

文章编号 1006-8147(2015)05-0449-04

论 著

## 医学生进食障碍心理社会危险因素调查分析

何汶潼,毛富强,李 申,靳 秀,顾 培

(天津医科大学精神医学教研室,天津 300070)

**摘要** 目的:探讨医学生进食障碍心理社会危险因素。方法:随机整群抽取天津医科大学 664 名本科生为调查对象,采用 SCOFF 量表筛查进食障碍倾向者,进食障碍量表、体像障碍量表、抑郁自评量表、贝克焦虑自评量表分析心理社会危险因素。结果:医学生进食障碍倾向检出率为 39.8%;研究组在认识偏差、期望偏差、焦虑情绪、进食障碍量表总分、瘦身倾向因子、不满体型因子、暴食因子、低自尊因子、内感受性缺陷因子均比对照组得分高( $P=0.000$ );母亲受教育程度、对有关瘦身媒体宣传的关注、焦虑情绪、瘦身倾向是进食障碍倾向的独立危险因素。结论:进食障碍倾向在女医学生中发生率较高,与多项心理社会因素密切相关,应针对性地开展心理干预和预防。

**关键词** 进食障碍;危险因素;检出率;医学生

中图分类号 R395

文献标志码 A

进食障碍是与进食的行为、想法、态度和情绪有关的精神障碍和由此引起的生理障碍,根据国际疾病分类第 10 版(International Classification of Diseases-10, ICD-10) 进食障碍主要包括神经性厌食(anorexia nervosa, AN)和神经性贪食(bulimia nervosa, BN)<sup>[1]</sup>。进食障碍症状会导致青少年将大部分注意力集中在进食问题上,显著影响其身心发育、学习、生活和人际交往<sup>[2]</sup>。进食障碍的实质和治疗仍然是个难题,研究认为对进食障碍的大规模人群干预应在疾病发生以前就开始进行,应该直接关注疾病的危险因素,尽早积极进行心理干预,从而减少进食障碍的发生<sup>[3]</sup>。本研究为进食障碍的预防提供了理论依据。

### 1 对象与方法

**1.1 对象** 以班级为单位,随机整群抽取天津医科大学 2011~2014 年级本科生作为调查对象。共发放调查表 700 份,收回 673 份,回收率为 96.1%;有效问卷 664 份,有效回收率为 94.9%。其中临床专业 282 名,护理专业 131 名,预防专业 125 名,其它专业 126 名;男生 238 名,女生 426 名;平均年龄为( $21.53 \pm 1.76$ )岁,体质指数(BMI)为( $21.07 \pm 3.07$ ) kg/m<sup>2</sup>。本研究使用 SCOFF 问卷筛查出总分 $\geq 2$ 分者则认为有进食障碍倾向<sup>[4]</sup>,经筛查阳性(总分 $\geq 2$ )者组成研究组,阴性(总分 $< 2$ )者组成对照组。

### 1.2 调查工具

**1.2.1 一般情况调查** 包括出生日期、年级、家庭居住地、是否为独生子女、家中排行、父母之间关

系、父母受教育程度、家庭经济收入、与父母关系、父母教养方式、家族史、从小母亲及同伴节食情况。

**1.2.2 BMI** 是目前反映个体体质、型的常用和重要指标,其计算公式为 BMI 指数=体质量(千克)/身高(米)<sup>2</sup>。中国成人的标准 BMI 指数小于 18.5 为体质量过低,18.5~23.9 之间为体质量正常,24.0~27.9 之间为超重,大于等于 28 为肥胖。

**1.2.3 SCOFF 问卷** 由 Morgan 研发,由 5 个问题组成,分别代表进食障碍的 5 个主要特征(sick、control、one stone、fat、food)。回答“是”得 1 分,答“否”得 0 分,总分 $\geq 2$ 分认为有进食障碍倾向<sup>[4]</sup>。

**1.2.4 进食障碍问卷(Eating Disorders Inventory-3, EDI-3)** 由 Garner 于 1983 年编制的进食障碍问卷(EDI-1)发展而来,共有 91 个问题,可被归纳成 3 个症状量表和 9 个心理量表。采用 0~4 评分,每个题目依严重程度分为:总是、通常、有时、很少和从不。根据进食障碍倾向可能产生的心理特征,本次调查采用 3 个症状量表,包括求瘦倾向(drive for thinness, DT),贪食(bulimia, B),形体不满(body dissatisfaction, BD)以及其中的 2 个心理量表:自信心不足(low self-esteem, LSE),内感受缺陷(interceptive deficits, ID)。量表总得分越高,说明进食障碍相关行为和心理问题越严重<sup>[5]</sup>。

