

مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی، سبک زندگی و عملکرد خانوادگی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال خوردن و دانش‌آموزان غیر مبتلا به اختلال خوردن

مهران سلیمانی^{۱*}، محمد حافظ‌نیا^۲، ساره مسعودی^۳، مهناز مرادی قره‌قشلاقی^۴، شاهین اردوبادی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۱/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال خوردن از جمله اختلال‌های آسیب‌شناختی است که تأثیر بسزایی بر عملکرد روان‌شناختی و جسمانی نوجوانان و جوانان داشته و امروزه به‌عنوان یکی از مشکلات جدی سلامت مورد توجه متخصصان قرار گرفته است. از آنجایی که در سال‌های اخیر میزان شیوع اختلال‌های خوردن در میان دختران نوجوان افزایش چشمگیری داشته است، مطالعه حاضر به بررسی و مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی، سبک زندگی و عملکرد خانواده دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال خوردن و دانش‌آموزان غیر مبتلا به آن پرداخته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه اخیر از نوع توصیفی و جامعه آماری آن دربرگیرنده کلیه دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی فاطمه الزهرا بودند که ۲۰۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و نهایتاً ۶۰ نفر از آن‌ها که دارای معیارهای ورودی بودند مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه چک لیست روانی (SCL-90)، پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت HPLPII و مقیاس عملکرد خانواده بلوم (FFS) استفاده شد. همچنین به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون آماری تحلیل واریانس چند گانه (مانوا) و آزمون T مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصله در این مطالعه نشان داد که بین میانگین نمرات ابعاد آسیب‌شناسی و روانی، سبک زندگی و عملکرد دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خوردن و سالم تفاوت وجود دارد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که در اختلال خوردن، ابعاد آسیب‌شناسی روانی، سبک زندگی و عملکرد خانواده دانش‌آموزان نقش تعیین‌کننده دارد و توصیه می‌شود در درمان این بیماری به متغیرهای ذکر شده اهمیت داده شود.

کلیدواژه: ابعاد آسیب‌شناسی روانی، سبک زندگی، عملکرد خانواده، دانش‌آموزان، اختلال خوردن

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره چهارم، پیاپی ۸۱، تیر ۱۳۹۵، ص ۳۷۹-۳۷۱

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۳۶۳۲۶۵۰

Email: Msoleymani21@yahoo.com

مقدمه

که بیش از حد چاق هستند. در سال‌های اخیر میزان شیوع اختلال خوردن در نوجوانان افزایش چشمگیری داشت. اختلال خوردن از جمله اختلالات آسیب‌شناسی روانی هستند که تأثیر بسزایی بر عملکرد روان‌شناختی و جسمانی نوجوانان و جوانان داشته و امروزه به‌عنوان مشکلات جدی سلامت مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱). گزارش‌های سالیانه سازمان بهداشت جهانی نیز

اختلال خوردن^۶، در واقع نوعی اختلال در نحوه غذا خوردن است که از حالت طبیعی خارج شده است و شامل افکار و رفتارهای کنترل نشده‌ای است که الگوهای بیمارگونه‌ی غذا خوردن را القاء می‌کنند. زنان و مردانی که به این اختلال دچارند، تصور غیر واقعی و تحریف‌شده‌ای از بدن خود دارند. این افراد همیشه فکر می‌کنند

^۱ استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز مطالعات، مشاوره و درمان اختلالات رفتاری معاونت اجتماعی انتظامی آذربایجان غربی

^۳ کارشناس ارشد روانشناس بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات ارومیه

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد بین‌المللی واحد کیش

^۵ پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

^۶eating disorder

در مطالعه‌ای دیگر کولینگ^۸ و همکاران ثابت کردند که سبک زندگی نامناسب با اختلال خوردن ارتباط دارد و در این راستا می‌توان به از دست دادن زیاد وزن، مشکلات دارویی، به هم خوردن تعادل ترکیبات بدن بر اثر گرسنگی مفرط و نهایتاً بستری شدن در بیمارستان و حتی مرگ اشاره نمود (۱۲).

کوک^۹ و همکاران در پژوهشی که انجام دادند، گزارش نمودند که افراد مبتلا به اختلال خوردن همواره سطوح بالای تعارض را در خانواده‌هایشان ابراز می‌کنند (۱۳).

