

# 北京女大学生进食障碍与家庭功能关系调查

李晓苗 刘丹

**【摘要】** 目的 考察北京女大学生进食障碍倾向与家庭功能的关系。方法 采用进食障碍问卷(ED I)、家庭功能评定量表(FAD) 测查北京两所大学共 622 名本科一年级女生。结果 北京大一女生存在进食障碍倾向; 生长在大城市的女生求瘦倾向得分明显高于生长在农村或中小城市的女生; 体重关注者和非体重关注者相比, 其家庭角色和情感介入两个功能更不健康。结论 北京女大学生进食障碍倾向较为严重, 进食障碍症状及其心理因素与家庭功能相关。

**【关键词】** 进食障碍; 家庭功能; 体重关注; 女大学生

**Correlation Between Eating Disorders and Family Function of Female University Students in Beijing** Li Xiaomiao, Liu Dan  
Institute of Psychology, Beijing 100049, P. R. China

**【Abstract】 Objective** To explore the relationship between eating disorders and family function of female university students in Beijing. **Methods** 622 female freshmen were investigated by Eating Disorder Inventory (EDI) and Family Assessment Device (FAD). **Results** Female freshmen in Beijing show great tendency of eating disorders. Significant differences existed in drive for thinness subscales when up-growing areas varied; Weight consciousness people reported poor family functioning. **Conclusion**

Female freshmen in Beijing are suffering significant psychopathology related to eating behavior. Positive correlation was found between the related symptoms of eating disorders and family functions.

**【Key Words】** Eating disorders; family function; weight consciousness; female university students

进食障碍(Eating Disorders)多发于青年女性, 是一组以

进食行为异常为主的精神障碍, 主要包括神经性厌食症

反应。这些气质特点势必影响其个性及行为发展。因此, 在对 HBsAg 阳性儿童进行躯体治疗的同时, 临床医生还应重视对其父母的心理帮助和支持。

3.2 父母为 HBsAg 携带者的 HBsAg 阳性儿童的行为问题 家庭环境在儿童心理行为发育中起重要作用<sup>[10]</sup>。本文结果显示, 父亲或母亲为 HBsAg 携带者均对 HBsAg 阳性儿童的行为问题产生影响, 表现为退缩、焦虑/抑郁、社交问题以及行为问题总分等 CBCL 因子得分明显增高, 证实了以上观点。许多研究发现<sup>[6,7]</sup>, 慢性乙肝病毒携带者自身常伴随着严重的心理疾患, 尤其是抑郁和焦虑情绪, 使患者的生活质量下降。HBsAg 阳性儿童父母由于自身的 HBsAg 携带状态而产生困扰, 同时又忧虑子女的健康成长, 对家长来说是一种非常严重的生活压力事件。由于父母长期的精神压力, 对生活缺少兴趣和希望, 甚至产生悲观情绪, 在心理上有更多的抑郁心境, 而抑郁父母的子女容易产生各种不同的心理问题和社会适应困难。另一方面家庭经济条件也是其中一个因素, HBsAg 阳性儿童的家长因要承担子女的医疗、营养、照顾等方面的费用, 所以他们的经济负担相对要重一些, 如此形成恶性循环, 对儿童的心理行为产生了不利影响。同样父母长期对孩子持有担心或非常担心的态度, 也不利于 HBsAg 阳性儿童健康心理行为的形成。

儿童的个性形成和行为发育与生物、心理及社会综合因素有关, 在诸多因素中, 家庭因素对儿童的影响最大。父母的心理行为可影响儿童个性的发展, 对子女的个性形成产生影响。本研究提示, 临床医生在对 HBsAg 阳性儿童进行躯体治疗的同时, 还应进一步加强对其父母进行有关乙肝防治知识

的宣传教育, 尽量减轻家长的心理负担, 指导家长正视现实, 稳定情绪, 控制情感, 积极面对, 提高心理素质。只有家长心理健康才能为患儿的成长创造良好的家庭精神环境, 使其身心得到健康发展。

