

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

مقایسه باورهای اختلال خوردن و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری
افراطی و زنان بهنجار

توسط:

روزیتا حیدری

استاد راهنما:

دکتر محمد علی گودرزی

بهمن ماه ۱۳۹۰

به نام خدا

مقایسه باورهای اختلال خوردن و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی و زنان بهنجار

به وسیله‌ی:

روزیتا حیدری

پایان نامه

ارائه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه به عنوان بخشی از
فعالیت های تحصیلی لازم برای اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته‌ی

روان‌شناسی بالینی

از دانشگاه شیراز

شیراز

جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی شده توسط کمیته پایان نامه با درجه عالی

دکتر محمد علی گودرزی، دانشیار بخش روان‌شناسی بالینی (رئیس کمیته).....

دکتر عبدالعزیز افلاک سیر، استادیار بخش روان‌شناسی بالینی

دکتر فرهاد خرمایی، استادیار بخش روان‌شناسی بالینی

بهمن ماه ۱۳۹۰

تقدیم به :

پدر عزیزم

که برلیم آینه تمام نمای مهر بود

او که با وسعت اندیشه اش معنی توانستن را به من آموخت.

و با حضور پر صلابت و کلام دلنشینش

زمین خوردن های کودکانه مرا به بلوغ دویدن به سوی خواسته هایم تبدیل کرد.

و به من آموخت که امواج زندگی را بپذیرم و در نبرد زندگی بخندم

پاس می دارم این اسطوره زندگی را

و خاضعانه سر تعظیم در مقابلش فرود می آورم

و عشقی پاک تر از نفس نسیم در گیسوان گل‌های اقاقی را نثارش می کنم

و بر دستان مهربانش بوسه می زنم.

خورشید وجودش همیشه فروزان و روشنگر راه

تقدیم به :

به مادر گرمی ام که وجودم
برایش همه رنج بود و وجودش برایم همه مهر
توانش رفت تا به توانایی برسم.
و رویش سفید گشت تا رویم سفید بماند.
آنکه فروغ نگاهش، گرمی کلامش و روشنی رویش سرمایه
جاودانی من است.
آنکه راستی قامت از او تجلی یافت.
پاس می دارم این عشق آسمانی را و
در برابر وجود گرامیش زانوی ادب بر زمین می نهم و با دلی
مملو
از عشق و محبت و خضوع بر دستانش بوسه می زنم.
و می گویم عاشقانه دوستش دارم.
سرو وجودش همیشه سرسبز و استوار.

سپاسگزاری

ملاصدرا می گوید:

خداوند بی نهایت است و لا مکان و بی زمان
اما به قدر فهم تو کوچک می شود
به قدر نیاز تو فرود می آید

به قدر آرزوی تو گسترده می شود

و به قدر ایمان تو کارگشا می شود.

شکر خدای را که، هستی ام بخشید و نعمتش را در لحظه لحظه ی زندگی ام نو به نو زنده کرد، و سپاس بر انسان های والایی که رهبر و راهنمای من در راه تحصیل علم بودند: اکنون که این رساله به پایان رسیده است، بر خود فرض می دانم که مراتب سپاس و قدردانی خود را از اساتید بزرگواری که خوشه چین معرفت شان بوده ام، بجا آورم.

استاد گرانقدرم جناب آقای دکتر گودرزی، پاس می دارم گرمی نگاهتان، مهر لبخندتان و آرامش کلامتان را که همواره در طول این دوره تلاش، روح مضطربم را به ساحل آرامش هدایت نمود.

استاد ارجمندم جناب آقای دکتر افلاک سیر، از زحمات بی شائبه شما در رفع قصورات این پایان نامه در عین مشغله ی علمی و شغلی سپاسگزارم.

استاد ارجمندم جناب آقای دکتر خرمایی، زحمات بی منت شما که در طول سال های تحصیل از محضر شما دریافت داشتم، کمال سپاسگزاری را دارا هستم.

