

## پر خوری مرضی

ترجمه و تنظیم: طاهره گنجی

۳۴۰۰ کالری و روزانه به طور متوسط ۵۰۰۰۰ کالری دریافت می کند. وی سپس به کمک نوشیدن یک فنجان شیر و یا سایر مایعات سعی در برگرداندن مواد غذایی می کند. دفعات پر خوری و سپس استفراغ در این بیماران متفاوت است. در بعضی موارد به بیست بار در روز بالغ می شود. در برخی، هفته ای یک یا دوبار و در گروهی فقط تحت شرایط خاصی بوقوع می پیوندد. پژوهش های متعددی که در ایالات متحده آمریکا انجام شده بیانگر این حقیقت است که «پر خوری مرضی» در حال افزایش است و در ردیف بیماری های شایع آمریکا قرار دارد. این بیماری در افرادی که متعلق به طبقه اقتصادی - اجتماعی بالا و یا متوسط جامعه هستند، و به خصوص خانمها در سنین جوانی و بالغین شیوع بیشتری دارد. اغلب این افراد قبل از شروع اختلال، دچار اضافه وزن بوده و همواره سعی در کنترل وزن خود داشته اند. این نوع پر خوری غالباً متعاقب نوعی رژیم غذایی - که موجب استفراغ به دنبال دارد - شروع می شود و تدریجاً به صورت عادت در می آید. چنین کوشش ناموفقی که به منظور کاهش وزن انجام می گیرد موجب افزایش تنش فرد و نتیجتاً پر خوری بیشتر وی می شود. بدین ترتیب حلقه بدخیمی تشکیل خواهد شد. در نتیجه از یک سو اضطراب و تنش موجب پر خوری و اضافه وزن می شود، و از سویی اضافه وزن تولید اضطراب خواهد کرد.

با مشاهده علائم زیر پرستاران می توانند وقوع احتمالی این بیماری را تشخیص دهند:

از دست دادن ناگهانی وزن و به طور کلی تغییرات ناگهانی در وزن. - به صورت کم و زیاد شدن وزن. -

استفراغ های مکرر نیز عوارض زیر را بوجود خواهد آورد: عفونت، بزرگ شدن بدون درد غدد پاراتیوید، فرسایش

در مورد بیماری Bulimia که شاید بتوان آنرا «پر خوری مرضی» نامید. اطلاعات جامع و کاملی در دست نیست. تحقیقات اخیر ثابت کرده که این بیماری در حقیقت نوعی اختلال شخصیت محسوب می شود. به طور کلی در این حالت فرد علاوه بر افراط در خوردن، غذا را به تندی می خورد. بیمار به خوبی آگاه است که این روش تغذیه غلط است و موجب افزایش وزنش خواهد شد، ولی نمی تواند در این مورد روی خودش کنترل داشته باشد. معمولاً پس از پر خوری به شدت پشیمان می شود و به انتقاد از خود می پرد از دو سپس حالت افسردگی بر وی مستولی می شود.

بدیهی است با هر میزان افزایش وزن حالت روانی وی نیز دگرگون می شود. افزایش وزن در این افراد حدوداً به ۲۰ کیلوگرم می رسد.

از سال ۱۹۸۰ میلادی این اختلال در زمره بیماری های روانی قرار گرفت. با وجودیکه علت بیماری نامشخص است، ولی به نظر می رسد که این حالت در نتیجه عدم کفایت و اشکال در «کنترل خود»<sup>۱</sup> بوجود آید.

همانگونه که گذشت این بیماران کنترلی بر غذا خوردن خود ندارند. در نتیجه بیش از حد کالری وارد بدن خود می سازند و تدریجاً دچار اضافه وزن می گردند. در این حالت احساس گناه و ترس بر آنها مستولی می شود و به منظور کاهش این احساسات ناخوش آیند از راههای مختلف سعی در دفع مواد غذایی می کنند. از آن جمله می توان استفراغ عمدی، استفاده نادرست از ملین ها و مسهل ها و یا ترکیبی از روشهای فوق را نام برد. از جمله مواد غذایی مورد علاقه این افراد انواع بستنی، نان خامه ای، آب نبات، شیرینیجات و نان است. زیرا مواد مذکور به سرعت خورده شده و به راحتی نیز برگردانده می شوند.

