



بررسی نقش استرس بر چاقی

فروغ نقیبی

گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

چکیده

چاقی یک اپیدمی جهانی است که آسیب های جدید محسوب شده و در سطح خطرناکی در حال افزایش است و میتوان آنرا به هزاران عامل ژنتیکی و محیطی نسبت داد. استرس یا فشار روانی یکی از موضوعات و مفاهیم روانشناختی است که در آسیب شناسی روانی و روانشناسی سلامت نقش مهمی ایفا میکند. استرس شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط بوجود می آید و موجب ایجاد نا هماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد میشود. به نظر میرسد که همچنان پژوهش های بیشتری در زمینه شناخت عوامل موثر در ایجاد، تداوم و نیز درمان این اختلال مورد نیاز است. اختلال پرخوری که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و اماری اختلالات روانی، خود بعنوان یک اختلال جداگانه معرفی خواهد شد، شایعترین نوع از اختلالات خوردن به شمار می آید. با این حال کمتر از سایر اختلالات به جنبه های گوناگون آن پرداخته شده است. از آنجا که شیوع اضافه وزن و چاقی در ایران بالاست و با توجه به ارتباط ثابت شده میان اضافه وزن و چاقی با اختلال پرخوری، پیشنهاد میشود که مطالعات گسترده ای در زمینه بررسی درمان روانشناختی این اختلال در کشورمان انجام شود. **کلید واژه:** استرس، چاقی، اختلال خوردن



۱.۱ مقدمه:

چاقی و تجمع چربی زاید در بدن امروزه یکی از عدیده ترین مشکلاتی است که انسانهای ماشین زده با آن درگیر هستند. این مشکل ریشه در تغذیه نادرست و صد البته ریشه در مشکلات روحی و روانی دارد که از جمله این مشکلات میتوان به استرس اشاره نمود. زمانیکه فردی در زندگی دچار استرس میشود معمولاً بصورت ناخودآگاه و به صورت خودکار بدنبال ترفندهایی برای رهایی از این استرس میگردد، اولین رفتاری که در اغلب موارد از این افراد سر میزند خوردن میباشد.

زمانیکه اشتها در اثر غلبه استرس بر ذهن افزایش یافت و غذای فرد نیز چند برابر افزایش یافت به مرور زمان میتوانیم افزایش وزن و تجمع چربی زاید در بدن را نیز به وضوح مشاهده نمود.

همانطور که تحقیقات متفاوت در این زمینه نشان میدهند، دلایل اضافه وزن و چاقی، ژنتیکی، سبک زندگی، چگونگی تغذیه، عدم فعالیت بدنی کافی، الگوهای تغذیه ای نامناسب، و نیز استفاده از وسایلی چون تلویزیون، کامپیوتر، بازیهای ویدئویی، و بطور کلی الگوی زندگی امروزی که فعالیت بدنی افراد را کاهش داده است از عوامل تعیین کننده وزن هستند، در این میان نقش عامل استرس در عادات غذایی و چاقی امروزه نیز حائز اهمیت میباشد. هر چند دانش ما از رابطه استرس و میزان مصرف غذا به علت محدودیت های موجود در طراحی مطالعات متناقض میباشد اما مطالعات زیادی اثر استرس حاد را بر رفتارهای غذایی در شرایط آزمایشگاهی که امکان رابطه میان استرس، عادات غذایی و چاقی مشاهده دقیق غذای مصرفی را فراهم میکند، اندازه گیری کرده اند. مطالعات آزمایشگاهی محدود به بررسی عوامل استرس زای حاد میباشد و نه عوامل استرس زای مزمن که احتمالاً اثر بیشتری بر رفتارهای غذایی دارند. مطالعات طولی میتوانند اثر استرس مزمن زندگی را بر رفتارهای غذایی مورد بررسی قرار دهند، هر چند جمع اوری اطلاعات دقیق مربوط به رژیم غذایی در دوره های طولانی مشکل میباشد. علیرغم محدودیت هایی که موجود است، ما میتوانیم به نتایج وسیعی دست یابیم تا از این ایده که استرس میتواند بر مصرف غذا تاثیر گذار حمایت کنند. مطالعات متفاوت در این زمینه مشخص کردند که استرس میتواند باعث کاهش یا افزایش مصرف غذا گردد. این مساله ممکن است در ارتباط با شدت عامل استرس زا باشد، مانند اینکه در حیوانات یک استرس شدید باعث مصرف کمتر میگردد ولی در انسانها پاسخها متغیرند. شواهد موجود نشان میدهند سطوح بالای استرس با تمایل بیشتر برای غذاهایی که پر انرژی هستند، در ارتباط است. این موضوع توسط مطالعات طولی که اظهار میدارند بین استرس مزمن زندگی و افزایش وزن در آینده ارتباط وجود دارد، حمایت میشود. ممکن است در مصرف انرژی اضافی و افزایش وزن کمک کننده باشد. ظاهراً استرس حاد و مزمن بر رفتارهای غذایی در انسانها تاثیر گذار هستند چرا که پاسخها به استرس حاد در ارتباط با تغییرات فیزیولوژیکی هستند و ممکن است باعث کاهش مصرف غذا در کوتاه مدت شوند، مانند کاهش سرعت تخلیه معده و منحرف کردن خون از لوله گوارش به سمت ماهیچه ها در حالیکه پاسخها در موقعیت استرس مزمن موجب پاسخی انفعالی تر میگردد که با افزایش کورتیزول ممکن است باعث گرایش افراد به مصرف



