

## مقدمه

اشتهایی در ۵/۰٪ تا ۱۱٪ دختران نوجوان روی می‌دهد و میزان شیوع آن در دخترها ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر از پسرها است. میزان شیوع برخی نشانه‌های روان بی‌اشتهایی بدون ملاک‌های تشخیصی کامل آن در بین زن‌های جوان قریب به ۵٪ تخمین زده می‌شود. پرخوری عصبی شایع‌تر از روان بی‌اشتهایی است. تخمین‌های شیوع این اختلال بین ۱ تا ۳٪ در زن‌های جوان است. همچون روان بی‌اشتهایی، پرخوری عصبی نیز در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است ولی سن شروع آن در دوره نوجوانی دیرتر از سن شروع روان بی‌اشتهایی است. این اختلال حتی ممکن است در اوایل جوانی آغاز شود. نشانه‌های گاه به گاه پرخوری عصبی نظیر دوره‌های منفرد پرخوری و پاکسازی در بین ۴۰٪ زنان دانشجو گزارش شده است [۳].

عوامل زیستی، اجتماعی و روانشناختی در پیدایش اختلال‌های خوردن موثر شناخته شده‌اند و بسیاری از نظریه پردازان افزایش اختلال‌های خوردن را در سال‌های اخیر ناشی از تاکید بر لاغری و ارزنده سازی آن در جوامع غربی می‌دانند [۴،۵].

در میان کشورهای خاور میانه، شیوع پرخوری عصبی در میان دختران دبیرستانی مصری قابل مقایسه با کشورهای غربی با درجه ۱/۲٪ [۶] است. همچنین نوجوانان عمانی نمره بالاتری در آزمون بازخورد خوردن (EAT) در مقایسه با نوجوانان غیر عمانی (انگلیسی، اروپای غربی و آمریکای شمالی) کسب کردند [۷].

در مورد جمعیت ایرانی نیز نوبخت در تحقیق خود نتیجه می‌گیرد میزان شیوع اختلال‌های خوردن در نوجوانان ایرانی با بسیاری از مطالعاتی که در جمعیت‌های غربی انجام شده است همخوانی دارد و از بیشتر مطالعاتی که در جمعیت‌های شرقی انجام شده، بالاتر است. نارضایتی از بدن و تمایل به لاغرتر بودن نیز در بسیاری از نوجوانان مورد مطالعه گزارش شده است [۸].

با توجه به جوان بودن جمعیت ایرانی و دسترسی آنان به وسائل ارتباط جهانی (ماهواره، اینترنت و ...) و نتایج تحقیقات کنونی مبنی بر همخوانی شیوع اختلال‌های

اگرچه طرح مسأله کاهش ارادی وزن و پیامدهای آن به قرون وسطی باز می‌گردد اما نخستین توصیف بالینی روان بی‌اشتهایی بر مبنای نشانه‌های اجتناب از غذا، لاغری مفرط، قطع قاعدگی و فزون کنشی، در سال ۱۶۹۴ توسط یک پزشک انگلیسی به نام مورتن ارائه شد. مورتن ضمن آنکه این اختلال را دارای مبنای عصب شناختی می‌دانست اما تأثیر عوامل روانشناختی در پدیدآیی آن را نیز پذیرفته بود [۱]. در سال ۱۸۷۴، اصطلاح روان بی‌اشتهایی توسط گول وارد قلمرو پزشکی شد. اختلال پرخوری عصبی، به عکس روان بی‌اشتهایی، مفهوم بالینی بسیار جدیدتری است. در واقع می‌توان گفت که صرف نظر از تعداد اندکی از گزارشها، از حدود پایان دهه ۱۹۷۰ است که شاهد انتشار گزارشهای متعدد درباره مبتلایان به اختلالی هستیم که بر اساس «وهله‌های پرخوری مهار نشدنی» مشخص می‌شوند. ضوابط تشخیصی مبتلایان به این اختلال بسیار شبیه ضوابط مبتلایان به روان بی‌اشتهایی است با این تفاوت که وزن بهنجار خود را حفظ می‌کنند [۲].

