

بررسی رابطه فشارزاهای روانی، تعارضات والد - فرزندی با اختلال بی اشتهایی عصبی در دختران 17 تا 20 ساله شهر بجنورد

محمد محمدی پور¹

تکتم جعفرزاده²

تاریخ دریافت: 93/12/21

تاریخ پذیرش: 93/03/14

چکیده:

مقدمه: به منظور بررسی رابطه فشارزاهای روانی زندگی، تعارضات خانوادگی با اختلال بی اشتهایی عصبی صورت گرفت. روش: طرح این پژوهش ماهیت توصیفی - همبستگی دارد. جامعه تحقیق 120 دختر نوجوان 17 تا 20 ساله شهر بجنورد به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان به پرسشنامه نگرش خوردن یا EAT (گارنر و گریفینکل، 1979)، پرسشنامه مقیاس رتبه بندی والد - کودک (PCRS)، مقیاس کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21). پاسخ دادند. یافته‌ها: نتایج نشان داد: 1 بین تعارض والد-فرزندی و اختلال بی اشتهایی روانی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی رابطه معناداری وجود دارد 2- بین استرس و اختلال بی اشتهایی روانی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی رابطه وجود دارد.

نتایج: تعارض والد-فرزندی و استرس با بی اشتهایی روانی رابطه وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: فشارزاهای روانی، تعارضات خانوادگی، بی اشتهایی عصبی

1- گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. Mmohamadipoor@yahoo.com

2- دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، گروه روانشناسی، بجنورد، ایران

مقدمه:

اصل بقای هر موجود زنده بر تغذیه استوار است. گونه‌های مختلف موجودات زنده از هر گروه و رده‌ای به حکم غریزه به طریقی و به وقت نیاز، می‌خورند و می‌آشامند. از جمیع مخلوقات زنده این انسانها هستند که مدت‌هاست ضرورت آگاهی بر چه خوردن و چگونه خوردن را دریافته‌اند. نیاز به آگاهی از تغذیه صحیح و مناسب برای افراد امری ضروری است. امروزه رسانه‌ها، آگاهی‌های تبلیغاتی و فرهنگ عامیانه در تلاش هستند تا لاغری را امری مثبت نشان دهند و در واقع لاغری را مترادف با سلامتی و موفقیت و زیبایی بیان کنند که این امر زنان را با خطرهای جدی مواجه ساخته است. در DSM-IV-IR بی‌اشتهایی روانی اختلالی است که در آن شخص از داشتن حداقل وزن طبیعی امتناع می‌کند، شدیداً از بالا رفتن وزن خود می‌ترسد و به طور قابل ملاحظه‌ای در مورد بدن خود و شکل آن دچار سوء تعبیر است. بی‌اشتهایی روانی با اختلال عمیق تصویر بدن و پافشاری بر لاغری تا حد گرسنگی کشیدن شخص است. این اختلال در جنس مؤنث شایع‌تر است و شروع آن معمولاً در نوجوانی است (کاپلان، سادوک، 1986) بسیاری از دانشمندان علوم اجتماعی معتقدند که عوامل اجتماعی مانند مقایسه‌ها و ترس از ارزیابی‌های منفی دیگران و همینطور استرس‌های روزمره زندگی نقش مهمی در بروز این اختلال دارند به طوری‌که گفته شده اختلال‌های خوردن فقط یک علت ندارند به احتمال زیاد، بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی از تعامل پیچیده متغیرهای زیستی، فرهنگی، اجتماعی و فردی و از همه مهمتر خانوادگی ناشی می‌شوند. خانواده چیزی بیشتر از مجموعه افرادی است که در یک فضای مادی و روانی خاص به سر می‌برند. خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی است که ویژگی‌های خاص خود را دارد. این نظام اجتماعی مجموعه‌ای از اصول و قواعد را ابداع و برای اعضاء خود نقش‌های متنوعی تعیین می‌کند. علاوه بر این، خانواده از یک ساخت نظام دار قدرت برخوردار است. در طی تعامل اعضاء آن، صورت‌های پیچیده‌ای از پیام‌رسانی‌های آشکار و نهان به وجود آمده و روش‌های مذاکره و مسئله‌گشایی مفصلی را در اختیار اعضا قرار می‌دهد که به آن‌ها اجازه می‌دهد تا تکالیف مختلفی را با موفقیت به انجام برسانند. رابطه‌های اعضای این خرده فرهنگ ۳ رابطه‌ای عمیق و چندلایه است که عمدتاً براساس تاریخچه ادراک‌ها و

