

تأثیر مدل آموزشی فریر در تغییر نگرش و اختلالات خوردن دانش‌آموزان

نوشین پیمان^۱، زینب جلمبادانی^۲

^۱ استادیار گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نشانی نویسنده مسؤول: مشهد، خیابان دانشگاه، بین دانشگاه ۱۶ و ۱۸، دانشکده بهداشت، زینب جلمبادانی

E-mail: jalambadaniz881@mums.ac.ir

وصول: ۹۰/۱/۲۰، اصلاح: ۹۰/۳/۲۴، پذیرش: ۹۰/۸/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات خوردن و نگرش غیر طبیعی به خوردن در نوجوانان، بویژه دختران یکی از مشکلات اساسی جوامع می باشد. برای داشتن مداخله مفید و مؤثر در زمینه کشف زودرس اختلالات تغذیه‌ای و تغییر نگرش، داشتن یک مدل آموزشی مناسب و توانا از اولویت خاصی برخوردار است. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مدل آموزشی فریر در تغییر نگرش و اختلالات خوردن در دانش‌آموزان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت نیمه تجربی بر روی ۶۰ نفر از دانش‌آموزان سال اول مقطع متوسطه دارای اضافه وزن شهر مشهد در سال ۱۳۸۹ انجام شد. دانش‌آموزان از دو دبیرستان دخترانه منطقه ۶ به صورت غیر تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد نگرش تغذیه و اختلالات خوردن تحت عنوان EAT-26 بود که توسط نمونه‌های پژوهش قبل و یک ماه پس از اجرای برنامه آموزشی تکمیل شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، آزمون تی مستقل و آزمون تی زوجی با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 استفاده شد.

یافته‌ها: پس از اجرای مداخله، میانگین نمره نگرش غیر طبیعی گروه آزمون از ۸/۵۳ قبل از آموزش به ۴/۱۶ بعد از آموزش کاهش یافت ($P < 0/001$). در گروه کنترل، تغییری در نگرش غیر طبیعی آن‌ها صورت نگرفته بود ($P = 0/613$). همچنین میانگین نمره توده بدنی گروه آزمون از ۲۷/۴۹ قبل از آموزش به ۲۶/۰۹ بعد از آموزش کاهش نشان داد ($P < 0/001$). اختلالات خوردن از ۶/۴ درصد در گروه آزمون قبل از آموزش به ۳/۲ درصد بعد از آموزش کاهش نشان داد ($P < 0/001$). در حالی که تفاوت آماری معنی داری در اختلالات خوردن گروه کنترل بعد از مداخله وجود نیامد ($P = 0/810$).

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی در چارچوب مدل آموزشی فریر در مدرسه، تغییرات مطلوبی را در نگرش و اختلالات خوردن دانش‌آموزان ایجاد کرده است. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۸/شماره ۴/صص ۲۸۷-۲۸۰).

واژه‌های کلیدی: آموزش؛ نگرش؛ تغذیه؛ مدل آموزشی فریر، اختلالات خوردن.

مقدمه

نوجوانان به‌ویژه جنس مؤنث در سنین بلوغ به دلایل متعدد از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی و نژادی توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند (۱). اختلالات خوردن سندرم‌هایی هستند که در آن تغییر شناختی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای غلط خوردن می‌تواند منجر به عوارض تهدیدکننده زندگی از نظر تغذیه‌ای و پزشکی شود. سه نوع اختلال خوردن تاکنون شناسایی شده است که شامل بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلالاتی است که به‌صورت خاصی طبقه‌بندی نمی‌شوند (۲). این دست از بیماری‌ها عوارض تغذیه‌ای و روانی متعددی داشته و زمینه‌ساز مشکلاتی چون آمنوره، اضطراب و افسردگی می‌شود (۳-۵)، لذا تشخیص افراد در معرض خطر اهمیت زیادی دارد.