این اختلال‌ها مشتمل بر دو علامت مشخص، یعنی روان بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی است. روان بی‌اشتهایی برحسب خودداری از حفظ کمترین وزن بهنجار بدن مشخص می‌شود. پرخوری عصبی برحسب دوره‌های مکرر خوردن با ولع، و به دنبال آن رفتارهای جبرانی نامناسب مانند استفراغ عمدی، مصرف نابجای داروهای ملین، مدرها، یا سایر داروها، روزه‌داری، یا ورزش مفرط مشخص می‌شود. آشفتگی در درک شکل و وزن بدن ویژگی اصلی روان بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی است. اختلال خوردن که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است نیز برای کدگذاری اختلال‌هایی که با ملاک‌های تشخیصی یک اختلال خوردن مشخص مطابقت ندارند، منظور می‌شود. انواع اختلال‌های خوردن در ۴٪ نوجوانان و جوانان دانش آموز گزارش شده است. روان بی‌اشتهایی در طول چند دهه گذشته شایع‌تر از دوره‌های قبل گردیده و بتدریج شیوع آن در دختران نابالغ و پسرها افزایش یافته است. برآورد می‌شود که روان بی-

خوردن با جمعیت غربی در کشورمان و وجود نارضایتی از بدن و تمایل به لاغرتر بودن در دختران ایرانی، بررسی رفتارها و نگرشهای خوردن در جمعیت جوان ایرانی ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی از آنجا که تاکنون در کشورمان ابزاری که به بررسی نشانه‌های اختلال‌های خوردن بپردازد، مورد ارزیابی دقیق روانسنجی قرار نگرفته است، هدف پژوهش حاضر رواسازی و بررسی اعتبار آزمون بازخورد خوردن می‌باشد.

## روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری. در این پژوهش همه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید بهشتی، شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای نمونه‌ای شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ زن و ۵۰ مرد) انتخاب شدند.

ابزار پژوهش. آزمون بازخورد خوردن (گارنر و گارفینکل، ۱۹۷۹) در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار خود سنجی برای بازخوردها و رفتارهای بیمار گونه خوردن به کار می‌رود. فرم ۴۰ ماده‌ای (EAT-40) یا ۲۶ ماده‌ای (EAT-26) را می‌توان بکار برد. همبستگی فرم ۲۶ ماده‌ای با فرم ۴۰ ماده‌ای ۰/۹۸ گزارش شده است. فرم ۲۶ ماده‌ای آن دارای سه خرده مقیاس می‌باشد. مواد مربوط به اولین خرده مقیاس یعنی «رژیم لاغری»، به اجتناب از غذاهای چاق کننده و اشتغال ذهنی به لاغرتر بودن مربوط می‌شود. خرده مقیاس دوم «پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا» شامل موادی است که افکار مربوط به غذا و به همان نسبت پرخوری را نشان می‌دهد. سومین خرده مقیاس یعنی «مهاردانه‌ای» مربوط می‌شود به مهار خود برای خوردن و فشاری که فرد از سوی دیگران برای افزایش وزن ادراک می‌کند. نمره‌گذاری آزمون بازخورد خوردن به این ترتیب است که براساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی می‌شود. برای هر عبارت پاسخ «همیشه» ۳ نمره «بیشتر اوقات» ۲ نمره، «خیلی اوقات» ۱ نمره و سه گزینه باقیمانده شامل «گاهی اوقات»، «به ندرت» و «هرگز» نمره صفر می‌گیرد. بنابراین

نمره‌های فرم ۲۶ ماده‌ای می‌تواند از صفر تا ۷۸ باشد. مواد مربوط به خرده مقیاس رژیم لاغری: ۱ و ۶ و ۷ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۴ و ۱۶ و ۱۷ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵، مواد مربوط به خرده مقیاس پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا: ۳ و ۴ و ۹ و ۱۸ و ۲۱ و ۲۶، مواد مربوط به خرده مقیاس مهار دهانی: ۲ و ۵ و ۸ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۹ و ۲۰ می‌باشند. نمره ۲۰ و بالاتر برای فرم ۲۶ ماده‌ای این آزمون احتمال وجود اختلال‌های خوردن را نشان می‌دهد اعتبار آزمون بازخورد خوردن ضرایب آلفای ۰/۹۴ برای گروه غیر بالینی و بالینی ذکر شده و در تحلیل عاملی فرم ۲۶ سوالی ۳ عامل استخراج شده است. تمامی ۲۶ ماده با نمره کل همبستگی داشتند ( $r=0/44$ ) [۹].