فرض‌های مشترک و درونی شده راجع به جهان و اهداف مشترک اعضای خانواده بنا نهاده شده است (گلدنبرگ، ۴، 1995). اعضای خانواده در حین رشد به هویت اختصاصی و یکتای خویش دست می‌یابند اما باز هم به گروه خانوادگی دلبستگی دارند و لذا هویت یا تصویر خاص خود را حفظ خواهند کرد. این اعضا در انزوا زندگی نمی‌کنند بلکه به یکدیگر وابسته‌اند آن هم نه فقط به خاطر پول، غذا یا سرپناه بلکه نیاز به عشق، محبت، همکاری، جامعه‌پذیری ۵ و سایر نیازهای غیرلموس. این افراد برای دستیابی به کارکرد مطلوب باید خود را با نیازها و خواسته‌های سایر اعضا و همچنین انتظارات متغییر شبکه خویشاوندی بزرگتر و در نهایت کل جامعه منطبق سازند. (رایس ۶، 1993). این کنش متقابل در تمام مراحل عمر فرد خود را نشان می‌دهد. از جمله مراحل بسیار مهمی که کنش خانوادگی در آن نمود یافته و متجلی می‌شود، دوره نوجوانی است. دوره نوجوانی دوره‌ای است که فرد با مسائل جدیدی روبه‌رو می‌شود. نوجوان از لحاظ روانی و جسمانی دچار دگرگونی‌هایی می‌شود که گاهی ممکن است باعث بروز اختلالاتی در او گردد. با ورود به سن بلوغ نوجوان احساس می‌کند که دوست دارد مستقلانه زندگی کند. نوجوان در جاده‌ای که مسیر آن از خانواده تا سرنوشت آینده او است تنها می‌باشد. او از این مسیرگریزی ندارد و اغلب با تأکید بر ارزش‌های رایج بین دوستان خود نسبت به دوری از ارزش‌های خانوادگی تمایل نشان می‌دهد (فونتئل ۷؛ به نقل از حاجی زاده، 1384). هسا ۸ (1990)، مطالعات انجام شده در مورد الگوهای کنش خانواده را خلاصه نمود. او اظهار داشت همه یافته‌ها حاکی از آن است که خانواده‌ی افراد دارای اختلالات تغذیه کنش متقابل معشوش تری نسبت به خانواده‌های طبیعی دارند اما مدرکی برای نشان دادن اینکه چنین اغتشاشاتی علت اختلال تغذیه است در دسترس نیست (دادستان 1383). علاوه بر این، پاره‌ای از محققان کوشش نموده‌اند تا ریخت‌روانشناختی خاص والدین و همچنین ویژگی‌های تعاملی را در خانواده افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی تعیین کنند. مادران فرد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی به عنوان افرادی مضطرب، خود بیمارپندار و جاه طلب توصیف شده‌اند که از فرزندان

