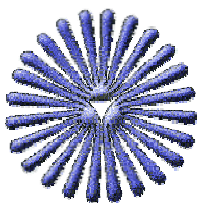


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی

گروه علمی روانشناسی

عنوان: پایان نامه

**عادات و نگرشهای غذایی، شاخص توده بدنی، میزان افسردگی، استرس و اضطراب  
در زنان با دیسمنوره و بدون دیسمنوره**

نگارش:

**فرح زمان نصیر تفرشی**

استاد راهنما:

**دکتر فرهاد شقاقی**

استاد مشاور:

**دکتر حمید کمر زرین**

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

دورشته روانشناسی

اسفند ۱۳۸۹

**تقدیم به تمامی زنان**

**ایران زمین**

## به نام حق

### تشکر و قدردانی

با حمد و سپاس از خداوند متعال که همیشه رهین نعم بی‌شمارش بوده‌ام. توفیقی حاصل گردید که در حضور اساتید گرانمایه افتخار شاگردی داشته باشم. لذا بر خود واجب می‌دانم از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر فرهاد شقاقی برای راهنمایی‌های ارزنده ایشان در امر پژوهش، تشکر و قدردانی نمایم و همچنین از آقای دکتر حمید کمرزین که در انجام پروژه فوق‌کمال همکاری و دلسوزی را با بنده داشتند کمال تشکر را دارم.

در خاتمه از کلیه این عزیزان و بزرگواران خالصانه و از صمیم قلب تشکر و سپاس بی‌پایان داشته و در حالی که مدیون محبت‌ها و گذشت‌هایشان هستم، از خداوند لایزال عاقبت به خیری و عافیت و طول عمر را برای آنان مسئلت دارم.

## چکیده :

این تحقیق به منظور مقایسه عادات و نگرشهای غذایی ، شاخص توده بدنی ، میزان افسردگی استرس و اضطراب در زنان با دیسمنوره و زنان بدون دیسمنوره انجام شده است . برای تعیین نمونه از میان مراجعه کنندگان به مراکز سلامت شهر کرج که مبتلا دیسمنوره بودند تعداد ۹۸ نفر بطور تصادفی انتخاب و سپس از میان دانشجویان دانشگاه پیام نور نیز ۹۸ نفر که بدون دیسمنوره بودند انتخاب گردیدند .

پرسشنامه های عادات غذاخوردن کوکر و راجر ، آزمون نگرش تغذیه ، مقیاس اختلالات تغذیه اهواز ، مقیاس افسردگی ، اضطراب ، استرس ( DASS ) ، پرسشنامه شدت درد قاعدگی توسط دو گروه جواب دهی شده و سپس BMI هر دو گروه محاسبه گردید .

نتایج آماری بدست آمده درمورد شاخص توده بدنی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) نشان دهنده عدم تفاوت معنی دار در میزان شاخص توده بدنی زنان دارای دیسمنوره و زنان بدون دیسمنوره است . در مورد عادات و نگرشهای غذایی نیز هیچگونه تفاوت معنا داری در دو خرده مقیاس نگرانی درباره وزن و بازداری بدست نیامد اما میان نمرات آزمودنی ها دو گروه در خرده مقیاس پرخوری تفاوت معنادار وجود دارد . بدین معنی که پرخوری در آزمودنی های بدون دیسمنوره بیشتر است .

درهمچنین نتایج آماری درمورد مقایسه دو گروه از نظر اضطراب ، استرس و افسردگی حاکی از آن است میان نمرات اضطراب و استرس زنان دارای دیسمنوره زنان بدون دیسمنوره تفاوت معنادار وجود دارد . بدین معنی که اضطراب و استرس زنان دارای دیسمنوره از زنان بدون دیسمنوره بیشتر است اما میان نمرات افسردگی دو گروه تفاوت معنی دار وجود ندارد .

واژگان کلیدی : دیسمنوره ، عادات غذایی ، شاخص توده بدنی ، اضطراب ، استرس ، افسردگی

## فهرست

صفحه	عنوان
فصل اول : دامنه مساله مورد بررسی	
۲	۱-۱ مقدمه
۲	۱-۲ بیان مساله
۸	۱-۳ ضرورت پژوهش
۱۰	۱-۵ فرضیه های پژوهش
۱۱	۱-۵ اهداف پژوهش
۱۱	۱-۶ متغیرهای پژوهش
فصل دوم : مروری بر یافته های قبلی در قلمرو مساله مورد بررسی	
۱۵	مقدمه
۱۶	۲-۱ تعریف سیکل ماهیانه
۱۶	۲-۱-۱ بلوغ
۱۶	۲-۱-۲ سیکل ماهیانه
۱۸	۲-۲ دیسمنوره
۱۹	۲-۳ تعریف استرس
۲۲	۲-۳-۱ جنبه های زیست شناختی استرس
۲۳	۲-۳-۲ جنسیت و تفاوت های فرهنگی و اجتماعی در استرس
۲۴	۲-۴ تعریف اضطراب

