

مقایسه ی میزان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری نوجوانان با توجه به سطوح پراشتهایی روانی

دکتر پرویز عسگری^۱، دکتر علیرضا حیدری^۲ و
الهه ستایش نیا^۳

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ی افسردگی و پرخاشگری نوجوانان با توجه به سطوح پراشتهایی روانی آنان بود. برای این منظور ۳۰۰ نفر از دختران و پسران نوجوان شهر اهواز به صورت نمونه-گیری در دسترس انتخاب و میزان اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و اختلالات تغذیه ی آنها ارزیابی شد. نتایج تحلیل آماری نشان داد که بین نوجوانان با سطح پایین پراشتهایی روانی و نوجوانان با سطح بالای پراشتهایی روانی از لحاظ اضطراب، افسردگی و پرخاشگری و همچنین بین اضطراب و مولفه‌های آن (اضطراب آشکار و اضطراب پنهان) میزان افسردگی و پرخاشگری این نوجوانان تفاوت معنی داری وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، سطوح پراشتهایی روانی، نوجوان

مقدمه

اختلالات خوردن با آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای متعادل مرتبط با تغذیه گفته می شود که در آنها اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن- بخصوص وزن بدن- بوجود می آید (کلین و والش^۴، ۲۰۰۴). این دسته از اختلالات، عوارض تغذیه ای و روانی متعددی دارد (گلدن^۵، ۲۰۰۳). اختلالات تغذیه‌ای، امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی دختران به حساب می آید و تقریباً ۸ درصد از کل ناراحتی‌ها یا اختلالات تغذیه‌ای کلینیکی را به خود اختصاص می دهد (کولینس^۶، ۲۰۰۵). نوبخت و دژکام (۲۰۰۰) طی یک بررسی نشان دادند که ۲۴/۱۶ درصد از دانش آموزان مورد بررسی، در معرض ابتلا به اختلالات خوردن هستند. افرادی که

۱. استادیار دانشکده ی روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

۲. استادیار دانشکده ی روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز docheidarie43@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

4. Klein & Walsh

5. Golden

6. Collins

از یک اختلال خوردن یا از خوردن مغشوش (پرخوری و مصرف مسهل) رنج می‌برند، آثار وخیم آن را در زندگی خود شاهد هستند. اختلالات خوردن، اغلب گزارش نمی‌شود و ممکن است زندگی افراد مبتلا را در معرض خطر قرار دهد. برای کاهش این خطر، محققان روش‌های متعددی برای ارزیابی افراد دارای اختلالات خوردن تدوین کرده‌اند (اینگلسن و لیبرک^۱، ۲۰۰۱). افرادی که از پراشتهایی روانی رنج می‌برند، مشکلاتی در جنبه‌های روان‌شناختی مختلف مانند افسردگی و اضطراب تجربه می‌کنند هرچند که روان‌درمانی فردی، خانواده‌درمانی و شیمی‌درمانی برای این افراد تجویز می‌شود ولی هنوز هم افرادی که به پراشتهایی روانی مبتلا هستند به کمک احتیاج دارند (شافر^۲، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلالات خوردن با مجموعه‌ای از نگرش‌های ناکارآمد (انگل^۳، ۲۰۰۶) و آشفتگی تصویر بدن (جانسن^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ تاشن، کافیر^۵ و همکاران، ۲۰۰۱؛ فایر بون^۶، ۱۹۹۱) همراه است. از طریق آزمایش‌های نوروسایکولوژی مشخص شده است که افراد با اختلال پراشتهایی روانی، میزان تستوسترون بالاتری را در خون نشان می‌دهند و میزان تستوسترون با اختلال پراشتهایی روانی، همبستگی مثبتی نشان می‌دهد.

پژوهش حاضر، درصدد پاسخگویی به این پرسش کلی است که آیا بین نوجوانان با سطح پراشتهایی روانی بالا و نوجوانان با سطح پراشتهایی روانی پایین، از نظر پرخاشگری، اضطراب و افسردگی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

تحقیق حاضر، توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است که به مقایسه‌ی پرخاشگری، اضطراب و افسردگی نوجوانان با سطح پراشتهایی روانی بالا و نوجوانان با سطح پراشتهایی روانی پایین پرداخته است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل تمامی نوجوانان (دختر و پسر) مبتلا به پراشتهایی روانی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پزشکان متخصص تغذیه و باشگاه‌های ورزشی شهر اهواز در سال ۱۳۸۸ است که از این جامعه، ۳۰۰ نوجوان دختر و پسر مبتلا به پراشتهایی روانی به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند.

