**مقاله پژوهشی**
**مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان**
**دوره ۱۴، مرداد ۱۳۹۴، ۴۰۴-۳۹۳**

# بررسی اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳

**سمیه صفرزاده[۱] ، زینب محمودی خورندی[۲]**

**دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۳/۱۱/۲۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۲/۲۳ پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۳**

**چکیده**

**زمینه و هدف:** اختلالات خوردن از اختلالات شایع روانی/ روان‌تنی به شمار می‌روند که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می‌شوند. از این رو این مطالعه با هدف بررسی اختلالات خوردن در نوجوانان شهرستان گناباد انجام گرفته است.

**مواد و روش‌ها**: طرح پژوهش حاضر مقطعی است. نمونه این پژوهش را ۱۵۰۰ نفر از دانش‌آموزان ۲۰ دبیرستان پایه اول و دوم شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳ تشکیل دادند که به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. جهت اجرای پژوهش از پرسشنامه نگرش به خوردن (EAT-۲۶) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کای اسکویر در نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

**یافته‌ها**: دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۳ تا ۱۸ سال و میانگین و انحراف معیار سن ۱/۷۰±۱۵/۵۰ بود. در این پژوهش ۱۵/۷ ٪ از دانش‌آموزان در معرض اختلال خوردن قرار داشتند. شیوع اختلال بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی در این نمونه به ترتیب ۱/۱٪ و ۳/۲٪ بود. بین دو جنس دختر و پسر در اختلال خوردن تفاوت معناداری وجود داشت (p=۰/۰۰۱). شیوع این اختلال با سن و پایه تحصیلی نیز ارتباطی معنادار داشت (p=۰/۰۰۱) و اختلال بی‌اشتهایی عصبی بین دو جنس (p=۰/۰۷۹)، در سنین و پایه‌های تحصیلی مختلف (p=۰/۱۱۵) شیوع یکسانی داشت. نتایج نشان داد فراوانی اختلال پرخوری در بین دختران بیشتر است. بنابراین بین دو جنس (p=۰/۰۱۴)، در سنین و پایه‌های تحصیلی مختلف (p=۰/۰۰۳) در شیوع این اختلال ارتباط معناداری وجود داشت (p<۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری**: نتایج نشان داد اختلال خوردن در دانش‌آموزان دختر شیوع بیشتری دارد که ممکن است به دلیل گسترش فرهنگ غرب، الگوهای نامناسب تغذیه‌ای، عوامل نژادی و طبقه اجتماعی که فرد در آن قرار دارد، باشد که بررسی این عوامل در پژوهش‌های مشابه توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی**: دانش‌آموز، اختلال خوردن، بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
تلفن: ۰۲۳-۳۳۶۲۳۳۰۰، دورنگار: ۰۲۳-۳۳۶۲۳۳۰۰، پست الکترونیکی: z.mahmoody1390@yahoo.com

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

## مقدمه

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی/ روان‌تنی به شمار می‌روند که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می‌شوند و همچنین، کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل و باعث مرگ و میر می‌شوند. اختلالات خوردن می‌توانند با تغییر الگوی غذایی و دریافت نامطلوب مواد مغذی باعث ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شوند و سلامتی فرد را تهدید کنند [۱]. اختلالات خوردن، با رفتارهایی از جمله کاهش خوردن، روزه داری، زیاد خوردن و خوردن همراه با استفراغ و استفاده از داروهای ضد یبوست و ادرار آور مشخص می‌شود [۲]. این اختلالات همچنین، می‌توانند منجر به سوء تغذیه، پوکی استخوان، آمنوره، بیماری‌های قلبی- عروقی و افسردگی شوند. اشکال بالینی این اختلالات بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی است [۳].

بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی اغلب اختلالات خوردن مزمنی هستند که در سطح بالایی باهم مرتبطاند [۴]. فراوانی بروز پرخوری نسبت بی‌اشتهایی عصبی بیشتر است و حدود ۹۰ تا ۹۵٪ در زنان شیوع دارد [۵]. بی‌اشتهایی عصبی منجر به تحریک بیش از حد، کاهش وزن و پریشانی روانی می‌شود. با توجه به تحریف تصویر بدن، افراد مبتلا ب بی‌اشتهایی عصبی نمی‌توانند خود را لاغر ببینند بنابراین رژیم غذایی خود را ادامه می‌دهند [۶]. بی‌اشتهایی عصبی عوارض جدی از جمله سوء تغذیه، بیماری‌های قلبی- عروقی، کم شدن حجم مایعات بدن، اختلالات گوارشی، ناباروری و نشانه‌های دیگر را به همراه دارد [۴-۶]. پرخوری عصبی شکل دیگری از اختلالات خوردن است که در آن فرد بیش از اندازه لازم غذا می‌خورد. در این وضعیت بیماران اغلب وزن طبیعی خود را حفظ می‌کنند یا دچار اضافه وزن می‌شوند. تحریف تصویر بدن در این بیماران کمتر از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است [۷]. عوارض پرخوری اغلب اختلالات الکترولیتی، سوزش، خونریزی معده، اختلالات روده ای، فرسایش مینای دندان، کم شدن ضربان قلب، افت فشار خون و کاهش سرعت سوخت و ساز است [۴-۵]. شیوع انواع اختلالات خوردن در جوامع غربی ۶٪ برای بی‌اشتهایی عصبی و ۱٪ برای پراشتهایی عصبی است [۸].

مطالعات نشان می‌دهد در دوره نوجوانی به دلیل شکل‌گیری نگرش افراد نسبت به اندام خود و همچنین ایجاد احساس رقابت با هم سن و سالان خود در فعالیت‌های ورزشی خطر ابتلا به اختلالات خوردن بیشتر از گروه‌های سنی دیگر است [۹-۱۰]. بر اساس نتایج DSM-IV-TR ( Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revised) اختلال‌های خوردن از راه آشفتگی‌های شدید در رفتارهای خوردن و آشفتگی در درک شکل و وزن بدن مشخص می‌شوند، این اختلال‌ها بیشتر در سنین نوجوانی و اوایل جوانی رخ می‌دهند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد نوجوانان در بیشتر موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب برای روبرو شدن با فشارهای بحرانی دوره بلوغ دیدگاه نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می‌کنند و این ممکن است مشکلات اختلال خوردن را ایجاد کند [۱۱]. تأثیر گسترش فرهنگ‌ها به ویژه فرهنگ غرب و پدیده مهم جهانی شدن یکی دیگر از علل ایجاد مشکلات مرتبط با رفتار خوردن است. به گونه‌ای که اختلال خوردن را محدود به جوامع غربی نمی‌سازد بلکه مساله‌ای جهانی در نظر گرفته می‌شود. مطالعه در کشورهای دیگر از جمله



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

ترکیه [۱۲]، پاکستان [۱۳]، ژاپن [۱۴]، آفریقا [۱۵] و برزیل [۱۶] نشان می‌دهد شیوع اختلال خوردن محدود به کشور و گروه‌های اجتماعی- اقتصادی خاص نیست. دختران نوجوان به علت نگرش دقیقی که به خوردن دارند بیشتر در معرض خطر ابتلا به این اختلال هستند. اختلال خوردن و نگرش‌های مرتبط با آن بعد از چاقی و آسم بیشترین شیوع را در آنها دارد و در حال پیشرفت است [۳]. و شیوع شکل‌های شدید اختلال خوردن در آنها تا ۵٪ نشان داده شده است، درحالی که شیوع شکل‌های خفیف این اختلال مانند رفتارهای بد خوردن و نگرشهای خوردن بیشتر دیده می‌شود برای مثال در سنگاپور ۱۰/۵٪، چین ۱۰/۸٪، برزیل ۱۵/۷۶ دیده شده است [۱۶-۱۸].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد سن شروع بیماری نسبت به گذشته کاهش یافته است [۱۹]. به طور کلی در کشورهای غربی میزان اختلال بی‌اشتهایی روانی و اختلال پرخوری در میان زنان جوان به ترتیب ۰/۳ و ۱٪ در جمعیت عمومی گزارش شده است [۲۰]. در باور عمومی، اختلال خوردن را مختص فرهنگ غرب می‌دانند که بر تناسب اندام تاکید دارند درحالی که در جوامع در حال توسعه از جمله ایران، پاکستان و ژاپن از اهمیت خاصی برخوردار است [۲۱]. در ایران در زمینه اختلال خوردن پژوهش‌های بسیاری انجام شده است. Nobakht و Dezhkam در بررسی اپیدمیولوژیک این اختلال در ایران، شیوع بی‌اشتهایی عصبی و پر اشتهایی عصبی را در دختران دبیرستانی تهران به ترتیب ۰/۹٪ و ۳/۲٪ گزارش کردند [۲۲]. در پژوهش دیگری در شهر تبریز روی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نشان داد که ۱۶/۷٪ از آنها در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن بودند [۲۳]. مطالعات در مورد اختلالات خوردن، میزان شیوع این اختلالات را در بین نوجوانان از ۰/۸٪ تا ۱۴٪ گزارش کرده‌اند [۲۴]. و میزان شیوع آن در سال ۱۳۷۷ در دختران نوجوان تهرانی ۶/۶٪ گزارش شد [۲۲]. با توجه به گسترش اختلال خوردن در کشورهای در حال توسعه و با توجه به این که اختلالات خوردن ارتباط نزدیکی با فرهنگ و تأثیر مد در جامعه دارد و با توجه به اینکه پژوهش‌های محدودی در این زمینه در کشور و خراسان انجام شده است این پژوهش به منظور همه‌گیرشناسی اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی) در نوجوانان طراحی شده است.

## مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی- مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر ۲۰ دبیرستان شهرستان گناباد و روستاهای مربوطه است که در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ مشغول به تحصیل بودند. نمونه این پژوهش را ۷۵۰ نفر دانش‌آموز پسر و ۷۵۰ نفر دانش‌آموز دختر تشکیل می‌دادند که به صورت تصادفی- طبقه‌ای انتخاب شدند. تعداد نمونه با توجه به اهداف پژوهش و حجم نمونه در تحقیقات پیشین ۱۵۰۰ نفر برآورد گردید. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که از ۵ دبیرستان دوره اول پسرانه، ۵ دبیرستان دوره اول دخترانه، ۵ دبیرستان دوره دوم پسرانه و ۵ دبیرستان دوره دوم دخترانه از هر دبیرستان ۷۵ نفر از دانش‌آموزان به صورت تصادفی در نمونه شرکت داده شدند. پس از انتخاب مدارس با اخذ معرفی‌نامه از اداره آموزش و پرورش شهرستان گناباد به مدارس منتخب مراجعه شد و پس از هماهنگی‌های لازم با مدیر، معاونین و مربی بهداشت از هر



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

مدرسه تعداد ۷۵ دانش‌آموز انتخاب شد. اهداف پژوهش به طور مختصر برای شرکت کنندگان 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. شرکت کنندگان با رضایت کامل و آگاهانه وارد پژوهش شدند. ابزار پژوهش توسط شرکت کنندگان در پژوهش تکمیل گردید. دانش‌آموزانی که مشخص شد بیماری جسمی مزمن و شدیدی و یا به نوعی معلولیت داشتند قبل از اجرای روند پژوهش از نمونه حذف شدند و آنها به وسیله پرسشنامه نگرش‌های غیرطبیعی به خوردن EAT-26 مورد بررسی قرار گرفتند.

به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه نگرش‌های خوردن EAT-26 توسط Garner و همکارش ۱۹۷۹، استفاده گردید[۲۵]. این پرسشنامه شامل ۲۶ گویه است که نگرش‌ها و رفتارهای مربوط به خوردن را می‌سنجد. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت به صورت همیشه ۳ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره، خیلی اوقات ۱ نمره و به سه گزینه گاهی، به ندرت و هرگز نمره صفر داده می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۸۷ می‌باشد و نمره بالای ۲۰ احتمال ابتلا به اختلال خوردن را نشان می‌دهد. در صورتی که پاسخ دهندگان به سوال ۹ در پرسشنامه «بعد از خوردن استفراغ می‌کنم» پاسخ همیشه و یا تقریباً همیشه بدهند مبتلا به پرخوری عصبی در نظر گرفته می‌شوند. همچنین، در صورت انتخاب پاسخ همیشه و یا تقریبا همیشه شرکت کنندگان پژوهش به سوال «از غذاخوردن حتی هنگامی که گرسنه هستم پرهیز می‌کنم» به عنوان فرد با اختلال آنورکسیا و یا بی‌اشتهایی عصبی مشخص می‌شدند. همبستگی فرم ۲۶ سوالی با فرم ۴۰ سؤالی برابر با ۰/۹۸ گزارش شده است. پژوهش‌های مختلف روایی بالای این پرسشنامه را نشان داده‌اند. Garner و همکارش در سال‌های ۱۹۷۹ و ۱۹۸۲ پایایی بالای این پرسشنامه را نشان داده‌اند. پایایی آزمون نگرش به خوردن برای گروه غیر بالینی و بالینی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بوده است [۲۵]. در مطالعه Nobakht و همکارش ضریب پایایی با استفاده ازضریب همبستگی پیرسون در یک گروه ۶۳ نفری دانش‌آموزان دختر پایایی ۰/۹۱ بود که پایای مطلوبی را نشان می‌دهد [۲۲]. همچنین، در مطالعه‌ای پایایی این آزمون به روش باز آزمایی ۰/۹۱ بدست آمده است [۲۶]. پس از جمع‌آوری داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و روش‌های آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد و آزمون آماری مجذور کای در سطح معناداری α=۰/۰۵ استفاده شد.