یکی از گروه‌های در معرض خطر برای این دسته از بیماری‌ها گروه دختران ۱۴-۲۵ سال است (۴). در نوجوانان دختر، اختلالات خوردن شایع‌ترین بیماری‌ها بعد از بیماری‌هایی چون چاقی و آسم تعریف شده است (۳-۵). در بررسی اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دختر تبریزی در سال ۱۳۸۶، محققان به این نتیجه رسیدند که ۷/۱۶ درصد از دانش‌آموزان در معرض خطر اختلالات خوردن بودند (۶). همچنین در تحقیقی دیگر بیان شد که ۴۰ تا ۵۰ دختران ۱۳ تا ۱۴ ساله نگران چاقی و اضافه وزن خود هستند (۷).

در تحقیقات متعددی نشان داده شده است که اختلالات خوردن از دوران نوجوانی شروع می‌شوند و افرادی که در بزرگسالی دچار اختلالات خوردن یا تصویر ذهنی منفی هستند، عوامل خطر آن را از زمان نوجوانی دارا بوده‌اند، زیرا وزن در دوران نوجوانی عامل تعیین‌کننده در جذابیت نوجوانان محسوب می‌شود (۷،۸). در بسیاری از موارد نوجوانان نارضایتی از بدن را توأم با نگرانی در مورد افزایش وزن و رفتارهای کاهش‌دهنده وزن (کم خوردن و انجام ورزش برای کاهش وزن) گزارش می‌-

کنند. شواهد زیادی وجود دارد که نوجوانان از خانواده، معلمان، دوستان و رادیو یا تلویزیون می‌آموزند که بدن چاق نامناسب و بدن لاغر مناسب است (۹).

یکی از محورهایی که در سیر بررسی این بیماری -ها مدنظر می‌باشد، نگرش‌های غیرطبیعی به خوردن می‌باشد که مشتمل بر نگرش‌ها و دیدگاه‌های غیرعادی راجع به وزن فعلی و ایده‌آل، تصویر ذهنی از بدن و رفتارهای خوردن، اشتغال ذهنی با محتویات غذاها و سوخت و ساز آن‌ها در بدن و استفاده از روش‌های خاص جهت دفع غذا از بدن می‌باشد (۱۰).

نکته دیگری که در مطالعات متعدد به آن اشاره شده است، تأثیر گسترش فرهنگ‌ها به‌خصوص فرهنگ غرب و پدیده جهانی شدن بر افزایش مشکلات مربوط به نگرش و رفتارها و اختلالات خوردن می‌باشد؛ به گونه‌ای که اختلالات خوردن را پدیده‌ای متأثر از فرهنگ‌ها دانسته‌اند (۱۱). لذا در جوامع در حال توسعه از جمله ایران باید توجه خاصی به این موضوع معطوف شود. برای داشتن مداخله مفید و مؤثر در زمینه کشف زودرس اختلالات تغذیه‌ای و تغییر نگرش، داشتن یک مدل مناسب و توانا برای تغییر نگرش و رفتار از اولویت خاصی برخوردار است. در تغییر نگرش نوجوانان، بحث و گفتگو از ارکان اساسی تغییر نگرش را تشکیل می‌دهند. بنابراین مدلی که در مطالعه حاضر برای ارتقای نگرش دانش‌آموزان انتخاب شده است، مدل آموزش فریر می‌باشد، زیرا جوهره کار مدل فریر، گفتگو یا کسب مهارت و تخصص از طریق ارتباط دوطرفه است. به همین دلیل آن را پژوهش مشارکتی نیز نامیده‌اند. دومین نکته برجسته روش‌شناسی مدل فریر، تکنیک مسئله‌انگیزی یا طرح مسئله است. این رویکرد نقطه مخالف آموزش سنتی می‌باشد که فریر آن را آموزش انباشتی می‌نامید.

آموزش سنتی راه‌حل‌های از پیش آماده را به افراد داده و به آن‌ها اجازه تفکر نمی‌دهد ولی در این مدل آموزشی هیچ‌گونه پاسخی از پیش تعیین نشده و دانش

پایایی پرسشنامه از روش آزمون- باز آزمون استفاده شد که $F=0/87$ حاصل شد.

