



شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر یزد در سال ۱۳۸۹-۹۰

نویسندگان: حسن مظفری خسروی* مهدیه حسین زاده شمسی انار** سیده الهه شریعتی بافتی**
ویدا مظفری خسروی***

*نویسنده مسئول: دانشیار گروه تغذیه دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد تلفن: ۰۹۱۳۱۵۳۱۴۶۷ Email: Mozaffari@ssu.ac.ir

**دانشجوی کارشناسی ارشد گروه تغذیه دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

***دانشجوی پزشکی دانشکده پزشکی شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

چکیده

سابقه و اهداف: اختلالات خوردن (Eating Disorders) نتیجه اختلالات رفتاری است که همراه با عوارض فراوانی است. که به سه شکل، بی اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و شکل بینابینی وجود دارد. این مطالعه به منظور تعیین شیوع این مشکلات در دختران دبیرستانی شهر یزد طراحی و انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی در شهر یزد از اردیبهشت ۱۳۸۹ شروع و اردیبهشت ۱۳۹۰ به پایان رسید. جمعیت مورد مطالعه ۱۴۰۰ نفر دانش آموز دختر دبیرستانی شهر یزد بودند که به روش نمونه گیری خوشه ای نمونه گیری شدند. جهت شناسایی اختلالات خوردن و افراد در معرض خطر آن از پرسشنامه ای موسوم به Eat-۲۶ استفاده شد. متغیرهای زمینه ای مثل سن، سواد والدین، وضعیت عادت ماهیانه، رتبه تولد و بعد خانوار نیز ثبت شد. با استفاده از بسته نرم افزاری SPSS داده ها و آزمون های مجذور کای، تست دقیق فیشر و ضریب همبستگی پیرسون داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تعریف وضعیت چاقی و اضافه وزن از نمایه توده بدن و نمودارهای نمایه توده بدن CDC استفاده شد.

یافته ها: در این مطالعه ۱۶/۷ درصد از افراد مورد مطالعه مبتلا به اضافه وزن یا چاقی و ۱۶۹ نفر (۱۲ درصد) در معرض خطر اختلالات خوردن بودند. بین وضعیت نمایه توده بدن و در معرض خطر اختلالات خوردن رابطه معنی داری نشان داد، به طوری که ۵۱/۷ درصد از افراد در معرض خطر مبتلا به چاقی یا اضافه وزن بودند. در این مطالعه ۷ نفر (۰/۵ درصد) به بی اشتهایی عصبی و ۷۴ نفر (۵/۳ درصد) به بولمی عصبی مبتلا بودند که با هیچکدام از متغیرهای مورد بررسی همبستگی معنی داری نداشت. ۶۸۹ نفر (۵۱/۳ درصد) از وزن موجود خود ناراضی بودند که ۲۱/۴ درصد خواهان افزایش وزن در حالی که ۷۸/۶ درصد تمایل به کاهش وزن داشتند. بین وضعیت رضایت از وزن خود و وضعیت نمایه توده بدن همبستگی معنی داری بدست آمد.

نتیجه گیری: این مطالعه مثل بسیاری از مطالعات مشابه دیگر نشان داد که گذر اپیدمیولوژیک و تعاملات فرهنگی و تغییر ارزشها رخداد اختلالات خوردن را افزایش داده و با مقایسه با میزان آنها در دهه های گذشته در هر منطقه افزایش قابل ملاحظه ای داشته که نیاز به تعمق و به کارگیری روش های موثر در برخورد با آنها دارد.

واژه های کلیدی: اختلالات خوردن، بولمی عصبی، بی اشتهایی عصبی، چاقی و اضافه وزن

طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال دهم
شماره: اول
بهار ۱۳۹۰
شماره مسلسل: ۳۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۱۸



مقدمه

به ترتیب ۸/۱ و ۱۱/۴ در صد هزار جمعیت و شیوع نقطه این دو در خانم های جوان به ترتیب ۰/۲۸ و ۱ درصد گزارش و عنوان نمود که در پنجاه سال گذشته بروز این مشکلات در افراد ۲۴-۱۵ ساله به شدت افزایش یافته است (۳). باور عمومی بر این است که اختلالات خوردن مربوط به جوامع غربی است که تاکید فراوانی به تناسب اندام می شود (۴)، ولی گذر اپیدمیولوژیک و ترویج فرهنگ غرب سبب شده است که بتدریج شاهد افزایش این اختلالات در کشورهای شرقی مثل ژاپن، پاکستان و ایران باشیم (۷-۵ و ۱).

اخیرا مطالعاتی در ایران در خصوص اختلالات خوردن صورت گرفته است (۱۳-۸). نوبخت و همکاران شیوع اختلالات خوردن به شکل بی اشتهاپی عصبی و بولمی در دختران ۱۵-۱۸ ساله تهران را در سال ۲۰۰۰ میلادی به ترتیب ۰/۹ و ۳/۲ درصد گزارش نمود (۸). مطالعه دیگر شیوع این دو را در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی به ترتیب ۱/۸ و ۷/۸ درصد و به طور کلی ۲۱/۵ درصد از دانشجویان را در معرض خطر اختلالات خوردن گزارش نمود (۹). همچنین مطالعه ای در سال ۱۳۸۷ در تبریز ۱۶/۷ درصد از دانش آموزان نوجوان دختر را در معرض خطر اختلالات خوردن گزارش کرد (۱۳). در تمام مطالعات شیوع اختلالات در افراد مونث بیش از افراد مذکر بوده است (۱۶ و ۱۴) به طوری که شیوع این اختلالات در مؤنث ها از ۳/۶۵ تا ۱۷/۹ درصد در حالیکه این رقم برای مردان ۰/۳۷ تا ۶/۵ درصد گزارش شده است (۱۸- ۱۵) اوج سن شروع ۱۵-۱۳ سالگی می باشد (۱).