غذاهای لذیذ و پر انرژی شود، هدایت می‌گردد، و بالقوه باعث افزایش وزن ناخواسته و چاقی می‌شود. کورتیزول همچنین می‌تواند در تجمع توده چربی کمک کننده باشد. (مهاجری، ۱۳۸۷)

در عصر تکنولوژی بهداشت زندگی و زندگی شخصی در افراد متاهل بعنوان منابع استرس مزمن و طولانی مدت می‌توانند باعث ترشح کورتیزول و در نتیجه افزایش وزن و نیز چاقی شکم در افراد گردند در واقع شیوه ای مقابله با استرس فرایند چگونگی رویارویی شخص با حوادث و وقایعی است که از آن برای مقابله موفق و تطابق با شرایط و تعاملات محیطی مناسب استفاده می‌شود. در همین راستا توصیه می‌گردد که هنر رویارویی با استرس ها در جامعه بطور عمومی به همه افراد آموزش داده شود. اقدامات آموزشی و مجموعه فعالیتهایی نظیر کمک گرفتن از اطرافیان جهت انجام کارها، استقبال از حمایت و پشتیبانی دیگران، واقعین بودن، در نظر گرفتن موفقیت ها، ورزش، پیاده روی، شنا، دویدن، تغذیه مناسب، خواب و استراحت، تفریحات سالم، مسافرت، خندیدن، نوشتن افکار و احساسات خود و قبول خود می توانند از استرس های زندگی امروزی بکاهند (فیس و همکاران، ۱۹۹۵).

هر چند بعد محیطی کیفیت زندگی، همواره نباید فراموش گردد، چرا که رتبه ایران در سال ۲۰۰۹ از لحاظ کیفیت زندگی از بین ۱۹۵ کشور ۱۶۳ بوده است (خوارزمی، ۱۳۸۷) هر چند دانسته هایی که در این زمینه وجود دارد متناقض میباشند، با این وجود می‌توانیم به نتایج تجربی دست یابیم که از تاثیر استرس بر مصرف غذا در انسان پشتیبانی کنند. بطور کلی استرس از دو راه کم خوری و پر خوری بر تغییر مقدار مصرف غذا نقش دارد. بنظ میرسد استرس طولانی مدت با افزایش علاقه به مصرف مصرف مواد غذایی پر انرژی و با تراکم بالا در ارتباط باشد. پر خوری ناشی از استرس می‌تواند بعنوان یک فاکتور کمک کننده در بروز چاقی باشد.

۱.۲ اختلالات خوردن

اختلال خوردن^۱ سندرم هایی هستند که در آن تغییر شناختی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای غلط خوردن می تواند منجر به عوارض تهدید کننده زندگی از نظر تغذیه ایی و پزشکی شود. سه نوع اختلال خوردن، که شامل: بی اشتهايي عصبی، پر خوری عصبی و اختلالاتی که بصورت خاصی طبقه بندی نمیشوند، شناسایی شده اند (اسنگ و استوری، ۲۰۱۵). این دست از بیماریها عوارض تغذیه ای و روانی متعددی داشته و زمینه ساز مشکلاتی چون آمنوره، استرس، اضطراب و افسردگی می شود (پورهاشمی و همکاران، ۲۰۰۸) لذا تشخیص افراد در معرض خطر اهمیت زیادی دارد.

