

## شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانشجویان دختر دانشگاه شیراز

مریم رضایی<sup>۱</sup>، عبدالعزیز افلاک سیر<sup>۲</sup>، محبوبه غیور<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** اختلالات خوردن یکی از مهمترین اختلالات روان شناختی در زنان می باشد که همراه با عوارض فراوانی است که به سه شکل، آنورکسیا نروسیا، بولومیا نروسیا و شکل بینابینی وجود دارد. این مطالعه به منظور تعیین شیوع اختلال خوردن و چاقی در دختران دانشجوی دانشگاه شیراز طراحی و انجام شده است.

**روش:** پژوهش حاضر، بر روی ۳۰۲ دانشجوی دختر دانشگاه شیراز که به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند آزموده شد. جهت شناسایی افراد مبتلا به اختلال خوردن از مقیاس تشخیصی اختلال خوردن استفاده شد. متغیرهای زمینه ای مثل سن و تحصیلات نیز ثبت شد. برای تعریف اضافه وزن و چاقی از نمایه توده بدن استفاده شد. در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** در این مطالعه ۱۰/۹ درصد از افراد مورد مطالعه اضافه وزن یا چاق (۹/۶ درصد اضافه وزن و ۱/۳ درصد چاق) و ۰/۷ درصد اختلال بولومیا نروسیا و ۰/۳ درصد اختلال پرخوری داشته و هیچ یک از افراد اختلال آنورکسیا نروسیا نداشتند، هم چنین مقیاس تشخیصی اختلال خوردن با چندین روش مورد هنجاریابی قرار گرفت.

**نتیجه گیری:** شیوع اختلالات خوردن و چاقی در دختران دانشجو در سطح قابل توجهی قرار دارد؛ هر چند در مقایسه با مطالعات انجام شده در سال های قبل، کاهش چندانی را نشان می دهد. اما نظر به تأثیرات شدید این اختلالات بر سلامت جسمی و روحی نوجوانان، شناسایی سایر عوامل زیستی، محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر در ایجاد و پیشرفت چاقی و اختلالات خوردن در این گروه باید بررسی شود.

**کلید واژه ها:** شاخص توده ی بدنی، آنورکسیا نروسیا، بولومیا نروسیا، پرخوری

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۱۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: maryamrezaii85@yahoo.com

۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳- دکترای تربیت بدنی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

## مقدمه

اختلالات خوردن یکی از عوامل نگران کننده سلامت عمومی است که از دهه ۱۹۷۰ نرخ آن به سرعت رو به افزایش است (۱). اغلب اختلالات خوردن رایجی که در زنان دیده می شود بی اشتهاهی عصبی و پر اشتهاهی عصبی می باشد. شیوع اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به اختلالات خوردن مانند اعتماد به نفس پایین، غمگینی و ملال و رضایت پایین از تصویر ذهنی به طرز شگرفی در ۳۰ سال گذشته افزایش یافته و هنوز رو به افزایش است (۲). این اختلالات سومین علت بیماری در جمعیت جوان پس از آسم و چاقی را تشکیل می دهند ۸ میلیون نفر در ایالات متحده از اختلالات خوردن رنج می برند (۳). مطالعه درباره اختلالات خوردن به عنوان یکی از اختلالات عصبی و روانی همراه با بیشترین مرگ و میر و تلفات اهمیت بالایی دارد (۴). در طی دهه های اخیر با رشد زیاد این اختلال مواجه هستیم (۵).

تحقیقات متعددی نشان داده زنان جوان و نوجوانان غربی اغلب اختلالات خوردن را تجربه می کنند که این موضوع مرتبط با نگرانی هایی در مورد وزن بوده که عمدتاً در کشورهای غربی و توسعه یافته رایج می باشد (۶). تغییرات فرهنگی منجر به پذیرش گسترده عادت ها و نگرش های غربی گردیده است که این تغییرات شامل یک تغییر در شیوه زندگی از فعال به پذیرنده و در الگوهای خوردن از رژیم مدیترانه ای به فست فود می باشد. تحقیقات اخیر به نمونه هایی از کشورهای غربی محدود گردیده، بر خلاف شواهد فراوانی که نشان می دهد آسیب های خوردن در میان فرهنگ ها رایج می باشد، اطلاعات کمی درباره عواملی که مرتبط با آسیب های خوردن در نمونه های غیر غربی می باشد موجود است (۷).