مطالعات مختلف بیانگر رشد روز افزون چاقی در کشورهای در

اختلالات خوردن (Eating Disorders) نتیجه اختلالات رفتاری است که همراه با عوارض فراوانی حتی مرگ همراه است (۱ و ۲). این اختلالات به سه شکل، بی اشتهاپی عصبی (Anorexia Nervosa)، پرخوری عصبی (Bulimia Nervosa) و شکل بینابینی به نام Binge-eating وجود دارد. بی اشتهاپی عصبی با خود را گرسنه نگهداشتن، افت وزن و هراس از چاقی مشخص می شود که در زنان و دختران همراه با آموره نیز خواهد بود. در بولمی، در دوره هایی فرد مقدار زیادی غذا میل می نماید ولی بعد از آن با اتخاذ رفتارهایی به منظور پیشگیری از افزایش وزن همراه می شود. دوره پرخوری عود کننده حداقل هفته ای ۲ بار به مدت ۳ ماه مشخص می شود، به این ترتیب که در این دوره فرد احساس می کند حالت کنترل خود را از دست داده و بیش از حد معمول و یک فرد طبیعی غذا می خورد در مرحله خارج سازی این اختلال، فرد بولیمیک معمولا خود را به استفراغ کردن تحریک یا از ملین ها جهت جلوگیری از افزایش وزن خود استفاده می کند. آنها همچنین ممکن است به ورزش های سنگین و شدید روی آورند. در دوره غیر خارج سازی، ورزش های سخت و سنگین معمولا متداول است. گرچه در حال حاضر دانش ما در خصوص پاتولوژی این اختلالات محدود است ولی زمینه های ژنتیکی، ویژگی های فردی، عوامل اجتماعی-فرهنگی، تبلیغات و رسانه ها، دوستان و خانواده از عوامل مهم بروز آنها یاد شده است (۱ و ۲).

در مطالعه ی مروری که توسط Hoek در سال ۱۹۹۳ منتشر شد، بروز تخمینی بی اشتهاپی عصبی و پرخوری عصبی در جمعیت



خطر آن از پرسشنامه ای موسوم به Eat-۲۶ استفاده شد که اغلب مطالعات از آن استفاده کرده اند. این پرسشنامه در ایران نیز ترجمه و مورد اعتبار سنجی قرار گرفته است (۱۳). این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال در خصوص رفتارهای تغذیه ای است که پاسخ سؤالات ۱-۲۶، از ۱-۳ وزن دهی شده است. بر این اساس از سوال ۱-۲۵ گزینه‌های «همیشه، تقریباً همیشه و اغلب» به ترتیب ۳، ۲ و ۱ امتیاز دارند و گزینه‌های بعدی امتیازی معادل صفر خواهند داشت. گزینه‌های «گاهی، به ندرت و هرگز» در سوال ۲۶ به ترتیب ۱، ۲ و ۳ امتیاز و ما بقی گزینه‌ها ارزشی برابر صفر دارند. در صورتی که پاسخ‌دهندگان به سوال ۹ "بعد از خوردن استفراغ می‌کنم" پاسخ همیشه و تقریباً همیشه بدهند، مبتلا به بولیمی یا پرخوری عصبی و در صورتی که پاسخ‌دهندگان به سوال ۲ "از غذا خوردن حتی هنگامی که گرسنه هستم پرهیز می‌کنم." پاسخ همیشه و تقریباً همیشه بدهند، مبتلا به آنورکسیا یا بی‌اشتهایی عصبی در نظر گرفته می‌شوند. اگر مجموع نمره فرد مساوی یا بیش از بیست باشد وی در معرض خطر اختلال خوردن در نظر گرفته می‌شود. علاوه بر ۲۶ سوال استاندارد، سوالاتی در زمینه متغیرهای زمینه ای مثل سن، سواد والدین، وضعیت عادت ماهیانه، رتبه تولد و بعد خانوار نیز از افراد پرسیده می‌شد. در پایان دو سوال یکی در خصوص رضایت از وزن فعلی فرد و نظر وی در خصوص افزایش و کاهش آن نیز مطرح می‌شد.

برای نشان داده وضعیت وزنی از نمایه توده بدن با تقسیم وزن به مربع قد به متر استفاده شد. از نمودارهای نمایه توده بدن برحسب سن و جنس CDC برای مشخص کردن وضعیت افراد و کلاسه

حال توسعه از جمله در ایران است (۱۹-۲۲). به طوری که از سال ۱۹۹۹ میلادی تا ۲۰۰۷ از ۱۳/۶ به ۱۹/۶ رسیده است (۱۹). این مسئله از یک سو بر الگوی بیماری‌های جسمی مؤثر و از طرفی مشکلات روحی و روانی را سبب خواهد شد. بویژه اینکه هشدارهای گسترده در این خصوص از یک سو و تبلیغات گسترده در زمینه تناسب اندام و برخی جذابیت‌ها نسل جوان بخصوص دختران را بشدت تحت تاثیر خود قرار داده و آنان را خواسته یا ناخواسته وادار به اتخاذ رفتارهایی مثل اختلالات خوردن می‌نماید که بیش از پیش برای خود و خانواده‌ها نگرانی‌هایی را به همراه خواهد داشت.