وزن دانش‌آموزان با استفاده از ترازوی دیجیتال با دقت $0/1$ کیلوگرم با حداقل لباس و بدون کفش و توسط پژوهشگر و قد آنان نیز با استفاده از قدسنج قابل نصب بر روی دیوار با دقت $0/5$ سانتی‌متر در حالت ایستاده و بدون کفش با پاهای جفت اندازه‌گیری شد به طوری که زانوها، لگن، شانه و پشت سر در امتداد یک خط عمود بوده و سر راست قرار گیرد. شاخص توده بدنی نیز محاسبه شد. بر اساس نمودارهای مرجع مرکز کنترل و مدیریت بیماری‌ها شاخص توده بدنی کمتر از صدک ۵ استاندارد لاغر، صدک ۵ تا ۸۵ طبیعی و مساوی یا بیشتر از صدک ۹۵ به عنوان اضافه وزن در نظر گرفته شد.

مقیاس سؤالات پرسشنامه EAT-26 به صورت لیکرت بود: هرگز (امتیاز صفر)، به ندرت (امتیاز یک)، گاهی (امتیاز دو)، و همیشه (امتیاز سه). بعد از انجام مطالعه جمع امتیازات محاسبه شد. این پرسشنامه حاوی ۲۶ سوال مرتبط با نگرش، عادات و رفتار تغذیه‌ای بود و حداکثر امتیاز آن ۷۸ می‌باشد. امتیاز برابر ۲۰ و یا بیشتر به عنوان در معرض خطر برای اختلالات خوردن تعریف شده است (۱۴). لذا معیار امتیاز بیست و یا بالاتر به عنوان در معرض خطر برای اختلالات خوردن تعریف شد.

گروه آزمون، بر اساس نمره به دست آمده از پرسشنامه در ۳ گروه تقسیم‌بندی شدند و آموزش بر اساس ساختارهای مدل آموزش فریر با همکاری دانش‌آموزان صورت گرفت. علاوه بر آموزش چهره به چهره از پمفلت و پوستر نیز برای آموزش استفاده شد. در هر مرحله از آموزش از روش‌های آموزشی مختلف بر اساس ساختارهای مدل فریر استفاده شد که شامل پنج ساختار می‌باشد:

- ۱- گفتگو
- ۲- آگاه‌سازی
- ۳- عمل اندیشی

پژوهان خود بایستی پاسخ‌ها را جستجو نموده و به آن‌ها دست یابند (۱۲). از آنجایی که این مشکل در جوامع دیگر مورد بررسی قرار گرفته و مطالعات موجود در این زمینه در جامعه ایرانی بسیار کم می‌باشد. پژوهشگران بر آن شدند تا با به‌کارگیری برنامه آموزشی مبتنی بر مدل آموزشی فریر در دانش‌آموزان دختر دبیرستان مشهد، تأثیر آن را بر نگرش غیرطبیعی و اختلالات خوردن نوجوانان دارای اضافه وزن بسنجند.

مواد و روش‌ها

مطالعه به صورت نیمه تجربی بر روی در دانش‌آموزان سال اول دبیرستان دخترانه شهر مشهد در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول حجم نمونه با استفاده از مقاله مشابه (۱۳) با توجه به میانگین و انحراف معیار برای توده بدنی در هر گروه (آزمون و کنترل) حداقل ۳۰ نفر به دست آمد. از بین دبیرستان‌های دولتی منطقه ۶ آموزش و پرورش شهر مشهد، دو مدرسه به صورت غیرتصادفی انتخاب شدند و یک مدرسه به عنوان گروه آزمون و دیگری گروه کنترل در نظر گرفته شد. متغیرهای قابل کنترل در این مطالعه شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، منطقه و سایر مشخصات فردی و اجتماعی می‌باشد که همگن‌سازی در دو گروه انجام گرفت تا بین دو گروه، اختلاف معنادار آماری از این نظر وجود نداشته باشد. پس از کسب مجوز کتبی از اداره آموزش و پرورش منطقه ۶، موافقت مدیران مدارس نیز حاصل گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: (شغل پدر، شغل مادر، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، چندمین فرزند خانواده) و پرسشنامه استاندارد تغذیه تحت عنوان EAT-26 بود که در مدرسه بعد از توضیحات کامل توسط دانش‌آموزان پر شدند. روایی پرسشنامه استاندارد EAT-26 قبلاً توسط دژکام و همکاران در ایران تأیید شده بود (۱۴). به منظور ارزیابی

