



ارتباط اختلال خوردن با افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد

سال ۱۳۹۲

نویسندگان: فاطمه حسینی کسنویه^۱، آزاده نجارزاده^۲، زهرا شرافت^۳، سید مجید توحی^۴

۱. استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲. استادیار گروه تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳. نویسنده مسئول: روانپزشک شاغل، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۷۰۲۷۳ Email: dr.ghazal.sherafat@gmail.com

۴. پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد

چکیده

مقدمه: اختلال خوردن یکی از اختلالات شایع روانی به شمار می‌رود که باعث مشکلات متعددی در سلامت جسمی و عملکرد روانی و کیفیت زندگی می‌شوند. این مطالعه به منظور بررسی اختلال خوردن و رابطه آن با افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد یزد در سال ۱۳۹۲ صورت گرفت.

روش بررسی: در یک مطالعه توصیفی با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰۰ نفر از دانشجویان با استفاده از ۲ پرسشنامه: نگرش خوردن eat-26 و افسردگی بک، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون chi square و fisher exact و Anova مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج این پژوهش، ۷/۵٪ دانشجویان اختلال خوردن، ۲۵/۸٪ افسردگی متوسط و ۲۲٪ افسردگی شدید داشتند. فراوانی نسبی اختلالات خوردن در دانشجویان پزشکی برحسب سن، جنس، وضعیت سکونت و وضعیت تأهل یکسان بود. همچنین بین فراوانی نسبی اختلالات خوردن در دانشجویان با شدت افسردگی رابطه معنی‌دار وجود داشت ($p=0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که بین اختلال خوردن و شدت افسردگی رابطه وجود دارد. بنابراین آموزش دانشجویان توسط مراکز مشاوره در رابطه با اختلالات خوردن و افسردگی می‌تواند در تشخیص و درمان زودرس این اختلالات مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال خوردن، افسردگی، تشخیص

طلوع بهداشت

دوماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: ششم

ویژه‌نامه ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸



مقدمه

امروزه اختلالات خوردن یکی از مورد توجه ترین اختلالات روانی به شمار می‌روند و شیوع آن در دهه‌های اخیر افزایش یافته است. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می‌شوند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کنند و همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ و میر شوند. اختلالات خوردن طی سال‌های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است و به نظرمی رسد که همچنان پژوهش‌های بیشتری در زمینه شناخت عوامل مؤثر در ایجاد، تداوم و نیز درمان این اختلالات مورد نیاز است (۱).

اختلالات خوردن می‌تواند عوارض قابل توجهی ایجاد کند. همچنین می‌تواند با پوکی استخوان و اختلالات دستگاه گوارش و غدد درون ریز و اختلالات خلقی همچون افسردگی همراه باشد (۲).

اختلالات خوردن نتیجه اختلالات رفتاری است که با عوارض فراوانی حتی مرگ همراه است. این اختلالات به سه شکل، بی‌اشتهایی عصبی AN، پرخوری عصبی BN و اختلال خوردن نامعین NOS وجود دارد (۳).

انواع اختلالات خوردن در ۵/۹ درصد زنان و ۲/۸ درصد مردان گزارش شده است. شایعترین سن شروع در دوران نوجوانی است و شایعترین اختلال روانپزشکی همراه با بی‌اشتهایی عصبی در ۶۵ درصد موارد با افسردگی همراه است، جمعیت هراسی در ۳۴ درصد موارد آن دیده می‌شود و اختلال وسواسی - جبری در ۲۶ درصد موارد این اختلال وجود دارد (۴).

شیوع همزمان اختلالات افسردگی اساسی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بالاست؛ اختلالات افسردگی اساسی و افسرده

خوبی در ۵۰٪ بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی گزارش شده است. در نوع پرخوری - پاکسازی بی‌اشتهایی عصبی میزان خودکشی بالاتر از نوع محدودکننده است (۵).

