

ارتباط علائم اضطراب اجتماعی با علائم اختلال خوردن زنان باردار نخست زا

معصومه کردی^۱، سهیلا محمدی ریزی^{۲*}، دکتر محمد تقی شاکری^۳،
دکتر مرتضی مدرس غروی^۴، فرزانه رشیدی^۵

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۱۶

خلاصه

مقدمه: علائم اضطراب اجتماعی و علائم اختلال خوردن، اختلالات شایعی هستند که ممکن است به طور همزمان اتفاق بیفتند. با توجه به اینکه این علائم در جوامع مختلف و با فرهنگ های متفاوت شیوع متفاوتی داشته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط علائم اضطراب اجتماعی با علائم اختلال خوردن در زنان باردار نخست زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۹۰ زن باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد انجام شد. مشخصات فردی/ بارداری، پرسشنامه بررسی علائم خوردن (EDE-Q) (۲۶ سؤالی) و پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی (۱۷ سؤالی) توسط واحد های پژوهش تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی دانشجویی، آنالیز واریانس یک طرفه و مدل رگرسیون خطی انجام شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ مدنظر قرار گرفت.

یافته ها: ۲۸ نفر (۱۴/۷٪) از زنان، علائم اضطراب اجتماعی و ۱۶ نفر (۸٪) علائم اختلال خوردن داشتند. بر اساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون، علائم اضطراب اجتماعی با علائم اختلال خوردن همبستگی مثبت و معنی داری داشت (۱/۰۰۱ < p، ۰/۴۲ = r).

نتیجه گیری: آموزش تمام مراقبین بهداشتی به ویژه ماماها در زمینه مشکلات تغذیه ای در طول بارداری، می تواند در تشخیص و شناسایی زودرس اختلالات اضطرابی مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب، اختلالات خوردن، بارداری

* نویسنده مسئول مکاتبات: سهیلا محمدی ریزی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. تلفن: ۳۸۵۲۸۵۱۳-۰۵۱؛
پست الکترونیک: mohamadirizi@yahoo.com

مقدمه

علائم اختلالات خوردن، از عوامل مؤثر بر سلامت عمومی بوده که شیوع آن طی چند دهه اخیر رو به افزایش است (۱) و به ۴ دسته کلی: نگرانی در مورد شکل بدن، نگرانی در مورد وزن بدن، نگرانی در مورد خوردن و جلوگیری از خوردن غذا تفسیم بندی شده است (۲). هر چند این علائم در جوامع غربی بسیار مورد مطالعه قرار گرفته است اما در جوامع غیر غربی نیز از شیوع بالایی برخوردار است (۳). این علائم در ابتدا به صورت حالت های خفیف مانند اختلال در نگرش نسبت به خوردن شروع شده و به حالات بالینی شدید و تقریباً غیر قابل برگشتی تبدیل می شوند، لذا شناخت افراد در معرض خطر و تشخیص عوامل ایجاد کننده این اختلالات، از اهمیت فراوانی برخوردار است (۴). به طور کلی وجود این علائم در ۷-۵ درصد از زنان سنین باروری وجود دارد که این میزان در اوایل بارداری به دلیل ترس و نگرانی در مورد سلامت جنین کاهش یافته و در اواخر بارداری به دلیل نگرانی در مورد وزن^۱ و شکل بدن^۲ افزایش می یابد (۵). علائم اختلالات خوردن در طول بارداری متغیر است؛ به گونه ای که باکر و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه خود دریافتند ۸ درصد از زنان در دوره بارداری و ۵۷ درصد در طول ۴ هفته بعد از زایمان نسبت به وزن خود نگرانی دارند (۶). علائم اختلالات خوردن در بسیاری از زنان باردار به دلیل ترس از صدمه به جنین بهبود می یابد، در حالی که زنان باردار جوان تر، تمایل کمتری به افزایش وزن در این دوران دارند. زنان باردار مبتلا به اختلالات خوردن در خطر بیشتر سقط، اختلالات الکترولیتی، زایمان زودرس و زایمان ابزاری، محدودیت رشد داخل رحمی و افزایش ناکافی وزن دوران بارداری می باشند. تمام زنان باردار مبتلا به اختلالات خوردن در دوره پس از زایمان نیز از آسیب پذیری بیشتری برخوردارند (۷). در حقیقت علائم اختلالات خوردن در طول بارداری افزایش یافته، در حالی که این اختلالات در دوره پس از زایمان بهبود می یابند (۸).

بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک و بالینی نشان داده اند که بیشتر افرادی که علائمی از اختلالات خوردن را نشان می دهند به یک یا بیش از یک اختلال اضطرابی مبتلا می باشند (۴). اضطراب، پیش زمینه و عامل اصلی در ایجاد اختلالات خوردن می باشد (۹). نگرانی از ارزیابی منفی دیگران، به عنوان اولین خصیصه و ویژگی اضطراب اجتماعی به شمار می رود (۱۰). در حقیقت افرادی که نسبت به بدن خود افکاری منفی دارند، در مورد دیدگاه و نظرات دیگران راجع به بدنشان بسیار نگران و مضطرب اند (۱۱). اضطراب اجتماعی، اصطلاحی وسیع به منظور توصیف رفتارهای مرتبط با نگرانی یا خجالت از موقعیت های اجتماعی است که این نگرانی می تواند از طیف خفیف تا شدید باشد (۱۲). بارداری، زایمان و تولد نوزاد نیز با افزایش خطر بروز اختلالات روانی همراه است. هرچند اختلالات اضطرابی در طول بارداری و پس از زایمان در مطالعات اندکی گزارش شده است، اما تخمین کلی اضطراب در این دوران ۱۱-۸ درصد می باشد (۱۳). از هر ۱۰ زن در طول بارداری، یک زن به اختلال اضطرابی مبتلا می شود که از این بین، اختلال اضطراب اجتماعی از شایع ترین اختلال اضطرابی این دوران می باشند. تشخیص زودرس این اختلالات در بارداری از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۷).

در مطالعه کاتر و همکاران (۲۰۰۰) بین نگرش نسبت به خوردن با اضطراب در دوران بارداری ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۱۴). در حالی که نتایج مطالعه مازئو و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که بین افسردگی و اختلالات خوردن ارتباط معنی داری وجود دارد (۱۵). در واقع اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن، اختلالات شایعی هستند که ممکن است به طور همزمان اتفاق بیفتند (۱۶). با توجه به اینکه علائم اضطراب اجتماعی و علائم اختلالات خوردن در جوامع مختلف و با فرهنگ های متفاوت شیوع متفاوتی دارد و از آنجا که یکی از اولویت های برنامه های بهداشت باروری سازمان جهانی بهداشت، کاهش مرگ و میر مادران در اثر بارداری و زایمان بوده و بارداری به عنوان مهم ترین مراحل زندگی زنان است و توجه به این دوران از اولویت های

¹ Weight concern

² Shape concern

پرسشنامه اضطراب اجتماعی و علائم اختلال خوردن را تکمیل کردند.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی شامل ۱۷ سؤال بوده که بر اساس مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت از صفر (اصلاً) تا ۴ (بی‌نهایت) درجه بندی شده است و شامل سه خرده مقیاس ترس (۶ آیتم)، اجتناب (۷ آیتم) و ناراحتی (۴ آیتم) است که نقطه برش این ابزار ۱۹ بوده و در مجموع نمره این ابزار بین ۰ تا ۶۸ می‌باشد. نمره بالاتر از ۱۹، نشانه وجود اضطراب اجتماعی است.

پرسشنامه علائم اختلال خوردن شامل ۲۸ آیتم و دارای ۴ خرده آزمون می‌باشد که شامل نگرانی در مورد شکل بدن، نگرانی در مورد وزن بدن، نگرانی در مورد خوردن و جلوگیری از خوردن غذا است که بر اساس مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت از صفر (اصلاً) تا ۶ (همیشه) درجه بندی شده است. نمره بیشتر و یا مساوی ۴ برای کل آزمون و هم‌چنین خرده مقیاس‌های آن، نشانه وجود اختلال در آن بُعد و یا کل آزمون می‌باشد. هم‌چنین این پرسشنامه در مطالعات میکالی (۲۰۰۷) و لوس (۲۰۰۸) بر روی زنان باردار مورد استفاده قرار گرفته است (۲، ۵). روایی چک لیست انتخاب واحد پژوهش و پرسشنامه مشخصات فردی/بارداری، پرسشنامه اضطراب اجتماعی و نسخه فارسی علائم اختلال خوردن به روش روایی محتوا تعیین شد؛ بدین ترتیب که این ابزار با مطالعه جدیدترین کتب و مقالات در زمینه موضوع پژوهش تهیه و سپس جهت ارزیابی در اختیار چند تن از صاحب نظران و اساتید قرار گرفت.