## نتایج

نمونه پژوهش شامل ۱۵۰۰ دانش‌آموز مقطع دبیرستان دوره اول و دوم بودند که ۷۵۰ دانش‌آموز دختر(۵۰٪) و ۷۵۰ نفر دانش‌آموز پسر (۵۰٪) این نمونه را تشکیل دادند. دامنه سنی شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۳ تا ۱۸ سال با میانگین و انحراف استاندارد ۱/۷۰±۱۵/۵۰ بود. این نمونه شامل دانش‌آموزان پایه دوم و سوم دبیرستان دوره اول و پایه اول، دوم، سوم و پیش دانشگاهی دبیرستانی دوره دوم، می‌شد که از هر پایه ۲۵۰ نفر (۱۶/۷٪) در پژوهش شرکت کردند. مقیاس نگرش به خوردن شامل سه زیر مقیاس در معرض اختلال خوردن، اختلال بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی بود که میانگین و انحراف معیار نمرات در خرده مقیاس در معرض اختلال خوردن



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

۲±۰/۳۶۴ در خرده مقیاس بی‌اشتهایی عصبی ۲±۰/۱۰۲ و در خرده مقیاس پر اشتهایی عصبی ۲±۰/۱۴۶ بدست آمد. با توجه به نتایج و نحوه پاسخ‌گویی افراد به سوالات پرسشنامه ۲۳۶ نفر (۱۵/۷٪) در معرض اختلال خوردن بودند، در حالی که ۱۲۶۴ نفر(۸۴/۳٪) در معرض این اختلال نبودند. همچنین، ۱۶ نفر (۱/۱٪) از ۱۵۰۰ شرکت کننده مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی بودند در حالی که ۹۸/۹٪ از اعضای نمونه این اختلال را نداشتند و ۳۳ نفر (۲/۲٪) از مجموع اعضای نمونه مبتلا به پرخوری عصبی بودند در حالی که ۹۷/۸٪ از اعضای نمونه این اختلال را نداشتند. با توجه به نتایج پژوهش در ادامه به بررسی ارتباط بین جنس، سن و تحصیلات با میزان شیوع اختلال خوردن می‌پردازیم.

***جدول ۱- شیوع اختلال خوردن بر اساس جنس، سن و پایه تحصیلی***

| متغیر | در معرض اختلال خوردن | | بی‌اشتهایی عصبی | | پر خوری عصبی | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | درصد فراوانی | مقدار p | درصد فراوانی | مقدار p | درصد فراوانی | مقدار p |
| **جنسیت** | | | | | | |
| دختر | ۲۰/۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵ | ۰/۰۷۹ | ۳/۲ | ۰/۰۱۴ |
| پسر | ۱۱/۲ | | ۱/۶ | | ۱/۲ | |
| **سن و پایه تحصیلی** | | | | | | |
| ۱۳سال(دوم) | ۲۷/۲ | | ۱/۶ | | ۱/۶ | |
| ۱۴سال(سوم) | ۵/۲ | | ۰ | | ۲/۸ | |
| ۱۵ سال(اول) | ۲۳/۶ | ۰/۰۰۱ | ۰ | ۰/۱۱۵ | ۴/۸ | ۰/۰۰۳ |
| ۱۶ سال(دوم) | ۱۸ | | ۲ | | ۳/۲ | |
| ۱۷ سال(سوم) | ۱۵/۶ | | ۱/۲ | | ۰ | |
| ۱۸ سال(پیش دانشگاهی) | ۴/۸ | | ۱/۶ | | ۰/۸ | |

***آزمون مجذور کای، p<۰/۰۵***

باتوجه به جدول ۱ نتایج نشان می‌دهد دختران با فراوانی ۱۵۲ و ۲۰/۳٪ نسبت به پسران با فراوانی ۸۴ و ۱۱/۲٪ بیشتر در معرض اختلال خوردن قرار دارند. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد بین دو جنس دختر و پسر، در متغیر در معرض اختلال خوردن قرار گرفتن تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱). همچنین، نتایج نشان می‌دهد نسبت دخترانی که در معرض اختلال خوردن قرار می‌گیرند نسبت به پسران بیشتر است و ارتباطی معنادار بین جنسیت و در معرض اختلال خوردن قرار گرفتن وجود دارد. اختلال بی‌اشتهایی عصبی در پسران با فراوانی ۱۲ و ۱/۶٪ نسبت به دختران با فراوانی ۴ و ۰/۵٪ شیوع بیشتری دارد. بررسی ارتباط بین جنسیت و شیوع بی‌اشتهایی عصبی با استفاده از آزمون مجذور کای نشان می‌دهد که با وجود تفاوت در درصد این اختلال در دو جنس این دو گروه تفاوت معناداری با هم ندارند (p=۰/۰۷۹). این به این معنا است که نسبت پسران و دخترانی که به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مبتلا می‌شوند برابر است و شیوع این اختلال در هر دو جنس یکسان



