

بررسی و شیوع اختلال پرخوری عصبی در معلمان زن شهرستان ایوان در سال ۱۳۹۵

شهرام مامی^۱، سمیه قیطاسی^۲ و فرشته برجی^۳

۱. استادیار روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام- ایران. بلوار پژوهش، معاونت پژوهش فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام.

Shahram.mami@yahoo.com

۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام- ایران

۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام- ایران

چکیده

مقدمه: اختلال پرخوری عصبی به عنوان سندرم روان شناختی مرتبط با چاقی شناخته می شود که غالباً برای اولین بار در طول نوجوانی ایجاد و تا دوران بزرگسالی ادامه می یابد. مطالعه حاضر با هدف بررسی و شیوع اختلال پرخوری عصبی در معلمان زن شهرستان ایوان انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی ۵۰ نفر از معلمان معلمان زن شاغل به تدریس در مدارس شهر ایوان در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های پرخوری عصبی گورمالی، بیک، داستون، رادین (۱۹۸۲)، افسردگی فتی، بیرشک، عاطف و وحیدو دابسون (۱۳۸۴) و اضطراب کتل (۱۹۷۵) استفاده شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss-20 استفاده شد.

یافته ها: بر اساس یافته های پژوهش میزان ضریب همبستگی بین افسردگی و اضطراب با پرخوری به ترتیب ۰,۳۹۶ و ۰,۴۲۶ می باشد که رابطه مثبت و معنادار را نشان می دهد.

نتیجه گیری: در راستای جلوگیری از آثار منفی پرخوری عصبی بر روان، سلامت و بهداشت روانی معلمان لزوم ارائه آموزش های پیشگراانه در قالب برنامه های تجربی و درمانی بر روی این گروه پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: پرخوری عصبی، معلم، زن.

۱- مقدمه

امروزه اختلالات خوردن^۱ یکی از مورد توجه ترین اختلالات روانی / روان تنی^۲ به شمار می روند. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می شوند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می کنند و همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ و میر شوند. علت اصلی این اختلالات هنوز به خوبی شناخته نشده است و درمان آن ها مشکل است و بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمان های کنونی ندارند(1). توصیف هایی از اختلالاتی شبیه به آن چه که امروزه بی اشتهایی روانی^۳ و پراشتهایی روانی^۴ نامیده شده است؛ در نوشته های قدیمی مصری ها، هیروگلیف ها و ایرانی ها وجود دارد. در طولمارهای به جای مانده از اقوام چینی اولیه نیز رفتارهایی شبیه به آنچه که امروزه به عنوان گرسنگی کشیدن و پر خوردن مطرح شده، عنوان گردیده است. در نوشته های تاریخی ملاحظه می شود که رومی های قدیم در مهمانی ها به پر خوری بیش از اندازه و اسراف در خوردن غذا می پرداختند و پس از آن با استفراغ کردن به آرامش می رسیدند(2). در حال حاضر پر کاربردترین تعریف برای اختلالات خوردن توسط انجمن روان پزشکی آمریکا در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ (3) ارایه شده است. بر این اساس اختلالات خوردن در سه دسته کلی بی اشتهایی عصبی^۶، پراشتهایی عصبی^۷ و اختلال خوردن تصریح نشده^۸ طبقه بندی می شوند.

مشخصه اصلی پراشتهایی عصبی، پر خوری و پاک سازی پس از آن است. پر خوری عبارت از خوردن حجم زیاد و غیرطبیعی غذا طی یک بازه زمانی مشخص، همراه با احساس عدم کنترل بر غذا خوردن بر آن مقطع زمانی می باشد. در این اختلال، رفتارهای جبرانی پس از پر خوری رخ می دهد که ممکن است شامل استفراغ، استفاده از مسهل، مدر، تنقیه یا سایر داروها، روزه داری یا ورزش شدید باشد. بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی، اغلب در فواصل نامنظم غذا می خورند و زمان های طولانی روزه داری سبب ایجاد احساس وسوسه شدید به غذا و به تبع آن دوره های پر خوری و پاک سازی می شود(4). بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی ممکن است مانند افراد مبتلا به بی اشتهایی عصبی، دچار تصویر ذهنی مختل از بدنشان و ترس زیاد نسبت به افزایش وزن باشند. در حال حاضر اگر در بیمار پر خوری و رفتارهای جبرانی متعاقب آن در زمینه کاهش وزن و آمنوره رخ دهد، تشخیص پزشک بی اشتهایی عصبی خواهد بود. باید بر این نکته تأکید نمود که وزن اغلب بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی در محدوده طبیعی قرار دارد(5).