پایایی پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و نسخه فارسی علائم اختلال خوردن با استفاده از ضریب همبستگی I (همبستگی نمره هر دو پرسشنامه در ابتدای مطالعه بر روی ۱۰ زن باردار و سپس ۲ هفته بعد) به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۱ تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، ایرانی و ساکن شهر مشهد بودن، بارداری اول و داشتن سن بارداری ۲۸ هفته و بالاتر بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بروز حادثه ناگوار یا تنش‌زای مهم طی بارداری (فوت اقوام درجه یک، اختلافات شدید خانوادگی، مشکلات مالی، تغییر عمده وضع زندگی)،

مهم سازمان جهانی بهداشت محسوب می‌شود و اینکه تاکنون انجام چنین مطالعه‌ای در ایران گزارش نشده است، هم‌چنین با توجه به نتایج ضد و نقیض موجود (۱۴، ۱۵، ۱۷)، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط علائم اضطراب اجتماعی با علائم اختلال خوردن در زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۹۰ زن باردار شکم اول در شهر مشهد انجام شد. پس از تأیید پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و ارائه آن به مسئولین مراکز بهداشتی مورد نظر و هماهنگی جهت زمان توزیع ابزار مورد پژوهش و پس از بیان اهداف مطالعه و جلب رضایت زنان باردار و گرفتن رضایت نامه کتبی از آنان و با در نظر گرفتن کدهای اخلاقی، اقدام به نمونه‌گیری و انجام پژوهش شد. حجم نمونه پس از انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۱۰ زن باردار و با استفاده از فرمول ضریب همبستگی $I=0/23$ برآوردی از همبستگی بین نمره اضطراب اجتماعی و علائم خوردن در ابتدای مطالعه، ۱۴۸ نفر محاسبه شد که با احتساب ۲۰ درصد افزایش حجم ناشی از نمونه برداری تصادفی، حجم نمونه نهایی ۱۸۰ نفر برآورد شد که در نهایت تجزیه و تحلیل بر روی ۱۹۰ نفر انجام شد.

بر اساس تقسیم بندی قدیمی مراکز بهداشت شهر مشهد، جهت انجام نمونه‌گیری از هر مرکز بهداشت شهر مشهد (شماره ۱، ۲، ۳)، یک مرکز (خوشه) با استفاده از جدول اعداد تصادفی به طور تصادفی انتخاب شد و حجم نمونه مورد نظر متناسب با جمعیت هر مرکز، از آن مرکز بهداشتی درمانی به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. پس از ارائه فرم رضایت آگاهانه به زنان باردار و ارائه توضیحاتی در مورد اهداف مطالعه، افراد در صورت رضایت و داشتن شرایط ورود به مطالعه (بر اساس معیارهای ورود و خروج)، در ابتدای مطالعه، پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی/بارداری،

یافته ها

میانگین سن افراد مورد مطالعه $25/14 \pm 4/4$ سال، شاخص توده بدنی $23/35 \pm 4/6$ کیلوگرم بر متر مربع و سن بارداری افراد $33/74 \pm 3/9$ هفته بود. همچنین ۱۸۸ نفر (۹۸/۹٪) از افراد، وضعیت اقتصادی و اجتماعی متوسط، ۱۶۸ نفر (۸۸/۵٪) تحصیلات غیر دانشگاهی و ۱۸۸ نفر (۹۸/۹٪) از مادران آنان خانه دار بودند. میانگین و انحراف معیار نمره علائم اضطراب اجتماعی و ابعاد علائم اختلال خوردن در جدول ۱ آورده شده است. بر اساس نتایج مطالعه، اکثر زنان باردار علائم اختلال خوردن و اضطراب اجتماعی را نشان ندادند (جدول ۲).

مصرف داروهای مؤثر بر روان، داشتن رژیم غذایی خاص، سابقه بیماری های روانی طی یک سال گذشته (بیماری روانی تشخیص داده شده توسط روان پزشک و یا مصرف داروهای مؤثر بر روان) و ابتلاء به بیماری طبعی بود. اطلاعات پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های آماری تی دانشجویی، آنالیز واریانس یک طرفه، کای اسکوئر، ضریب همبستگی و مدل رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت در تمام آزمون ها ضریب اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی داری ۰/۰۵ مدنظر قرار گرفت.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ابعاد علائم اختلال اضطراب اجتماعی و علائم اختلال خوردن