۲۶	۲-۴-۱ اختلال اضطراب فراگیر
۲۷	۲-۴-۲ همبندی دراختلالهای اضطرابی
۲۸	۲-۴-۳ جنسیت و عوامل اجتماعی فرهنگی دراختلالهای اضطرابی
۳۰	۲-۴-۴ عوامل خطر سازه مشترک در میان اختلالهای اضطرابی
۳	۲-۴-۵ داروهایی که اضطراب را کاهش می دهند
۳۳	۲-۵ تعریف افسردگی
۳۶	۲-۵-۱ همه گیری شناسی و پیامدهای اختلال افسردگی
۳۶	۲-۵-۲ تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی
۳۸	۲-۵-۳ علت شناسی افسردگی
۶۰	۲-۶ تعریف عادات غذایی
۶۲	۲-۶-۱ تغذیه و سلامتی
۶۳	۲-۶-۲ اختلالهای تغذیه
۶۴	۲-۶-۳ روان بی اشتهایی
۶۷	۲-۶-۴ اختلال پر خوری
۸۲	۲-۷ تعریف شاخص توده بدنی
۸۲	۲-۷-۱ کنترل وزن و رژیم غذایی
۸۳	۲-۷-۲ اضافه وزن و چاقی
۹۰	۲-۸ پیشینه تحقیق
۹۰	۲-۸-۱ تحقیقات در مورد شیوع دیسمنوره

۹۷ ۲-۸-۲ پیشینه ارتباط دیسمنوره با اضطراب ، استرس ، افسردگی

۱۰۱ ۲-۸-۳ پیشینه رابطه عادات غذایی و دیسمنوره

۱۰۴ ۲-۸-۴ پیشینه رابطه شاخص توده بدنی با دیسمنوره

### فصل سوم : روش تحقیق

۱۰۶ مقدمه

۱۰۶ ۱-۳ جامعه آماری

۱۰۶ ۳-۲ نمونه آماری

۱۰۶ ۳-۳ روش نمونه گیری

۱۰۷ ۳-۴ حجم نمونه

۱۰۷ ۳-۵ ابزار اندازه گیری

۱۲۲ ۳-۶ روش اجرا

۱۲۳ ۳-۷ روش تجزیه و تحلیل آماری

۱۲۳ ۳-۸ معیارهای ورود

۱۲۳ ۳-۹ معیارهای خروج

۱۲۴ ۳-۱۰ رعایت نکات اخلاقی

### فصل چهارم

۱۲۵ ۴-۱ آمار توصیفی

۱۲۷ ۴-۱-۱ ویژگی های جمعیت شناختی

۱۲۷ ۴-۱-۲ ویژگی های توصیفی سن اولین قاعدگی



۱۲۷	۴-۱-۳ ویژگی های توصیفی قد ، وزن و شاخص توده بدنی ( BMI )
۱۲۸	۴-۱-۴ ویژگی های توصیفی نمرات عادات غذایی
۱۲۹	۴-۱-۵ ویژگی های توصیفی اضطراب ، استرس و افسردگی
۱۳۰	۴-۲ بررسی فرضیه های پژوهش
۱۳۰	۴-۲-۱ شاخص توده بدنی
۱۳۶	۴-۲-۲ عادات غذایی
۱۴۵	۴-۲-۳ اضطراب ، استرس و افسردگی
	فصل پنجم
۱۴۷	مقدمه
۱۴۷	۵-۱ خلاصه نتایج
۱۵۰	۵-۲ محدودیت پژوهش
۱۵۰	۵-۳ پیشنهادات
۱۵۱	منابع
۱۸۴	لغت نامه
۱۸۵	چکیده به زبان انگلیسی

# فصل اول

دامنه مساله مورد بررسی

## ۱-۱ مقدمه :

یکی از مفاهیم اساسی دنیای پیچیده انسان که قدمتی به بلندی هستی وی دارد مضموم سلامتی است . سازمان بهداشت جهان سلامتی را حالت بهزیستی عامل جسمانی ، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می داند ( نریمانی و آران پور ، ۱۳۸۵).

مشکلات بهداشتی زنان ، در هر جامعه ای از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد . هر مشکلی که زنان را مینلا سازد عملاً نیمی از جامعه را فلج نموده ، مخصوصاً تاثیر زیادی در پرورش کودکان دارد (قندچی ، ۱۳۸۸).

دیسمنوره از جمله مشکلاتی است که بسیار شایع بوده و مهم ترین علت غیبت از کار و مدرسه برآورد می شود (کمالی، ۱۳۸۵). تقریباً ۶۰۰ میلیون ساعت کاری هر سال به علت دیسمنوره از دست می رود (دورن، ۲۰۰۹).

دیسمنوره اثرات منفی زیادی روی مدرسه ، کار و تجارب روزانه فرد دارد. چندین مطالعه در استرالیا و تایوان نشان داده اند که دختران دارای دیسمنوره فعالیت روزانه کمتری نسبت به همسالان خود داشتند (چیو، ۲۰۰۷).

