

بررسی رابطه افسردگی و علاقه به مصرف فست فود و تنقلات در بین جوانان شهر بوشهر

فاطمه عیسی زاده^۱، لیلا رازخواه^۲

^۱ کارشناس ارشد دانشگاه پیام نور

^۲ کارشناس ارشد دانشگاه پیام نور

نویسنده مسئول:

فاطمه عیسی زاده

چکیده

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی به شمار می‌رود که باعث ایجاد مشکلات فراوانی در سلامت جسمی و عملکرد روانی و کیفیت زندگی می‌شوند این اختلالات به سه شکل وجود دارند: بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی و نامعین با توجه به ارتباط نزدیکی که اختلالات خوردن با افسردگی دارد این مطالعه به منظور بررسی اختلال خوردن و رابطه آن با افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی در مرکز مشاوره نیلوفر (شهر بوشهر) صورت گرفت. این مطالعه که از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد در سال ۱۳۹۴ با استفاده از پرسشنامه استاندارد خوردن گارنر و گارفینکل که حاوی ۲۱ سوال جهت بررسی علاقه به مصرف فست فود و تنقلات می‌باشد و همچنین پرسشنامه ۲۱ سوالی بک، که مربوط به افسردگی است بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به افسردگی مورد بررسی قرار گرفت با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و نرم افزار SPSS، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت بر اساس این پژوهش فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر ارتباط میان افسردگی و علاقه به مصرف فست فود و تنقلات در بین مراجعین مرکز مشاوره نیلوفر در شهر بوشهر، با ضریب همستگی معادل ۰.۲۷۹ تایید شد. در این مطالعه علاقه به مصرف فست فود و تنقلات مراجعین با افزایش شدت افسردگی، افزایش می‌یابد. علاقه به مصرف فست فود و تنقلات در بین مراجعین مرکز مشاوره نیلوفر بوشهر با افسردگی رابطه معناداری دارد.

واژگان کلیدی: افسردگی، علاقه به مصرف فست فود و تنقلات، اختلال خوردن

۱- مقدمه

افسردگی متداولترین نوع اختلالات روانی است. علائم بیماران افسرده بصورت خستگی و کوفتگی، تغییر در اشتها، اختلال در خوردن، اختلال در خواب، اختلال در گوارش، تغییر وزن، تنگی تنفس، سردرد و سرگیجه دیده می شود. (اخوت^۱، ۱۳۸۵) گستره پیچیده ای از عوامل داخلی و خارجی بر اشتها و در نتیجه بر مقدار و نوع غذای مصرفی توسط انسان، موثرند. عوامل داخلی شامل مکانیسم های فیزیولوژیکی هستند که به تنظیم اشتها از طریق هورمون هایی مانند نوروپپتید Y^۲ که مصرف غذا را تحریک می کند و لپتین که مصرف غذا را کاهش می دهد، می پردازند. (بیلینگتون^۳، ۱۹۹۷) عوامل خارجی متعددی نیز می توانند بر مصرف غذا تاثیر گذارند. این عوامل شامل فاکتورهای محیطی (مانند عوامل اقتصادی و میزان در دسترس بودن غذا)، فاکتورهای اجتماعی (مانند تاثیر دیگران) و میزان مورد پسند بودن غذاها می باشند. این موضوع که اختلالات روحی و روانی می تواند باعث تغییر الگوهای مصرف غذا شود یک باور عمومی می باشد. قرار گرفتن در معرض بیماری های روانی مانند افسردگی یکی از انواع اختلالات سلامت ذهنی است که بر بار تحمیل شده جهانی ناشی از بیماری ها می افزاید. (پاپکین^۴ و دیگران، ۲۰۰۵)

۲- بیان مساله

بیماری های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ خردی در مقابل آن مصونیت ندارد و این خطری است که مرتباً بشر را تهدید می کند. شاید کمتر کسی که در طول زندگی خود لحظاتی نگرانی و افسردگی را احساس نکرده باشد. فراموش کردن جزء روانی بهداشت و سایر جنبه های رفتاری بیماری و اساسی ترین خطای موجود در نظام بهداشتی محسوب می شود. بعضی آمارها نشان می دهد که حدود ۳۰ درصد از مردم در طول حیات خود به افسردگی مبتلا می شوند.

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 بدن وزن بوجود می آید. این دسته از اختلالات، عوارض تغذیه ای و روانی متعددی دارد. (کلین و والش^۵، ۲۰۰۳) علاقه به مصرف فست فود و تنقلات، امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی افراد به حساب می آید و تقریباً ۸ درصد از کل ناراحتیها یا اختلالات تغذیه ای کلینیکی را به خود اختصاص داده است. (نوبخت و دژکام^۶، ۱۳۷۶)

افرادی که از یک اختلال خوردن یا از خوردن مغشوش (پر خوری و مصرف مسهل) رنج می برند، آثار وخیم آن را در زندگی خود شاهد هستند. اختلالات خوردن، اغلب گزارش نمی شود 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 کرده اند. (اینگلسن و لیبرک^۷، ۲۰۰۱)