## 4 参考文献

- [1] 罗耀星, 李建基, 邓峰, 等. 广东省儿童乙型肝炎疫苗纳入计划免疫管理 10 年后血清学效果分析, 中国计划免疫, 2003, 9(5): 293-296
- [2] 李贤芬, 李彩军, 陈稀, 等. 深圳市盐田区 4~10 岁儿童乙型肝炎病毒感染状况分析. 齐鲁医学杂志, 2006, 21(4): 338-340
- [3] 陈茂余, 韩勇, 华棠, 等. 儿童 HBsAg 携带者与其家庭成员的相关性. 医学理论与实践, 2001, 14(10): 999-1000
- [4] 姚凯南, 洪琦, 张凤. 儿童气质测查手册. 西安: 西安医科大学第二临床医学院儿童行为及发育儿科学研究室, 1998: 20-115
- [5] 苏林雁, 李雪荣, 罗学荣, 等. Achenbach 儿童行为量表的再标准及效度检验. 中国心理卫生杂志, 1998, 12(2): 67-69
- [6] 温书敏, 罗林丽. 38 例慢性乙肝患者的心理健康情况调查分析. 现代预防医学, 2008, 35(3): 527-528
- [7] 钟冬梅. 乙肝 HBsAg 阳性大学生焦虑与抑郁状况的调查及干预对策. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(1): 15
- [8] Atesci F C, Cetin B C, Oguzhanoglu NK, et al. Psychiatric disorders and functioning in hepatitis B virus carriers. Psychosomatics, 2005, 46(2): 142-147
- [9] 黄春香, 苏林雁, 李雪荣. 婴幼儿行为和气质的追踪研究. 湖南医学, 2001, 18(4): 251-253
- [10] 孙殿凤, 衣明纪, 李堂. 4~5 岁儿童行为问题与家庭环境关系的研究. 中国儿童保健杂志, 2003, 11(4): 245-246

(收稿时间: 2008-07-10)

(Anorexia Nervosa, AN)和神经性贪食症(Bulimia Nervosa, BN)<sup>[1]</sup>。害怕发胖和对体型、体重的歪曲的认识与期望是患者共同的重要的心理病理特点<sup>[2]</sup>。社会文化、家庭以及个体因素在疾病发生发展中起着重要作用。家庭功能失调在临床进食障碍患者中非常普遍<sup>[3]</sup>，它促进进食障碍的形成。家庭沟通方式、成员关系、父母婚姻和谐度、父母管教子女的态度和方式、父母本身的人格特征以及父母的进食行为和对自己身材的看法，都会影响子女进食障碍的形成<sup>[4]</sup>。大学女生是进食障碍的高危人群，大二也是女大学生开始表现出进食障碍行为的高峰期，所以做好大一到大二的引导和过渡工作对预防进食障碍十分重要<sup>[5]</sup>。本研究假设，随着对大学生活的逐渐适应，家庭功能的影响可能逐渐削弱，所以相对其他年级女生而言，大一女生受家庭功能影响更为严重。故本研究选取北京市两所重点大学大一女生为被试，考察进食障碍倾向与家庭功能之间的关系。

1 对象与方法

1.1 对象 采用定额取样法，选取北京两所重点大学本科一年级女生为被试，共发放问卷680份，收回有效问卷622份，有效回收率91.47%。

1.2 工具

1.2.1 一般情况调查表 包括专业(文、理、其他)、生长地区(农村、乡镇/县、中小城市、大城市)、家庭结构(双亲、单亲、再婚)。

1.2.2 进食障碍问卷(Eating Disorders Inventory- II, EDI-II)<sup>[6]</sup> 由Garner等人编制，共64个项目，8个分量表，包括求瘦倾向、贪食、不满体型、无效、完美主义、人际间不信任、内感受意识、成熟恐惧。采用6级评分，“总是”计3分，“通常”计2分，“常常”计1分，“有时”、“很少”、“从不”均计0分。量表中文版由香港中文大学采用双盲译法译成，在中国进食障碍患者中的应用也有很高的信、效度(Chronbach = 0.95)<sup>[7]</sup>。

1.2.3 家庭功能评定量表(Family Assessment Device, FAD)<sup>[8]</sup> 依据Master的家庭功能模式编制的一个测定家庭系统各方面功能的量表。翻译后的问卷也具有较好的信度、效度。该问卷共有60个条目，每个条目有4个选项：很像我家、不像我家、完全不像我家，分别计为1、2、3、4分(部分条目为反向计分4、3、2、1)。对所有条目而言，1分代表健康，4分代表不健康。FAD包含7个分量表，问题解决(Problem Solving, PS)、沟通(Communication, CM)、角色(Roles, RL)、情感反应(Affective Responsiveness, AR)、情感介入(Affective Involvement, AI)、行为控制(Behavior Control, BC)、总的功能(General Functioning, GF)等。

1.3 质量控制 采取统一指导语，在课堂上由学生独立答卷，当场收回。

1.4 统计方法 非参数检验，t检验、相关分析。

2 结果

2.1 进食障碍状况 两所学校的被试在专业、生长地区、家庭结构上无显著差异，被试数量分别为285人和337人。

根据EDI手册，在“求瘦倾向”分量表上得分大于等于14分，被认为是“体重关注者”，其中3/4已经或曾经患有进食障碍，1/4属于正常节食<sup>[9]</sup>。两所学校体重关注者数分别为12人(4.21%)和20人(5.93%)，体重关注者所占比例无显著性差异。本研究共调查的622名大一新生中，有32人(5.14%)为体