نتایج تحلیل آماری صفوی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که اکثریت دانشجویان (۸۷٪) تصویر ذهنی از جسم منفی خود داشتند، همچنین ۷۸٪ از دانشجویان فاقد اختلال خوردن و ۲۱٪ دارای اختلال خوردن و بر اساس پرسشنامه تشخیصی اختلال خوردن، ۱/۸٪ بی اشتهاهی عصبی و ۷/۸٪ پر اشتهاهی عصبی داشتند. بنابراین نتایج نشان می دهد فراوانی اختلال خوردن تقریباً مشابه جوامع دیگر می باشد.

مطالعات مختلف بیانگر رشد روز افزون چاقی در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران است. به طوری که از سال ۱۹۹۹ میلادی تا ۲۰۰۷ از ۱۳/۶ به ۱۹/۶ رسیده است. این مسئله از یک سو بر الگوی بیماری های جسمی مؤثر و از طرفی مشکلات روحی و روانی را سبب خواهد شد بویژه اینکه هشدارهای گسترده در این خصوص از یک سو و تبلیغات گسترده در زمینه تناسب اندام و برخی

جذابیت ها نسل جوان بخصوص دختران را بشدت تحت تأثیر خود قرار داده و آنان را خواسته یا ناخواسته وادار به اتخاذ رفتارهایی مثل اختلالات خوردن می نماید که بیش از پیش برای خود و خانواده ها نگرانی هایی را به همراه خواهد داشت.

بنابراین نتایج نشان می دهد فراوانی اختلال خوردن و چاقی تقریباً مشابه جوامع دیگر می باشد، بنابراین در این تحقیق برآنیم تا به بررسی شیوع چاقی و اختلال خوردن بپردازیم (۸).

## روش مطالعه

جامعه پژوهش شامل کلیه دختران دانشجوی ساکن در خوابگاه های دانشگاه شیراز که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بوده می باشد که از بین آن با توجه به مدل پیشنهادی و تعداد مسیرهای موجود، میزان حداقل نمونه (به ازای هر مسیر مستقیم دست کم ۱۰ آزمودنی) در نظر گرفته و تا ۳۰۲ نفر افزایش داده شد که به صورت نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. ابتدا ۴ خوابگاه (۲ خوابگاه کارشناسی و ۲ خوابگاه تحصیلات تکمیلی) به صورت تصادفی از بین ۱۴ خوابگاه دانشگاه انتخاب شدند. بعد از آن از هر خوابگاه چندین اتاق به صورت تصادفی انتخاب و توضیحات لازم در زمینه روند پژوهش و شیوه اجرای پرسش نامه ها به آزمودنیها داده شد آنها با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کرده و پرسش نامه ها را تکمیل نمودند. ۴۸ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به ابزارها از تحلیل آماری کنار گذاشته شدند و در نهایت نمونه پژوهش به ۳۰۲ نفر تقلیل یافت.

ابزار به کار برده شده در پژوهش حاضر عبارتند از:

مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن (Eating Disorder Diagnosis Scale (EDDS؛ استیک و همکاران، ۲۰۰۲) (۷) یک پرسشنامه ۲۲ آیتمی می باشد که بی اشتهاهی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری را بر اساس ملاک های DSM-IV اندازه گیری می کند. این مقیاس شامل ترکیبی از نمرات لیکرتی، نمرات دو بخشی، نمرات فراوانی و سؤالات باز پاسخ مثل قد و وزن می باشد. اولین آیتم ۴ سؤالی مقیاسهای نگرشی بی اشتهاهی عصبی، پرخوری عصبی در سه ماه گذشته مثل ترس از چاقی و بیش ارزیابی وزن بر روی یک مقیاس هفت نقطه ای می باشد که از صفر (اصلاً) تا ۶ (به مقدار زیاد) درجه بندی شده است. چهار آیتم بعدی فراوانی مصرف مقدار زیادی غذا با تمرکز بر تعداد روزها در هر هفته در طول ۶ ماه گذشته (اختلال پرخوری) و تعداد روزهای هر هفته در طول ۳ ماه گذشته (پرخوری عصبی) را اندازه گیری می کند، نتایج این ۴ آیتم فراوانی