4. Goldenberg
 5. Socialization
 6. Rice
 7. Fontenelle
 8. Hesa

خویش برای ارزنده سازی خود سود می‌جویند فشار روانی⁹ واکنشی است که فرد در مقابل محرک‌های آزاردهنده از خود نشان می‌دهد و زمانی که یک محرک شدید و فشار آور، آنچه هانس سلیه¹⁰ عامل فشارزا¹¹ می‌نامد، روی موجود زنده تاثیر می‌گذارد، او از طریق سلسله تغییراتی زیست- شیمیایی و فیزیولوژیکی در غدد مترشحه داخلی به آن پاسخ می‌دهد. در واقع سلیه (1974-1975) فشار روانی را "پاسخ عمومی" به محرک می‌دانست، ولی امروزه اکثریت پژوهشگران مطابق با نظریه فولکمن و لازاروس¹² (1984) بر این عقیده اند که فشار روانی چیزی بیشتر از یک «پاسخ عمومی به محرک» می‌باشد (دویس 1998). براساس این دیدگاه شناختی، یک واقعه به خودی خود و بیرون از ذهن معنی خاصی ندارد، بلکه این ذهن شخص و ارزیابی وی از این موقعیت است که به آن معنا می‌دهد، به طوری که موقعیتی که برای یکی فشارزا است ممکن است برای دیگری رویدادی خنثی باشد. فشارزا بودن هر موقعیت معین بستگی به این دارد که چگونه آن را ارزیابی کنیم (کالام و همکاران 1990). و در خود چه توانی برای مقابله با آن ببینیم. بنابراین، دو نکته اساسی را بایستی در مورد «فشارزاهای» در نظر گرفت: الف: به یک واقعه از آن جهت که نتیجه منفی همراه دارد فشارزا گفته نمی‌شود بلکه وقایع مثبت نیز ممکن است به اندازه وقایع منفی احتیاج به سازگاری و تطابق داشته باشند و هیجان همراه آنها می‌تواند مکانیسم عصبی، هورمونی را برای مقابله فعال کند، مانند تولد فرزند و یا ازدواج چگونگی ارزیابی افراد از موقعیتهای فشارزا به عوامل مختلفی از جمله زمینه ژنتیکی، صفات شخصیتی، محیط و تعامل بین عوامل مختلف بستگی دارد. (تامپسون 1978). فشارزاهای بیشتر جنبه شخصی و فردی دارند، در واقع فشارزاهای زندگی افراد از لحاظ نوع و شدت متفاوتند. همچنین رفتارهای مقابله‌ای با این فشارزاهای در همه یکسان نیستند (آرماس و همکاران 2003). براساس همین نگرش پژوهشهای پیرامون سنجش فشار روانی در افراد مختلف انجام گرفته است و قدیمی ترین آن به نیمه اول قرن بیستم بر می‌گردد. اولین مقیاس سنجش فشارزاهای روانی توسط هولمز و راهه¹³ (1967) ساخته شد. آنها بر این اعتقاد بودند

9 . Stress

10 . Hanse_Selye

11. Stressors

12 . Lazarus & Folkman

13 . Holmes & Rahe

که تغییرات زندگی چه مثبت، چه منفی فشارزا هستند. (فرستین، 1987). آنها در پژوهش خود از افراد زیادی خواستند که فهرستی از فشارزاهای مربوط به تغییرات زندگی را تحت عنوان واحدهای متغیر زندگی طبقه بندی کنند. طبق نظر آنها هر رویداد فشارزای زندگی بر اساس اهمیت آن دارای وزن خاصی است. بدیهی است که در زندگی انسان، تجربه هیجانهای منفی، گریز ناپذیر است. فشارزاهای روانی زندگی (استرس ها) که به طور معمول با هیجانهای منفی مرتبط است، با تحریک نمودن و ترشح هورمون هایی که سیستم ایمنی را تضعیف می‌کند، موجب بروز آثار گسترده‌ای بر جسم می‌شود. تجربه هیجانهای منفی، علاوه بر تضعیف سیستم ایمنی، می‌تواند از طریق افزایش رفتارهای ناسالمی مثل نوشیدن الکل، استفاده از مواد مخدر، سیگار کشیدن و بیش از حد غذا خوردن، موجب بیماری گردد. از این رو، تجربه استرس، به زیاده روی در رفتارهای پرخطر منجر می‌شود. نگرش و رفتارها نسبت به خوردن، توسط عوامل چندگانه‌ای نظیر عوامل روان‌شناختی و استرس مشخص می‌شود و این متغیر (استرس) در شکل‌گیری و گسترش اختلالات خوردن نقش بسیار مهمی دارد. استرس روانشناختی و چالش ادراک شده برای بهزیستی، بخش ضروری و تأثیر گذار زندگی است. عادات غذایی، نقش مهمی در مقابله با استرس و فرسودگی‌های عصب‌شناختی و روان‌پزشکی بر عهده دارد. بدیهی است که برخی از غذاها، واکنش به استرس را افزایش می‌دهد و مردم را نسبت به استرس حساستر می‌سازد. (فرستین، 1987؛ و همکاران)

طرح پژوهش: منظور از انجام پژوهش حاضر، دستیابی به پاره‌ای اطلاعات درباره رابطه بین اختلالات خوردن و دو متغیر الف: تعارض والد- فرزند، و فشارزاهای روانی زندگی است. طرح این پژوهش ماهیت توصیفی - همبستگی دارد. در چنین مطالعاتی نوعاً از دستکاری آزمایشی استفاده نمی‌شود و فقط به جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه و یا مصاحبه پرداخته می‌شود.