افرادی که از پراشتهایی روانی رنج می برند، مشکلاتی در جنبه های روان شناختی مختلف مانند افسردگی و اضطراب تجربه می کنند هرچند که روان درمانی فردی، خانواده درمانی و شیمی درمانی برای این افراد تجویز می شود ولی هنوز هم افرادی که به پراشتهایی روانی مبتلا هستند به کمک احتیاج دارند. پژوهش ها نشان می دهد که اختلالات خوردن با مجموعه ای از بیماری های روان تنی بخصوص افسردگی ارتباط معناداری دارد. از طریق آزمایش های نوروسایکولوژی مشخص شده است که افراد با اختلال پراشتهایی روانی، میزان تستوسترون بالاتری را در خون نشان می دهند و میزان تستوسترون با اختلال پراشتهایی روانی، همبستگی مثبتی نشان می دهد. (فایر بورن^۸، ۲۰۰۱) پژوهش حاضر، در صدد پاسخگویی به این پرسش کلی است که آیا بین افسردگی و پر خوری در بیماران افسرده ی مرکز مشاوره ی نیلوفر، در شهر بوشهر، رابطه وجود دارد؟

^۱ اخوت، نگار؛ سنجش روانی، تهران، نشر کلام، ۱۳۸۵، چاپ دوم، ص ۱۶.

^۲ Neuropeptide-Y

^۳ Billington

^۴ Popkin & ets

^۵ Kolin & valsh

^۶ نوبخت و دژکام، خلاصه روان پزشکی، چاپ سحر، ۱۳۷۶، تهران.

^۷ Inglson & liberck

^۸ Fire born

۳- ضرورت و اهمیت تحقیق

افسردگی بیماری جدی است که هر سال ۱/۵ میلیون نفر را مبتلا می کند و موجب می شود که نه تنها خود آنها، بلکه خانواده و دوستان آنها نیز رنج ببرند. خبر خوب اینکه افسردگی نیز مانند سایر بیماریها قابل درمان است، با این حال بیشتر افراد افسرده متوجه بیماری خود نمی شوند و در نتیجه درمان مورد نیاز را دریافت نمی کنند. اکثر مردم نیز افسردگی را یک بیماری نمی دانند بلکه آن را ضعف یا نقص شخصیتی می پندارند. (انجمن پزشکی آمریکا) افراد افسرده و خانواده هایشان نیاز دارند و مایلند در مورد عوامل بروز افسردگی اطلاعاتی بدست آورند.

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی و روانتنی به شمار میروند که باعث ایجاد مشکلات فراوان در سلامت جسمی و عملکرد روانی و کیفیت زندگی می شوند. با وجود این که اختلال پرخوری شایعترین اختلال خوردن به شمار می رود، همچنان مورد بررسی زیادی قرار نگرفته است. در مقاله حاضر پس از مروری بر تعریف، طبقه بندی، اپیدمیولوژی و پاتوفیزیولوژی انواع اختلالات خوردن، به بررسی بیشتر اختلال پرخوری پرداخته شده است.

امروزه اختلالات خوردن یکی از مورد توجهترین اختلالات روانی/ روانتنی (Psychosomatic) به شمار میروند. 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. علت اصلی این اختلالات هنوز به خوبی شناخته نشده است و درمان آنها مشکل است و بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمانهای کنونی ندارند. تحقیقات نشان می دهد که نیمی از افراد مبتلا به پرخوری چاق هستند. چاقی که با اختلال پرخوری و اعتیاد به غذا همراه است، امروزه در جهان بسیار شایع بوده و میلیون ها نفر از آن رنج می برند بیماری های زیادی متأثر از چاقی است. (سازمان بهداشت جهانی^۹، ۲۰۰۸) نتیجه اینکه تلاش های زیادی برای کاهش وزن افراد صورت می گیرد، اما درمان های اخیر پزشکی برای این بیماری در درازمدت بی تأثیر و ناپایدار است (کلات^{۱۰}، ۲۰۰۸). مشخص کردن علت پرخوری مشکل است و به نظر می رسد که این اختلال از همبستگی چندین علت به وجود می آید و درمان باید مسائل جسمانی، مشکلات رفتاری و مسائل روان شناختی از این رو مشخص کردن نقش متغیرهای روان شناختی در چاقی و اختلال پرخوری حائز اهمیت است. لذا این پژوهش سعی دارد رابطه ی میان افسردگی و پرخوری را در بین مبتلایان به افسردگی در یکی از مراکز مشاوره شهر بوشهر را مطالعه نماید.

۴- اهداف تحقیق

۴-۱- هدف اصلی

بررسی رابطه ی افسردگی و پرخوری در میان بیماران مبتلا به افسردگی مرکز مشاوره نیلوفر در شهر بوشهر

۴-۲- اهداف فرعی

۴-۲-۱- بررسی تاثیر سن، بر رابطه ی افسردگی و پرخوری در میان مراجعین مبتلا به بیماری افسردگی مرکز مشاوره نیلوفر در شهر بوشهر

۴-۲-۲- بررسی تاثیر جنسیت، بر رابطه ی افسردگی و پرخوری در میان مراجعین مبتلا به بیماری افسردگی مرکز مشاوره نیلوفر در شهر بوشهر

۴-۲-۳- بررسی تاثیر تحصیلات پاسخگو، بر رابطه ی افسردگی و پرخوری در میان مراجعین مبتلا به بیماری افسردگی مرکز مشاوره نیلوفر در شهر بوشهر

۴-۲-۴- بررسی تاثیر تحصیلات پدر، بر رابطه ی افسردگی و پرخوری در میان مراجعین مبتلا به بیماری افسردگی مرکز مشاوره نیلوفر در شهر بوشهر

^۹ سازمان بهداشت جهانی (who)، فصلنامه پژوهش های روانشناسی و اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۵

۴-۵- بررسی تاثیر تحصیلات مادر، بر رابطه ی افسردگی و پرخوری در میان مراجعین مبتلا به بیماری افسردگی مرکز مشاوره نیلوفر در شهر بوشهر

۵- فرضیات تحقیق

۱-۵- فرضیه اصلی

میان افسردگی و پرخوری بیماران مبتلا به افسردگی مرکز مشاوره نیلوفر در بوشهر، رابطه معناداری وجود دارد.