۴- تبدیل

۵- آگاهی انتقادی به صورت بحث گروهی کوچک، فکر افکنی، ایفای نقش، پروژه آزمایشی و مطالعه موردی.

در هر جلسه روی یکی از سازه‌های مدل بحث و گفتگو انجام گرفت.

جلسه اول ساختار گفتگو: درباره این که مسأله چیست؟ بحث گروهی کوچک و فکر افکنی در بین دانش‌آموزان صورت گرفت که ۷۵ دقیقه به طول انجامید. در این جلسه مسأله توسط دانش‌آموزان بیان گردید. پژوهشگران با استفاده از استراتژی گزارش‌دهی به کمک افراد شرکت‌کننده پرداختند، به گونه‌ای که پس از اجرای فرایند گدگذاری، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا به عنوان یک گروه، به تعریف سطوح مختلف مسأله بپردازند، تجارب مشابه زندگی‌شان را با هم در میان بگذارند، این سؤال را مطرح کنند که چرا چنین مسأله‌ای وجود دارد.

پس در جلسه دوم، آگاه‌سازی دانش‌آموزان بر اساس نتایجی که از مرحله اول به دست آمده بود، انجام گرفت و با همکاری دانش‌آموزان، مشکل تغذیه توسط دانش‌آموزان ریشه‌یابی و شناسایی شد.

در جلسه سوم و چهارم ساختار عمل‌اندیشی و تبدیل پیاده شد که با توافق دانش‌آموزان، بر چسب غذایی مواد داخل بوفه مدرسه انجام شد و این که چرا برخی مواد غذایی هست و برخی نیست، مورد بررسی قرار گرفت، دانش‌آموزان یک لیست از مواد غذایی کم چربی که می‌توانند جایگزین مواد غذایی پرچرب باشد، تهیه کردند و تغییراتی در محیط مدرسه ایجاد گردید تا فروش برخی مواد غذایی در بوفه مدرسه با همکاری مسئولین مدرسه کنترل شود.

در آخرین جلسه (آگاهی انتقادی) از دانش‌آموزان خواسته شد که یک گروه برای پایش و نظارت مواد غذایی بوفه تشکیل دهند. در زمان اجرای برنامه، مطالب آموزشی از طریق پمفلت و بسته‌های آموزشی در اختیار دانش‌