امروزه اختلالات خوردن یکی از مورد توجه ترین اختلالات روانی / روان تنی^۳ بشمار می روند. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می شوند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل میکنند و همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ و میر شوند. علت اصلی این اختلالات هنوز بخوبی شناخته نشده است و درمان آنها مشکل است و بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمانهای کنونی ندارند.



در حال حاضر پرکاربردترین تعریف برای اختلالات خوردن توسط انجمن روان پزشکی امریکا در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و اماری اختلالات روانی ارویه شده است.

DSM-IV^۴

۱ Eating disorders
۲ Stang J, Story M
۳ Psychosomatic

۴ Diagnostic and statistical manual of mental disorders

بر این اساس اختلالات خوردن در سه دسته کلی بی اشتهایی عصبی^۵، پراشتهایی عصبی^۶، و اختلال خوردن^۷ تصریح نشده طبقه بندی می شوند.

۱.۱.۲ بی اشتهایی عصبی

مشخصه های اصلی بی اشتهایی عصبی عبارت است از کاهش وزن یا عدم وزن گیری طی یک مرحله رشدی که منجر به وزنی گردد که کمتر از ۸۵ درصد وزن مناسب برای قد و سن باشد، ترس شدید از افزایش وزن، تصویر ذهنی مختل از بدن و حداقل سه دوره متوالی بدون عادت ماهیانه (آمنوره) میباشند.^(۳) اگر چه در حال حاضر وجود آمنوره برای تشخیص این اختلال ضروری است، اهمیت این نشانه از این رو کارگروه اختلالات، چندان واضح نیست. خوردن در تدوین ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و اماری اختلالات روانی. پیشنهاد داده است تا این نشانه برای تشخیص بی اشتهایی عصبی حذف شود^(۶). (DSM-IV)

بی اشتهایی عصبی خود به دو زیر گروه محدود کننده و پرخوری^۸/پاکسازی^۹ تقسیم میشود.

در زیر گروه محدود کننده، بیماران بطور منظم از یک رژیم غذایی کم کالری پیروی میکنند، ولی بیمارانی که در زیر گروه دوم، قرار میگیرند، بطور منظم دوره های پرخوری با رفتارهای جبرانی^{۱۰} یا بدون آن را تجربه میکنند.

۲.۱.۲ پراشتهایی عصبی



مشخصه اصلی پراشتهایی عصبی، پرخوری و پاکسازی پس از آن است. پرخوری عبارت است از خوردن حجم زیاد و غیر طبیعی غذا طی یک بازه زمانی مشخص، همراه با احساس عدم کنترل بر غذا خوردن در آن مقطع زمانی میباشد. در این اختلال، رفتارهای جبرانی پس از پرخوری رخ میدهد که ممکن است شامل استفراغ، استفاده از مسهل، مدر، تنقیه یا سایر داروها، روزه داری و یا ورزش شدید باشد. بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی، اغلب در فواصل نامنظم غذا میخورند و زمانهای طولانی روزه داری سبب ایجاد احساس وسوسه شدید به غذا و به تبع آن دوره های پرخوری و پاکسازی می شود. (۷).

Anorexia				nervosa ^۵
Bulimia				nervosa ^۶
Eating	disorder	not	otherwise	specified ^۷
Restricting				subtype ^۸
Binge-eating/ purging				subtype ^۹
				Compensatory behaviors ^{۱۰}

بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی ممکن است مانند افراد مبتلا به بی اشتها بی عصبی، دچار تصویر ذهنی مختل از بدنشان و ترس زیاد نسبت به افزایش وزن باشند. در حال حاضر اگر در بیمار، پرخوری و رفتارهای جبرانی متعاقب آن در زمینه کاهش وزن و آمنوره رخ دهد، تشخیص پزشک بی اشتها بی عصبی خواهد بود. باید بر این نکته تاکید نمود که وزن اغلب بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی در محدوده طبیعی قرار دارد (۱)