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

است. اختلال پر خوری عصبی در دختران با فراوانی ۲۴ و ۳/۲٪ نسبت به پسران با فراوانی ۹ و ۱/۲٪ شیوع بیشتری دارد که این اختلاف از نظر آماری معنادار است (p=۰/۰۱۴). بر اساس این آزمون شیوع اختلال پر خوری عصبی در بین دختران نسبت به پسران بیشتر است و ارتباطی معنادار بین جنس و پرخوری عصبی وجود دارد.

افراد در سن ۱۳ سالگی (پایه دوم راهنمایی) با فراوانی ۶۸ و ۲۷/۲٪ بیشتر از سنین و پایه‌های دیگر در معرض ابتلا به اختلال خوردن هستند. برای بررسی ارتباط سن و پایه‌های تحصیلی مختلف با اختلال خوردن از آزمون مجذور کای استفاده شد. بر اساس این آزمون بین سنین مختلف و پایه‌های تحصیلی در ابتلا به اختلال خوردن تفاوت معنادار وجود دارد (p=۰/۰۰۱). بر اساس نتایج می‌توان نتیجه گرفت بین سن و شیوع اختلال خوردن ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج نشان می‌دهد اختلال بی‌اشتهایی عصبی در ۱۶ سالگی (دوم دبیرستان) با فراوانی ۵ و ۲٪ نسبت به سنین و پایه‌های دیگر شیوع بیشتری دارد. با وجود تفاوت‌های موجود در شیوع اختلال بی‌اشتهایی در سنین مختلف بین سن و پایه‌های تحصیلی از نظر آماری رابطه معناداری وجود ندارد (p=۰/۱۱۵). اختلال پر اشتهایی عصبی در دانش‌آموزان ۱۵ ساله (اول دبیرستان) با فراوانی ۱۲ و ۴/۸٪ شیوع بیشتری دارد. با توجه به نتایج آزمون مجذور کای بین سنین و پایه‌های تحصیلی مختلف در شیوع اختلال پرخوری عصبی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۳).

## بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی) در نوجوانان 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. در این پژوهش ۱۵/۷٪ از شرکت کنندگان در معرض اختلال خوردن قرار داشتند که با پژوهش‌هایی که در کشورهایی از جمله آفریقای جنوبی با ۱۸/۸٪ [۲۷]، برزیل با ۱۵/۷۶٪ [۱۶] و در کانادا با ۱۶٪ [۲۸] انجام شده است، همخوان است. همچنین، این نتایج با پژوهش‌هایی که جهت بررسی اختلالات خوردن در برخی مناطق ایران انجام شده است از جمله Zarghami و همکارش در ساری ۱۰/۵٪ [۲۹]، پژوهشی در یزد ۱۲٪ و ۱۶/۷٪ در دختران دبیرستانی تبریز [۲۳] نیز همخوانی دارد. بر اساس پژوهش‌های مختلف اختلال در غذا خوردن در جوامع غربی رو به گسترش است و این افزایش از تأکید این فرهنگ بر لاغری و داشتن اندامی باریک با توزیع رژیم‌های خطرناک برای جوانان و به تصویر کشیدن افراد چاق به صورت منفی ناشی می‌شود و با گسترش این فرهنگ در جوامع در حال توسعه با توجه به کم بودن امکانات لازم جهت پیشگیری و کاهش دادن عوارض این اختلال، در این کشورها الگوهای نامناسب تغذیه‌ای و پیروی از فرهنگ غرب روز به روز گسترش یافته است که منجر به افزایش شیوع اختلال خوردن به ویژه در بین جوانان که بیشتر پیرو مد هستند، شده است [۳۰]. نتایج این پژوهش با نتایج بررسی اختلالات خوردن در عربستان سعودی با ۲۴/۶٪ [۳۱]، عمان با ۲۹/۴٪ [۳۲]، ایالات متحده با ۲۶٪ [۳۳] Nobakht و همکارش ۲۴/۱۶٪ در تهران [۲۲]، انجام شده است ناهمخوان است. همانطور که نتایج نشان می‌دهد می‌توان تفاوت نمره افراد در معرض اختلال خوردن را در کشورها و مناطق مختلف ایران بویژه شهرهای بزرگ از جمله تهران را نسبت به این