## ۱-۲ بیان مساله :

قاعدگی به صورت خونریزی رحمی ، چرخه ای است که در بیشتر زنان واقع در سنین باروری رخ می دهد . قاعدگی طبیعی نشان دهنده ریزش چرخه ای آندومترناشی از کاهش تولید استرادیول و پروژسترون است که مربوط به تحلیل کورپوس لوتئوم می باشد ( رایان ، ۲۰۱۰).

چرخه قاعدگی مناسب ، ۲۸ روز به طول می انجامد که تخمک گذاری نیز در حدود روز ۱۴ اتفاق می افتد . نخستین روز قاعدگی به عنوان نخستین چرخه جدید قاعدگی محسوب می شود . چرخه قاعدگی از نظر بروز تغییرات آندومتر به چهار مرحله اصلی تقسیم می شود : (۱)قاعدگی ، (۲) مرحله پرولیفراسیون<sup>۱</sup> ، (۳) مرحله تخمک گذاری و (۴) مرحله ترشحی (رایان ، ۲۰۱۰).

ارتباط میان قاعدگی و گردش ماه یک عقیده خیالی است . اثرچه چرخش ماه به دوره زمین دقیقاً ۲۸ روز طول می کشد اما چرخه قاعدگی بیشتر در زنان در دوران باروری همیشه بطور یکنواخت تکرار نمی شود .

---

<sup>1</sup> -Proliforative

طول مدت چرخه قاعدگی در ۵ سال نخست پس از منارک<sup>۱</sup> و ۵ سال پیش از شروع منوپوزداری<sup>۲</sup> بیشترین تغییرات قابل توجه است (رایان، ۲۰۱۰).

خونریزی قاعدگی تنها درمیمونهای رده بالا و انسان رخ می دهد، ریزش لایه پوششی رحم درپایان هرچرخه بدون باروری در بیشتر پستانداران رخ نمی دهد (رایان، ۲۰۱۰).

متوسط زمان خونریزی بین ۳ تا ۷ روز است. مقدارخون از دست رفته معمولاً ۸۰ میلی متر یا کمتر است (رایان، ۲۰۱۰).

هیپوتالاموس به منزله رهبرارکستری است که ضرب آهنگ چرخه قاعدگی را تنظیم می کند. زمانی که هیپوتالاموس تحت تاثیر استروژن و پروژسترون به طور همزمان قرار می گیرد تولید ضربانی GnRh سرکوب می گردد. سرکوب ترشح GnRh منجر به مهارترشح هیپوفیزی LH و FSH و قطع نموفولیکول تخمدانی و نیز تخمک گذاری می شود (رایان، ۲۰۱۰).

بسیاری از زنان متوجه شده اند که بسیاری از بیماریها ظاهراً دردوره قاعدگی تشدید می شوند. باین وجود اثبات ارتباط میان یک مشکل پزشکی و قاعدگی اغلب دشوار است. تعدادی از پژوهشگران نشان داده اند که رابطه ای میان آسم و بروز قاعدگی در بعضی از زنان وجود دارد. برای نمونه chandler و همکاران (۱۹۹۷) گزارش کردند که زنان مبتلا به آسم در زمان قاعدگی دارای کاهش قابل توجهی در حجم بادزهی با فشار درثانیه اول (FEV-1) هستند.

دیسمنوره<sup>۳</sup> واژه ای است که به دردهای ماهیانه با منشاء رحمی گفته میشود. دیسمنوره یکی از شایعترین شکایت ها در حوزه بیماریهای زنان است و ۴۵ تا ۹۰ درصد زنان در سنین باروری آنرا تجربه می کنند (جانسون، ۲۰۰۶).

دیسمنوره به دو گروه اولیه و ثانویه تقسیم بندی می شود: دیسمنوره اولیه به دردهای ماهیانه درغیاب بیماریهای لگنی گفته می شود و ۱۲-۶ ماه پس از منارک شروع می شود. دیسمنوره ثانویه به دردهای ماهیانه درحضور بیماریهای لگنی مانند اندومتریوز، عفونت و ... گفته میشود. دیسمنوره ثانویه ممکن است سالها بعد از منارک شروع شود (فجریک، ۲۰۰۷).

دراین تحقیق دیسمنوره اولیه مورد بررسی قرار می گیرد.

دیسمنوره عموماً شامل درجاتی از درد پایین شکمی یا انقباضات شکمی در طول پریود می باشد اما علائم

<sup>۱</sup> - Menarche

<sup>۲</sup> - Menopause یائسگی

<sup>۳</sup> - Dysmenorrhea درد قاعدگی

فیزیکی خیلی مختلف است. دریک مطالعه نشان داده شده که علائم دیسمنوره شامل درد شکمی ، عدم تمرکز ، سردرد، افسردگی، اسهال، احساس ضعف ، اضطراب و تهوع می باشد(چیو،۲۰۰۶).