دیمیتریوپولز^{۱۰} در پژوهش خود چنین نتیجه‌گیری کرد که آسیب‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب و سطوح بالای تعارض در خانواده‌های دچار اختلال خوردن مشهود است (۱۴). کلاک^{۱۱} در تحقیق خود عنوان کرد خانواده‌های افرادی که دچار اختلال خوردن هستند، خشم و خصومت و ناسازگاری در آن‌ها بیشتر دیده می‌شود (۱۵). منو^{۱۲} و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که خانواده‌های دچار اختلال خوردن ویژگی‌هایی زیر را دارا هستند: الف) به هم تنیدگی: خانواده‌ها شکل مفرطی از قاطی شدن و صمیمیت دارند که در آن والدین ممکن است از جانب فرزندان نشان سخن بگویند. ب) حمایت گری بیش از حد: اعضای خانواده سطح مفرطی از نگرانی برای رفاه و آسایش یکدیگر دارند. ج) خشکی (انعطاف‌پذیری): خانواده‌ها گرایش به تلاش برای حفظ وضع موجود و اجتناب از برخورد مؤثر با رویدادهایی دارند که نیازمند تغییر خانواده‌اند (مثلاً درخواستی که نوجوانان برای افزایش استقلال مطرح می‌کنند). د) نبود مهارت حل تعارض: خانواده‌ها یا از تعارض دوری می‌کنند یا در حالت تعارض مزمن قرار می‌گیرند (۱۶).

بنابراین با توجه به اینکه دانش آموزان دچار اختلال خوردن کمتر در حوزه آسیب روانی، سبک زندگی و عملکرد خانواده مورد پژوهش قرار گرفته‌اند، مطالعه حاضر به بررسی و مقایسه ابعاد آسیب روانی، سبک زندگی و عملکرد خانواده‌های دانش آموزان مبتلا به اختلال خوردن و مقایسه آن با دانش آموزان غیر مبتلا به اختلال خوردن، پرداخته است.

مواد و روش کار

افزایش روبه رشد تعداد مبتلایان به اختلال خوردن را نشان می‌دهند (۲). از ویژگی‌های این اختلال، اشتغال ذهنی فزاینده با وزن، غذا و مشکل باهدف رسیدن به لاغری مفرط می‌باشد. از پیامدهای اختلال خوردن می‌توان به بروز آسیب روانی در افراد مبتلا اشاره نمود. کای^۱ و همکاران در پژوهشی که روی دانش آموزان انجام دادند عنوان کردند بسیاری از دانش آموزان مبتلا به اختلال خوردن دچار افسردگی، افکار وسواسی و همچنین افکار خودکشی هستند (۳).

در مطالعه‌ای دیگر هالمی^۲ و همکاران نتیجه گرفتند که دانش آموزان مبتلا به اختلال خوردن دچار انزوا طلبی، اضطراب بالا و عزت نفس پایین هستند (۴). در همین راستا نتایج بررسی‌های فاسینو^۳ نشان داد که این افراد دارای هیجان‌های منفی از جمله پرخاشگری و نورو تیسیم^۴ بالا می‌باشند (۵). کای و همکارانش در مطالعه دیگری نتیجه گرفتند که افراد مبتلا به اختلال خوردن دارای افکار وسواسی و اضطراب اجتماعی می‌باشند (۶). نتایج بررسی‌های استروبر^۵ و همکاران که بر روی دانش آموزان ۲۰-۱۵ ساله انجام دادند نشان داد که دانش آموزان مبتلا به اختلال خوردن از آسیب روانی جدی رنج می‌برند (۷). در مطالعه‌ای آنگا و همکاران بر اساس آزمون MMPI نشان دادند که دانش آموزان مبتلا به اختلال خوردن مستعد اختلالات وسواسی، اضطرابی، افسردگی و خشم افراطی می‌باشند و در عین حال از خود کنترلی پایین و از آمادگی زیاد به سوء مصرف مواد مخدر برخوردارند (۸). همچنین بین اختلال خوردن و سبک زندگی دانش آموزان هم ارتباط وجود دارد. سبک زندگی تحت عنوان تمام رفتارهایی که تحت کنترل مشخص هستند یا بر خطرات بهداشتی فرد تأثیر می‌گذارند تعریف می‌شود و شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، ایمن‌سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت خانواده و جامعه است (۹). در مطالعه آستین^۶ و همکاران بر روی زنان مبتلا به اختلال خوردن، نشان دادند که این زنان از سبک زندگی نامناسب از جمله افکار وسواسی درباره‌ی غذا، کنترل وزن و هراس از شکل بدن خود هستند (۱۰). در بررسی دیگری که فالون^۷ انجام داد، نتایجی یافت که نشان داد این افراد دچار ارتباطات اجتماعی محدود، عدم فعالیت بدنی و عدم مسئولیت‌پذیری در مورد سلامتی خودشان می‌باشند (۱۱).