پراشتهایی عصبی شایع‌تر از بی‌اشتهایی عصبی است. تخمین‌های شیوع این اختلال بین ۲ تا ۴ درصد در زن‌های جوان است (۶). در بیماران دچار پراشتهایی عصبی میزان اختلالات خلقی و اختلالات کنترل تکانه بالاست (۷). در تحقیقی که توسط ابرامس و همکارانش در آمریکا در سال ۱۹۹۳ روی ۱۲۶ نفر از دختران سیاه‌پوست و سفیدپوست جهت بررسی اختلال خوردن و رفتارهای روانی و هویت قومی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که اختلالات خوردن با افسردگی و اضطراب و عزت‌نفس پایین‌تر در هر گروه در ارتباط است (۸).

در مطالعه‌ای که توسط وین کلمن و همکارانش در سال ۱۹۹۹ در آمریکا بر روی ۲۱۷ نفر از دانش‌آموزان کالج و همچنین ۲۴ نفر دارای اختلالات خوردن و ۲۰۷ نفر از افراد افسرده جهت بررسی شیوع و ارتباط اختلال خوردن و اختلال خواب انجام شد به این نتیجه رسیدند که شیوع اختلال خواب در کسانی که اختلال خوردن دارند ۲ برابر کسانی است که اختلال خوردن ندارند و کسانی که اختلال خوردن دارند سطح بالاتری از افسردگی را دارا هستند (۹). در تحقیقی که توسط موریک کورکاس و همکارانش در سال ۲۰۰۰ در فرانسه روی ۳۲ نفر از زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی و ۳۲ نفر از زنان مبتلا به پرخوری عصبی غیر مبتدی و همچنین ۷۴ نفر از زنان سالم جهت بررسی آلکسیتمیا و افسردگی در اختلال خوردن انجام دادند به این نتیجه رسیدند که نمرات افسردگی و الکسیستمیا به‌طور قابل توجهی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بالاتر از بیماران



سال ۲۰۱۳ در یونان بر روی ۱۸۶۵ نفر از دانشجویان دانشگاه آتن جهت ارزیابی خط اختلال خوردن و نقش محوری اضطراب با افسردگی و جنسیت انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ۳۹/۷ درصد موارد در معرض اختلالات خوردن بودند و اختلال خوردن در زنان بیشتر است همچنین افسردگی، استرس و اضطراب در دانش آموزان با خطر ابتلا به اختلال خوردن بالاتر بود (۱۵). در مطالعه‌ای که توسط Hoek در سال ۱۹۹۳ منتشر شد بروز تخمینی بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی در جمعیت هلند به ترتیب ۸/۱ و ۱۱/۴ درصد هزار جمعیت و شیوع نقطه این دو در خانم‌های جوان به ترتیب ۰/۲۸ و ۱ درصد گزارش و عنوان نمود که در پنجاه سال گذشته، بروز این مشکلات در افراد ۲۴-۱۵ ساله به شدت افزایش یافته است (۱۶). با توجه به افزایش شیوع اختلالات خوردن و اینکه این بیماری، می‌تواند عوارض قابل توجهی ایجاد کند و با پوکی استخوان و اختلالات دستگاه گوارش و غدد درون‌ریز و اختلالات خلقی همچون افسردگی و... همراه شود (۲)، شناسایی زودهنگام و مداخله در اختلالات خوردن می‌تواند خطر پیشرفت بیماری‌های مرتبط با آن را کاهش دهد (۱۷) و با توجه به اهمیت تشخیص و درمان اختلال خوردن و ارتباط تنگاتنگی که با فرهنگ منطقه و اختلالات خلقی همچون افسردگی دارد، پژوهش حاضر باهدف تعیین اختلال خوردن و ارتباط آن با افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه آزادشهر یزد انجام شد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی است. جامعه آماری ۴۰۰ نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد یزد در سال ۱۳۹۲ بوده که به روش سرشماری انتخاب شدند. قبل از