در پژوهشی دیگر اعتبار بازآزمایی آن را با فاصله ۲ الی ۳ هفته‌ای در ۵۶ آزمودنی مقدار ۰/۸۴ گزارش شده است [۱۰].

در مورد روایی همزمان آزمون بازخورد با آزمون پرخوری (BULT) همبستگی ۰/۶۷ و با پرسشنامه خوردن (EQ-R) همبستگی ۰/۵۹ نشان دادند. همچنین پرسشنامه شناختهای روان بی‌اشتها گونه میز (MAC) و آزمون بررسی پرخوری ادینبورگ (BITE) به ترتیب با آزمون بازخورد خوردن به مقدار ۰/۶۴ و ۰/۷۰ همبسته بودند [۱۱].

در مورد روایی متمایز رابطه معناداری بین نمره کل آزمون بازخورد خوردن و خرده مقیاسهای فهرست اختلال‌های خوردن (EDI) یعنی: موثر نبودن، بی‌اعتمادی بین فردی و ترس از بلوغ یافت نشد [۱۲]. همچنین رابطه معناداری بین نمرات کلی آزمون بازخورد خوردن و اندازه‌های افسردگی، حساسیت بین فردی و وسواسی بودن مشاهده نشد [۹].

آزمون بازخورد خوردن در سال ۱۳۷۷ توسط مینو نویخت به زبان فارسی ترجمه شد واز روش برگردان به انگلیسی استفاده شد و اصلاحات لازم در ترجمه به عمل آمد و به منظور بررسی چگونگی فهم آزمودنی‌ها از عبارات، آزمون در مورد گروهی از دانش آموزان دبیرستانی اجرا شد و به کمک آن در مورد تک تک عبارات بحث و بررسی دقیقی انجام شد و اصلاحات درباره برخی از مواد صورت گرفت. فرم نهایی اصلاح شده به تایید دو نفر متخصص بالینی رسید. در

این بررسی اعتبار بازآزمایی در یک گروه ۶۳ نفری از دانش آموزان دختر پس از گذشت دو هفته ۰/۹۱ بدست آمد.

## نتایج

جهت بررسی این آزمون تحلیل گویه ها، بررسی روائی و محاسبه اعتبار انجام شد.

جدول ۱: تحلیل گویه‌های آزمون بازخورد خوردن

میزان اعتبار بقیه گویه‌ها در صورت حذف گویه	ضریب تمیز	درجه دشواری	شاخص‌ها شماره گویه
۰/۸۳۷۵	۰/۴۱۶۷ **	۴۱/۳۱	۱
۰/۸۳۷۱	۰/۴۳۱۷ **	۷/۲۱	۲
۰/۸۳۸۰	۰/۳۷۶۹ **	۱۷/۹۶	۳
۰/۸۳۶۶	۰/۴۱۵۹ **	۱۳/۷۹	۴
۰/۸۴۵۳	۰/۱۸۹۷ **	۱۸/۲۳	۵
۰/۸۳۶۷	۰/۴۱۲۸ **	۱۴/۹۵	۶
۰/۸۳۳۵	۰/۵۰۹۷ **	۱۳/۱۸	۷
۰/۸۴۱۷	۰/۲۹۷۱ **	۲۰/۸۴	۸
۰/۸۴۰۷	۰/۳۱۶۸ **	۳/۰۹	۹
۰/۸۳۳۱	۰/۵۴۲۴ **	۹/۶۵	۱۰
۰/۸۲۹۲	۰/۵۹۷۴ **	۱۷/۲۵	۱۱
۰/۸۳۳۱	۰/۴۹۷۷ **	۲۶/۰۳	۱۲
۰/۸۳۵۶	۰/۱۹۳۵ **	۲۰/۲۷	۱۳
۰/۸۳۱۲	۰/۵۴۱۶ **	۱۹/۲۱	۱۴
۰/۸۴۰۵	۰/۳۲۱۶ **	۲۴/۷۴	۱۵
۰/۸۳۸۶	۰/۳۷۰۳ **	۸/۳۶	۱۶
۰/۸۳۶۷	۰/۴۶۹۵ **	۵/۵۸	۱۷
۰/۸۳۶۳	۰/۴۴۱۸ **	۹/۷۸	۱۸
۰/۸۳۹۲	۰/۳۴۶۱ **	۱۹/۹۶	۱۹
۰/۸۳۹۲	۰/۳۴۴۷ **	۷/۷۵	۲۰
۰/۸۳۸۱	۰/۳۷۸۷ **	۸/۶۱	۲۱
۰/۸۳۱۰	۰/۵۷۳۵ **	۱۱/۹۰	۲۲
۰/۸۳۲۸	۰/۵۵۵۸ **	۹/۳۶	۲۳
۰/۸۳۴۹	۰/۴۶۴۹ **	۱۳/۶۱	۲۴
۰/۸۵۴۸	-۰/۰۷۷۵ **	۲۱/۵۲	۲۵
۰/۸۴۰۲	۰/۳۲۲۲ **	۳/۵۳	۲۶