مطابق تعاریف ارائه شده در DSM-IV، اختلال پر خوری در طبقه سوم اختلالات خوردن یعنی "اختلال خوردن تصریح نشده" قرار می گیرد. اختلال خوردن تصریح نشده شایع ترین دسته از اختلالات خوردن را تشکیل می دهد(6). تعریف پر خوری عبارت است از الف- خوردن حجمی از غذا در فواصل زمانی ناپیوسته (برای مثال هر دو ساعت) که به وضوح بیشتر از حجمی است که اغلب افراد در همان مقطع زمانی و در شرایط مشابه می خورند، ب- احساس عدم کنترل بر غذا خوردن در همان مقطع زمانی (برای مثال فرد احساس می کند نمی تواند دست از غذا خوردن بکشد یا این که نمی تواند خودش را کنترل کند که چه غذایی یا چه مقدار بخورد). تعریف اختلال پر خوری عبارت از دوره های مکرر پر خوری (به طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن است. در تشخیص اختلال پر خوری، علاوه بر احساس درماندگی در مقابل پر خوری، وجود حداقل سه مورد از موارد زیر لازم است: ۱) غذا خوردن با سرعتی بسیار بیشتر نسبت به حالت عادی خوردن، غذا خوردن تا زمان احساس سیری آزردهنده، ۳) خوردن مقادیر زیادی از مواد غذایی در زمان احساس عدم گرسنگی از لحاظ جسمی، ۴) به تنهایی غذا خوردن به دلیل احساس خجالت نسبت به میزان زیاد غذایی که فرد می خورد، ۵) احساس تنفر نسبت به خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پس از پر خوری(و). این اختلال از جمله اختلال های خوردن بوده که با دوره های تکرار شونده پر خوری بدون پاکسازی یا سایر رفتارهای جبرانی کاهش وزن که در پراشتهایی عصبی دیده می شوند مشخص می شود(7) افراد مبتلا به این اختلال از چندین مشکل همراه از جمله محرومیت از غذا، توجه بیش از اندازه به شکل و وزن، تصویر بدنی تحریف شده، توجه بیش از اندازه به خوردن(8)، درماندگی روانی(9)، درماندگی جسمی(10)، نشانه های روانپزشکی و اضافه وزن رنج می برند(11)

1. Eating disorders

2. Psychosomatic

3. Anorexia nervosa

4. Bulimia nervosa

5. DSM-IV

6. Anorexia nervosa

7. Bulimia nervosa

8. Eating disorder not otherwise specified

شیوع این اختلال که شایع ترین اختلال خوردن در بین زنان جوان است و مطالعات همه گیر شناسی خبر از افزایش آن می دهند، متغیر بوده و بسته به جمعیت مورد مطالعه از کمتر از ۲ درصد تا بیشتر از ۳۰ درصد گزارش شده است (12) این اختلال به طور عمده نوجوانان و زنان جوان را مبتلا می کند (13). در مطالعه ای با حجم نمونه ای بزرگ در امریکا، شیوع اختلال پرخوری در زنان سفید پوست ۱۸ تا ۴۰ ساله ۲/۶ درصد و در زنان سیاه پوست در همان رده سنی ۴/۵ درصد گزارش شد (14). شیوع این اختلال در طول عمر برای بزرگسالان، ۳ درصد تخمین زده می شود (15). مطالعه ای در امریکا شیوع اختلال پرخوری در طول عمر را در زنان ۳/۵ درصد و در مردان ۲ درصد گزارش کرد، که نشان می دهد در این اختلال، تفاوت در شیوع بین دو جنس کمتر از سایر اختلالات خوردن است. این مطالعه همچنین نشان می دهد که اختلال پرخوری به گونه یکسان تری در گروه های سنی و نژادهای مختلف شیوع دارد (16). سن شروع این اختلال بالاتر از بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی است (16). به علاوه اختلال پرخوری با اضافه وزن و چاقی مرتبط است و در ۷ تا ۱۲ درصد از افرادی که به دنبال درمان چاقی هستند، این اختلال به چشم می خورد (17,18). شیوع این اختلال در افراد مبتلا به چاقی شدید تا ۵۰ درصد گزارش شده است (19).

