MEJDS. 2018; 8:59.
Published online 2018 Dec. **Research Article**

Comparison of the Family Functions of Patients Feeding and Eating Disorders with Healthy Individuals Based on the McMaster Model

*Hamid Zolfaghari[1], Seyed Iman Seyedzadeh Dalooyi[2], Hossein.Farrokhi[3], Vahid Mostafapour[4], Arefeh Alishahi[5], Sepideh Mafi Asl[6]

Author Address
1 Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
2 Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
3 Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
4 Ph.D. student of psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
5 Master of Cognitive Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
6. MA student of Public Psychology, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
*Corresponding Author Address: Mashhad, Ferdowsi University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, postcode 9179156665.
* Email:
***Corresponding Author Address:** Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
Email: h.zolfaghari@mail.um.ac.ir

Received: 2018 October 6; **Accepted:** 2018 December 3

Abstract

Background & Objective: According to the World Health Organization, eating disorder is one of the most challenging diseases in adolescence. Eating disorders include two distinct signs, anorexia and bulimia. Anorexia characterized by refraining from preserving the body's least normal body weight. Bulimia characterized by craving, followed by inappropriate compensatory behaviors such as intentional vomiting, misuse of laxatives, fasting, or excessive exercise. Disturbance in understanding the shape and weight of the body is a significant attribute of anorexia and bulimia. Types of eating disorders reported in 4% of teenagers and student youth. The relationship between environment and family background with mental illness has long been of interest to scholars and researchers. On the other hand, the ravages of the structure and function of the family, including conflict of roles, clutter borders, alliances, emotional involvement and Lack of emotional responsiveness is the critical factor strengthening the notion of feeding and eating disorders. One of the essential models of the family function is the McMaster Model of Family Function (MMFF). To understand the structure and organization and the family-interactive model, this model evaluates and evaluates the sixth dimension of family life (problem-solving, communication, roles, affective Responsiveness, affective Involvement, general functioning). The eating disorder hurts family functioning and relationships, but since most research has been done in Western societies, and given that the structure of the family in Western nations is different from that of the eastern and Iranian communities, it seems better. To do similar research in our country. This study aimed to examine the functioning of families of patients with feeding and eating disorders based on the theory of the McMaster model and compare it with the function of the family is healthy subjects.

Methods: The type of study in this research is descriptive and causal-comparative. For this purpose, 40 patients with feeding and eating disorders from a psychiatric clinic Ebne Sina Hospital in Mashhad selected by convenience sampling. The main criteria for entering this project were the following: Detection of Anorexia or bulimia disorder based on a clinical interview conducted by DSM-V Otmmer and the Eating Disorder Diagnosis Scale. The control group was selected through a stratified random sampling method from among undergraduate students of the Ferdowsi University of Mashhad by matching them with the eating disorder group in variables such as sex, age, economic status, and education level. The eating disorder diagnostic scale (EDDS) and the Family Assessment Device (FAD) used. This scale well comprised of psychiatric interviews, such as structured clinical interviews (SCID), and Kappa's test-re-test for eating disorder is 0.80-0.90. Family Assessment Device determines the structural, occupational and interactive characteristics of the family, and identifies six dimensions the performance of the household. On this scale, in addition to the six dimensions, there is also a subscale that measures the overall performance of the family. The data analyzed by descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation), and the mean difference test for independent groups. Statistical analysis performed by SPSS-20 software.

Results: Findings showed that in general functioning and behavioral control, the healthy group better than Anorexia Nervosa And anorexia nervosa had done better Bulimia nervosa patients ($p<0.001$). In communication, patients group had a poorer family functioning than the healthy group ($p<0.001$). In the emotional involvement, anorexia group, both bulimia and healthy had been weaker ($p<0.001$). In the emotional response, only between the two groups Anorexia Nervosa and healthy, there was a significant difference ($p<0.001$).

Conclusion: The results of the study showed that the performance of the subjects in the feeding and eating disorders was weaker than the normal group. Therefore, in addition to treating a patient with the eating disorder, the family members of the patient should be encouraged to participate in relevant educational and therapeutic programs. In this research, all ethical considerations such as informed consent, preservation of anonymity and secrecy, voluntary participation in the interview and assessment observed.