\*\*p<۰/۰۱

جدول ۲: همبستگی درونی هر عامل با نمره کل آزمون

سطح معناداری	ضریب همبستگی هر عامل با نمره کل مقیاس	شاخص‌ها عامل‌ها
p<۰/۰۱	۰/۸۹۸	۱
p<۰/۰۱	۰/۶۸۰	۲
p<۰/۰۱	۰/۶۱۹	۳

تحلیل گویه‌ها شامل سه فعالیت بررسی درجه دشواری، محاسبه ضریب تمیز و روش لوپ است؛ جهت بررسی درجه دشواری سوالات ابتدا برای همه سوالات میانگین را حساب نموده و پس از محاسبه میانگین هر سوال، نسبت آن را با حداکثر نمره هر سوال سنجش نموده و نتیجه را در ۱۰۰ ضرب می‌کنیم. برای بررسی ضریب تمیز لازم است میزان همبستگی هر سوال با نمره کل آزمون به دست آید.

برای انجام محاسبات ضریب همبستگی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. برای بررسی سوالات با روش لوپ ابتدا لازم است ضریب اعتبار کلیه سوالات محاسبه شود. در صورتی که با حذف سوالات میزان اعتبار کاهش یابد، نشان دهنده آن است که این سوال نقش موثری در هماهنگی با سوالات دیگر دارد، بنابراین سوال مناسبی است.

نتایج تحلیل گویه‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود با حذف گویه‌های ۵ و ۲۵ میزان اعتبار بقیه گویه‌ها افزایش می‌یابد بنابراین از محاسبات بعدی کنار گذاشته می‌شوند. بقیه گویه‌ها مناسب بودند و در مراحل بعدی استفاده شدند. به منظور بررسی روائی ابزار، روائی سازه را مطالعه کردیم. در روائی سازه نیز از دو روش همبستگی درونی هر عامل با نمره کل آزمون و تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. در روش همبستگی درونی، همبستگی‌های بالا نشان دهنده همگرایی عاملها با نمره کل آزمون است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. به گونه ای که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود همبستگی‌ها در سطح ۹۹٪ اطمینان معنادار می‌باشند.

نتایج تحلیل عاملی تاییدی گویه‌ها در جدول ۳ آمده است. در تحلیل عاملی برای اطمینان از کافی بودن حجم نمونه برای تحلیل از آزمون کفایت نمونه‌برداری کیرز- میراکلین (KMO) استفاده می‌شود.

همچنین به منظور اطمینان از اینکه همبستگی بین مواد آزمون در جامعه برابر صفر نیست، از آزمون کرویت بارتلست استفاده گردید، که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل تاییدی عاملها.

