

台北市某二所大學護理學系女學生暴食症之探討

謝佳容^{1,2} 蔡素玲³ 陳冠宇⁴ 熊秉荃⁵

台灣大學公衛學院衛生政策研究所¹ 台北醫學大學護理學院護理學系² 衛生署中醫藥委員會³
台北市立療養院精神科⁴ 台灣大學醫學院護理學系⁵

摘要

目的：探討台北市某二所大學護理學系女學生暴食症之現況。**材料與方法：**本研究係描述性及相關性研究，對台北市某兩所大學452位護理學系一至四年級日間部的女學生進行問卷調查，資料收集工具為中文版暴食問卷、簡式性格量表和自我體重認知測量。**結果：**(1)研究對象年齡為17-25歲之間，平均年齡為20.17歲，有11名研究對象BITE總分等於或大於26，被視為飲食疾患的「可能的個案」。可能的個案與非個案者所希望之體質指數平均值在統計學呈顯著的差異。(2)在非個案組的「神經質」得分和BITE的總分二者為正相關。(3)研究對象中體重正常組人數最多，但是有329人自認為肥胖，於可能的個案中全部皆自認為體重屬於肥胖，且在統計上達到顯著的差異。**結論：**研究對象普遍希望自己體重更瘦，且可能未將學習的專業知識應用於自身之飲食行為及體型認知，此值得教育者重視護理學系女學生的飲食行為及暴食症，本研究亦建議教育強調合理的自我體型認知，對學生全面提供篩檢飲食障礙計畫，增加對高危險群的評估，並經由早期的發現能早期提供轉介資源，以獲取適當醫療與照護。(慈濟醫學 2003; 15:327-335)

關鍵語：護理系女學生，暴食症，體質指數

前 言

1970年以後，歐美地區由於厭食症(anorexia nervosa)和暴食症(bulimia nervosa)個案的明顯增加，以及治療無效所導致的高死亡率和慢性化，此類飲食疾患在文獻上廣受討論，且被認為是西方社會的文化症候群(culture-bound syndrome)，女性過於強調節制飲食和纖細的身材，形成一種次文化，根據國外報告，飲食疾患好發於青春期或成年早期的女性，男性只佔所有的患者5%-10%，女性厭食症的盛行率約為1%，暴食症則為2%-3%[1,2]。在加拿大

利用世界衛生組織的訪談指引進行大規模研究，符合精神疾病診斷準則手冊DSM-III-R(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.)暴食症診斷女性的終身盛行率為1.1%，男性則為0.1%的終身盛行率[3]。在西化和經濟富裕的影響，即將邁入已開發國家的台灣，近年來精神科門診也逐漸發現此類個案，厭食症和暴食症個案亦有增加的趨勢[4, 5]。國內有關飲食疾患的研究是近十年才開始，曾氏等研究是國內首篇相關的臨床實證研究，12名病人中暴食症患者的預後較佳[6]。由於青少年的飲食疾患已有逐漸增加的趨勢，最近的研究結果顯示台北

收文日期：91年9月13日，修改日期：91年10月23日，接受日期：91年12月5日

抽印本索取及聯絡地址：台北市仁愛路1段1號 台灣大學醫學院護理學系 熊秉荃助理教授



市某兩所高中與高職學生暴食症之總盛行率為1.8%，但是在不同的學校，盛行率有不同，高職女生高達3.3%，高中女生0.9%，而可能有暴食症的個案身體質量指數較重，月經較不規則，並且較常有激烈減肥的嘗試[5]，女性的健康相關行為均表現較男性為佳，女性通常會較注意自己的身體及健康，女性為了良好的身體形象，害怕體重過重，較常注意飲食[7]。於黃、姚[8]研究發現大學生飲食行為未臻理想，33.4%的樣本「常常」或「總是」吃宵夜、25.4%的樣本「常常」或「總是」吃零食的情形甚為普遍，7.4%的樣本「常常」或「總是」不吃正餐。