Keywords: Family Functioning, Feeding, and Eating Disorders, Bulimia Nervous, Anorexia Nervous, Mcmaster Theory.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۵۹.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ کارکردهای خانوادگی بیماران اختلال خوردوخوراک با افراد سالم براساس مدل مک‌مستر

*حمید ذوالفقاری[۱]، سیدایمان سیدزاده دلویی[۲]، حسین فرخی[۳]، وحید مصطفی‌پور[۴]، عارفه علیشاهی[۵]،

سپیده مافی اصل[۶]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛
۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛
۶. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
*آدرس نویسندهٔ مسئول: مشهد، دانشگاه فردوسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، کد پستی ۹۱۷۹۱۵۶۶۶۵.
*رایانامه: h.zolfaghari@mail.um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴ مهرماه۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ آذرماه۱۳۹۷

چکیده

هدف: نابسامانی‌های ساختار و کارکرد خانواده از عوامل اصلی تقویت انگاره‌های اختلال خوردوخوراک است. هدف مطالعهٔ حاضر بررسی کارکرد خانوادهٔ بیماران مبتلا به اختلال خوردوخوراک بر اساس نظریهٔ مدل خانوادگی مک‌مستر و مقایسهٔ آن با کارکرد خانوادهٔ افراد سالم بود.

روش‌بررسی: پژوهش از نوع توصیفی و علی‌مقایسه‌ای انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را بیماران دارای اختلال پرخوری عصبی و کم‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده در تاریخ اول اسفند ۱۳۹۴ تا اول اردیبهشت ۱۳۹۵ به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان ابن‌سینای مشهد تشکیل دادند. بدین‌منظور ۴۰ نفر از این بیماران به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۲۰ نفر گروه گواه نیز از بین دانشجویان کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب گردید. از مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن (استیک و همکاران، ۲۰۰۱) و آزمون سنجش خانواده (اپستین و همکاران، ۱۹۸۳) در این پژوهش استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل و نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۰ تجزیه‌وتحلیل شد. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ ازلحاظ آماری معنادار تلقی گردید.

یافته‌ها: نتایج آزمون نشان داد که در بُعد عملکرد عمومی و کنترل رفتاری گروه سالم بهتر از کم‌اشتهایی عصبی و گروه کم‌اشتهایی عصبی بهتر از بیماران پرخوری عصبی عمل کرده‌اند ($p<۰/۰۰۱$). در بُعد ارتباط، گروه بیماران کارکرد خانوادگی ضعیف‌تری درمقایسه با گروه سالم داشتند ($p<۰/۰۰۱$). در بُعد درگیری عاطفی، گروه کم‌اشتهایی عصبی از هر دو گروه سالم و پرخوری عصبی ضعیف‌تر عمل کرده بودند ($p<۰/۰۰۱$). در بُعد پاسخ‌گویی عاطفی، تنها بین دو گروه کم‌اشتهایی عصبی و سالم تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که عملکرد افراد گروه اختلال خوردوخوراک ضعیف‌تر از افراد بهنجار است.

کلیدواژه‌ها: کارکرد خانواده، اختلالات خوردن، پرخوری عصبی، کم‌اشتهایی عصبی، نظریه مک‌مستر.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلالات خوردوخوراک[1] اختلالات پیچیده‌ای هستند که ریشه در مسائل زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی دارند (۱). اختلالات خوردن مشتمل بر دو علامت مشخص، یعنی روان بی‌اشتهایی[2] و پرخوری عصبی[3] است. روان بی‌اشتهایی برحسب خودداری از حفظ کمترین وزن بهنجار بدن مشخص می‌شود. پرخوری عصبی برحسب دوره‌های مکرر خوردن با ولع و به دنبال آن رفتارهای جبرانی نامناسب مانند استفراغ عمدی، مصرف نابجای داروهای ملین، مدرها یا سایر داروها، روزه‌داری یا ورزش مفرط مشخص می‌شود. آشفتگی در درک شکل و وزن بدن ویژگی اصلی روان بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی است. انواع اختلال‌های خوردن در ۴ درصد نوجوانان و جوانان دانش‌آموز گزارش شده است. روان بی‌اشتهایی در طول چنددهۀ گذشته شایع‌تر از دوره‌های قبل گردیده و به‌تدریج شیوع آن در دختران نابالغ و پسرها افزایش یافته است. برآورد می‌شود که روان بی‌اشتهایی در ۱ ـ ۰/۵ درصد دختران نوجوان روی می‌دهد و میزان شیوع آن در دخترها ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر از پسرها است. پرخوری عصبی شایع‌تر از روان بی‌اشتهایی است. تخمین‌های شیوع این اختلال بین ۱ تا ۳ درصد در زن‌های جوان است. همچون روان بی‌اشتهایی، پرخوری عصبی نیز در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است ولی سن شروع آن در دورۀ نوجوانی دیرتر از سن شروع روان بی‌اشتهایی است. این اختلال حتی ممکن است در اوایل جوانی آغاز شود (۲). در جمعیت ایرانی نیز نوبخت در تحقیق خود نتیجه می‌گیرد که میزان شیوع اختلال‌های خوردن در نوجوانان ایرانی با بسیاری از مطالعاتی که در جمعیت‌های غربی انجام شده است همخوانی دارد و از بیشتر مطالعاتی که در جمعیت‌های شرقی انجام‌شده، بالاتر است (۳).