چکیده

مقایسه باورهای اختلال خوردن و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی و زنان بهنجار

بوسیله‌ی

روزیتا حیدری

هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای اختلال خوردن و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی و بهنجار شهر تهران بود. برای این منظور ۶۰ نفر از این افراد (۳۰ بیمار و ۳۰ بهنجار) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس های باورهای اختلال خوردن و رضایت زناشویی انریچ را تکمیل کردند. نتایج حاکی از آن بود که میزان باورهای اختلال خوردن در گروه بیمار و بهنجار تفاوت وجود دارد. از میان زیر مقیاس های انریچ عامل های رضایت عمومی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان، خانواده و دوستان بین دو گروه بهنجار و بیمار تفاوت وجود داشت. همچنین بین باورهای اختلال خوردن و رضایت زناشویی رابطه معنی داری وجود داشت.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول : مقدمه
۲	۱- مقدمه.....
۲	۱-۱- مقدمه.....
۷	۲-۱- بیان مسئله.....
۸	۳-۱- اهمیت مسئله.....
۱۱	۴-۱- فرضیات تحقیق.....
۱۲	۵-۱- تعاریف عملیاتی و نظری متغیرهای پژوهش.....

فصل دوم : تحقیقات پیشین

۱۴	۲- مبانی نظری و پیشینه پژوهش.....
۱۴	۲-۱- مبانی نظری.....

۱۴	۲-۱-۱- اختلالات خوردن
۱۶	۲-۱-۱- شیوع شناسی
۱۷	۲-۱-۱- سبب شناسی
۱۸	۲-۱-۲- اختلال پرخوری افراطی
۱۸	۲-۱-۲- ویژگی های تشخیصی
۲۱	۲-۱-۲- ویژگی ها و اختلال های همراه
۲۳	۲-۱-۳- تشخیص افتراقی
۲۶	۲-۱-۴- رضایت زناشویی
۲۹	۲-۱-۴- عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی
۳۷	۲-۲- تحقیقات پیشین
۳۷	۲-۲-۱- تحقیقات انجام شده در زمینه باورهای اختلال خوردن
۴۱	۲-۲-۲- تحقیقات انجام شده در خصوص رضایت زناشویی
	۲-۲-۳- تحقیقات انجام شده در خصوص رابطه باورهای اختلال خوردن و رضایت
۴۳	زناشویی
۴۷	۲-۱-۴- نتیجه گیری

فصل سوم: روش تحقیق

۳- روش	۴۹
۳-۱- مقدمه	۴۹
۳-۲- نمونه و روش نمونه گیری	۴۹
۳-۳- ابزارهای پژوهش	۵۰
۳-۳-۱- پرسشنامه باورهای اختلال خوردن	۵۳
۳-۳-۱-۱- روش تهیه فرم فارسی پرسشنامه باورهای اختلال خوردن	۵۴
۳-۳-۲- پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ	۵۵
۳-۳-۲-۱- روایی و پایایی پرسشنامه	۵۷
۳-۴- طرح تحقیق	۶۱
۳-۵- روش های آماری جهت بررسی فرضیه های پژوهش	۶۱

فصل چهارم : یافته های تحقیق

- ۴- یافته ها ۶۳
- ۴-۱- مقدمه ۶۳
- ۴-۲- ویژگی های جمعیت شناختی نمونه روایی و پایایی مقیاس باورهای اختلال خوردن ۶۳
- ۴-۲-۱- روایی مقیاس باورهای اختلال خوردن ۶۴
- ۴-۲-۱-۱- تحلیل عوامل ۶۴
- ۴-۲-۱-۲- روایی همزمان ۶۶
- ۴-۲-۱-۳- روایی همگرا و افتراقی ۶۷
- ۴-۲-۲- پایایی مقیاس باورهای اختلال خوردن ۶۷
- ۴-۲-۲-۱- روش دو نیمه سازی ۶۷
- ۴-۲-۲-۲- همسانی درونی ۶۸
- ۴-۳- یافته های تحقیق ۶۹
- ۴-۳-۱- فرضیه اول ۶۹
- ۴-۳-۲- فرضیه دوم ۷۱
- ۴-۳-۳- فرضیه سوم ۷۳

