

خطر اختلالات خوردن در دانش آموزان دبیرستانی دختر تبریز در سال ۱۳۸۶

دکتر بهرام پورقاسم گرگری: گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و تغذیه، مرکز تحقیقات تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط
E-mail: bahrampg@yahoo.com

دینیز کوشاور: دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ندا سید سجادی: دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
صفورا کریمی: دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر حسن شاهرخ: گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۶/۷/۱۵، پذیرش: ۸۶/۱۲/۱

چکیده

زمینه و اهداف: اختلالات خوردن دسته ای از بیماریها هستند که در دختران نوجوان زیاد دیده می شوند. با توجه به کمی اطلاعات در این زمینه، مطالعه جهت برآورد شیوع دانش آموزان دبیرستانی دختر در معرض خطر اختلالات خوردن و ارتباط آنها با شاخص های دموگرافیک در شهر تبریز انجام گرفت.
روش بررسی: ۱۸۸۷ دانش آموز دبیرستانی دختر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. جهت برآورد شیوع افراد در معرض خطر از پرسشنامه نگرش تغذیه ای استفاده شد. بعد از تعیین پایایی و اعتبار پرسشنامه، شیوع در معرض خطر برای اختلالات خوردن و ارتباط آنها با شاخص های دموگرافیک تعیین شد.

یافته ها: پرسشنامه دارای پایایی و اعتبار قابل قبول بود (به ترتیب: ۰/۸ و ۰/۷۶). میانگین و انحراف معیار امتیاز پرسشنامه در نمونه های مورد بررسی $11/71 \pm 8/48$ بود. ۱۶/۷٪ نمونه ها (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۱۸/۳-۱۵/۱) در معرض خطر اختلالات خوردن بودند. تفاوت معنی داری در شیوع اختلالات خوردن در بین گروههای سنی مختلف وجود نداشت. امتیاز پرسشنامه و شیوع اختلالات خوردن در دانش آموزانی که وزن خود را خیلی زیاد می دانستند، گروهی که تمایل به کاهش وزن داشتند، دانش آموزان سیگاری و دانش آموزان با سن خونروش کمتر از ۱۱ سال بیشتر از سایرین بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه از نتایج مطالعات در تهران، کشورهای عربی و برخی کشورهای اروپایی کمتر است. نتایج مطالعه نشانگر آن است که این دسته از بیماریها در جامعه ما هم دیده می شوند. در بروز این بیماریها عواملی چون: نگرش نسبت به وزن، سن شروع خونروش و استعمال دخانیات اثر دارند.

کلید واژه ها: اختلالات خوردن، در معرض خطر، نگرش تغذیه ای

مقدمه

عدم تشخیص سریع و درمان به موقع می توانند به حالت های شدید و بالینی چون بی اشتها، عصبی و پرخوری عصبی تبدیل شوند (۱-۳)، لذا تشخیص افراد در معرض خطر اهمیت زیادی دارد. یکی از گروه های در معرض خطر برای این دسته از بیماریها گروه دختران ۱۴-۲۵ سال است (۳). در نوجوانان دختر اختلالات خوردن شایعترین بیماریها بعد از بیماریهای چون چاقی و آسم تعریف شده اند (۳ و ۱).

اختلالات خوردن دسته ای از بیماریهای تغذیه ای- روانی هستند که خصوصیت اصلی و بارز آنها آشفتگی و بهم خوردن رفتارهای متعادل تغذیه ای بوده و در آنها اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن - به خصوص وزن بدن - بوجود می آید (۲ و ۱). این دسته از بیماریها عوارض تغذیه ای و روانی متعددی داشته و زمینه ساز مشکلاتی چون سوء تغذیه، استئوپروز، آموره، اضطراب و افسردگی بوده و در صورت

کروناخ) و پایایی (با آزمون همبستگی: test-retest) برای کل پرسشنامه و تک تک سوالات مورد استفاده محاسبه شد. بعد از تایید پرسشنامه، نمونه‌ها به تعداد لازم انتخاب و با مراجعه به مدارس پرسشنامه EAT-26 و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک چون: ناحیه محل سکونت، شغل پدر، شغل مادر، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، وضعیت اسکان، درآمد خانوار، بعد خانوار، درآمد خانوار و ... در محل بعد از دادن توضیحات کامل توسط دانش آموزان پر شدند. وزن دانش آموزان با ترازوی سکا با دقت ۰/۱ کیلوگرم اندازه گیری شد.

