

# شیوع اختلالات خوردن و نقش آنها در علایم روانشناختی زنان دارای فعالیت ورزشی

\*آیدین ولیزاده (M.Sc)<sup>۱</sup> - \*دکتر سعید آریاپوران (Ph.D)<sup>۱</sup>

\*نویسنده مسئول: ملایر، دانشگاه ملایر، دانشکده ادبیات علوم انسانی، گروه روانشناسی

پست الکترونیک: saeed\_ariapooran@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۸/۴ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۲۴

## چکیده

مقدمه: اختلال غذاخوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی اهمیت زیادی دارد که سلامت روانی آنان را به خطر می اندازد.

هدف: بررسی شیوع علایم اختلال خوردن و نقش آنها در علایم روانشناختی زنان دارای فعالیت ورزشی

مواد و روش‌ها: ۱۸۱ زن ورزشکار رشته ارویک و آمادگی جسمانی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مقیاس اختلال خوردن اهواز و پرسشنامه علایم

روانشناختی را تکمیل کردند. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: ۱۶/۵ درصد ورزشکاران علایم اختلال تغذیه، ۱۴/۳ درصد علایم بی‌اشتهایی عصبی و ۳/۳ درصد علایم پرخوری عصبی داشتند. علایم اختلال خوردن ( $T=0/439$ ،

بی‌اشتهایی عصبی ( $T=0/466$ ) و پرخوری عصبی ( $T=0/28$ ) با علایم روانشناختی ورزشکاران زن رابطه معنی‌دار داشت و علایم اختلال بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی

۰/۲۲۹ واریانس علایم روانشناختی ورزشکاران زن را تبیین کرد.

نتیجه‌گیری: این نتایج پژوهش‌های پیشین و اهمیت شیوع علایم اختلالات خوردن و نقش آن را در علایم روانشناختی تأیید می‌کند.

کلید واژه‌ها: اختلالات تغذیه‌ای/زنان/شیوع بیماری/ورزش

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم شماره ۷۹، صفحات: ۱۵-۲۳

## مقدمه

نشانه‌های ناشی از گرسنگی کشیدن و پرهیز از خوردن می‌شود در حالی که پراشتهایی عصبی نوعی پرخوری است که با روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن همراه است و بر اساس نشانه‌شناسی ملاک‌های آن عبارتند از: دوره‌های پرخوری با بسامد بالا، رفتارهای جبرانی متعاقب پرخوری برای پیشگیری از افزایش وزن (استفراغ عمدی، سوء‌مصرف ملین، مدر یا داروهای استفراغ‌آور) و ترس مرضی از چاق شدن (۴).

بر اساس مطالعات همه‌گیرشناسی، ۹۵ درصد اختلالات خوردن در زنان اتفاق می‌افتد (۵) و در ۹۰ درصد موارد این بیماری در افرادی بروز می‌افتد که سن پایین‌تر از ۲۵ سالگی دارند (۶). به طور کلی شیوع اختلال خوردن در زنان ۱۵ تا ۶۲ درصد گزارش کرده‌اند و ۳۲ درصد زنان ورزشکار دست کم یک رفتار مرتبط با کنترل وزن را گزارش کرده‌اند (۷). Preti و همکاران نشان دادند که شیوع اختلال بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی در جمعیت عمومی به ترتیب ۰/۴۸ درصد و ۱/۱۲ درصد است (۸). همچنین، نشان داده شده که شیوع بی‌اشتهایی عصبی در زنان ۱۰ تا ۲۰ درصد بیش از مردان بوده

اختلالات خوردن (Eating Disorders) بیشترین میزان‌های مرگ و میر را در بیماری‌های روانی به خود اختصاص داده است (۱). این اختلال بالینی توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV-TR) در سال ۲۰۰۰ و سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۲) به عنوان رفتار نابهنجار خوردن تعریف شده‌است که فقط با ملاک‌های صریح تشخیص داده می‌شود و به علت همین تشخیص بر اساس ملاک‌های محض و صریح، تعداد افرادی که رفتار آسیب‌زای خوردن را گزارش می‌کنند، به‌طور واقعی بیش از افرادی است که به عنوان بیمار تشخیص داده می‌شوند (۲). اختلال در خوردن با رفتار نابهنجار خوردن غذا از جمله کم خوردن، پرهیز از خوردن، خوردن طولانی مدت غذا، زیاد خوردن و خوردن همراه با استفراغ و همچنین استفاده از داروهای ضدیوست و ادرارآور مشخص می‌شود (۳). مهم‌ترین اختلال خوردن عبارتند از: بی‌اشتهایی عصبی (Anorexia nervosa) و پراشتهایی عصبی (bulimia nervosa). بی‌اشتهایی عصبی سه ملاک اصلی دارد و شامل گرسنگی کشیدن عمدی به میزان قابل توجه، تمایل بی‌وقفه برای لاغری و ترس مرضی از چاقی و وجود علایم و