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

۵- بحث و نتیجه گیری	۷۶
۵-۱- مقدمه	۷۶
۵-۲- بحث و نتیجه گیری از یافته های فرضیات تحقیق	۷۶
۵-۲-۱- فرضیه اول	۷۶
۵-۲-۲- فرضیه دوم	۸۰
۵-۲-۳- فرضیه سوم	۸۷
۵-۳- پیشنهادات	۸۷
۵-۳-۱- پیشنهادات پژوهشی	۸۷
۵-۳-۲- پیشنهادات کاربردی	۸۹
۵-۴- محدودیت های پژوهش	۹۱
فهرست منابع فارسی	۹۲
فهرست منابع انگلیسی	۹۷

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۳ نتایج مقایسه نمرات گروه بهنجار و بیمار در متغیر سن	۵۰
جدول ۲-۳ توزیع فراوانی سطح تحصیلات نمونه مورد مطالعه	۵۱
جدول ۳-۳ توزیع فراوانی طبقه اجتماعی نمونه مورد مطالعه	۵۲
جدول ۳-۴ خرده مقیاس های رضایت زناشویی	۵۶
جدول ۳-۵ ضرایب پایایی پرسشنامه رضایت زناشویی در گروه بهنجار و بیمار	۵۹
جدول ۳-۶ ضرایب همبستگی بین خرده آزمون های پرسشنامه رضایت زناشویی با یکدیگر و با نمره کل	۶۰
جدول ۴-۱ ماتریس عاملی پرسشنامه ASIC با استفاده از جرخش واریمکس	۶۵
جدول ۴-۲ ضرایب همبستگی باورهای اختلال خوردن و عوامل آن با بازخوردهای اختلال خوردن	۶۶
جدول ۴-۳ ضرایب همبستگی هر یک از عوامل پرسشنامه باورهای اختلالات خوردن با یکدیگر و نمره کل	۶۷
جدول ۴-۴ مقادیر پایایی دو نیمه سازی بر اساس ضرایب همبستگی اسپیرمن - براون	۶۸
جدول ۴-۵ ضرایب پایایی پرسشنامه باورهای اختلال خوردن	۶۸
جدول ۴-۶ میانگین و انحراف معیار عوامل باورهای اختلال خوردن در گروه بهنجار و بیمار	۶۸
جدول ۴-۷ مشخصه های F آزمون چند متغیری	۶۹
جدول ۴-۸ مقایسه گروه بهنجار و بیمار از نظر باورهای اختلال خوردن	۷۰
جدول ۴-۹ میانگین و انحراف معیار عوامل رضایت زناشویی در گروه بهنجار و بیمار	۷۱
جدول ۴-۱۰ مشخصه های F آزمون چند متغیری	۷۱
جدول ۴-۱۱ مقایسه گروه بهنجار و بیمار از نظر رضایت زناشویی	۷۲
جدول ۴-۱۲ ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش	۷۴

عنوان

صفحه

فصل اول

مقدمه

۱- مقدمه

۱-۱- مقدمه

اختلالات تغذیه‌ای یکی از عوامل نگران کننده سلامت عمومی است که از دهه ۱۹۷۰ نرخ آن به سرعت رو به افزایش است (هاکن^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از صفوی، محمودی و روشندل، ۱۳۸۸). اختلالات خوردن نیز دسته‌ای از بیماری‌های تغذیه‌ای- روانی هستند که خصوصیت اصلی و بارز آنها آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای تغذیه‌ای بوده و در آنها اختلالات بارزی از افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن به وجود می‌آید (کلین و والش^۲، ۲۰۰۴). این دسته از بیماری‌ها، عوارض روانی متعددی داشته و زمینه ساز مشکلاتی چون اضطراب و افسردگی بوده و در صورت عدم تشخیص سریع و درمان به موقع می‌تواند به حالت‌های شدید و بالینی چون بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی تبدیل شود (کلین و والش، ۲۰۰۴). براساس چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری انجمن روان‌شناسی آمریکا^۳، اختلالات خوردن به سه دسته مجزای پرخوری عصبی^۴، بی‌اشتهایی روانی^۵ و اختلالات خوردن که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است^۶ تقسیم می‌شوند. این اختلالات معمولاً در پی یک رژیم غذایی سخت در افرادی بروز می‌کنند که از چاق شدن می‌ترسند، تمایل به داشتن هیکلی ظریف دارند و به تغذیه، وزن و ظاهر خود توجه افراطی دارند. بر اساس چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی

^۱Hoeken

^۲ Klein and Walsh

^۳ - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR)