حساسیت به درد در دیسمنوره اولیه مانند درد های دیگر، تحت تاثیر عوامل مختلفی مانند عادات غذایی ، افسردگی ، اضطراب و..... است(فوجیمارا،۲۰۰۷). هرکدام از این عوامل میتواند باعث افزایش یا کاهش علائم دیسمنوره گردند و بنابراین بررسی آنها امری ضروری در سلامت دختران و زنان میباشد.

در مانهای متعددی برای دیسمنوره اولیه ذکر شده از جمله قرص های هورمونی و انواع مسکنها،امادرکسانی که مایل به استفاده از دارو نیستند یا دارو بر آنها اثر ندارد ، شناختن عوامل موثر بر کاهش دیسمنوره می تواند نقش پیشگیری کننده داشته باشد .

از جمله عواملی که روی دیسمنوره اولیه تاثیرگذار است عادات غذایی است . اصطلاح عادات غذایی به این که چرا و چطور مردم غذا می خورند و چه غذاهایی و با چه کسانی می خورند اشاره دارد . عوامل سیاسی ، محیطی ، اقتصادی ، مذهبی ، فرهنگی ، اجتماعی و فردی روی عادات غذایی اثری می گذارند (شولسر، ۲۰۰۱).

مردم طبق رفتارهای یادگرفته شده ، رسوم الگوهای میان وعده یا وعده های غذایی و .... غذا می خورند . یک الگوی عمومی غذا خوردن ، سه وعده در روز است (صبحانه ، نهار ، شام ) . عوامل مختلفی مشخص کننده نوع غذای فردهستند مانند عامل ترجیحات شخصی که در زیر توضیحاتی درباره آن داده می شود :

هر شخصی بطور ذاتی به یکسری غذا علاقه دارد واز یکسری از آنها بیزار است . این ترجیحات هر شخصی در طول زمان رشد می کنند و روی زندگی فرد اثری می گذارند و تبدیل به ذائقه می شوند . برای مثال شخص ممکن است سوسیس فرانکفورتر را دوست نداشته باشد علیرغم اینکه این غذا در خانواده اش محسوب است ( شولسر ، ۲۰۰۱).

در بعضی مواقع یکسری عوامل باعث می شوند عادت بد غذایی در شخص بوجود آید از جمله این عوامل : موقعیت نامناسب خانوادگی ، غذا نخوردن با یکدیگر ، نحوه غذا خوردن ، کمبود معلومات ، بلوغ ، افسردگی ، و مسایل احساسی می باشد ( هاویلند ، ۱۹۹۰ ) .

عادات غذایی عوامل اصلی هستند که روی نحوه زندگی و کیفیت زندگی فرد (QOL) اثر میگذارند (فوجیمارا،۲۰۰۷).

مثلا در مطالعه ای که در میان دانشجویان در ترکیه صورت گرفته ثابت شد افرادی که بطور مرتب کافئین

دریافت می کنند بیشتر از افرادی که به طور نامرتب کافئین دریافت می کنند دیسمنوره دارند . همچنین ثابت شد زنانی که نمک و شکر بیشتری می خورند دیسمنوره شدیدتری دارند(ازردوگان،۲۰۰۹). در این ، مطالعه پژوهشگران دانشجویان را به سه گروه تقسیم کردند : گروه یک : دریافت کم نمک و شکر ، گروه دو : دریافت متوسط، گروه سه : دریافت زیاد ، هر چه دریافت نمک و شکر بیشتر بود افراد دیسمنوره بیشتری داشتند .

عاداتهای غذایی باعث کاهش یا افزایش وزن شده و در نتیجه موجب ایجاد اختلال در سلامتی فرد می گردد .

همچنین کمبود تغذیه به عنوان یکی از مهمترین فاکتور هایی است که اختلال محور هیپوتالاموس - هیپوفیز و تخمدان را ایجاد می کند. بی اشتهایی روانی<sup>۱</sup> و پرخوری در DSMIV به عنوان مهمترین اختلال های تغذیه ای شناخته شده اند. بی اشتهایی روانی اکثرا در ۱۸ - ۱۴ سالگی رخ می دهد اما می تواند در هر سنی متجلی شود. در این افراد مشکلات متعدد شخصیتی دیده می شود ، به افسردگی گرایش دارند و سطح حرمت خود در آنها پایین است ، افزون بر ترسهای خاص درباره وزن بدن ، نشانه های اضطراب ، نا منظم بودن مفرط و ضعف تمرکز نیز در آنها دیده می شود (دادستان،۱۳۸۸).

بی اشتهایی روانی با اختلالات زنان از جمله دیسمنوره و آمنوره ارتباط مستقیم دارد .

اختلال پرخوری براساس برانگیختگی ناگهانی ، مقاومت ناپذیر و مهار نشدنی نسبت به خوردن مشخص می شود ، زمان آن محدود و از چند دقیقه تا حدود یک ساعت است ، بیمار معمولا توانایی مهار این بحران را ندارد . ۱٪ تا ۶٪ نوجوانان و بزرگسالان جوان دارای نشانگان شامل این اختلال هستند(دادستان،۱۳۸۸).