**1.2.5 体像障碍量表(BMI-based Silhouette Matching Test, BMI-SMT)** 为图形量表,共两题,呈现相同的 4 幅由瘦至胖的女性体形图,采用 27 点计分,并转换为客观 BMI 14 至 40。个体对自身体形的认识偏差分值=(个体所选的当前体形分值转换成的 BMI 值)-(个体实际 BMI 值),代表个体对自己体型的认

**作者简介** 何汶潼(1988-),女,硕士在读,研究方向:精神病与精神卫生学;通信作者:毛富强, E-mail: maofq@tjmu.edu.cn。

识偏差。个体对自身体形的期望偏差分值=(个体所选的当前体形分值转换成的 BMI 值)-(个体所选的理想体形分值转换成的 BMI 值),代表个体对自己体型的期望偏差<sup>[6]</sup>。

1.2.6 贝克焦虑自评量表(Beck Anxiety Inventory, BAI) 由 Aaron T.Beck 于 1985 年编制,是一个含有 21 个项目的自评量表,具有良好信效度,是一种分析主观焦虑症状简便临床工具<sup>[7]</sup>。

1.2.7 抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS) 由 W.K.Zung1965 年编制,包含 20 个项目,具有良好的信效度,采用 1~4 制记分,评分时间为过去 1 周内抑郁程度<sup>[8]</sup>。

1.3 统计学分析 对调查表进行统一编号,数据经核对后用 SPSS16.0 录入计算机建立数据库并进行统计分析。样本均数比较采用独立样本 *t* 检验,各构成比的比较用  $\chi^2$  检验,应用非条件 Logistic 回归模型分析进食障碍倾向的相关心理社会因素,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 进食障碍倾向检出情况 本研究中进食障碍倾向总检出率为 39.8%,女医学生进食障碍倾向检出率为 45.8%,男医学生进食障碍倾向检出率为 26.1%。平均 BMI 为(21.07±3.07)kg/m<sup>2</sup>。女生 BMI 偏低率明显高于男生。学生 BMI 性别分布差异有统计学意义( $\chi^2=56.495, P<0.05$ )。见表 1。

表 1 不同性别医学生 BMI 值分布[n(%)]

性别	人数	BMI		
		<18.5 kg/m <sup>2</sup>	18.5~23.9 kg/m <sup>2</sup>	≥24.0 kg/m <sup>2</sup>
男	238	24(10.1)	153(64.3)	61(25.6)
女	426	91(21.3)	308(72.3)	27(6.4)
合计	664	115(17.3)	461(69.4)	88(13.3)

2.2 不同人口统计学特征比较 不同年级、专业、年龄、家中排行、家庭收入、父母关系、与父母关系、管教方式、父亲文化程度、家族史、朋友数、从小由谁抚养、童年时受虐待情况分布特征均无统计学意义( $P$ 均>0.05)。性别、家庭居住地、母亲文化程度、对减肥相关的媒体关注、母亲或同伴节食均有统计学意义( $P$ 均<0.05)。见表 2。

2.3 体相障碍及相关情况按性别分层比较研究 如表 3 所示,整体研究时,研究组和对照组的现在体质量没有显著性差异,两组的现在身高、BMI、自认为的实际体型、理想体型、对体型的认识偏差和期望偏差均有显著性差异( $P<0.05$ )。按性别分层后,男医学生的研究组和对照组相比,这些指标中身高、

理想体型、认识偏差均没有显著性差异;女医学生的研究组和对照组相比这些指标中身高和认识偏差均没有显著性差异。

表 2 研究组和对照组不同人口统计学特征比较[n(%)]