به سوالات EAT-26 به صورت لیکرت: هرگز (امتیاز صفر)، بندرت (امتیاز یک)، گاهی (امتیاز دو)، همیشه (امتیاز سه) امتیاز داده شد. بعد از انجام مطالعه جمع امتیازات EAT-26 بدست آمد. این پرسشنامه حاوی ۲۶ سوال مرتبط با نگرش، عادات و رفتار تغذیه ای بوده و حداکثر امتیاز آن، ۷۸ می باشد. امتیاز برابر ۲۰ و یا بیشتر به عنوان در معرض خطر برای اختلالات خوردن تعریف شده است (۲۴، ۲۳، ۱۹، ۱۷-۶)، لذا از معیار امتیاز بیست و یا بالاتر به عنوان در معرض خطر برای اختلالات خوردن تعریف شد. جهت آنالیز آماری از SPSS نسخه ۱۳، با استفاده از آمار توصیفی و آزمون ANOVA استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه دانش آموزان کمتر از ۱۴ سال و بالای ۱۹ سال به دلیل تعداد کم آنها از مطالعه حذف شدند. تعدادی از دانش آموزان به دلیل ناقص بودن پرسشنامه‌های داده شده از مطالعه حذف گردیدند. حجم نهایی نمونه مورد بررسی ۱۸۸۷ دانش آموز بود. میانگین سنی دانش آموزان مورد بررسی $16/46 \pm 1/09$ سال بود. بر اساس تحصیلات والدین، پدران بیش از ۵۰ درصد نمونه‌ها بالاتر از دیپلم بودند، در حالیکه برای مادران بیش از ۵۰ درصد بالاتر از مقطع راهنمایی بودند. میانگین و انحراف معیار بعد خانوار $5/14 \pm 1/5$ نفر بود. درآمد خانوار در بیش از ۸۰٪ نمونه‌ها زیر ۵۰۰ هزار تومان در ماه بود.

در آزمون همبستگی جهت پایایی پرسشنامه، برای تمامی سوالات مقادیر ۰/۵-۱ بدست آمد. این ضریب برای کل پرسشنامه EAT-26 برابر با ۰/۸۰ بود. میزان الفای کروناخ استاندارد شده برای پرسشنامه برابر ۰/۷۶ بدست آمد.

میانگین و انحراف معیار کل امتیاز EAT-26 در دانش آموزان مورد بررسی $11/71 \pm 8/48$ بدست آمد. حدود اطمینان ۹۵٪ برای میانگین برابر $11/33-12/09$ بود. از کل دانش آموزان مورد بررسی ۳۱۵ نفر (۱۶٪) درصد؛ با حدود اطمینان ۹۵٪: $18/3-15/1$ دارای امتیاز EAT-26 بالاتر از ۲۰ بودند. میانگین و انحراف معیار امتیاز کل EAT-26 در گروه با امتیاز بالاتر از ۲۰ و کمتر از ۲۰ به ترتیب: $27/27 \pm 6/46$ و $26/46 \pm 5/09$ بود.

در جداول ۱ و ۲ میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26 و تعداد (درصد) دانش آموزان دارای امتیاز EAT-26 بالاتر از ۲۰ به