根據美國精神醫學會編制的DSM-IV手冊[9]暴食症為強調暴食的發生，在短時間內很快的吃下大量食物，病患缺乏對吃東西行為的自我控制能力，並且會嘗試各種方法避免體重增加，例如定期從事自我導致的嘔吐或使用瀉劑、利尿劑，嚴格節食或禁食等。Russel在1979年首先提出暴食症的名稱，用來形容陣發性過度飲食、自我引吐以及和厭食症相同的過度怕胖，為厭食症的一個變型，在厭食症的病程中可能出現暴食期(Bulimic episode)，估計厭食症的病患當中約有16%-50%會有此種現象。二者病患經常會有許多特殊的飲食行為。由於對食物相當感興趣，會經常為他人準備豐富的食物，自己卻只挑選少量低卡路里食物來吃，食物在口中咀嚼很多次之後才下嚥，不喜歡和他人一起用餐，會存藏食物，深夜或獨處時容易出現暴食衝動，則偷偷摸摸的吃，一吃完就感到後悔，又會想辦法把它吐掉，到下一餐因為怕胖又儘量少吃，而使身體處於飢餓狀態，飢餓會使病人終日縈繞對食物的想念，平時尚可自我約束，但在控制力比較脆弱時，又開始另一個暴食--清除身體內食物--節食的循環(binging-purging-dieting)[10,13]。在心理方面，有些厭食症病人會伴隨情緒不穩定，或是憂鬱、焦慮和睡眠障礙等；而有暴食症者，常會因為食物引起親子衝突和家庭衝突，自尊心下降，同時也較易合併衝動性行為，如偷竊、自我傷害、不告離家、藥物濫用等[11,15]，且厭食症患者十年的致死率為6%-7%，在二十年到三十年的致死率為18%-20%，若為暴食症患者預估的致死率為19%，在飲食障礙疾患人口中，自殺的發生率為2%[12]；由此我們更加應該正視暴食症所帶來的問題。暴食症病人中90%-95%是女性，某些特殊行業的人會增加得病的危險

性，如芭蕾舞星、模特兒和具有高度競爭性和壓力的工作者如運動員及醫科學生[4]。高危險群為女性、中上社經地位、年輕族群、未婚、傾向完美主義人格、家庭有情緒問題者，且女性暴食症患者的人格傾向為外向性格，於個人或家庭經驗，食物被用來解決情緒困擾或衝突問題，他們通常對問題的根源缺乏警覺性[13]。

由於青少年的飲食型態對日後成年時期的飲食情形具有影響作用，大學時期的生活習慣往往成為日後的發展模式，若能早期發現飲食疾患的發生，可降低疾病罹患時和疾病導致失能所花費的成本，故調查飲食疾患的現況極具有重要性，而護理人員身為健康保健知識的提供者，對於尚在接受護理專業薰陶的學子，飲食型態對其課業學習、生活適應有極大的影響，所以探討此主題非常具有意義。因此，本研究之目的有二：(1)瞭解護理系女學生暴食症之現況。(2)探討護理系女學生暴食症的相關因素。

材料與方法

研究期間和研究對象

本研究係描述性及相關性研究(Descriptive correlational study)，收案期間自89年9月至90年1月，採立意取樣的原則，對台北市某兩所大學護理學系一至四年級日間部的女學生為研究對象，由研究者利用學生課餘時間至該年級上課教室標準化說明填寫注意事項且徵求其同意書後，進行問卷調查。

測驗當時第一所學校女學生總數為329名，回收的問卷共293份，總回應率為89%。第二所學校女學生總數為200名，回收的問卷共169份，總回應率為84.5%。有效問卷共為452份，有效率為97.8%。

研究工具

本研究之結構式問卷，包括三大部份：

一、中文版暴食問卷(BITE: Bulimic Investigatory Test, Edinburgh)

本量表係曾、李、李[18]依據Russell提出的Bulimia nervosa和DSM-III暴食症的診斷條例所制訂。暴食問卷當成篩選工具時，是要求受測者依據過去三個月的飲食情形填表，其內容分成兩大部



份：第一部份基本資料包括人口學資料、身高和體重、進食習慣和減重史；第二部份是問卷主體包括下列兩個分量表(subscale)：(1)症狀分量表：有30項題目，滿分為30分；和(2)嚴重度分量表：有6項題目，依症狀發生的頻率給予不同計分，滿分為39分。BITE總分滿分為69分。其量表內在一致性信度測得「症狀分量表」和「嚴重度分量表」的Cronbach α 分別為0.95和0.77。以63位護理系學生暴食問卷的再測信度，「症狀分量表」的ICCR(Intraclass Correlation Reliability)分析為0.86，「嚴重度分量表」的ICCR分析為0.88，在量表效度檢定時，於精神科醫師不知得分的情形下診斷評估，進行交叉效度考驗，其交叉效度考驗亦得到滿意的結果。以26、27或28分為分割點，敏感度和特異性均等於1。本研究將暴食症個案定義為總得分等於或大於26分者[14]。