۲-۵- فرضیه فرعی

۵-۲-۱- سن، بر "رابطه افسردگی و پرخوری بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد.

۵-۲-۲- جنسیت، بر "رابطه افسردگی و پرخوری در میان بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد.

۵-۲-۳- تحصیلات پاسخگو، بر "رابطه افسردگی و پرخوری در میان بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد.

۵-۲-۴- تحصیلات پدر، بر "رابطه افسردگی و پرخوری در میان بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد.

۵-۲-۵- تحصیلات مادر، بر "رابطه افسردگی و پرخوری در میان بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد.

۶- افسردگی

افسردگی اختلالی است که در آن خلق و نیروی زیستی فرد کاسته شده و انسان به نقطه پریشانی می‌رسد در چنین شرایطی «خود» ممکن است بی ارزش به نظر برسد و جهان معنای خود را از دست می‌دهد و احساس بدبختی، بیچاری ناچاری و ناامیدی در فرد پدید آید.

شخص افسرده ممکن است به طور واقعی یا غیر واقعی به فکر همه شکست‌ها و ناکامی‌هایش باشد و آینده در نظر او توأم با بی‌پناهی و ناامیدی جلوه کند. بدین خاطر معمولاً در افراد افسرده بیم خودکشی می‌رود. افسردگی ممکن است واکنشی در مقابل فشارهای روانی همچون: از دست دادن کسی که انسان به او عشق می‌ورزد از دست دادن تامین و ثبات، طلاق، شکست در امتحان و یا در اثر تهدید ناشی از یک بیماری مزمن باشد. آن نوع افسردگی که همچون امری غیر معمول، طولانی و ممتد رخ می‌نماید و عکس العملی شدید در مقابل از دست دادن فرو مورد علاقه است، افسردگی عصبی خوانده می‌شود. در افسردگی روحی عوامل ارثی و بیوشیمیایی تاثیر بسزایی دارند و وقایع محیطی ممکن است این نوع عوامل را تسریع کند. همچنین خیالهای باطل همچون احساس ناامیدی، عذاب ناشی از گناه، بی ارزشی و مالیخولیایی در افسردگی روحی متداولند. غلبه احساسهایی چون مقصر شناختن خویش و تنبیه کردن خود ممکن است حالت بدبختی و نکبت به وجود آورد.

افسردگی روحی ممکن است قسمتی از یک اختلال رفتار عمومی باشد که در آن افسردگی دارای نوساناتی شدید است. برخی از متخصصان درمانی، حوزه اختلالهای افسردگی را مانند یک طیف می‌دانند که افسردگی کنشی در یک سو، افسردگی‌های ترکیبی در میانه و افسردگی روحی در سوی دیگر طیف قرار دارند و بیمار ممکن است از یک سوی این طیف به سوی دیگر آن حرکت کند (فرجاد^{۱۱}، ۱۳۷۴: ۱۰۰)

۷- پرخوری

پرخوری در طبقه سوم اختلالات خوردن یعنی "اختلال خوردن تصریح نشده" قرار می‌گیرد. چنان چه اشاره شد، اختلال خوردن تصریح نشده شایعترین دسته از اختلالات خوردن را تشکیل می‌دهد.

تعریف پرخوری عبارت است از: خوردن حجمی از غذا در فواصل زمانی ناپیوسته (برای مثال هر دو ساعت) که به وضوح بیشتر از حجمی است که اغلب افراد در همان مقطع زمانی و در شرایط مشابه می‌خورند و احساس عدم کنترل بر غذا خوردن در همان مقطع زمانی (برای مثال فرد احساس میکند نمیتواند دست از غذا خوردن بکشد یا این که نمیتواند خودش را کنترل کند که چه غذایی یا چه مقداری بخورد).

^{۱۱} فرجاد، محمد حسین، «اختلالات خوردن»، نشریه روانشناسی بالینی، چاپ هفتم، شماره ۱۶، تهران ۱۳۸۶

تعریف دیگری از اختلال پرخوری عبارت از دوره های مکرر پرخوری (به طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن است. شایان ذکر است که در تشخیص اختلال پرخوری، علاوه بر احساس درماندگی در مقابل پرخوری، وجود حداقل سه مورد از این موارد لازم است:

۱. غذا خوردن با سرعتی بسیار بیشتر نسبت به حالت عادی خوردن؛
۲. غذا خوردن تا زمان احساس سیری آزار دهنده؛
۳. خوردن مقادیر زیادی از مواد غذایی در زمان احساس عدم گرسنگی از لحاظ جسمی؛
۴. به تنهایی غذا خوردن به دلیل احساس خجالت نسبت به میزان زیاد غذایی که فرد می خورد؛
۵. احساس تنفر نسبت به خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پس از پرخوری. (سبحانی^{۱۲}، ۱۳۸۷)

۸- پیشینه تحقیق

۸-۱- تحقیقات داخلی

ملازاده اسفنجانی و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی با هدف بررسی ارتباط سلامت روان با اختلال های خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه گیلان، به این نتیجه رسیدند که براساس نمره برش آزمون نگرش به خوردن $73/3\%$ دانشجویان دختر فاقد اختلال خوردن و $25/7\%$ دارای اختلال خوردن بودند. بین اضطراب در دانشجویان با اختلال خوردن و فاقد اختلال خوردن تفاوت معنی داری وجود داشت. با توجه به یافته ها، یکی از عوامل روانشناختی مرتبط با اختلال های خوردن در دانشجویان دختر، اضطراب است که بیش تر از سایر عوامل روانشناختی میتواند ابتدا به این اختلالها را پیش بینی کند.