重关注者，其中24人(3.86%)存在进食障碍倾向。

2.2 体重关注者在专业、生长地区、家庭结构上的分布及差异检验

2.2.1 专业分布 见表1。

表1 不同专业人数及百分比(n=622)

专业	文	理	其他
n <sub>1</sub> (%)	476(76.5)	113(18.2)	33(5.3)
n <sub>2</sub> (%)	25(78.1)	3(9.4)	4(12.5)
n <sub>2</sub> /n <sub>1</sub>	5.3%	2.7%	12.1%

注：n<sub>1</sub>为各专业总人数；n<sub>2</sub>为各专业体重关注者数量；n<sub>2</sub>/n<sub>1</sub>为各专业体重关注者数量占该专业总人数的百分比。

2.2.2 生长地区分布 见表2。

表2 不同生长地区人数及百分比(n=462)

生长地区	农村	乡镇/县	中/小城市	大城市
n <sub>1</sub> (%)	94(15.1)	117(18.8)	204(32.8)	207(33.3)
n <sub>2</sub> (%)	1(3.1)	8(25.0)	10(31.3)	13(40.6)
n <sub>2</sub> /n <sub>1</sub>	1.1%	6.8%	4.9%	6.3%

注：n<sub>1</sub>为各生长地区人数；n<sub>2</sub>为各生长地区体重关注者数量；n<sub>2</sub>/n<sub>1</sub>为生长地区体重关注者数量占该生长地区人数的百分比。

2.2.3 家庭结构分布 见表3。

表3 不同家庭结构人数及百分比(n=622)

家庭结构	双亲	单亲	再婚
n <sub>1</sub> (%)	593(95.3)	20(3.2)	9(1.5)
n <sub>2</sub> (%)	29(90.6)	2(6.3)	1(3.1)
n <sub>2</sub> /n <sub>1</sub>	4.9%	10.0%	11.1%

注：n<sub>1</sub>为各家庭结构人数；n<sub>2</sub>为各家庭结构体重关注者数量；n<sub>2</sub>/n<sub>1</sub>为各家庭结构体重关注者数量占该家庭结构人数的百分比。

2.2.4 专业、生长地区、家庭结构差异 进食障碍量表呈非正态分布，用K个独立样本的Kruskal-Wallis检验，考察被试在求瘦倾向上生长地区差异显著( $\chi^2 = 14.321, P < 0.01$ )，农村与大城市( $Z = -2.812, P < 0.01$ )、中小城市与大城市( $Z = -3.392, P < 0.01$ )有显著差别，且大城市均值明显高于前两组有统计学意义。在无效( $\chi^2 = 7.837, P = 0.05$ )和人际间不信任( $\chi^2 = 7.858, P = 0.049$ )上亦有差别，统计学意义。

体重关注者与对照组在家庭功能

表4 分量表上得分比较( $\bar{x} \pm s$ )

因子	体重关注组 (n=32)	非体重关注组 (n=590)	t
角色RL	2.23 ± 0.36	2.10 ± 0.34	2.139*
情感介入AI	2.12 ± 0.48	2.00 ± 0.42	2.074*

注：\* P < 0.05

进食障碍各分量表在被试专业、家庭结构上无显著差异。

而不同结构的家庭,在家庭功能各分量表上也无显著差异。

### 2.3 进食障碍倾向与家庭功能

2.3.1 体重关注者与非体重关注者 根据进食障碍问卷的求瘦倾向分量表,把被试分为体重关注者(求瘦倾向分数 $\geq 14$ ,  $n=32$ )和非体重关注者(求瘦倾向分数 $< 14$ ,  $n=590$ )。两

组被试在家庭功能评定的角色和情感介入 2 个分量表上存在差异,  $t$  检验显示,差异具有显著性,见表 4。

2.3.2 进食障碍问卷与家庭功能评定相关分析 Spearman 等级相关分析,结果见表 5。

表 5 进食障碍问卷与家庭功能评定相关分析( $r$ )

	问题解决	沟通	角色	情感反应	情感介入	行为控制	总的功能
求瘦倾向			0.116**		0.099*		
贪食		0.143**	0.221**	0.132**	0.197**	0.125**	0.170**
不满体型		0.144**	0.165**	0.117**	0.084*	0.106**	0.089*
无效	0.280**	0.352**	0.308**	0.281**	0.275**	0.219**	0.359**
完美主义	-0.128**		0.091*				
人际间不信任	0.235**	0.324**	0.236**	0.282**	0.200**	0.134**	0.292**
内感受意识	0.105**	0.245**	0.238**	0.210**	0.270**	0.195**	0.245**
成熟恐惧							