اختلال خوردن تصریح نشده، تشخیصی با طیف گسترده است و شامل بیمارانی می شود که علائم مشابه با بی اشتها یا پراشتهایی عصبی دارند، ولی همه شاخص های تشخیصی این دو اختلال را ندارند (۳). علاوه بر این، اختلال خوردن تصریح نشده، طیفی از رفتارهای غیر طبیعی مرتبط با خوردن مانند اختلال را در بر پر خوری و تریاد ورزشکار زن^{۱۱} می گیرد. بیماران مبتلا به اختلال پر خوری، بطور مفرط غذا می خورند، ولی رفتارهای جبرانی اشاره شده در مورد پراشتهایی عصبی را ندارند. تریاد ورزشکار زن، سندرمی است که در ورزشکاران زن دیده شده است و از سه حالت مرتبط با هم شامل دریافت انرژی پایین (با یا بدون اختلال در غذا خوردن)، اختلال قاعدگی و کاهش تراکم معدنی اسنخوان تشکیل میشود (۸). کاهش انرژی دریافتی ممکن است ناشی از مسایل مرتبط با تصویر ذهنی از بدن، تمایل به بهبود عملکرد ورزشی و یا عدم اطلاع از نیازهای واقعی متابولیک بدن در ارتباط با نوع فعالیت ورزشی در این افراد باشد. مصرف بیشتر انرژی در مقایسه با میزان کالری دریافتی، سبب مهار محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، تخمدان و در نتیجه کاهش تولید استروژن و از دست رفتن توده استخوانی می شود.

۱۱ Female athlete triad

۳-۱ مروری بر تحقیقات انجام شده

ایورسون (۲۰۰۶) و هاتچینسون (۲۰۰۵) در گزارش تحقیق خود آورده اند که اختلالات تصویر ذهنی و رفتارهای تغذیه ای از دوران نوجوانی شروع می شوند و افرادی که در بزرگسالی دچار اختلالات خوردن یا تصویر ذهنی منفی هستند عوامل خطر آن را از زمان نوجوانی دارا بوده اند.

زیرا در دوران نوجوانی، وزن عامل تعیین کننده جذابیت می باشد (۷ و ۸) نتایج تحقیق ایورسون (۲۰۰۶) نشان می دهد که ۴۰ تا ۵۰ درصد دختران ۱۳ تا ۱۴ ساله نگران چاقی خود هستند (۹).

ریکاردلی (۲۰۰۱) معتقد است که در بسیاری از موارد نارضایتی از بدن را توأم با نگرانی در مورد افزایش وزن و رفتارهای کاهش دهنده وزن، از جمله کم خوردن، انجام ورزش برای کاهش وزن گزارش می کنند.

شواهد زیادی وجود دارد که نوجوانان از خانواده، معلمان، دوستان، و رادیو تلویزیون می آموزند که بدن چاق نامناسب و بدن لاغر مناسب است (۱۰). هاربوسکی (۲۰۰۷) معتقد است که مطالعات پیرامون مشکلات تصویر ذهنی و الگوی خوردن باید ادامه داشته باشد تا درک کامل و جامعی از این دو مساله در تمام گروه های قومی بدست آید (۱۱). در مطالعه همه گیری شناختی اختلالات خوردن در ایران که توسط دکتر کام و همکاران (۱۳۷۹) روی دختران دانش آموز انجام شده است، شیوع بی اشتها بی عصبی ۹ درصد ارزیابی شده و نشان می دهد علاقه به لاغری در دختران دانش آموز تهرانی شایع و میزان شیوع آن قابل مقایسه با جوامع غربی و حتی بالاتر از جوامع غیر غربی مثل پاکستان و مصر و..... می باشد (۱۲).



۱.۴ بحث و نتیجه گیری

عوامل داخلی و خارجی گسترده و پیچیده ای بر اشتها و در نتیجه بر مقدار و نوع غذای مصرفی توسط انسان موثرند. تصور میشود استرس بر عادت غذایی انسان تاثیرگذار است، و این موضوع در مطالعات انسانی و حیوانی مورد بررسی قرار گرفته است. برای بسیاری از مردم خودداری کردن از مصرف غذا پاسخ معمول به وضعیتهای استرس زا نیست، بلکه پاسخی طبیعی مصرف غذاهای پر انرژی میباشد (شیفمن و همکاران، ۲۰۱۰، اولیور، واردل، ۲۰۱۵). چاقی یک اپیدمی جهانی است که یکی از آسیب های جدید محسوب شده و در سطح خطرناکی در حال افزایش است و میتوان آن را به هزاران عامل ژنتیکی و محیطی نسبت داد (سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۰).