Striegel-Moore و همکاران نشان دادند که حدود ۲۵ درصد افراد دارای اختلالات خوردن (بخصوص بی اشتهایی عصبی) دچار پیامد روانی و جسمی مزمن و ناخوشایند خواهند شد (۱۸). طبق نظر Delinsky و همکاران اختلال خوردن با بروز بیماری‌های روانی از جمله سوءمصرف مواد ارتباط دارد و علائم روانشناختی و رفتاری در این افراد شایع‌تر است و باید روان‌درمانی‌ها بر این علائم متمرکز شوند (۱۹). Powers & Bannon نشان دادند که میزان خودکشی در افراد دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی شایع است و این اختلال باعث دست و پنجه نرم کردن افراد با سوءمصرف مواد می‌شود (۲۰). مطالعات نشان داده افرادی که در آنها تشخیص اختلال خوردن داده می‌شود، نمره‌های بالایی در افسردگی کسب می‌کنند و علائم آنها با اختلال روانپزشکی از جمله اختلال عاطفی و شخصیت هم پوشی دارد (۲۱ و ۲۲). Yates نشان داد که در ورزشکاران، اختلال خوردن با افسردگی، افسردگی و اشتغال ذهنی با ورزش ارتباط دارد (۲۳). همچنین، بین اختلال بی‌اشتهایی عصبی و افسردگی، وسواس، اضطراب، عزت نفس پایین و بین اختلال پرخوری عصبی با اضطراب، افسردگی، کمالگرایی بالا و وسواس رابطه وجود دارد (۲۴-۲۷).

هدف پژوهش ما بررسی شیوع اختلال خوردن (بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی) و نقش این اختلالات در علائم روانشناختی زنان دارای فعالیت ورزشی بود. چون در پژوهش‌های داخلی به شیوع اختلال خوردن در ورزشکاران و از جمله زنان دارای فعالیت ورزشی اشاره نشده است، حسن انجام این تحقیق پرکردن این خلأ پژوهشی و توجه به میزان شیوع این اختلالات در ورزشکاران زن در ایران و همچنین توجه به نقش این اختلالات در متغیرهای مرتبط با سلامتی است که از بعد افزایشی می‌تواند باعث تقویت علم روانشناسی، روانپزشکی و روانشناسی ورزش شود.

### مواد و روش‌ها

- روش تحقیق در این پژوهش از نوع زمینه‌یابی مقطعی بود زیرا هدف اصلی این پژوهش بررسی شیوع علائم اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی بوده است. همچنین، چون هدف دیگر پژوهش نقش این اختلالات در علائم

و میانگین شیوع این اختلال در زنان جوان ۰/۰۳ درصد می‌باشد (۹). میزان شیوع اختلال پراشتهایی عصبی نیز در زنان شایع‌تر و میزان آن ۲ تا ۴ درصد است و نشان داده شده که حدود ۲۰ درصد از دانشجویان مؤنث دچار علائم این اختلال هستند (۴).

در ۱۰ سال گذشته شرکت زنان در فعالیت‌های ورزشی افزایش پیدا کرده که این افزایش ممکن است موجب بروز نگرانی مربوط به سلامت در آنان شود (۲). فایده فعالیت ورزشی در زنان غیرقابل انکار است و می‌تواند عزت نفس آنان را افزایش دهد، اما همچنین ممکن است آنها از ورزش و فعالیت‌های بدنی برای پیشگیری از اختلال خوردن استفاده کنند (۱۰). به هر حال، تغییر فیزیولوژی و استرس مربوط به خوردن با ورزش شدید، تشدید می‌شود و ممکن است ورزشکاران زن را در مرز بین سلامت و بیماری قرار دهد (۱۱). علاوه بر این، فشار اعمال شده در جهت کاهش وزن بدنی توسط مربیان، نزدیکان و دوستان آنان باعث می‌شود زنان ورزشکار نسبت به اختلالات خوردن آسیب‌پذیر باشند (۱۲). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که اختلال خوردن در زنان و دختران بیش از سایر گروه‌ها است (۱۳ و ۱۴) و استفراغ و پراشتهایی نیز در دختران نوجوان نسبت به مردان شیوع بالایی دارد (۱۴). Petrie و همکاران نشان دادند که حدود ۲۰ درصد ورزشکاران نشانه‌های اختلالات خوردن دارند و بالغ بر ۲ درصد وزن خود را پایین‌تر از حد معمول و ۶۶ درصد وزن خود را بالاتر از حد معمول گزارش می‌کنند و در کل ۶۰ درصد ورزشکاران از وزن بدن خویش رضایت داشتند. همچنین، در این پژوهش نشان داده شد که جهت متعادل کردن وزن، ۳۷ درصد از ورزش، ۱۴/۲ درصد از پرهیز از خوردن و رژیم غذایی و ۱۰ درصد از استفراغ و داروهای ملین و ادرارآور استفاده می‌کردند (۱۵). Pernick و همکاران نشان دادند که شیوع اختلالات تغذیه در ورزشکاران ۱۹/۶ است (۱۶). Hulley & Hill نیز نشان دادند که در زنان ورزشکار ۱۶ درصد اختلال خوردن دارند و بیش از ۳ درصد نیز قبلاً به دلیل اختلالات خوردن درمان شده بودند (۱۷).