1. Engelsen & Laberg
2. Shafer

3. Engel
4. Jansen

5. Tuschen- Caffier
6. Fairburn

ایزاد

پرسشنامه ی *سنجش اضطراب کتل*: در این پژوهش، برای سنجش میزان اضطراب از تست اضطراب کتل^۱ استفاده شد. در این آزمون ۴۰ پرسش درباره ی مشکلاتی که غالباً افراد گاهگاهی در زندگی خود احساس می کنند وجود دارد (مجتهدزاده، ۱۳۸۲). بیستونی (۱۳۸۱) پایایی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و بر اساس روش تنصیف ۰/۸۷ گزارش کرده است. (از مجتهدزاده، ۱۳۸۲). در تحقیق حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه ی اضطراب از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد.

پرسشنامه ی *افسردگی بک*^۲ (BDI): پرسشنامه ی افسردگی بک، توسط بک و همکاران تدوین و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت. در سال ۱۹۷۸ به عنوان یک مقیاس علمی برای اندازه گیری افسردگی انتشار یافت (مهرابی زاده، ۱۳۷۸). در این پژوهش از فرم ۱۳ ماده ای پرسشنامه افسردگی بک استفاده شده است. بک (۱۹۸۸) پایایی این مقیاس را با روش همسانی درونی از ۷۳ در صد تا ۹۲ درصد با میانگین ۸۶ در صد گزارش کرده است. اعتبار همزمان با درجه بندی های بالینی برای بیماران روانپزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالاست (مجتهدزاده، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۷۳ محاسبه شد.

پرسشنامه ی *پرخاشگری آیزنک*^۳: این پرسشنامه که در سال ۱۹۸۷ توسط آیزنک برای سنجش پرخاشگری ساخته شده است ۱۹ سوال دارد. منظور از پرخاشگری در این پژوهش، مقدار نمره یا کمیتی است که افراد با توجه به پاسخ هایشان به سوالات پرسشنامه دریافت می کنند. این نمره شاخص عددی برای اندازه گیری میزان پرخاشگری است (زاهدی فر، ۱۳۷۵). در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ محاسبه گردیده است.

پرسشنامه ی *اختلال تغذیه ی اهواز*^۴ (AEDI): این پرسشنامه، توسط کوکر و راجرز^۵ ساخته شده است تا بتواند به صورت معتبر بین آزمودنی های مبتلا به اختلالات تغذیه و گروه گواه تمایز بگذارد و همچنین بتواند افرادی که در معرض خطر ابتلا به این اختلالات هستند را شناسایی کند. این

1. Cattle Anxiety Test
2. Beck depression Inventory

3. Eysenck
4. Ahwaz Eating Disorders Inventory

5. Cooker & Rajere

پرسشنامه، سه عامل نگرانی در مورد وزن و پرهیز غذایی، بازداری و پر خوری را اندازه می گیرد. شریفی (۱۳۷۶) پرسشنامه ی مذکور را روی جمعیت دانش آموزی اهواز مورد بررسی و هنجاریابی قرار داد. او این پرسشنامه را به ۳۱ ماده و ۲ عامل بی اشتهاهی روانی (شامل ۲۲ ماده) و پراشتهایی روانی (شامل ۹ ماده) محدود ساخته و به عنوان مقیاس اختلالات تغذیه ی اهواز (AEDI)^۲ نامگذاری کرده است (شریفی، ۱۳۷۶). مامی در سال ۱۳۸۴، پایایی این پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۰ گزارش کرده است. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۶ محاسبه گردیده است.

یافته ها

در جدول ۱، یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره های نوجوانان با سطح پراشتهایی روانی بالا و نوجوانان با سطح پراشتهایی روانی پایین در متغیرهای اضطراب، افسردگی و پر خاشگری ارزیابی شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره های اضطراب، افسردگی و پر خاشگری نوجوانان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
اضطراب	سطح پایین پراشتهایی روانی	۴۳/۲۲	۱۴/۴۷	۸۱
	سطح بالای پراشتهایی روانی	۵۶/۴۸	۸/۴۸	۲۱۹
افسردگی	سطح پایین پراشتهایی روانی	۱۰/۳۲	۶/۸۶	۸۱
	سطح بالای پراشتهایی روانی	۱۵/۵۲	۳/۰۷	۲۱۹
پر خاشگری	سطح پایین پراشتهایی روانی	۱۰/۰۰	۵/۴۰	۸۱
	سطح بالای پراشتهایی روانی	۱۴/۶۳	۲/۶۶	۲۱۹

با توجه به تفاوت های مشاهده شده در گروه های مورد بررسی و برای آزمون این تفاوتها، ابتدا تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۲ و نتایج اثرات بین آزمودنی ها مربوط به این فرضیه در جدول ۳ نشان داده شده است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، بین نوجوانان با سطح پایین پراشتهایی روانی و نوجوانان با سطح بالای پراشتهایی روانی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب، افسردگی و پر خاشگری) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=49/35$ و $p<0/001$).