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
نمره کلی علائم اضطراب اجتماعی	۹/۹	۳/۷
ترس	۳/۲	۱/۰۲
اجتناب	۴/۶	۰/۹۴
ناراحتی فیزیولوژیک	۲/۱	۱/۱۱
نمره کلی علائم اختلال خوردن	۱/۰۹	۰/۳
نگرانی در مورد شکل بدن	۱/۰۱	۰/۴
نگرانی در مورد وزن بدن	۱/۰۸	۰/۲
نگرانی در مورد خوردن	۱/۰۳	۰/۳
جلوگیری از خوردن غذا	۱/۰۵	۰/۲

جدول ۲- توزیع فراوانی زنان باردار واحدهای پژوهش بر اساس علائم اختلال اضطراب اجتماعی و علائم اختلال خوردن

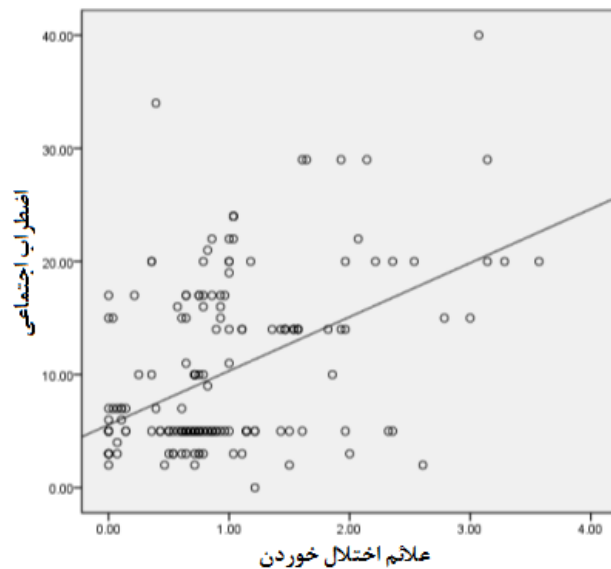
متغیرها	عدم وجود علائم تعداد (درصد)	با وجود علائم تعداد (درصد)
علائم اضطراب اجتماعی	۱۶۲ (۸۵/۳)	۲۸ (۱۴/۷)
علائم اختلال خوردن	۱۷۴ (۹۱/۶)	۱۶ (۸/۴)

افزایش یافت (جدول ۳). بر اساس نمودار ۱، با افزایش نمره علائم اضطراب اجتماعی، نمره علائم اختلالات خوردن نیز افزایش می یافت.

بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین علائم اختلال اضطراب اجتماعی و علائم اختلال خوردن همبستگی مثبتی وجود داشت؛ به گونه ای که با افزایش نمره علائم خوردن، نمره اضطراب اجتماعی نیز

جدول ۳- توزیع فراوانی علائم اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس علائم اختلال خوردن

نتیجه ضریب همبستگی پیرسون	علائم اختلال خوردن	
	بدون علائم تعداد (درصد)	علائم اضطراب اجتماعی تعداد (درصد)
p=۰/۰۰۰ r=۰/۴۲	۶ (۳/۲)	۱۵۶ (۸۲/۱)
	۱۰ (۵/۳)	۱۸ (۹/۵)
	۱۶ (۸/۴)	۱۷۴ (۹۱/۶)
	بدون علائم	علائم اضطراب اجتماعی
	علامت دار	کل



در مطالعه حاضر باشد، در حالی که در سایر مطالعات به بیان اضطراب کلی افراد پرداخته شده است. نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با میزان علائم اختلال خوردن نشان داد تقریباً ۸ درصد از زنان شکم اول این علائم را گزارش می‌کنند. در این رابطه در مطالعه طولی کرو و همکاران (۲۰۰۸) در مینه سوتا که با هدف تعیین علائم اختلال خوردن در باردار بر روی ۴۲ زن انجام شد، فراوانی علائم اختلال خوردن در دوره بارداری ۸/۲ درصد گزارش شد. هم‌چنین در این مطالعه فراوانی اختلال خوردن به تفکیک زیر مجموعه های این پرسشنامه شامل: نگرانی در مورد وزن در دوره بارداری (۲/۳۸) و نگرانی در مورد شکل بدن (۲/۶۷) بود (۲۰). در حالی که از دو زیر مجموعه دیگر پرسشنامه، گزارشی در این مطالعه نشده بود. در مطالعه مازتو و همکاران (۲۰۰۶) نیز ۳۹ درصد از زنان مبتلا به افسردگی، بی‌اشتهایی عصبی و ۶۶ درصد پراشتهایی عصبی داشتند (۱۵). استفاده از پرسشنامه علائم اختلال خوردن که جایگزین مناسبی برای در نظر گرفتن این علائم با استفاده از مصاحبه می‌باشد، می‌تواند دلیلی احتمالی بر فراوانی مشابه علائم خوردن با نتایج مطالعات ذکر شده باشد. هر چند جوامع و فرهنگ‌ها متفاوت بوده است. در مطالعه حاضر در ارتباط با هدف اصلی مطالعه مبنی بر ارتباط علائم اضطراب اجتماعی و خوردن، بین این دو متغیر