项目		研究组 (n=264)	对照组 (n=400)	$\chi^2$	<i>P</i>
性别	男	69(26.1)	169(42.4)	18.164	0.000**
	女	195(45.8)	231(54.2)		
家庭居住地	省会城市	101(46.1)	118(53.9)	6.256	0.044*
	中小城市	93(37.7)	154(62.3)		
	乡镇村	70(35.7)	128(64.3)		
母亲文化程度	小学以下	39(34.2)	75(65.8)	12.069	0.007**
	初中	55(31.8)	118(68.2)		
	高中或中专	88(41.5)	124(58.5)		
媒体关注	大专以上	78(49.1)	81(50.9)	36.588	0.000**
	非常关注	32(68.1)	15(31.9)		
	一般关注	160(45.2)	194(54.8)		
母亲或同伴节食	从不关注	72(27.4)	191(72.6)	12.578	0.006**
	母亲节食	22(59.5)	15(40.5)		
	同伴节食	54(48.6)	57(51.4)		
	无	190(32.8)	326(63.2)		

\* $P<0.05$ ; \*\* $P<0.01$

表 3 研究组与对照组体像障碍及其相关问题比较( $\bar{x}\pm s$ )

项目		研究组 (n=264)	对照组 (n=400)	$\chi^2$	<i>P</i>
现在体质量	总体	59.57±11.53	58.53±11.17	1.149	0.251
	男	72.03±13.43	65.61±11.19	3.511	0.001**
	女	55.16±6.51	53.26±27.70	2.718	0.007**
现在身高	总体	165.76±7.85	167.34±11.10	-2.005	0.045*
	男	174.12±5.16	174.35±5.67	0.471	0.638
体质指数	女	162.59±5.96	162.11±11.27	0.540	0.589
	总体	21.58±3.08	20.73±3.01	3.541	0.000**
	男	23.54±3.93	21.55±3.29	4.011	0.000**
	女	20.89±2.37	20.11±2.63	3.116	0.002**
实际体型	总体	25.15±4.27	23.60±4.09	4.674	0.000**
	男	26.62±4.95	23.78±4.48	4.290	0.000**
	女	24.62±3.88	23.46±3.79	3.095	0.002**
理想体型	总体	21.43±3.59	22.41±3.18	-3.672	0.000**
	男	24.48±3.61	23.87±3.07	1.231	0.221
	女	20.33±2.88	21.33±2.81	-3.583	0.000**
认识偏差	总体	3.55±2.91	2.90±3.00	2.722	0.000**
	男	3.08±3.33	2.26±3.01	1.843	0.067
	女	3.72±2.74	3.39±2.89	1.199	0.231
期望偏差	总体	3.73±3.58	1.21±3.84	8.428	0.000**
	男	2.14±3.86	2.05±3.89	3.939	0.000**
	女	4.30±3.30	2.14±3.52	6.425	0.000**

\* $P<0.05$ ; \*\* $P<0.01$

2.4 进食障碍相关心理因素按性别分层比较 整体分析研究组的进食障碍量表总分、瘦身倾向因子、不满体型因子、暴食因子、低自尊因子、内感受性缺陷因子、焦虑情绪均显著高于对照组。按性别分层后也是相同的结果。见表4。

表4 研究组与对照组进食障碍得分和负性情绪比较( $\bar{x}\pm s$ )

项目		研究组 ( <i>n</i> =264)	对照组 ( <i>n</i> =400)	$\chi^2$	<i>P</i>
进食障碍量表	总体	122.65±31.44	79.76±20.79	7.313	0.000**
总分	男	120.93±29.73	80.22±20.95	6.053	0.000**
	女	129.29±39.29	78.00±21.69	4.214	0.006**
瘦身倾向	总体	8.39±5.49	4.78±4.57	7.399	0.000**
	男	8.82±6.22	3.96±3.81	5.823	0.000**
	女	8.26±5.26	5.30±4.94	5.082	0.000**
不满体型	总体	17.26±7.06	13.15±8.06	5.786	0.000**
	男	17.93±7.60	11.41±7.65	4.777	0.000**
	女	17.05±6.89	14.34±8.14	3.169	0.002**
暴食	总体	4.30±4.95	2.40±3.01	4.686	0.000**
	男	4.91±6.14	2.50±3.04	3.231	0.002**
	女	4.11±4.52	2.34±3.00	3.968	0.000**
低自尊	总体	6.71±3.92	5.57±3.79	3.136	0.000**
	男	7.11±4.05	5.34±4.02	2.466	0.015*
	女	6.58±3.89	5.74±3.65	1.978	0.049*
内感受缺陷	总体	6.91±5.11	4.97±4.24	4.428	0.000**
	男	7.27±6.78	4.83±4.24	2.214	0.031*
	女	6.80±4.48	5.09±4.25	3.420	0.001**
焦虑	总体	45.45±9.88	41.46±8.98	4.496	0.000**
	男	46.96±10.80	41.62±10.44	2.873	0.005**
	女	44.98±9.56	41.36±7.92	3.581	0.000**
抑郁	总体	53.14±11.84	52.04±12.59	0.942	0.373
	男	52.41±11.71	51.16±12.96	0.557	0.578
	女	53.36±11.90	52.60±12.35	0.284	0.586