توجهی (۱۳۹۲)، در تحقیق خود به بررسی اختلال خوردن و رابطه آن با افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد یزد پرداخت. وی در این مطالعه که از نوع توصیفی-تحلیلی می باشد از پرسشنامه eat-26 جهت بررسی اختلالات خوردن همچنین پرسشنامه افسردگی بک استفاده نمود. نتایج بدست آمده نشان داد فراوانی نسبی اختلالات خوردن در دانشجویان پزشکی بر حسب سن، جنس، وضعیت سکونت و وضعیت تاهل یکسان است در این مطالعه اختلالات خوردن در دانشجویان پزشکی با افزایش شدت افسردگی افزایش می یابد و اختلالات خوردن در دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد یزد با افسردگی رابطه معناداری دارد.

۸-۲- تحقیقات خارجی

برنات (۱۹۹۹) در پژوهشی بر روی دانشجویان گزارش کرد ۲ درصد از پسران نمره و حدود ۱۹ درصد از دختران نمره ای بالاتر از ۱۹ آزمون نگرش به خوردن داشتند. در مطالعه ای دیگر گزارش شد که ۳۵ تا ۴۵ درصد از دختران دبیرستانی مشکلات مرتبط با اختلال های خوردن را نشان می دهند. به نظر می رسد عوامل زیست شناختی، اجتماعی، خانوادگی و روانشناختی با اختلال های خوردن ارتباط داشته باشند. برخی پژوهشها نشان داده اند که این اختلالها اغلب با برخی اختلال های روانشناختی مانند افسردگی، اختلال های اضطرابی، عزت نفس پایین و سوء مصرف مواد مرتبط هستند و عوارض پزشکی آن ها می تواند سرانجام به مرگ منجر شود. تاست و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی اختلال های خوردن و همزمانی آن با اختلال های اضطرابی و خلقی در ۸۳۳ دختر نوجوان پرداختند. یافته ها نشان داد که در دختران مبتلا به بی اشتهایی عصبی، شیوع اضطراب جدایی بیشتر است. همچنین آنها در مقایسه با دختران فاقد اختلال های خوردن، علایم اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی بیشتری را گزارش کردند.

۹- روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر روش گردآوری داده ها، توصیفی و از حیث تاثیر بین متغیرهای تحقیق از نوع همبستگی است. متغیر های تحقیق عبارتند از: افسردگی به عنوان متغیر مستقل و پرخوری به عنوان متغیر وابسته. جهت گردآوری اطلاعات در زمینه مبانی نظری و ادبیات موضوع، از روش اسنادی و منابع کتابخانه ای، مقالات، کتب و از شبکه جهانی اینترنت استفاده شده است و به منظور دستیابی به اطلاعات متناسب با موضوع تحقیق از روش میدانی استفاده شده است. به منظور دستیابی به نظر پاسخگویان و تکمیل

پرسشنامه به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات از دو پرسشنامه استاندارد پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه پرخوری eat-26 کارنر و گارفینگل استفاده شده است.

۹-۱- جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش تعدادی از مراجعین مبتلا به بیماری افسردگی به مرکز مشاوره نیلوفر واقع در خیابان امام خمینی بندر بوشهر می باشد که بنابر آخرین اطلاعات دریافتی، تعداد مراجعین در فاصله ی زمانی انجام تحقیق، که هم اکنون نیز روند درمان خود را طی می کنند ۱۳۵ نفر می باشد.

۹-۲- نمونه آماری و روش نمونه گیری

روش نمونه گیری در این تحقیق با توجه به ماهیت موضوع و عنوان تحقیق و گستردگی طیف مورد بررسی روش تصادفی ساده می باشد. بر اساس اطلاعات دریافت شده از مرکز مشاوره ی مورد مطالعه، تعداد آنان در فاصله زمانی انجام پژوهش ۱۳۵ نفر به دست آمده است. برای محاسبه ی حجم نمونه ی آماری از فرمول کوکران استفاده شده است. بر این اساس حجم نمونه ی آماری ۱۰۰ نفر به دست آمده است.

$$(N=135, n=100, z, t=1/96, d=0.05, p=q=0.5)$$

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} (\frac{z^2 pq}{d^2} - 1)} = 100.08$$

$$N = \text{تعداد کل جامعه آماری}$$

$$t \text{ یا } z = 1.96 = \text{در صد خطای معیار ضریب اطمینان قابل قبول}$$

$$P = 0.5 = \text{احتمال وجود صفت}$$

$$q = (1-p) = 0.5 = \text{احتمال عدم وجود صفت}$$

$$d = 0.5 = \text{درجه اطمینان یا دقت احتمالی مطلوب}$$

$$d^2 = (5\%)^2 = 0.0025 = \text{تقریب در برآورد پارمتر مورد مطالعه}$$

$$p, q \text{ مساوی با } 0.5 \text{ در واقع زمانی است که خواسته باشیم حداکثر حجم نمونه را بدست آوریم.}$$

۹-۳- روش و ابزار گرد آوری

در این تحقیق درخصوص جمع آوری اطلاعات مربوط به آزمون فرضیه های تحقیق از روش میدانی استفاده شده است. بر حسب نوع پژوهش می توان این پژوهش را یک پژوهش توصیفی به شمار آورد. درپژوهش حاضر از روش پرسشنامه برای جمع اوری داده ها استفاده شده است. با توجه به اینکه روش انجام تحقیق حاضر میدانی است، لذا جمع آوری اطلاعات مورد نیاز با مراجعه به افراد جامعه آماری صورت گرفته است. در این پژوهش از دو پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه پرخوری eat-26 کارنر و گارفینگل استفاده شده است. برای سنجش پرسشنامه ها نیز از مقیاس لیکرت استفاده شده است.