فرد مبتلا به «پر خوری مرضی» در هر وعده غذا حدود

1. Self Control

میثای دندانها، شکستن دیواره عروق گونه‌ها و بالاخره سفت شدن و خراش بند انگشتان.

استفاده غلط از داروهای ملین در این افراد موجب کم آبی و بهم خوردن تعادل الکترولیت‌ها می‌شود. عدم تعادل الکترولیت‌ها اغلب به صورت کاهش پتاسیم، و در نتیجه ضعف عضلانی و تنگی مشاهده می‌شود. چنین عدم تعادلی منجر به گشادی و پارگی معده، آریتمی قلبی، نارسائی قلب و کلیه می‌شود. علاوه بر این ضربه‌های سخت و مداومی که در اثر استفراغهای مکرر به مری وارد می‌شود، موجب می‌گردد که بیمار، پس از هر بار تغذیه دچار استفراغ شود.

تغییرات رفتاری بیماران مبتلا به این بیماری عبارتند از: تناول مقدار زیادی مواد غذایی و سپس رفتن به حمام و بازگذاشتن شیر آب (بمنظور پنهان کردن صدای استفراغ)، درخواست مکرر داروهای ملین و مدر.

ضمناً میزان افزایش وزن با مقدار کالری زیادی که بیمار می‌گیرد، هماهنگی ندارد. گروهی از بیماران به منظور جلوگیری از کم آبی مقدار زیادی مایعات به صورت سودا، یا آب میوه می‌نوشند. دسته‌ای نیز پس از پرخوری برای دفع کالریهای اضافی به ورزشهای سنگین می‌پردازند مبتلایان به این بیماری، تدریجاً گوشه‌نشینی و انزوا اختیار می‌کنند. و از رابطه خود و اجتماع می‌کاهدند حتی به تعهدات خویش نیز در قبال جامعه عمل نمی‌کنند.

الگوهای رفتاری و شخصیت این بیماران در سالهای اخیر توسط گروهی از محققین مورد پژوهش قرار گرفته است. نتیجه این تحقیقات نشان می‌دهد که مشکل اصلی این افراد بیشتر مسائل جنسی، کمبودها، دزدی و دروغگوئی است که منجر به پرخوری می‌گردد.

انگیزه‌های تخریبی اغلب به صورت تخریب «خود» و خودکشی و مشکلات روانی به وسیله افسردگی و پائین بودن اعتماد به نفس آشکار می‌شود و مشکلات روانی به وسیله افسردگی و پائین بودن اعتماد به نفس آشکار می‌شود.

تحقیقاتی که در سال ۱۹۸۲ انجام گرفته بیانگر این واقعیت است که اغلب این افراد از مشکلات روانی خویش نظیر تمایل به تنهائی، بی‌وصلگی و عصبانیت بی‌اطلاعتند.

لاسی<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) می‌گوید: عصبانیت به عنوان یک علامت مشخصه در اغلب این افراد مشاهده می‌شود. این عصبانیت ممکنست مستقیماً به خودشان و یا غالباً به سمت الگوی مردانه

و یا به طور کلی مردها منعکس گردد. مشکلات روانی این افراد اشکالاتی در روابط اجتماعی آنها در محیط کار و خانواده بوجود می‌آورد.

همانگونه که گذشت غالب محققین معتقدند این نوع پرخوری در اثر اختلال در «کنترل خود» بوجود می‌آید، ولی گروهی را نیز اعتقاد بر آن است که عامل بیماری می‌تواند اختلال در مرکز اشتها واقع در هیپوتالاموس، بیماریهای عصبی، نظیر صرع و بالاخره یک میل غیر قابل کنترل در خوردن باشد.