امروزه متخصصان بالینی باور دارند که اختلالات خوردن پیامد نهایی ناراحتی های هیجانی است که با نبود تعادل فیزیولوژیایی به دلیل رژیم های سخت غذایی در افراد مستعد در تعامل است. بدیهی است که درمان موثر هم عوامل بدنی و هم عوامل روانی فیزیولوژیایی را شامل می شود. متداول ترین میزان پذیرفته شده چربی خون برای سلامت بدن در مردان بزرگسال ۱۸ تا ۲۳ درصد و برای زنان ۱۸ تا ۲۸ درصد است. در بعضی از افراد پرخوری موجب اتساع و انبساط شکم می شود و ظاهر آن را برجسته و بدن نما می سازد. خوردن غذای زیاد و خواب رفتن پس از آن، در حال که تمام ماهیچه ها در حال آرامش اند، می تواند تأثیر مشابهی داشته باشد. بعضی از افراد وقتی که پرخوری را متوقف می سازند احساس فشار و ناراحتی می کنند عده ای دیگر به رغم فربهی همواره در حال خوردن و جویدن هستند. اگر افراد فربه میزان غذای بهنجار را حفظ کنند، بدنشان به تدریج به حال عادی خود باز می گردد. این امر در آغاز می تواند به صورت محدود ساختن واقعی غذاهای چربی دار و سایر موادی که هضم آن ها مشکل است، باشد. پس از بازگشت بدن به حالت بهنجار و یا بهبود رو به پیشرفت، شخص می تواند مقداری از این غذاها را صرف کند، زیرا بدن وی آموخته است که دگر بار آن ها را کنترل و اداره کند. علاوه بر آن خوردن مقدار کم در دفعات بیشتر ممکن است هضم آن آسان تر باشد تا خوردن مقدار زیاد غذا آن هم در دو یا سه نوبت (20).

افراد مبتلا به پراشتهایی روانی مقدار زیادی غذا می خورند، ولی پس از خوردن احساس گناه کرده و از طریق تهوع و استفراغ یا داروهای معین، یا داروهای ادرارآور به سرعت آن ها را خارج می سازند تا بدین ترتیب وزن خود را حفظ کنند. هم در بی اشتهایی روانی و هم در پراشتهایی روانی تصور ذهنی غلطی درباره بدن و اندامشان وجود دارد که تصور می کنند بی اندازه چاق هستند و به همین دلیل اگر کمی غذا خورده باشند از طریق داروهای امنیت آور و تهوع و استفراغ آن ها را خارج می سازند. این دور باطل خوردن، احساس گناه و خارج ساختن غذای خورده شده در اختلال پراشتهایی وجود دارد (21).

اختلالات خوردن در تمام کشورهای جهان، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در اقتصادهای در حال پیشرفت چون برزیل و چین، گزارش شده است (22). به طور کلی زنان بیشتر از مردان مبتلا به اختلالات خوردن می شوند و شیوع این اختلالات در طول عمر در زنان ۰/۹ و ۱/۵ درصد و در مردان ۰/۳ و ۵/۰ درصد به ترتیب برای بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی است (15). مطالعات اندکی در مورد بروز پراشتهایی عصبی انجام گرفته است. یک مطالعه هم گروهی در فنلاند که به بررسی دوقلوها پرداخته است، سن اوج بروز پراشتهایی عصبی را ۱۶ تا ۲۰ سال گزارش کرده است (23). نسبت مرد به زن برای پراشتهایی عصبی بین ۱ به ۱۵ تا ۱ به ۲۰ تخمین زده می شود (24). هر چند ۶۰ درصد بیماران مبتلا به اختلالات خوردن که در کلینیک های سرپایی ویزیت می شوند مبتلا به یکی از انواع اختلالات خوردن تصریح نشده هستند، این نوع اختلال خوردن کمتر از سایر انواع مورد مطالعه قرار گرفته است (16). در مطالعه ای بر روی ۲۰۰ دختر و زن ۱۲ تا ۲۳ ساله پرتغالی، شیوع اختلال خوردن تصریح نشده ۲/۳۷ درصد گزارش شده است (25).