مبتلا به پراشتهایی عصبی هست (۱۰). در تحقیقی که توسط البرتواسینا ایزگوری و همکارانش در اسپانیا در سال ۲۰۰۴ جهت بررسی اضطراب و ارتباط آن با افسردگی در اختلالات خوردن روی ۱۵۱ زن مبتلا با اختلالات خوردن و ۵۱ زن بدون اختلالات خوردن صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نرخ بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به زنان سالم دارند (۱۱). در تحقیقی که سوزان مازنو و همکارانش در کشور در سال ۲۰۰۶ روی ۱۱۱۹ خانم که سابقه یک زایمان و بیشتر را داشتند جهت بررسی ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و اختلال خوردن به این نتیجه رسیدند که علائم افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان در زنان با سابقه اختلالات خوردن بالا بود و پرخوری عصبی با علائم پس از زایمان ارتباط مستقیم داشتند (۱۲). در تحقیقی که توسط ساندر تورس و همکارانش در سال ۲۰۱۱ در پرتغال روی ۸۰ زن ۳۴-۱۳ سال جهت بررسی شیوع آلکسیتمیا و افسردگی در بی‌اشتهایی عصبی و ارتباط آن با متغیرهای بالینی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شیوع آلکسیتمیا و افسردگی در مبتلایان بی‌اشتهایی عصبی ۶۲/۵ درصد و در افراد سالم ۱۲/۵ درصد است که به‌طور قابل توجهی بین دو گروه متفاوت است و در گروه مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بیشتر است (۱۳). در تحقیقی که دکتر پرویز عسگری و همکارانش در سال ۱۳۸۸ در اهواز روی ۱۴۵ نفر از زنان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین فشار روانی که سبب اختلالات روانی همچون افسردگی می‌شود و اختلالات تغذیه و مؤلفه‌های آن در زمینه بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد [۱۴]. در تحقیقی که فراگوس و همکارانش در



می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۷۸ است و در پژوهشی ضریب همبستگی EAT-26 معادل ۰/۸۱ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۸).

۲- پرسشنامه استاندارد بک، شامل ۲۱ سؤال است. هر پرسش دارای ۴ گزینه است که گزینه‌ها به ترتیب امتیاز صفر تا سه را دارند. آنچه در نهایت میزان افسردگی را تعیین می‌کند، مجموع نمراتی است که از پاسخ به این ۲۱ سؤال کسب می‌شود. دامنه نمرات می‌تواند از صفر تا ۶۳ متغیر باشد. در صورتی که مجموع نمرات از ۰ تا ۴ باشد افسردگی وجود ندارد یا در کمترین حد است. در صورتی که از ۵ تا ۷ باشد افسردگی خفیف و اگر از ۸ تا ۱۵ باشد افسردگی متوسط و در نهایت افسردگی شدید به نمرات بالای ۱۶ اختصاص می‌یابد.

یافته‌ها

طبق آمار توصیفی شرکت‌کنندگان این مطالعه، ۱۴۹ نفر (۳۷/۳٪) پسر و بقیه یعنی ۲۵۱ نفر (۶۲/۸٪) دختر بودند. میانگین سن نمونه‌های مورد بررسی $22/36 \pm 2/57$ سال با دامنه تغییرات ۱۸ تا ۳۹ سال بود. میانگین نمره اختلال خوردن در کل نمونه‌ها $7/06 \pm 23/7$ با دامنه تغییرات از ۰ تا ۴۷ نمره و میانگین نمره اختلال خوردن در کسانی که اختلال خوردن دارند یعنی نمره بالای ۲۰ را کسب کردند $6/49 \pm 26/86$ بود.

میانگین نمره افسردگی در کل نمونه $8/86 \pm 9/36$ با دامنه تغییرات از ۰ تا ۴۹ نمره به دست آمد. از کل افراد شرکت‌کننده، ۳۵۷ نفر (۸۹/۳٪) مجرد و ۴۱ نفر (۱۰/۳٪) متأهل و ۲ نفر (۰/۵٪) جدا شده بودند. همچنین از این تعداد ۲۵۰ نفر (۶۲/۵٪) با خانواده و ۱۴۶ نفر (۳۶/۵٪) بدون خانواده

تکمیل پرسشنامه به دانشجویان در مورد هدف از طرح اطلاع‌رسانی شد و بین کسانی که حاضر به شرکت در طرح بودند، پرسشنامه‌ای که شامل دو بخش بود، بخش اول مربوط به متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، وضعیت تأهل و سکونت) و بخش دوم شامل پرسشنامه استاندارد بک و پرسشنامه EAT-26 به صورت بی‌نام، توزیع گشت.

به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات داده‌شده، محرمانه خواهد ماند. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS17 و آزمون‌های آماری Fisher's exact و ANOVA و Chi-Square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه نگرش خوردن «EAT26» و پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای افسردگی بک، بود.