با عنایت به اینکه اختلالات خوردن و چاقی ارتباط تنگاتنگی با فرهنگ منطقه داشته و در کشور و یزد مطالعات محدودی هم زمان این دو مقوله را مورد توجه قرار داده اند این مطالعه به منظور تعیین شیوع این دو مشکل در بین دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر یزد طراحی و انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی در شهر یزد و در فاصله زمانی اردیبهشت ۱۳۸۹ تا اردیبهشت ۱۳۹۰ اجرا گردید. جامعه مورد مطالعه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر یزد بودند. حجم نمونه با توجه به شیوع ۲۰٪ اختلالات خوردن در مطالعه نوبخت (۸)، $d=0/04$ ، $\alpha=0/05$ ، بدست آمد که از ۵ دبیرستان دخترانه به طور تصادفی گزینش، نمونه‌گیری شدند. بعد از ثبت قد و وزن دانش‌آموزان پرسشنامه توزیع شد که توسط کارشناس تغذیه بوسیله دانش‌آموزان تکمیل می‌شود. در این مطالعه جهت شناسایی اختلالات خوردن و افراد در معرض



صدک ۵ یعنی کمبود وزن داشته و مابقی یعنی ۱۶/۷ درصد مبتلا به اضافه وزن یا چاقی بوده اند. از طرفی ۱۶۹ نفر (۱۲ درصد) در معرض خطر اختلالات خوردن بوده اند. بین وضعیت نمایه توده بدن و در معرض خطر اختلالات خوردن بودن رابطه معنی داری را نشان داده است به طوری که ۵۱/۷ درصد از افراد در معرض خطر اختلالات خوردن به چاقی یا اضافه وزن مبتلا بوده اند. همانطور که این جدول نشان می دهد بین رتبه تولد و در معرض خطر بودن اختلالات خوردن رابطه معنی داری بدست آمده به طوری که رتبه اول و چهارم به بعد درصد بیشتری از افراد در معرض خطر اختلالات خوردن را به خود اختصاص می دادند. بین سایر متغیرهای مورد مطالعه و در معرض خطر بودن رابطه معنی داری بدست نیامده است.

در این مطالعه ۷ نفر (۰/۵ درصد) به بی اشتهایی عصبی و ۷۴ نفر (۵/۳ درصد) به بولمی عصبی مبتلا بودند. چنانچه جدول ۱ نشان می دهد توزیع فراوانی افراد مبتلا به بولمی با هیچکدام از متغیرهای مورد بررسی همبستگی معنی داری نداشته است.

صدک آنها استفاده شد (۲۳) که به این ترتیب افراد برحسب سن خود در یکی از کلاسه های زیر صدک ۵، ۵ تا ۸۵، ۸۵ تا ۹۵ و بالای ۹۵ قرار می گرفتند که چنانچه فردی در دو رده اخیر قرار می گرفتند چاق یا اضافه وزن تعریف می شدند.

با استفاده از بسته آماری SPSS داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از آزمون های مجدد کای و تست دقیق فیشر برای مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای کیفی و نیز از آزمون همبستگی پیرسون برای محاسبه ضریب همبستگی نمره کل حاصل از پرسشنامه EAT-۲۶ با برخی از متغیرهای کمی مورد بررسی استفاده شد.

یافته ها

در جدول ۱ توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه نشان داده شده است. چنانچه در این جدول مشخص شده ۱۰۴۴ نفر (۷۴/۸ درصد) از جمعیت مورد بررسی از نظر وزنی در حد طبیعی (صدک نمایه توده بدن ۵ تا ۸۵) بوده، حدود ۸/۵ درصد زیر

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای اختلالات خوردن و بولمی در افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد	درصد	در معرض خطر اختلالات خوردن			بولمی	
			تعداد	درصد	P	تعداد	درصد
پایه تحصیلی دبیرستان							
اول	۵۹۶	۴۲/۵	۸۱	۱۳/۶	۰/۰۹	۳۵	۵/۹
دوم	۴۰۱	۲۸/۶	۵۱	۱۲/۷		۲۵	۶/۳
سوم	۴۰۶	۲۸/۹	۳۷	۹/۱		۱۴	۳/۴
سن (سال)							
زیر ۱۵	۱۵۸	۱۱/۳	۲۰	۱۲/۷	۰/۴۷	۱۲	۷/۶
۱۵-۱۵/۹	۴۵۸	۳۲/۷	۴۶	۱۰		۲۴	۵/۳
۱۶-۱۶/۹	۴۴۴	۳۱/۷	۵۹	۱۳/۳		۲۰	۴/۵
۱۷ و بالاتر	۳۳۹	۲۲/۴	۴۲	۱۲/۴		۱۷	۵