二、簡式性格量表

此為英文版的Maudsley Personality Inventory(MPI)翻譯的人格量表，分為神經質(Neuroticism, N)、外向性(Extroversion, E)與社會期許(Social desirability)三個得分。社會期許得分過高，也可能暗示受試者有過度迎合社會標準，而非其真實的情況評量，因此有時被當成謊尺(lie scale)之參考[4,15]。各題計分方式答「是」記2分，「不易決定」記1分，「否」為0分，就身體疾病住院病人而言，無精神疾病診斷者，N score平均為 8.35 ± 6.96 ，E score平均為 16.56 ± 5.52 ，Lie score平均為 5.33 ± 2.19 。

三、自我體重認知的測量

根據文獻資料顯示，評估自我體重認知的測量方法有以下二種：

(1)體重過重、過輕之判定

本研究的標準體重定義為，女性身高的公分數減去70，所得的差距乘以0.6公斤數。受試者的實際體重除以標準體重的百分比，若在100%上下15%則算在正常範圍，若低於85%則過輕，若高於115%則過重。期望體重和標準體重的差距，可以瞭解研究對象對自己體重的期待是否合理，其比值若在100%上下15%，我們界定其期望還算合理，若低於85%則表示過度追求苗條，若高於115%則太胖。實際體重除以期望體重的比值，也可以反映研究對象自我認知瘦或胖，本研究定義這個比值為自認肥胖度。若比值超過1.0，則表示自認為肥胖[21]。

(2)體質指數的測定

以體重/身高(m^2)算出受試者體質指數，可以分為目前的體質指數(Body mass index now, BMIN, Kg/m^2)和希望的體質指數(Body mass index desired BMID, Kg/m^2)，依美國國家健康統計中心(National Center for Health Statistics, NCHS)所定標準：BMI介於20~25為正常，BMI介於25~30為過重，BMI介於大於30為肥胖；國內行政院衛生署的中華民國飲食手冊第四版所公告的國人體重範圍界定標準：BMI小於18.5為體重過輕，BMI介於18.5~23.9為正常體重，BMI介於24.0~26.9為體重過重，BMI介於大於27.0為肥胖[16]，本研究對象的體重數值採此界定。

統計分析

本研究收集資料建檔後，將以SPSS/PC 8.0套裝軟體做描述及推論性統計分析，採t檢定、變異數分析、皮爾森積差相關等統計方法進行推論性分析，設定 α 值0.05為顯著水準。

結 果

研究對象的基本資料與暴食症之現況

本研究對象共計452名護理系女學生，年齡介於17-25歲之間，平均年齡為20.17歲(標準差1.51)，平均身高為159.74(標準差5.17)，平均體重為52.30(標準差7.37)，體質指數為(BMI)20.50(標準差2.63)，採行政院衛生署公告體重範圍界定標準：BMI屬於體重過輕者共有89人(19.6%)，BMI屬於正常體重者共有317人(70%)，BMI屬於體重過重者共有24人(5.3%)，BMI屬於肥胖者共有14人(3.1%)。本研究對象的飲食型態由表1可看出每天規律吃早餐的僅佔51.5%，每天規律吃中餐佔80.3%，每天規律吃晚餐佔83.0%，且仍有69.4%受試者平時吃點心的頻率為每週一到三天，59.5%曾經實行任何一種的減肥計畫，但僅有4.2%個案曾經找過專家提供節制飲食的建議，11.5%研究對象曾經運用節食、劇烈運動或藥物等方法達到減輕體重的目的，以致於曾經出現情緒、健康問題。依據曾等[18]將暴食症個案定義為暴食問卷(BITE)總得分等於或大於26分，共有11名分數大於臨界值，視為「可能的個案」，佔所有研究對象的2.43%。「可能的個案」在症狀量表平均分數為 20.18 ± 3.21 、嚴重度量表平均分數為 $7.09 \pm$