ارتباط بین محیط و زمینۀ خانوادگی با بیماری‌های روانی مدت‌هاست که موردتوجه محققان و پژوهشگران است. نظریه‌های گوناگونی سعی بر آن داشته‌اند تا بتوانند برای هر یک از اختلالات روانی سبک خانوادگی ویژه‌ای را ترسیم نمایند. یکی از مدل‌های مهم درزمینۀ کارکرد خانواده مدل کارکرد خانواده مک مستر(MMFF)[4] است. این مدل در اوایل دهه ۱۹۶۰ توسط اپستین و همکاران در دانشگاه مک‌مستر مطرح شد (۴). مدل مک‌مستر به ارزشیابی ازدواج‌ها و خانواده‌ها می‌پردازد. این مدل که مبتنی بر رویکرد سیستمی است، ساختار، سازمان و الگوی تبادلی واحد زناشویی را توصیف می‌کند و اجازه می‌دهد که روابط خانوادگی یا زناشویی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی آزمایش شود (۴). برای فهم ساختار و سازمان و الگوی تعاملی مرتبط با خانواده، این مدل شش بُعد از زندگی خانوادگی را ارزیابی و سنجش می‌کند و دارای یک خرده‌مقیاس است:

۱. حل مسئله[5]: به‌طور خلاصه حل‌مسئله نشان‌دهندۀ توانایی حل مشکلات در سطحی که کارکرد کارآمد خانواده را حفظ کند، است. مشکلات خانوادگی می به دو دسته تقسیم شود: ابزاری و عاطفی.

۲. ارتباطات[6]: به چگونگی تبادل اطلاعات در بین اعضای خانواده اطلاق می‌شود. در ارتباط، دو حیطۀ عمده وجود دارد که شامل: ارتباط عاطفی و غیرکلامی است. طبق این مدل چهار سبک ارتباط روشن و مستقیم، روشن و غیرمستقیم، مبهم و مستقیم و مبهم و غیرمستقیم وجود دارد.

۳. نقش‌ها[7]: نقش‌ها، کارآیی شیوۀ خانواده در توزیع و انجام وظایف را نشان می‌دهد. این نقش‌ها شامل پنج گروه: بخش منابع، پرورش و حمایت، رشد شخصی، نگهداری و مدیریت سیستم خانوادگی و خشنودی جنسی بزرگسالان است.

۴. پاسخگویی عاطفی[8]: به توانایی اعضای خانواده برای پاسخگویی متناسب هیجانی به محرک‌های مختلف اشاره می‌کند. دو دسته از عواطف قابل‌شناسایی هستند: یکی هیجانات آرام و دیگری هیجانات ناخوشایند.

۵. درگیری عاطفی[9]: به میزان علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد.

۶. کنترل رفتاری[10]: استانداردها و آزادی‌های رفتاری را توصیف می‌کند. کنترل رفتار را می‌توان به‌عنوان روشی از معیارهای خانواده تلقی کرد که برای مهار رفتار اعضایش به کار می‌رود. چهار سبک برای کنترل رفتار وجود دارد: کنترل سخت‌گیرانه، کنترل منعطف، کنترل با عدم‌مداخله و کنترل بی‌نظم و هرج‌ومرج.

۷. مقیاس کلی[11]: بُعد عملکرد کلی، یکی از نتایج پیشرفت ارزیابی خانواده (FAD)[12] است که کل ابعاد خانواده را بررسی می‌کند (۵).

تحقیقات فراوانی درزمینۀ مدل کارکرد خانوادۀ مک‌مستر صورت گرفته است. اغلب پژوهش‌های صورت‌گرفته نشان داده‌اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده، پیش‌بینی‌کنندۀ قوی برای وجود کارکرد خانوادگی ضعیف یا روابط خانوادگی آسیب‌دیده است (۶)؛ باوجوداین هنوز به‌طور دقیق مشخص نیست که آیا میزان و نوع آسیب‌های خانواده با اختلال خاصی در ارتباط هست یا نه (۷).

مروری بر مطالعات قبلی نشان می‌دهد که پژوهش‌های زیادی در این زمینه بر روی بیماران مبتلا به اختلالات خوردن (۸) و به‌ویژه اختلال کم‌اشتهایی عصبی (۱۲ ـ ۹) انجام گرفته است. اپستین و همکاران (۱۳) معتقدند که میان کارکردهای خانواده‌های سالم و خانواده‌هایی که یک عضو آن‌ها بیمار روانی یا بیمار غیرروانی (پزشکی) است، تفاوت‌هایی وجود دارد و آن کارکردها در مسیر و روند بیماری که عبارت است از، طول دورۀ بیماری و امکان بهبودی و ... تأثیر می‌گذارد و همچنین کارکرد خانوادگی ضعیف می‌تواند خود را در هر بُعدی نشان دهد و تا به امروز الگوی اولیه‌ای از خانواده نیافتیم که معرف کارکرد خانوادگی ضعیف در اختلالی معین باشد (۱۳).