^۴ - bulimia nervosa

^۵ - anorexia nervosa

^۶ - Not Otherwise Specified (NOS)

آمریکا (۲۰۰۰) اختلالاتی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است شامل مواردی از اختلال‌های خوردن است که از نظر بالینی مهم هستند، ولی تمامی معیارهای تشخیص بی‌اشتهایی روانی یا پرخوری عصبی را ندارند. این تشخیص زمانی گذاشته می‌شود که فرد فاقد یکی از معیارهای تشخیصی باشد؛ یا فاقد تعداد کافی نشانه‌ها باشد. اختلال پرخوری افراطی^۱ (خوردن با ولع) با دوره‌های منظم پرخوری بیش از حد و احساس از دست دادن کنترل خوردن مشخص می‌شود؛ اما برخلاف افراد مبتلا به پراشتهایی یا بی‌اشتهایی عصبی، این افراد بعد از خوردن غذا خودشان را وادار به استفراغ نمی‌کنند و به ورزش شدید برای کاهش وزن هم نمی‌پردازند. فیربورن^۲ (۱۹۹۵؛ به نقل از کلین و والش، ۲۰۰۴) اختلال پرخوری افراطی را به عنوان داشتن یک حس عدم کنترل در طی یک دوره از غذا خوردن می‌داند که شامل مصرف مواد غذایی است، که به طور سنتی بیشتر از آنچه توسط دیگران در همان وزن طبیعی در نظر گرفته شده، می‌باشد. در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، پرخوری به عنوان یک اختلال برای پژوهش‌های بیشتر و نمونه‌ای از اختلال‌های خوردن که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است، مطرح می‌شود. مطالعات همه‌گیر شناسی نشان می‌دهند که ۸ میلیون نفر از افراد در ایالات متحده از اختلالات خوردن رنج می‌برند (فورتیناش و هالیدی^۳، ۲۰۰۴؛ به نقل از صفوی، محمودی و روشندل، ۱۳۸۸). در تحقیقی که در ایران توسط نوبخت و دژکام (۲۰۰۰؛ به نقل از بابایی، خداپناهی و صدق پور، ۱۳۸۶) بر اساس مطالعه همه‌گیر شناسی در دانش‌آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران انجام شد، ۶/۶۳ درصد سندرم خفیف اختلال خوردن را گزارش نمودند. کارشناسان تخمین می‌زنند که علاوه بر اختلالات خوردن، تقریباً ۲۵ میلیون نفر، با یک اختلال پرخوری یا رفتار تغذیه‌ای خفیف دست به گریبانند (اختلالات مربوط به خوردن، INC، ۲۰۰۵؛ به نقل از عسکری، پاشا و امینیان، ۱۳۸۸). اگرچه اختلالات خوردن هم زنان و هم مردان را در بر می‌گیرد، اما