注: \* $P < 0.05$ ; \*\* $P < 0.01$

### 3 讨论

本研究显示,北京重点大学大一年级女生中,有 36.8% 的人存在进食障碍倾向。生长在大城市的女大学生在进食障碍的求瘦倾向分量表上得分明显高于来自农村或中小城市的学生。与农村相比,大城市更加现代化。现代社会文化观念中,女性身材苗条作为自信和成功的代表,以“瘦”为美。大量的媒体宣传也将追求苗条、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<sup>[10]</sup>。

以往研究指出,体重关注者与控制组相比,其家庭功能在问题解决、角色、情感反应以及总的功能这些因子上更不健康<sup>[11]</sup>。本研究显示,体重关注者与其他被试相比,在家庭功能评定角色和情感介入这两个分量表上得分更高,即在这两个家庭功能上更不健康。角色指家庭是否建立了完成一系列家庭功能的行为模式,如提供生活来源、营养和支持、支持个人发展、管理家庭。此外,还包括任务分工是否明确和公平及家庭成员是否认真地完成了任务。情感介入评定家庭成员相互之间对对方的活动和一些事情关心和重视的程度<sup>[8]</sup>。体重关注者的家庭角色不明确,被试的内心世界受到忽视,于是因此产生了对自己的不满,表现出更加关注自己的体型体态,希望用苗条的身材来引起他人的重视。本研究中,虽然被试家庭结构不同,但在进食障碍问卷和家庭功能各分量表上并没有显著性差异,这提示即使是双亲家庭,也存在家庭功能失调的情况,且相对于家庭结构来说,家庭功能的健康与否与进食障碍倾向的形成之间存在更大相关。进食障碍患者的家庭一般充满敌意、混乱、孤独,缺乏良好的教育方式和共情<sup>[12]</sup>。厌食症的父母传递较多的养育情感而忽略他们女儿表达自身想法和感受的需要。贪食症的父母情感更外露,家庭矛盾更明显,父母责骂和轻视女儿,家庭控制更直接。于是进食障碍成为女儿表达家庭反对其独立的矛盾的手段,达到对父母的反控制<sup>[10]</sup>。

相关分析显示,进食障碍问卷各因子与家庭功能评定各因子存在相关。进食障碍问卷中无效、人际间不信任、内感受意识这 3 个因子与家庭功能评定中所有因子均相关。提示在对女大学生进食障碍或进食障碍倾向的干预过程中,应考虑大学生的家庭功能是否健康。把家庭治疗引入其中,也可能是

保证长期疗效的一个关键。

本研究还存在某些不足。大学生离开家庭进入学校生活,在多大程度上受到原有家庭功能的影响是一个值得探讨的问题。不同年级女大学生进食障碍倾向与家庭功能失调的相关性是否一致,也是未来研究的一个方向。

### 4 参考文献

- [1] Bryant R A, Honey A G, et al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. American Psychology Association, Washington DC, 1994, 539-550
- [2] 旃培艳, 施琪嘉. 摄食障碍的病因机制及治疗的研究进展. 中国康复, 2004, 19(1): 56-58
- [3] Emily A Y, Robert M F, James R C. Family functioning, peer influence, and media influence as predictors of bulimic behavior. Eating Behaviors, 2001, 323-337
- [4] 唐莉, 张进辅. 新视角——进食障碍的病因学研究进展. 中国全科医学, 2004, 7(7): 516-517
- [5] 关丹丹, 王建平. 北京女大学生进食障碍调查分析. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(10): 672
- [6] Garner D M, Olmstead M P, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 1983, 2: 15-34
- [7] 张大荣, 孔庆梅. EDI-1 量表对神经性厌食症患者的初步测试. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(1): 48-50
- [8] 汪向东, 王希林, 马弘, 等编著. 心理卫生评定量表手册(增订版). 北京: 中国心理卫生杂志, 1999(12): 122-124
- [9] Garner D M. Eating Disorder Inventory-2 Manual. Odessa: Psychological Assessment Resource, 1991
- [10] 范青, 马玮亮, 季建林. 女性进食障碍的心理社会学因素研究. 国外医学妇幼保健分册, 2005, 16(1): 55-57
- [11] Deirdre McGrane, Alan Carr. Young women at risk for eating disorders: perceived family dysfunction and parental psychological problems. Contemporary Family Therapy, 2002, 24(2): 385-395
- [12] 章晓云, 钱铭怡. 进食障碍的心理干预. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(1): 31-34

(收稿时间: 2008-05-27)