این دسته از بیماریها قبلاً مختص جوامع صنعتی و پیشرفته و بخصوص افرادی که دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط به بالا هستند، تعریف می شد (۳). در حالیکه امروزه مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف (۲۳-۴)، حاکی از آن است که اولاً: این دسته از بیماریها مختص جوامع صنعتی و غربی نیست و ثانیاً نمی توان بیماری را محدود به گروه اجتماعی و اقتصادی خاصی کرد. در مطالعات شیوع افراد در معرض خطر برای اختلالات خوردن خیلی متفاوت گزارش شده است، مثلاً: عربستان سعودی: ۱۹/۶٪ (۴) و ۲۴/۶٪ (۵)؛ عمان: ۲۹/۴٪ (۶)؛ امارات متحده عربی: ۲۳/۴٪ (۷)؛ ژاپن: ۵/۴٪ (۸)، ۱۱/۲٪ (۹) و ۳۵٪ (۱۰)؛ آفریقای جنوبی: ۱۸/۸٪ (۱۱)، ۸/۶٪ (۱۲) و ۳٪ (۱۳)؛ برزیل: ۱۵/۵٪ (۱۴) و ۱۵/۷٪ (۱۵)؛ آمریکا: ۲۲٪ (۱۶) و ۲۶٪ (۱۷)؛ کانادا: ۱۶٪ (۱۸) و کشورهای اروپایی چون: انگلیس: ۴/۹۲٪ (۱۹) و ۲۱٪ (۲۰)؛ ایتالیا: ۱۳/۷٪ (۲۱)، و ۱۵/۸٪ (۲۲) و اسپانیا: ۱۲/۳٪ (۲۳).

در کشور ما مطالعات انجام گرفته در این زمینه خیلی محدود است. نتایج یک مطالعه انجام گرفته در تهران نشان داد که ۲۴/۱۶ درصد از دانش آموزان دختر مورد بررسی در معرض خطر ابتلاء به اختلالات خوردن بودند (۲۴). با توجه به مطالب فوق و با عنایت به اینکه در استان ما تا حال هیچ گونه مطالعه ای در این زمینه انجام نگرفته است در این مطالعه تصمیم گرفته شد تا شیوع افراد در معرض خطر اختلالات خوردن در بین دانش آموزان دبیرستانی دختر تبریز ارزیابی و ارتباط آن با شاخصهای اپیدمیولوژیک بررسی شود.

مواد و روش ها

مطالعه بصورت توصیفی در روی دانش آموزان دبیرستانی دختر شهر تبریز در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس مطالعه مشابه در تهران (۲۴) و با استفاده از فرمول:

$$N = Z^2 \frac{P(1-P)}{d^2}$$

با در نظر گرفتن: $P = 24/16$ ، $d = 1/95$ ، $Z = 95$ و $1 - Z = \alpha$ حداقل ۱۸۵۰ نفر محاسبه گردید. جهت اطمینان از داشتن این حجم نمونه، تعداد ۲۰۰۰ دانش آموز در نظر گرفته شد. نمونه گیری به صورت تصادفی از کل نواحی شهر تبریز و متناسب با تعداد دانش آموز در هر ناحیه انجام گرفت. مطالعه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه تصویب و رضایت مسئولان آموزش و پرورش و اولیای دانش آموزان اخذ گردید. جهت برآورد شیوع افراد در معرض خطر اختلالات خوردن از پرسشنامه نگرش تغذیه‌ای^۱ و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک استفاده شد.

ابتدا پرسشنامه، با مشورت و راهنمایی متخصص روانپزشکی به فارسی ترجمه گردید. بعد از تهیه پرسشنامه، جهت تایید اعتبار و قابلیت تکرار آن، مطالعه بصورت پایلوت روی ۱۱۰ دانش آموز انجام گرفت. بعد از ۲ ماه با مراجعه مجدد به نمونه‌ها پرسشنامه‌ها دوباره توسط دانش آموزان پر شدند. میزان اعتبار (با آزمون آلفای

با هم داشت ($P < 0/05$). نزدیک به ۵۰٪ افرادی که پاسخ خیلی زیاد به سوال فوق داده بودند، امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ داشتند. در پاسخ به این سوال که آیا از وزن خودتان در حال حاضر راضی هستید؟ ۳۶/۶٪ راضی بودند؛ ۴۰/۶٪ ناراضی بوده تمایل به کاهش وزن داشتند؛ ۱۴/۱٪ ناراضی بوده و تمایل به افزایش وزن داشتند و ۸۷٪ عنوان کردند که وزن بدن آنها برایشان اهمیت ندارد. در این مورد نیز میانگین و انحراف معیار وزن بدن، امتیاز EAT-26 و درصد افراد با امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ در بین گروههای مختلف تفاوت معنی دار داشت ($P < 0/05$). نکته جالب اینکه در پاسخ به هر دو سوال، نوع پاسخ هر گروه متناسب با وزن واقعی اندازه گیری شده در هر گروه بود. در جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار وزن بدن، امتیاز EAT-26 و درصد افراد با امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ در بین پاسخهای مختلف به سوال فوق آورده شده است.