---

[1] feeding and eating disorders
[2] Anorexia
[3] Bulimia
[4] McMaster Model of Family Functioning
[5] Problem Solving
[6] Communication
[7] Roles
[8] Affective Responsiveness
[9] Affective Involvement
[10] Behavior Control
[11] General Functioning
[12] Family Assessment Device

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2]

کوک و همکاران در پژوهشی که انجام دادند، گزارش نمودند که افراد مبتلا به اختلال خوردن همواره سطوح بالای تعارض را در خانواده هایشان ابراز می‌کنند (۱۴). دیمیتروپولز در پژوهش خود چنین نتیجه‌گیری کرد که آسیب های روانی ازجمله افسردگی و اضطراب و سطوح بالای تعارض در خانواده‌های دچار اختلال خوردن مشهود است (۱۵). کلاک در تحقیق خود عنوان کرد خانواده‌های افرادی که دچار اختلال خوردن هستند، خشم و خصومت و ناسازگاری در آن‌ها بیشتر دیده می‌شود (۱۶). منو و همکاران در مطالعهٔ خود به این نتیجه رسیدند که خانواده‌های دچار اختلال خوردن ویژگی‌هایی زیر را دارا هستند: الف) بهم‌تنیدگی، ب) حمایت‌گری بیش‌ازحد، ج) انعطاف‌ناپذیری، د) نبود مهارت حل تعارض (۱۷).

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که اختلال خوردن تأثیر منفی بر روی کارکرد و روابط خانواده دارد. اما ازآنجاکه اغلب این تحقیقات در جوامع غربی صورت گرفته است و با توجه به اینکه ساختار خانواده در جوامع غربی متفاوت‌تر از جوامع شرقی و نیز ایران است به نظر می‌رسد بهتر است تا مشابه این پژوهش‌ها در کشور ما نیز انجام گیرد؛ لذا هدف اصلی این پژوهش بررسی کارکرد خانوادهٔ بیماران دارای اختلال خوردن بر اساس نظریهٔ مک‌مستر و مقایسهٔ آن با افراد سالم بود.

۲ روش بررسی

نوع مطالعه در این پژوهش از نوع توصیفی و علی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را بیماران دارای اختلال پرخوری عصبی و کم‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده در تاریخ اول اسفند ۱۳۹۴ تا اول اردیبهشت ۱۳۹۵ به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان ابن‌سینای مشهد تشکیل می‌دادند که از بین این بیماران ۴۰ نفر (در هر گروه ۲۰ نفر) به شیوهٔ نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای اصلی ورود به این طرح موارد زیر بودند: تشخیص اختلال پرخوری عصبی یا کم‌اشتهایی عصبی براساس مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-V اوتمر و مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن[1] (EDDS). گروه گواه نیز به همان تعداد ۲۰ نفر از طریق همتاسازی با گروه اختلال خوردن در متغیرهایی مانند جنس، سن، وضعیت اقتصادی (ضعیف:۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان، متوسط: ۱میلیون تا ۱میلیون و ۵۰۰ هزار تومان، خوب: ۱میلیون و ۵۰۰ هزار تومان تا ۲ میلیون، عالی: ۲ میلیون به بالا) و سطح تحصیلات از میان دانشجویان کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد به شیوهٔ نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامهٔ کتبی دریافت شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اختیار ادامهٔ مشارکت در طرح را دارند و هویت آن‌ها و تمامی اطلاعات کسب شده به صورت محرمانه نزد محقق حفظ خواهد شد. همچنین اصول اخلاقی APA در تمامی مراحل پژوهش رعایت شد.

مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن (EDDS): مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن، پرسشنامه‌ای ۲۲ آیتمی است که بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری را بر اساس ملاک‌های DSM-IV اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس شامل ترکیبی از نمرات لیکرتی، نمرات دوبخشی، نمرات فراوانی و سؤالات باز پاسخ مثل قد و وزن است. اولین آیتم ۴ سؤالی، مقیاس‌های نگرشی بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی در سه ماه گذشته مثل ترس از چاقی و بیش ارزیابی وزن بر روی یک مقیاس هفت نقطه‌ای است که از صفر، اصلاً، تا ۶، به مقدار زیاد، درجه‌بندی شده است. چهار آیتم بعدی، فراوانی مصرف مقدار زیادی غذا با تمرکز بر تعداد روزها در هر هفته در طول ۶ ماه گذشته (اختلال پرخوری) و تعداد روزهای هر هفته در طول ۳ ماه گذشته (پرخوری عصبی) را اندازه‌گیری می‌کند. نتایج این ۴ آیتم فراوانی رفتارهایی که به‌عنوان اجزای پرخوری در طول ۳ ماه گذشته استفاده شده‌اند را ارزیابی می‌کند که شامل استفراغ کردن، استفاده از ملین‌ها و مسهل‌ها، روزه گرفتن و تمرینات شدید است.