مطالعات معدودی در زمینه اختلالات خوردن در ایران انجام شده است. نوبخت و دژکام در اولین مطالعه اپیدمیولوژیک این اختلالات در ایران، شیوع بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی را در ۳۱۰۰ دانش آموز دختر شهر تهران به ترتیب ۰/۹ و ۳/۲ درصد گزارش کردند (۲۰۰۹). شیوع بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی در دانش آموزان دختر دبیرستانی در کرمان به ترتیب ۱/۷ و ۱۱/۷ درصد گزارش شده است (26). همچنین درخصوص بازی نقش متغیر وابسته، پژوهشی که توسط دوچسن و همکاران (2007) انجام شد ۲۱ مورد چاق برزیلی که دچار اختلال پراشتهایی عصبی بودند، در یک دوره آموزش شناختی و رفتاری تغییرات قابل ملاحظه ای در تصویر تن، نشانه های افسردگی نشان دادند. در پژوهش دیگری نیز که توسط شلی - یومنهایفر و مک میلان (2007) بر روی زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی انجام شد پس از شش هفته دوره درمان شناختی - رفتاری، شدت علائم پرخوری، افسردگی کاهش یافت علاوه بر این تصویر تن، عزت

نفس افزایش یافت (۲۷). لازم به ذکر است این مداخله تغییری در وزن ایجاد نکرد. در پژوهش توماس و سلیم خان (۲۰۱۰) پیرامون نگرش های زنان و تصور از بدن آنان در ابتلا به اختلال خوردن نشان داد که زنان عرب دارای عادات بد خوردن معمولاً نگرش بدی نسبت به بدنشان دارند (۲۸).

لذا با توجه با این که مطالعات اندکی مطالعات اندکی در مورد بروز و شیوع پرخوری عصبی انجام گرفته است و نیز با توجه به تأثیر مخرب این اختلال در سلامت جسمانی و روانی زنان جوان، بررسی حاضر به منظور تعیین شیوع پرخوری عصبی در بین معلمان زن شهرستان ایوان در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی- مقطعی است. جامعه این پژوهش را کلیه معلمان زن شاغل به تدریس در مدارس شهر ایوان در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ تشکیل داده است که از میان مدارس ۵ مدرسه و از بین معلمان آنها ۵۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود شامل تمایل به شرکت در پژوهش و حداقل یک سال تحصیلی ساکن بودن در شهر ایوان می باشد. بعد از انتخاب نمونه توضیحات لازم توسط پژوهشگر در خصوص تکمیل پرسشنامه به آزمودنی ها ارایه شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت فردی گزارش نخواهد شد و محرمانه خواهد بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-20 استفاده شد. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های پرخوری عصبی گورمالی، بیک، داستون، رادین (۱۹۸۲)، افسردگی فتی، بیرشک، عاطف و وحیدو دایسون (۱۳۸۴) و اضطراب کتل (۱۹۷۵) استفاده شده است.

پرسشنامه پرخوری عصبی: این پرسشنامه توسط گورمالی، بیک، داستون، رادین (۱۹۸۲) برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۴ ایتم ۴ گزینه ای و ۲ ایتم سه گزینه ای بوده که دامنه آن از خیلی موافق (نمره ۴) تا کاملاً مخالف (نمره صفر) گسترده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران (۲۵) روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۸۵ درصد و اعتبار آزمون باز آزمون مجدد ۰٫۷۲، محاسبه شد. دژگام و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای خصوصیات روان سنجی نسخه ایرانی مقیاس را بررسی کرد و با استفاده از روش آزمون مجدد ۰٫۷۲، روش دو نیمه سازی ۰٫۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰٫۸۷ گزارش کردند.

پرسشنامه افسردگی: این پرسشنامه ۲۱ سؤال دارد و آزمودنی یکی از چهار گزینه راکه نشان دهنده شدت افسردگی است، انتخاب می کند. به هر سؤال نمره ای بین ۰ تا ۳ اختصاص یافته و کل پرسشنامه دامنه ای از نمرات ۰ تا ۶۳ خواهد داشت. فتی، بیرشک، عاطف و وحیدو دایسون (۱۳۸۴) اعتبار این پرسشنامه را محاسبه کردند که ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۸۶، ضریب ثبات درونی ۰٫۹۲ و ضریب پایایی ۰٫۹۴ است. در این پژوهش ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب برابر ۰٫۸۸ است.