استرس یا فشار روانی یکی از مهمترین موضوعات و مفاهیم روانشناختی است که در آسیب شناسی روانی و روانشناسی سلامت نقش مهمی ایفا میکند. استرس شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط بوجود می آید و موجب ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد میشود. استرس را میتوان اینگونه تعریف نمود: پاسخ عمومی و غیراختصاصی بدن در جهت حفظ تعادل به هر عاملی که موجب تهدید یا برهم خوردن توانایی های جبرانی بدن گردد (شروود ۲۰۰۱)، استرس یک پاسخ فیزیولوژیک به استروورهای بیولوژیک (ترومای جراحی و عفونت) و استرسورهای روانی مانند نگرانی، ترس و تنشهای اجتماعی ناشی از شغل جدید یا افزایش مسولیت های خانواده تعریف شده است. (هایرنل ۲۰۱۰)

تحقیقات نشان میدهد، پاسخ به استرس حاد یا مزمن میتواند منجر به تغییرات فیزیولوژیکی شامل کاهش سرعت تخلیه معده (باها تیا ۲۰۰۵)، بالا رفتن فشارخون، افزایش ضربان قلب، بسیج منابع انرژی و کاهش جریان خون به ارگانهای غیر اصلی مانند دستگاه گوارش، کلیه ها و پوست، گردد (کوهن ۲۰۰۰).

هورمونهایی که در پاسخ به استرس ترشح میشوند میتوانند بطور اختصاصی اشتها را تحت تاثیر قرار دهند. گزارش داده شده است، نورادرنالین (هالفرد ۲۰۱۱) و هورمون ازاد کننده کورتیکوتروپین (تاكدو تروا ۲۰۱۴) در دوران استرس باعث کم کردن اشتها میشوند، در حالی که کورتیزول به عنوان محرک اشتها در دوران رهایی از استرس شناخته میشود (تاكدو، تروا و همکاران، ۲۰۰۴) اضطراب، افسردگی، پریشانی، عصبانیت، بی علائگی و بیزاری احساساتی هستند که به طور معمول استرس مزمن را همراهی میکنند (کوهن، ۲۰۰۰) پاسخ به سیگار کشیدن، استرس حاد و یا مزمن همچنین شامل یکسری تغییر عادات مانند مصرف الکل (مهلوم کانوی ۱۹۸۱) و تغییر در مصرف غذا (واردل و گیسون، ۲۰۱۲) است.

مطالعات انسانی کاهش و افزایش مصرف غذا را در پاسخ به استرس نشان میدهند، این موضوع، ممکن است مرتبط با شدت عوامل استرس زا باشد. مطالعات گذشته نگر در رابطه با مصرف غذای نیروی دریایی ایالات متحده در دوران جنگ، اثر یک



موقعیت شدیداً پر استرس را بر عادات غذایی نشان داد (پروپرواسمیت ۱۹۸۹). در طول روز اول جنگ طبق گزارش ۶۸ درصد از افراد نیروی دریایی کمتر از معمول غذا خوردند، دلیل اصلی برای کم خوری افراد کمبود وقت و وحشت بود. در مطالعات آینده نگر اطلاعات روزانه ۱۵۸ مرد و زن در رابطه با استرس به مدت طبق گزارش افراد مورد مطالعه، افزایش و کاهش میزان خوردن در ۸۴ روز ثبت گردید (۲۰) پاسخ به استرس وجود داشته است، ولی بیشتر گزارشها مبنی بر کم خوری افراد در رابطه میان استرس، عادات غذایی و چاقی بود. در مطالعات دیگر اثر استرس گزارش شده توسط خود فرد بر رفتار غذایی، در ۲۱۲ دانش آموز بررسی شد (الیور، واردل، ۱۹۹۹). تقریباً تعداد مساوی از افراد افزایش مصرف ۴۲ درصد و کاهش مصرف غذا ۳۸ درصد را گزارش دادند، اما اطلاعاتی راجع به اثر شدت استرس گزارش داده نشد. محققان همچنین اثر یک پیشامد پر استرس، امتحانات مدرسه را بر مصرف غذا در ۲۲۵ دانش آموز دختر و پسر دبیرستانی بررسی کردند (میچود کاهن، ۲۰۱۵).