است که در آن از قبل گروه‌بندی‌ها انجام شده و تنها در پی آن هستیم که از درستی گروه‌بندی‌ها و اعتبار سازه‌های مد نظر گرفته شده مطمئن شوم. بدین منظور برای هر مقیاس آزمون معنی‌داری KMO و بارتلت انجام شده است. مقدار شاخص KMO جهت تعیین کفایت حجم نمونه به منظور استفاده از ساختار عاملی به کار می‌رود و از صفر تا یک تغییر می‌کند و معمولاً زمانی مطلوب محسوب می‌شود که مقدار آن از  $0/60$  بیشتر باشد. آزمون بارتلت ناهمبسته بودن بین سؤال‌های داخل هر مقیاس را آزمون می‌کند. در صورتی که سطح معناداری این آزمون کمتر از سطح  $0/05$  باشد، فرض همبسته بودن سؤال‌ها پذیرفته می‌شود، بدین معنا که این سؤال‌ها مقیاس مورد نظر را به خوبی اندازه می‌گیرند.

روایی مقیاس تشخیصی اختلال خوردن (EDDS)

بیشتر بودن مقدار KMO از  $0/60$  بیانگر کفایت نمونه برای مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن است. همچنین فرض صفر آزمون بارتلت نیز رد شده است که نشان از روا بودن سؤال‌ها این مقیاس دارد. به نوعی دیگر سؤال‌ها با هم همبستگی دارند.

شاخص توده بدنی (Body Mass Index)

سازمان بهداشت جهانی (WHO، ۱۹۹۸) یک نظام درجه‌بندی را برای طبقه‌بندی وزن اضافی و چاقی در بزرگسالان برطبق BMI معرفی کرده است. در سازمان بهداشت جهانی (WHO) وزن اضافی به عنوان یک  $BMI > 25$  و چاقی به عنوان یک  $BMI > 30$  تعریف شده است. سازمان بهداشت جهانی (WHO) شش طبقه انتخابی را براساس خطر مشخص بیماری‌های همبود (همبسته) با سطوح متفاوت BMI ارائه نموده است (جدول ۱). برای نمونه خطر بیماری‌های همبود در طبقه وزن طبیعی ( $BMI = 18/5 - 24/9$ ) معمولی و در طبقه بالاترین وزن، چاقی طبقه III ( $BMI > 40$ ) خیلی شدید تلقی شده است (۸).