از متغیرهای مهم که می‌تواند تحت تأثیر اختلالات خوردن قرار گیرد، علائم روانشناختی (psychological signs) است.

نشانه های روانی با استفاده از تحلیل عامل تأییدی توسط Dura و همکاران تهیه شده (۳۱) و آخرین و کوتاه ترین پرسشنامه در ارزیابی آشفتگی های روانشناختی است. این پرسشنامه ۱۸ مورد دارد که سه عامل جسمانی سازی، افسردگی و اضطراب را می سنجد. پرسش ها به صورت پنج درجه ای لیکرت (هرگز، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می شوند که نمره کل را بدست می دهد و همبستگی بالایی با نسخه ی پیشین خود دارد ( $r=0/90$ ). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه توسط Dura و همکاران (۲۰۰۶)  $0/89$  و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه  $0/82$  است (۳۱). در ایران در تحقیقی مقدماتی بر ۴۰ آزمودنی، ضریب های پایایی، آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی این پرسشنامه به ترتیب  $0/81$ ،  $0/81$  بوده است (۳۲). همچنین، برای بررسی ضریب اعتبار فرم کوتاه نشانه های روانی مقیاس عواطف مثبت و منفی و مقیاس شادی و افسردگی بکار رفت و نشان داده شد که مقیاس عواطف مثبت ( $r=0/47$ ) و مقیاس عواطف منفی ( $r=0/70$ )، مقیاس شادی ( $r=0/58$ ) و افسردگی ( $r=0/48$ ) با این پرسشنامه همبستگی معنی دار دارند (۳۲).

**روش انجام پژوهش:** بعد از انتخاب نمونه، پرسشنامه های پژوهش در اختیار زنان دارای فعالیت ورزشی (حداقل به مدت یک سال) قرار داده شد و آنها برحسب راهنمای پرسشنامه به مدت نیم ساعت پرسشنامه ها را تکمیل کردند. بعد از جمع آوری داده ها، پرسشنامه های خام با نرم افزار SPSS-16 تجزیه و تحلیل نهایی شد. برای تجزیه و تحلیل داده های توصیفی از جمله آزمون های آماری میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی و برای بررسی رابطه متغیرها و نقش متغیرهای پیش بین در پیش بینی متغیر ملاک از آزمون های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری با روش همزمان استفاده شد.

### نتایج

تعداد شرکت کنندگان مجرد بیش از متأهل و تعداد افراد دارای میزان سواد دبیرستان و دیپلم بیش از کاردانی و کارشناسی و بالاتر از آن بود (جدول ۱). میانگین و انحراف سنی زنان دارای فعالیت ورزشی در رشته اروبیک و آمادگی جسمانی به ترتیب  $25/02 \pm 3/69$  و  $24/93 \pm 3/61$  بود.

میانگین علائم اختلال خوردن به صورت کلی  $15/14 \pm 4/54$

روانشناختی زنان دارای فعالیت ورزشی بود، از روش همبستگی گذشته نگر نیز استفاده شد که براساس این روش اختلالات خوردن در دو بعد بی اشتها و پراشتهایی عصبی به عنوان متغیرهای پیش بین و علائم روانشناختی در سه بعد جسمانی سازی، افسردگی و اضطراب به عنوان متغیرهای ملاک بودند.

- جامعه آماری این پژوهش کل زنان دارای فعالیت ورزشی در رشته اروبیک و آمادگی جسمانی شهرستان اردبیل با حداقل یک سال سابقه ورزشی بودند (۱۸ باشگاه ورزشی). در هر باشگاه افرادی انتخاب شدند که از نظر سواد توانایی پاسخگویی به پرسشنامه ها را داشته باشند در نهایت ۲۰۲ پرسشنامه در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد و پس از حذف ۲۱ پرسشنامه به دلیل تکمیل ناتمام، نمونه های نهایی پژوهش به ۱۸۱ نفر کاهش یافت.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

**الف- مقیاس اختلال خوردن:** مقیاس اختلال خوردن اهواز (Ahvaz Eating Disorders Scale) توسط شریفی فرد (۱۳۷۷) ساخته و اعتباریابی شده است (۲۸). این مقیاس از تحلیل عاملی پرسشنامه عادت غذاخوردن Kucker & Roger (۲۹) بدست آمده است. این مقیاس ۳۱ موضوع دارد که دو عامل را می سنجد و آزمودنی به آنها به صورت درست و نادرست پاسخ می دهد: عامل اول علائم بی اشتها و عصبی (۲۲ مورد) و عامل دوم علائم پراشتهایی عصبی (۹ مورد) است. ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس  $0/80$ ، عامل اول  $0/68$  و عامل دوم  $0/55$  بود. ضرایب پایایی بازآزمایی بعد از یک ماه برای کل مقیاس  $0/86$ ، عامل اول  $0/84$  و عامل دوم  $0/80$  بدست آمد. ضریب اعتبار همبستگی مقیاس اختلالات خوردن و عامل های اول و دوم آن با پرسشنامه عادت غذاخوردن Roger & Kucker (۲۸) به ترتیب  $0/82$ ،  $0/74$  و  $0/40$  و ضریب همبستگی مقیاس اختلال خوردن و عامل اول با آزمون نگرش های خوردن Garner & Garfinkel (۳۰) به ترتیب  $0/65$  و  $0/63$  بود. همچنین این مقیاس با تعریف سازه بی اشتها و عصبی  $0/35$  و پراشتهایی عصبی  $0/21$  همبستگی داشت (۲۹).