2.77、暴食問卷總得分平均分數為 27.27 ± 2.00 ，與「非個案」此三者量表得分，具有統計上的差異表2。若在尚未診治前，缺乏醫師以會談問診的方式確立診斷，以較為嚴謹的暴食問卷總得分等於或大於29分為可能的個案，於本研究僅有一人符合此診斷(BITE 得分為33分)。

所有研究對象希望體質指數明顯低於目前體質指數，且具有統計學上的意義，可能的個案目前體質指數(BMIN)平均值為 21.00 ± 2.89 ，非個案目前體

質指數(BMIN)平均值為 20.48 ± 2.62 ，二者未達統計學上之差異，可能的個案所希望體質指數(BMID)平均值為 18.30 ± 0.85 ，非個案者所希望體質指數(BMID)平均值為 19.10 ± 1.33 ，二者在統計學呈顯著的差異(表2)，意思為可能的個案組較非個案者對自己的體質指數希望更低，想瘦的慾念更強。

研究對象的簡式性格評估與暴食症之相關性

本研究對象的簡式性格平均得分為 31.79 ± 6.12

表1. 研究對象之飲食型態

N=452

	研究對象		可能個案組 (n=11)		非個案組	
	N	%	N	%	N	%
月經週期規律與否	N=450					
是	325	72.2	8	72.7	317	72.2
否	125	27.8	3	27.3	122	27.8
平時吃早餐的頻率	N=452					
每天	233	51.5	7	63.6	226	51.3
每週五天	152	27.7	1	9.1	124	28.1
每週三天	87	17.9	2	18.2	79	17.9
每週一天	12	2.7	1	9.1	11	2.5
從來沒有	1	0.2	0	0	1	0.2
每天吃午餐的頻率	N=451					
每天	362	80.3	7	63.6	355	80.7
每週五天	66	14.6	2	18.2	64	14.5
每週三天	19	4.2	1	9.1	18	4.1
每週一天	3	0.7	1	9.1	2	0.5
從來沒有	1	0.2	0	0.0	1	0.2
平時吃晚餐的頻率	N=452					
每天	375	83.0	9	81.8	366	83.0
每週五天	55	12.2	1	9.1	54	12.2
每週三天	18	4.0	1	9.1	17	3.9
每週一天	1	0.2	0	0.0	1	0.2
從來沒有	3	0.6	0	0.0	3	0.7
平時吃點心的頻率	N=446					
每天	62	13.9	4	36.4	58	13.3
每週五天	45	10.1	0	0.0	45	10.3
每週三天	190	42.6	6	54.5	184	42.3
每週一天	119	26.8	0	0.0	119	27.4
從來沒有	30	6.6	1	9.1	29	6.7
曾經找專家提供節制飲食的建議	N=451					
是	19	4.2	2	18.2	17	3.9
否	432	95.8	9	81.8	423	96.1
曾經實行任何減肥計畫	N=452					
是	269	59.5	11	100.0	258	58.5
否	183	40.5	0	0.0	183	41.5
曾經運用方法達到減輕體重，以致出現情緒、健康問題	N=452					
是	52	11.5	7	63.6	45	10.2
否	400	88.5	4	36.4	396	89.8
曾經暴飲暴食，且用方法清除吃進去的食物	N=451					
是	17	3.8	3	27.3	14	3.2
否	434	96.2	8	72.7	426	96.8

*: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$; ***: $p < 0.001$ (statistical significance regarding differences of scores between possible case and non-case within the specified group, using X^2 -tests)



，而在神經質平均得分為 12.66 ± 5.96 、外向性平均得分為 16.05 ± 5.22 、社會期許平均得分為 3.07 ± 1.84 ，其中本研究對象測得的社會期許得分最小值0，最大值4，表示資料具有可靠性表3。於表3看出可能的個案與非個案在簡式性格量表中，「神經質」、「外向性」、「社會期許」三個分量表平均得分並無統計學上的差異，亦即在簡式性格的測量，兩組得分並無顯著的不同；但是在非個案組的「神經質」得分和暴食量表總分(BITE)二者的相關在統計學上具有明顯的意義，且為正相關表4，意即當非個案組的神經質得分越高時，其暴食量表的得