⁷Fallon

⁸Colling

⁹Cook

¹⁰Dimitropoulos

¹¹Kluck

¹²Meno

¹Kaye

²Halmi

³Fassino

⁴Neurotism

⁵Strobe

⁶Stein

می‌باشد که شدت آسیب روانی را بررسی می‌کند و همچنین به‌عنوان خلاصه نتایج مورد استفاده قرار می‌گیرد. روایی و پایایی این آزمون در ایران توسط باقری یزدی تأیید شده و پایایی باز آزمونان را به فاصله یک هفته ۰/۹۷ گزارش شده است (۱۹).

پرسش‌نامه سبک زندگی والکر و همکاران (HPLPLL):

این پرسش‌نامه به وسیله والکر و همکاران توسعه یافته است و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد، که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خودشکوفایی و رضایت‌مندی فردی عمل می‌کند، اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه شش زیرشاخه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت مدیریت استرس روابط بین فردی و رشد معنوی دارد. نحوه پاسخ‌دهی به این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به‌طور معمول) است. همچنین این پرسش‌نامه ۵۳ سؤال دارد. والکر و همکاران برای این ابزار آلفای کرونباخ ۰/۹۴ درصد را گزارش کردند و پایایی آزمون باز آزمون را هم ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۲۸). در ایران یزدی و همکاران (۲۹) آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۲ و پایان آزمون، باز آزمون را ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند (۲۰).

پرسشنامه عملکرد خانواده: این مقیاس توسط برنارد بلوم^۱ برای ارزیابی عملکرد نظام درونی خانواده تهیه و تدوین شده و دارای ۷۵ سؤال و عبارت توصیفی درباره ویژگی‌های خانواده است که بلوم آن‌ها را ضمن انجام تحلیل عاملی در ۱۵ حیطه که به‌طور معنی‌داری مستقل از هم بودند، طبقه‌بندی نمود.

این ابعاد شامل همبستگی، ابراز و بیان خود در نظام خانواده، تعارض، گرایش‌های فرهنگی، گرایش‌های تفریحی، فعال، مذهبی، انضباط خانوادگی، جامعه‌پذیری خانواده، منبع کنترل بیرونی، آرمان خانواده، گسستگی، آزادنش، بی‌بند و بار، مستبد و فقدان استقلال می‌باشد. این آزمون یک ابزار خودتوصیفی به شمار می‌رود که توسط آزمودنی با انتخاب یکی از چهار گزینه همیشه، معمولاً، گاهی اوقات یا هرگز پاسخ داده شد، ترتیب نمره دهی نیز در این چهار گزینه به‌صورت چهار، سه، دو و یک بود. بدین ترتیب، پرسشنامه دارای یک نمره کل از ۷۵ تا ۳۰۰ بوده و هر یک از پانزده بعد آن نیز نمره‌ای با دامنه ۵ تا ۲۰ دارا می‌باشد. در این آزمون ۳۴ ماده آن به‌صورت معکوس و مابقی به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. ماده‌های مربوط به هر زیرمقیاس، پشت سر هم آورده شد (۲۲، ۲۱). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر $\alpha = 0.78$ محاسبه گردید. این آزمون از نوع کاغذ قلمی است و اجرای آن به زمانی حدود ۱۵ تا ۲۵ دقیقه

روش مطالعه بکار رفته در این بررسی با توجه به اهداف، ماهیت و موضوع پژوهش در مقوله مطالعات علمی -مقایسه‌ای (پس رویدادی) قرار می‌گیرد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی سمیه شهر سلماس بودند که ۲۰۰ نفر از آن‌ها به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و به ترتیب پرسش‌نامه‌های چک لیست ویرایش شده ۹۰ سئوالی (SCL-90-R)، سبک زندگی والکر و همکاران (HPLPLL) و عملکرد خانواده و اختلال خوردن (EDB) را تکمیل کردند. نهایتاً از بین ۲۰۰ نفر حدود ۶۰ نفر از آن‌ها که در پرسش‌نامه اختلال خوردن و دیگر ابزارها وضعیت مناسبی نداشتند به‌عنوان گروه بیمارانتخاب و گروه غیر مبتلا هم از بین افرادی که در مقیاس‌های مذکور وضعیت مطلوبی داشتند، برگزیده شدند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-16 تحلیل و از آزمون آماری واریانس چند راهه (مانوا) و T مستقل استفاده شد.