**ب- فرم کوتاه پرسشنامه نشانه های روانی:** فرم کوتاه پرسشنامه

در زنان دارای فعالیت ورزشی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد (جدول ۳).

برای پیش‌بینی علایم روانشناختی از طریق نمرات علایم بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی از رگرسیون چند متغیری با روش همزمان استفاده شد. با توجه به مقدار  $R^2$  سازگار شده ( $R^2 = 0/229$  و  $\Delta R^2 = 0/238$ ) علایم بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی  $0/229$  واریانس علایم روانشناختی را تبیین نموده است (جدول ۴). بنابراین با توجه به مقدار بتا و سطح معنی‌داری، به ترتیب علایم بی‌اشتهایی عصبی و علایم پراشتهایی عصبی قوی‌ترین متغیرها برای سهم‌شدن در پیش‌بینی علایم روانشناختی بوده‌اند ( $p > 0/001$ ) و  $F(18, 27) = 27/745$ . معادله پیش‌بینی علایم روانشناختی از طریق بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی براساس فرمول  $y = a + bx$  عبارت است از:

$$= 17/675 + 0/649(\text{بی‌اشتهایی عصبی}) + 0/232(\text{پراشتهایی عصبی})$$

علایم روانشناختی

بدست آمد. برحسب آنکه نمره اختلال خوردن برای افراد دو انحراف بالاتر از میانگین در نظر گرفته شده بود،  $16/5$  درصد افراد نمره دو انحراف بالاتر از میانگین پرسشنامه اختلالات خوردن کسب کردند، به عبارت دیگر نمره این افراد بالاتر از  $24/22$  بدست آمد. میانگین علایم اختلال بی‌اشتهایی عصبی  $10/43 \pm 3/10$  بود و  $14/3$  درصد افراد دارای نمره دو انحراف معیار بالاتر از میانگین علایم اختلال بی‌اشتهایی عصبی (بالاتر از  $16/63$ ) کسب کردند. میانگین علایم اختلال پراشتهایی عصبی  $4/71 \pm 1/14$  بود و  $3/3$  درصد دارای نمره دو انحراف معیار بالاتر از میانگین، نمره پراشتهایی عصبی (بالاتر از  $6/99$ ) کسب کردند. به عبارت دیگر  $16/5$  درصد شرکت‌کنندگان در تحقیق دارای علایم اختلال تغذیه،  $14/3$  درصد دارای علایم اختلال بی‌اشتهایی عصبی و  $3/3$  درصد دارای علایم اختلال پرخوری عصبی هستند (جدول ۲).

نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین علایم اختلال خوردن، علایم بی‌اشتهایی عصبی و علایم پراشتهایی عصبی با علایم جسمانی، افسردگی، اضطراب و کل علایم روانشناختی

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت تأهل و سطح سواد در زنان دارای فعالیت ورزشی بر اساس رشته ورزشی اروبیک و آمادگی جسمانی

کل فراوانی (درصد)	آمادگی جسمانی فراوانی (درصد)	اروبیک فراوانی (درصد)	متغیر	
			وضعیت تأهل	وضعیت تحصیلی
$(60/2) 109$	$(54/5) 54$	$(67/1) 55$	مجرد	
$(39/1) 72$	$(45/5) 45$	$(32/9) 27$	متأهل	
$(64/6) 117$	$(63/6) 63$	$(65/9) 54$	دبیرستان و دیپلم	
$(20/4) 37$	$(19/2) 19$	$(22/0) 18$	کاردانی	
$(14/9) 27$	$(17/2) 17$	$(12/2) 10$	لیسانس و بالاتر	

جدول ۲: توزیع فراوانی اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی) بر اساس دارا بودن یا بدون اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی

متغیر	دارای اختلال خوردن (۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین) فراوانی (درصد)	بدون اختلال خوردن فراوانی (درصد)
اختلالات خوردن (کل)	$(16/5) 30$	$(83/5) 151$
بی‌اشتهایی عصبی	$(14/3) 26$	$(85/7) 161$
پراشتهایی عصبی	$(3/3) 6$	$(96/7) 175$

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است،  $16/5$  درصد از شرکت‌کنندگان در تحقیق دارای علایم اختلالات تغذیه،  $14/3$  درصد دارای علایم اختلال بی‌اشتهایی عصبی و  $3/3$  درصد دارای علایم اختلال پرخوری عصبی هستند.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که در میان زنان دارای فعالیت ورزشی در رشته اروبیک و آمادگی جسمانی تعداد شرکت‌کنندگان مجرد بیشتر از متأهل و تعداد افراد دارای سطح سواد دبیرستان و دیپلم بیشتر از کاردانی و کارشناسی و بالاتر از آن بوده است.