分越高，但在可能的個案組卻無統計學上的相關性存在。

研究對象的自我體型的認知與暴食症之相關

本研究對象體重過重、過輕之判定，以實際體重/期望體重的比值來看，體重過瘦組有2人(佔0.4%)，體重正常組人數最多有367人(佔81.2%)，體重過胖組人數則增多為61人(佔13.5%)。遺漏值為22人(佔4.9%)。於本研究以期望體重/標準體重的比值差距，可以瞭解研究對象對自己體重的期待是否合理，依此將自我體重的認知分為三組(表5)，自我認

表2. 護理系女學生暴食問卷得分及體質指數

	研究對象 N=452		可能個案組 N=11		非個案組 N=441	
	mean	S.D.	mean	S.D.	mean	S.D.
症狀量表分數	8.71	± 4.78	20.18	± 3.21***	8.43	± 4.46
嚴重度量表分數	2.59	± 2.03	7.09	± 2.77***	2.40	± 1.76
暴食問卷(BITE)總得分	10.14	± 6.16	27.27	± 2.00***	9.82	± 5.60
身高 (cm)	159.73	± 5.16	159.70	± 7.79	159.7	± 5.09
體重 (Kg)	52.30	± 7.37	53.63	± 8.39	52.27	± 7.35
期待的理想體重 (Kg)	48.71	± 4.40	46.86	± 5.79	48.76	± 4.39
目前的體質指數 BMIN (Kg/m ²)	20.50	± 2.62	21.00	± 2.89	20.48	± 2.62
希望的體質指數 BMID (Kg/m ²)	19.08	± 1.33	18.30	± 0.85*	19.10	± 1.33

*, p<0.05; **, P<0.01; ***, p<0.001 (statistical significance regarding differences of scores between possible case and non-case within the specified group, using t-test, Wilcoxon Rank Sum test)

表3. 護理系女學生的簡式性格量表得分

	研究對象 N=452		可能個案組 N=11		非個案組 N=441		P 值
	mean	S.D.	mean	S.D.	mean	S.D.	
簡式性格量表總得分	31.79	± 6.12	35.18	± 4.70	31.70	± 6.13	0.054
神經質	12.66	± 5.96	15.45	± 6.40	12.59	± 5.94	0.147
外向得分	16.05	± 5.22	16.45	± 5.26	16.04	± 5.22	0.864
社會期許	3.07	± 1.84	3.27	± 1.42	3.06	± 1.85	0.642

*, p<0.05; **, P<0.01; ***, p<0.001 (statistical significance regarding differences of scores between possible case and non-case within the specified group, using t-test)

表4. 護理系女學生簡式性格量表得分與暴食問卷的相關性分析

	研究對象 N=452			可能個案組 N=11			非個案組 N=441		
	神經質 Neuro	外向性 Extro	社會期許 S.D.	神經質 Neuro	外向性 Extro	社會期許 S.D.	神經質 Neuro	外向性 Extro	社會期許 S.D.
BITE	0.358 ***	-0.074	-0.062	-0.439	0.158	0.182	0.372 ***	-0.091	-0.079

*, p<0.05; **, P<0.01; ***, p<0.001; Neuro=Neuroticism; Extro=Extroversion; S.D.= Social Desirability



表 5. 護理系女學生的自我體重認知之分佈

N=452

體重百分比	期望體重 / 標準體重的比值		實際體重 / 期望體重的比值	
	N	%	N	%
≤ 85% 體重過輕組	39	8.6	2	0.4
85%~115% 體重正常組	373	82.5	367	81.2
≥ 115% 體重過重組	21	4.6	61	13.5
遺漏值	19	4.2	22	4.9

表 6. 護理系女學生自認肥胖度的比值之分佈

	實際體重 / 期望體重的比值	
	N	%
< 1 自認為瘦	61	13.5
≥ 1 自認肥胖	329	72.8
遺漏值	62	13.7

知體重過瘦組有 39 人(佔 8.6%)，自我認知體重正常組人數最多有 373 人(佔 82.5%)，自我認知體重過胖組人數為 21 人(佔 4.6%)。遺漏值為 19 人(佔 4.2%)。在自認肥胖度的比值(表 6)，僅有 61 人比值小於 1，自認為體重為瘦，而有 329 人自認為肥胖。而於 11 位「可能的個案」中 81.8% 的人為體重正常組，但是「可能的個案」中全部皆自認為體重屬於肥胖，且和非個案者在統計上達到顯著的差異。

