشکار و غیر ورزشکار استان تهران / شهر تهران (مناطق ۲۲ گانه) بودند که ۱۲۵ نفر از مردان جوان ورزشکار (۲۵ درصد)، ۱۲۵ نفر از زنان جوان ورزشکار (۲۵ درصد)، ۱۲۵ نفر از مردان جوان غیر ورزشکار (۲۵ درصد) و ۱۲۵ نفر از زنان جوان غیر ورزشکار (۲۵ درصد) این نمونه را تشکیل دادند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۰ تا ۳۵ سال با میانگین و انحراف استاندارد 27.11 ± 4.35 بود.

با توجه به جدول شماره ۱ و ۲ نتایج نشان می‌دهد که در این پژوهش شرکت‌کنندگان ۵۷/۸ درصد فاقد اختلال خوردن، ۱۸/۶ درصد در معرض اختلال خوردن و ۹/۶ درصد دارای اختلال خوردن بودند. همچنین در بررسی شیوع اختلال خوردن در مطالعه حاضر، فراوانی خوردن افراطی یا پرخوری ۵/۶ درصد، بی‌اشتهایی عصبی ۵/۶ درصد و پراشتهایی عصبی ۲/۸ درصد بوده است.

با توجه به جدول و نمودار شماره ۱ نتایج در میان گروه‌های شرکت‌کننده بیشترین میزان شیوع اختلال خوردن افراطی یا پرخوری در بین گروه سوم (مردان جوان غیر ورزشکار) با تعداد ۹ نفر و فراوانی ۷/۲ درصد مشاهده شد. در میان گروه‌های شرکت‌کننده بیشترین میزان شیوع اختلال بی‌اشتهایی عصبی در بین گروه چهارم (زنان جوان غیر ورزشکار) با تعداد ۱۱ نفر و فراوانی ۸/۸ درصد مشاهده شد. در میان گروه‌های شرکت‌کننده بیشترین میزان شیوع اختلال پراشتهایی عصبی در بین گروه دوم (زنان جوان ورزشکار) با تعداد ۷ نفر و فراوانی ۵/۶ درصد مشاهده شد.

جدول ۱- فراوانی و درصد فراوانی اختلالات تغذیه‌ای ورزشکاران و غیر ورزشکاران به تفکیک جنسیت (درصد) فراوانی

متغیرها	جنسیت	ورزشکار	غیر ورزشکار	مجموع
فاقد اختلال خوردن	مرد	۸۱ (۶۴/۸)	۷۴ (۵۹/۲)	۱۵۵ (۶۲)
	زن	۶۶ (۵۲/۸)	۶۸ (۵۴/۴)	۱۳۴ (۵۳/۶)
	مجموع	۱۴۷ (۵۸/۸)	۱۴۲ (۵۶/۸)	۲۸۹ (۵۷/۸)
در معرض اختلال خوردن	مرد	۲۵ (۲۰)	۲۳ (۱۸/۴)	۴۸ (۱۹/۲)