بدون شك مشکلات اجتماعی و مسائل فرهنگی نیز در شیوع این بیماری نقش چشمگیری دارند. به طوریکه ویلسون و مینتر<sup>۳</sup> (۱۹۸۲) ابراز داشته‌اند که ترس از افزایش وزن در بسیاری از جوامع بخصوص امریکا رو به افزایش است. افراد سعی می‌کنند با خواندن مجلات، گوش دادن به رادیو و تلویزیون و سایر وسایل ارتباط جمعی هرچه بیشتر در جریان آخرین اخبار مربوط به چگونگی کاهش وزن قرار گیرند. خود این مسئله بدون شك به شیوع بیماری کمک شایانی می‌کند.

روشهای درمانی این بیماری شامل رفتار درمانی (اصلاح رفتار) تجزیه و تحلیل روانی و در مواقع حاد بستری کردن بیمار، و بالاخره دارو درمانی است.

تحقیقات ابتدائی نشان می‌دهد که دی‌فنیل‌هیدانتوئین<sup>۱</sup> به منظور جلوگیری از پرخوری و استفراغ اجباری موثر است. بعلاوه داروهای مهارکننده مونوآمین اکسیداز<sup>۴</sup> در کاهش علائم افسردگی ناشی از بیماری نقش چشمگیری دارند.

به طور کلی هدف نهائی از درمان، رساندن وزن به میزان طبیعی، و حفظ آن در حد تعادل است. بدیهی است شناخت بیماری و بیماریابی در مراحل اولیه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است ولی متأسفانه شناخت زودرس بیماری - به دلیل توجه دائمی خانمها به اندام خود و رعایت رژیم غذایی به منظور جلوگیری از افزایش وزن و همچنین سعی در پنهان کردن بیماری (به دلیل احساس گناه) مشکل است.

بهرتر است وسایل ارتباط جمعی اطلاعات جامع و کاملی در ارتباط با این بیماری در اختیار عامه مردم قرار دهند. بدین ترتیب افراد مبتلا از بیماری خود اطلاع پیدا می‌کنند و

1. Self

4. *Diphenylhydantoin*

2. Lacey

5. *Monoamin Oxidase*

3. Wilson & Mintz

درمی یابند که ناراحتی آنها قابل درمان است. به همین دلیل پرستاران باید اطلاعاتی در مورد این بیماری داشته باشند و در صورت برخورد با چنین افرادی، آنها را به مراکز درمانی ارجاع دهند.

«پرخوری مرضی» اختلالی پیچیده است که به سادگی نیز قابل درمان است. نقش پرستاران در تشخیص اولیه بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. پرستاران باید در مورد اجرا و ارزش یابی برنامه های تشخیصی قبول مسئولیت نمایند، بخصوص لازم است برنامه های آموزشی - توسط آنان - در ارتباط با مسائل تنش زا در محیط کار، چگونگی تغذیه، کنترل وزن، آمادگی های فیزیکی و بالاخره چگونگی مصرف مواد غذایی تدوین و با اجرا در آید.

برنامه های کنترل وزن و پیدا کردن مسائل تنش زا بخصوص در خانمهای کارمند، از اهمیت چشمگیری برخوردار است. زیرا خانمهای کارمند بیشتر تحت فشار و مقابله با مسائل تنش زا هستند. قبول مسئولیت در خارج از منزل و همچنین ایفای نقش همسر و مادر در منزل، خالی از تنش نیست. برنامه های کنترل وزن باید به طور جامع برای خانمها توضیح داده شود تا آنها از رژیم های صحیح پیروی کنند. همچنین ورزش و فعالیتهای جسمی را نیز در برنامه کنترل وزن بگنجانند. در غیراین صورت و با پیروی از رژیم های غلط و عدم فعالیت، سلامتی آنها به خطر خواهد افتاد.

شرکت فعالانه در گروههای درمانی که بدین منظور برگزار می شوند، بدون شك حائز اهمیت فراوان است. - پرستار ممکن است خارج از گروه نیز در صورت لزوم اعضا را راهنمایی و هدایت کند.