وضعیت قاعدگی							
منظم	۹۴۰	۶۹/۹	۱۱۰	۱۱/۷	۰/۳	۳	۰/۳
نامنظم	۴۰۵	۳۰/۱	۴۷	۱۱/۶	۰/۷	۳	۰/۲
نمایه توده بدن (کیلوگرم بر مترمربع)							
زیر صدک ۵	۱۱۹	۸/۵	۵	۴/۲	<۰/۰۰۱	۵	۰/۵
۵ تا ۸۵	۱۰۴۴	۷۴/۸	۱۱۱	۱۰/۶		۵۳	۵/۱
۸۵ تا ۹۵	۱۷۹	۱۲/۸	۳۳	۱۸/۴		۱۳	۷/۳
بالای ۹۵	۵۴	۳/۹	۱۸	۳۳/۳		۲	۳/۷
رتبه تولد							
اول	۵۱۴	۳۷/۴	۷۴	۱۴/۴	۰/۰۱	۳۴	۶/۶
دوم	۳۱۳	۲۲/۸	۲۸	۸/۹		۱۱	۳/۵
سوم	۲۱۷	۱۵/۸	۲۴	۱۱/۱		۱۵	۶/۹
چهارم	۱۴۹	۱۰/۹	۲۵	۱۶/۸		۶	۴
پنجم و بالاتر	۱۸۰	۱۳/۱	۲۴	۷/۸		۶	۳/۳
بعد خانوار							
سه	۷۲	۵/۶	۱۱	۱۵/۳	۰/۶	۴	۵/۶
چهار	۳۶۷	۲۶/۷	۴۶	۱۲/۵		۱۸	۴/۹
پنج	۴۴۹	۳۲/۷	۴۸	۱۰/۷		۲۴	۵/۴
شش و بالاتر	۴۸۴	۳۵/۳	۵۹	۱۲/۲		۲۵	۵/۲
سواد مادر							
بی سواد	۴۰	۳	۴	۱۰	۰/۷	۱	۲/۵
ابتدایی	۶۷۳	۵۰	۸۲	۱۲/۲		۳۷	۵/۵
راهنمایی	۲۲۳	۱۶/۶	۳۰	۱۳/۵		۱۳	۵/۹
متوسطه و بالاتر	۴۱۱	۳۰/۵	۴۵	۱۳/۵		۱۸	۴/۴
سواد پدر							
بی سواد	۳۳	۲/۵	۴	۱۲/۵	۰/۱	۱	۳
ابتدایی	۴۷۹	۳۵/۶	۶۰	۱۲/۵		۲۹	۶/۱
راهنمایی	۲۲۵	۱۶/۷	۳۵	۱۵/۶		۱۱	۴/۹
متوسطه و بالاتر	۶۰۹	۴۵/۲	۶۱	۱۰		۲۶	۴/۳
کل	۱۴۰۴	۱۰۰	۱۶۹	۱۲		۷۴	۵/۳

توزیع فراوانی پاسخ افراد تحت مطالعه به هریک از سوالات پرسشنامه Eat ۲۶ در جدول ۲ خلاصه شده است که بعضاً نتایج جالبی را نشان می دهد. به عنوان نمونه ۳۰ درصد افراد اظهار داشته اند که همیشه از چاق شدن و اضافه وزن داشتن هراسان هستند یا ۱۸/۸ درصد عنوان کرده اند که همیشه برای لاغر شدن دچار مشغولیت ذهنی بوده اند.

ضریب همبستگی بین نمره کل حاصل از پرسشنامه Eat-۲۶ و نمایه توده بدن ۰/۲ (p=۰/۰۱)، سن دانش آموز ۰/۰۲- (p=۰/۴)، رتبه تولد ۰/۰۸- (p=۰/۰۰۳)، بعد خانوار ۰/۰۳- (p=۰/۱)، وزن ۰/۱۷ (p<۰/۰۰۱) و قد ۰/۰۳- (p=۰/۱) بدست آمد.



جدول ۲: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب سوالات مختلف مربوط به وضعیت خوردن