\**P*<0.05; \*\**P*<0.01

2.5 进食障碍倾向多因素 Logistic 回归分析 以是否有进食障碍倾向为因变量,以单因素分析 *P*≤0.05 的变量中可能影响进食障碍发生的社会心理因素为自变量进行 Logistic 多因素回归分析,以  $\alpha=0.05$  检验水准,结果显示:母亲受教育程度、媒体关注、焦虑、瘦身倾向是影响进食障碍倾向的独立因素(*P*≤0.05)。见表5。

表5 进食障碍倾向危险因素非条件 logistic 回归分析

因素	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>OR</i> (95% <i>CI</i> )
媒体关注	0.486	0.211	5.324	0.021*	1.010(1.076~2.459)
焦虑	-0.025	0.013	3.836	0.050*	0.975(0.951~1.000)
瘦身倾向	-0.120	0.033	13.162	0.000**	0.887(0.832~0.947)
母亲受教育程度	-0.201	0.088	5.199	0.023*	0.818(0.689~0.972)

\**P*<0.05; \*\**P*<0.01

### 3 讨论

本研究提示我国进食障碍倾向的检出率接近发达国家,英国一项对大学生的研究示进食障碍倾向的检出率为39.7%,女生中的检出率为44.6%,男生中的检出率为33.9%<sup>[9]</sup>。本研究中进食障碍倾向检出率为39.8%、女生进食障碍倾向检出率45.8%均与英国接近,男生的检出率低于英国但达到了26.1%,也应该引起重视。

国内外研究证明女性更容易罹患进食障碍<sup>[10]</sup>,有研究显示女性的人际关系敏感显著高于男性<sup>[11]</sup>,可能由于女性往往通过对苗条身材的追求来获得社会的认可和赞许。在这种观念的影响下,女性为追求理想体型,极易走入进食障碍的误区。因此,关注进食障碍高危群体,加强对于大学生健康体型观念的树立非常重要。

国外近年来对进食障碍的研究侧重于研究其危险因素,有研究得出BMI、媒体宣传、体型不满是进食障碍的危险因素<sup>[12]</sup>。在一项研究家庭功能对进食障碍影响的文章中指出家庭关系不和谐也可能导致进食障碍的发生<sup>[13]</sup>。我国上海市精神卫生中心陈珏等<sup>[14]</sup>发现焦虑、抑郁情绪是进食障碍的危险因素。本研究表明家庭居住地在省会城市、母亲文化程度越高的医学生更容易出现进食障碍倾向。对于瘦身的媒体宣传非常关注的医学生中68.1%有进食障碍倾向,一般关注的医学生不到1/2,从不关注的则不到1/3。大量的媒体宣传将追求苗条、减肥作为社会时尚,受到公众的推崇,这对年轻女性的导向和压力无疑是巨大的。母亲节食的医学生中有60%有进食障碍倾向。同伴节食的医学生中也有一半有进食障碍倾向,说明朋友存在节食状况、同伴影响也是导致进食障碍形成的因素。因此,母亲和同伴对年轻女性的影响非常重要。

本研究发现研究组的男、女生均比对照组体型偏胖,同时自评体型也偏胖。男生的期望体型也是研究组比对照组更胖,女生的期望体型研究组比对照组是更瘦的。可能是因为有进食障碍倾向的大部分男生对体型的要求不是看起来瘦,而是看起来强壮,追求肌肉感。研究组女生则较多追求苗条,所以女生可能更容易采取节食和有氧运动减脂而不是采用无氧运动增肌的方法改变体型,所以女生的进食障碍倾向更易发展成进食障碍。无论有无进食障碍倾向,男女生都认为自己看起来的样子比自己的实际体型要胖。研究组男女生的期望体型均比他们的自评型要瘦,对照组女生也是期望比现在看起来更瘦的体型,对照组男生则期望一个比现在看起来