تفکیک گروههای سنی و ناحیه مورد بررسی آورده شده است. آزمونهای ANOVA و X^2 نشان دادند که تفاوتی از لحاظ میانگین امتیاز EAT-26 و درصد شیوع EAT-26 بالای ۲۰ در بین گروههای سنی وجود ندارد. بر خلاف سن، محل سکونت اثر معنی دار در امتیاز EAT-26 و شیوع اختلالات خوردن داشت ($P = 0/006$).

در پاسخ به این سوال که به عقیده شما وزن شما در حال حاضر چگونه است؟ ۳/۸٪ خیلی کم، ۱۱/۹٪ کم، ۵۱/۶٪ مناسب، ۲۲/۶٪ زیاد و ۱۰/۱٪ خیلی زیاد جواب دادند. میانگین و انحراف معیار وزن بدن و امتیاز EAT-26 در بین پاسخهای فوق تفاوت معنی داری با هم داشت ($P < 0/05$). در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار وزن بدن، امتیاز EAT-26 و توزیع افراد با امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ در هر گروه آورده شده است. شیوع افراد با امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ در بین پاسخهای فوق تفاوت معنی داری

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26 و توزیع دانش آموزان با امتیاز EAT-26 بالای بیست به تفکیک گروههای سنی. (تبریز ۱۳۸۶)

گروه سنی	میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26	تعداد (درصد) با امتیاز EAT-26 بالای ۲۰
۱۴-۱۵ سال (n=۲۱۶)	۱۱/۸۳±۹/۰۱	(۱۹/۴۱)
۱۵-۱۶ سال (n=۴۶۴)	۱۲/۳۸±۸/۹۶	(۱۹/۸۸)
۱۶-۱۷ سال (n=۵۴۶)	۱۱/۷۶±۸/۷۶	(۱۶/۱۸۸)
۱۷-۱۸ سال (n=۴۸۶)	۱۱/۰۳±۷/۸۲	(۱۴/۰۶۸)
۱۸-۱۹ سال (n=۱۷۵)	۱۱/۴۹±۷/۱۱	(۱۷/۱۳۰)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26 و توزیع دانش آموزان با امتیاز EAT-26 بالای بیست به تفکیک ناحیه آموزشی. (تبریز ۱۳۸۶)

ناحیه آموزشی	میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26	تعداد (درصد) با امتیاز EAT-26 بالای ۲۰
ناحیه ۱ (n=۴۴۷)	۱۱/۲۲±۸/۲۳	(۱۵/۴)۶۹
ناحیه ۲ (n=۵۵۸)	۱۲/۸۵±۸/۸۵	(۲۱/۱)۱۱۸
ناحیه ۳ (n=۲۹۲)	۱۰/۹۹±۸/۶۵	(۱۴)۴۱
ناحیه ۴ (n=۲۳۴)	۱۱/۴۱±۸/۷۵	(۱۶/۷)۳۹
ناحیه ۵ (n=۳۵۶)	۱۱/۳۳±۷/۶۸	(۱۳/۵)۴۸

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار وزن بدن، امتیاز EAT-26 و توزیع افراد با امتیاز EAT-26 بالای بیست در افراد پاسخ دهنده به سوال: به عقیده شما وزن شما در حال حاضر چگونه است؟