سوالات	همیشه		تقریباً همیشه		اغلب		گاهی		بندرت		هرگز	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
من از چاق بودن و یا اضافه وزن داشتن هراسان هستم.	۴۲۷	۳۰/۴	۲۱۶	۱۵/۴	۲۲۰	۱۵/۷	۲۰۱	۱۴/۳	۱۱۴	۸/۱	۲۲۵	۱۶
از غذا خوردن حتی هنگامی که گرسنه هستم پرهیز می کنم.	۲۵	۱/۸	۴۹	۳/۵	۱۵۶	۱۱/۱	۲۵۵	۱۸/۲	۲۹۸	۲۱/۳	۶۱۹	۴۴/۲
فکر و ذهنم با غذا و مواد غذایی مشغول است.	۳۳	۲/۴	۳۵	۲/۵	۹۸	۷	۱۹۷	۱۴	۳۸۷	۲۷/۶	۶۵۳	۴۶/۵
پرخوری به گونه ایکه احساس کردم نمی توانم آنرا متوقف کنم، داشته ام:	۳۲	۲/۳	۶۳	۴/۵	۱۰۲	۷/۳	۱۵۹	۱۱/۳	۲۸۴	۲۰/۲	۷۶۴	۵۴/۴
با غذایم بازی می کنم مثلاً آنرا به قطعات کوچکتر تکه تکه می کنم.	۵۹	۴/۲	۸۵	۶/۱	۱۷۱	۱۲/۲	۲۹۰	۲۰/۷	۳۵۷	۲۵/۵	۴۴۰	۳۱/۳
از مقدار انرژی مواد غذایی که می خورم، آگاه هستم.	۶۷	۴/۸	۱۱۵	۸/۲	۲۱۶	۱۵/۴	۲۹۳	۲۰/۹	۳۴۵	۲۴/۶	۳۶۸	۲۶/۲
از خوردن غذاهایی که دارای نشاسته زیاد هستند مثل: نان، برنج، سیب زمینی و پرهیز می کنم.	۲۱	۱/۵	۵۷	۴/۱	۱۲۲	۸/۷	۲۴۶	۱۷/۵	۲۶۸	۱۹/۱	۶۹۰	۴۹/۱
احساس می کنم اگر بیشتر غذا بخورم، اطرافیانم مرا بیشتر دوست خواهند داشت.	۳۹	۲/۸	۳۳	۲/۴	۴۶	۳/۳	۴۷	۳/۴	۷۶	۵/۴	۱۱۶۱	۸۲/۸
بعد از خوردن استفراغ می کنم.	۲	۰/۱	۵	۰/۴	۱۳	۰/۹	۳۱	۲/۲	۱۰۵	۷/۵	۱۲۴۸	۸۸/۹
بعد از خوردن غذا تا حد زیادی احساس پشیمانی و شرم می کنم.	۴۷	۳/۴	۸۱	۵/۸	۸۷	۶/۲	۱۲۲	۸/۷	۲۳۴	۱۶/۷	۸۳۰	۵۹/۲
فکر و ذهنم با تمایل برای لاغر شدن مشغول است.	۲۶۳	۱۸/۸	۱۳۶	۹/۷	۱۵۲	۱۰/۸	۱۹۱	۱۳/۶	۱۹۹	۱۴/۲	۴۶۱	۳۲/۹
وقتی ورزش می کنم به فکر سوزاندن انرژی غذای خورده شده هستم:	۱۸۲	۱۳	۱۸۱	۱۲/۹	۱۹۸	۱۴/۱	۲۰۴	۱۴/۶	۲۳۹	۱۷	۳۹۸	۲۸/۴
اطرافیانم فکر می کنند که من خیلی لاغر هستم.	۲۲۰	۱۵/۷	۱۳۴	۹/۶	۱۶۷	۱۱/۹	۱۶۹	۱۲/۱	۱۹۷	۱۴/۱	۵۱۵	۳۶/۷
فکر و ذهنم با اینکه چربی در بدنم جمع شده مشغول است.	۱۴۸	۱۰/۶	۱۴۹	۱۰/۶	۱۲۰	۸/۶	۱۵۳	۱۰/۹	۲۱۷	۱۵/۵	۶۱۵	۴۳/۹
غذا خوردن من بیش از دیگران طول می کشد.	۱۷۰	۱۲/۱	۱۵۳	۱۰/۹	۱۶۷	۱۱/۹	۲۵۳	۱۸	۳۰۸	۲۱/۹	۳۵۳	۲۵/۱
از خوردن غذاهای حاوی قند و شکر مثل شیرینیجات پرهیز می کنم.	۶۹	۴/۹	۹۹	۷/۱	۱۹۶	۱۴	۲۷۶	۱۹/۷	۳۱۲	۲۲/۲	۴۵۱	۳۲/۱
غذاهای خاصی را می خورم.	۱۰۴	۷/۴	۱۰۵	۷/۵	۱۸۳	۱۳	۲۲۳	۱۵/۹	۳۳۷	۲۴	۴۵۲	۳۲/۲
احساس می کنم غذا تعیین کننده روش زندگی من است.	۴۴	۳/۱	۸۹	۶/۳	۱۲۰	۸/۵	۱۷۰	۱۲/۱	۲۵۱	۱۷/۹	۷۳۰	۵۲
پرهیز از غذای خاصی دارم.	۱۱۳	۸	۱۱۹	۸/۵	۱۳۷	۹/۸	۱۸۶	۱۳/۲	۳۰۹	۲۲	۵۴۰	۳۸/۵
احساس می کنم تحت فشار اطرافیانم برای خوردن غذا هستم.	۸۸	۶/۳	۱۱۰	۷/۸	۱۲۸	۹/۱	۱۶۰	۱۱/۴	۱۸۶	۱۳/۳	۷۳۱	۵۲/۱
در مورد غذاها زیاد فکر می کنم.	۵۶	۴	۸۴	۶	۱۰۹	۷/۸	۲۲۲	۱۵/۸	۳۷۷	۲۶/۹	۵۵۵	۳۹/۶
بعد از خوردن شیرینیجات احساس ناراحتی می کنم.	۹۱	۶/۵	۱۰۹	۷/۸	۱۱۷	۸/۳	۱۹۳	۱۳/۷	۲۹۵	۲۱	۵۹۹	۴۲/۷



۷۵/۶	۱۰۶۲	۱۱	۱۵۵	۶/۳	۸۹	۳/۴	۴۸	۲/۱	۳۰	۱/۴	۲۰	تحت رژیم غذایی خاصی هستم.
۵۳/۴	۷۴۹	۱۷	۲۳۹	۱۲/۶	۱۷۷	۶/۸	۹۵	۴/۷	۶۶	۵/۴	۷۶	دوست دارم معده ام خالی باشد.
۷۷/۲	۱۰۸۳	۱۲/۵	۱۷۵	۴/۹	۶۹	۲/۵	۳۵	۱/۹	۲۷	۰/۹	۱۳	بعد از غذا خوردن احساس می کنم تمایل برای استفراغ کردن دارم.
۲/۴	۳۴	۵/۷	۸۰	۱۱/۵	۱۶۲	۱۴/۷	۲۰۶	۱۹/۲	۲۶۹	۴۶/۵	۶۵۲	از خوردن غذاهای جدید و نولدت می برم.