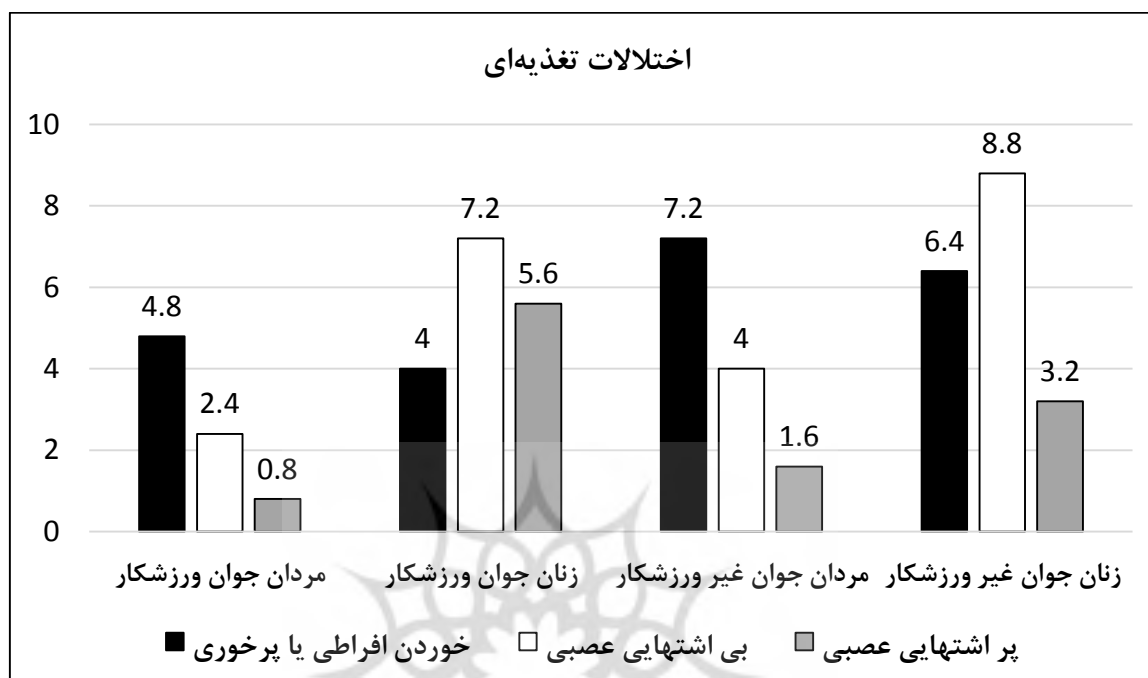
۴۵ (۱۸)	۲۱ (۱۶/۸)	۲۴ (۱۹/۲)	زن	
۹۳ (۱۸/۶)	۴۴ (۱۷/۶)	۴۹ (۱۹/۶)	مجموع	
۲۱ (۸/۴)	۱۲ (۹/۶)	۹ (۷/۲)	مرد	دارای اختلال خوردن
۲۷ (۱۰/۸)	۱۳ (۱۰/۴)	۱۴ (۱۱/۲)	زن	
۴۸ (۹/۶)	۲۵ (۱۰)	۲۳ (۹/۲)	مجموع	
۱۵ (۶)	۹ (۷/۲)	۶ (۴/۸)	مرد	خوردن افراطی / پر خوری
۱۳ (۵/۲)	۸ (۶/۴)	۵ (۴)	زن	
۲۸ (۵/۶)	۱۷ (۶/۸)	۱۱ (۴/۴)	مجموع	
۸ (۳/۲)	۵ (۴)	۳ (۲/۴)	مرد	بی‌اشتهایی عصبی
۲۰ (۸)	۱۱ (۸/۸)	۹ (۷/۲)	زن	
۲۸ (۵/۶)	۱۶ (۶/۴)	۱۲ (۴/۸)	مجموع	
۳ (۱/۲)	۲ (۱/۶)	۱ (۰/۸)	مرد	پُر اشتهایی عصبی
۱۱ (۴/۴)	۴ (۳/۲)	۷ (۵/۶)	زن	
۱۴ (۲/۸)	۶ (۲/۴)	۸ (۳/۲)	مجموع	
۱۰/۲±۷/۳۷	۱۰/۴۲±۷/۹۳	۹/۹۸±۶/۷۹	مرد	*نمره کل پرسشنامه اختلال تغذیه‌ای (۰-۷۸)
۱۱/۱۱±۸/۸	۱۰/۵۶±۹/۰۲	۱۱/۶۶±۸/۵۸	زن	
۱۰/۶۶±۸/۱۲	۱۰/۴۹±۸/۴۸	۱۰/۸۲±۷/۷۷	مجموع	

* براساس انحراف معیار ± میانگین

جدول ۲- درصد فراوانی شرکت کنندگان پژوهش به تفکیک دسته‌بندی‌ها

اختلالات تغذیه‌ای	درصد فراوانی
فاقد اختلال خوردن	٪ ۵۷/۸
در معرض اختلال خوردن	٪ ۱۸/۶
دارای اختلال خوردن	٪ ۹/۶
خوردن افراطی یا پر خوری	٪ ۵/۶
بی‌اشتهایی عصبی	٪ ۵/۶
پُر اشتهایی عصبی	٪ ۲/۸

نمودار ۱- درصد فراوانی اختلالات تغذیه‌ای گروه‌ها



با توجه به جدول شماره ۳ نتایج پژوهش، نشان می‌دهد که در زمان پاندمی کرونا زنان بی‌اشتهایی عصبی بیشتری نسبت به مردان دارند و اختلاف معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.05$). با توجه به جدول شماره ۴ نتایج پژوهش، نشان می‌دهد که در زمان پاندمی کرونا زنان پراشتهایی عصبی بیشتری نسبت به مردان دارند و اختلاف معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.05$). با توجه به جدول شماره ۵ نتایج پژوهش، نشان می‌دهد که در طول پاندمی کرونا، تنها در افرادی که بر اساس نمره کل پرسشنامه اختلالات تغذیه‌ای دارای اختلال خوردن بودند، یافته‌ها نشان داد که مردان اختلال خوردن افراطی یا پر خوری بیشتری نسبت به زنان دارند و اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). با توجه به جدول شماره ۶ نتایج پژوهش، نشان می‌دهد که در شرایط پاندمی کرونا، اختلال خوردن (بر اساس فراوانی - نه امتیاز پرسشنامه)، در زنان جوان بیشتر مردان جوان است ($P < 0.05$).