به عنوان اولین قدم باید به افراد آموخت که چگونه با وقایع تنش زا مقابله کنند و در صورت امکان برحذر باشند. در صورت برخورد با وقایع تنش زا سعی کنند که به طرق مختلف از میزان تنش خود بکاهند. پرستاران می توانند روشهای مختلفی را جهت کاهش اضطراب پیشنهاد کنند. از جمله روش «آرامش بخشیدن»، توقف افکار روی مسائل راهنمایی های فکری، روشهای صحیح حل مسائل و افزایش اعتماد به نفس، مفید به نظر می رسند.

به محض مشاهده موارد مشکوک پرستاران باید بدون درنگ به مقابله با آن بپردازند. افراد مبتلا به این بیماری به دلیل احساس ناخوشایند افسردگی، اغلب مایلند در يك روش درمانی حمایتی با سئوالات مستقیم شرکت کنند و در مورد بیماری خود به گفتگو بپردازند. گرچه بعضی افراد ابتدا بیماری خود را انکار می کنند، ولی هنگام برخورد با پرستاری که واقعاً قصد کمک و مساعدت به آنها را دارد. بی تفاوت نیستند و با آغوش باز کمک او را پذیرا می شوند.

هنگام برخورد با چنین بیماری لازم است محرمانه بودن مسئله را در نظر گرفته و در این رابطه اعتماد او جلب شود. ابتدا باید به عقیده او در مورد پنهان کردن بیماریش از دیگران احترام گذاشت. سئوالات مستقیمی که از این بیماران می شود، باید در رابطه با تاریخچه وزن، عادات غذایی، عادات مربوط به پاکسازی بدن (استفراغ یا اسهال) باشد. روش سؤال کردن و بدست آوردن اطلاعات فوق باید تدریجی و به طور مداوم باشد. چنانچه افسردگی نیز همواره با «پرخوری مرضی» وجود دارد، پرستار لازم است از چگونگی افکار بیمار اطلاع یافته و تمایلات خودکشی را در وی مورد بررسی و توجه دقیق قرار دهد.

مسئله مهم در درمان این بیماری این است که فرد بیمار «بیمار بودن» خودش را بپذیرد. در اغلب موارد بیماران بیماری خود را انکار می کنند و بنابراین جهت درمان مایل به همکاری نیستند.

بعضی از بیماران علاقمندند که بیماریشان توسط پزشک خانوادگی درمان شود. باید به آنها توضیح داد که این روش صحیحی نیست زیرا پزشک خانوادگی آنها ممکن است در این مورد تجربه ای نداشته باشد و فقط تلاش کند که اختلال خوردن را درمان نماید و یا به درمان علامتی اکتفا کند.

پیشنهاد می شود که در این موارد بیمار به يك متخصص روانی ارجاع شود و یا اگر مراکز روانی وجود دارد، آدرس چنین مراکزی در اختیار عموم مردم قرار گیرد.

در خاتمه باید یادآور شد که این بیماری یکی از خطرناکترین بیماریهایی است که با اختلال در خوردن، سلامتی افراد جامعه را به خطر انداخته و در پاره ای موارد موجب مرگ زودرس می شود.

Lane Cynthia K "Pragmatic information on Bulimia"

Occupational Health Nursing, November 1985. P: 72 - 575.

1. Relaxation

## **Overeating disease**

**Translator: Ghangi Tahere**

There is not comprehensive information about the bulimia disease, perhaps it is called overeating disease. Recent research has shown that this disease is a type of personality disorder. In this situation, the patient eats too much and too fast. The patient is well aware that a nutritional approach is wrong and will lead to weight gain but not able to control himself about it. After overeating, patient usually greatly regret and criticized from himself and finally feel depression.

Obviously, any weight gain can exacerbate his mental state. Weight gain in this population is estimated to be 20 kg. In 1980, the disorder was classified as a mental illness. Although the cause of disease is unknown, but it seems that the disease is caused inadequacy and poor self-control.

**Keyword:** Overeating, nursing care, personal disorder