نمره‌گذاری این مقیاس را می‌توان به‌صورت دستی یا به‌شیوهٔ کامپیوتری انجام داد (۱۸). این مقیاس به‌خوبی با مصاحبه‌های روان‌پزشکی مانند مصاحبهٔ ساختاریافتهٔ بالینی بر اساس (SCID) رقابت می‌کند و ضریب کا پای آزمون بازآزمون برای تشخیص اختلال خوردن از ۰/۸۰-۰/۹۰ است (۱۴). ضرایب همسانی درونی این مقیاس در ایران، به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۸۳ به دست آمد (۱۵). همچنین آلفای کرونباخ نمرهٔ کل این مقیاس در مطالعهٔ حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

آزمون سنجش خانواده (FAD): ابزار سنجش خانواده، پرسشنامهٔ ۶۰ سؤالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک‌مستر، در سال ۱۹۸۳ توسط اپستین، بالدوین و بیشاپ تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین کرده و شش بُعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. در این مقیاس علاوه بر شش بُعد، یک خرده‌مقیاس هم وجود دارد که عملکرد کلی خانواده را می‌سنجد (۱۳).

این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی در ایران و جهان است (۱۹)؛ به‌طور مثال در پژوهش سنایی و همکاران (آلفای بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵) و اعتبار بازآزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ گزارش‌شده است (۱۹). پایایی آزمون سنجش خانواده برای این پژوهش برحسب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بود.

داده‌های به‌دست‌آمده از مطالعه به‌وسیلهٔ روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۰ تجزیه‌وتحلیل شد. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ ازلحاظ آماری معنادار تلقی گردید.

۳ یافته‌ها

در جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها ارائه شده است. با توجه به اینکه مفروضات خطی بودن متغیرهای وابسته، همگنی واریانس‌ها و طبیعی‌بودن توزیع در داده‌ها و ویژگی‌های آزمون رعایت شده است، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و

[1] Eating Disorder Diagnosis Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2]

به‌منظور بررسی همگنی واریانس سه گروه از آزمون لوین استفاده شده که پیش‌فرض تساوی واریانس‌های سه گروه تأیید شد.

جدول۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

	جنس	فراوانی	سن		تأهل	
			میانگین	انحراف معیار	مجرد	متأهل
گروه سالم	زن	۱۰	۲۰	۱/۱۰	۹	۱
	مرد	۱۰	۱۹	۰/۶	۸	۲
پرخوری عصبی	زن	۱۰	۱۹	۰/۸۶	۶	۴
	مرد	۱۰	۱۸	۱/۰۶	۷	۳
کم‌اشتهایی عصبی	زن	۱۰	۱۸	۰/۶۶	۱۰	۰
	مرد	۱۰	۱۹	۰/۱۲	۸	۲

در جدول شماره ۲ تحلیل نتایج به‌دست‌آمده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره ارائه شده است. آزمون معناداری ویلکز لامبدا برای تحلیل واریانس چندمتغیره را نشان داد که کارکرد خانواده در بین سه گروه متفاوت بود (P<۰/۰۰۱). همان‌گونه که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، در بُعد عملکرد عمومی گروه سالم بهتر از گروه کم‌اشتهایی عصبی و گروه کم‌اشتهایی عصبی بهتر از بیماران پرخوری عصبی عمل کردند (p<۰/۰۰۱). در بُعد کنترل رفتاری نیز نتایج مانند بُعد عملکرد عمومی بود و گروه سالم بهتر از گروه کم‌اشتهایی عصبی و گروه کم‌اشتهایی عصبی بهتر از بیماران پرخوری عصبی عمل کردند (p<۰/۰۰۱). در بُعد ارتباط، گروه بیماران (پرخور و بی‌اشتها) کارکرد خانوادگی ضعیف‌تری درمقایسه با گروه سالم داشتند (p<۰/۰۰۱)، اما بین دو گروه کم‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی تفاوت معناداری وجود نداشت (p<۰/۰۰۱). همچنین در بُعد درگیری عاطفی گروه کم‌اشتهایی عصبی ازهر دو گروه سالم و پرخوری عصبی ضعیف‌تر عمل کردند (p<۰/۰۰۱). همچنین در بُعد پاسخ‌گویی عاطفی تنها بین دو گروه کم‌اشتهایی عصبی و سالم، تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱).