جدول ۳- نتایج آزمون خی دو برای بی‌اشتهایی عصبی به تفکیک جنسیت (مرد/زن) و ورزشکار و غیر ورزشکار

متغیر		آماره	درجه آزادی	معنی‌داری
بی‌اشتهایی عصبی	مرد/ زن	خی دو	۵/۴۵	۰/۰۲۰
		همبستگی	۰/۱۰	۰/۰۲۰
	ورزشکار/ غیر ورزشکار	خی دو	۰/۶۱	۰/۴۳۷
		همبستگی	۰/۰۴	۰/۴۴۰

جدول ۴- نتایج آزمون خی دو برای پُراشتهایی عصبی به تفکیک جنسیت (مرد/زن) و ورزشکار و غیر ورزشکار

متغیر			آماره	درجه آزادی	معنی داری
پُراشتهایی عصبی	مرد/ زن	خی دو	۰/۷۰	۱	۰/۰۳۰
		همبستگی	۰/۱۰	-	۰/۰۳۰
	ورزشکار/ غیر ورزشکار	خی دو	۰/۲۹	۱	۰/۵۸۸
		همبستگی	۰/۰۲	-	۰/۵۸۸

جدول ۵- نتایج آزمون خی دو برای خوردن افراطی یا پُرخوری به تفکیک جنسیت و ورزشکار و غیر ورزشکار

متغیر			آماره	درجه آزادی	معنی داری
خوردن افراطی / پُرخوری	مرد/ زن	خی دو	۵/۳۶	۱	۰/۰۲۰
		همبستگی	۰/۲۶۷	-	۰/۰۲۰
	ورزشکار/ غیر ورزشکار	خی دو	۰/۴۷	۱	۰/۴۹۲
		همبستگی	۰/۰۸	-	۰/۴۹۲

جدول ۶- نتایج آزمون خی دو برای افراد دارای اختلال خوردن به تفکیک جنسیت و ورزشکار و غیر ورزشکار

متغیر			آماره	درجه آزادی	معنی داری
اختلال خوردن	مرد/ زن	خی دو	۶/۵۰	۱	۰/۰۳۹
		همبستگی	۰/۱۲	-	۰/۰۴
	ورزشکار/ غیر ورزشکار	خی دو	۱/۲۰	۱	۰/۵۴۸
		همبستگی	۰/۰۵	-	۰/۵۴۸

بحث:

پژوهش حاضر، به منظور بررسی اختلالات تغذیه‌ای (سندرم خفیف اختلال خوردن، اختلال خوردن، اختلال خوردن افراطی یا پُرخوری، اختلال بی‌اشتهایی عصبی و اختلال پُراشتهایی عصبی) در مردان و زنان جوان ورزشکار و غیر ورزشکار در طول پاندمی کرونا صورت گرفت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های بسیاری که هم در مناطق مختلف کشور و هم در کشورهای مختلف صورت گرفته است، قابل مقایسه است.

چان^۱ و چیو^۲ در سال ۲۰۲۱ در تحقیقی به بررسی رفتارهای غذایی بی‌نظم (اختلال خوردن) و سلامت روان‌شناختی در طی همه‌گیری کووید-۱۹ پرداختند. اکثر شرکت‌کنندگان به دلیل کووید-۱۹ حداقل یک تغییر رژیم غذایی ایجاد کردند. بر اساس نتایج پژوهش، ۲۵٪ از شرکت‌کنندگان اختلال خوردن داشتند. یافته‌های اولیه نشان می‌دهد که همه‌گیری این بیماری ممکن است به‌طور قابل‌توجهی بر علائم اختلالات خوردن تأثیر بگذارد. یافته‌ها تغییرات رژیم غذایی مرتبط با علائم اختلالات خوردن را نشان داده است، بنابراین در کل نتایج به لزوم توجه بالینی بیشتر به اختلالات خوردن در طی این بیماری همه‌گیر اشاره داشت. همچنین، در طول پاندمی کرونا دولت‌ها و سازمان‌های بهداشتی باید برنامه‌های پیشگیری و مداخله‌ای را برای کاهش اختلالات خوردن ایجاد کنند (چان و چیو^۳، ۲۰۲۱).