پرخوری منجر به ایجاد چاقی شده و همان طور که در مطالعات سالدین ثابت شده در زنان چاق، تغییرات سطح هورمونهای جنسی در خون باعث ایجاد اثرات نامطلوبی مانند نازایی ، دیسمنوره و عادات ماهیانه نامرتب می شود (سالدین،۲۰۰۴).

رژیم های سخت از جمله عوامل ایجاد دیسمنوره هستند . اخیرا ثابت شده نوجوانانی که رژیم های سخت گرفته اند در جوانی بیشتر مبتلا به دیسمنوره می شوند که نشان دهنده آن است که اثرات رژیم تا زمان طولانی در بدن باقی می ماند (فوجیمارا،۲۰۰۷).

یکی دیگر از عاداتهای غذایی که روی دیسمنوره اثر می گذارد خوردن صبحانه است . نخوردن صبحانه علائم دیسمنوره را افزایش می دهد . در تحقیقی که در ژاپن انجام شد مشاهده گردید زنانی که صبحانه می

---

<sup>1</sup> -anorexia

خورند علاوه بر اثرات مفیدی مانند تمرکز و توجه بیشتر، دیسمنوره کمتری دارند (فوجیمارا، ۲۰۰۳). در تحقیق دیگری که صورت گرفته خوردن مکملهای غذایی از جمله ویتامین، کلسیم، نوشیدن آب خالص، کاهش مصرف اسید چرب، شکلات، سوسیس و کالباس و دیگر غذاهای مصنوعی باعث کاهش دیسمنوره شده است (فجریک، ۲۰۰۷).

از عواملی که از یکسو به چاقی و از سوی دیگر به دیسمنوره مرتبط است میزان شاخص توده بدنی<sup>۱</sup> بدن است. شاخص توده بدنی بدن نسبت وزن به مجذور قد است. مقدار استاندارد آن ۲۵-۱۸ می باشد. اگر شاخص توده بدنی ۲۵ - ۳۰ باشد فرد دچار اضافه وزن و اگر شاخص توده بدنی ۳۰ به بالا باشد فرد چاق می باشد. شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸ نشان دهند کمبود وزن است. درباره رابطه شاخص توده بدنی و شیوع دیسمنوره تحقیق مستقیمی صورت نگرفته است، اما تحقیقات در مورد چاقی مشخص کرده که مناسب بودن وزن باعث کاهش دیسمنوره می شود.

از دیگر عوامل موثر بر دیسمنوره اضطراب، افسردگی و استرس فرد می باشد (سالدین، ۲۰۰۴). اضطراب به منزله بخش از زندگی هر انسان یکی از مولفه های ساختار شخصیت فرد را تشکیل می دهد و از این زاویه پاره ای از اضطراب های دوران کودکی و نوجوانی را می توان بهنجار دانست و تاثیر آنها را بر فرایند تحول پذیرفت. بالعکس اضطراب مرضی نیز وجود دارد چرا که اگر حدی از اضطراب می تواند سازنده و مفید باشد و اکثرا اغلب مردم آن را تجربه می کنند، این ممکن است جنبه مداوم بیابد که در اینصورت به تنها نمی توان پاسخ را سازش یافته دانست بلکه باید آنرا به منزله منبع شکست، سازش نایافتگی و استیصال گسترده ای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده ای از امکانات محروم می کند (دادستان، ۱۳۸۷).

اثر اضطراب در بروز بیماری های مختلف تا کنون بارها مورد بررسی قرار گرفته و ثابت شده اضطراب نقش مهمی در ایجاد و تداوم بیماری دارد. در مورد دیسمنوره نیز اضطراب با بر هم زدن نظم هورمونی بدن باعث افزایش دیسمنوره می شود زنان با دیسمنوره نمره اضطراب بیشتری می گیرند (فجریک، ۲۰۰۷).

آشکارا مشاهده می شود که تعریفهای مختلفی افسردگی به نشانه های بسیار متنوعی اشاره دارند که می توانند به گونه های مختلف با یکدیگر ترکیب شوند و گاهی باز شناسی افسردگی از خلال این ترکیب ها بسیار مشکل است بخصوص اگر جنبه پنهان داشته باشند یا جلوه های بدنی به خود گیرد، اما به هر حال می توان این نکته را پذیرفت که گاهی افسردگی در عین حال با نشانه های روانی و جسمانی همراه است و

<sup>1</sup> - Body mass index (BMI)

نشانه های جسمانی گاهی چنان بر جدول بالینی سایه می کنند که مانع بازشناسی افسردگی می شوند (دادستان، ۱۳۸۷).