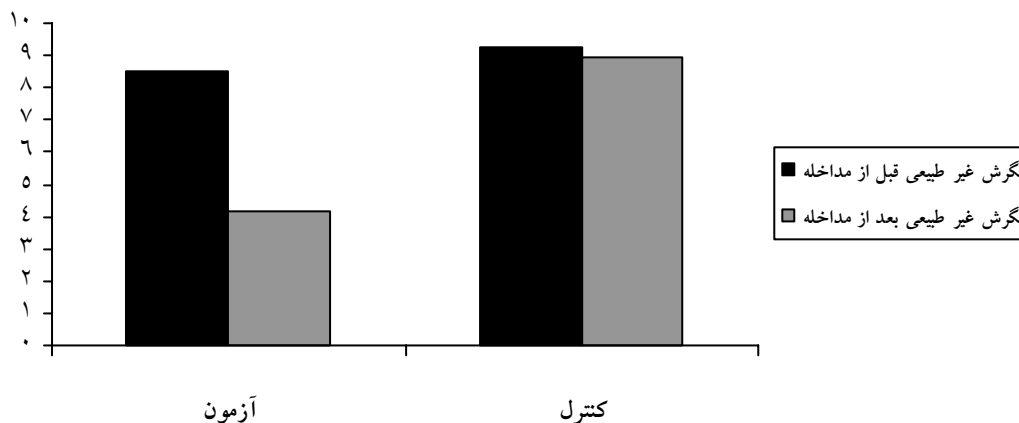
آموزان قرار گرفت. سپس دانش‌آموزان به مدت یک ماه مورد پیگیری قرار گرفتند و در پایان پس از این مدت زمان، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط دانش‌آموزان تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی، آزمون تی مستقل و آزمون تی زوجی با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌ها در گروه آزمون ۱۴/۷۷ سال و در گروه کنترل ۱۴/۵۰ بود. بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای فردی مانند سن نوجوانان، سن و شغل پدر و مادر، بُعد خانوار، درآمد، وضعیت سکونت و سایر متغیرهای دموگرافیک، قبل از مداخله اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p=0/918$). میانگین BMI نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مطالعه (به ترتیب $27/49 \pm 0/743$ و $27/47 \pm 0/752$ کیلوگرم بر مترمربع) و بعد از مداخله (به ترتیب $26/09 \pm 1/63$ و $27/21 \pm 1/10$ کیلوگرم بر مترمربع) به دست آمد. آزمون تی مستقل تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمره توده بدنی گروه آزمون بعد از مداخله نشان داد ($P < 0/001$)، در حالی که تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمره توده بدنی گروه کنترل بعد از مداخله مشاهده نشد ($P=0/918$).

میانگین نمره نگرش غیرطبیعی نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مطالعه (به ترتیب $5/64 \pm$ و $8/53$ و $9/23 \pm 4/99$) و بعد از مداخله (به ترتیب $4/16 \pm 3/41$ و $8/96 \pm 5/26$) به دست آمد. آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین امتیاز نگرش غیرطبیعی دو گروه قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/613$)؛ در حالی که همین آزمون نشان می‌دهد که بین میانگین امتیاز دو گروه بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

در مقایسه میانگین امتیاز نگرش غیرطبیعی گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی زوجی



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمره نگرش غیر طبیعی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران می باشد (۱۴). در مطالعه نوبخت و دژکام که بر روی ۳۱۰۰ دانش آموزان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر تهران تحت عنوان مطالعه اپیدمیولوژیکی اختلالات خوردن در ایران صورت گرفته است؛ شیوع بی اشتتهایی عصبی ۰/۹ درصد و پر اشتتهایی عصبی ۳/۲ درصد گزارش گردیده است (۱۴). در مطالعه دژکام فقط به تعیین شیوع اختلالات خوردن پرداخته شده و آموزشی صورت نگرفته است. ولی در مطالعه حاضر مداخله آموزشی نیز صورت گرفته است. یافته های ما با بعضی از نتایج مطالعات کشورهای غربی نیز همخوان می باشد. (۱۶-۱۵) در مطالعه ای در آمریکا ۱۰/۹ درصد زنان و ۴ درصد مردان نمرات مساوی یا بیش از ۲۰ از پرسشنامه EAT-26 کسب کرده بودند که در نژاد آفریقایی-آمریکایی این رقم شامل ۸/۳ درصد زنان بود و این رقم در مورد زنانی که در باشگاه های خاص عضو بوده و جدا زندگی می کردند، به ۱۵ درصد می رسید که در معرض خطر بیش تری هستند (۱۷).