مرور منابع و اسناد منتشر شده نشان می‌دهد که شیوع اختلالات خوردن در بین ورزشکاران از دهه ۱۹۹۰ افزایش یافته است و همه‌گیری کرونا این مشکل را بیشتر تحت تأثیر قرار داده است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که فشارهای درونی و بیرونی ورزشکاران زن، همراه با نیازهای فیزیولوژیکی ورزش‌ها ممکن است آن‌ها را مستعد رفتارهای ناسالم و یا اختلالات خوردن کند (تورس-مک‌گیهی و همکاران^۴، ۲۰۲۴). بنابراین، در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر که ۲۳/۶٪ از شرکت‌کنندگان دارای اختلال خوردن بوده‌اند، به این نتیجه می‌توان رسید که میزان شیوع اختلال خوردن به‌واسطه کرونا در حد بالایی قرار گرفته است و افراد زیادی را درگیر کرده است و نتایج همسو می‌باشد. همچنین، در گروه ورزشکاران، فراوانی افراد بدون اختلال خوردن در جمعیت مردان (۶۴/۸٪) بیشتر از جمعیت زنان (۵۲/۸٪) می‌باشد.

راجرز^۵ و همکاران در سال ۲۰۲۰ تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر علائم و خطر اختلال خوردن را بررسی کردند. بر اساس یافته‌های پژوهش محققان به این نتیجه رسیدند که رفتارهای اختلال خوردن به دلیل بیماری همه‌گیر از طریق مسیرهای متعدد، به‌ویژه در میان گروه‌های آسیب‌پذیر، از جمله افرادی که دارای تصویر بدنی و نگرانی از غذا هستند، تشدید می‌شود، بنابراین، همه‌گیری ممکن است توسعه رفتارهای اختلال خوردن را در برخی از افراد تسریع کرده و آسیب‌شناسی موجود را در بین دیگران تشدید کند. در مجموع، همه‌گیری فعلی این بیماری شرایطی را در سراسر جهان ایجاد کرده است که احتمال ابتلا به اختلال خوردن و علائم را از طریق چندین مسیر افزایش می‌دهد و عوامل محافظتی را کاهش می‌دهد و موانع مراقبت را افزایش می‌دهد. بررسی و ارزیابی این عوامل، از جمله در محیط‌های مختلف فرهنگی، برای درک بهتر تأثیر همه‌گیری بر خطر و بهبود اختلال خوردن و آگاهی از انتشار منابع و اهداف کلیدی است. شناسایی گروه‌های پرخطر، مانند آن‌هایی که دارای اختلالات قبلی یا سابقه اختلالات خوردن یا جوان هستند، به دلیل افزایش خطر ابتلا به اختلال خوردن در این دوره، بسیار مهم خواهد بود (راجرز و همکاران^۶، ۲۰۲۰). بنابراین با توجه به بررسی راجرز و همکاران و همچنین بر اساس نتایج پژوهش در مطالعه حاضر و مشاهده افزایش بیش‌ازحد اختلالات خوردن شرکت‌کنندگان می‌توان به این نتیجه رسید که در طول پاندمی کرونا اختلالات تغذیه‌ای در افراد مستعد تشدید می‌شود و در افراد در معرض اختلال خوردن افزایش می‌یابد.