شده ( $R^2=0/229$  و  $\Delta.R^2=0/238$ ) علایم بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی  $0/229$  و آریانس علایم روانشناختی را تبیین نموده‌است (جدول ۴). بنابراین با توجه به مقدار بتا و سطح معنی‌داری، به ترتیب علایم بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی قوی‌ترین متغیرها برای سهم‌شدن در پیش‌بینی علایم روانشناختی بوده‌اند ( $p>0/001$  و  $F(180,6)=27/745$ ).

نتایج جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین و ملاک آورده شده است و همچنین در این جدول نشان داده شده است که بین علایم اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی با علایم جسمانی، افسردگی، اضطراب و کل علایم روانشناختی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با توجه به مقدار  $R^2$  سازگار

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرها و خلاصه نتایج همبستگی بین اختلالات خوردن با علایم روانشناختی در زنان دارای فعالیت ورزشی

میزان همبستگی با متغیرهای ملاک				انحراف معیار	میانگین	متغیرها	
علایم روان-شناختی (کل)	اضطراب	افسردگی	علایم جسمانی			اختلالات خوردن	بی‌اشتهایی عصبی
۰/۴۳۹ (۰/۰۰۱)	۰/۴۹۶ (۰/۰۰۱)	۰/۳۸۶ (۰/۰۰۱)	۰/۳۸۷ (۰/۰۰۱)	۴/۵۴	۱۵/۱۴		
۰/۴۶۶ (۰/۰۰۱)	۰/۵۲ (۰/۰۰۱)	۰/۴۱۸ (۰/۰۰۱)	۰/۴۱ (۰/۰۰۱)	۳/۱۰	۱۰/۴۳		
۰/۲۸ (۰/۰۰۰)	۰/۳۳۸ (۰/۰۰۱)	۰/۲۲۲ (۰/۰۰۳)	۰/۲۵۳ (۰/۰۰۱)	۱/۱۴	۴/۷۱		
				۷/۵۲	۲۴/۶۳	علایم روانشناختی	

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون علایم روانشناختی از طریق نمرات بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی زنان دارای فعالیت ورزشی

P value	T value	ضرایب استاندارد بتا	ضرایب غیر استاندارد		متغیرهای پیش‌بین (مقدار ثابت)
			خطای استاندارد	مقدار B	
۰/۰۰۱	۸۳۴۸	-	۲/۱۱۷	۱۷/۶۷۵	
۰/۰۰۱	۶۰۹۴	۰/۶۴۹	۰/۲۲۳	۱/۳۶۱	بی‌اشتهایی عصبی
۰/۰۳۱	۲/۱۷۸	۰/۲۳۲	۰/۷۰۵	۱/۵۳۵	پراشتهایی عصبی
توجه: ( $R=0/488$ و $R^2=0/238$ $\Delta.R^2=0/229$ )					

## بحث و نتیجه‌گیری

نشان داده‌بودند شیوع اختلالات خوردن در زنان ۱۵ تا ۶۲ درصد بود و ۳۲ درصد زنان ورزشکار دست کم یک رفتار مرتبط با کنترل وزن را گزارش کرده‌بودند. همچنین، این نتیجه با یافته‌های Petrie و همکاران (۱۵) مبنی بر وجود نشانه‌های اختلال خوردن در ۲۰ درصد ورزشکاران و با نتایج Pernick و همکاران (۱۶) مبنی بر شیوع ۱۹/۶ درصدی اختلالات تغذیه در ورزشکاران همسو است و به‌طور مشخص‌تر می‌توان گفت که این نتیجه تأییدی بر یافته‌های Hulley & Hill (۱۷) است، زیرا آنها نشان دادند که ۱۶ درصد زنان ورزشکار اختلال خوردن دارند.

این پژوهش با هدف بررسی شیوع اختلال خوردن و نقش آن اختلال در علایم روانشناختی زنان دارای فعالیت ورزشی انجام شده‌است. برای این هدف از ابزارهای آماری نظیر درصد و فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و همبستگی و رگرسیون چند متغیری با روش همزمان استفاده شد. چون نمره اختلال خوردن، بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی در این پژوهش دو انحراف معیار بالاتر از میانگین در نظر گرفته شد، ۱۶/۵ درصد زنان علایم اختلال خوردن، ۱۴/۳ درصد علایم بی‌اشتهایی عصبی و ۳/۳ درصد علایم پراشتهایی عصبی داشتند. این نتیجه مشابه یافته‌های Rosen & Hough (۷) است که