به منظور کنترل متغیرهای تأثیرگذار، تمام متغیرها وارد مدل رگرسیون خطی عمومی شدند؛ به این صورت که متغیرهای تأثیرگذار بر علائم اضطراب اجتماعی و علائم خوردن، به عنوان متغیرهای مستقل و دو متغیر اصلی به طور جداگانه، به عنوان متغیرهای وابسته در چندین مرحله وارد مدل رگرسیون خطی عمومی شدند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تقریباً ۱۴ درصد از زنان در دوران بارداری، درجاتی از علائم اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهند. این در حالی است که مطالعات مختلف تنها به بررسی اضطراب در این دوران پرداخته‌اند؛ به طوری که مطالعه میکالی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که میزان اضطراب در هفته‌های ۱۸ و ۳۲ بارداری به ترتیب ۳ و ۱۷ درصد است (۱۳). علاوه بر این مطالعه اندرسون و همکاران (۲۰۰۱) و راس و همکاران (۲۰۰۶) میزان اضطراب کلی زنان در دوران بارداری را ۸-۱۱ درصد گزارش کردند (۱۸)، (۱۹). شاید یکی از دلایل احتمالی تفاوت در سطوح اضطراب در دوران بارداری با مطالعات ذکر شده، نوع ابزار اندازه‌گیری شده و همچنین در نظر گرفتن نوعی از اضطراب کلی و اختصاصی کردن اضطراب اجتماعی

در زنان باردار شکم اول ارتباط معنی داری وجود داشت. در این راستا در مطالعه کارتر و همکاران (۲۰۰۰) با استفاده از پرسشنامه های علائم افسردگی (۲۰ سؤالی) اضطراب (۲۶ سؤالی) و پرسشنامه ۲۶ سؤالی نگرش نسبت به خوردن، بین نگرش نسبت به خوردن با افسردگی در طول بارداری ارتباط معنی داری یافت نشد. علاوه بر این بین نگرش نسبت به خوردن با اضطراب در دوران بارداری نیز ارتباط معنی داری یافت نشد (۱۴). در حالی که در مطالعه مازئو و همکاران (۲۰۰۶) بین افسردگی و اختلالات خوردن ارتباط معنی داری وجود داشت؛ به گونه ای که ۳۹ درصد از زنان مولتی پار در دوره پس از زایمان مبتلا به افسردگی بی اشتهایی عصبی و ۶۶ درصد پراشتهایی عصبی داشتند (۱۵). تفاوت در نوع ابزار سنجش اضطراب و علائم خوردن و همچنین تفاوت های فرهنگی و اجتماعی که می تواند بر نتایج مطالعات مختلف مؤثر باشد، می تواند از دلایل احتمالی تفاوت در نتایج مطالعه حاضر با سایر نتایج مطالعات ذکر شده باشد؛ به گونه ای که مطالعه حاضر به بررسی نوعی از اضطراب (اضطراب اجتماعی) پرداخته بود، اما در دو مطالعه قبلی اضطراب و افسردگی در دوران بارداری و یا پس از زایمان بررسی شده بود. علاوه بر این مطالعه حاضر با استفاده از پرسشنامه استاندارد علائم اختلال خوردن به بررسی این علائم پرداخته بود، در حالی که دو مطالعه قبلی از پرسشنامه نگرش خوردن به منظور تعیین اختلال خوردن پرداخته شده بود که خود می تواند یکی از دلایل عدم همخوانی با مطالعه کارتر باشد. از محدودیت های این مطالعه می توان به این موارد اشاره کرد: ۱) علی رغم اطمینان دادن پژوهشگر در مورد محرمانه بودن اطلاعات افراد، علائم در برخی موارد ممکن بود پنهان بماند. ۲) تفاوت های فردی، شخصیتی و ژنتیکی واحدهای پژوهش بر شدت علائم اضطرابی و خوردن تأثیرگذار است که این مورد به طور نسبی کنترل شد. یکی دیگر از محدودیت های مطالعه

حاضر، نوع نگرش خانواده و اطرفیان به سمت دریافت های تغذیه ای و بیماری و همچنین تاریخچه ابتلاء آنان به یکی از انواع اختلالات خوردن بود که در این مطالعه به دلیل حجم بالای سؤالات و محدودیت های زمانی و خستگی مادران، امکان ارزیابی این متغیرها وجود نداشت. لذا پیشنهاد می شود محققان بعدی در صورت امکان، تحقیقاتی را با هدف بررسی سایر عوامل روانشناختی مرتبط با علائم اختلالات خوردن در زنان باردار انجام دهند.