پاسخ	میانگین و انحراف معیار وزن بدن (kg)	میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26	تعداد (درصد) با امتیاز EAT-26 بالای ۲۰
خیلی کم (n=۷۲)	۴۴/۴۴ ± ۶/۳۶	۱۳/۴۲±۷/۰۳	(۱۶/۷)۱۲
کم (n=۲۲۲)	۴۶/۵۱ ± ۸/۸۶	۹/۹۵±۶/۷۱	(۸/۵)۱۹
مناسب (n=۹۶۹)	۵۲/۶۲ ± ۷/۳۰	۹/۴۵±۷/۳۱	(۹/۶)۹۳
زیاد (n=۴۲۵)	۶۱/۵۱ ± ۸/۹۷	۱۴/۰۱±۸/۹۵	(۲۴/۰)۱۰۲
خیلی زیاد (n=۱۸۹)	۶۷/۲۷ ± ۱۱/۰۳	۱۹/۷۴±۹/۰۹	(۴۷/۱)۸۹

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار وزن بدن، امتیاز EAT-26 و توزیع افراد با امتیاز EAT-26 بالای بیست در بین پاسخ های مختلف به سوال: آیا از وزن خود در حال حاضر راضی هستید؟

پاسخ	میانگین و انحراف معیار وزن بدن (kg)	میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26	تعداد (درصد) با امتیاز EAT-26 بالای ۲۰
راضی هستم (n=۶۸۶)	۵۱/۵۱ ± ۷/۴۹	۹/۱۶±۷/۸	(۸/۴)۵۳
ناراضی بوده تمایل به کاهش وزن دارم (n=۷۶۴)	۶۱/۶۶ ± ۹/۹	۱۵/۱۵±۹/۲۳	(۲۸/۴)۲۱۷
ناراضی بوده تمایل به افزایش وزن دارم (n=۲۶۴)	۴۶/۷ ± ۸/۷۴۶	۱۰/۳۳±۶/۸۲	(۱۰/۲)۲۷
وزن بدن برایم مهم نیست (n=۱۶۳)	۵۲/۷۵ ± ۸/۴۷	۸/۸۴±۶/۶۶	(۸/۰)۱۳

مثلاً در یک مطالعه بر روی دانش آموزان دختر دبیرستانی تنها ۵/۴٪ دارای امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ بودند (۸) در حالیکه در مطالعه دیگر ۱۱/۲٪ (۹) و در مطالعه قدیمتر تا ۳۵٪ نمونه‌ها امتیاز EAT-26 بالا داشتند (۱۰).

در مقایسه با مطالعات انجام گرفته در نواحی شهری آفریقای جنوبی نتایج مطالعه ما تا حدودی کمتر است. در ۲ مطالعه در آفریقای جنوبی ۱۸/۸٪ (۱۱) و ۱۸/۶٪ (۱۲) نمونه‌های دختر امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ داشتند. جالب اینکه در مطالعه انجام گرفته در نواحی روستایی آفریقای جنوبی تنها ۳٪ نمونه‌های دختر مورد بررسی امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ داشتند (۱۳). نتایج بررسی ما حدوداً در حد نتایج مطالعات انجام گرفته در کشور برزیل بود. در مطالعات در برزیل روی دانش آموزان دختر ۱۵/۵٪ (۱۴) و ۱۵/۷٪ (۱۵) امتیاز EAT-26 بالاتر از بیست داشتند.

در مطالعات انجام گرفته در کشورهای آمریکایی و اروپایی نتایج پراکنده می‌باشند. مثلاً در ۲ مطالعه در آمریکا، ۲۳٪ (۱۶) و ۲۶٪ (۱۷) دختران مورد بررسی امتیاز EAT-26 بیشتر از ۲۰ را داشتند. در مطالعه انجام گرفته در کانادا بر روی دختران ۱۸-۱۲ ساله به تعداد ۱۸۲۹ نفر، ۱۴٪ کل نمونه‌ها و ۱۶٪ نمونه‌های ۱۸-۱۵ ساله امتیاز EAT-26 بالاتر از بیست را داشتند (۱۸). بر خلاف نتایج مطالعات فوق، در یک مطالعه انجام گرفته در انگلیس (۱۹) بر روی ۷۲۲ دانش آموز دختر و پسر ۱۶-۱۱ ساله تنها ۴/۹۲٪ کل نمونه‌ها و در مطالعه دیگر (۲۰) روی نمونه‌های زن بالای ۱۸ سال ۲۱٪ دارای امتیاز EAT-26 بالا بودند. بر خلاف این مطالعات در بعضی از کشورهای اروپایی چون: ایتالیا و اسپانیا نتایج مشابه مطالعه ما و حتی کمتر گزارش شده است (۲۳-۲۱).