اثرات افسردگی در بروز دیسمنوره در چندین تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است، افسردگی هم مستقیماً باعث اختلالات هورمونی و در نتیجه ایجاد دیسمنوره می شود و هم بصورت غیر مستقیم با تاثیر روی مقدار غذا خورده شده توسط فرد باعث چاقی یا کاهش شدید وزن و در نتیجه افزایش دیسمنوره می شود (فجریک، ۲۰۰۷).

در واقع بی اشتهایی عصبی<sup>۱</sup> و فربهی از جمله نشانه های افسردگی به شمار می آید (دادستان، ۱۳۸۷). در اشخاص مبتلا به اختلالات تغذیه ای سطح فعالیت سروتونین پایین و مشابه سطح فعالیت این انتقال دهنده عصبی در افراد است (دادستان، ۱۳۸۸).

از دیگر عوامل موثر بر دیسمنوره استرس می باشد، تعریف استرس دشوار است. نظریه پردازان مختلف این اصطلاح را به شیوه های متفاوتی بکار برده اند. یکی از شیوه های رایج تعریف استرس، در نظر گرفتن آن به عنوان محرک است. توماس هولمز<sup>۲</sup> استرس را واقعه محرکی که لازم است فرد با آن سازگار شود تعریف کرد. بنابراین استرس به عنوان یک محرک، هر موقعیتی است که درخواستهای غیر معمول و فوق العاده داشته و نیاز مند تغییر در الگوی زندگی کاری فرد باشد. موارد استرس به عنوان یک محرک شامل امتحان، بلایای طبیعی مشکلات مخاطره آمیز و جدایی زناشویی و ... است. این وقایع استرس زا هستند چون فرد را ملزم به انجام رفتارهای سازگارانه برای کنار آمدن با درخواستهای محیطی تحمیل شده می کنند (ریو، ۱۳۸۶). استرس به مشکل دیگر می تواند بصورت یک پاسخ فیزیولوژیکی در نظر گرفته شود.

طبق نظریه سلیه<sup>۳</sup>، فیزیولوژیست، الگوی نا متمایز فعالیت فیزیولوژیکی ذاتاً ناگوار است زیرا تند شدن ضربان قلب، تند شدن تنفس و افزایش تنش عضلانی، کارکرد تعادل حیاتی را مختل می سازد. طبق نظریه سلیه، هرگاه شخص برای مدت نسبتاً طولانی برانگیختگی فیزیولوژیکی را تجربه کند (مثل بیمار تب دار) بدن دچار استرس می شود (ریو، ۱۳۸۶).

اخیراً گرایش این است که استرس را نه بعنوان واقعه محرک و نه پاسخ فیزیولوژیکی بلکه بعنوان یک فرایند تعریف کنند. طبق نظر لازاروس ماهیت استرس تغییر و فرایند است و بیشتر رویارویی های استرس زا از طریق فرایندی سه مرحله ای صورت می گیرد: مرحله پیش بینی، مرحله انتظار، مرحله پیامد، او در

<sup>1</sup> - Anorexia

<sup>2</sup> - Thomas Holmes

<sup>3</sup> - Hans Selye



سراسر این فرایند سه مرحله ای ، بردو مفهوم اصلی تاکید دارد : ارزیابی شناختی ، پاسخهای کنار آمدن . ارزیابی شناختی فرایند فکر است که در آن شخص به ارزیابی مربوط بودن استرس زا به سلامتی اش می پردازد . کنار آمدن ، تلاش شناختی ، هیجانی و رفتاری شخص برای کنترل درخواستهای بیرونی و درونی به خصوص است که فرد را تهدید می کند . به عبارت دیگر تلاش شخص برای برخورد ، استرس زا است (ریو، ۱۳۸۶).

### ۳-۱ : ضرورت پژوهش :

دیسمنوره علت اولیه غیبت از مدرسه و کار و فعالیت های اجتماعی است. علیرغم شیوع بالای آن و اثرات منفی آن روی کار و زندگی، بسیاری از زنان مراقبت طبیعی برای آن را جستجو نمی کنند زیرا نمی دانند که می توان درد را کاهش داد (وونگ، ۲۰۱۰). در ایالات متحده شیوع دیسمنوره خیلی گسترده می باشد و نرخ آن بیشتر از نصف تا ۹۰ درصد نوجوانان می باشد . از آسیا نرخهای پایین تری گزارش شده ، ۲/۸۴٪ برای آسیای شرقی (تایلند ) ، ۷/۶۸٪ برای آسیای غربی ، ۸/۷۴٪ برای آسیای عامیانه و ۵۴٪ برای آسیای جنوبی ( وونگ ، ۲۰۱۰).

دیسمنوره علت اولیه غیبت کوتاه مدت از مدرسه است ، بعلاوه دیسمنوره توانیهای دختران را در تمرکز روی درسهایشان پنهان می کند ، روی حضور آکادمیک آنها اثر می گذارد و نتایج فردی و اجتماعی دربردارد (وونگ ، ۲۰۱۰).