رفتارهایی را که به عنوان اجزای پر خوری در طول ۳ ماه گذشته استفاده می‌شوند را ارزیابی می‌کند که شامل استفراغ کردن، استفاده از ملین‌ها و مسهل‌ها، روزه گرفتن و تمرینات شدید می‌باشد. در نهایت مجموع نمرات مربوط به سؤال‌ها ۲۱-۲۰-۱۹-۴-۳-۲ برای سنجش آنورکسیا نروسیا و سؤال‌ها ۱۶-۱۵-۸-۶-۴-۳ برای سنجش پر خوری عصبی و سؤال‌ها ۱۰-۹-۷-۶-۵ برای سنجش آنورکسیا نروسیا و سؤال‌ها ۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸ برای سنجش پر خوری به کار می‌رود. نهایتاً از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا قد و وزنشان را یادداشت کنند و به دو سؤال درباره دوره‌های قاعدگی از دست رفته و مصرف قرص‌های ضد بارداری پاسخ دهند. مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن شامل یک مقیاس تشخیصی و یک مقیاس نشانه‌های ترکیبی می‌باشد، مقیاس تشخیصی برای بی‌اشتهایی عصبی، پر خوری عصبی و اختلال پر خوری استفاده می‌شود. نمرات نشانه‌های ترکیبی سطوح کلی آسیب‌شناسی خوردن را نشان می‌دهد و نمرات برش برای تفکیک افراد با آسیب‌شناسی خوردن از گروه کنترل به کار می‌رود. نمرات نشانه‌های ترکیبی اختلالات خوردن به وسیله استاندارد سازی و جمع‌بندی نمرات تمام آیت‌ها محاسبه می‌گردد (به جز آیت‌هایی که در مورد وزن، قد و مصرف قرص‌های ضد بارداری سؤال می‌نماید). حدود تغییرات نمرات افراد از ۰ تا ۹۵ بوده که برای نشانه‌های ترکیبی، نمره برش ۱۶٫۵ به طور رایج برای تشخیص بیماران بالینی از گروه کنترل به کار می‌رود. هم‌چنین به دلیل عدم استفاده قبلی از این پرسش‌نامه در ایران، پایایی و روایی این مقیاس در این تحقیق محاسبه گردید.

پایایی مقیاس تشخیصی اختلال خوردن (EDDS)

از آلفای کرونباخ به دست آمده، این نتیجه حاصل می‌شود که سؤال‌ها این مقیاس از پایایی لازم برخوردار بوده و آلفای کرونباخ به مقدار مطلوب  $0/82$  می‌باشد.

در این تحقیق از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده

نظام طبقه‌بندی WHO از اضافه وزن و چاقی بر پایه‌ی شاخص توده بدن

BMI	طبقه	خطر بیماری‌های همبود
$< 18/5$	کمبود وزن	پایین ×
$18/5 - 24/9$	وزن طبیعی	معمولی
$25 - 29/9$	اضافه وزن	فزاینده
$30 - 34/9$	چاقی طبقه I	متوسط
$35 - 39/9$	چاقی طبقه II	شدید
$> 40$	چاقی طبقه III	خیلی شدید

شاخص توده بدنی بر اساس تقسیم کردن وزن افراد بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر محاسبه می‌گردد.

## یافته ها

ویژگیهای جمعیت شناختی و یافته های توصیفی پژوهش حاضر در جدول های زیر آمده است.

نتایج جدول نشان می دهد که در میان زنان شرکت کننده اکثر افراد در بازه سنی ۱۵-۲۵ قرار دارند همچنین تعداد افراد دارای سطح سواد کارشناسی بیش از کارشناسی ارشد و دکترا می باشد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است، تعداد نمونه ۳۰۲ نفر می باشد. از جدول ۳ اینگونه استنباط

می گردد که حدود ۲۳۱ نفر از ۳۰۲ نمونه آماری شاخص توده بدنی شان در بازه ای به دست آمده که وزن آنها طبیعی قلمداد می شود. حدود ۱۲ درصد افراد لاغر و حدود ۱۰ درصد افراد اضافه وزن دارند. نتایج جدول ۴ نشان می دهد هیچ یک از افراد در نمونه آماری اختلال آنورکسیانوروسیا ندارند همچنین در بین ۳۰۲ نمونه آماری تنها ۲ نفر معادل با ۰/۷ درصد اختلال بولومیانوروسیا را دارند و ۹۹/۳ درصد این اختلال را ندارند و تعداد افرادی که در نمونه آماری اختلال پرخوری دارند بسیار کم است و تنها ۰/۳ درصد افراد را تشکیل می دهند.