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) نمره های اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در دو گروه

نام آزمون	مقدار	df	df	F	آلفا
آزمون اثر پیلایی	۰/۳۳۳	۳	۲۹۶	۴۹/۳۵	<۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۶۷	۳	۲۹۶	۴۹/۳۵	<۰/۰۰۱
آزمون اثر هتینگ	۰/۵۰۰	۳	۲۹۶	۴۹/۳۵	<۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۵۰۰	۳	۲۹۶	۴۹/۳۵	<۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا بر روی میانگین نمره های اضطراب افسردگی و پرخاشگری دو گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
اضطراب	۱۰۳۹۲/۴۴	۱	۱۰۳۹۲/۴۴	۹۵/۳۹	<۰/۰۰۱
افسردگی	۱۵۹۱/۰۶	۱	۱۵۹۱/۰۶	۸۱/۲۸	<۰/۰۰۱
پرخاشگری	۱۲۶۷/۶۴	۱	۱۲۶۷/۶۴	۹۷/۳۸	<۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، بین نوجوانان با سطح پایین پراشتهایی روانی و نوجوانان با سطح بالای پراشتهایی روانی از لحاظ میزان اضطراب ($F=95/39$ و $p < 0/001$)؛ افسردگی ($F=81/28$ و $p < 0/001$) و پرخاشگری ($F=97/38$ و $p < 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش هماهنگ با پژوهش های فیلمن^۱ (۲۰۰۶) کزجا^۲ و همکاران (۲۰۰۹) و کاپرینس^۳ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که نوجوانان با سطح بالای پراشتهایی روانی نسبت به نوجوانان با سطح پایین پراشتهایی روانی از میزان اضطراب بیشتری برخوردارند. در تبیین این یافته می توان گفت که افراد پراشته با وجود اینکه از اضافه وزن می ترسند، خواهان کاهش وزن هستند و از اندام و شکل بدن خود ناراضی هستند ولی در بیشتر موارد توانایی کنترل خود را ندارند و این خود باعث نگرانی

1. Feldman

2. Cazaja

3. Kaprinis

و دلهره ی همیشگی آنها می‌شود. این افراد، عزت نفس آسیب دیده‌ای دارند و تصویری که از خودشان در ذهن دارند با یک تصور آرمانی و ایده‌آل فاصله دارد. آنها ممکن است فکر کنند که با وضعیتی که دارند، به آرزوها و خواسته‌هایشان نخواهند رسید. آنها ممکن است از راهبردهای نامطلوب هیجانی برای کنترل و تنظیم احساس ترس و اضطراب خود استفاده کنند. همانطور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد، نوجوانان با سطح بالای پراشتهایی روانی نسبت به نوجوانان با سطح پایین پراشتهایی روانی از میزان افسردگی بیشتری برخوردارند. این یافته‌ها با پژوهش‌های والترز^۱ و همکاران (۲۰۰۳) فیلدمن (۲۰۰۶) کاپرنیس و همکاران (۲۰۰۸) پروگی^۲ و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. نوجوانان با اشتباهی روانی بالا، معمولاً به علت اینکه در مقایسه با دیگران خود را کمتر جذاب می‌بینند، ناراحت شده و این اندوه و غم را به تمام جوانب زندگی خود تعمیم می‌دهند. یکی از بارزترین رفتارهای افراد دارای اختلال افسردگی نگرانی شدید درباره ی شکل و وزن بدن همراه با تلاش برای لاغری است که می‌تواند به اشکال مختلفی ظاهر شود. یافته‌ها نشان داد که نوجوانان با سطح بالای پراشتهایی روانی نسبت به نوجوانان با سطح پایین پراشتهایی روانی از میزان پرخاشگری بیشتری برخوردارند. این یافته‌ها با پژوهش‌های انگل و همکاران (۲۰۰۸) هماهنگ است. نوجوانانی که سطح بالای پراشتهایی روانی دارند نسبت به نوجوانانی که سطح پایین پراشتهایی روانی دارند، پرخاشگری بیشتری از خود نشان می‌دهند.