胖或者强壮的体型。

作为总体和按性别分层进食障碍倾向组的进食障碍量表总分更大,瘦身倾向、不满体型、暴食、低自尊、内感受缺陷程度均更高,焦虑情绪水平也更高。与很多研究不同的是本研究中进食障碍倾向组的抑郁情绪水平与非进食障碍倾向组没有显著性差异,这可能是因为医学生的自我心理保健意识和能力较强,进食障碍倾向者能在一定范围内调节自己的情绪,虽会有不同程度的焦虑,但不至情绪低落。

本研究通过 Logistic 回归分析发现影响进食障碍倾向的社会因素有母亲受教育程度、媒体宣传,心理因素有焦虑、瘦身倾向。本研究首次发现母亲受教育程度会影响进食障碍的发生,这可能是因为母亲的受教育程度直接影响着家庭成员之间的相处方式和进食方式,从而影响子女的人格基础和进食态度。本研究中的危险因素大致可以归纳为性格基础、不良认知和负性情绪。心理治疗不仅可短期缓解病人的焦虑,而且有长期疗效,可以使病人的部分人格得到改善<sup>[15]</sup>。所以可以采用心理疗法对进食障碍危险人群进行干预和预防。如采用内观认知疗法<sup>[16]</sup>,通过对医学生非理性认知的识别和矫正,减弱媒体宣传“以瘦为美”对他们审美观念的影响,并且让他们更加客观地认识和评价自己,从而纠正他们的认识偏差和期望偏差,增加对自身体型的满意度,减小瘦身倾向。同时通过使内观者动摇“我执”,重建自我形象,使自我价值感与自我能力感不断增强,改善焦虑情绪,从而预防进食障碍的发生。

#### 参考文献:

- [1] Goyal S, Balhara Y P, Khandelwal S K. Revisiting classification of eating disorders—toward diagnostic and statistical manual of mental disorders—5 and international statistical classification of diseases and related health problems—11[J]. Indian J Psychol Med, 2012,34(3):290
- [2] Leung F, Lam S, Chan I. Disorder eating attitudes and behaviors among adolescent girls in Hong Kong[J]. J Youth Stud, 2001,4(20): 511
- [3] Lee H Y, Hoodbhoy Z. You are worth more than what you weigh: preventing eating disorders[J]. Ann Acad Med Singapore, 2013,42(2):64
- [4] Morgan J F, Reid F, Lacey J H. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders[J]. BMJ, 1999, 319(7223):1467
- [5] Garner D M. Eating disorder inventory—3:professional manual [J]. Psychological Assessment Resources, Inc, 2004
- [6] Peterson M, Ellenberg D, Crossan S. Image perceptions: of a BMI—based silhouette matching test[J]. Am J Health Behav, 2003,27(4): 335
- [7] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1999,增刊:235
- [8] 张明圆.精神科评定量表手册 1723[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1998:35—42
- [9] Fragkos K C, Frangos C C. Assessing eating disorder risk: The pivotal role of achievement anxiety depression and female gender in non—clinical samples[J]. Nutrients, 2013, 5(3): 811
- [10] Phillips L, Kemppainen J K, Mechling B M, et al. Eating disorder and spirituality in college students[J]. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 2015,53(1):30
- [11] 毛富强,刘莉,宋振强,等. 医科大学生心理健康状况比较分析[J]. 天津医科大学学报, 1999,5(1):29
- [12] Garrusi B, Garousi S, Baneshi M R. Body image and body change: predictive factors in an Iranian population[J]. Int J Prev Med, 2013, 4(8):940
- [13] Lyke J, Matsen J. Family functioning and risk factors for disordered eating[J]. Eat Behav, 2013,14(4):497
- [14] Chen J, Wang Z, Guo B, et al. Negative affect mediates effects of psychological stress on disordered eating in young Chinese women [J]. PLoS One, 2012,7(10):e46878
- [15] 邹华,李振涛,毛富强. 国内强迫症的心理治疗[J]. 天津医科大学学报, 2004,10(S1):18
- [16] 毛富强. 内观认知疗法[N]. 中华医学信息导报, 2011,26(2):20

(2015-03-09 收稿)