عوامل متعددی دلیل این تفاوتها می‌تواند باشد، این عوامل بیشتر مربوط به اتیولوژی این بیماریها است. از مهمترین این عوامل می‌توان به: عوامل فرهنگی چون: تعدد فرهنگها، تأثیر و نفوذ فرهنگ خارجی (بخصوص از طریق رسانه‌ها)، عوامل نژادی، طبقه و موقعیت اجتماعی، وضعیت رشد و توسعه اقتصادی جامعه، الگوهای رایج در جامعه چون: مدها و رسوم، میزان ارتباطات با فرهنگهای خارجی، و گروه سنی نمونه‌های مورد بررسی اشاره کرد (۱۹، ۳۲، ۱۳).

در مطالعه گروهی بیشترین خطر را برای اختلالات خوردن داشت که وزن خود را به عقیده خود خیلی زیاد می‌دانست و این نشانگر اهمیت تصور فرد در مورد وزن بدن خویش در ایجاد اختلالات خوردن است. عنوان شده است که در اختلالات خوردن اختلالات در افکار فرد نسبت به خویشتن بخصوص وزن بدن- بوجود می‌آید (۲۰ و ۱). نتایج سوال دوم یعنی میزان رضایتمندی از وزن فعلی بدن، تا حد زیادی در راستای نتایج سوال فوق بود و امتیاز EAT-26 در گروهی بیشترین مقدار بود که از وزن بدن خود ناراضی بوده و تمایل به کاهش وزن داشتند. یافته دیگر مطالعه در ارتباط با نقش استعمال دخانیات و تأثیر خونروش زیر ۱۱ سال در افزایش اختلالات خوردن بود. نشان

در دانش آموزان مورد بررسی ۸۲ نفر (۴/۳٪) سیگاری بودند و یا سابقه استعمال دخانیات داشتند، میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26 در این گروه برابر ۱۰/۰۱±۱۳/۶۲ و در گروهی که مصرف سیگار نداشتند ۱۱/۶۳±۸/۴ بود ($P < ۰/۰۵$). ۱۶/۵٪ افراد غیر سیگاری و ۲۴/۷٪ افراد سیگاری دارای امتیاز EAT-26 بیش از ۲۰ بودند ($P < ۰/۰۵$ و $df=1$ و $X^2=3/87$). متوسط سن شروع قاعدگی در نمونه‌ها ۱۳/۰۴±۱/۰۹ سال بود. امتیاز EAT-26 در دانش آموزان با سن خونروش زیر ۱۱ سال به صورت معنی‌دار بیشتر از دانش آموزان با سن خونروش بالای ۱۱ سال بود (۱۴/۴۸±۹/۵۲ در مقابل ۱۱/۵۲±۸/۳۹، $P < ۰/۰۵$). سایر شاخص‌های مورد بررسی یعنی: تحصیلات و شغل والدین، رتبه تولد، درآمد خانوار، بعد خانوار و نوع منزل اثری بر امتیاز EAT-26 در بین دانش آموزان نداشت.