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی در دانشجویان مورد مطالعه

مقطع	کارشناسی		کارشناسی ارشد		دکترا		جمع بندی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن								
۱۵-۲۰	۱۱۱	۳۶/۷۵	۰	۰	۰	۰	۱۱۱	۳۶/۷۵
۲۰-۲۵	۵۹	۱۹/۵۳	۴۰	۱۳/۲۴	۷	۲/۳۱	۱۰۶	۳۵/۰۹
۲۵-۳۰	۱۶	۵/۲۹	۳۶	۱۱/۹۲	۱۵	۳/۳۱	۶۷	۲۲/۱۸
۳۰-۳۵	۰	۰	۹	۳/۳۵	۸	۲/۹۸	۱۷	۵/۶۲
جمع بندی	۱۸۶	۶۱/۵۸	۸۵	۲۸/۱۴	۳۰	۹/۹۳	۳۰۲	۱۰۰

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دانشجویان مورد مطالعه

متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار
BMI	۲۰/۸۳ $\pm$ ۵/۳۲
پر خوری	۰/۰۰۳ $\pm$ ۰/۰۵
بولومیا نروسیا	۰/۰۰۶ $\pm$ ۰/۰۰۸
آنورکسیا نروسیا	۰/۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی شاخص توده بدنی در دانشجویان مورد مطالعه

شاخص توده بدنی	فراوانی	درصد فراوانی
لاغر	۳۷	۱۲/۳
طبیعی	۲۳۱	۷۶/۷
اضافه وزن	۲۹	۹/۶
چاقی	۵	۱/۴
جمع بندی	۳۰۲	۱۰۰

جدول ۴- توزیع اختلالات خوردن در دانشجویان مورد مطالعه

اختلال	فراوانی	درصد فراوانی
آنورکسیا نروسیا	۰	۰
بولومیا نروسیا	۲	۰/۷
پر خوری	۰	۰/۳

## بحث

در این مطالعه ۱۰/۹ درصد از افراد مورد مطالعه اضافه وزن یا چاق (۹/۶ درصد اضافه وزن و ۱/۳ درصد چاق) ۰/۷ درصد اختلال بولومیا نروسیا و ۰/۳ درصد اختلال پرخوری داشتند همچنین هیچ یک از افراد اختلال آنورکسیا نروسیا نداشتند.

شیوع چاقی و اضافه وزن در دختران مناطق مختلف کشور گزارش شده که نتایج برخی از آنها با این کار قابل مقایسه است. در تبریز اضافه وزن و چاقی در دبیرستان های دخترانه به ترتیب ۱۱/۱ و ۳/۶ درصد (۱۰)، در رشت ۱۸/۶ و ۵/۹ درصد (۸) و در دبیرستانهای تهران شیوع کلی چاقی و اضافه وزن را ۱۴ درصد گزارش کردند (۹). به این ترتیب ارقام حاصل از این مطالعه با نمونه های مشابه در مناطق مختلف کشور تقریباً نزدیک به هم بوده و نشان از گسترش این مشکل در مناطق گوناگون کشور دارد (۳۸،۹).

در مطالعه ای حدود ۰/۵ تا ۳/۷ درصد از زنان از بی اشتهایی عصبی و ۱/۱ تا ۴/۲ درصد از پراشتهایی (پرخوری) عصبی در طول زندگی شان رنج می برند (موسسه ملی سلامت روانی آمریکا، ۲۰۰۱). باید اضافه کرد اختلالات تغذیه ای، امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روحی دختران تازه بالغ بوده و تقریباً ۸٪ از کل ناراحتی ها یا اختلالات تغذیه ای کلینیکی را به خود اختصاص داده است (۱۱).