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

نمونه را تنوع و تفاوت‌های فرهنگی مانند نفوذ فرهنگ غربی، عوامل نژادی، طبقه اجتماعی، وضعیت رشدی و پیروی از مد دانست [۳۰]. براساس این پژوهش و پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه نتایج نشان می‌دهد که دختران بویژه در سن ۱۳ سالگی بیشتر از پسران در معرض اختلال خوردن قرار دارند. در تبیین این یافته می‌توان به علل خانوادگی، رشدی و روانی در این سن اشاره نمود. نتایج نشان داده‌اند ارتباط ضعیف بین اعضای خانواده یا بی‌میلی والدین برای دادن استقلال به فرزندان و عوامل روانی از جمله عزت نفس ضعیف و عوامل اضطراب‌زا در این سنین در گسترش اختلالات خوردن نقش دارند. همچنین، عوامل ژنتیکی و رشدی، تغییرات ناشی از بلوغ، سوء تغذیه، پدیده‌های استرس‌زا و چالش‌های اجتماعی و محیطی می‌توانند زمینه‌ساز اختلالات خوردن در فرد طی این دوران باشند [۳۴].

در بررسی شیوع اختلال خوردن در مطالعه حاضر، فراوانی پرخوری عصبی و بی‌اشتهایی عصبی به ترتیب ۳/۲ و ۱/۱ بوده است. در بررسی Fernandez و همکاران در ۲۰۰۷ در شهر مادرید اسپانیا روی دانش‌آموزان میزان شیوع اختلال پرخوری و بی‌اشتهایی عصبی به ترتیب ۲/۷۲ و ۰/۳۳ گزارش شد [۳۵]. در مطالعه دیگری در پرتغال توسط Machado و همکارانش شیوع پرخوری و بی‌اشتهایی عصبی به ترتیب ۰/۳۳ و ۰/۳۹ بدست آمد که با نتایج این پژوهش همخوان است [۳۶]. همچنین، در پژوهش Nobakht و همکارش شیوع اختلال پرخوری و بی‌اشتهایی عصبی به ترتیب ۳/۲۳ و ۰/۹ بدست آمد [۲۲]. در مطالعه Mozaffari- Khosravi و همکاران شیوع پرخوری و بی اشتهایی عصبی به ترتیب ۵/۳ و ۰/۹ گزارش شد [۳۷]. بر اساس پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه با ابزار نگرش به خوردن ۲۶ آیتمی اختلال پر خوری عصبی نسبت به بی‌اشتهایی عصبی در بین دختران بویژه در سن ۱۵ سالگی (اول دبیرستان) شیوع بیشتری دارد. در تبیین ارتباط بین شیوع اختلال و جنس و سن می‌توان به تلاش‌های مکرر دختران برای کاهش وزن، الگوهای نامناسب دریافت غذایی در این گروه و عوامل ژنتیکی و محیطی اشاره کرد.

به طور کلی بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه در داخل کشور و خارج از کشور اختلال خوردن به ویژه نوع پرخوری عصبی که با چاقی ارتباط دارد در زنان شایعتر از مردان است. پژوهش‌های بسیاری علت شیوع بیشتر اختلال خوردن در زنان را ناشی از عواملی مانند تاثیر فرهنگ غرب، حساسیت بیشتر زنان نسبت به اندام خود، تغییرات دوران بلوغ و عوامل ژنتیکی می‌دانند. تجارب مرتبط با غذا و وزن در کشورهای غربی افراد را نسبت به شکل بدنشان حساس و سپس تشویق به رژیم گرفتن می‌کند. این تجارب بیشتر زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد چون فشار اجتماعی بر آنها برای لاغر بودن بیشتر است [۳۸]. از نظر ژنتیک جنس مونث مهمترین عامل خطرساز بالقوه برای اختلال خوردن است. بر اساس مطالعاتی که بر روی خانواده‌ها و افراد دوقلو صورت گرفته است وراثت‌پذیری اختلال خوردن ۵۰٪ تا ۸۵٪ گزارش شده است و همچنین، میزان ابتلا افرادی که یکی از بستگانشان مبتلا به اختلال خوردن است ۱۰ برابر افرادی است که بستگان عادی دارند [۳۹].

## نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت اختلالات خوردن و عوارض آن بر روی افراد و تغییر دادن الگوهای تغذیه‌ای و با توجه به



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

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 این اختلال در بین دانش‌آموزان پرداخته است. از آنجا که شیوع چاقی در ایران بالا است و با توجه به ارتباط آن با اختلال پرخوری، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بسیاری در زمینه بررسی شیوع، سبب‌شناسی و درمان این اختلالات در سایر مناطق کشورمان انجام شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم بودن حجم نمونه برای تعمیم نتایج آن به جامعه‌های بزرگتر اشاره کرد. از محدودیت دیگر این پژوهش می‌توان به عدم بررسی عوامل جمعیت شناختی و تأثیر آنها بر شیوع این اختلال اشاره کرد.

**تشکر و قدردانی**

بدین وسیله از ریاست آموزش و پرورش شهرستان گناباد، مدیران و معاونین پرورشی مدارس دبیرستان دوره اول و دوم این شهرستان و همچنین، کلیه دانش‌آموزان مشارکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی صمیمانه به عمل می‌آید.

## References

[1] Emans SJ. Eating disorders in adolescent girls. *Pediatr Int* 2000; 42(1): 1-7.

[2] Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, Sanborn CF, Sundgot–Borgen J, Warren MP. American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39: 1867-82.

[3] Chamay-Weber C, Narring F, Michaud PA. Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health* 2005; 37(5): 417-27.

[4] Herzog DB, Sacks NR, Keller MB, Lavori PW, Ranson KB, Gray HM. Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 835-42.

[5] Abott DW, Ackerman SH, Agras WS, Banzhaf D, Barber J, Bartlett JC, et al. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993;150: 212-24.

[6] Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson L, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a schoolbased study. *CMAJ* 2001; 165: 547-52.

[7] Williams SR. Equilíbrio de energia e manejo do peso. In: Fundamentos de Nutrição e Dietoterapia. 6th ed. Porto Alegre: Artes Médicas 1997. pp: 91-113.

[8] Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, et al. Prevalence, co-morbidity and



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

[15] Szabo CP, Allwood CW. Application of the Eating Attitudes Test (EAT-26) in a rural, Zulu speaking, adolescent population in South Africa. *World Psychiatry* 2004; 3(3): 169-71.

[16] Vilela JE, Lamounier JA, Dellaretti FilhoMA, Barros Neto JR, Horta GM. Eating disorders in school children. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80(1): 49-54.

[17] Ho TF, Tai BC, Lee EL, Cheng S, Liow PH. Prevalence and profile of females at risk of eating disorders in Singapore. *Singapore Med J* 2006; 47(6): 499-503.

[18] Lee S, Lee AM. Disordered eating in three communities of China: a comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan. *Int J Eat Disord* 2000; 27(3): 317-27.

[19] Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(12): 1715-21.

[20] Keel P K, & Klump K L. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin* 2003; 129(5): 747-69.

[21] Mancilla-Diaz J, Franco-Paredes K, Vazquez-Arevalo R, Lopez-Aguilar X, Alvarez-Rayon GL, Tellez-Giron MTO. A two-stage epidemiologic correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34(4): 597-611.

[9] Martinsen M, Bratland-Sanda S, Eriksson AK, Sundgot-Borgen J. Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *Br J Sports Med* 2010; 44(1): 70-6.

[10] Rosendahl J, Bormann B, Aschenbrenner K, Aschenbrenner F, Strauss B. Dieting and disordered eating in German high school athletes and non-athletes. *Scand J Med Sci Sports* 2009; 19(5): 731-9.

[11]- Chamay-Weber C, Narring F, Michaud P-A. Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health* 2005; 37(5): 416-26.

[12] Bas M, Karabudak E, Kiziltan G.Vegetarianism and eating disorders: association between eating attitudes and other psychological factors among Turkish adolescents. *Appetite* 2005; 44(3): 309-15.

[13] Choudry IY, Mumford DB. A pilot study of eating disorders in Mirpur (Pakistan) using an Urdu version of the Eating Attitudes Test. *Int J Eat Disord* 1992; 11(3): 243-51.

[14] Nishizawa Y, Kida K, Nishizawa K, Hashiba S, Saito K, Mita R. Perception of self-physique and eating behavior of high school students in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57(2): 189-96.



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

[29] Zarghami M, Chimeh N. Study of abnormal attitudes frequency towards eating and the related factors in the high school students of Sari in the academic year of 2002-2003. *J Mazandaran Univ Med Sci & Health Services* 2003; 13(40): 70-8. [Farsi]

[30] Nerissa LSh, Stephen *WT, Lois JS. Eating and Body Image Disturbances Across Cultures: A Review. Eur* Eat Disorders Rev 2006; 14: 54-65.