کل انرژی مصرفی در روز امتحان در مقایسه با یک روز خالی از استرس بسیار بیشتر و به ترتیب مطالعات انسانی اندکی وجود دارد که در آنها اثر، ۲۲۵ و ۲۰۷۴ کیلو کالری بود (گرانبرگ و استراب ۲۰۱۴). استرس ایجاد شده در شرایط آزمایشگاهی بر انتخاب غذاها مورد بررسی قرار گرفته باشد. در مطالعه ای دیگر، اثر یک عامل استرس زای خفیف فیلم استرس زا بر مصرف غذا تعیین گردید و روی هم رفته گروه مردان دارای استرس، غذای بسیار کمتری در مقایسه با گروه کنترل به ترتیب ۹۹ در مقابل ۲۴۲ کیلو کالری مصرف کردند اما تفاوتی در میزان مصرف غذا در بین گروه زنان دیده نشد. این مساله نشان میدهد جنسیت میتواند در رفتار غذایی بعد از یک استرس خفیف تاثیرگذار باشد. اثر استرس بر مصرف چربی و قند در انسانها مورد بررسی قرار گرفته است. در یک مطالعه مقطعی بزرگ با ۱۲۱۱۰ نفر شرکت کننده استرس زیاد به طور مثبت با یک رژیم غذایی پرچربی در ارتباط افرادی که در موقعیت فشار کاری زیاد و استرس زیاد بودند در مقایسه با دوره های کم بود (نگ، جفری ۲۰۱۳).

فشار کاری و کم استرس، افزایش مصرف انرژی و چربی را گزارش دادند. شیوع چاقی در افریقایی-آمریکایی ها بیشتر از اروپایی-آمریکاییها است (فلسوم بارک و همکاران، ۱۹۹۱) و چاقی به طور مستقیم با استرس زندگی در زنان افریقایی-آمریکایی ارتباط دارد (والکت مککوینگ ۱۹۹۵) (۵)، همچنین به نظر میرسد افریقایی-آمریکاییها تمایل بیشتری به مزه ای شدیداً شیرین دارند و استرس زندگی بیشتری نسبت به اروپایی-آمریکایی ها دارند.

(شیفمن، گراهام، ساتلیو میلر، ۲۰۰۰) این تمایل به مزه های شدیداً شیرین ممکن است منجر به انتخاب و مصرف غذاهای پر انرژی و با تراکم بالای مواد مغذی شود و میتواند عاملی کمک کننده در زمینه شیوع بیشتر چاقی در افریقایی-آمریکاییها باشد. در مطالعه های دیگر مردان و زنان که در معرض یک عامل استرسزای حاد آماده سازی یک سخنرانی قرار گرفتند، بعد از استرس در معرض یک عامل استرس زای حاد آماده سازی یک سخنرانی قرار گرفتند، بعد از استرس در مقایسه با گروه



کنترل به مقدار مشابهی از غذاهای شیرین کم چربی و پرچربی استفاده کردند (اولیور، واردل و گیسون، ۲۰۰۰). در یک مطالعه مقطعی بزرگ روی گروهی از کارمندان که شامل ۳۷۱۶۱ زن و ۸۶۴۹ مرد میشد، ارتباط ضعیفی بین استرس کاری و نمایه توده بدنی وجود داشت (کونون، ۶، کیویماکی و همکاران، ۲۰۰۵). هرچند خوردن مرتبط با استرس یعنی تلاش فرد برای دستیابی به حسی بهتر از طریق خوردن یا اشامیدن در یک موقعیت استرس زا به طور معنی داری با چاقی در ارتباط بود اما فقط در حالی که مردان تمایل بیشتری به استفاده از سایر رفتارهای دهانی از زنان و نه مردان (لایتینن، ۸، سوویو، ۹۲۰۰۲)، قبیل مصرف الکل (مهلوم، ۱۹۹۹) و سیگار کشیدن به عنوان یک استراتژی برای کنار آمدن با استرس دارند. اگر پرخوری تحریک شده توسط استرس به بروز چاقی کمک کند آن گاه انتظار میرود افراد چاق در مقایسه با افراد لاغر در پاسخ به استرس غذای بیشتری مصرف کنند. دو مطالعه از پنج مطالعه در این رابطه، اثر استرس زندگی را اندازه گیری نموده اند (اسلوچوور، ۱۰، کاپلان، ۱۱، من، ۱۹۸۱، ۱۲