۱- پرسشنامه نگرش‌های خوردن EAT-26 یک آزمون خودسنجی ۲۶ گویه‌ایست که نگرش‌ها و رفتارهای آسیب‌زای مربوط به خوردن را می‌سنجد. نمره‌گذاری EAT-26 به صورت همیشه، بیشتر اوقات، خیلی اوقات، گاهی، به ندرت و هرگز است که از سؤال ۱ تا ۲۵ به ترتیب ۳، ۲، ۱ و سه گزینه آخر نمره صفر می‌گیرند. گزینه‌های «گاهی، به ندرت و هرگز» در سؤال ۲۶ به ترتیب ۱، ۲ و ۳ امتیاز و مابقی گزینه‌ها ارزشی برابر صفر دارند. در صورتی که پاسخ‌دهندگان به سؤال ۹ "بعد از خوردن استفراغ می‌کنم" پاسخ همیشه و تقریباً همیشه بدهند، متیلا به پرخوری عصبی و در صورتی که پاسخ‌دهندگان به سؤال ۲ "از غذا خوردن حتی هنگامی که گرسنه هستم پرهیز می‌کنم." پاسخ همیشه و تقریباً همیشه بدهند، متیلا به بی‌اشتهایی عصبی در نظر گرفته می‌شوند. اگر مجموع نمره فرد مساوی یا بیش از بیست باشد وی در معرض خطر اختلال خوردن در نظر گرفته



زندگی می‌کردند ۴ نفر که ۱٪ می‌شدند وضعیت سکونت خود را مشخص نکرده بودند. ۳۷۰ نفر (۹۲/۵٪) از شرکت کنندگان، فاقد اختلالات خوردن و ۳۰ نفر (۷/۵٪) دارای اختلالات خوردن بودند.

از نظر میزان افسردگی، ۱۵۰ نفر (۳۷ / ۵٪) نرمال، ۵۹ نفر بین اختلالات خوردن باسن، جنس، محل سکونت و وضعیت تأهل، می‌باشند (جدول ۱).

از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۱). بین شدت افسردگی اختلال خوردن از نظر آماری رابطه معنی‌دار وجود داشت $p=0/01$ (جدول ۲).

دارای افسردگی خفیف، ۱۰۳ نفر (۲۵/۸٪) دارای افسردگی متوسط و ۸۸ نفر (۲۲٪) دارای افسردگی شدید

جدول ۱: فراوانی نسبی اختلال خوردن در نمونه‌های مورد بررسی برحسب ویژگی‌های دموگرافیک

P	دارای اختلال خوردن		فاقد اختلال خوردن		جنس
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰.۲۱۳	۱۴۹	۵.۴	۸	۹۴.۶	پسر
	۲۵۱	۸.۸	۲۲	۹۱.۲	دختر
۰.۱۱۷	۳۵۷	۶.۷	۲۴	۹۳.۳	متأهل
	۴۳	۱۴	۶	۸۶	مجرد
۰.۶۰۱	۲۵۰	۶.۸	۱۷	۹۳.۲	سکونت
	۱۴۶	۸.۲	۱۲	۹۱.۸	با خانواده
۰.۰۶۵	۵۴	۵.۶	۳	۹۴.۴	سن
	۲۵۴	۵.۹	۱۵	۹۴.۱	۱۹-۱۸
	۹۱	۱۳.۲	۱۲	۸۶.۸	۲۴-۲۰
					۳۹-۲۵



جدول ۲: توزیع درجات افسردگی در نمونه‌های مورد بررسی برحسب اختلال خوردن

افسردگی	فاقد اختلال خوردن		دارای اختلال خوردن		جمع	درصد	P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
طبیعی	۱۴۶	۳۹.۵	۴	۱۳.۳	۱۵۰	۳۷.۵	0.01
خفیف	۵۵	۱۴.۹	۴	۱۳.۳	۵۹	۱۴.۸	
متوسط	۹۶	۲۵.۹	۷	۲۳.۳	۱۰۳	۲۵.۸	
شدید	۷۳	۱۹.۷	۱۵	۵۰	۸۸	۲۲	