جدول۲. تحلیل واریانس چندمتغیرهٔ ابعاد کارکرد خانوادگی در بین گروه‌ها

	گروه سالم		کم‌اشتهایی عصبی		پرخوری عصبی			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	مقدار احتمال
عملکرد عمومی	۱/۳۹	۰/۴۱	۲/۲۴	۰/۳۳	۲/۲۷	۰/۳۶	۶۴/۴۷	۰/۰۰۱
نقش	۲/۱۸	۰/۳۹۴	۲/۲۴	۰/۴۷	۲/۳۳	۰/۳۷	۱/۱۴	۰/۳۲۵
کنترل رفتاری	۱/۴۳	۰/۴۰	۲/۲۷	۰/۲۹	۲/۲۱	۰/۳۸	۶۴/۴۶	۰/۰۰۱
ارتباط	۱/۶۵	۰/۳۲	۲/۲۸	۰/۳۷	۲/۴۸	۰/۳۹	۴۹/۴۹	۰/۰۰۱
حل مسئله	۱/۹۴	۰/۲۸	۱/۹۶	۰/۳۴	۲/۰۱	۰/۴۳	۰/۳۸	۲۰/۶۸
درگیری عاطفی	۱/۷۸	۰/۲۶	۳/۴۳	۰/۷۲	۲/۳۲	۰/۳۸	۱۰۸/۶۷	۰/۰۰۱
پاسخگویی عاطفی	۲/۰۱	۰/۵۰	۲/۴۸	۰/۳۴	۲/۱۹	۰/۳۱	۱۱/۲۲	۰/۰۰۱
ضریب اتا	۰/۰۰۰۱		۰/۰۸۰		۰/۰۶۶			

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشخص است در اغلب ابعاد کارکرد خانواده گروه سالم بهتر از گروه بیمار است؛ اما به لحاظ آماری بین سه گروه سالم، کم‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی در ابعاد عملکرد عمومی، کنترل رفتاری، ارتباط، درگیری عاطفی و پاسخگویی عاطفی (p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود داشت. واریانس نمرات گروه کم‌خوری عصبی ناشی از تفاوت در کارکردهای خانواده افراد بود. برای بررسی دقیق‌تر و اینکه بین کدام‌یک از گروها تفاوت وجود دارد و اینکه تعداد کاربندی‌های مقایسه‌شده را به حساب می‌آورد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. (۲۰) (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای سه گروه سالم، پرخوری عصبی و کم‌اشتهایی عصبی

متغیر وابسته	گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
عملکرد عمومی	سالم	پرخور	-۰/۸۴	۰/۰۸۳	۰/۰۰۱
	سالم	کم‌اشتها	-۰/۷۹	۰/۰۸۳	۰/۰۰۱
	پرخور	کم‌اشتها	۰/۰۴	۰/۰۸۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2]

	سالم	پرخور	۰/۱۴ـ	۰/۰۹۸	۰/۲۹۶
نقش	سالم	کم‌اشتها	۰/۰۵ـ	۰/۰۹۸	۰/۸۲۴
	پرخور	کم‌اشتها	۰/۰۸	۰/۰۹۸	۰/۶۳۴
	سالم	پرخور	۰/۸۳ـ	۰/۰۸۲	۰/۰۰۱
کنترل رفتاری	سالم	کم‌اشتها	۰/۷۷ـ	۰/۰۸۲	۰/۰۰۱
	پرخور	کم‌اشتها	۰/۰۶	۰/۰۸۲	۰/۰۰۱
	سالم	پرخور	۰/۷۸ـ	۰/۰۸۳	۰/۰۰۱
ارتباط	سالم	کم‌اشتها	۰/۶۱ـ	۰/۰۸۳	۰/۰۰۱
	پرخور	کم‌اشتها	۰/۱۶	۰/۰۸۳	۰/۱۱۳
	سالم	پرخور	۰/۰۷ـ	۰/۰۸۱	۰/۶۵۱
حل مسئله	سالم	کم‌اشتها	۰/۰۲ـ	۰/۰۸۱	۰/۹۳۶
	پرخور	کم‌اشتها	۰/۰۴	۰/۰۸۱	۰/۸۶۳
	سالم	پرخور	۰/۳۶ـ	۰/۱۱۱	۰/۰۰۴
درگیری عاطفی	سالم	کم‌اشتها	۱/۵ـ	۰/۱۱۱	۰/۰۰۱
	پرخور	کم‌اشتها	۱/۲ـ	۰/۱۱۱	۰/۰۰۱
	سالم	پرخور	۰/۱۸۲ـ	۰/۰۸۸	۰/۰۰۱
پاسخگویی عاطفی	سالم	کم‌اشتها	۰/۴۲۰ـ	۰/۰۸۸	۰/۰۰۱
	پرخور	کم‌اشتها	۰/۲۳ـ	۰/۰۸۸	۰/۰۲۳