با توجه به اینکه شهر مشهد، نمایانگر قسمتی از جامعه ایرانی است و اینکه تمام واحد های مورد مطالعه، ایرانی و ساکن شهر مشهد بودند و با توجه به اینکه مطالعه حاضر از سه مرکز بهداشتی درمانی شهر مشهد و به شیوه تصادفی انتخاب شده اند، لذا می توان نتایج آن را به کل جامعه ایرانی تعمیم داد.

نتیجه گیری

بین دو متغیر اضطراب اجتماعی و علائم اختلال خوردن ارتباط وجود دارد، بنابراین با وجود نشانه های علائم اضطراب اجتماعی می توان وجود علائم اختلال خوردن را در زنان باردار پیش بینی کرد. از آنجا که بیش از ۸۰ درصد از مراقبت های مستقیم بخش بهداشت توسط ماماها و پرستاران انجام می گیرد (۲۱)، بنابراین آموزش تمام این افراد در زمینه مشکلات تغذیه ای و اضطرابی می تواند در تشخیص و شناسایی زودرس این علائم مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب در سال ۱۳۹۲ با کد ۹۲۰۴۰۶ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از همکاری صمیمانه مادران باردار تشکر و قدردانی می شود.

1. Golden NH. Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003 Feb;17(1):57-73.
2. Luce KH, Crowther JH, Pole M. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate women. *Int J Eat Disord* 2008 Apr;41(3):273-6.
3. Celikel FC, Cumurcu BE, Koc M, Etikan I, Yucel B. Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Compr Psychiatry* 2008 Mar-Apr;49(2):188-94.
4. Pourghassem Gargari B, Hamed Behzad M, Seied Sajadi N, Kooshavar D, Kerami S. [Relation of body mass index to eating Attitude in Tabrizian High School Girls] [Article in Persian]. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2010;32(3):24-9.
5. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res* 2007 Sep;63(3):297-303.
6. Baker CW, Carter AS, Cohen LR, Brownell KD. Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: global stability versus specific transitions. *Ann Behav Med* 1999 Spring;21(2):143-8.
7. Mitchell-Gielegghem A, Mittelstaedt ME, Bulik CM. Eating disorders and childbearing: concealment and consequences. *Birth* 2002 Sep;29(3):182-91.
8. Becker CB, DeViva JC, Zayfert C. Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: the importance of anxiety comorbidity assessment. *J Anxiety Disord* 2004;18(3):255-74.
9. Fitzsimmons EE, Bardone-Cone AM. Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eat Behav* 2011 Jan;12(1):21-8.
10. Wonderlich-Tierney AL, Vander Wal JS. The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. *Eat Behav* 2010 Apr;11(2):85-91.
11. Thompson AM, Chad KE. The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *J Adolesc Health* 2002 Aug;31(2):183-9.
12. Hinrichsen H, Wright F, Waller G, Meyer C. Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eat Behav* 2003 Aug;4(2):117-26.
13. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: the effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord* 2011 Jun;131(1-3):150-7.
14. Carter AS, Baker CW, Brownell KD. Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. *Psychosom Med* 2000 Mar-Apr;62(2):264-70.
15. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006 Apr;39(3):202-11.
16. Ogden J. *The psychology of eating: from healthy to disordered behavior*. 2nd ed. Chichester:Wiley-Blackwell;2011.
17. Mohamadirizi S, Bahadoran P, Fahami F. [Comparison between the impacts of e-learning and booklet education on primigravida women's satisfaction about postpartum care] [Article in Persian]. *Iran J Obstetw Gynecol Infertil* 2013;16(61):1-8.
18. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;85(8):937-44.
19. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006 Aug;67(8):1285-98.
20. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *Int J Eat Disord* 2008 Apr;41(3):277-9.
21. Mohamadirizi S, Kordi M, Shakeri MT, Salehi Fadardi J, Hafizi L. [Relationship between job stress with menstrual bleeding pattern among midwives][Article in Persian]. *Hayat* 2012;18(5):1-11.