همین طور بین در معرض خطر بودن اختلالات خوردن و وضعیت رضایت از وزن همبستگی معنی داری حاصل شده است به طوری که ۱۲۰ نفر (۱۷/۴ درصد) از کسانی که از وزن موجود خود ناراضی بودند در معرض خطر اختلالات خوردن بوده اند در حالی که تنها ۳۹ نفر (۶/۶ درصد) از افرادی که رضایت داشته اند در معرض خطر بوده اند. همچنین بین ابتلا به بولمی و رضایت از وزن همبستگی معنی داری بدست آمده است به طوری که ۴۶ نفر (۶/۷ درصد) از افرادی که از وزن خود ناراضی بوده اند به بولمی مبتلا بوده در حالی که این رقم برای کسانی که از وزن خود رضایت داشته اند ۲۲ نفر (۳/۷ درصد) حاصل شده است (جدول ۳).

جدول ۳ توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رضایت از وزن فعلی با وضعیت نمایه نوده بدن، در معرض اختلالات خوردن و بولمی را نشان می دهد. چنانچه نشان می دهد ۶۸۹ نفر (۵۱/۳ درصد) از وزن موجود خود ناراضی بوده اند که ۲۱/۴ درصد خواهان افزایش وزن بوده در حالی که ۷۸/۶ درصد تمایل به کاهش وزن داشته اند. بین وضعیت رضایت از وزن خود و وضعیت نمایه نوده بدن همبستگی معنی داری بدست آمده به طوری که ۲۰۴ نفر (۲۷/۸ درصد) از افرادی که نسبت به وزن فعلی خود ناراضی بوده اند چاق یا اضافه وزن داشته اند در حالی که تنها ۱۵ نفر (۲/۵ درصد) از افرادی که رضایت داشته اند در این حالت به سر می بردند.

جدول ۳: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب رضایت از وزن موجود با وضعیت نمایه نوده بدن، در معرض اختلالات خوردن و بولمی

متغیر	رضایت از وزن فعلی		بلی		خیر		اهمیتی ندارد		PV
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
نمایه نوده بدن (کیلوگرم بر مترمربع) زیر صدک ۵	۴۰	۶/۸	۶۱	۸/۹	۹	۱۴/۶	<۰/۰۰۱		
	۵۳۴	۹۰/۷	۴۲۰	۶۱/۳	۴۶	۷۴/۲			
	۱۲	۲	۱۵۶	۲۲/۸	۵	۸/۱			
	۳	۰/۵	۴۸	۷/۱	۲	۳/۲			
در معرض خطر اختلالات خوردن	۵۵۲	۹۳/۴	۵۶۹	۸۲/۶	۶۰	۹۶/۸	<۰/۰۰۱		
	۳۹	۶/۶	۱۲۰	۱۷/۴	۲	۳/۲			
ابتلا به بولمی	۲۲	۳/۷	۴۶	۶/۷	۳	۴/۸	۰/۰۵		
	۵۶۸	۹۶/۳	۶۴۲	۹۳/۳	۵۹	۹۵/۲			
کل	۵۹۱	۴۴/۳	۶۸۹	۵۱/۳	۶۲	۴/۶			



بحث و نتیجه گیری

دانش آموزان دبیرستانی ساری ۱۰/۵ درصد از افراد مورد مطالعه را در معرض خطر اختلالات خوردن گزارش کردند (۱۰). همچنین در مطالعه ای در دختران دبیرستانی تبریز ۱۶/۷ درصد از افراد را در معرض خطر اختلالات خوردن گزارش کرد (۱۳). مطالعاتی با روش مشابه با مطالعه حاضر در کشورهای مختلف در قاره های گوناگون انجام گرفته که می توان با نتایج مطالعه حاضر مقایسه نمود. مشابه با تعریف مطالعه حاضر درصد افراد در معرض خطر اختلالات خوردن در عربستان سعودی ۲۴/۶ درصد (۲۵) در عمان ۲۹/۴ درصد (۲۶) در امارات متحده ۲۳/۴ درصد (۲۷) در افریقای جنوبی ۱۸/۸ درصد (۲۸) در برزیل ۱۵/۷۶ درصد (۲۹) در ایالات متحده ۲۶ درصد (۳۰) و در کانادا ۱۶ درصد (۳۱) گزارش شده است.

دلایل مختلفی این تفاوت ها را توجیه می نماید که در برخورد با این مشکلات می توان مورد توجه قرار داد. از مهمترین عوامل می توان به عوامل فرهنگی نظیر تاثیر و نفوذ فرهنگ بیگانه، عوامل نژادی، طبقه و موقعیت اجتماعی، وضعیت رشد و توسعه اجتماعی، تبلیغات گسترده و تبعیت از مدها و رسوم اشاره نمود (۳۲).