ابزارهای پژوهش:

پرسش‌نامه باورهای اختلال خوردن (EDBQ): این آزمون را کوپر و همکاران در سال ۱۹۹۶ به‌عنوان یک ابزار برای ارزیابی تصورات و باورهای مرتبط با اختلال خوردن طراحی نمودند: فرم انگلیسی این ابزار ۳۲ پرسش و ۴ زیر مقیاس دارد، که زیر مقیاس‌های آن‌ها عبارت است از: ۱- خودباورهای منفی ۲- وزن و شکل مقبول دیگران ۳- وزن و شکل مقبول خود پذیری ۴- کنترل پرخوری. در این پرسش‌نامه گزینه‌ها به شیوه‌ای تنظیم شده‌اند که جایگاه فرد را در هر پرسش در یک مقیاس ۱۰۰ نقطه‌ای از ۰ (کاملاً درباره من نادرست) الی ۱۰۰ (کاملاً درباره من درست) مشخص می‌کند. نتایج تحلیل روان‌سنجی نشان داده است که همبستگی زیر مقیاس‌ها با یکدیگر و با کل میان ۰/۴۷ تا ۰/۷۱ متغیر است. اعتبار این آزمون، ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل از ۰/۹۴ و ۰/۸۶ ذکر شده است و خرده مقیاس‌ها با همدیگر همبستگی معنی‌داری (دامنه‌ای از ۰/۷۱- ۰/۴۷) دارند (۱۸).

پرسش‌نامه چک لیست ویرایش شده: یک پرسشنامه ۹۰ سئوالی می‌باشد که ۹ مورد از ابعاد روانی را در بیماران بررسی می‌کند که شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس اجتماعی، افکار پارانوئیدی و سایکوز می‌باشند. پاسخ‌های ارائه‌شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مشخص می‌شود (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲= تا حدی، ۳= زیاد، ۴= به شدت). طول زمان لازم برای پر کردن این آزمون ۲۰-۱۲ دقیقه بوده و حالات فرد را یک هفته قبل بررسی می‌کند و توسط خود فرد یا مصاحبه‌کننده پر می‌شود. این تست علاوه بر ۹ معیار فوق حاوی سه معیار ناراحتی کلی نیز

¹ Bluum

نیاز دارد. طراحی این پرسشنامه به گونه‌ای است که هر یک از اعضای بالای ۱۲ سال خانواده می‌تواند به آن پاسخ دهد (۲۳).
اطلاعات مندرج در جدول (۱)، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ابعاد آسیب‌شناسی روانی و سبک زندگی را در گروه مبتلا به اختلال خوردن و سالم نشان می‌دهد:

یافته‌ها

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ابعاد آسیب‌شناسی روانی و سبک زندگی در دو گروه بیمار و سالم

| شاخص متغیر | سالم | | بیمار |
|-----------------------------|---------|------------------|-------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | |
| روان‌پریشی | ۳۲/۱۶ | ۰/۴۹ | ۰/۵۳ |
| پرخاشگری | ۲۹/۶۷ | ۰/۶۲ | ۰/۶۰ |
| اضطراب | ۳۳/۱۳ | ۰/۴۸ | ۰/۵۶ |
| حساسیت بین فردی | ۳۰/۵۲ | ۰/۴۹ | ۰/۴۶ |
| وسواس | ۳۹/۲۵ | ۰/۴۳ | ۰/۵۴ |
| افسردگی | ۳۶/۶۲ | ۰/۷۶ | ۰/۷۲ |
| فوبی | ۳۴/۱۵ | ۰/۵۲ | ۰/۵۵ |
| پارانویید | ۳۸/۱۶ | ۰/۶۵ | ۰/۶۲ |
| شبه جسمی | ۳۶/۱۸ | ۰/۶۹ | ۰/۶۸ |
| تغذیه | ۴۸/۱۲ | ۰/۵۸ | ۰/۴۸ |
| فعالیت بدنی | ۳۹/۰۰ | ۰/۶۱ | ۰/۵۶ |
| مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت | ۵۰/۱۶ | ۰/۴۹ | ۰/۵۰ |
| مدیریت استرس | ۴۹/۱۰ | ۰/۵۱ | ۰/۶۲ |
| روابط بین فردی | ۳۰/۱۲ | ۲/۴۵ | ۳/۴۲ |
| رشد معنوی | ۲۴/۱۸ | ۱/۳۲ | ۱/۴۵ |

جهت بررسی فرضیه اول پژوهشی از روش آماری مانوا استفاده شده است. قبل از تحلیل مانوا میزان تطابق متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که برای این منظور از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج در جدول شماره (۲) آمده است.