۹-۴- آزمون پایایی و روایی پرسشنامه ها

۹-۴-۱- روایی

در تحقیق حاضر، از روش اعتبار یا روایی مفهومی استفاده شده است و با رجوع به نظر متخصصان و اساتید از روایی ابزار اندازه گیری خود، در سنجش متغیر های تحقیق اطمینان حاصل شده است.

۹-۴-۲- پایایی

در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۲ محاسبه شد.

۹-۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این تحقیق از دو روش «تحلیل توصیفی» و «تحلیل استنباطی» برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است. در روش تحلیل توصیفی صرفاً به توصیف ویژگیهای نمونه مورد بررسی، از طریق تنظیم جداول و رسم نمودار اقدام گردید. در روش تحلیل استنباطی نیز که نتایج حاصل از نمونه انتخابی به جامعه تعمیم داده می شود، از آزمونهای پارامتریک استفاده شده است زیرا داده هایی که جمع آوری شده است از نوع کیفی (اسمی و رتبه ای) میباشد. برای تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق از آزمون همبستگی تی و پیرسون استفاده شده است.

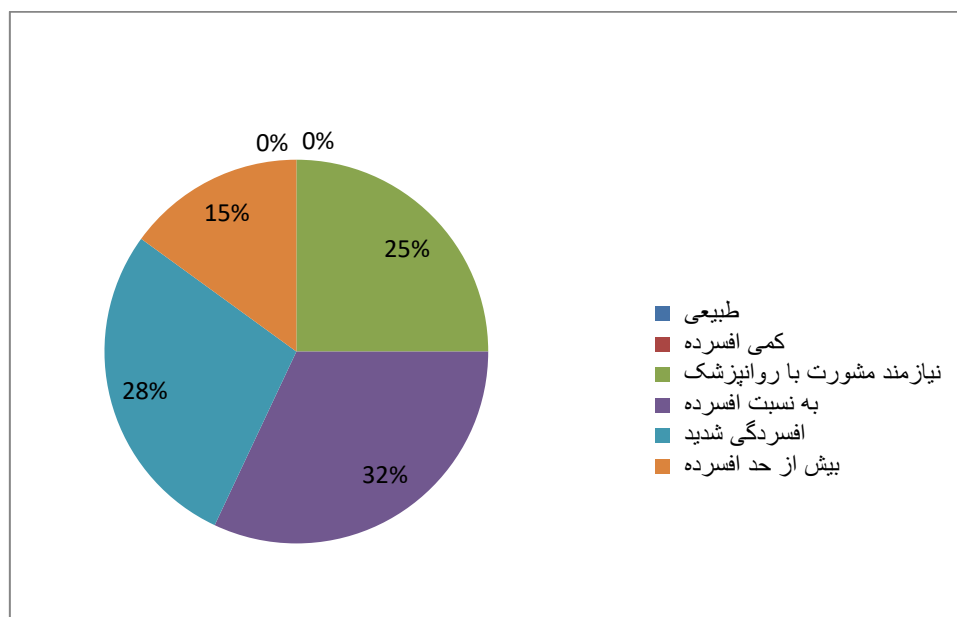
۱۰- یافته های پژوهش

از آنجایی که این پرسشنامه میان مبتلایان به افسردگی، در یکی از مراکز مشاوره بوشهر توزیع شد مبرهن است که پاسخ های همه آزمودنی ها، گواه اثبات افسردگی در این بیماران می باشد اما میزان ابتلا در همه ی پاسخ دهندگان یکسان مشاهده نشد و هیچکدام از آزمودنی ها در سطح افراد طبیعی و کمی افسرده قرار نگرفتند. در جدول زیر داده های مربوط به درصد و نسبت افسردگی در این افراد نشان داده شده است.

پراکندگی فراوانی داده های مربوط به افسردگی در مراجعین مبتلا به افسردگی

سطح افسردگی پرسشنامه	فراوانی F	فراوانی تجمعی P(rf)	درصد فراوانی P%
طبیعی	۰	۰	۰
کمی افسرده	۰	۰	۰
نیازمند مشورت با روانپزشک	۲۵	۲۵٪	۲۵
به نسبت افسرده	۳۲	۳۲٪	۳۲
افسردگی شدید	۲۸	۲۸٪	۲۸
بیش از حد افسرده	۱۵	۱۵٪	۱۵
جمع	۱۰۰	۱	۱۰۰

تعداد مراجعین بیماران افسرده به مرکز مشاوره که براساس نمونه گیری مورد مطالعه قرار گرفتند ۱۰۰ نفر محاسبه گردید. از این تعداد ۲۵ نفر (۲۵٪) نیازمند مشورت با روان پزشک، تعداد ۳۲ نفر (۳۲٪) نسبتاً افسرده، تعداد ۲۸ نفر (۲۸٪) افسردگی شدید و تعداد ۱۵ نفر (۱۵٪) بیش از حد افسرده بودند. همانطور که در جدول مشاهده می گردد هیچ یک از آزمودنی ها به سطوح افسردگی طبیعی و کمی افسرده تعلق ندارند.