در این مطالعه مثل برخی مطالعات دیگر (۱۰) افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی بیش از دیگران در معرض اختلالات خوردن یا باور نادرست به خوردن بوده اند. بنا براین توجه بیشتر به این گروه از افراد و تاکید بیشتر بر روشهای درست و موثر برای کنترل وزن از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد بود.

یکی از محدودیت های این مطالعه مشارکت تنها دختران در بررسی بوده است. به نظر می رسد این مشکل در پسران نیز

در این مطالعه ۱۶/۷ درصد از افراد مورد مطالعه اضافه وزن یا چاق (۱۲/۸ درصد اضافه وزن و ۳/۹ درصد چاق)، ۱۲ درصد در معرض خطر اختلالات خوردن و ۵/۸ درصد (۰/۵ درصد بی اشتهایی عصبی و ۵/۳ درصد بولمی عصبی) مبتلا بوده اند (جدول ۱).

شیوع چاقی و اضافه وزن در دانش آموزان دختر دبیرستانی در مناطق مختلف کشور گزارش شده که نتایج برخی از آنها با این کار قابل مقایسه است (۲۴، ۲۲، ۲۱). در تبریز اضافه وزن و چاقی در دبیرستانهای دخترانه به ترتیب ۱۱/۱ و ۳/۶ درصد (۲۱) در رشت ۱۸/۶ و ۵/۹ درصد (۲۲) و در دبیرستانهای تهران شیوع کلی چاقی و اضافه وزن را ۱۴ درصد گزارش کردند (۲۴). به این ترتیب ارقام حاصل از این مطالعه با نمونه های مشابه در مناطق مختلف کشور تقریباً نزدیک به هم بوده و نشان از گسترش این مشکل در مناطق گوناگون کشور دارد.

مطالعات مختلفی در خصوص افراد در معرض خطر یا کسانی که باور درستی در مورد خوردن نداشته اند در کشورهای مختلف و حتی ایران انجام گرفته است که با توجه به روش کار مشابه با این مطالعه، یعنی استفاده از پرسشنامه Eat۲۶ و جمعیت نوجوانان دختر، می توان نتایج این مطالعه را با آنها مورد مقایسه قرار داد. نوبخت و همکاران شیوع بی اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و افراد در معرض خطر را در دختران ۱۵-۱۸ ساله به ترتیب ۰/۹، ۳/۲ و ۲۴/۱۶ درصد گزارش کرد (۸). صفوی و همکاران سه مورد مطرح شده در دانشجویان را به ترتیب ۱/۸، ۷/۸ و ۲۱/۵ درصد گزارش کردند (۹). ضرغامی و همکاران در



تقدیر و تشکر

از کلیه دانش آموزان شهر یزد که با نهایت توجه ما را در انجام این مطالعه یاری نموده اند سپاسگزاریم. همچنین از مدیریت سازمان آموزش و پرورش شهرستان یزد نیز که انجام این مطالعه را میسر ساخته اند تشکر می نمایم.

وجود داشته باشد که نیاز به بررسی دارد. اگرچه در زمینه اختلالات خوردن در نقاط مختلف دنیا مطالعاتی صورت گرفته ولی هنوز دلائل واقعی آن بویژه در کشورهای در حال توسعه مشخص نیست. برای شناسایی عوامل محلی و مشخص شدن راههای مناسب برای برخورد موثر با آنها و کند کردن فراوانی رو به رشد آنها مطالعات دیگری پیشنهاد می گردد.

Reference

- 1- Golden NH. Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;17(1):57-73.
- 2-Coughlin J.W, Guarda A.S. Behavioral Disorders Affecting Food Intake: Eating Disorders and Other Psychiatric Conditions. In: Shils ME, Shike M, Ross AC, Caballero B, Cousins RJ, editors. *Modern Nutrition in Health and Disease*, 10th Edition. 10th ed. 2006. p. 1354-62.
- 3- Hoek HW, van HD. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34(4):383-96.
- 4- Nasser M. Eating disorders: the cultural dimension. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23(3):184-7.
- 5- Suematsu H, Ishikawa H, Kuboki T, Ito T. Statistical studies on anorexia nervosa in Japan: Detailed clinical data on 1011 patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1985;43, 69-103.
- 6- Choudry IY, Mumford DB. A pilot study of eating disorders in Mirpur (Pakistan) using an Urdu version of the Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating disorders* 1992;11, 243-251.
- 7- Mumford DB, Whitehouse AM, Choudry IY. Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating disorders* 1992;11, 173-184.
- 8- Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 2000; 28(3):265-71.
- 9- Safavi M, Mahmood M, Roshandel A. Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University, Tehran center branch. *Azad Univ. Journal of Med Sci* 2009;19[2], 129-134.
- 10- Zarghami M, Chimeh N. Study of abnormal attitudes frequency towards eating and the related factors in the high school students of Sari in the academic year of 2002-2003. *J Mazandaran Univ Med Sci & Health Services* 2003;13[40], 70-78.
- 11- Aghakhani N, Phasi A. Body image and self steam in high school students in Urmia 2003-2004. *Urmia Medical Journal* 2006;17[4], 254-259.