در نتایج پژوهش سیدی و همکاران که بر روی دانش آموزان دختر شهر کرمان انجام داده بودند. شیوع اختلالات خوردن ۸/۶ درصد گزارش شده است. از این میزان ۰/۰۸ درصد مربوط به بی اشتتهایی عصبی ۰/۸ درصد مربوط به پر اشتتهایی عصبی بود و نوع سوم ۷ درصد اختلالات خوردن را در این مطالعه تشکیل داد (۱۸). در این مطالعه میانگین نمره نگرش غیر طبیعی در گروه آزمون از ۸/۵۳ قبل از آموزش به ۴/۱۶ بعد از آموزش کاهش نشان داد در مطالعه

تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/001$) اما در گروه کنترل، تفاوت معناداری در مقایسه قبل و بعد از مداخله وجود نداشت ($P = 0/161$) (نمودار ۱). نتایج مربوط به تعیین اختلالات خوردن قبل از مداخله در گروه آزمون نشان داد که ۶/۴ درصد از دانش آموزان اختلالات خوردن داشتند. که از این درصد ۱/۷ درصد به بی اشتتهایی عصبی؛ ۱/۷ درصد به پر اشتتهایی عصبی؛ و ۳ درصد به نوع سوم مبتلا بودند. بعد از آموزش اختلالات خوردن به ۳/۲ درصد در گروه آزمون کاهش نشان داد ($P < 0/001$). در حالی که در گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری در مقایسه قبل و بعد از مداخله وجود نداشت ($P = 0/810$).

گروه آزمون در پاسخ به این سؤال که به عقیده شما وزن شما در حال حاضر چگونه است؟ ۲۱ نفر (۷۰ درصد) طبیعی، ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) بیشتر از طبیعی و ۱ نفر (۳/۳ درصد) کمتر از طبیعی جواب دادند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش بر اساس مدل آموزشی فریر، باعث کاهش نگرش غیر طبیعی و اختلالات خوردن در دانش آموزان می شود. نتایج بررسی حاضر نشان داد که دانش آموزان گروه آزمون قبل از آموزش، ۱/۷ درصد مبتلا به بی اشتتهایی عصبی، ۱/۷ درصد پر اشتتهایی عصبی و ۳ درصد به نوع سوم مبتلا می باشند که بعد از آموزش اختلالات خوردن به ۳/۲ درصد کاهش نشان داد. که این میزان تقریباً مشابه نتایج بدست آمده در مطالعه دژکام و نوبخت در

شود.

در مطالعه حاضر، ارتباط مشخصی بین نگرش غیرطبیعی نسبت به خوردن و متغیرهای دموگرافی، فقط وزن و شغل مادر با نگرش غیرطبیعی رابطه معناداری وجود داشت و بین سایر متغیرهای دموگرافی با نگرش غیرطبیعی رابطه معناداری مشاهده نشد. براساس نتایج این مطالعه، ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات والدین و نمای توده بدنی دانش‌آموزان مشاهده نشد. در مطالعه شاهقلیان و همکاران نیز ارتباط بین سطح تحصیلات والدین با میزان چاقی، معنادار نبود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۱). در حالی که در مطالعه دلاوریان‌زاده و همکاران، بین شیوع سوء تغذیه و تحصیلات والدین ارتباط آماری معناداری وجود داشت (۲۲). از آنجایی که وزن دانش‌آموزان با توده بدنی اضافه وزن و چاق با شغل مادر (خانه دار) رابطه آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/05$)، تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد که شغل مادر در افزایش وزن دانش‌آموزان تأثیر داشته است، به طوری که دانش‌آموزانی که مادرانشان خانه‌دار بوده‌اند، با افزایش وزن بیشتری مواجه بوده و نگرش غیرطبیعی نسبت به خوردن در دانش‌آموزان با افزایش وزن بیشتر بوده است. لذا با توجه به نتایج پژوهش و آموزش‌های انجام شده، پیشنهاد می‌گردد تا مسؤولین امر با فراهم کردن فرصت‌های مناسب در زمینه ارتقاء سطح آگاهی و نگرش بهداشتی مادران، باعث بهبود وضع تغذیه دانش‌آموزان و در نتیجه بهبود وضع سلامت جامعه شوند. همان‌گونه که مطالعات دیگر نیز نشان داده است، این امر ناشی از تأثیرات فرهنگی به‌خصوص تأثیرات ناشی از رسانه‌ها (فیلم‌های سینمایی، تلویزیون، ماهواره، اینترنت) می‌باشد (۳).