討 論

研究對象基本資料與暴食症之現況

本研究對象分屬兩所大學護理系女學生，年齡、身高、體重採同質性檢定，呈常態分佈，且二組資料無顯著的差異。研究對象的飲食型態(表 1)可看出每天規律吃早餐的僅佔一半人口，且仍有超過六成以上平時吃點心的頻率為每週一到三天。未吃早餐、吃宵夜的現象，對仍在學習的學生視為不健康的飲食行為，需要師長及家人關心及適時介入。且值得關注的是將近六成的研究對象曾經實行任何一種的減肥計畫，但僅有 4.2% 個案曾經找過專家提供節制飲食的建議，11.5% 研究對象曾經因減輕體重，以致於曾經出現情緒、健康問題，這對自我認同發展和價值觀仍在建立的青春學生，在專業學習過程，知識的轉化是否應用專業評估於自我身上，及有無善用學習資源，利用管道主動求助合適

的對象，這在護理學系學生值得我們在做進一步的探討。再者研究對象減肥計畫的執行方法的選擇和健康行為息息相關，不當的減重措施會導致嚴重的情緒與健康問題，這是值得師長及家長更加深入關心。

本研究以暴食問卷(BITE)得分 26 分為切割點，區分可能的個案與非個案，其中可能的個案佔所有研究對象的 2.43%，這和國內外暴食症的篩選盛行率相當[1,5,17]，本研究對象僅有一人符合較為嚴謹的暴食問卷總得分(BITE 得分為 33 分)，由編碼資料轉查原始資料，以施測前同意書內容經研究對象首肯後，告知該名女學生的生活學習導師做深入的會談，發現該位研究對象飲食困擾的情形已有多時但未加以重視，以致於身體健康、學習能力與人際關係受影響，亦因該生的情況日趨嚴重，並聯絡其父母轉介精神科醫師更進一步的診斷、評估與治療。

所有研究對象希望體質指數明顯低於目前體質指數，且具有統計學上的意義，與我國國情相當同屬東方社會但卻受西化迅速的香港社會所做的研究顯示，在 646 位大學女生的(BMI 平均值 19.54)她們的希望體質指數亦明顯低於目前體質指數，且具有統計學上的意義[18]。這種想再更瘦似乎為女性普遍的現象，其所代表的意義是現代社會價值觀所影響個人的取決能力，或是參考同儕團體的壓力，這對學校師長和家長而言需要進一步去了解學生的想法，並與之討論方能確實得知，在可能的個案目前體質指數，雖然和非個案的目前體質指數無統計上顯著的差異，月經亦具有規則性，但是她們較常有激烈的減肥計畫或嘗試，且可能個案與非個案希望體質指數，在統計學呈顯著的差異。對 747 位 14-16 歲的波蘭年輕女孩所做的異常飲食態度調查指出，女孩會有希望自己體重更瘦、更纖細的慾望，其中有 2.34% 的女孩瀕臨飲食疾患的診斷標準(BMI 值為 21.3)

[17]，故評估學生的體質數期望及其特殊飲食的行為，對飲食障礙疾患高危險群的發現是有早期發現早期治療的效果。

研究對象的簡式性格評估與暴食症之相關

飲食疾患患者會有較明顯的焦慮傾向，其「神經質」得分亦會具有統計上的意義[6]，而本研究對象的調查，簡式性格量表中非個案組的「神經質」得分和BITE的總分間有統計上的意義，為正相關，意即在當非個案組的神經質得分越高時，其暴食量表的得分越高，但在可能的個案組卻無統計上的意義，或許是因為可能的個案組樣本數太少，以致於無法達到統計水準有關，所以僅有非個案組在統計上達到顯著的相關。研究亦發現無論是臨床個案或高中、職學生在「神經質」得分較高，個體的性格會影響其行為，對於神經質得分較高的個體我們須加以關心[5]，且暴食症的患者通常有較明顯的低自尊、害羞、完美主義的傾向[10]，未來研究宜擴大樣本針對神經質和飲食行為再在做進一步的探討。