پرسشنامه اضطراب: این پرسشنامه توسط کتل در سال (۱۹۷۵) ساخته شده است. این مقیاس شامل ۴۰ سؤال است که به صورت دویبخش ۲۰ سؤالی ارائه می شود و هر سؤال، نمره ای بین صفر تا ۲ دارد بنابراین، حداقل نمره در هر بخش بین صفر تا ۴۰، و در کل پرسشنامه ۸۰ است. نمرات استاندارد، ۰-۳ مربوط به افراد بدون اضطراب، ۴-۶ اضطراب متوسط، ۷-۸ روان آزرده مضطرب، و نمرات ۹-۱۰ فرد مورد نیاز به درمانگر را نشان می دهد. کتل پایایی مقیاس اصلی را ۰٫۷۸ گزارش کرده است. در مطالعات فلاحی و فرامرزی ضریب همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ ۰٫۷۶ و ۰٫۶۰ به دست آمد. در مطالعه ساکی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب همسانی درونی ۰٫۷۹، به دست آمد.

یافته ها:

جدول شماره (۱) فراوانی آزمودنی ها بر حسب تاهل

تاهل	فراوانی	درصد
متاهل	۳۶	۷۲
مجرد	۱۴	۲۸

همانگونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود تعداد آزمودنی های مجرد ۱۴ نفر و آزمودنی های متاهل ۳۶ نفر می باشد.

جدول شماره (۲) توزیع فراوانی و درصد میزان پرخوری عصبی در معلمان زن شهر ایلام

متغیر	کم بین ۰-۱۷		متوسط بین ۱۸-۲۶		شدید ۲۷ به بالا		جمع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
پر خوری	۳۲	۶۴	۱۰	۲۰	۸	۱۶	۱۰۰

همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود تعداد آزمودنی با پر خوری کم ۳۲ نفر، دارای پر خوری متوسط ۱۰ نفر و پر خوری شدید ۸ نفر می باشد.

جدول شماره (۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پر خوری	۲۱,۳۹	۴,۵۶	۳۷	۶
اضطراب	۳۶,۱۷	۷,۶۴	۸۳	۲۰
افسردگی	۲۷,۳۸	۹,۲۱	۵۱	۲۱

همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار پر خوری عصبی (۲۱,۳۹، ۴,۵۶)؛ میانگین و انحراف معیار اضطراب (۳۶,۱۷، ۷,۶۴)؛ میانگین و انحراف معیار افسردگی (۲۷,۳۸، ۹,۲۱) می باشد.

جدول شماره (۵) ضریب همبستگی بین اضطراب و افسردگی با پر خوری عصبی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح اطمینان
افسردگی	پر خوری عصبی	۰,۴۲۶	۰,۰۰۱
		۰,۳۹۶	۰,۰۰۲

همانگونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود بین افسردگی و اضطراب با پر خوری عصبی رابطه وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

اختلالات خوردن طی سال های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است و به نظر می رسد که همچنان پژوهش های بیشتری در زمینه شناخت عوامل موثر در ایجاد، تداوم و درمان این اختلالات مورد نیاز است اختلال پر خوری که در که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، به عنوان یک اختلال جداگانه معرفی می شود، شایع ترین نوع از اختلالات خوردن به شمار می آید. اختلال پر خوری عصبی یکی از آسانترین و مزمن ترین مشکلات روان شناختی به شمار می آید که زنان جوان امروزی با آن مواجه هستند. یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که شیوع اختلال پر خوری عصبی در معلمان زن شهرستان ایوان در سطح قابل توجهی قرار دارد. نظر به تأثیرات شدید این اختلال بر سلامت جسمی و روانی زنان و به ویژه معلمان، شناسایی سایر عوامل زیستی، محیطی، خانوادگی و اجتماعی موثر در ایجاد و پیشرفت اختلال پر خوری عصبی در این گروه باید مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین به نظر می رسد که بهتر است کنترل پر خوری عصبی در زنان و به ویژه معلمان دارای اضافه وزن متمرکز شود. دور نگه داشتن معلمان زن از تأکید بیش از حد بر وزن و رفتارهای کنترل وزن ناسالم و اجتناب از فعالیت های کم تحرک و ترویج و تسهیل فعالیت بدنی پیشنهاد می شود.