با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر، به‌نظر می‌رسد سازمان‌های آموزش و پرورش و بهداشت و درمان به‌عنوان نهادهای تأثیرگذار می‌توانند زمینه‌های لازم را جهت افزایش آگاهی و نگرش دانش‌آموزان و در نتیجه کاهش

ای که در مصرانجام شده نیز شیوع نگرش‌های غیرعادی نسبت به خوردن ۱۱/۴ درصد گزارش شده و بدین نتیجه رسیده اند که نگرش غیر طبیعی و اختلالات خوردن در جوامعی که قبلاً دیده نمی‌شده در حال پیدایش و گسترش است که البته کمی کم‌تر از کشورهای غربی مثل انگلستان بوده ولی آنچه مسلم است در اثر جهانی شدن فرهنگ‌ها و گسترش ارتباطات و رسانه‌ها هیچ جامعه‌ای در برابر این اختلال مصون نمی‌باشد (۱۹).

ضرغامی در نتایج پژوهش خود تحت عنوان بررسی فراوانی نگرش‌های غیر طبیعی نسبت به خوردن و عوامل همبسته به آن در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر ساری (سال ۱۳۸۲) می‌نویسد: افسردگی و شاخص توده بدنی ارتباط معناداری با نگرش غیرطبیعی دارد به طوری که نگرش غیرطبیعی به خوردن در افراد چاق ۳۱/۸ درصد، افراد خیلی چاق ۱۶/۷ درصد و افراد با وزن نرمال ۱۱/۱ درصد می‌باشد (۲۰).

شیوع پدیده نگرش غیرطبیعی نسبت به خوردن نیز به تدریج در حال افزایش است که این مسأله در جوامع دیگر با الگوی فرهنگی مشابه ایران نیز مشاهده شده است. با توجه به این که این نگرش غیرطبیعی در صورت عدم برخورد و درمان مناسب به تدریج تبدیل به اختلال می‌گردد و عوارض و تبعات جدی برای فرد به دنبال خواهد داشت، توجه به مسأله پیشگیری از بروز این اختلالات و رفع علل زمینه‌ساز آن‌ها از اهمیت فراوانی برخوردار است. اختلال به خوردن، بیانگر ارتباط بالقوه بین اضافه وزن افراد و نگرش غیرطبیعی آن‌ها نسبت به خوردن است چرا که افزایش وزن در زنان، ایجاد نارضایتی از شکل بدن می‌کند و فرد مبتلا ممکن است به رژیم‌های بی‌حاصل، سخت و طولانی مدت، استفاده از مسهل‌ها، قرص‌های لاغری و سایر روش‌های لاغری روی آورد که نه تنها مفید نمی‌باشد، بلکه خود موجب ایجاد اختلالات دیگر و حتی افزایش وزن و اکنشی ناشی از دوره‌های پرخوری گردد (۳). لذا در صورت عدم توجه و عدم اتخاذ راهبردهای مناسب در زمینه افزایش وزن، ممکن است چاقی باعث اختلالات خوردن در این افراد

تشکر و قدردانی

این پژوهش طرح مصوب دانشکده بهداشت مشهد بوده و نویسندگان این مقاله از مسئولین محترم دانشکده بهداشت مشهد، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ریاست محترم آموزش و پرورش و دانش آموزان دبیرستان منطقه ۶ مشهد قدردانی می نمایند.

اختلالات خوردن و نگرش‌های غیرطبیعی فراهم آورند. بنابراین اجرای برنامه‌های آموزش تغذیه برای دانش‌آموزان به صورت مداوم می‌تواند نقش به‌سزایی در تحقق این امر مهم داشته باشد. از جمله نقاط ضعف مطالعه عدم تکمیل دقیق پرسش‌نامه‌ها توسط دانش‌آموزان و حذف مواردی که کامل نبود می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که تعداد و مدت زمان جلسات آموزش کاربردی تغذیه و شیوه‌های متنوع آموزشی افزایش و سیاست‌گذاری‌هایی در مدارس جهت بهره‌مندی از تغذیه سالم انجام پذیرد.