研究對象的自我體型的認知與暴食症之相關性

本研究對象體重正常組人數最多，但是在自認肥胖度的比值，僅有61人自認為體重為瘦，而有329人自認為肥胖。於可能的個案中全部皆自認為體重屬於肥胖，且在統計上達到顯著的差異。體型意識是一種社會產物，決定於過去生活中的親身經歷及他人影響，體型意識與人格、自我、自我意識及認同感有密切的關係，並且是決定個人行為的重要指標。一般文化中對女性體型的要求比男性多，沒有苗條身材的女性不容易受到異性的注意和社會的讚許，這種挫折和影響他們對自己體型的接納和自尊感受[19]。當個體感受到身體體型大小的曲解，即感受到體型大小的紊亂，體重過重的人通常會有負向的想法，認為「肥胖」等於「不好」，而「美麗」卻代表了「優點」[17]，女性在兩個世代對「更瘦」的驅力有差異，年輕的女性通常較年長的婦女更想苗條的身體[20]。本研究對象皆為醫護健康領域的學習者，基礎養成教育皆包含健康的認知與疾病營養的概念，例如：教導正確的健康概念，學習計算理想體重以及合適的飲食行為，課程亦包含臨床護理衛教知識的相關課程，利用衛教的過程，將知識轉化於服務的對象身上，但於本研究發現實際上知識的

轉化過程有明顯的落差，未能身體力行，建立正確的自我體型認知，和其他族群未接受健康專業常識的年輕女性一樣，是因為普遍仍受社會價值觀影響，或是知識轉化過程未能將所學習的專業知識應用於自身的體型認知有關，這值得教育者重視並做更進一步的探討，特別是有關健康維護的護理訊息要能經由教導練習實行於日常生活中，護理人員本身的以身作則相對的重要。

整體而言建立正確的自我體型認知是健康維護的最佳準則，可避免偏差的飲食觀念和不當的飲食行為，若只是追求美麗、纖細，而採用不正當的方式，進而影響健康就失去了意義與價值，身為健康維護的專業人員更應該具有正確的觀念，方能將健康知識以身體力行的方式教導一般民眾，故在今日社會中，速食文化的便利性，或同儕團體的壓力，尚在學習階段的學生的飲食行為和體型認知更是值得我們關注。

研究應用

從學生方面的健康促進，應加強體重控制正確資訊與合理的自我體型認知，教導飲食行為對身體健康影響的相關知識，避免不當的飲食行為，澄清不當體重控制方法，特別是身為健康照護的維護者，維持理想的體重，建立正確的飲食型態，減少不當的飲食行為和減重行為，並能藉此研究喚醒注意知識轉化的過程，如何連結自我的認知和行為的一致，產生實際的健康行動；在教育方面亦可藉將本研究的發現當成教材，讓學生於課堂上討論，如何落實健康認知，減少和實際行為的距離，另外亦需對學生全面提供篩檢飲食障礙計畫，增加對高危險群的評估，並經由早期的發現能早期提供轉介資源，以獲取適當醫療與照護，藉此將學校教育和個體行為結合，讓學生於學習環境亦能注重健康身心的發展。

研究限制

本研究之限制為(1)研究選擇學校為方便取樣，無法推論到其他大專院校護理學系的女同學(2)由於此為自填性問卷，必須假設研究對象均按實際情況填答。



致 謝

本研究的完成，非常感謝參與研究的452位同學，以及台灣大學附設醫院精神科李明濱主任、曾美智醫師授權使用量表，更感謝台灣大學護理學系黃秀梨主任、台北醫學大學護理系鄭綺主任在行政上所給予的支持與協助，在此獻上誠摯的感謝。