متخصصان می گویند پر خوری هم می تواند یکی از علائم افسردگی باشد و جالب این جاست که اضافه وزن و چاقی هم می تواند موجب افسردگی شود. اگر چاقی، اعتماد به نفس فرد را جریحه دار کند و موجب تنهایی و گوشه گیری او بشود، زمینه افسردگی را هم فراهم می کند. میزان برخی انواع اختلالات، مانند اضطراب، افسردگی و بیماری های شخصیتی و خلقی، در افرادی که حتی درجات متوسطی از اضافه وزن دارند، بیشتر از سایرین است. بررسی های نشان داده افسردگی خفیف و شدید، اختلالات اضطرابی مانند حملات اضطرابی (موسوم به حمله پانیک) و فوبیا، همچنین اختلالات خلقی مانند مانیا و نیز اختلالات شخصیتی مانند شخصیت وسواسی - اجباری و پارانوئید، در این افراد شایع تر است. در انتها لازم است به برخی از محدودیتهای موجود در این مطالعه اشاره شود: محدوده مکانی این مطالعه شهر ایوان می باشد در نتیجه در تعمیم نتایج به دیگر معلمان باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به این نکته که ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری داده ها پرسشنامه بوده است و پرسشنامه جنبه ی خود گزارش دهی دارد و شرکت کنندگان با تمایل خود به آن پاسخ می دهند و ممکن است در پاسخ هایشان حالت سوگیری وجود داشته باشد، بنابراین بهتر است قبل از اجرای دوره ی آموزشی از شرکت کنندگان مصاحبه ای نیز به عمل آید و در ارائه یافته های پژوهش مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری: از مسئولان محترم اداره آموزش و پرورش شهرستان ایوان، مدیران و معاونان و معلمان مورد بررسی که بدون همکاری آنان اجرای این مطالعه میسر نمی شد، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.
منابع

1. Dalle GR. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med* 2011; 22(2): 153-60.
- 2- azad, Hussein. Eating disorders, anorexia, bulimia mental and psychological, *Journal of Psychology and Educational Sciences* 1384. 151 169
۳. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2000.
- 4- Marsh R, Maia TV, Peterson BS. Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies. *Am J Psychiatry* 2009; 166(6): 664-74.
- 5- Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc* 2010; 85(8): 746-51.
6. American Psychiatric Association. [Online]. 2010. Available from URL: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- 7- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washington, DC: 2000.
- 8- Goldfein GA, Devlin Mj, Spidzer RL. Cognitive behavioral therapy for the treatment of binge eating disorder. What constitutes Success? *Am J Psychiatr*. 2000; 157(7): 105-56.
- 9- Wilson GT, Fairburn CG. The treatment of binge eating disorder. *Eur Eat Disord Rev*. 2000; 8(5): 331-4.
- 10- Carter JC, Fairburn CG. Cognitive-behavioral self help for binge eating disorder. A controlled effectiveness study. *J Couns Clin Psychol*. 66(4): 616-23.
- 11- Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS. The clinical significance of binge eating disorder, *Int J Eat Dis*. 2000; 34(S1): 96-106.
1۲. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 2009; 28(3): 265-71.
- 13- Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005; 43(6): 691-701.
- 14- Pike KM, Dohm FA, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Fairburn CG. A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158(9): 1455-60.
15. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34(4): 597-611.
16. Hoek HW, van HD. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34(4): 383-96.
- 17- Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di BM, Zucchi T, Cabras PL, et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry* 2000; 41(2): 111-5.
- 18- Ramacciotti CE, Coli E, Passaglia C, Lacorte M, Pea E, Dell'Osso L. Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Res* 2000; 94(2): 131-8.
- 19- Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc* 2010; 85(8): 746-51.
20. Anred: Anorexia nervosa and related eating disorder, what causes eating disorders, 2005.

۴. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc* 2010; 85(8): 746-51.
21. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions. Geneva: WHO Regional Office Europe; 2005.
22. Chen H, Jackson T. Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among Int J Eat Disord 2007; 40(3): 212-7
23. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med* 2009; 39(5): 823-31.
24. Keel PK, Heatherton TF, Dorer DJ, Joiner TE, Zalta AK. Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychol Med* 2006; 36(1): 119-27.
25. Machado PP, Machado BC, Goncalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified.
26. Wilson GT. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34(4): 773-83.
27. Shelly-Ummenhofer J, MacMillan PD. Cognitive-behavioral treatments for women who binge eat. *Can J Diet Pract Res*. 2007 Autumn; 68(3): 139-42. [PMID=17784972]
28. Thomas, J., Salim Khan, Amani Ahmed Abdulrahman. Eating attitudes and body image concerns among female university students in the United Arab Emirates. June 2010, Pages 595–598.