علایم بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی ۰/۲۲۹ واریانس علایم روانشناختی زنان دارای فعالیت ورزشی را تبیین نموده که بر این اساس علایم بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی به ترتیب سهم بیشتری در پیش‌بینی علایم روانشناختی داشتند. این نتیجه با یافته‌های قبلی همخوانی دارد که نشان داده‌بودند بین اختلال بی‌اشتهایی عصبی و افسردگی، وسواس، اضطراب، عزت نفس پایین و بین علایم اختلال پرخوری عصبی و اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد (۲۷-۲۴). همچنین، با آن جنبه از نتایج Yates (۲۱) مبنی بر ارتباط علایم اختلالات خوردن و فرسودگی، افسردگی و اشتغال ذهنی با ورزش و یافته‌های Fassino و همکاران (۲۲) مبنی بر نمره بالای افسردگی در افراد دارای علایم اختلال خوردن همخوان و همسو است.

چون اختلال خوردن با رفتارهای نابهنجار خوردن از جمله کم خوردن، پرهیز از خوردن، خوردن طولانی مدت غذا، زیاد خوردن و خوردن همراه استفراغ و همچنین استفاده از داروهای ضدیبوست و ادراآور مشخص می‌شود (۳)، به‌طور حتم می‌توان گفت که دارابودن چنین ویژگی‌هایی در این افراد، نگرانی‌ها و تعارض آنان را در مورد افزایش و کاهش وزن تشدید می‌کند و افزایش این نگرانی پیامد جبران‌ناپذیر از جمله افسردگی، اضطراب و حتی مشکلات جسمانی را به دنبال خواهد داشت. به عبارت دیگر می‌توان گفت نگرانی این افراد در مورد وزن و کاهش آن، متناسب بودن اندام بدنی در میان همسالان و فشارهای اجتماعی و روانی ناشی از این نگرانی‌ها منجر به علایم روانشناختی و جسمانی در آنان می‌شود و این نکته با توجه به پژوهش‌های پیشین که افسردگی، اضطراب و کاهش میل جنسی را از جمله علایم روانی ناشی از بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی عنوان نموده‌اند (۴، ۲۱ و ۲۲)، قابل توجیه است. به‌طور مشخص نیز نشان داده‌شده که افرادی دچار اختلال خوردن از جمله پراشتهایی عصبی، روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن را دنبال می‌کنند و اغلب بعد از پرخوری دچار احساس گناه، افسردگی یا نفرت از خود می‌شوند (۴) که این نکته باعث افزایش علایم روانشناختی آنان می‌شود. با توجه به این که مقدار  $R^2$  که در پژوهش ما پایین بود (۰/۲۲۹) می‌توان

در توجیه این یافته می‌توان گفت زنانی که به ورزش و فعالیت بدنی روی می‌آورند، به احتمال زیاد نسبت به ظاهر جسمانی و بخصوص وزن و اندام خویش نگرانی دارند و این نگرانی ممکن است باعث اختلال خوردن از جمله بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت نگرانی در مورد وزن بدنی و کاهش آن ممکن است زنان را به سوی ورزش‌هایی نظیر اروبیک و آمادگی جسمانی سوق دهد، زیرا در تحقیقات مختلف نیز به رابطه نگرانی با وزن بدن و اشتغال ذهنی با آن و حتی بین نگرانی با اضطراب اشاره شده‌است (۳۳) و به احتمال زیاد زنان دارای اختلال خوردن بیش از دیگران در صدد بستن وزن و ارزیابی معیارهای مرتبط با اندام بدنی خویش هستند و نسبت به آینده بدنی خویش دچار اضطراب می‌شوند و همین اضطراب، آنان را تشویق به ورزش و فعالیت بدنی به عنوان ساده‌ترین راه متعادل نمودن وزن می‌کند. همچنین، می‌توان گفت که احتمالاً میزان بالای شیوع اختلال خوردن به دلایل فرهنگی و اجتماعی نیز مربوط می‌شود زیرا تأکید بر لاغری، رژیم غذایی و ورزش مورد توجه همه طبقه‌های اجتماعی و اقلیت‌های نژادی و حتی خانواده‌ها بوده و متأثر از شغلی و غیر شغلی و فشارهای مربوط به وزن و جثه می‌شود (۴). با در نظر گرفتن جوان‌بودن جمعیت کشور ایران، بالا بودن شیوع اختلال خوردن قابل توجیه است زیرا به‌طور کلی، جوانان بیشتر زیر نفوذ فرهنگ‌های دیگر قرار می‌گیرند و به معیارهای آن فرهنگ‌ها اهمیت می‌دهند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت در همه فرهنگ‌ها وزن و اندام متناسب یکی از معیارهای زیبایی است و استرس‌های اجتماعی ناشی از کاهش وزن بر جوانان و زنان جوان بیشتر تأثیر می‌گذارد و آنها دوست دارند خود را با این معیارهای زیبایی و کاهش وزن وفق دهند زیرا اندام مناسب می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس و به تبع آن بهبود روابط بین فردی شده و تأیید فرد از سوی دیگران را به دنبال داشته باشد.

نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین علایم اختلال خوردن، بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی با علایم جسمانی، افسردگی، اضطراب و کل علایم روانشناختی زنان دارای فعالیت ورزشی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد و

دارای فعالیت ورزشی (اروپیک و آمادگی جسمانی) و انجام نشدن مصاحبه تشخیصی برای بررسی دقیق‌تر علائم اختلال خوردن بوده‌است. بنابراین، با در نظر گرفتن محدودیت‌های مذکور، پیشنهاد می‌شود که به نقش و اهمیت اختلال خوردن و راه‌های کاهش آن در افراد دارای فعالیت ورزشی (مخصوصاً زنان) توجه شود که این نکته نقش مهمی در پیشگیری از شیوع بالای این اختلالات و نقش خطیر آنها در سلامت روانی ورزشکاران دارد و تلویحات مهمی در روان‌درمانی اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت‌های ورزشی فراهم می‌کند. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در بررسی شیوع اختلال خوردن مصاحبه‌های تشخیصی و گروه کنترل (زنان غیرورزشکار) بکار رود و به نقش متغیرهای دیگر مرتبط با این اختلالات توجه شود.

گفت که این یافته به این دلیل است که غیر از علائم اختلال خوردن، متغیرهای دیگری در علائم روانشناختی زنان دارای فعالیت ورزشی تأثیرگذار هستند که در این پژوهش بررسی نشده‌است.

به‌طور خلاصه نتایج این پژوهش اطلاعات مهم و معنی‌داری در خصوص اختلال خوردن بدست می‌دهد و شیوع اختلالات خوردن و رابطه علائم این اختلالات با علائم روانشناختی در زنان دارای فعالیت ورزشی را تایید می‌کند به این معنی که شیوع بی‌اشتهایی عصبی بیش از شیوع علائم پراشتهایی عصبی در زنان دارای فعالیت ورزشی است و افزایش علائم این اختلال، افزایش در علائم روانشناختی آنان را دنبال دارد. از محدودیت‌های این پژوهش جمع‌آوری مقطعی داده‌ها، استفاده‌نکردن از گروه کنترل و محدود شدن نمونه به زنان

## منابع

1. Marquez S. Eating Disorder Sin Sports. Risk Factors, Health Consequences, Treatment and Prevention. *Nutricioã N Hospitalaria* 2008; 23: 183-190.
2. Oliveira Coelho GM, Abreu Soares E, Ribeiro BG. are Female Athletes At Increased Risk For Disordered Eating And Its Complications?. *Appetite* 2010; In Press, Available Online 13 August.
3. Nattiv, A Loucks AB, Manore MM, Sanborn CF, Borgen JS, Warren MP. American College of Sports Medicine Position Stand. The Female Athlete Triad. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2007; 39: 1867- 1882.
4. Rezaei F. Synopsis of Psychiatry (Behavioral Science/ Clinical Psychiatry). Tehran; Arjmand, 2010. [Text in Persian]
5. Espindola CR, Blay SL. Bulimia And Binge Eating Disorder. Systematic Review and Meta Synthesis. *Revistade Psiquiatriado Rio Grandedo Sul* 2006; 28: 265- 275.
6. Deering S. Eating Disorders. Recognition, Evaluation, and Implications for Obstetrician/ Gynecologists. Primary Care Update for Ob/Gyns 2001; 8: 34- 35.
7. Rosen LW, Hough DO. Pathogenic Weight Control Behaviors of Female College Gymnasts. *Physic Sports Med* 1986; 16: 140-146.
8. Preti A, De Girolamog, Vilagut G, Alonso J, De Graaf R, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosin P. The Epidemiology of Eating Disorders in Six European Countries: Results of the Esemmed-WMH Project. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 1125-1132.
9. Hoek H Van Hoeken D. A Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383-396.
10. Smolak L Murnen S K Ruble AE. Female Athletes and Eating Problems: A Meta-Analysis. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 371-380.
11. Lukaski HC. Vitamin and Mineral Status. Effects on Physical Performance. *Nutrition* 2004; 20: 632-644.
12. Panza VP, Coelho MS, Di Pietro PF De, Assis MAA, Vasconcelos FAG. Athletes' Food in Take. Reflections on Nutritional Recommendations, Food Habits and Methods for Assessing Energy Expenditure and Energy Intake. *Brazil J Nut* 2007; 20: 681-692.
13. Abood DA, Chandler SB. Race and the Role of Weight, Weight Change, and Body Dissatisfaction in Eating Disorders. *Am J Health Behav* 1997; 21: 21-25.
14. Story M, French SA, Resnick MD, Blum RW. Ethnic/Racial and Socioeconomic Differences in Dieting Behaviors and Body Image Perception in Adolescents. *Int J Eat Disord* 1995; 18: 173-179.
15. Petrie TA, Greenleaf C, Reel J, Carter J. Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors among Male Collegiate Athletes. *Psychl of Men Mas* 2008; 9(4): 267-277.
16. Pernick Y, Nichols JF, Rauh MJ, Mark Kern PT, Ming Ji RD, Lawson MJ, Wilfley D. Disordered Eating among A Multi-Racial/Ethnic Sample of Female High-School Athletes. *J Adolesc Health* 2006; 38: 689-695.