¹ Chan

² Chiu

³ Chan & Chiu

⁴ Torres-McGehee et al

⁵ Rodgers

⁶ Rodgers et al

اقدامات قرنطینه در طول بیماری همه گیر بر رفتارهای تغذیه‌ای تأثیر داشته است، در حالی که افرادی که در قرنطینه نیستند، تمایل به رفتارهای بیش از حد تغذیه مانند افزایش میان وعده و کاهش فعالیت بدنی نشان دادند، در حالی که افراد قرنطینه تغییرات مربوط به سوء تغذیه مانند کمتر خوردن و فراموش کردن وعده غذایی را نشان دادند. مطالعات انجام شده در مناطق مختلف در دوره بیماری همه گیر، کاهش فراوانی و مدت فعالیت بدنی، افزایش رفتار بی تحرک، مصرف مواد غذایی ناسالم، میان وعده های غذایی، نوشیدن الکل و تغییر در تعداد وعده های غذایی اصلی در روز نشان داد. عوامل موثر در این تغییرات شامل تأثیر حبس بر فعالیت های روزانه و سلامت روان، مانند افزایش اضطراب، افسردگی و خستگی که منجر به رفتارهایی مانند میان وعده یا صرف نظر از وعده غذایی می شود. کار در خانه فعالیت های بدنی را برای کسانی که معمولاً به محل کار رفت و آمد محدود کرده و بر رفتارهای تغذیه ای بیشتر تأثیر می گذارد (پانسویرا^۱، ۲۰۲۳).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که ۱۸/۶٪ از شرکت کنندگان در معرض اختلال خوردن و یا دارای سندرم خفیف اختلالات خوردن بودند، نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش هایی که در کشورهایی از جمله، برزیل با ۱۵/۷۶٪ (ویلا و همکاران^۲، ۲۰۰۴)، کانادا با ۱۶٪ (جونز و همکاران^۳، ۲۰۰۱) و در ترکیه با ۱۳/۱٪ (اوزون و همکاران^۴، ۲۰۰۶) انجام شده، ناهمخوان است. همچنین، این نتایج با پژوهش هایی که جهت بررسی اختلالات خوردن (سندرم خفیف اختلالات خوردن) در برخی مناطق ایران انجام شده، از جمله، صفرزاده و محمودی خورندی در مشهد ۱۵/۷٪ (صفرزاده و محمودی خورندی، ۲۰۱۵)، ضرغامی و چیمه در ساری ۱۰/۵٪ (ضرغامی و چیمه، ۲۰۰۳)، خسروی و همکاران در یزد ۱۲٪ (خسروی و همکاران، ۲۰۱۲) و پورقاسم گرگوری و همکاران در تبریز ۱۶/۷٪ (پورقاسم گرگوری و همکاران، ۲۰۰۸) نیز ناهمخوانی دارد.

دلیل تناقض نتایج پژوهش حاضر با یافته های سایر پژوهش های انجام شده در این زمینه می تواند به علت بیماری کرونا باشد. بنابراین، یک دلیل احتمالی اصلی برای این مغایرت ها به خاطر بیماری همه گیر کرونا می باشد، به علت اینکه داده های پژوهش حاضر در بازه زمانی این بیماری جمع آوری، در حالی که داده های سایر پژوهش ها قبل از به وجود آمدن این بیماری جمع آوری شده است. پس بنابراین می توان دلیل تفاوت و غیرهمسو بودن نتایج سایر پژوهش ها را با نتایج پژوهش حاضر به علت شرایط همه گیری بیماری کرونا دانست. همچنین، اختلافات در این یافته ها می تواند ناشی از تفاوت انواع پرسشنامه های مورداستفاده، نمونه های مورد بررسی، حجم نمونه ها و گروه های سنی متفاوت در هر یک از این جوامع باشد.

در بررسی میزان شیوع اختلالات خوردن در مطالعه حاضر، فراوانی اختلال بی اشتها بی عصبی ۵/۶٪ و اختلال پراشتهایی عصبی ۲/۸٪ بوده است. در بررسی فرناندز^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۷ در شهر مادرید اسپانیا روی دانش آموزان ۱۲ تا ۲۱ سال میزان شیوع بی اشتها بی عصبی و پراشتهایی عصبی به ترتیب ۰/۳۳٪ و ۲/۷۲٪ گزارش شد (فرناندز و همکاران^۶، ۲۰۰۷). در مطالعه دیگری ماچادو^۷ و همکاران در سال ۲۰۰۷ در پرتغال در یک مطالعه اپیدمیولوژیکی دو مرحله ای روی دختران سنین ۱۲ تا

¹ Pansawira

² Vilela et al

³ Jones et al

⁴ Uzun et al

⁵ Fernández

⁶ Fernández et al

⁷ Machado

۲۳ سال، میزان شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی به ترتیب ۰/۳۹٪ و ۰/۳۳٪ گزارش کردند (ماچادو و همکاران^۱، ۲۰۰۷). سوانسون^۲ و همکاران با بررسی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله در آمریکا، شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی را به ترتیب ۰/۳٪، ۱/۳٪ گزارش کردند (سوانسون و همکاران^۳، ۲۰۱۱). در مطالعه کوگو^۴ و همکاران در ترکیه، فراوانی بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی در دختران دانشجو به ترتیب ۰٪ و ۱/۵۷٪ بود (کوگو و همکاران^۵، ۲۰۰۶). در بررسی شیوع اختلالات خوردن در مطالعه روستایی و همکاران، فراوانی پراشتهایی عصبی ۲/۱٪ گزارش شده است (روستایی و همکاران، ۲۰۱۳). در تحقیق صفرزاده و محمودی‌خوردی در مشهد میزان شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی به ترتیب ۱/۱٪ و ۳/۲٪ گزارش کردند (صفرزاده و محمودی‌خوردی، ۲۰۱۵). همچنین، در پژوهش نوبخت و دژکام شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی به ترتیب ۰/۹٪ و ۳/۳۲٪ به دست آمد (نوبخت و دژکام، ۲۰۰۰). در مطالعه خسروی و همکاران شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی به ترتیب ۰/۹٪ و ۵/۳٪ گزارش شد (خسروی و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس نتایج پژوهش‌های مرتبط، یافته‌ها در زمینه اختلال پراشتهایی عصبی با نتایج این پژوهش همخوان است ولی در زمینه اختلال بی‌اشتهایی عصبی با نتایج این پژوهش ناهمخوان است. تناقض نتایج احتمالاً به علت شیوع بیماری کرونا می‌باشد.