عواملها گویه ها	۱ رژیم لاغری	۲ پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا	۳ مهیار دهانی
از چاق بودن وحشت دارم.	۰/۵۵۱		
به میزان کالری غذاهایی که می خورم توجه می کنم.	۰/۳۷۲		
بعد از غذا خوردن شدیداً خودم را سرزنش می کنم.	۰/۶۶۸		
تمایل به لاغرتر بودن ذهن مرا مشغول می کند.	۰/۸۰۵		
وقتی ورزش می کنم به سوزاندن کالری های بدنم فکر می کنم.	۰/۶۹۳		
فکر داشتن چربی اضافی در بدنم ذهن مرا مشغول می کند.	۰/۷۳۴		
از خوردن غذاهایی که قند دارند خودداری می کنم.	۰/۴۴۵		
بعد از خوردن شیرینی جات احساس ناراحتی می کنم.	۰/۷۰۹		
رژیم لاغری می گیرم.	۰/۷۳۳		
دوست دارم معده ام (شکم) خالی باشد.	۰/۵۸۹		
متوجه می شوم که فکر غذا ذهن مرا مشغول می کند.	۰/۶۸۶		
دوره هایی داشته ام که در آن احساس کرده ام نمی توانم از خوردن دست بکشم.	۰/۷۶۰		
بعد از اینکه غذا می خورم استفراغ می کنم.	۰/۴۴۶		
احساس می کنم غذا زندگی مرا کنترل می کند.	۰/۵۹۸		
فکر و وقت زیادی را صرف مسئله غذا می کنم.	۰/۶۹۳		
احساس می کنم دیگران ترجیح می دهند که من بیشتر بخورم.	۰/۷۵۲		
دیگران فکر می کنند من خیلی لاغر هستم.	۰/۶۵۱		
هنگام غذا خوردن لقمه های کوچک بر می دارم.	۰/۴۵۸		
وقتی با خوردنی ها روبرو می شوم خودم را کنترل می کنم.	۰/۵۲۵		
احساس می کنم دیگران مرا مجبور به خوردن می کنند.	۰/۶۴۲		

جدول ۴: نتایج اندازه های KMO و آزمون کروییت بارلت

شاخص ها عامل ها	اندازه KMO	مجذور کای آزمون کروییت بارلت	سطح معناداری
۱	۸۷۸	۱۱۱۰/۷۹۹	$p < .01$
۲	۶۸۳	۲۵۳/۶۹۴	$p < .01$
۳	۶۵۵	۱۷۲/۱۴۳	$p < .01$

عوامل ۱، ۲ و ۳ به ترتیب ۴۱٪، ۴۱٪ و ۳۷٪ از واریانس کل را تبیین کردند. اعتبار این آزمون با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ (برای هر عامل به صورت جداگانه و برای کل آزمون) بدست آمد. ضرایب اعتبار در جدول ۵ قابل مشاهده است.

جدول ۵: ضرایب اعتبار عامل ها و کل آزمون

شاخص عامل ها	ضرایب آلفا
۱	۰/۸۲۵۳
۲	۰/۶۴۴۸
۳	۰/۵۶۷۸
کل آزمون	۰/۸۶۰۴

## بحث

هدف پژوهش حاضر رواسازی و بررسی اعتبار آزمون بازخورد خوردن بود که بدین منظور ۱۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهیدبهبشتی مورد مطالعه قرار گرفتند. این آزمون مداد کاغذی به عنوان وسیله ای برای خود سنجی بازخورد ها و رفتارهای بیمارگون خوردن به کار می رود؛ به صورت فردی و هم گروهی قابل اجرا است و گرچه محدودیت زمانی برای پاسخ به آن وجود ندارد زمان لازم برای پاسخگویی به سوالات این پرسشنامه حدود ۱۰ الی ۱۵ دقیقه است. روش های بکاررفته شامل تحلیل گویه ها (درجه دشواری، ضریب تمییز و روش لوپ)، روائی سازه (تحلیل عاملی تاییدی و همبستگی درونی) و اعتبار (عامل ها و کل پرسشنامه) بودند. در تحلیل گویه ها، گویه های ۵ و ۲۵ حذف شدند و در مراحل بعدی تحلیل وارد نشدند. بدین معنا که این سوالات که دال بر طول کشیدن غذا خوردن و لذت بردن از امتحان غذاهای مقوی جدید است، نقش چندان موثری در هماهنگی با بقیه سوالات در سنجش بازخوردها و رفتارهای بیمارگون خوردن، ندارند. در تحلیل عاملی تاییدی همسو با پژوهش گارنر و همکاران (۱۹۸۲) ۳ عامل تایید شد با این تفاوت که در عامل اول (رژیم لاغری) گویه های ۷ و ۱۷، در عامل دوم (پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا) گویه ۲۶ و در عامل مهار دهانی، گویه ۲ حذف شد. دلیل حذف گویه ها مشکل در محتوی است، یعنی که محتوای گویه حذف شده، از نظر پاسخ دهندگان ارتباطی با عامل مربوط به آن گویه نداشت.