بحث

مطالعه به منظور بررسی شیوع اختلالات خوردن و ارتباط آن با شاخص‌های دموگرافیک در دانش آموزان دبیرستانی دختر تبریز انجام گرفت. پرسشنامه EAT-26 ابتدائاً به صورت EAT-40 توسط Garner و همکاران در سال ۱۹۷۹ ارائه گردید (۲۵). محققین فوق در سال ۱۹۸۲ نسخه EAT-26 را توصیه کردند (۲۶). امروزه این پرسشنامه یکی از عمومی‌ترین و کاربردی‌ترین پرسشنامه‌ها جهت بررسی اختلالات خوردن بوده و به زبانهای متعدد ترجمه شده است. اعتبار این پرسشنامه تایید شده و در مطالعات زیادی از آن استفاده شده است (۲۳، ۱۷، ۱۹-۶). این پرسشنامه به فارسی نیز ترجمه شده و اعتبار نسخه فارسی آن نیز تایید شده است (۲۴). نتایج بررسی ما حاکی از اعتبار و پایایی قابل قبول برای نسخه فارسی پرسشنامه مذکور بود ($\alpha = ۰/۷۶$ و $r = ۰/۸$).

میانگین و انحراف معیار کل امتیاز EAT-26 در مطالعه ۱۱/۷۱±۸/۴۸ بود و ۱۶/۷٪ دانش آموزان مورد بررسی امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ را داشتند. نتایج این مطالعه به صورت قابل توجهی کمتر از نتایج مطالعه مشابه انجام گرفته در تهران بود. در مطالعه تهران میانگین و انحراف معیار امتیاز EAT-26 در کل دانش آموزان مورد بررسی ۱۴/۴۳±۸/۳۵ بود و ۲۴/۱۶٪ دانش آموزان مورد بررسی امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ را داشتند (۲۴). در مقایسه با کشورهای عربی منطقه یافته‌های مطالعه ما تا حدودی کمتر به نظر می‌رسد. در یک مطالعه انجام گرفته در عربستان سعودی در سال ۱۹۹۶، در دانش آموزان دختر ۱۹/۶٪ نمونه‌ها دارای امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ بودند (۴). در مطالعه انجام گرفته دیگر در همان ناحیه فوق در ۲ سال بعد ۲۴/۶٪ نمونه‌ها دارای امتیاز EAT-26 بالای ۲۰ بودند (۵). در مطالعات انجام گرفته در کشورهای عمان (۶) و امارات متحده عربی (۷) به ترتیب: ۲۹/۴٪ و ۲۳/۴٪ دختران مورد بررسی در معرض خطر برای ابتلا به اختلالات خوردن بودند. نتایج مطالعات انجام گرفته در ژاپن متفاوت است.

نتیجه گیری

پرسشنامه نگرش تغذیه ای EAT-26 دارای اعتبار و پایایی لازم جهت بررسی خطر اختلالات خوردن در جمعیت های ایرانی است. شیوع اختلالات خوردن در جامعه مورد بررسی ما، نشانگر آن است که این دسته از بیماریها در دانش آموزان دبیرستانی دختر شهر تبریز نیز دیده می شود. به نظر می رسد در بروز این گونه اختلالات عواملی چون: نگرش نسبت به وزن، سن شروع خونروشی و استعمال دخانیات اثر دارند.

تقدیر و تشکر

انجام دهندگان تحقیق نهایت تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات تغذیه و دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کلیه دانش آموزان، اولیای ایشان و مسئولین آموزش و پرورش و مدارس شهر تبریز که نهایت همکاری را در اجرای تحقیق داشتند ابراز می دارند.

داده شده است که توجهات به وزن بدن می تواند تحریک کننده شروع استعمال سیگار باشد (۲۷ و ۲۸) سیگار به خاطر اثرات بر وزن و اشتها در بین افراد مبتلا به اختلالات خوردن استعمال می شود. تفاوت در شیوع بالای استعمال سیگار در افراد مبتلا به اختلالات خوردن در مقایسه با افراد سالم در مطالعات متعدد نشان داده شده است (۲۷-۲۹). شروع زودتر خونروشی همراه با بلوغ زودرس و در نتیجه تغییرات روحی روانی است. در طی دوره بلوغ و بعد از آن توجه به خویشتن بیشتر می شود، لذا بروز بیماریهایی چون اختلالات خوردن افزایش می یابد. نشان داده شده که شروع زودتر بلوغ همراه با افزایش خطر اختلالات خوردن است (۲). در مطالعه سایر شاخص های مورد بررسی شامل: تحصیلات و شغل والدین، رتبه تولد، درآمد خانوار، بعد خانوار و نوع منزل اثری بر امتیاز EAT-26 نداشت. در این زمینه مطالعات نتایج متناقض را گزارش کرده اند (۳۲-۳۰، ۲۴، ۷). جهت شناخت دقیق نقش این عوامل در خطر اختلالات خوردن احتیاج به مطالعات بیشتر و کنترل شده تری است.