جدول (۲): آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه متغیر ابعاد آسیب‌شناسی روانی

| آزمون | ارزش F | درجه آزادی اثر | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری |
|---------------|--------|----------------|----------------|---------------|
| لامبدای ویلکز | ۵/۱۶ | ۱۵ | ۸۴ | ۰/۰۰۱ |

آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد بین دو گروه حداقل در یکی از ویژگی‌های ابعاد آسیب‌شناسی روانی (روان‌پریشی، فوبی، پارانویید، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، روابط بین فردی و وسواس و شبه جسمی) تفاوت معنی‌داری ($F(۱۵, ۸۴) = ۵/۱۶$) وجود دارد.

در سطح ($P < 0/001$) وجود دارد. بر این اساس روش اماری مانوا مورد استفاده قرار گرفت. جدول شماره ۳ نتایج آزمون مانوا را نشان می‌دهد.

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس چند گانه تفاوت نمرات ابعاد آسیب‌شناسی روانی در دو گروه بیمار و سالم

| متغیر | MS | df | F | Sig | Eta |
|-----------------|---------|----|--------|-------|------|
| روان‌پریشی | ۴۳۶۲/۱۵ | ۱ | ۲۵۰/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳ |
| فوبی | ۴۱۵۶/۱۵ | ۱ | ۲۲۰/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |
| پارانویید | ۵۰۸۲/۳۶ | ۱ | ۲۳۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ |
| شبه جسمی | ۲۳۱۵/۸ | ۱ | ۲۲۱/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ |
| افسردگی | ۵۳۰۰/۰۸ | ۱ | ۱۷۵/۸۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |
| اضطراب | ۳۶۱۲/۸۲ | ۱ | ۴۵۶/۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ |
| حساسیت بین فردی | ۷۰۲۵/۴۰ | ۱ | ۲۰۴/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ |
| وسواس | ۳۱۲۵/۵۶ | ۱ | ۱۷۵/۵۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹ |
| پرخاشگری | ۳۴۵۲/۱۹ | ۱ | ۱۱۵/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ |

نسبت به افراد سالم در سطح بالایی قرار دارند، با توجه به جدول توصیفی شماره (۱) و داده‌های جدول (۳) فرضیه اول پژوهشی تأیید می‌شود. جهت بررسی فرضیه پژوهشی دوم در خصوص تفاوت بین دو گروه در بعد سبک زندگی نیز از آزمون تحلیل مانوا استفاده شد، قبل از تحلیل میزان تطابق متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که برای این منظور از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج در جدول (۴) آمده است.

با توجه به مندرجات جداول (۱ و ۳) بین دو گروه مبتلا به بیماری اختلال خوردن و سالم در ابعاد آسیب‌شناسی روانی روان‌پریشی با $F=۲۵۰/۲۳$ و $p < 0/001$ ، پارانویید $F=۲۳۰/۶۰$ و $p < 0/001$ ، شبه جسمی با $F=۲۲۱/۲۵$ و $p < 0/001$ ، افسردگی با $F=۱۷۵/۸۹$ و $p < 0/001$ ، اضطراب با $F=۴۵۶/۳۹$ و $p < 0/001$ ، حساسیت بین فردی با $F=۲۰۴/۳۵$ و $p < 0/001$ ، پرخاشگری با $F=۱۱۵/۴۰$ و $p < 0/001$ معنی‌دار است و بیماران در ابعاد فوق

جدول (۴): آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه متغیر سبک زندگی

| آزمون | ارزش | F | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری |
|---------------|------|------|------------|----------------|---------------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۸۵ | ۳/۱۳ | ۱۰ | ۹۶ | ۰/۰۰۱ |

سطح $P < 0/001$ وجود دارد؛ و بر این اساس از روش آمار مانوا استفاده شد که نتایج در جدول شماره (۵) آمده است.

آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد بین دو گروه حداقل در یکی از ابعاد سبک زندگی، تفاوت معنی‌داری ($F(۹۶ و ۱۰)=۳/۱۳$) در

جدول (۵): نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاوت نمرات ابعاد سبک زندگی در دو گروه مبتلا به اختلال خوردن و سالم

| متغیر | MS | df | F | Sig | Eta |
|-----------------------------|---------|----|--------|-------|-------|
| تغذیه | ۴۴/۱۲۰ | ۱ | ۱۴۵/۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ |
| فعالیت بدنی | ۹۵/۱۸ | ۱ | ۲۱۰/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۹ |
| مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت | ۱۷۱/۳۱۰ | ۱ | ۱۹۶/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ |
| مدیریت استرس | ۱۶۸/۸۵ | ۱ | ۲۲۰/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ |
| روابط بین فردی | ۱۱۳/۴۱ | ۱ | ۱۸۹/۶۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹ |
| رشد معنوی | ۵۰/۶۲ | ۱ | ۵۰/۶۱ | ۱/۲۳۱ | ۰/۲۳۵ |

$F=1189/63$ و $P<0/001$ ، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما بین بعد رشد معنوی با $F=50/62$ و $P<1/231$ در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جهت مقایسه عملکرد اعضای خانواده دو گروه هم از آزمون T مستقل استفاده شد که نتایج در جدول شماره (۵) آمده است.

با توجه به مندرجات جداول (۱ و ۵) بین دو گروه بیماران مبتلا به اختلال خوردن و سالم در ابعاد مختلف سبک زندگی (تغذیه با $F=145/16$ و $p<0/001$ ، فعالیت بدنی $F=210/28$ و $P<0/001$ ، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت با $F=196/44$ و $P<0/001$ ، مدیریت استرس با $F=220/26$ و $P<0/001$ ، روابط بین فردی با

جدول (۶): مقایسه آزمودنی‌ها در عملکرد خانواده در دو گروه بیمار و سالم

| گروه | سالم | بیمار |
|----------------|--------------|--------------|
| متغیر | میانگین | انحراف معیار |
| عملکرد خانواده | ۷۴/۱۲ | ۴/۶۵ |
| | میانگین | درجه آزادی |
| | ۵۹/۳۱ | ۹۹ |
| | انحراف معیار | P |
| | ۶/۴۷ | ۱۳/۲۹ |
| | T | |
| | | ۰/۰۰۰ |

سبک زندگی نامناسبی هم برخوردارند که می‌تواند به‌صورت فرار از پذیرش مسئولیت در مورد سلامتی، تلاش برای جلب حمایت‌های دیگران عدم فعالیت بدنی و برنامه‌ریزی مناسب تغذیه‌ای، خود مراقبتی افراطی به شکل اظهار ناراضی جسمانی و جراحی پلاستیک، پرخوری عصبی و مصرف مواد بروز کند (۲۴). نتایج پژوهش هم‌چنین نشان داد که عوامل خانوادگی در اختلال خوردن در نوجوانان و جوانان اثر گزار بوده است. اگرچه قسمت اعظم این مطالعات بر ارتباط بین ویژگی‌های حمایتی مثل نگرش‌های والدین، ارتباطات و هم‌بستگی درون خانواده و سطوح بالای آسیب روانی و تعارض در خانواده متمرکز شده‌اند (منو، ۲۰۰۸). نتایج این بخش از پژوهش در بعد آسیب روانی همسو با نتایج کای و همکاران (۲۰۱۰)، هالمی و همکاران (۲۰۱۱)، فاسینو (۲۰۱۲)، کای و همکاران (۲۰۰۹)، استیرو و همکاران (۲۰۱۰)، آنگل و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد که همگی این پژوهشگران بر آسیب روانی جدی در دانش آموزان مبتلا به اختلال خوردن تأکید کرده‌اند، در بعد سبک زندگی همسو با نتایج آستین و همکاران (۲۰۰۸) فالون (۲۰۱۰)، کولینق و همکاران (۲۰۰۹) و بلاک و همکاران (۲۰۰۸) همسو می‌باشد و در بعد عملکرد خانواده با نتایج کوک و همکاران (۲۰۰۸)، دیمتروپولز و گینا (۲۰۰۹)، مینو جین و همکاران (۲۰۰۷)، منو (۲۰۰۸) هم‌خوانی دارد.

این پژوهش نشان می‌دهد بین دو گروه حداقل در یکی از ویژگی‌های ابعاد آسیب‌شناسی روانی (روان‌پریشی، فوبی، پارانوئید، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، روابط بین فردی و وسواس و شبه جسمی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

همچنین بین دو گروه مبتلا به بیماری اختلال خوردن و سالم در ابعاد آسیب‌شناسی روانی روان‌پریشی، پارانوئید، شبه جسمی، افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و پرخاشگری معنی‌دار