References

1. Striegler- Moore RH, Smolak L. Gender, Ethnicity and eating disorder. In: Fairburn CG, Brownell KD. Eating Disorders and Obesity—a Comprehensive Handbook. New York: Guilford Press; 2002. pp 551-4.
2. Stang J, Story M. Guideline for adolescent nutrition services. [online book]. Minneapolis: University of Minnesota; 2005. [cited 2010 Aug 15]. Available at: <http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adol-book.shtm>
3. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders: clinical features and patho physiology. *Physiol Behav* 2004;81(2): 359-74.
4. Chamay-Weber C, Narring F, Michaud PA. Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health*. 2005;37(5):417-27.
5. Golden NH. Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003; 17(1):57-73.
6. Pourghassem Gargari B, Kooshavar D, Seyed Sajadi N, Karami S, Shahrokhi H. Risk of Eating Disorders in Tabrizian High School Girls. *J Tabriz Med Univ*. 2008; 30(4): 21-6. (Persian)
7. Ivarsson T, Svalander P, Litlere O, Nevenon L. Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eat Behav*. 2006; 7(2):161-75 .
8. Hutchinson DM, Rapee RM. Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behav Res Ther*. 2007 ;45(7):1557-77 .
9. Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21(3):325-44.
10. Hrabosky JI, Grilo CM. Body image and eating disordered behavior in a community sample of Black and Hispanic women. *Eat Behav*. 2007; 8(1):106-14 .
11. Fisher M, Pastore D, Schneider M, Pegler C, Napolitano B. Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *Int J Eat Disord*. 1994; 16(1):67-74.
12. saffari M, shojaeizade D, ghofranipour F, heydarnia A, pakpour A. Health education & promotion theories, models & Methods. Tehran: Samat; 2009. (Persian)
13. Azadi A, Anooshe M, Alhani F, Hajizade E. The effect of implementation of health promotion program in school to control risk factors for obesity in adolescents. *Iranian South Med J*. 2009;11(2):153-62. (Persian)
14. Thomas CL, James AC, Bachmann MO. Eating attitudes in English secondary school students: influences of ethnicity, gender, mood, and social class. *Int J Eat Disord*. 2002;31(1):92-6.
15. Vega Alonso AT, Rasillo Rodríguez MA, Lozano Alonso JE, Rodríguez Carretero G, Martín MF. Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 ;40(12):980-7 .
16. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord*. 2000; 28(3):265-71. (Persian).
17. Bizeul C, Brun JM, Rigaud D. Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *Eur Psychiatry*. 2003; 18(3):119-23.
18. Vidović V, Palle Rotar D, Komarica VZ, Juresa V. Eating behaviour, weight status and depressive feelings in female adolescents. *Coll Antropol*. 1997; 21(1):277-83.
19. Zarghami M, Chimeh N. Study of abnormal attitudes frequency towards eating and the related factors in the

- high school students of Sari Township. J Mazandaran Univ Med sci. 2003; 40(13): 70-8. (Persian)
20. Gür E, Can G, Akkus S, Ercan G, Arvas A, Güzelöz S, et al. Is undernutrition a problem among Turkish school children?: Which factors have an influence on it? J Trop Pediatr. 2006 ;52(6):421-6
21. Delavarianzadeh M, Hoseinzadeh S, Hasani M. Nutritional status and its determinants in primary school children in Sharood, 2004. Proceeding of 9th Iranian Nutritional Congress 2006 Sep. 3-6, Tabriz, Iran. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2006. (Persian)
22. Seyadi F, Sanaezadeh F. prevalence of eating disorders in High school girl students. [Thesis of medicine]. Kerman: kerman medical University; 2001. (Persian)