۱-۱- شاخص های مرکزی و پراکندگی

شاخص ها	پر خوری	افسردگی
میانگین	3.2253	4.2770
انحراف استاندارد	.57503	.48650
واریانس	.331	.237
حداقل	2.07	2.97
حداکثر	5.00	5.00

۱-۲- ارتباط میان متغیرهای فرعی و متغیر وابسته

جدول زیر ارتباط متغیرهای غیر اصلی را بر متغیر وابسته پر خوری نشان می دهد.

پر خوری		
جنسیت	ضریب همبستگی	-.116
	سطح معناداری (دوطرفه)	.252
	درجه آزادی	98
سن	ضریب همبستگی	-.025
	سطح معناداری (دوطرفه)	.803
	درجه آزادی	98
تحصیلات	ضریب همبستگی	-.078
	سطح معناداری (دوطرفه)	.443
	درجه آزادی	98
تحصیلات پدر	ضریب همبستگی	.055
	سطح معناداری (دوطرفه)	.588
	درجه آزادی	98
تحصیلات مادر	ضریب همبستگی	-.009
	سطح معناداری (دوطرفه)	.930
	درجه آزادی	98

بررسی جدول فوق نشان می دهد:

۱. متغیرهای سن، تحصیلات پاسخگو، تحصیلات پدر و مادر با توجه ضریب همبستگی بسیار پایینشان با پر خوری رابطه معناداری ندارند.

۲. متغیر جنسیت دارای اثر عکس بر متغیر وابسته پر خوری می باشد.

۳-۱۰-ارتباط سنجه های متغیر مستقل بر متغیر وابسته

تاثیر سنجه های متغیر مستقل بر متغیر وابسته، با درجه آزادی ۹۸ به شرح زیر ارزیابی گردیده است:

پرخوری		
نیازمند به مشورت با روانپزشک	ضریب همبستگی	.026
	سطح معناداری (دوطرفه)	.799
	درجه آزادی	98
به نسبت افسرده	ضریب همبستگی	.199
	سطح معناداری (دوطرفه)	.047
	درجه آزادی	98
افسردگی شدید	ضریب همبستگی	.220
	سطح معناداری (دوطرفه)	.028
	درجه آزادی	98
بیش از حد	ضریب همبستگی	.243
	سطح معناداری (دوطرفه)	.015
	درجه آزادی	98

بررسی جدول فوق نشان می دهد:

۱-افرادی که میزان افسردگیشان در حد نیازمند به مشاوره با روانپزشک بودند، ضریب همبستگی معادل ۰.۰۲۶ با متغیر وابسته (پرخوری) داشتند. به عبارت دیگر بین این سنجه با متغیر پرخوری ارتباط معناداری وجود ندارد.

نیازمند به مشورت با روانپزشک		
پرخوری	ضریب همبستگی پیرسون	.026
	سطح معناداری دوطرفه	.799
	جامعه کل	100

۲-در مراجعین نسبتا افسرده، ضریب همبستگی معادل ۰.۱۹۹ با متغیر وابسته (پرخوری) مشاهده شد. به عبارت دیگر به ازای یک واحد تغییر در سطح این نسبت، حدود ۰.۲ به پرخوری افزوده می شود.

به نسبت افسرده		
پرخوری	ضریب همبستگی پیرسون	.199
	سطح معناداری دوطرفه	.047
	جامعه کل	100

3- در سنجه افسردگی شدید، ضریب همبستگی معادل ۰.۲۲۰ با متغیر وابسته (پرخوری) مشاهده شد. به عبارت دیگر به ازای یک واحد تغییر در سطح این سنجه حدود ۰.۲۲ به پرخوری افزوده می شود.

افسردگی شدید		
پرخوری	ضریب همبستگی پیرسون	.220
	سطح معناداری دوطرفه	.028
	جامعه کل	100

۴- سنجه افسردگی بیش از حد، ضریب همبستگی معادل ۰.۲۴۳ با متغیر وابسته (پرخوری) دارد. به عبارت دیگر به ازای یک واحد تغییر در سطح این سنجه حدود ۰.۲۴ به پرخوری افزوده می شود.

افسردگی بیش از حد		
پرخوری	ضریب همبستگی پیرسون	.243
	سطح معناداری دوطرفه	.015
	جامعه کل	100

۴-۱۰- ارتباط سنجه های متغیر مستقل بر متغیر وابسته

بررسی فرضیه اصلی پژوهش (ارتباط میان افسردگی و پرخوری) نشان می دهد میان این دو رابطه ای مستقیم وجود دارد. ضریب همبستگی ۰.۲۷۹ معادل این عبارت است که به ازای یک واحد فرضی افزایش سطح متغیر مستقل افسردگی، میزان پرخوری به میزان ۰.۲۷۹ واحد افزایش می یابد. در این رابطه می توان موارد زیر را یافت:

افسردگی		
پرخوری	ضریب همبستگی پیرسون	.279**
	سطح معناداری دوطرفه	.005
	جامعه کل	100

۱۰

۵-۱- ارزیابی فرضیات

۵-۱-۱- فرضیه اصلی

میان افسردگی و پرخوری بیماران مبتلا به افسردگی مرکز مشاوره نیلوفر در بوشهر رابطه معناداری وجود دارد؛ تایید شد.