- 12- Omidvar N, Eghtesadi S, Ghazi T, Minaie S, Samareh S. Body image and its association with body mass index and eating attitudes in young adolescents in Tehran. *Journal of medical faculty of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2003;26(4): 257-264.
- 13- Pourghassem Gargari B, Kooshavar D, Seyed Sajadi N, Karami S, Shahrokhi H. Risk of Eating Disorders in Tabrizian High School Girls in 2007. *J Tabriz Univ Med Sci & Health Services* 2009;30(4): 21-26.
- 14- Vega A, Rasillo M, Lozano J, Rodriguez G, Martin M. Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. *SocPsychiatry Epidem* 2005; 40: 980-987.
- 15- Kjelsas E, Blornstrom C, Gotestam K. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eat Behav* 2004;5: 13-25..
- 16- Kugu N, Aikuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *The Aust N Z JPsychiatry* 2006; 40: 129-135.
- 17- Mcknight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *Am J Psychiatry* 2003;160: 248-254..
- 18- Rodriguez T, Beato L, Belmonte A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur Psychiatry* 2005;20: 173-178.
- 19- Esteghamati A, Khalilzadeh O, Mohammad K, Meysamie A, Rashidi A, Kamgar M, et al. Secular trends of obesity in Iran between 1999 and 2007: National Surveys of Risk Factors of Non-communicable Diseases. *Metab Syndr Relat Disord* 2010; 8(3):209-13.
- 20- Kelishadi R. Childhood overweight, obesity, and the metabolic syndrome in developing countries. *Epidemiol Rev* 2007;29:62-76.
- 21- Gargari BP, Behzad MH, Ghassabpour S, Ayat A. Prevalence of overweight and obesity among high-school girls in Tabriz, Iran, in 2001. *Food Nutr Bull* 2004 ;25(3):288-91.
- 22- Maddah M, Nikooyeh B. Obesity among Iranian adolescent girls: location of residence and parental obesity. *J Health Popul Nutr* 2010;28(1):61-6.
- 23 Available from: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/modules/module1/text/module1print.pdf>. 2011.
- 24- Omidvar N, Eghtesadi Sh, Ghazi TM, Minaie S, Samareh S. Body image and its association with body mass index and eating attitudes in young adolescents in Tehran. *Research in Medicine (Shahid Beheshti Medicine faculty Journal)* 2002; 26(4): 257-264.
- 25- Al-Subaie A, Al-Shammari S, Bamgboye E, al-Sabhan K, al-Shehri S, Bannah AR. Validity of the Arabic version of the Eating Attitude Test. *Int J EatDisord* 1996;20(3): 321-324.
- 26- Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT, Al-Bahlani S, Martin RG, Al-Ismaily S. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-Omani adolescents. *J Am AcadChild Adolesc Psychiatry* 2002; 41(9): 1124-1130.



- 27- Eapen V, abrouk AA, in-Othman S. Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eat Behav* 2006;7(1): 53-60.
- 28- Caradas AA, Lambert EV, Charlton KE. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *J Hum Nutr Diet* 2001;14(2): 111-120.
- 29- Vilela JE, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Eating disorders in school children. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80(1): 49-54.
- 30- Mammen P, Russell S, Russell PS. Prevalence of eating disorders and psychiatric co morbidity among children and adolescents. *Indian Pediatr* 2007;44(5): 357-359.
- 31- Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study. *CMAJ* 2001;165(5): 547-552.
- 32- Nerissa L.Sh, Stephen W.T, Lois J.S. Eating and Body Image Disturbances Across Cultures: A Review. *Eur.Eat.Disorders Rev* 2006;14: 54-65.



Prevalence of Eating Disorders and Obesity in High School Girl Students in Yazd, 2010-2011

Mozaffari-Khosravi H*(PhD) Hosseinzadeh-Shamsi-Anar M **(MSc) Shariati Bafghi S E **(MSc) Mozaffari-Khosravi V (MD)***

**Corresponding Author: Associate Professor, Department of Nutrition, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

***MS.c Student in, Department of Nutrition in Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

****MD Student, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran*

Abstract

Background: Eating disorders are the result of behavioral disorders associated with many complications. This study aimed to determine the prevalence of these problems in high school girls in Yazd city.

Methods: This cross-sectional study was commenced in 2010 and ended in 2011. The population studied were 1400 high school girl students in Yazd city who were studied by cluster sampling method. Eat-26 questionnaire was used for diagnosing eating disorders and for identifying those at risk. Variables such as age, parents education, menstrual status, birth order and family size were also recorded. Data were analyzed using SPSS software package and chi-square, Fisher's exact test and Pearson correlation coefficient test. For the definition of obesity and overweight BMI and CDC BMI charts were used.

Results: Of the subjects, 16.7% were suffering from overweight or obesity; 169 students (12%) were at the risk of eating disorders. Between BMI status and risk of eating disorders a significant relationship was detected, so that 51.7% of those at risk, were suffering from obesity or overweight. In this study, 7 students (0.5%) had anorexia nervosa and 74 students (5.3%) were diagnosed with bulimia nervosa showing no significant relationship with the variables mentioned. Totally 689 students (51.3%) were dissatisfied with their current weight out of which the 21.4% wanted to gain weight while 78.6% were willing to lose their weight. Satisfaction with weight status and BMI found to be significantly correlated.

Conclusions: This study, like many other similar studies, showed that the epidemiological transition, cultural interaction and changing of values has increased incidence of eating disorders and has been considerably high compared with the past decades, thus requiring speculation and employment of effective measures in dealing with these disorders.

Keywords: Eating disorder, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Obesity