گزارش مطالعه همه گیری شناسی اختلالات خوردن در سال ۱۳۷۹ که توسط دژکام و همکاران صورت گرفته شیوع بی اشتهایی عصبی به عنوان نوعی اختلال خوردن را در دانش آموزان دختر ۹٪ و سندرم نارضایتی از بدن را ۶/۶٪ نشان داد (۶). اختلال خوردن در نتایج پژوهش سیدی و همکاران (۱۳۸۳) که بر روی دانش آموزان دختر شهر کرمان انجام داده بود ۶/۸٪ گزارش شده است، از این میزان ۰/۸ درصد مربوط به بی اشتهایی و ۰/۸ درصد مربوط به پراشتهایی عصبی بود و نوع سوم ۰/۷ درصد اختلالات خوردن را در این مطالعه تشکیل داد (۱۲). پورقاسم (۱۳۸۷) در بررسی اختلالات خوردن در دانش آموزان دختر تبریزی به این نتیجه دست یافت که ۱۶/۷ درصد از دانش آموزان در معرض خطر اختلالات خوردن بودند. نتایج این تحقیق نیز نشان داد شیوع اختلالات خوردن در دختران دانشجو در سطح قابل توجهی قرار دارد؛ هر چند در مقایسه با مطالعات انجام شده در سالهای قبل، کاهش چندانی را نشان می دهد (۱۳). با توجه به یافته های مطالعه حاضر باید اقدامات و آموزش های لازم از طریق کارشناسان و مسئولان تغذیه، برنامه آموزش همگانی، رسانه جمعی و استفاده از وسایل کمک آموزشی مثل فیلم و پمفلت و پوستر جهت افزایش آگاهی این قشر مهم جامعه در جهت پیشگیری از ابتلا به اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به نگرش های مختل خوردن صورت گیرد.

## خوردن صورت گیرد.

یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر استفاده از مقیاسهای خود گزارشی است که امکان سوگیری در پاسخها را مطرح می کند. محدودیت دیگر در این پژوهش عدم تعمیم نتایج به جمعیت های بالینی مبتلا به اختلالات خوردن و پسران است. پژوهش حاضر بر روی یک نمونه دانشجویی بوده است و پژوهش های بعدی می تواند وجود این ارتباط را در نمونه های بالینی و پسران مورد بررسی قرار دهد.

## نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نیز نشان داد شیوع اختلالات خوردن در دختران دانشجو در سطح قابل توجهی قرار دارد؛ هر چند در مقایسه با مطالعات انجام شده در سال های قبل، کاهش چندانی را نشان می دهد (۱۳). با توجه به روند جهانی شدن و گسترش فناوری اطلاعات مرزهای جغرافیایی کم رنگ تر شده و ملل غیر غربی و بخصوص جوانان در معرض فرهنگ غربی قرار می گیرند شکی نیست که الگوی رسانه ای از زیبایی، جنسیت و فناوری های سلامت هر دو در نارضایتی از بدن و تغذیه ناسالم و مهار وزن و رفتارهای بیمارگونه خوردن در زنان و مردان آسیب پذیر نقش دارد (۱۸) نکته دیگری که در مطالعات متعدد به آن اشاره گردیده است تأثیر گسترش فرهنگ ها به خصوص فرهنگ غرب و پدیده جهانی شدن بر افزایش مشکلات مربوط به نگرش و رفتارها و اختلالات خوردن می باشد به گونه ای که اختلالات خوردن را پدیده ای متأثر از فرهنگ دانسته اند (۱۹) ضرغامی بیان می دارد که اختلالات خوردن پدیده ای متأثر از فرهنگ است تا وابسته به فرهنگ و لذا باید نسبت گسترش مشکلات مرتبط با خوردن و تصویر بدنی در جوامع در حال توسعه توجه خاصی نشان داد (۲۰) با توجه به یافته های مطالعه حاضر باید اقدامات و آموزشهای لازم از طریق کارشناسان و مسئولان تغذیه، برنامه آموزش همگانی، رسانه جمعی و استفاده از وسایل کمک آموزشی مثل فیلم، پمفلت و پوستر جهت افزایش آگاهی این قشر مهم جامعه در جهت پیشگیری از ابتلاء به اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به نگرش های مختل خوردن صورت گیرد.

یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر استفاده از مقیاس های خود گزارشی است که امکان سوگیری در پاسخ ها را مطرح می کند. محدودیت دیگر در این پژوهش عدم تعمیم نتایج به جمعیت های بالینی مبتلا به اختلالات خوردن و پسران است. پژوهش حاضر بر روی یک نمونه دانشجویی بوده است و پژوهش های بعدی می تواند وجود این اختلال در را پسران مورد بررسی قرار دهد.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله محققان بر خود لازم می دانند که از دانشجویان دختر دانشگاه شیراز که در انجام این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و تشکر بنمایند.