آزمودنیها: جامعه آماری این پژوهش شامل 120 نفر از دختران نوجوان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی هستند که تشخیص اختلال خوردن دریافت کردند. به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از پرسشنامه مقیاس نگرش به تغذیه (Eat-26)، 50 نفر از زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی بعنوان افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی

شناخته شدند. پس از اجرای پرسشنامه مذکور و تشخیص این اختلال در زنان مراجعه کننده، سه پرسشنامه بعدی را اجرا کرده و تأثیر آنها را بر روی متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار دادیم. ابزار:

1. "آزمون نگرش به تغذیه" (EAT-26): پرسشنامه نگرش‌های خوردن یا EAT (گارنر و گریفینکل، 1979) در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی ۱۵ برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمار گونه خوردن به کار می‌رود و کارآمدی آن در شناسایی بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی تایید شده است. پایین‌ترین نمره‌ای که به فرد تعلق می‌گیرد، صفر و بیشترین نمره 78 است. در مطالعه حاضر آلفای کرانباخ برای پرسشنامه مذکور 78٪ بدست آمد

2. مقیاس کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 در سال 1995 توسط لایبوند و لایبوند تهیه شد پایایی این آزمون به روش بازآزمایی وبا فاصله زمانی دو هفته بر روی 15 نفر از دانشجویان دوره کارشناسی برابر با 98٪ و همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ و بر روی 24 نفر از دانشجویان دوره کارشناسی برابر با 83٪ به دست آمد.

3. مقیاس رتبه بندی والد - کودک (۱۶) (PCRS): «مقایس رتبه بندی والد- کودک»، یک ابزار 24 سئوالی است که توسط مارک ای. فاین، جی. ار. مورلند و اندرو شوبل ۱۷ برای سنجیدن نظر جوانان درباره رابطه آنها با والدینشان طراحی شده است. این ابزار اساساً برای سنجیدن اثرات طلاق بر فرزندان بزرگ والدین مطلقه ساخته شد، اما به نظر می‌رسد که این ابزار برای سنجیدن رابطه هر کودکی (حتی خردسالان) با والدین شان مفید است. در پژوهشی که پرهیزگار (1381) انجام داده است ضرایب پایایی محاسبه شده برای پرسشنامه فرم پدر برابر با 93٪ و برای فرم مادر 92٪ بوده است که نشان دهنده همسانی درونی خوبی است.

روند اجرای پژوهش: در ابتدای کار، بر اساس شرایط شمول در تحقیق، به چند کلینیک تخصصی تغذیه و رژیم درمانی در نقاط مختلف شهر بجنورد مراجعه شد. از میان دختران نوجوانی که به

14. Eating Attitude Test

15. Self - rating

16 . Parent-child Relationship survey(PCRS)

17 . Mark A.Fine,j.R.Moreland and Andrew schwebel

این مراکز مراجعه می کردند تعداد 120 نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و دعوت به شرکت در طرح پژوهشی شدند. منتخبین به آزمون نگرش به تغذیه طی جلسات مراجعه پاسخ دادند. از این تعداد، 50 نفر که عمدتاً زنان 17 تا 20 ساله را شامل می شدند تحت نظر پزشک متخصص تشخیص بی اشتهای عصبی رادریافت کردند. سپس در طول مدت یک ماه پیگیری، دو پرسشنامه بعدی (تعارض والد- فرزندی، و فشارزاهای روانی زندگی) به ترتیب در مورد این افراد اجرا شد.

یافته‌ها

جدول 1 آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین تعارض والد - فرزندی و اختلال بی اشتهایی روانی در دختران مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی

سطح معنی داری	ضریب همبستگی	زنان دارای اختلال بی اشتهایی روانی			شاخصهای آماری متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
0/000	-0/655	14/51	61/60	50	والد_ فرزندی

بر اساس یافته‌های موجود در جدول 1، ضریب همبستگی بین نمرات والد- فرزندی و اختلال بی اشتهایی روانی برابر 0/655- و معنا دار است زیرا سطح معنی داری آن برابر با 0/000 است که از 0/05 کمتر می باشد بنابراین با اطمینان 95 درصد می توان گفت بین تعارض والد - فرزندی و اختلال بی اشتهایی روانی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد یعنی با ارتقاء روابط والد- فرزندی میزان اختلال بی اشتهایی روانی کاهش می یابد.