یک مطالعه در تایوان نشان داد که شیوع دیسمنوره در زنان نوجوان بالاست اما اطلاعات و توانایی آنها برای درمان آن ناکافی است (چیو، ۲۰۰۶).

هر زن از بلوغ تا یائسگی با سیکل ماهیانه درگیر است یعنی حدود ۴۰۰ دوره واگر هر سیکل را حداقل ۵ روزه تصور کنیم حدودا ۶۷ ماه از کل زندگی یک زن درگیر خون ریزی ماهیانه است (چیو، ۲۰۰۶).

تحقیقات زیادی در مورد علل دیسمنوره انجام شده ، زیرا هر روشی که بتواند دیسمنوره را کاهش دهد ضرورتی برای جامعه زنان خواهد بود . در بسیاری از این تحقیقات ، تغییرات هورمونی مورد بررسی قرار گرفته اند که نتیجه آن تجویز بی شمار و روز افزون قرصهای هورمونی مانند قرص جلوگیری از بارداری است (برک، ۲۰۰۹ ترجمه ولدان ، ۱۳۸۸). اما این قرص های هورمونی دارای عوارض جانبی هستند بنابراین عده ای نمی توانند از آنها استفاده کنند.

تحقیقات دیگری درباره اثر عادات غذایی بر روی دیسمنوره انجام گردید و ثابت شد که عادات غذایی نقش

موثر را در کاهش یا افزایش دیسمنوره دارند، مثلاً در مطالعه ای در ژاپن مشاهده گردید خوردن ماهی و آجیل باعث کاهش دیسمنوره و خوردن شکلات، چپیس و غذاهای مصنوعی باعث افزایش دیسمنوره می شوند (فوجیمارا، ۲۰۰۳).

در تحقیق دیگری که در مورد عادات غذایی زنان جوان انجام شد ثابت گردید کمبود وزن یا اضافه وزن هر دو در افزایش دیسمنوره موثرند (فوجیمارا، ۲۰۰۷).

در تحقیق دیگری ثابت شد زنانی که در نوجوانی رژیمهای سخت گرفته اند در جوانی بیشتر مبتلا به دیسمنوره می شوند (فوجیمارا، ۲۰۰۷).

افسردگی نیز از عواملی است که اثر آن در بروز علائم دیسمنوره ثابت گردیده است. در تحقیقی که بر روی ۱۵۴ دختر نوجوان انجام شد و با انجام پرسشنامه DASS، اضطراب و افسردگی آنها بررسی گردید مشخص شد که سطوح اضطراب و افسردگی دختران دارای دیسمنوره از دختران بدون دیسمنوره بالاتر بوده است (دورن، ۲۰۰۹).

در تحقیق دیگری که در ترکیه انجام شد مشخص گردید شیوع افسردگی در زنان دارای دیسمنوره خیلی بالاتر از زنان بدون دیسمنوره می باشد. ۶۶/۷ درصد از زنان مورد مطالعه دچار افسردگی بودند (آنسال، ۲۰۰۹).

سطوح اضطراب نیز در زنان دارای دیسمنوره بررسی گردید و ثابت شد که سطوح بالای اضطراب با افزایش دیسمنوره همراه است (آنسال، ۲۰۰۹).

سطوح استرس نیز از جمله عوامل تاثیر گذار بر دیسمنوره است که در تحقیقات زیادی اثر آن بر افزایش یا کاهش دیسمنوره ثابت گردید است (سالدین، ۲۰۰۴).

در مطالعه ای که بین زنان پر استرس و بدون استرس یا کم استرس انجام شد مشخص گردید خطر دیسمنوره در زنان پر استرس دو برابر بیشتر از زنان بدون استرس است.

حتی زمان استرس نیز تاثیر گذار است، اگر استرس در فاز فولیکولار باشد اثر آن در افزایش دیسمنوره شدید تر از استرس در فاز لوتئال است (سالدین، ۲۰۰۴).

در ماه هایی که زنان استرس بیشتری دارند دیسمنوره آنها نیز بیشتر می باشد (سالدین، ۲۰۰۴).

در تحقیق که در دانشگاه تهران بر روی دانشجویان خوابگاه انجام گردید مشخص شد که تن آرامی می تواند با کاهش میزان افسردگی و استرس باعث کاهش دیسمنوره گردد (رسول زاده، ۱۳۸۵).

در مورد مقایسه شاخص توده بدنی در زنان دارای دیسمنوره و زنان بدون دیسمنوره تحقیقات زیادی صورت نگرفته اما ثابت شده که کاهش شدید شاخص توده بدنی یا افزایش شدید آن باعث افزایش دیسمنوره می شود .

در ایران درباره این عوامل تحقیقات زیادی صورت نگرفته است و زنان جامعه ما به علت شرم و حیا از گفتن این مشکلات خودداری می کنند و در نتیجه این مشکلات همچنان باقی می ماند . در تحقیقات اندکی که در ایران صورت گرفته مشخص شده است که خوردن برخی گیاهان خوراکی می تواند در کاهش علائم دیسمنوره موثر باشد . همچنین در مورد تاثیر روش های تن آرامی در کاهش علائم دیسمنوره مطالعاتی صورت گرفته است که نشانگر تاثیر این روش ها می باشد .