۵-۱-۲- فرضیات فرعی

۱۰-۵-۲-۱- سن، بر "رابطه افسردگی و پرخوری بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد؛ تایید نشد.

۱۰-۵-۲-۲- جنسیت بر "رابطه افسردگی و پرخوری بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد؛ تایید شد.

۱۰-۵-۲-۳- تحصیلات پاسخگو بر "رابطه افسردگی و پرخوری بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد؛ تایید نشد.

۱۰-۵-۲-۴- تحصیلات پدر بر "رابطه افسردگی و پرخوری بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد؛ تایید نشد.

۱۰-۵-۲-۵- تحصیلات مادر بر "رابطه افسردگی و پرخوری بیماران افسرده ی مرکز مشاوره نیلوفر"، در شهر بوشهر تاثیر دارد؛ تایید نشد.

۱۱-نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحقیق حاضر نشان داد که اکثریت افراد مبتلا به افسردگی دچار اختلال پرخوری نیز هستند و هرچه سطح افسردگی این افراد بیشتر شود پرخوری نیز در آنها افزایش می یابد. در تبیین این یافته می توان گفت که افراد افسرده 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 به پرخوری روی می آورند. بر اساس نتایج در این پژوهش، ۷۵ درصد از افراد افسرده از اختلال پرخوری نیز رنج می بردند که مشابه با نتایج برخی پژوهش ها بود که شرحی از آنها در فصل پیشینه پژوهش آورده شد. این نتایج گرایش زیاد افراد افسرده به اختلال پرخوری را تأیید می کند. بیشتر مطالعه ها نشان داده اند افرادی که از اختلالهای خوردن رنج می برند، علایم افسردگی و سایر بیماری های مشابه نظیر اضطراب، ناراضی جسمانی، ناسازگاری اجتماعی زیادی را گزارش می کنند.

به طور کلی، گرایش زیاد افراد افسرده ی مورد مطالعه در این پژوهش به اختلال پرخوری و همچنین رابطه افسردگی با این اختلال از نتایج پژوهش حاضر بود که می تواند در تشخیص و درمان اختلال پرخوری و سایر اختلالات خوردن، به متخصصان بالینی کمک کند و ضرورت توجه بیشتر به برخی علایم روانی مانند افسردگی را در همه گیرشناسی این اختلال ها نشان می دهد.

۱۲- پیشنهادهایی برای انجام تحقیقات تکمیلی در آینده

با توجه به اینکه محقق در پایان پژوهش خود دیدگاه های جدیدی را تجربه خواهد کرد و در نتیجه خواهد توانست عناوین و محورهای برای انجام پژوهش های تکمیلی ارائه کند. بنابراین می توان عناوین و محورهایی به شرح زیر برای تحقیقات تکمیلی ارائه کرد:

۱. شناسایی عوامل مؤثر بر افزایش اختلال پرخوری؛
۲. انجام این تحقیق در سایر مقاطع آموزشی (کارشناسی ارشد، دکترا و ...) و مقایسه نتایج به دست آمده؛
۳. بررسی راه های کاهش این اختلال و انجام این پژوهش در سایر مراکز مشاوره و جامعه های دیگر؛
۴. جامعه ی آماری این پژوهش را بیماران مبتلا به افسردگی و پراشتهایی عصبی یکی از مراکز مشاوره شهر بوشهر تشکیل می دهند. جهت تعمیم نتایج این پژوهش به کل بیماران مبتلا، پیشنهاد می شود تحقیقات مشابهی در دیگر نقاط کشور، در گروه های سنی مختلف و جنسیت مذکر انجام گیرد؛
۵. با توجه به اینکه تعداد مشارکت کنندگان این پژوهش ۱۰۰ نفر بوده است، پیشنهاد می شود که برای اعتبار و دقت بیشتر در نتایج، این پژوهش بر روی افراد بیشتری انجام گیرد تا بتوان نتایج آن را با احتمال بیشتری تعمیم داد؛
۶. جهت شناسایی دقیق بیماران مبتلا پیشنهاد می شود انتخاب و نمونه گیری تحت نظر کارشناسان تغذیه و روانشناسان مجرب انجام شود.

۱۳-موانع، محدودیتها و مشکلات تحقیق

۱۳-۱- با توجه به این که پرسشنامه تحقیق حاضر مراجعین مبتلا به افسردگی در یکی از مراکز مشاوره در شهر بوشهر انجام شد لذا پرسشنامه به صورت حضوری توزیع شد. بنابراین هنگام تکمیل پرسشنامه ها، نیاز به صبر و تامل زیادی برای شرح موضوع پژوهش و توجیه پاسخ دهندگان، توسط محقق بود که این امر در سرعت انجام تحقیق تأثیرگذار بود و در نتیجه موجب طولانی شدن زمان جمع-آوری داده ها گردید.

۱۳-۲- احتمال درج پاسخ های نادرست در پرسشنامه ها از سوی برخی از مراجعین به علت ترس از افشاء شدن مفاد مندرج در پرسشنامه از جمله محدودیت های این تحقیق است.

۱۳-۳- بی علاقهی، کم علاقهی و همچنین عدم همکاری بعضی از مراجعین نسبت به این گونه تحقیقات و نتایج به دست آمده از آن و یا بهانه نداشتن وقت و حوصله برای تکمیل پرسشنامه ها از جمله محدودیت های این تحقیق بشمار می رود.