بحث و نتیجه‌گیری

همچون افسردگی باشد (۲۱). در مطالعه‌ای که توسط وین کلمن و همکارانش در سال ۱۹۹۹ در امریکا بر روی ۲۱۷ نفر از دانش‌آموزان کالج و همچنین ۲۴ نفر دارای اختلالات خوردن و ۲۰۷ نفر از افراد افسرده جهت بررسی شیوع و ارتباط اختلال خوردن و اختلال خواب انجام شد به این نتیجه رسیدند که شیوع اختلال خواب در کسانی که اختلال خوردن دارند ۲ برابر کسانی است که اختلال خوردن ندارند و کسانی که اختلال خوردن دارند سطح بالاتری از افسردگی را دارا هستند (۹). در تحقیقی که توسط البرتواسپینا ایزگوری و همکارانش در اسپانیا در سال ۲۰۰۴ جهت بررسی اضطراب و ارتباط آن با افسردگی در اختلالات خوردن روی ۱۵۱ زن مبتلا با اختلالات خوردن و ۵۱ زن بدون اختلالات خوردن صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نرخ بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به زنان سالم دارند (۱۱). در تحقیقی که در ترکیه توسط نسیم کوگو و همکارانش در سال ۲۰۰۶ بر روی ۹۵۱ نفر از دانشجویان دانشگاه پزشکی کمهوزیت جهت بررسی شیوع اختلالات خوردن در دانشجویان دانشگاه و رابطه آن با برخی مشخصه‌های فردی انجام دادند به این نتیجه رسیدند اکثریت افراد فاقد اختلالات خوردن می‌باشند و در گروهی که اختلالات خوردن دارند

امروزه اختلالات خوردن یکی از مورد توجه‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌روند و شیوعان دردهای اخیر افزایش یافته است. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می‌شوند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کنند و همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ‌ومیر شوند (۱).

اختلالات غذا خوردن در کشورهای غربی که در آن جوامع شکل و اندازه بدن به‌خصوص برای دختران جوان بسیار مهم است شایع تر است (۱۸). با این حال، اختلالات خوردن در کشورهای غیر غربی نیز به‌خوبی پرداخته شده است (۱۹).

برخی مطالعات اختلالات خوردن را در دانشجویان بین ۸ تا ۱۷ درصد تخمین زده‌اند و ذکر شده بسیاری از دانشجویان با آسیب‌های قابل توجه اختلالات خوردن تشخیص داده نشده و تحت درمان قرار نمی‌گیرند (۲۰).

با وجود افزایش اهمیت این موضوع، این مطالعات میان دانشجویان دانشگاه‌ها به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه به ندرت انجام شده است. اختلالات خوردن در دانشجویان دانشگاه ممکن است مربوط به سبک رژیم‌های غذایی، وعده‌های غذایی و اختلالات هیجانی یا روانی



به‌طور مشابه، در پژوهش حاضر نیز، سطح بالاتر افسردگی در افراد دارای اختلال خوردن مشاهده شد. در تحقیقی که توسط بیدلوسکی و همکارانش در فرانسه در سال ۲۰۰۵ بر روی ۷۰ نفر از زنان مبتلابه اختلالات خوردن و همچنین ۷۰ نفر از زنان فاقد اختلالات خوردن جهت بررسی از نظر افسردگی، اضطراب انجام دادند. به این نتیجه رسیدند که اختلالات مشخص شده در احساسات افراد مبتلابه اختلال خوردن مستقل از اختلالات خلقی هست (۲۶). این مطالعه با نتیجه پژوهش حاضر ناهم‌سو هست که دلیل آن، می‌تواند شرایط فرهنگی متفاوت باشد. نتیجه این مطالعه از نظر ارتباط اختلال خوردن با افسردگی با مطالعه فراکگوس و همکارانش همخوان، ولی از نظر فراوانی اختلال خوردن در جنس مؤنث، با پژوهش حاضر ناهمخوان بود (۲۷).

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه که ارتباط افسردگی و اختلال خوردن را نشان می‌دهند و با توجه به افزایش فراوانی اختلال خوردن در جوامع، غربالگری و درمان به‌موقع اختلال خوردن و همچنین توجه به همبودی احتمالی افسردگی در هر بیمار، پیشنهاد می‌گردد. محدودیت‌های این پژوهش عدم همکاری بعضی از دانشجویان برای پر کردن پرسشنامه‌ها و روش مقطعی مطالعه است.