¹ binge eating disorder

² Fairburn

³ Fortinash and Holoday

زنان تقریباً ۱۰ برابر بیشتر از مردان، تشخیص این اختلال را دریافت می‌کنند. به طور اخص به ازای هر یک میلیون مردی که تشخیص اختلال خوردن را دریافت می‌کنند به ۱۰ میلیون زن، بر چسب این اختلال زده می‌شود (انجمن ملی اختلالات خوردن^۱، ۲۰۰۴؛ به نقل از عسکری، پاشا و امینیان، ۱۳۸۸). مطالعات مؤسسه غربالگری سلامت روانی^۲ (۲۰۰۵) نیز نشان می‌دهد زنان در قیاس با مردان، شانس بیشتری برای ابتلا به اختلالات خوردن دارند. در سبب شناسی اختلالات خوردن عوامل متعددی از قبیل عوامل زیست‌شناختی، روان‌پویشی، روان‌شناختی و محیطی را ذکر کرده‌اند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۵). سن شروع پرخوری یا سن فرد به نظر نمی‌رسد پیش‌بینی‌کننده اختلال پرخوری افراطی یا چاقی بزرگسالان باشد (ماشب و گریلو^۳، ۲۰۰۸)، در عین حال زالد^۴ (۲۰۰۸) بیان می‌کند که دلایل زیستی و اجتماعی در ارتباط با رفتارهای خوردن ممکن است در دوران اولیه کودکی رشد یابد که این مسأله به توجیه تصمیم‌گیری مادام‌العمر در مورد خوردن کمک می‌کند. همچنین ماند و های^۵ (۲۰۰۸) بیان می‌دارند که گرچه شرایط اجتماعی می‌تواند رفتار خوردن را تحت تأثیر قرار دهد، اما بسیاری از افراد احساس می‌کنند که رفتار پرخوری افراطی، در نتیجه اعتماد به نفس ضعیف یا افسردگی می‌باشد. بر همین اساس، نظریه‌های شناختی و رفتاری اختلالات خوردن بر نقش نگرش‌ها و باورهای مربوط به وزن، شکل و خوردن در شکل‌گیری و تداوم اختلالات خوردن و علائم آن تأکید می‌کنند (فیربن، کوپر و شافران^۶، ۲۰۰۳). این باورها عموماً در افکار خودآیند راجع به وزن، شکل و خوردن منعکس می‌شود. در دیدگاه‌های شناختی، تمرکز خصوصاً بر شکل‌گیری و محتوای باورهای مرکزی، طرحواره‌ها و تصورات بنیادین و اصلی است (کوپر، رز و ترنر^۷، ۲۰۰۵) و باورها مرکز اصلی مدل‌های شناختی به شمار می‌روند. باورهای مرکزی در تحول و بقای نگرش‌های مربوط به اختلالات خوردن نقش مهمی ایفا می‌

¹National Eating Disorder Association

²Mental Health Screening

³Masheb and Grilo

⁴Zald

⁵Mond and Hay

⁶Fairburn and Cooper and Shafran

⁷Turner

کنند. بر اساس نظر بک و فریمان (۱۹۹۰؛ به نقل از شایقیان، وفایی و رسولزاده طباطبایی، ۱۳۹۰) بسیاری از اختلالات روانی ناشی از وجود همین باورها و افکار خودکار است، باورهای بسیار مستحکمی که حتی خود فرد نمی‌داند به احساسات ناخشنودی و دلسردی منجر می‌شود. مطالعات رز، کوپر و ترنر (۲۰۰۶) اهمیت این باورها را در بروز اختلالات خوردن تصدیق می‌کنند. بر همین اساس در مطالعه‌ای، ترنر و همکاران (۲۰۰۶) ارتباط اختلالات خوردن با طرحواره‌های خود باوری منفی و تأثیر آن بر عملکرد خانواده را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش آنان نقش باورهای مربوط به اختلال خوردن را در تضعیف عملکرد خانواده نشان می‌دهد. تحقیقات انجام شده در خصوص رضایت زوجین نیز نشان می‌دهند همسرانی که دارای باورهای همگرا هستند نسبت به آنانی که باورهای واگرا دارند سازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند (ساروخانی، ۱۳۸۵). متخصصان روان‌شناسی خانواده غالباً معیار خود را در بررسی کیفیت روابط زناشویی زوجین، سطح رضایت زناشویی آنها قرار می‌دهند. رضایت زناشویی یکی از مهم‌ترین عوامل پیشرفت و دستیابی به اهداف زندگی و تحت تأثیر ثبات عاطفی زوجین است (فیشر و مک آلتی، ۲۰۰۸). هاکینز، رضایت زناشویی را احساسات عینی از خشنودی و رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر به هنگام در نظر گرفتن همه تجربه‌های زندگی می‌داند (جوانمرد، ۱۳۸۵؛ به نقل از هومن، مهربانی زاده هنرمند، خواجه‌الدین و زرگر، ۱۳۹۰). برخی رضایت‌مندی زناشویی را نتیجه ۳ عامل رضایت عمومی از زندگی مشترک، رضایت از روابط جنسی و رضایت‌مندی عاطفی و هیجانی می‌دانند (شاکلفورد^۲، ۲۰۰۱؛ به نقل از عباسی و رسولزاده طباطبایی، ۱۳۸۸). مطالعات گیلبا، آونون، زابری و جکز مین^۳ (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که زنان دارای اختلال خوردن در قیاس با گروه سالم آگاهی کمتری از هیجانات خود داشته و در کنترل هیجانات خود با مشکل مواجه می‌شوند. با توجه به این که تعدیل احساسات به تنظیم فرایندهای احساسی کمک می‌کند، بی‌نظمی آن