[31] Al-Subaie A, Al-Shammari S, Bamgboye E, al-Sabhan K, al-Shehri S, Bannah AR. Validity of the Arabic version of the Eating Attitude Test. *Int J EatDisord* 1996; 20(3): 321-4.

[32] Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT, Al-Bahlani S, Martin RG, Al-Ismaily S. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-Omani adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(9): 1124-30.

[33] Mammen P, Russell S, Russell PS. Prevalence of eating disorders and psychiatric co morbidity among children and adolescents. *Indian Pediatr* 2007;44(5): 357-9.

[34] Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010; 375(9714): 583-93.

[35] Fernandez MAP, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15(6): 463-70.

[22] Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 2000; 28(3): 265-71. [Farsi]

[23] Pourghasem Gargari B, Koushavar D, Seyed Sajadi N, Karani S, Shahrokhi H. Risk of eating disorders in tabrizian high school girils in 2007. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2009; 30(4): 21-6. [Farsi]

[24] Chamay-Weber C, Narring F, Michaud P-A. Partial eating disorders among adolescents: a review. J Adolesc Health 2005; 37(5): 416-26

[25] Garner DM, Garfinkel P E. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psycho Medic*1979; 9; 273-9.

[26] Usofi S, Moradi A, Dehghani, M. Process information and selective attention in girls with eating disorder. *J Health Psychol* 2006; 9(3): 36-44. [Farsi]

[27] Caradas AA, Lambert EV, Charlton KE. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *J Hum Nutr Diet* 2001;14(2): 111-120.

[28] Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study. *CMAJ* 2001; 165(5): 547-52.

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

high school students in Yazd. *J* College *Health, Yazd* 2011; 10(1): 38-49.[Farsi]

[38] Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood. definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18(1): 17-30.

[39] Dalle GR. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med* 2011; 22(2): 153-60.

Madrid (Spain). *J Psychosom Res* 2007; 62(6): 681-90.

[36] Machado P, Machado BC, Goncalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 2007; 40(3): 212-7.

[37] Mozaffari-Khosravi H, Hosseinzade shams anar M, Shariati bafghi E, Mozaffari-Khosravi V. The prevalence of eating disorders and obesity in girls'

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]

# Survey on Eating Disorders (Mental Anorexia , Bulimia) among 13-18-Year- Old Adolescents of Gonabad City in 2014

**S. Safarzade[1], Z. Mahmoody Khorandi[2]**

**Received: 24/01/2015 Sent for Revision: 14/02/2015 Received Revised Manuscript: 13/05/2015 Accepted: 24/05/2015**

**Background and Objective**: Eating disorders are common mental / physical health disorders which cause psychosomatic and psychological dysfunction and also the poor quality of life and even death. The purpose of this study was to investigate the prevalence of eating disorders among adolescents of Gonabad city.

**Materials and Methods:** This is a cross-sectional study. The samples were attained from the first- and second-grade students of 20 high schools of Gonabad city in 2014. They were selected by stratified randomization and Participated in this study. Data were obtained using eating attitudes questionnaire (26- EAT). Chi-square test was used for data analysis.

**Results:** The participants were in the 13-18 age range with an average of 15.50±1.70. In this study, 15.7% of students were at risk for eating disorders. Mental anorexia disorder and bulimia were, 1.1% and 3.2%, respectively.

There was a significant difference in eating disorder between girls and boys (p= 0.001). The prevalence of this disorder also had a significant association with age and educational level (p= 0.001). The prevalence of mental anorexia disorder was similar between the opposite sex (p= 0.079) and various educational levels (p=0.115). The results showed that the prevalence of eating disorders among girls is higher. There was a significant association in prevalence of this disorder among these opposite sexes (p=0.014), with different ages and grads (p=0.003).

**Conclusion:** The results showed that the eating disorders are more common in girls which may be due to the expansion of the West culture, poor nutritional patterns, racial and social factors. It is recommended to investigate the mentioned factors in a similar study.

**Key words:** Student, Eating disorders, Mental anorexia , Bulimia

**Funding:** This research was funded by Semnan University.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Semnan University approved the study.

**How to cite this article:** Safarzade S, Mahmoody khorandi Z. Survey on Eating Disorders (Mental Anorexia , Bulimia) among 13-18-Year-Old Adolescents of Gonabad City in 2014. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2015; 14(5): 393-404. [Farsi]

*1- MA in Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Semnan University, Semnan, Iran*
*2- MA in Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Semnan University, Semnan, Iran*
*(Corresponding Author): Tel: (023) 33623300, Fax: (023) 33623300, E- mail: z.mahmoody1390@yahoo.com*



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.5.5.1 ]