17. Hulle AJ Hill AJ, Eating Disorders and Health in Elite Women Distance Runners. *Int J Eat Disord* 2001; 30:312-317.
18. Striegel Moore R, Seeley JR, Lewinsohn PM. Psychological Adjustment in Young Adulthood of Women Who Experienced an Eating Disorder during Adolescence. *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 587-593.
19. Delinsky SS, Derenne J, Becker AE. Specific Mental Health Disorders: Eating Disorders. *International Encyclopedia of Public Health* 2008; 33: 169-174.
20. Powers PS, Bannon YS. Medical Comorbidity of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder. In: Brewerton TD. (Ed) *Clinical Handbook of Eating Disorders: An Integrated Approach*. New York; Marcel Dekker, 2004: 231-256.
21. Yates A. Athletes, Eating Disorders, and the Overtraining Syndrome. In: Epling WF, Pierce WD (Eds). *Activity Anorexia: Theory, Research and Treatment*. Hillsdale; NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1996: 179-188.
22. Fassino S, Leombruni P, Piero A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. Mood, Eating Attitudes, and Anger in Obese Women with and without Binge Eating Disorder. *J Psychosom Res* 2003; 54: 559-566.
23. Johnsen LA, Gorin A, Stone AA, Le Grange D. Characteristics of Binge Eating among Women In The Community Seeking Treatment For Binge Eating or Weight Loss. *Eat Behav* 2003; 3: 295- 305.
24. Iwasaki Y Matsunaga, H Kiriike N, Tanaka H, Matsui T. Comorbidity Of Axis I Disorders among Eating-Disordered Subjects In Japan. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 454-460.
25. Kaye WH, Devlin B, Barbarich N, Bulik CM, Thornton L, Bacanu SA, et al. Genetic Analysis of Bulimia Nervosa: Methods and Sample Description. *Int J Eat Disord* 2004; 35 556 -570.
26. Bulik C, Klump K, Thornton L, Kaplin A, Devlin B, Fichter M, et al. Alcohol Use Disorder Comorbidity in Eating Disorders: A Multicenter Study. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1000-1006.
27. Wonderlich SA, Lilienfeld LR, Riso LP, Engel SE, Mitchell JE. Personality and Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 568- 571.
28. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological Tests. *Ardabil: Baghe Rozvan, 2003: 67-68 [Text In Persian]*.
29. Coker S, Roger D. The Construction and Preliminary Validation of a Scale for Measuring Eating Disorders. *J Psychosom Res* 1990; 34 223-231.
30. Garner D, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psycho Med* 1982; 12: 871-878.
31. Dura AE, Andreua Y, Galdona JM, Ferrandoa M, Murguib S, Povedac R, Jimenez Y. Psychological Assessment of Patients with Temporomandibular Disorders: Confirmatory Analysis of The Dimensional Structure of The Brief Symptoms Inventory. *J Psychosom Res* 2006; 60:365-370.
32. Modanlo F. Study of Relationship between Resilience, Coping With Stress, And Social Support with Psychological Signs in Bereaved Women. Thesis in Master Science in Psychology of Mhaghegh Ardabili University 2009; 65-66[Text in Persian].
33. Sassaroli S, Bertelli S, Decoppi M, Crosina M, Milos G. Ruggiero GM. Worry and Eating Disorders: A Psychopathological Association. *Eat Behav* 2005; 6: 301-307.



## Prevalence of Eating Disorders and their Role in Psychological Signs among Women with Sport Activities

Valizade A.(M.Sc.)<sup>1</sup>- \*Ariapooran S.(Ph.D.)<sup>2</sup>

\*Corresponding Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, Malayer University, Malayer, IRAN

E-mail: saeed\_ariapooran@yahoo.com

Received: 26/Oct/2010 Accepted: 13 Feb/2011

### Abstract

**Introduction:** prevalence of eating disorder is very important in women with sport activity and threatens their mental health.

**Objective:** To determine the eating disorder signs and the role of these disorders in psychological signs in women athletes.

**Materials and Methods:** 181 women with sport activity in aerobic and physical readiness selected by clustered sampling and they filled Ahvaz eating disorder scale and psychological signs questionnaire. Data was analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation and multivariate regression.

**Results:** 16.5% percent of athletes have eating disorder signs, 14.3% anorexia nervosa, and 3.3% bulimia nervosa. Eating disorder signs( $r=0.439$ ), anorexia nervosa signs ( $r=0.466$ ) and bulimia nervosa signs ( $r=0.28$ ) were meaningfully related to psychological signs and anorexia nervosa and bulimia nervosa signs explained 0.229 the variance in psychological signs.

**Conclusion:** These results correspond with findings from other studies, and support the importance of eating disorders signs and its role in psychological signs.

**Key words:** Diseases Outbreaks/ Exercise/ Nutritin Disorders/ Women

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 79, Pages: 15-23