منابع

- احمدی، احمد (۱۳۸۵). روانشناسی نوجوانی و جوانی، انتشارات بعثت.
- ارونسون، الیوت (۱۹۷۲). روانشناسی اجتماعی، ترجمه حسین شکرکن (۱۳۷۴). انتشارات رشد.
- آیزنگ، اچ (۱۹۷۷). جرم و شخصیت ترجمه، حسن پاشاشریفی و جعفر نجفی زند (۱۳۷۵) انتشارات سخن، تهران.
- ریتال، اتکینسون، ریچارد سی، اتکینسون (۱۹۸۳). زمینه روانشناسی هیگارد، ترجمه محمد تقی براهنی و دیگران (۱۳۸۳) تهران انتشارات رشد.

1. Walters

2. Prvgi

زاهدی فر، شهین (۱۳۷۵). ساخت و اعتبار یابی مقیاس برای پرخاشگری و بررسی رابطه آن با افسردگی، تیپ شخصیتی دیگران در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه چمران اهواز پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

سادوک، ویرجینا و سادوک، بنیامین (۲۰۰۷). کاپلان و سادوک خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی ترجمه دکتر فرزین رضاعی جلد اول ویراستار محسن ارجمند چاپ اول ۱۳۸۷.

شریفی، امل (۱۳۷۶). بررسی میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با افسردگی عزت نفس و وضعیت اقتصادی اجتماعی دانش آموزان دختر و دبیرستانهای شهر اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی.

مامی، شهرام (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با افسردگی خود پنداره و عزت نفس در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام، پایان نامه کارشناسی ارشد اهواز دانشگاه آزاد اسلامی.

مجته‌زاده، فاطمه‌السادات (۱۳۸۲). مقایسه افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر دارای ناپدری و نامادری با دانش آموزان دارای پدر و مادر واقعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی.

مهرابی زاده هنرمند مهناز (۱۳۷۸). بررسی تأثیر شناخت درمانی در افسردگی و مؤلفه های خود پنداشت رساله دکتری دانشگاه تربیت مدرس.

Collins, A. (2005). *Statistics on eating disorders*. Retrieved October 26, 2005, from <http://www.AnneCollins.Com/eating-disorders/statistics.html>.

Czaja, J., Rief, W., & Hilbert, A. (2009). Emotion regulation and eating in children. *International Journal of Eating Disorder*, 42 (4), 356-362.

Department of Health and Human Services. (2009). *Bulimia Nervosa* Available at: www.womenshealth.gov, www.Fda.Gov.

Engelsen, B. K., & Laberg, J. C. (2001). A comparison of three questionnaires (EAT-12, EDI, and EDE -Q) for assessment of eating problems in healthy Female adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 129- 135.

Fairburn, C. G., Cooper, P. J., Cooper, M. J., McKenna, F. P., & Anastasiades, P. (1991). Selective information Processing in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 415- 422.

Engel, S. G., Corneliusen, S. J., Vonderlich, S. A., Crosby, R., Le Grange, D., Crow, S., Klein, M., & et al. (2005). Impulsivity and compulsivity

- in bulimia nervosa. *The international Journal of Eating disorders*, 38 (3) 244-510.
- Feldman, R. S. (2006). *Social Psychology*, MC graw Hill.
- Feldman, Roberts. (2006). *Elements of Psychology*, MC graw Hill.
- Golden, N., H. (2003). Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 17 (1): 57- 73.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulkens, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 183- 196.
- Kaprinis, K., Akiskal, M. J., & Glen, W. (2008). *Pregnant women with bulimia have more anxiety and depression*. Norwegian institute of public Health.
- Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiol Behavior*, 81 (2): 359- 74.
- Mental Health Screening. (2005). *Fact sheet: Eating disorders*. Available at <http://www.Mentalhealthscreening>.
- National Eating Disorders Association. (2005). *Statistics: Eating disorders and their precursors*. Retrieved November 2005, From. <http://www.Nationaleatingdisorders.org/p.asp>.
- National Institute of Mental Health. (2001). *Eating disorders: Facts about eating disorders facts about eating disorders and the search for solution*. From. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/com/eating-disorders/>, CFM. htm. Form 43-National Eating Disorders Association.[<http://www.Nationaleatingdisorders>].
- Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord*, 28 (3): 265- 71.
- Prvgi, G., Ctoni, M., Passino, K., AKiskal, S., Kaprinis, H., & Akiskal. (2009). Bulimia nervosa in atypical depression: The mediating role. *Journal of Affective Disorders*, 91-97.
- Shaffer, D. R. (2001). *Development psychology*, 2nd ed. Brooks / Cole.
- Soukup, B., & Terrell, T. (1990). Virginia institute for psychiatric and Behavioral Genetics.
- Tuschen- Caffier, B., Vogeles, C., Bracht, S., & Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 573- 586.
- Walters, H., Kaye, M., Cynthia, D., Bulik, M., Thornton, L., Barbaric, N., & Masters, K: Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa: *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.