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ کارکردهای خانوادگی بیماران پرخوری عصبی با بیماران کم‌اشتهایی عصبی و گروه غیربالینی و هنجار براساس مدل مک‌مستر بود. ارتباط بین محیط و زمینهٔ خانوادگی با بیماری‌های روانی مدت‌هاست که موردتوجه محققان و پژوهشگران است. نظریه‌های گوناگونی سعی بر آن داشته‌اند تا بتوانند برای هر یک از اختلالات روانی سبک خانوادگی ویژه‌ای را ترسیم نمایند. همچنین تحلیل خانوادگی در تمام بیماران مبتلا به اختلال خوردن که با خانوادهٔ خود زندگی می‌کنند ضروری است، چون این تحلیل اساس قضاوت بالینی دربارهٔ نوع درمان خانوادگی و مشاوره لازم خواهد بود. تحقیقات فراوانی درزمینهٔ مدل کارکرد خانوادهٔ مک‌مستر صورت گرفته است. اغلب پژوهش‌های صورت‌گرفته نشان داده‌اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده، یک پیش‌بینی‌کنندهٔ قوی برای وجود کارکرد خانوادگی ضعیف یا روابط خانوادگی آسیب‌دیده است. مدل مک‌مستر از کارکرد خانواده، مدلی سیستمی با جهت‌گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات رفتاری و ساختاری گروه خانواده و الگوهای تبادلی مهم موجود میان اعضای خانواده را معین می‌کند (۲۱). اگرچه مدل مک‌مستر تمام جنبه‌های کارکرد خانواده را پوشش نمی‌دهد؛ اما ابعاد مهمی که اغلب نمود بالینی پیدا می‌کنند را مدنظر قرار می‌دهد. اپستین و همکاران (۱۳) معتقدند که میان کارکردهای خانواده‌های سالم و خانواده‌هایی که یک عضو آن‌ها بیمار روانی یا بیمار غیرروانی (پزشکی) است، تفاوت‌هایی وجود دارد و آن کارکردها در مسیر و روند بیماری که عبارت است از، طول دورهٔ بیماری و امکان بهبودی و ... تأثیر می‌گذارد. همچنین کارکرد خانوادگی ضعیف می‌تواند خود را در هر بُعدی نشان دهد. یافته‌ها نشان دادند عملکرد عمومی خانوادهٔ افراد مبتلا به اختلال خوردن درقیاس با افراد سالم ضعیف‌تر است، این یافته با پژوهش‌های قبلی ازجمله کوک (۱۴)؛ دیمیتروپلوز (۱۵) کلاک (۱۶)؛ منو (۱۷) و اپستین و همکاران (۱۳) همسوست.

سالوادور مینوچین، طراح نظریه سیستم‌های خانوادگی، عقیده دارد که ممکن است فرد در یک ساختار خانوادگی مختل و نامنظم گیر کرده باشد. مینوچین این نوع خانواده‌ها را خانواده‌های سایکوسوماتیک می‌نامد و می‌گوید که ساختار این نوع خانواده‌ها ایجاد اختلالات خوردوخوراک را فعالانه ترغیب می‌کند. خانواده‌های افراد مبتلا به اختلالات خوردوخوراک ویژگی‌هایی مثل درهم‌تنیدگی، افراط در مراقبت، انعطاف‌ناپذیری و عدم حل اختلاف دارند و خانواده‌درمانی می‌تواند دربارهٔ این ویژگی‌ها به کندوکاو بپردازد و به آن‌ها رسیدگی کند. در بسیاری از موارد، خانواده گرفتار چرخهٔ معیوب می‌گردد، به

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2]