پاندمی کرونا موجب افزایش اختلالات تغذیه‌ای می‌شود و همه‌گیری بیماری، عوامل مرتبط (همانند: قرنطینه خانگی) با اختلال خوردن را تشدید می‌کند و بنابراین باعث افزایش اختلالات خوردن می‌شود. با توجه به مقایسه یافته‌های پژوهش با سایر نتایج تحقیقات می‌توان درباره مواردی از مباحث متناقض پژوهش حاضر، به این نکته اشاره کرد که علت افزایش اختلالات خوردن علی‌الخصوص اختلال بی‌اشتهایی عصبی به دلیل پاندمی کرونا و حصر خانگی ناشی از شرایط قرنطینه حاکم بر جامعه می‌باشد. علت اصلی افزایش میزان شیوع اختلال بی‌اشتهایی عصبی در طول پاندمی کرونا، ترس از چاقی و اضافه وزن به خاطر قرنطینه برای بیماری کرونا می‌باشد و به همین دلیل افراد از مصرف مواد غذایی حتی المقدور اجتناب می‌کنند و یا حتی گاهی در مواقع گرسنگی هم از مصرف مواد غذایی پرهیز می‌کنند تا دچار افزایش وزن نشوند. علت دیگر افزایش میزان شیوع اختلال بی‌اشتهایی عصبی در طول پاندمی کرونا؛ کم تحرکی، فعالیت بدنی نداشتن و در خانه ماندن به خاطر محدودیت‌های تردد ناشی از بیماری همه‌گیر کرونا می‌باشد.

در این تحقیق به خاطر محدودیت‌های حاکم بر جامعه از جمله شرایط قرنطینه ناشی از پاندمی کرونا این امکان وجود نداشت که از شرکت‌کنندگان بیشتری در این زمینه برای پژوهش استفاده شود، بنابراین، از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم بودن حجم نمونه (اندازه نمونه کوچک) برای تعمیم نتایج آن به جامعه‌های بزرگ‌تر اشاره کرد و از محدودیت دیگر این پژوهش می‌توان به عدم بررسی عوامل جمعیت‌شناختی و تأثیر آن‌ها بر شیوع این اختلال اشاره کرد. همچنین در این تحقیق، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات ارزیابی نشد، به نظر می‌رسد که ثبت این عوامل بتواند به تقویت نتایج تحقیقات آینده کمک کند.

¹ Machado et al

² Swanson

³ Swanson et al

⁴ Kugu

⁵ Kugu et al

نتیجه گیری:

با توجه به شیوع کرونا، شرایط قرنطینه خانگی تمامی احاد جامعه و شرایط حاکم بر جامعه که به خودی خود می تواند سبب افزایش اختلالات تغذیه ای شود و همچنین با توجه به اهمیت اختلالات خوردن و عوارض آن بر روی افراد و تغییر دادن الگوهای تغذیه ای و با توجه به افزایش این اختلال در جوامع غربی و به تبع آن گسترش این اختلال در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، این پژوهش به بررسی شیوع اختلالات خوردن در بین جوانان در این بازه زمانی پرداخته است. همه گیری این بیماری زندگی روزمره در سراسر جهان را عمیقاً مختل کرده است و تأثیرات عمیقی بر سلامت روحی و جسمی دارد. بر این اساس، تحقیقات در مورد اثرات این بیماری همه گیر به عنوان یک اولویت مهم شناخته شده است.

بر اساس پژوهش انجام شده می توان نتیجه گرفت که در طول پاندمی کرونا شاهد افزایش شدید و چند برابری اختلالات خوردن علی الخصوص اختلال بی اشتها بی عصبی نسبت به گذشته بودیم و در کل این امر به دلیل اثرات مخرب ناشی از بیماری کرونا بر احاد جامعه می باشد. با بررسی نتایج پژوهش به این نتیجه می رسیم که بیماری کرونا تأثیر زیادی بر زندگی روزمره مردم جامعه می گذارد و سبب به وجود آمدن مشکلات اساسی از جمله اختلالات تغذیه ای برای افراد جامعه می شود.