اعتمادبه‌نفس، وحدت و دل‌بستگی عاطفی کمتر و افسردگی و سوءاستفاده‌ای جنسی و عاطفی بیشتر است (۲۲). در تحقیقی که بیریتانی و همکارانش در سال ۲۰۱۲ در آمریکا روی ۵۷۴ نفر از افراد جوان انجام دادند. به این نتیجه رسیدند که از دست دادن کنترل الگوی غذایی در جوانان که می‌تواند ناشی از اختلالات خلقی از جمله افسردگی باشد باعث بدتر شدن اختلال خوردن یا افزایش وزن می‌شود (۲۳).

در تحقیقی که دکتر همل و همکارانش در سال ۲۰۱۲ در آمریکا روی ۷۵ نفر جهت مقایسه روابط اجتماعی و بررسی اختلال خوردن در دختران نوجوان با اختلال افسردگی و افراد سالم انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مقایسه اجتماعی از نظر بدن و افسردگی ارتباط قوی با اختلال خوردن دارد و درمان افراد جوان مبتلابه اختلال خوردن سبب کاهش آن‌ها می‌شود (۲۴). در تحقیقی که وفایی و همکارانش در سال ۱۳۸۹ در تهران روی ۴۰۳ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که باورهای ناسازگار که ریشه در اختلالات خلقی همچون افسردگی دارد و باورهای اختلال خوردن می‌توانند زمینه ایجاد علائم اختلالات خوردن را فراهم آورند (۲۵).

References

- 1-Dalle GR. Eating disorders: progress and challenges. *Journal of Intern Med* 2011; 22(2): 153-60.
- 2- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet Journal* 2003; 361(9355): 407-16.
- 3- Golden NH. Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol Journal* 2003;17(1):57-73.
- 4-Benjamin J Sadock, Virginia A Sadock, Pedro Ruiz, Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed: USA Lippincott Williams &Wilkins 2009 2(19):2128-49.



- 5 - Lucka I. Depression syndromes in patients suffering from anorexia nervosa. *Journal of Psychiatria Polska* 2004; 38 (4): 621–9.
- 6 - Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *MedGenMed Journal* 2004; 6 (3): 49.
- 7 - Sadock Benjamin J, Sdock Virginia A. *Packet Handbook of clinical Psychiatry*, chapter 19, 2009, 259-68.
- 8 - Abrams K. K, Allen L. R. and Gray J. J. Disordered eating attitudes and behaviors, psychological adjustment, and ethnic identity: A comparison of black and white female college students. *International Journal of Eat. Disord* 1993; 14(1): 49–57.
- 9 - Winkelman J.W, Herzog D. B, Fava M. The prevalence of sleep-related eating disorder in psychiatric and non-psychiatric populations. *Psychological Medicine Journal* 1999; 29(6): 1461-66
- 10 - Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Stephan P, Jeammet P, Loas G. Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research Journal* 2000; 93(3): 263-266.
- 11 - Eizaguirre AE, Ortego Saenz de Cabezón A, Ochoa de Alda I, Olariaga L, Juaniz M. Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences Journal* 2004; 36(2): 321-331.
- 12 - Mazzeo S E. Slof-Op't Landt M C T, Jones I, Mitchell K, Kendler K S, Neale M C, Aggen S H, Bulik, C M. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int. J. Eat. Disord* 2006; 39(3): 202–11
- 13 - Torres S, Prista Guerra M, Lencastre L, Vieira F, Roma-Torres A, Brandão I. Prevalence of alexithymia in anorexia nervosa and its association with clinical and sociodemographic variables. *Bras Psiquiatr Journal* 2011; 60(3): 182-9.
- 14 - Asgari P, Pasha GH, Aminyan M. Relationship between Emotion Regulation, Metal Stresses and Body Image with Eating Disorders of Women. *Andisheh va Raftar*. 1388; 4(13): 65-78.
- 15 - Fragkos KC, Frangos CC. Assessing eating disorder risk: the pivotal role of achievement anxiety, depression and female gender in non-clinical samples. *Nutrients Journal* 2013; 5(3): 811-28.
- 16 - Hoek HW, Van HD. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int Eating disord Journal* 2003; 34(3): 383 -96
- 17 - Greenfield SF, Shoe MF. Prevention of psychiatric disorders. *Harv Rev Psychiat Journal* 1995; 3(3): 115-29.