بدین ترتیب که عامل رژیم لاغری شامل وحشت از چاقی، توجه به کالری غذاهای مصرفی، سرزنش خود پس از خوردن غذا، مشغولیت ذهنی به لاغرتر بودن، فکر کردن به سوزاندن کالری بدن هنگام ورزش و داشتن چربی اضافی در بدن، خودداری از خوردن مواد قندی، احساس ناراحتی بعد از خوردن شیرینی جات، گرفتن رژیم لاغری و تمایل به خالی بودن معده است و محتوای پرهیز از مواد نشاسته‌ای و خوردن غذاهای مخصوص رژیم لاغری را کمتر در برمی‌گیرد. بر این اساس، قابل تبیین است که در جمعیت

ایرانی حذف مواد نشاسته‌ای و مصرف غذاهای رژیمی در رفتار رژیم لاغری کمتر صورت می‌گیرد. عامل پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا در بر گیرنده مشغولیت ذهنی با غذا، داشتن دوره‌هایی با احساس عدم توانایی در توقف غذا خوردن، استفراغ بعد از خوردن غذا، احساس کنترل داشتن غذا بر زندگی شخص و صرف کردن فکر و وقت زیاد در مورد غذا است و احساس اجبار برای استفراغ پس از غذا خوردن، برای این عامل مناسب نیست. توضیح اینکه، این عامل عمل استفراغ را شامل می‌شود ولی احساس آگاهانه مبنی بر لزوم این عمل را در بر نمی‌گیرد، که می‌تواند موضوع پژوهشهای آتی قرار گیرد. در نهایت عامل مهار دهانی محتوی موارد زیر می‌باشد:

احساس فرد برای ترجیح دیگران بر بیشتر خوردن، فکر دیگران در مورد لاغری مفرط فرد، برداشتن لقمه‌های کوچک به هنگام غذا خوردن، کنترل خود به هنگام روبرویی با خوردنی ها و احساس اینکه دیگران فرد را مجبور به خوردن می‌کنند؛ و شامل خودداری از خوردن به هنگام گرسنگی نیست. نتیجه مذکور از این جهت قابل توضیح است که احتمالاً در جمعیت ایرانی شدت رفتارها و بازخوردهای بیمارگون خوردن در حدی نیست که فرد را وادار به خودداری از خوردن در مواقع گرسنگی کند. همگرایی عامل‌ها با کل پرسشنامه بود. با در نظر گرفتن نتیجه پژوهش حاضر می‌توان گفت آزمون بازخورد خوردن به طور کلی ابزار معتبری است و می‌توان از آن جهت سنجش بازخوردها و رفتارهای بیمارگون خوردن در دانشجویان ایران استفاده کرد و لازم است مطالعات بیشتر روی گروه‌های دیگر انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که رواسازی و بررسی اعتبار این پرسشنامه در افراد مبتلا به اختلالات خوردن نیز انجام شود؛ علاقمندان می‌توانند به هنجاریابی این مقیاس در سطح کشور بپردازند.

## منابع

1- Cooper PJ. Eating disorder In Companion

male and female Omani and non-Omani adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41(9): 1124-1130.

۸- نوبخت م. بررسی همه‌گیر شناسی اختلالهای خوردن در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد ۱۳۷۷.

9- Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 1982; 12: 871-878.

10- Carter PE, Moss RA. Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addictive Behavior* 1984; 9: 17-31.

11- Williamson DA. Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa. New York: Pergamon. 1990.

12- Agras WS. Eating disorders: Management of Obesity, Bulimia and Anorexia Nervosa. New York: Pergamon 1987.

*Encyclopedia of Psychology* 1994; 2: Abnormal psychology. New York: Routledge.

۲- دادستان پ. روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. ج ۲. تهران، انتشارات سمت ۱۳۸۱.

۳- نیکخو مر، آوادیسی ی، هامایاک. انجمن روانپزشکی آمریکا. DSM-IV-TR متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. ۱۳۸۴: چاپ دوم، تهران: انتشارات سخن.

4- Abromson EE, Valene P. Media use, Dietary restraint, bulimia and attitudes towards obesity: A preliminary study. *British Review of Bulimia and Anorexia* 1991; 5(2).

5- Mc Gibbon L. Anorexia nervosa in adolescents of asian extraction: Commen. *Brit J Psychiat* 1991; 158.

6- Nasser M. Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994; 29(1): 25-30.

7- Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT, Al-Bahlani S, Martin RG, Al-Ismaily S. Presence and severity of anorexia and bulimia among