با توجه به مطالعه حاضر، یافته ها بیان کننده میزان بالای شیوع اختلال خوردن افراطی یا پرخوری در همه گروه های شرکت کننده پژوهش بوده است و این بدین معناست که قرنطینه خانگی ناشی از بیماری کرونا موجب افزایش اختلال پرخوری در بین افراد شده است.

همچنین، یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که میزان شیوع سندرم خفیف اختلالات خوردن در سطح قابل توجهی قرار دارد. از آنجا که میزان افراد در معرض اختلال خوردن بالا است، به نظر می رسد که بهتر است با توجه به شرایط، کنترل اختلالات خوردن در زمان همه گیری کرونا بر روی افراد دارای اضافه وزن متمرکز شود.

در مجموع، با توجه به پژوهش حاضر و بر اساس بررسی اختلالات تغذیه ای در طول پاندمی کرونا می توان نتیجه گیری کرد که این بیماری باعث تشدید اختلالات خوردن در افراد مستعد و همچنین موجب افزایش اختلالات خوردن در افراد سالم بدون اختلال می شود، پس بنابراین باید تدابیری در این زمینه از سوی دست اندرکاران اتخاذ شود که در این بازه زمانی سبب جلوگیری از اختلال خوردن در احاد مردم جامعه شود.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله، نویسنده مقاله مراتب سپاس و قدردانی را از کلیه کسانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، به عمل می آورد.

منابع:

- Administration, U. F. a. D. (2020). Policy for Coronavirus Disease-2019 Tests During the Public Health Emergency (Revised): Immediately in Effect Guidance for Clinical Laboratories, Commercial Manufacturers, and Food and Drug Administration Staff. In United States. Food and Drug Administration. United States. Food and Drug Administration.
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., . . . Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 12(6). doi:10.3390/nu12061583
- Bagcilar, S., & Gezer, C. (2021). Contributions of disordered eating behaviours and mindful eating to obesity among young female adults.
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Sadeghi Chookami, E., & Hossienkhanzadeh, A. A. (2020). Eating Disorders during Coronavirus 2019 (COVID-19): A Letter to the Editor. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 19(7), 765-770. doi:10.29252/jrums.19.7.765
- Basnet, B. B., Bishwakarma, J. K., Alam, M. N., Bhattarai, S. S., & Baniya, B. (2020). COVID-19 Outbreak: Impacts on Environment and Food Security. *Asian Journal of Multidisciplinary Studies*, 8(10), 19-29.
- Chan, C. Y., & Chiu, C. Y. (2021). Disordered eating behaviors and psychological health during the COVID-19 pandemic. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 249-256. doi:10.1080/13548506.2021.1883687
- Cooper, M., Reilly, E. E., Siegel, J. A., Coniglio, K., Sadeh-Sharvit, S., Pisetsky, E. M., & Anderson, L. M. (2020). Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Eating Disorders*, 30(1), 54-76. doi:10.1080/10640266.2020.1790271
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta bio medica: Atenei parmensis*, 91(1), 157.
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., . . . Le Grange, D. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 239.
- Fernández, M. A. P., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690. doi:https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.010
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., . . . Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552. Retrieved from <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/165/5/547.full.pdf>
- Khosravi, Mozaffari, Anar, Hosseinzadeh Shamsi, Bafghi and Shariati. (2012). Prevalence of Eating Disorders and Obesity in High School Girl Students in Yazd City, 2010-2011. *Toloo Behdasht*, 10(1), 38-49.
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., & Izgic, F. (2006). The Prevalence of Eating Disorders Among University Students and the Relationship with Some Individual Characteristics. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 129-135. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01759.x
- Machado, P. P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of eating disorders*, 40(3), 212-217. doi:https://doi.org/10.1002/eat.20358

Martinez-Ferran, M., de la Guía-Galipienso, F., Sanchis-Gomar, F., & Pareja-Galeano, H. (2020). Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and Physical Activity Habits. *Nutrients*, 12(6), 1549. doi:<https://doi.org/10.3390/nu12061549>

Murray Hurtado, M., Martín Rivada, Á., Pestano García, S., & Ramallo Fariña, Y. (2024). Influence of the COVID-19 pandemic on the incidence of eating disorders. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 101(1), 21-28. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2024.04.019>

Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of eating disorders*, 28(3), 265-271. doi:[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200011\)28:3<265::AID-EAT3>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200011)28:3<265::AID-EAT3>3.0.CO;2-L)

Pansawira, P. (2023). How COVID-19 pandemic affected nutrition behaviors. *World Nutrition Journal*, 7(01), i-ii.

Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., & Rossell, S. L. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *International Journal of eating disorders*, 53(7), 1158-1165. doi:<https://doi.org/10.1002/eat.23317>

Pourghassem Gargari, B., Kooshavar, D., Seyed Sajadi, N., Karami, S., & Shahrokhi, H. (2008). Risk of Eating Disorders in Tabrizian High School Girls in 2007. *Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services*, 30(4), 21-26. Retrieved from <https://mj.tbzmed.ac.ir/Article/6177>

Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., . . . Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of eating disorders*, 53(7), 1166-1170. doi:<https://doi.org/10.1002/eat.23318>

Roustaei, R., Hajifaraji, M., Dezhkam, M., Houshiar-rad, A., Mehrabi, Y., & Zowghi, T. (2013). Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the City of Tehran, 2010. *Iranian Journal of Nutrition Sciences and Food Technology*, 8(1), 135-144. Retrieved from <http://nsft.sbm.ac.ir/article-1-1242-fa.html>

Safarzade, S., & Mahmoodi Khorandi, Z. (2015). Survey on Eating Disorders (Mental Anorexia , Bulimia) among 13-18-Year- Old Adolescents of Gonabad City in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 14(5), 393-404. Retrieved from <http://journal.rums.ac.ir/article-1-2457-fa.html>

Shah, M., Sachdeva, M., & Johnston, H. (2020). Eating disorders in the age of COVID-19. *Psychiatry Res*, 290, 113122. doi:10.1016/j.psychres.2020.113122

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

Torres-McGehee, T. M., Uriegas, N. A., Mendelow, C., & Soucy, A. (2024). Eating disorders in female athletes: a review of prevalence and pathogenic behaviors. *Physical education, sport and health culture in modern society*(1 (65)), 84-94. doi:<https://doi.org/10.29038/2220-7481-2024-01-84-94>

Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 19. doi:10.1186/s40337-020-00295-3

Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B., & Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 123-126. doi:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.05.004>

Vilela, J. E. M., Lamounier, J. A., Dellaretti Filho, M. A., Barros Neto, J. R., & Horta, G. M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, 80(1), 49-54. doi:<https://doi.org/10.2223/JPED.1133>

Weissman, R. S., Bauer, S., & Thomas, J. J. (2020). Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. In (Vol. 53, pp. 639-646): Wiley Online Library.

Zarghami, M., & Çhimeh, N. (2003). Study of abnormal attitudes frequency towards eating and the related factors in the high school students of Sari township in the academic year of 2002- 2003. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 13(40), 70-78. Retrieved from <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-776-fa.html>

Survey of Nutritional Disorders in Young Male and Female Athletes and Non-Athletes During the Corona Pandemic

Milad Khatami^{1*}

1- Master of Science in Sports Physiology the Tendency of Sports Nutrition, Department of Sports Sciences, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University - Qazvin, Iran

Abstract:

The global outbreak of the coronavirus pandemic has had far-reaching repercussions and substantial disruptions to individuals' daily routines. However, among the populations most adversely affected are those afflicted with eating disorders. Hence, this research was undertaken amid the Corona pandemic to examine nutritional disorders among young males and females, including athletes and non-athletes. The participants' ages varied from 20 to 35 years; the mean and standard deviation of the age was 27.11 ± 4.35 . The present study employs a descriptive cross-sectional design. The research cohort comprised 500 individuals. The participants were categorized into four groups including young men athletes, young women athletes, young men non-athletes and young women non-athletes, each consisting of 125 individuals. These groups were chosen as clusters and engaged in the study. The study was conducted utilizing the Eating Attitude Questionnaire (EAT-26). In order to analyze the data statistically, chi-square tests and one-factor analysis of variance were implemented. All statistical computations were performed utilizing SPSS version 22. A notable disparity exists between males and females in terms of (AN) and (BN) during the coronavirus pandemic; females possess a greater quantity of (AN) and (BN) than males ($P < 0.05$). The results indicated a statistically significant disparity in the distribution of (BED), with men possessing a greater quantity of (BED) than women ($P < 0.05$). Overall, current research suggests that this disease not only worsens eating disorders in susceptible individuals but also contributes to their prevalence among healthy individuals without such disorders; thus, proactive measures should be implemented by relevant stakeholders to prevent eating disorders in the community.

Keywords: Anorexia Nervosa, Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa, Corona Pandemic, Eating Disorders

* Corresponding author: miladkhatami7@gmail.com