¹ Mcully

²Shackelford

³ Gilboa and Avnon and Zubery and Jeczmiem

باعث نارسایی‌هایی در تنظیم تحریک احساسات و هیجانات می‌شود که ناتوانی در کنترل هیجانات منفی را ایجاد می‌کند و فشارهای روانی زندگی هم می‌تواند در بی‌نظمی هیجانات مؤثر بوده و به عنوان عاملی در اختلالات خوردن، نقش اثر گذاری ایفا کند، بنابراین، با توجه به آنچه که ذکر شد و اهمیت اختلالات خوردن، در دو دهه گذشته پژوهش‌ها، پیرامون این اختلال افزایش چشمگیری داشته است و نشان داده اند که اختلالات مربوط به خوردن با کیفیت زندگی، نارضایتی از بدن، سلامت رفتار، تنظیم هیجانات و غیره همراه است (مانند، های، راجرز و اون همکاران، ۲۰۰۵، مارینا و رافائل و جونیور^۱، ۲۰۱۱، پول، کروتز و اسچل^۲، ۲۰۰۴، ساموئل^۳، ۲۰۱۰، مک کاردی^۴، ۲۰۱۰). اما مطالعاتی که باورهای مربوط به اختلالات خوردن و رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی را در یک پژوهش واحد به ویژه در ایران مورد بررسی قرار دهد مورد توجه قرار نگرفته است. لذا پژوهش حاضر به بررسی باورهای اختلال خوردن و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی و زنان بهنجار می‌پردازد.

¹Marina and Raphael and Junior

² Schell

³ Samuel

⁴ McCurdy

شیوع اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به اختلال خوردن مانند اعتماد به نفس پایین، کمال‌گرایی، مشکلات عاطفی، غمگینی و ملال، رضایت پایین از تصویر بدن و باورهای خوردن، ناسازگاری زناشویی و غیره به طور چشمگیری در چند دهه گذشته رو به افزایش گذاشته است (فیربورن، کوپر و شافران، ۲۰۰۳). در واقع، بسیاری از نظریه‌پردازان افزایش اختلال‌های خوردن را در سال‌های اخیر ناشی از تأکید بر لاغری و ارزنده‌سازی آن در جوامع غربی می‌دانند (آبرامسن و والن، ۱۹۹۱؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۱). رسانه‌ها، آگهی‌های تبلیغاتی و فرهنگ غرب در تلاشند لاغری را امری مثبت نشان دهند و این امر باعث شده که میزان اختلالات خوردن در بین زنان افزایش یابد. از این رو زنان، ادراک نادرستی از بدن خود پیدا کرده و این ادراک نادرست در نگرش آنان برای خوردن غذا تأثیر گذار است. بر اساس مطالعات صورت گرفته، نگرش و رفتارهای خوردن، توسط عوامل چندگانه‌ای نظیر عوامل روان‌شناختی و استرس مشخص می‌شود و این متغیر، در شکل‌گیری و گسترش اختلالات خوردن نقش بسیار مهمی دارند. مطالعات نشان می‌دهد بسیاری از بیماری‌ها از جمله اختلالات خوردن به گونه‌ای مستقیم از سبک زندگی فرد ناشی شده و یا تحت تأثیر آن قرار دارد و یا دست کم، سبک زندگی در تشدید و دوام آن نقش دارد. به عبارت دیگر، آنچه زمینه بروز نگرش غیر طبیعی خوردن را فراهم می‌کند، سبک زندگی فرد و ناتوانی وی در رویارویی با مشکلات است (شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱). نتایج مطالعات حاکی از این است که تعداد زنان مبتلا به اختلالات خوردن رو به افزایش هستند به طوری که درصد قابل توجهی از آنها را زنانی را تشکیل می‌دهند که ازدواج کرده‌اند و یا روابط بلند مدت دارند (گارفینکل و گارنر، ۱۹۸۲؛ هیوی، پارکر، بات، کریسپ و گاورس، ۱۹۸۹؛ به نقل از فریدمن، دیکسون، برونل، ویشمن و وایفلی^۱، ۱۹۹۹). با وجود این، مطالعات کمی به بررسی رابطه بین روابط

^۱Brownell and Whisman and Wilfley