با توجه به نکات فوق این تحقیق بر آن است تا عاداتهای غذایی و متغیر های روانشناختی تاثیر گذار در دیسمنوره را با این موارد در زنان بدون دیسمنوره مقایسه کند تا نتایج آن راهگشای تحقیقات بعدی باشد و به بررسی اثربخشی مداخله های روانشناختی برای مدیریت دیسمنوره بپردازند .

**با توجه به مطالب گفته شده ، این سوالات مطرح می شود:**

- ۱- آیا عاداتها و نگرش های غذایی زنان دارای دیسمنوره با زنان بدون دیسمنوره متفاوت است؟
- ۲- آیا شاخص توده بدنی زنان دارای دیسمنوره با زنان بدون دیسمنوره متفاوت است؟
- ۳- آیا استرس زنان دارای دیسمنوره از زنان بدون دیسمنوره بیشتر است؟
- ۴- آیا اضطراب زنان دارای دیسمنوره از زنان بدون دیسمنوره بیشتر است؟
- ۵- آیا افسردگی زنان دارای دیسمنوره از زنان بدون دیسمنوره بیشتر است؟

#### **۴-۱ فرضیه های پژوهش :**

- ۱- آیا عادات غذایی زنان دارای دیسمنوره با زنان بدون دیسمنوره متفاوت است ؟
- ۲- آیا شاخص توده بدنی زنان دارای دیسمنوره با زنان بدون دیسمنوره متفاوت است؟
- ۳- افسردگی زنان دارای دیسمنوره از زنان بدون دیسمنوره بیشتر است .
- ۴- استرس زنان دارای دیسمنوره از زنان بدون دیسمنوره بیشتر است.
- ۵- اضطراب زنان دارای دیسمنوره از زنان بدون دیسمنوره بیشتر است.

#### **۵-۱ اهداف پژوهش :**

مقایسه رابطه عادات غذایی در افراد دارای دیسمنوره اولیه با افراد بدون دیسمنوره اولیه

مقایسه رابطه شاخص توده بدنی در افراد دارای دیسمنوره اولیه با افراد بدون دیسمنوره اولیه  
مقایسه رابطه افسردگی در افراد دارای دیسمنوره اولیه با افراد بدون دیسمنوره اولیه  
مقایسه رابطه استرس در افراد دارای دیسمنوره اولیه با افراد بدون دیسمنوره اولیه  
مقایسه رابطه اضطراب در افراد دارای دیسمنوره اولیه با افراد بدون دیسمنوره اولیه  
استفاده از دانش حاصله از مقایسه های فوق برای کاهش عوارض و درد دیسمنوره اولیه

## ۶-۱ متغیرهای پژوهش :

### الف - عادات و نگرشهای غذایی :

**تعریف مفهومی :** اصطلاح عادات و نگرشهای غذایی به این که چه او چگونه مردم غذا می خورند و چه غذاهایی و با چه کسانی می خورند اشاره دارد.

عوامل سیاسی ، محیطی ، اقتصادی ، مذهبی ، فرهنگی ، اجتماعی و فردی روی عادات غذایی اثر می گذارند (شولسر، ۲۰۰۱)

DSMIV اختلال های تغذیه ای به این صورت طبقه بندی شده اند :

۱ - اختلال های رفتار غذایی : شامل روان بی اشتهایی ، پرخوری ، اختلال های تصریح نشده

۲ - اختلال های تغذیه و رفتار غذایی : شامل پیکا ، نشخوارگی ، اختلال خوردن

### تعریف عملیاتی :

۱. پرسشنامه عادات غذا خوردن کوکر و راجر<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) که هدف آن ابداع پرسشنامه خودسنجی بود که بتواند بصورت معتبر بین آزمودنی های مبتلا به اختلالات تغذیه و گروه گواه تمایز بگذارد . سه عامل در آن اندازه گیری می شود : عامل اول نگرانی در مورد وزن و رژیم غذایی ، عامل دوم بازداری و عامل سوم پرخوری. ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۸۹٪ است که وقتی آزمودنی های مرد کنار گذاشته شود به ۹۱٪ میرسد . ضریب پایایی بازآزمایی ۹۵٪ است .

۲. آزمون نگرشهای تغذیه<sup>۲</sup> گارنر و گارفینکل (۱۹۷۹) : ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه آزمودنی های بی اشتهایی عصبی ۷۹٪ و برای آزمودنی های بی اشتهایی عصبی و عادی ۹۳٪

۳. مقیاس اختلالات تغذیه اهواز<sup>۱</sup> توسط شریفی فرد (۱۳۷۷) ساخت و اعتبار شده است . این مقیاس

<sup>۱</sup> - Kucker and Roger Eating habits

<sup>۲</sup> - Eating Attitudes Test