و روزن فایلد، ۱۳، استیونسن، ۱۹۸۸). سه مطالعه باقیمانده در شرایط آزمایشگاهی تولید استرس کرده اند (پین، ۱۵، ۱۹۸۵

ورزنایک، ۱۶، بلچ دو مورد از این مطالعات افزایش مصرف غذا را در افراد چاق گزارش کرده اند (اسلوچوور، کاپلان، من، ۱۹۸۱ و پین، ۱۹۸۵). انتظار میرود که افراد چاق برای ثابت نگه داشتن وزن خود مقدار بیشتری غذا مصرف کنند. مصرف معمول غذا و مواجهه با استرس مطبوع، طبیعی یا نامطبوع در گروهی از زنان که عده ای دارای اضافه وزن بوده و عده ای وزن نرمال داشتند، به مدت ۴ ماه ثبت شد در زنان با اضافه وزن، کل غذای مصرفی با میزان استرس روزانه ارتباطی نداشت، در حالی که زنان با وزن نرمال در روزهای مطبوع بیشترین مقدار مصرف غذا را داشتند. در نتیجه تنها یک مطالعه وجود دارد که نشان دهنده افزایش مصرف غذا در اثر استرس مزمن در افراد چاق است (روزن فایلد، استیونسن، ۱۹۸۸). سه مطالعه بر روی بزرگسالان، اثر استرس را بر افزایش وزن در آینده بررسی کردند. افزایش میزان استرس از میزان پایه، یک افزایش وزن ۱۰ کیلوگرمی را در یک دوره ۶ ساله در مردان و نه در زنان پیش بینی کرد (کرکیلا و همکاران، ۱۹۹۸). یک مطالعه آینده نگر بزرگ دیگر، توسط ویتهل در زنان و بالا افزایش میدهد،

مردان، مشخص کرد که استرس کاری احتمال افزایش وزن را در طول ۵ سال در افراد با فقط BMI اما در فراد لاغر احتمال کاهش وزن پیش بینی گردید و این اثر دو جانبه مشاهده شده از استرس کاری و در مردان و نه زنان دیده شده است BMI (کیوی ماک، هد، و همکاران، ۲۰۱۶). اثر وقایع استرس زای زندگی در یک در مردان و زنانی که تحت عنوان پرخوران هیجانی و BMI کم خوران هیجانی طبقه بندی

دوره ۶ ماهه بر تغییرات شده بودند، مطالعه شد (وان استراین روکاس و همکاران، ۱۹۸۶). تنها، مردان پرخور در شرایط هیجانی که بیش از ۱۳ اتفاق استرس زا در زندگی را گزارش دادند، در مدت ۶ ماه افزایش وزن داشتند. این سه مطالعه مجموعاً اظهار میدارند که سطوح بالاتر استرس در مردان، اثرگذاری بیشتری در احتمال افزایش وزن، نسبت به زنان دارد. به تازگی " سندرم



خوردن شبانه" که به وسیله آنوروکسی صبحگاهی و پرخوری شبانه مشخص میشود(استانکارد گریس)،ارتباط داده شده است (کولز۲۰۱۱).به طور مستقیم با ،والفکروسلی ،رینگر۱۹۹۸).چاقی با اختلالاتی از قبیل بیماری عروقی کرونر قلب،افزایش فشارخون،افزایش چربی خون،دیابت نوع ۲و چاقی شکم در ارتباط است. عکس عملهای استرسی که با افزایش کورتیزول همراه است با بروز چاقی در ناحیه شکم ارتباط داده شده اند.چرا که کورتیزول باعث فعال شدن لیپوپروتئین لیپاز بافت چربی و سپس تجمع توده چربی شکم میشود.مشخص شده است ،ترشح تحریک شده به وسیله استرس کورتیزول در میان مردان(بجورنترپ،۱۹۹۸،رزماهد،۲۰۱۴) و زنان با چاقی شکمی،بیشتر است اما روشن نشده است که آیا چاقی مسئول سطوح بالای کورتیزول در حالت استرس است یا سطوح بالای کورتیزول باعث چاقی میشوند.