References

- Klein DA, Walsh BT. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav* 2004; **81**(2): 359-74.
- Chamay-Weber C, Narring F, Michaud PA. Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health* 2005; **37**(5): 417-27.
- Golden NH. Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003; **17**(1): 57-73.
- 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 Eat Disord* 1996; **20**(3): 321-4.
- Al-Subaie, A. Eating Attitude Test in Arabic: Psychometric features and normative data. *Saudi Medical journal* 1998; **19**, 769-775.
- 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.
- Eapen V, Mabrouk AA, Bin-Othman S. Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eat Behav* 2006; **7**(1): 53-60.
- Nakamura K, Hoshino Y, Watanabe A, Honda K, Niwa S, Tominaga K, et al. Eating problems in female Japanese high school students: a prevalence study. *Int J Eat Disord* 1999; **26**(1): 91-5.
- 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.
- Mukai T, Crago M, Shisslak CM. Eating attitudes and weight preoccupation among female high school students in Japan. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; **35**(4): 677-88.
- 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): 111-20.
- Szabo CP, Allwood CW. A cross-cultural study of eating attitudes in adolescent South African females. *World Psychiatry* 2004; **3**(1): 41-4.
- 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.
- Darnall BD, Smith JE, Craighead LW, Lamounier JA. Modification of the cognitive model for bulimia via path analysis on a Brazilian adolescent sample. *Addict Behav* 1999; **24**(1): 47-57.
- Vilela JE, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Eating disorders in school children. *J Pediatr (Rio J)* 2004; **80**(1): 49-54.
- D'Souza CM, Forman SF, Austin SB. Follow-up evaluation of a high school eating disorders screening program: knowledge, awareness and self-referral. *J Adolesc Health* 2005; **36**(3): 208-13.
- Graber JA, Tyrka AR, Brooks-Gunn J. How similar are correlates of different sub clinical eating problems and bulimia nervosa? *J Child Psychol Psychiatry* 2003; **44**(2): 262-73.

18. 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.
19. Thomas CL, James AC, Bachmann MO. Eating attitudes in English secondary school students: influences of ethnicity, gender, mood, and social class. *Int J Eat Disord* 2002; **31**(1): 92-6.
20. Szweda S, Thorne P. The prevalence of eating disorders in female health care students. *Occup Med (Lond)* 2002; **52**(3): 113-9.
21. Saporetti G, Sancini S, Bassoli L, Castelli B, Pellai A. Risk assessment for eating disorders in a high school: a study based on the Eating Attitudes Test 26. *Minerva Pediatr* 2004; **56**(1): 83-90.
22. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of Northeast Italy. *Psychiatry Res* 2003; **119**(1-2): 145-54.
23. Vega Alonso AT, Rasillo Rodriguez MA, Lozano Alonso JE, Rodriguez Carretero G, Martin MF. Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; **40**(12): 980-7.
24. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 2000; **28**(3): 265-71.
25. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; **9**(2): 273-9.
26. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; **12**(4): 871-8.
27. White MA, Grilo CM. Symptom severity in obese women with binge eating disorder as a function of smoking history. *Int J Eat Disord* 2007; **40**(1): 77-81.
28. Stice E, Shaw H. Prospective relations of body image, eating, and affective disturbances to smoking onset in adolescent girls: how Virginia slims. *J Consult Clin Psychol* 2003; **71**(1): 129-35.
29. Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, et al. Smoking in eating disorders. *Eat Behav* 2006; **7**(4): 291-9.
30. Striegel-Moore RH, Schreiber GB, Lo A, Crawford P, Obarzanek E, Rodin J. Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: the NHLBI growth and health study. *Int J Eat Disord* 2000; **27**(1): 49-66.
31. 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.
32. 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.