این صورت که فرزند از پذیرش محدودیت‌ها و مقررات خانواده سرباز می‌زند و تلاش والدین برای کنترل وی بیشتر می‌شود، این تلاش‌ها احساس حقارت کودک را بیشتر می‌کند و به حادتر شدن مشکل می‌انجامد و ممکن است والدین از روی درماندگی از او کناره‌گیری کنند یا او را از خانواده طرد کنند. یافتهٔ دیگر نشان داد که پاسخ‌دهی عاطفی خانواده افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی ضعیف‌تر از افراد سالم است؛ به این معنا که در بین اعضای خانواده افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی توانایی ابراز هیجانات چه از نوع مثبت و چه منفی مختل می‌باشد. در این خانواده‌ها پاسخ‌دهی عاطفی خانواده ازلحاظ کمی و کیفی متناسب با موقعیت نیست (۲۲). وجود مشکل درزمینهٔ صمیمیت و نزدیکی بین اعضای خانواده ممکن است باعث مختل شدن کارکرد ابعاد ارتباط و همراهی عاطفی شود (۲۳). بُعد ارتباط به چگونگی تبادل اطلاعات بین اعضای خانواده اطلاق می‌شود که تمرکز اصلی بر روی تبادلات کلامی است. به‌طورکلی پژوهش‌های قبلی بر این امر صحه گذاشته‌اند که اختلالات اضطرابی با برخی از ناکارآمدی‌های خانوادگی همراه هستند (۲۴). با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی متعدد به‌منظور افزایش اطلاعات برای خانواده فرزندان مبتلا به اختلال خوردوخوراک برگزار گردد و علاوه بر درمان بیمار دچار اختلال خوردن، مراقبان و اعضای خانوادهٔ فرد بیمار را نیز برای شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط تشویق شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که عملکرد افراد گروه اختلال خوردوخوراک ضعیف‌تر از افراد بهنجار است. این پژوهش نیز مانند اغلب پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت که تعمیم‌یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. برای مثال می‌توان به حجم کم نمونه، تصادفی‌نبودن نمونه‌گیری و گیر افتادن در علیت چرخشی اشاره کرد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Giordano S. Eating disorders and the media. Current opinion in psychiatry. 2015; 28(6):478-82. [Link]
2. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. [New York]: Walters Kluwer; 2015. [Link]
3. Ast R, Roodsari AF. Prevalence of Eating Disorders among Female Students of Tonekabon University. International journal of scientific and engineering research. 2012; 9(4): 22-8. [Persian][Link]
4. Altman M, Wilfley DE. Evidence update on the treatment of overweight and obesity in children and adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2015;44(4):521-37. [Link]
5. Keitner G, Mansfield A, Archambault R. Using the tenets of the problem-centered systems therapy of the family (PCSTF) to teach the McMaster Approach to family therapists. Family Process. 2014;53(4):640-55. [Link]
6. Tamplin A, Goodyer IM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. Journal of Affective Disorders. 1998;48(1):1-3. [Link]
7. Tamplin A, Gooyer IM. Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. European child & adolescent psychiatry. 2001;10(3):170-9. [Link]
8. Williamson DA, Anderson DA, Gleaves DH. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Structured interview methodologies and psychological assessment. In: Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment. 1996:205-23. [Link]
9. Cook-Darzens S, Doyen C, Falissard B, Mouren MC. Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association. 2005 Jul;13(4):223-36. [Link]
10. Gowers SG, North C. Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. The British Journal of Psychiatry. 1999; 174(1):63-6. [Link]
11. Ryan CE, Epstein NB, Keitner GI, Miller IW, Bishop DS. Evaluating and treating families: The McMaster approach. [New York]: Routledge; 2012. [Link]
12. Chakraborty K, Basu D. Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. Indian Journal of Psychiatry. 2010;52(2):174. [Link]
13. Epstin D, Nathan B, bishopS. The McMaster model of family functioning. Journal of Marital and Family therapy. 1978; (4):19-31.[Link]
14. Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren MC. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2]

research evidence and its therapeutic implications. Eating and Weight Disorders. 2008; 13(4):157–70. [Link]
15. Dimitropoulos G, Carter J, Schachter R, Woodside DB. Predictors of family functioning in careers of individuals with anorexia nervosa. International journal eating disorders. 2008; 41(8):739–47. [Link]
16. Kluck AS. Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. Eating behavior Journal. 2008;9(4):471–83. [Link]
17. Meno CA, Hannum JW, Espelage DE, Douglas Low KS. Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. Eating behavior Journal. 2008; 9(1):91–101. [Link]
18. Khabir L, Mohamadi N, Rahimi C. The Validation of Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS). J Kermanshah Univ Med Sci. 2014; 18(2):100-7. [Persian][Link]
19. Sanai B, Alaghband S, Falahati S, Hooman A. Family and marriage scales. [Tehran]: Besat; 2009. [Persian] [Link]
20. Delavar A. Applied probability and statistics in psychology and education. 4th edition. [Tehran]: Roshd Publication; 2010, pp: 394–396. [Persian]
21. Rezai O, Saberi M, Shahmoradi H, Malekkhosravi G. Family functioning in patients with sexual dysfunction. Rehabilitation Journal. 2007;29: 58-63. [Persian] [Link]
22. Nierenberg AA, Trivedi MH, Fava M, Biggs MM, Shores-Wilson K, Wisniewski SR, et al. Family history of mood disorder and characteristics of major depressive disorder: A STAR∗ D (sequenced treatment alternatives to relieve depression) study. Journal of psychiatric research. 2007; 41(3-4):214-21. [Link]
23. Nolen-Hoeksema S, Rector NA. Abnormal psychology. [Boston]: McGraw-Hill; 2015. [Link]
24. Heru A, Ryan C. Depressive symptoms and family functioning in the caregivers of recently hospitalized patients with chronic/recurrent mood disorders. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 2002;7(53):53-60. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2]