فهرست منابع

۱. Dalle GR, Strigle R, Smolak L, Farburn G, Brownell k. Ethnicity and eating disorder Eating disorders: progress and challenges. Eur J Intern Med ۲۰۱۲; ۳۳(۳): ۲۶۴-۷۱.
۲. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. Clin Psychol Rev ۱۱۱۱; ۲۱(۱): ۱۱۲-۱۱.
۳. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. ۳th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; ۱۱۱۱.
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 ۱۱۱۱; ۵۴(۵): ۶۳۵-۴۱.
۵. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? Int J Eat Disord ۱۱۱۲;



۳۱(۶):

۴۵۱-۲.

- . American Psychiatric Association. [Online]. ۱۱۱۱. Available from URL: <http://www.dsm۴.org/Pages/Default.aspx>
- v. Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutr Clin Pract* ۱۱۱۱; ۱۴(۱): ۱۱۱-۴.
۸. Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, Sanborn CF, Sundgot-Borgen J, Warren MP. American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc* ۱۱۱۶; ۲۲(۱۱): ۱۵۵۶-۵۱.
۹. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* ۱۱۱۶; ۵۱(۲): ۲۳۵-۴۵.
- . World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions. ۱۰ Geneva: WHO Regional Office Europe; ۱۱۱۴.
- . Chen H, Jackson T. Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *Eur Eat Disord Rev* ۱۱۱۵; ۱۵(۴): ۲۶۴-۵۴.
- . De Souza Ferreira JE, da Veiga GV. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socioeconomic level. *Appetite* ۱۱۱۵; ۴۱(۱): ۱۳۲-۴۴.
- . Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* ۱۱۱۱; ۲۶۴(۲۶۱۳): ۴۵۲-۱۳۲.
- . Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* ۱۱۱۱; ۱۴۳(۵): ۴۵۲-۶۶.
- . 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* ۱۱۱۳; ۲۳(۳): ۴۲۶-۵۱۱.



- . Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young 19 women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med* 1112; 04(3): 611-0.
- . Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at 17 onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1112; 71(11): 1614-11.
- . Hoek HW, van HD. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J 18 Eat Disord* 1112; 23(3): 252-25.
- . Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, 19 epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1112; 10(1): 21-36.
- . Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. 20 Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med* 1112; 22(4): 012-21.
- . Keel PK, Heatherton TF, Dorer DJ, Joiner TE, Zalta AK. Point prevalence of bulimia 21 nervosa in 1201, 1221, and 1111. *Psychol Med* 1115; 25(1): 112-16.
- . Machado PP, Machado BC, Goncalves S, Hoek HW. The prevalence of eating 22 disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 1116; 31(2): 111-6.
- . Grave RD, Calugi S. Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the 23 impact of altering the DSMIV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review* 1116; 14(4): 231-2.
- . Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the 24 troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 1114; 32(0): 021-611.



- . Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. Gender differences in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* ۱۱۱۱; ۲۱(۱): ۵۲-۶۱.
- . Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* ۱۱۱۱; ۱۰(۲): ۱۵۴-۶۱.
- . Pourghasem Gargari B, Koushavar D, Seyed Sajadi N, Karani S, Shahrokhi H. Risk of eating disorders in tabrizian high school girls in ۱۱۱۶. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* ۱۱۱۲; ۲۱(۳): ۱۱-۵.
- . Safavi M, Mahmoodi M, Roshandel A. Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University, Tehran center branch. *Med J Islamic Azad Univ* ۱۱۱۲; ۱۲(۱): ۱۱۲-۲۳. [In Persian]
- . Shams Aldin Saeid N, Azizzadeh Forouzi M, Mohammad Alizadeh S, Haghdoost AA, Garousi B. Relationship between body image and eating disorders. *IJNR* ۱۱۱۱; ۳(۱۴): ۲۲-۳۲. [In Persian]
- . Bacanu SA, Bulik CM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Keel P, et al. Linkage analysis of anorexia and bulimia nervosa cohorts using selected behavioral phenotypes as quantitative traits or covariates. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* ۱۱۱۴; ۱۲۲B (۱): ۵۱-۵.
- . Marsh R, Maia TV, Peterson BS. Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies. *Am J Psychiatry* ۱۱۱۲; ۱۰۰(۵): ۵۵۳-۶۳.