參考文獻

1. Willi J, Grossmann S: Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry* 1983; **140**:564-567.
2. Hsu LK: Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1996; **19**:681-700.
3. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, et al: Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995; **152**:1052-1058.
4. 李明濱：情緒與疾病。臺北：國立台灣大學醫學院 1997，pp 127-133。
5. 陳冠宇、林亮吟、陳喬琪、胡維恆：某高中職學生的暴食症盛行率。台灣精神醫學 2000; **14**:27-37。
6. 曾美智、李明濱、李宇宙：我國飲食疾患的臨床研究。中華精神醫學 1989; **3**:17-28。
7. Waldron I: Gender difference and health-related behavior. In: Gochman GS, eds. *Health behavior-emerging research perspectives*, New York and London: Plenum Press, 1988, pp 193-208.
8. 黃淑貞、姚元青：大學生的健康信念、飲食相關自我效能與飲食行為研究。師大學報 1999; **44**:43-53。
9. American Psychiatric Association: *Diagnosis and statistical manual of mental disorders 4th ed.*, Washington DC: American Psychiatric Association 1994, pp 26-48.
10. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME: Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1997; **54**:509-17.
11. Grothaus KL: Eating disorders and adolescents: An overview of a maladaptive behavior. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1998; **11**:146-156.
12. Clarkin-Watts A: Eating disorder. In: Fortinash KM, Holoday-Worret PA, eds., *Psychiatric mental health nursing*, St Louis: Mosby, 2000, pp 444-467.
13. Monteath SA, McCabe MP: The influence of societal factors on female body image. *J Soc Psychol* 1997; **137**: 6:708-727.
14. 曾美智、李明濱、李宇宙：中文版暴食問卷之信度和效度。中華精神醫學 1997; **11**:39-53。
15. Lee MB, Rin H, Lin HN, Lee YJ: Personality as an effective predictor of outcome for neurotic disorder. *Chinese Psychiatry* 1990; **4**:111-121.
16. 行政院衛生署：中華民國飲食手冊第四版。台北：行政院衛生署，1999，pp 19-20。
17. Wlodarczyk-Bisaga K, Dolan B: A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychol Med* 1996; **26**:1021-1032.
18. Lee S, Ho TP, Hsu LK: Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993; **23**:999-1017.
19. Johnson WG, Schlundt DG: Eating disorders: Assessment and treatment. *Clin Obstet Gynecol* 1985; **28**:598-614.
20. Lamb CS, Jackson LA, Cassidy PB, Priest DJ: Body figure preferences of men and women: A comparison of two generations. *Sex Roles* 1993; **28**:345-358.
21. 洪建德、鄭淑慧：台灣地區女學生的身體形象和飲食行為。中華衛誌 1992; **11**:316-327。



A Study of Bulimia Nervosa among Nursing Students at Two Universities in Taipei

Chia-Jung Hsieh^{1,2}, Su-Lin Tsai³, Kuan-Yu Chen⁴, Ping-Chuan Hsiung⁵

Institute of Health Policy and Management of Public Health¹, National Taiwan University, Taipei, Taiwan; College of Nursing, School of Nursing², Taipei Medical University, Taipei, Taiwan; Department of Health, Committee on Chinese Medicine and Pharmacy³, Taipei, Taiwan; Department of Psychiatry⁴, Taipei City Psychiatric Center, Taipei, Taiwan; School of Nursing⁵, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to investigate the incidence of bulimia nervosa among nursing students. **Material and Methods:** The study used a descriptive correlational design. A total sample of 452 female nursing students was recruited from two universities in Taipei city. Data were collected using the following instruments: Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE), Maudsley Personality Inventory (MPI), and the self-body weight cognitive measure. **Results:** (1) Subjects ranged in age from 17 to 25 years, with a mean age of 20.17 years. Among them, 11 subjects were possible cases of bulimia nervosa (BITE \geq 26). The desired body mass index was significantly different between possible cases and non-cases. (2) Among non-cases, the "neuroticism scores" showed significantly positive correlations with the BITE scores. (3) The majority of the subjects were within the parameters for normal body weight. However, 329 subjects perceived themselves as "obese". All subjects in the group with possible bulimia considered their body weights obese. **Conclusion:** The results showed that the majority of the subjects preferred to be thinner. In addition, nursing students might not have applied their learned professional knowledge to their own personal dieting behaviors and perception of a reasonable body weight. Future efforts of educators should focus on evaluating eating behaviors, screening bulimia nervosa among nursing students, and emphasizing a reasonable self-body weight cognition. Therefore, possible cases could be identified and referred for medical care. (*Tzu Chi Med J* 2003; **15**:327-335)

Key words: nursing student, bulimia nervosa, body mass index (BMI)

Received: September 13, 2002, Revised: October 23, 2002, Accepted: December 5, 2002

Address reprint requests and correspondence to: Assistant Professor Ping-Chuan Hsiung, School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, 1, Section 1, Jen Ai Road, Taipei, Taiwan