- 18 - Babae S, Khoda-panahi M, Sedgh poor B. validating and investigating reliability of the Eating Attitude Test. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 1 (1):13-14
- 18 - Woolrich RA, Cooper MJ, Turner HM. Metacognition in patients with anorexia nervosa, dieting and none dieting women: A preliminary study. *Eur Eat Disord Journal* 2008; 16(1): 11-20.
- 19 - Austin SB, Ziyadeh NJ, Forman S, et al. screening high school students for eating disorders: Results of a National Initiative. *Pre chronic Dis Journal* 2008; 5(4):145-60.
- 20-Edman J, Yates A. Eating attitudes among college students in Malaysia: an ethnic and gender comparison. *Euro Eat Disorders Journal* 2004; 12(3):190-6.
- 21-Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, et al. Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J Am Coll Health* 2011; 59(8): 700-7.
- 22 - Tsai MR, change YJ, Lien PJ, et al. Survey on eating disorders related thoughts, behaviors and dietary intake in female junior high school students in Taiwan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2011; 20(2):196-205.
- 23-Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. The Prevalence of Eating Disorders Among University Students and the Relationship with Some Individual Characteristics. *Aust N Z Journal of Psychiatry* 2006; 40(2):129-35.
- 24 - Brittany E, Matheson, Tanofsky- Kraffm, Shafer- Berger S, Sedaka N, Mooreville M, Reina S, Vannucci A, Shomaker L, Yanovski S, Yanovski J. Eating Patterns in youth with and without loss of control Eating. *int Eat Disord Journal* 2012; 45(8): 951 -61.
- 25 - Hamel A, Zaitsoff sh, Taylor A, Menna R, Grange D. Body- Related Social Comparison and Disordered Eating among Adolescent Females with an eating Disorder, Depressive Disorder, and Healthy Controls. *Nutrients Journal* 2012; 4(9): 1260- 72.
- 26- Vafae M, Shayeghian Z, Rasolzadeh Tabatabaye K. the Mediating Role of Maladaptive Core Beliefs and Eating Disorder Beliefs in the Relationship between parental Bonding and Eating Disorder Symptoms, *Advances in Cognitive Science Journal* 2010; 11(4): 29-39 [persian].
- 27-Bydlowski, S, Corcos, M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, Chambry J, Consoli S M. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord* 2005; 37(4): 321–9.
- 28-Fragkos KC, Frangos CC. Assessing eating disorder risk: the pivotal role of achievement anxiety, depression and female gender in non-clinical samples. *Nutrients Journal* 2013; 5(3):811-28.



Association between Eating Disorder and Depression among Medical Students of Islamic Azad university of Yazd in 2013

Hosseini kasnaviyeh F(PhD)¹, Najarzadeh A(PhD)², Sherafat Z(MD)³, Tavajohi.seyed M(MD)⁴

1. Assistant professor, Department of psychiatry, Shahid sadoughi university of medical sciences, Yazd, Iran

2. Assistant professor, Department of nutrition, Shahid sadoughi university of medical sciences, Yazd, Iran

3. MD, Department of psychiatry, Shahid sadoughi university of medical sciences, Yazd, Iran

4. MD, Azad university of medical sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Eating disorder is one of the most prevalent psychiatric disorders that cause various problems for physical health, psychological functioning and quality of life. The purpose of this study was to evaluate and determine the association between eating disorder and depression among medical students of Free University of Yazd, Iran in 2013.

Methods: In a descriptive study, a total of 400 medical students were selected via convenient sampling. Students were assessed by 2 questionnaires: Eat-26 and Beck. The data was analyzed using chi square, fisher exact and ANOVA tests.

Results: According to the results, 7/5% of students suffered from eating disorder, 25/8% from moderate, and 22% from severe depression. The relative frequency of eating among the participants according to age, gender, state of residence, and marital status were identical. However there was a significant correlation between the relative prevalence of eating disorder and depression severity among the medical students.

Conclusion: The findings of the present study imply that eating disorder had a significant association with severity of depression. Thus, educating of medical students by consulting centers can be effective for early diagnosis and treatment.

Keywords: Eating disorder, depression, diagnosis