بین فشارزاهای روانی زندگی و اختلال بی اشتهایی روانی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی رابطه وجود دارد. در این پژوهش منظور از فشارزاهای روانی زندگی، استرس می باشد. برای بررسی این فرضیه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده می شود. نتایج در جدول 2 نشان داده شده است.

جدول 2 آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین فشارزاهای روانی زندگی و اختلال بی اشتهایی روانی در

زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی

سطح معنی داری	ضریب همبستگی	زنان دارای اختلال بی اشتها بی روانی			شاخصهای آماری مقیاس
		انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
0/09	0/213	3/89	6/38	12	استرس

بحث و نتیجه گیری:

بین تعارض والد _ فرزند و اختلال بی اشتها بی روانی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی رابطه وجود دارد. آزمون فرض انجام شده در این تحقیق نشان می‌دهد که بین تعارض والد - فرزند و اختلال بی اشتها بی روانی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ($P < 0.000$). به بیان دیگر یعنی با ارتقاء روابط والد- فرزند میزان اختلال بی اشتها بی روانی کاهش می‌یابد. در تبیین این مسئله می‌توان گفت که دخترانی که والدین شان از سبک مستبدانه پیروی می‌کنند نمرات بیشتری در مقیاس MEBS (سنجش رفتار تغذیه‌ای مینه سوتا) کسب می‌کنند و لذا بیشتر احتمال دارد که رفتارهای نابهنجار در زمینه خوردن داشته باشند. آنها بیشتر دست به رفتارهای جبرانی زده و در ارتباط با وزن بدن خود بیشتر اشتغال ذهنی دارند، بنابراین نسبت به سایر نوجوانان علائم نابهنجار بیشتری دارند. شاید بتوان معناداری این رابطه را چنین بیان کرد که اینگونه والدین معمولاً نیازهای فرزندشان را به درستی درک نمی‌کنند، بیش از حد از فرزندانشان حمایت می‌کنند یا عکس آن والدینی قاطع، پردکننده، انعطاف ناپذیر، زورگو و خشن هستند که آشفتگی در افکار و رفتار نسبت به فرزندشان صفت بارز آنها را تشکیل می‌دهد و همین عوامل ممکن است بعنوان عامل اصلی در وجود رابطه بین تعارض والد _ فرزند و بی اشتها بی عصبی در نظر گرفته شود. و بین فشارزاهای روانی زندگی و اختلال بی اشتها بی روانی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی رابطه وجود دارد.

کتابنامه:

سادوک، ویرجینیا؛ و سادوک، بنیامین. (1388). خلاصه روانپزشکی (علوم رفتاری _ روانپزشکی بالینی). ترجمه نصرت الله پور افکاری. تهران: انتشارات شهر آب (ویرایش دهم).
فونتتل، دن. (1386) کلی دهای رفتار با نوجوانا. ن ترجمه: مسعود حاج یزاده و اکرمقیطاس. تهران: انتشارات صابرین).

. دادستان، پ. (1383). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (جلد دوم).

تهران: انتشارات سمت

Goldenberg, I. , & Goldenberg , H. (1995). Family Therapy. In R. J. , Corsini & Wedding (Eds.), Current psychotherapies (pp. 375-406). Itasca, IL: F. E. peacock publication

Rice, E. P. (1993). Intimate relationships, marriage and families. Mountain, CA: Mayfield .

Davis, D. L. , Goldlibe, M. B. , & Stampnitzky, J. R. (1998). Reduced ratio of male to female births in several industrial countries. Journal of the American Medical

Assosiation, 279, 1018-1023 .

Calam, G. , Waller, P. , & Slade, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. International Journal of Eating Disorder, 9, 479-485 .

Thompson, M. E. (1978). Self-Image: An important concept for study skills professionals. Paper presented at the Annual Meeting of the North Central Reading Association, Indiana. Retrieved from <http://www.eric.com> .

Aramats, C. A, Moran, L. & Sands, R. T. (2003). Gender differences in body image concerns and depression amongst Australian adolescents, The Abstracts of the 38th Conference of the Australian .

Friestin, M. A. & Brownell, K. D. (1987). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation, Psychological Bulletin, 117: 3 - 20 . .

Friestin, M. A. & Aramats, C. A, Moran, L. & Sands, R. T. (1987). Gender differences in body image concerns and depression amongst Australian adolescents, The Abstracts of the 38th Conference of the Australian Psychological Society