## منابع

- 1- Hoek HW, Hoeken DR.. Rewiew of the prevalence and incidence of eatingdisorder. Behaviour Research and Therapy 2013; 34: 96-383.
- 2- Wood K. Effects of a media intervention program on the body image and eating attitude among children, Body Image 2013, 6, 1-6.
- 3- Safavi M, Mahmoodi M, Roshandel A. Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University, Tehran center branch 3 2009; 19 (2) :129-134.
- 4- Striegel-Moore R H, Bulik C M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. American Psychologist, bythe American Psychological Association 2007; 62 (3): 181–198.
- 5- Garner D M, Garfinkel P E. Sociocultural factors in the development of anorexia nervesia.Psychological Medicine 1983; 10: 647- 656.
- 6- Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. Int J Eat Disord. 2000; 28(3):265-71.
- 7- Stice, E., (2002), Risk and maintenance factor for eating pathology: A meta analytic review, 128, 825-848.
- 8- Maddah M, Nikooyeh B. Obesity among Iranian adolescent girls: location of residence and high-school girls in Tabriz, Iran, in 2001. Food Nutr Bull 2004 ;25(3):288-91.
- 9- Omidvar N, Eghtesadi Sh, Ghazi TM, Minaie S, Samareh S. Body image and its association with body mass index and eating attitudes in young adolescents in Tehran. Research in Medicine(Shahid Beheshti Medicine faculty Journal) 2002; 26(4): 257-264.
- 10- Gargari BP, Behzad MH, Ghassabpour S, Ayat A. Prevalence of overweight and obesity among countries. Epidemiol Rev 2007;29:62-76.
- 11- Collins A. Statistics on eating disorders. Retrieved October 26, 2005,<http://www.annecollins.com/eating-disorders/statistics.htm>.
- 12- Seyadi F, Sanaezadeh F. prevalence of eatingdisorders in High school girl students.[dissertation]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2001.
- 13- Pourghasem Gargari B, Koushavar D, Seyed sajadi N, Karami S, Shahrokhi H .Risk of eating disorders in Tabrizian high school girls in 2007.Med J Tabriz Univ Med Sci2009;30(4):21-6.

## Prevalence of eating disorders and obesity in female student of shiraz university

Rezaei<sup>1</sup> M (MSc.) - Aflakseir<sup>2</sup> A (Ph.D) - Ghayour<sup>3</sup> M(Ph.D).

### Abstract

**Introduction:** The eating disorders are the result of behavioral disorders associated with many complications. This study aimed to determine the prevalence of eating disorder and obesity in female students of Shiraz university.

**Method:** This study was tested in a sample of 302 female student in Shiraz University who were selected by cluster sampling method. To identify individuals with eating disorders, Eating Disorders Diagnosis Scale was used. Background factors such as age and education were also recorded. To define overweight and obesity body mass index were used. Finally SPSS software and descriptive statistics were used for data analysis.

**Results:** In this study, nine tenths percent of the participants were overweight or obese (9/6% overweight and 1/3% obesity) 7/0% Bulimia Nervosa and 3/0% had binge eating disorders. Also several methods were used to assess the validity and reliability of the Eating Disorders Diagnosis Scale.

**Conclusion:** The prevalence obesity and eating disorders in female students are at a significant level, although in contrast to studies in previous years, shows a much reduced. But the impact of these disorders on physical and mental health of adolescents, identifying biological factors, environmental, social and familial role in the creation and development of eating disorders and obesity in this group should be investigated.

**Keywords:** body mass index, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder.

Received: 1 February 2015

Accepted: 8 August 2015

1- Corresponding author: MSc, Shiraz university, Shiraz, Iran

**e-mail:** maryamrezaii85@yahoo.com

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz university, Shiraz, Iran

3- Ph.D, Tehran university, Tehran, Iran