۱۳-۳- انجام تحقیقات، همزمان با خانه داری یا اشتغال به کار، منجر به طولانی شدن زمان تحقیق می شود لذا دانشجویانی که بصورت منفک از کار و در دوره های فشرده تحصیل می کنند، نسبت به دانشجویانی که همزمان با تحصیل به کار در سازمان اشتغال دارند از آزادی عمل بیشتری برخوردارند.

۱۳-۴- این پژوهش از نظر مسائلی چون سن، تعداد و نوع اختلال آزمودنی ها و همچنین محل آزمون دارای محدودیت می باشد، که امید است در پژوهش های بعدی تلاش هایی در جهت برطرف کردن این محدودیات انجام شود.

منابع فارسی

- ۱- اخوت، نگار؛ سنجش روانی، تهران، نشر کلام، ۱۳۸۵، چاپ دوم، ص ۱۶.
- ۲- نوبخت و دژکام، خلاصه روان پزشکی، چاپ سحر، ۱۳۷۶، تهران.
- ۳- خواجه پور، غلامرضا، اختلالات روانی، تهران، روان، ۱۳۷۵، چاپ چهارم، ص ۱۶.
- ۴- آزاد، حسین، آسیب شناسی روانی، ۱۳۷۵، تهران، انتشارات بعثت.
- ۵- فصلنامه پژوهش های روانشناسی اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۵، پاییز ۹۳.
- ۶- احدی، حسن و محسنی نیکچهر، روانشناسی رشد، - چاپ و نشر بنیاد، تهران ۱۳۷۱.
- ۷- سادات، محمدعلی، «اخلاق اسلامی» انتشارات سمت، تهران ۱۳۶۸.
- ۸- خواجه پور، هدایت ا...، آسیب شناسی اجتماعی، انتشارات آوای نور، تهران ۱۳۷۹.
- ۹- پارسا، محمد، «روان شناسی کودک و نوجوان»، تهران ۱۳۸۶.
- ۱۰- فرجاد، محمد حسین، «اختلالات خوردن»، نشریه روانشناسی بالینی، چاپ هفتم، شماره ۱۶، تهران ۱۳۸۶.
- ۱۱- پیتر جی. بابلینگ، رندی ای. مک کب، مارتین ام. آنتونی، گروه درمانگری شناختی- رفتاری، ترجمه دکتر محمد خدایاری فرد، دکتر یاسمین عابدینی، تهران، ۱۳۹۰، ص ۳۷۱-۳۷۵ و ص ۳۰۷-۳۰۵.
- ۱۲- ویلیام لاندین، رابرت (۱۹۹۶) نظریه ها و نظام های روانشناسی. ترجمه، سید محمدی، یحیی. ویرایش پنجم، موسسه نشر ویرایش. تهران
- ۱۲- بروین، کریس، بنیادهای شناختی در علوم تربیتی رفتار، انتشارات رشد.
- ۱۳- ازخوش، م؛ کاربرد آزمون های روانی و تشخیص بالینی، تهران، روان، ۱۳۸۷، چاپ سوم، ص ۲۲۶ - ۲۲۴.
- ۱۴- توننده جانی؛ بیماری های روانی، تهران، ژرف، ۱۳۶۸، چاپ دوم، ص ۱۵۹ و ۱۶۰.
- ۱۵- مارنات، گراث؛ راهنمای سنجش روانی، پاشا شریفی و نیکخو، تهران، سخن، ۱۳۸۶، چاپ دوم، ص ۱۰۱۰.
- ۱۶- معافی، محمد، روانشناسی بالینی، تهران، سخن، ۱۳۸۵، چاپ اول، ص ۵۴۶.
- ۱۷- سرمد، زهره و دیگران (۱۳۷۸)، روش های تحقیق در علوم رفتاری، انتشارات آگاه، تهران، چاپ دوم.
- ۱۸- آذر، عادل (۱۳۸۳). آمار و کاربرد آن در مدیریت، انتشارات سمت، تهران، چاپ سوم.
- ۱۹- پینل، جان؛ روان شناسی فیزیولوژیک، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران، ویاریش، ۱۳۸۷، چاپ اول، ص ۴۱۵.
- ۲۰- روزنهای، دیوید و سلیگمن، مارتین؛ آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۷۹، چاپ اول، ج ۲، ص ۴۰۲.
- ۲۱- کالات، جیمز؛ روان شناسی فیزیولوژیکی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، روان، ۱۳۸۶، چاپ اول، ص ۱۲۵.
- ۲۲- باچر، جیمز و دیگران؛ آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۸۸، چاپ اول، ج ۲، ص ۹۵.
- ۲۳- پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان؛ نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، رشد، ۱۳۸۱، چاپ اول، ص ۴۳۴.
- ۲۴- زاهدی فر، شهین (۱۳۷۵)، ساخت و اعتبار یابی مقیاس برای پر خاشگری 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.
- ۲۵- انجمن روان پزشکی آمریکا، DSM-17 راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی، ترجمه محمدرضا نیکخو، سیامک نقشبندی وحی الدین غفرانی، جلد اول، ۱۳۷۹.

منابع لاتین

- 1- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988, 8, 77-100.
- 2- Spitsere, Beutler, L., Corbishley, A., & Hamblin, D. Reliability and validity of the short form beck depression inventory with older adults, *Journal of Clinical Psychology*, 2006, 44 (6), 853 – 857.
- ۳-Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Amony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- 4-Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001).