چنانکه جدول شماره ۶ نشان می‌دهد بین دو گروه مبتلا به اختلال خوردن و سالم از لحاظ عملکرد خانواده با $T=13/29$ درجه آزادی $df=99$ در سطح $p<0/001$ تفاوت معنی‌داری در میانگین‌ها وجود دارد. بدین معنی که میانگین عملکرد خانواده دانش آموزان مبتلا به اختلال باورهای خوردن در مقایسه با دانش آموزان سالم پایین می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی ابعاد آسیب‌شناسی روانی، سبک زندگی و عملکرد خانواده دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال خوردن و سالم پرداخته شد. نتایج نشان داد که ابعاد آسیب روانی، سبک زندگی و عملکرد خانواده دانش آموزان در بروز اختلال خوردن نقش تعدیل‌کننده دارند آمارها حاکی از افزایش این اختلال در بین دانش آموزان در مدارس می‌باشد. این اختلال یکی از انواع اختلالات روان‌پزشکی است که به‌طور فزاینده روندی رو به رشد دارد. گزارش‌های همه‌گیری‌شناسی نشان می‌دهند که بیش از ۴ درصد نوجوانان از این بیماری رنج می‌برند. زنان بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند و ۵/۰ تا ۱ درصد دختران نوجوان مبتلا به اختلال خوردن هستند. این اختلال در ۶۵ درصد موارد با وسواس و هیجان‌های منفی به‌طور هم‌زمان بروز می‌کند (۲۲). مطالعات مختلف در خصوص افراد در معرض خطر یا کسانی که باور درستی در مورد خوردن ندانسته‌اند در کشور افزایش پیدا کرده است در مطالعه‌ای افراد در معرض خطر را در دختران ۱۵-۱۸ ساله به ترتیب ۰/۹، ۳/۲، ۲۴/۱۶ درصد گزارش کرده‌اند، در مطالعه‌ای دیگر در بین دانش آموزان دبیرستانی ساری ۵/۱۰ درصد از افراد در معرض خطر اختلال خوردن گزارش شده است که به‌تبع آن انواع آسیب روانی هم به همراه این اختلال در بین این دانش آموزان مشاهده می‌شود (۲۰). نتایج پژوهش هم‌چنین نشان داد که این دسته از افراد از

کمک شایانی در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها از جمله اختلال خوردن داشته باشند و به بهبود سبک زندگی بیماران منجر شود. عدم امکان نمونه‌گیری جامع از کلیه مناطق شهری و محدود شدن آن فقط به یک شهرستان از جمله محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود؛ و پیشنهاد می‌شود که این طرح پژوهشی در حجم و نمونه بزرگ‌تری انجام گیرد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که مسائل روانی (ابعاد آسیب‌روانی، عملکرد خانواده و سبک زندگی) در اختلال خوردن بیشتر مورد توجه قرار گیرد تا بتوان با ایجاد کارگاه‌هایی از سوی دست‌اندرکاران سلامت در ارتباط با ارتقاء سلامت روانی و آموزش سبک زندگی این بیماران، از درمان محوری به سمت رویکرد سلامت محور گام برداشت و از هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی صرفه‌جویی به عمل آید.

است و بیماران در ابعاد فوق نسبت به افراد سالم در سطح بالایی قرار دارند.

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد بین دو گروه حداقل در یکی از ابعاد سبک زندگی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

و نیز بین دو گروه بیماران مبتلا به اختلال خوردن و سالم در ابعاد مختلف سبک زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما بین بعد رشد معنوی در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

و همچنین بین دو گروه مبتلا به اختلال خوردن و سالم از لحاظ عملکرد خانواده تفاوت معنی‌داری در میانگین‌ها وجود دارد. بدین معنی که میانگین عملکرد خانواده دانش‌آموزان مبتلا به اختلال باورهای خوردن در مقایسه با دانش‌آموزان سالم پایین می‌باشند. پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه ابعاد آسیب‌روانی و شناخت رگه‌های شخصیتی خطرناک و بیماری و عملکرد خانواده می‌توانند

References:

- Cooper MJ, Rose KS, Turner H. Core Beliefs and the Presence or Absence of Eating Disorder Symptoms and Depressive Symptoms in Adolescent Girl, *Int J Eat Disorder* 2009; 38(1): 60-4.
- Hoek HW. Distribution of Eating Disorders, In: Fairburn C.G Brownell K.D. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 2th ed. NewYork: Guilford; 2010. P. 233-7.
- Kaye WH, Weltzin TE, Hsu L. Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviors. *PsychiatrAnn* 2010; 23:365.
- Halmi KA, Sunday SR, Strober M. Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *Am J Psychiatry* 2011; 157:1799.
- Fassino S, Daga GA, Pierò A, Leombruni P, Rovera GG. Anger and personality in eating disorders. *J Psychosom Res* 2001;51(6):757-64.
- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004;161(12):2215-21.
- Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry* 2001;158(4):547-62.
- Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2003;160(2):242-7.
- Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997;22(4):339-60.
- Stein D, Kaye WH, Matsunaga H, Orbach I, Har-Even D, Frank G, et al. Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study. *Int J Eat Disord* 2002;32(2):225-9.
- Fallon BA, Walsh BT, Sadik C, Saoud JB, Lukaski V. Outcome and clinical course in inpatient bulimic women: a 2- to 9-year follow-up study. *J Clin Psychiatry* 1991;52(6):272-8.

- 12 Collings S, King M. Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1994;164(1):80-7.
13. Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren M-C. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications. *Eat Weight Disord* 2008;13(4):157-70.
14. Dimitropoulos G, Carter J, Schachter R, Woodside DB. Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008;41(8):739-47.
15. Kluck AS. Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eat Behav* 2008;9(4):471-83.
16. Meno CA, Hannum JW, Espelage DE, Douglas Low KS. Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eat Behav* 2008;9(1):91-101.
17. Nil C, Nil D. *Psychopathology*. Translated by: Shamisipour H. Tehran: Publication of Arjomand; 2007. (Persian)
18. Isazadegan A, Sheykhi S, Hafeznia M. The effectiveness cognitive behavior therapy for life style and quality of life in patient of hypertension. *J Med Sci Univ Urmia* 2013(8): 580-92. (Persian)
19. Shayegian Z, VafayeM. The validity questioner of eating disorder in student. *J Psychol* 2010 (6): 20-32.
20. Khodamorad M, Alikhani M. The Relationship between Families Functional Withstress, Anxiety and Depression in Women. *J Fam Therap* 2013 (2): 298-319. (Persian)
21. Bloom BL. A factor analysis of self- report measures of family functioning. *Fam Process* 1985;24: 225-39.
22. Stark KD, Humphrey LL, Crook k, Lewis K. perceived family environment of depressed and anxious children child's and maternal figures perspectives. *J Abnorm Child Psychol* 1990;18:527-47.
23. Mozafary H. Hoseinzadeh M, Hsariaty E. The Epidemiology of Eating Disorder in Student in Yazd City. *J Med Sci Univ Yazd* 2012 (2): 38-49. (Persian)
24. Kaplan & Sadock's. *The brief of psychiatry*. Translated By: Rezay F. Tehran: Publication of arjomand; 2007. (Persian)

COMPARISON OF DIMENSIONS OF PSYCHOPATHOLOGY, LIFE STYLE AND FAMILY FUNCTIONING IN FEMALE STUDENTS WITH EATING DISORDERS

Meran Soleymani¹, Mohammad Hafeznia², Sare Masudi³, Mahnaz Moradi⁴, Shahin Ordoubadi⁵

Received: 5 Feb, 2016; Accepted: 12 Apr, 2016

Abstract

Background & Aims: In recent years the prevalence of eating disorders in adolescents has increased. Psychopathology of eating disorders, including disorders that have a significant effect on the physical and psychological functioning of adolescents and youth. The current study tries to study the dimensions of psychopathology, life style and family functioning of students with eating disorders and health.

Materials & Methods: The study was comparative one. All the population of Fatemeh high school was selected by simple random sampling method, firstly 200 and finally 60 of them were selected. They were divided into two groups of patients (n=60) and the control group (n=60). Data were collected by using the questionnaires of mental checklist (SCL-90), health promoting lifestyle, and HPLPII and Family Functioning Scale. To analyze the data, SPSS-16 software by using multiple variances (MANOVA) and Independent T-test was applied.

Results: The results showed that there is a difference ($P < 0/001$) between the mean scores and mental pathology, life style and performance of students with eating disorders.

Conclusion: It seems that aspects of eating disorder psychopathology, life style and family functioning on the students have a moderating role.

Keywords: Dimensions of psychopathology, lifestyle, family practice, students eating disorders

Address: Tabriz, Azarbaijan Shahid Madani University, Department of Psychology

Tel: (+98) 9143632650

Email: Msoleymani21@yahoo.com

¹ Assistance Professor of Azerbaijan Shahid Madani University (Corresponding Author)

² MA in Clinical Psychology, Center for Counseling and Social Therapeutic, Disciplinary Police, West Azerbaijan, Iran

³ MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Urmia Branch, Iran

⁴ MSc in Psychology, Azad University, Kish Branch, Iran

⁵ Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran