

ارتباط سلامت روان با اختلال‌های خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه گیلان

رحیم ملازاده اسفنجانی*

دکتر سید موسی کافی**

طیبه یگانه***

* کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه گیلان

** دانشیار روان‌شناسی دانشگاه گیلان

*** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، باشگاه پژوهشگران جوان، تنکابن، ایران

آدرس نویسنده مسؤول: رشت، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی. تلفن ۶۶۹۰۲۷۴-۰۱۳۱

Email: Mollahzadeh@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۲۳

* چکیده

زمینه: یکی از اختلال‌های نسبتاً شایع روانی که با عوامل روان‌شناختی همبودی بالایی دارد، اختلال‌های خوردن است که بیش‌تر در دختران نوجوان و جوان مشاهده می‌شود.

هدف: مطالعه به منظور تبیین ارتباط سلامت روان با اختلال‌های خوردن در دانشجویان دختر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۸۹ با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، بر روی ۴۲۰ دانشجوی دختر دانشگاه گیلان انجام شد. دانشجویان پرسش‌نامه‌های نگرش به خوردن (EAT-۲۶) و سلامت عمومی (GHQ-۲۸) را تکمیل کردند. برای تعیین پایایی و روایی پرسش‌نامه‌ها از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ استفاده شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی مستقل و تحلیل رگرسیون تحلیل شدند.

یافته‌ها: براساس نمره برش آزمون نگرش به خوردن، ۷۴/۳٪ دانشجویان دختر فاقد اختلال خوردن و ۲۵/۷٪ دارای اختلال خوردن بودند. بین اضطراب در دانشجویان با اختلال خوردن و فاقد اختلال خوردن تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$)، اما تفاوت بین افسردگی، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و نمره کل سلامت روان در دو گروه معنی‌دار نبود. تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که اضطراب پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای اختلال‌های خوردن بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، یکی از عوامل روان‌شناختی مرتبط با اختلال‌های خوردن در دانشجویان دختر، اضطراب است که بیش‌تر از سایر عوامل روان‌شناختی می‌تواند ابتلا به این اختلال‌ها را پیش‌بینی کند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، اختلال‌های خوردن، دانشجویان دختر، اضطراب

* مقدمه

یکی از اختلال‌های نسبتاً شایع روانی که در دهه‌های اخیر شیوع یافته و تعداد زیادی از افراد، به‌ویژه دختران جوان را تحت تأثیر قرار داده، اختلال‌های خوردن است.^(۱) دو نوع از عمده‌ترین اختلال‌های خوردن، بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی یا جوع عصبی است. بی‌اشتهایی عصبی با ترس شدید از افزایش وزن و اختلال در درک تصویر بدن و پراشتهایی عصبی با نگرانی دایم در مورد شکل و وزن بدن، دوره‌های تکراری در پرخوری و استفاده از روش‌های جبرانی مانند پاک‌سازی، محدودیت رژیمی،

روزه‌داری یا تمرین‌های شدید ورزشی برای جلوگیری از افزایش وزن مشخص می‌شود.^(۲) با این که اختلال‌های خوردن هم در مردان و هم در زنان دیده می‌شود، براساس آمارهای موجود، احتمال ابتلای زنان به این اختلال‌ها بیش‌تر از مردان است. برای مثال در ایالات متحده شیوع بی‌اشتهایی، جوع عصبی و اختلال‌های خوردن برای زنان به ترتیب ۹، ۱/۵ و ۳/۵ درصد و برای مردان ۳، ۰/۵ و ۲ درصد برآورد شده است.^(۳)

ارتباط داشته باشند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این اختلال‌ها اغلب با برخی اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، عزت نفس پایین و سوء‌مصرف مواد مرتبط هستند و عوارض پزشکی آن‌ها می‌تواند سرانجام به مرگ منجر شود.^(۷)

تاست و همکاران به بررسی اختلال‌های خوردن و همزمانی آن با اختلال‌های اضطرابی و خلقی در ۸۳۳ دختر نوجوان پرداختند. یافته‌ها نشان داد که در دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، شیوع اضطراب جدایی بیشتر است. همچنین آن‌ها در مقایسه با دختران فاقد اختلال‌های خوردن، علائم اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی بیشتری را گزارش کردند.^(۹)

واتکینز و همکاران در پژوهشی بر روی زنان گزارش کردند که اختلال‌های خوردن با آشفتگی‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی، رفتار و افکار وسواسی، انزوای اجتماعی، افکار خودکشی، حساسیت‌پذیری بالا و احساس گناه ارتباط دارد.^(۱۰) مطالعه دیگری نشان داد که بین اختلال‌های خوردن با افسردگی، اختلال وسواس فکری-عملی، سوء مصرف مواد و اختلال‌های شخصیتی رابطه وجود دارد.^(۱۱) افرادی که دچار بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی هستند، آسیب‌پذیری زیادی برای خودکشی دارند و میزان مرگ و میر مرتبط با اختلال‌های خوردن در دختران ۱۵ تا ۲۴ ساله، ۱۲ برابر بیشتر از سایر سنین است.^(۴)

با توجه به شیوع زیاد اختلال‌های خوردن در سال‌های اخیر، به ویژه در دانشجویان دختر، آگاهی از عوامل روان‌شناختی که ممکن است با اختلال‌های خوردن رابطه داشته باشد یا دانشجویان را به این اختلال‌ها مستعد کند، ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین ارتباط سلامت روان با اختلال‌های خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه گیلان انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۸۹ بر روی

شروع اختلال‌های خوردن ممکن است در هر سنی رخ دهد، اما اغلب این اختلال‌ها در دوره نوجوانی و اوایل جوانی بین سنین ۱۲ تا ۲۵ سالگی آغاز می‌شود و در حدود ۸۶ درصد افرادی که از اختلال‌های خوردن رنج می‌برند، شروع آن را در ۲۰ سالگی گزارش کرده‌اند. در این سن بیش‌تر افراد جوان وارد دانشگاه می‌شوند و در جریان انتقال از دبیرستان به دانشگاه با چالش‌ها و مشکلات زیادی در زندگی دانشگاهی، اجتماعی و شخصی روبه‌رو هستند. برخی از این مشکلات شامل سازگاری با محیط دانشگاه، انتخاب شغل مناسب، روابط با همسالان و سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی است.^(۴) پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دختران دانشجو به منظور موفقیت در حیطه‌های اجتماعی و تحصیلی و برای کسب پذیرش اجتماعی بهتر، آرزوی لاغر شدن را دارند و مسایلی مانند نارضایتی بدنی و اشتغال ذهنی نسبت به وزنشان را گزارش می‌کنند که این موضوع آن‌ها را نسبت به اختلال‌های خوردن آسیب‌پذیر می‌کند.^(۵) برخی پژوهشگران نیز معتقدند که هیجان‌های زندگی دانشگاهی می‌تواند تأثیر زیادی بر روی نگرش‌ها و رفتارهای خوردن داشته باشد و آغاز مرحله‌ای برای مشکلات مربوط به مصرف غذا در سال‌های بعدی است.^(۴) برخی دانشجویان دختر از پاک‌سازی و مصرف ملین‌ها به عنوان روشی برای کنترل وزن استفاده می‌کنند. با این که کنترل وزن به خاطر سلامتی و جذابیت جسمانی مهم است، اما تمرکز زیاد بر روی کنترل وزن، به کاهش وزن به‌صورت مرضی منجر می‌شود و به شکل‌گیری اختلال‌های خوردن کمک می‌کند.^(۶)

برنات در پژوهشی بر روی دانشجویان گزارش کرد که حدود ۱۹ درصد از دختران و ۲/۳ درصد از پسران نمره بالایی در آزمون نگرش به خوردن داشتند.^(۷) در مطالعه‌ای دیگر گزارش شد که ۳۵ تا ۴۵ درصد از دختران دبیرستانی مشکلات مرتبط با اختلال‌های خوردن را نشان می‌دهند.^(۸) به نظر می‌رسد عوامل زیست‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و روان‌شناختی با اختلال‌های خوردن

همکاران برای بررسی روایی آزمون بر روی ۱۶۱ زن برزیلی، حساسیت تشخیصی ۴۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد را گزارش کردند.^(۱۴)

در پژوهش حاضر برای بررسی روایی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای زیر مقیاس‌های عادت غذایی، جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۴۷ و ۰/۵۶ به دست آمد.

پایایی آزمون با استفاده از بازآزمایی، ۰/۹۱ گزارش شده است.^(۱۵) در پژوهش حاضر ضریب بازآزمایی با فاصله ۲۰ روز بر روی ۵۰ نفر آزمودنی برای کل مقیاس ۰/۸۰، زیرمقیاس عادت غذایی ۰/۶۸، جوع یا تمایل به خوردن ۰/۵۹ و برای کنترل دهانی ۰/۷۹ به دست آمد.

در مرحله اول، ۴۵۰ پرسش‌نامه در بین دانشجویان دختر دانشگاه گیلان پخش شد و بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های پخش شده، ۳۰ پرسش‌نامه به دلیل ناقص بودن جواب‌ها کنار گذاشته شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS۱۶ و آزمون‌های آماری تی مستقل و رگرسیون بر روی ۲۴۰ نفر تحلیل شدند.

* یافته‌ها:

میانگین سنی دانشجویان ۲۱/۰۶±۲/۱۴ سال (دامنه ۱۸ تا ۳۲ سال) و میانگین وزن آن‌ها ۵۷/۳۴±۸/۷۰ کیلوگرم بود. ۳۱۲ نفر (۷۴/۳ درصد) فاقد اختلال خوردن و ۱۰۸ نفر (۲۵/۷ درصد) دارای اختلال خوردن بودند.

آزمون تی مستقل نشان داد که میزان اضطراب در دانشجویان دارای اختلال خوردن از دانشجویان سالم بیش‌تر و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$). اما تفاوت معنی‌داری بین زیرمقیاس‌های افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی و سلامت روان کل در دانشجویان با اختلال خوردن و بدون اختلال خوردن مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

۴۲۰ دانشجوی دختر دانشگاه گیلان انجام شد که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از تمام دانشکده‌های این دانشگاه انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) و آزمون نگرش به خوردن (EAT-26) بودند. پرسش‌نامه سلامت عمومی یک مقیاس مبتنی بر روش خودگزارشی است که با هدف ردیابی افراد دارای اختلال روانی استفاده می‌شود. این آزمون ۲۸ سؤالی از ۴ زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است که ۴ نمره آن مربوط به زیرمقیاس‌ها و یک نمره هم که از مجموع نمره‌ها به دست می‌آید، نشان‌گر نمره کلی فرد است.

چن و چن جهت بررسی روایی همزمان از پرسش‌نامه چندوجهی مینه‌سوتا استفاده نمودند و ضریب همبستگی ۰/۵۴ را گزارش کردند.^(۱۲) در پژوهش حاضر روایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای ۵۰ نفر در کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ و برای خرده آزمون‌های نشانه‌های جسمانی ۰/۷۹، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۴، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۷۷ و افسردگی ۰/۹۰ به دست آمد.

پایایی آزمون به روش بازآزمایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲ و برای خرده از ۰/۵۷ تا ۰/۶۰ و به روش تصنیفی برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ و برای خرده آزمون از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است.^(۱۳)

آزمون نگرش به خوردن در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود و کارآمدی آن در شناسایی بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی ثابت شده است. این آزمون ۲۶ سؤالی شامل ۳ زیر مقیاس عادت غذایی، جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی است که به صورت درجه‌بندی بر مبنای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های زیر ۲۰ فاقد اختلال خوردن و امتیاز ۲۰ به بالا دارای اختلال خوردن هستند. مینتز و اوهوران روایی ملاک این آزمون را با معیارهای DSM-IV برای اختلال‌های خوردن ۰/۹۰ به دست آوردند.^(۱۳) نانس و

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره سلامت روان در دانشجویان با اختلال خوردن و بدون اختلال خوردن

گروه	بدون اختلال	دارای اختلال	آزمون تی	سطح معنی‌داری
اضطراب	۶/۴۲±۴/۱۳	۷/۷۶±۴/۶۲	-۲/۶۲	۰/۰۰۹
اختلال در کارکرد اجتماعی	۷/۳۹±۳/۱۰	۷/۳۸±۳/۶۶	-۰/۰۱	۰/۹۸
افسردگی	۳/۶۷±۴/۳۲	۴/۴۵±۴/۹۶	-۱/۵۵	۰/۱۲
نشانه‌های جسمانی	۵/۸۴±۳/۴۰	۵/۸۲±۳/۶۹	-۰/۰۴	۰/۹۶
سلامت روان	۲۳/۳۳±۱۲/۰۱	۲۵/۳۴±۱۳/۴۶	-۱/۴۴	۰/۱۴

پیش‌بینی کند. در این پژوهش، ۲۵/۷ درصد دختران دانشجو اختلال خوردن داشتند که مشابه با نتایج برخی پژوهش‌ها بود.^(۱۶) این نتایج گرایش زیاد دختران دانشجو به اختلال‌های خوردن را تأیید می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر در مورد اضطراب همسو با نتایج برخی پژوهش‌ها^(۱۶،۹) و در مورد افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های جسمانی متناقض با برخی پژوهش‌ها بود.^(۱۷) بیش‌تر مطالعه‌ها نشان داده‌اند افرادی که از اختلال‌های خوردن رنج می‌برند، علایم اضطراب، نارضایتی جسمانی، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زیادی را گزارش می‌کنند.^(۱۷،۱۶)

اختلال‌های اضطرابی که همبندی بالایی با اختلال‌های خوردن دارند، شامل اضطراب اجتماعی، وسواس فکری- عملی، ترس از مکان‌های باز و اختلال وحشت‌زدگی هستند که میزان شیوع این اختلال‌ها از ۱۵ تا ۵۹ درصد برآورد شده است.^(۱۸) افراد مبتلا به این اختلال‌ها، از برخی ناسازگارهای اجتماعی رنج می‌برند. برخی پژوهش‌گران ادعا می‌کنند که بیش‌تر اختلال‌های اضطرابی قبل از اختلال‌های خوردن وجود دارند و ممکن است فرد را نسبت به اختلال‌های خوردن مستعد کنند. برخی دیگر نیز عقیده دارند که اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی ممکن است در طول دوره بدغذایی ظاهر شود و وقوع این اختلال‌ها پیامد سوء تغذیه شدید باشد.^(۱۹)

ممکن است صنعتی شدن، افزایش شهرنشینی، ترویج عادت‌های غذایی غربی، ایجاد تغییراتی در مفهوم زیبایی و نگرش به چاقی، رواج رژیم‌های تغذیه‌ای و تجهیزات کنترل‌کننده وزن برای بیش‌تر دختران نوجوان و جوان اضطراب‌آور باشد و آن‌ها را به اختلال‌های خوردن مستعد کند. در خصوص رابطه بین اضطراب و اختلال‌های خوردن در دانشجویان دختر می‌توان به تأکید زیاد بر لاغری، ترس از چاقی، نارضایتی در مورد شکل و وزن بدن اشاره کرد که ذهن بیش‌تر دانشجویان و دانش‌آموزان دختر را به خود مشغول می‌کند.^(۲۰)

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون نشان داد که ۰/۰۳ درصد واریانس مربوط به اختلال‌های خوردن دانشجویان به وسیله اضطراب تبیین می‌شود ($R^2=0/03$). ضریب تأثیر اضطراب ($\beta=0/22$) نشان داد که این متغیر می‌تواند با اطمینان ۹۵ درصد، تغییرات مربوط به اختلال‌های خوردن در دانشجویان دختر را پیش‌بینی کند؛ یعنی افزایش اضطراب با افزایش اختلال‌های خوردن در دانشجویان دختر مرتبط بود (جدول شماره ۲).

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون سلامت روان برای پیش‌بینی اختلال‌های خوردن

متغیرها	R	R ^۲	B	β	P
	۰/۱۸	۰/۰۳			
نشانه‌های جسمانی			۰/۲۷	۰/۰۷	۰/۳۴
اختلال در کارکرد اجتماعی			۰/۲۸	۰/۰۷	۰/۳۹
اضطراب			۰/۶۵	۰/۲۲	۰/۰۴
سلامت روان کل			۰/۲	۰/۰۲	۰/۸۷

* بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در مقیاس سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن فقط اضطراب بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت؛ یعنی در دانشجویان دختر افزایش سطح اضطراب با افزایش اختلال‌های خوردن ارتباط داشت. همچنین اضطراب پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای اختلال‌های خوردن بود و با اطمینان ۹۵ درصد توانست تغییرات مربوط به اختلال‌های خوردن را

خوردن داشتند، گزارش کرد که زنان بهبود یافته به طور معنی داری افسردگی کمتری از گروه بیمار داشتند.^(۴۱) در حالی که بیش تر پژوهش های انجام شده بر روی دانشجویان، همبودی بالای اختلال های خوردن با اختلال های اضطرابی را گزارش کرده اند.^(۵۴)

به طور کلی، گرایش زیاد دانشجویان دختر به اختلال های خوردن و همچنین رابطه اضطراب با این اختلال ها از نتایج پژوهش حاضر بود که می تواند در تشخیص و درمان اختلال های خوردن به متخصصان بالینی کمک کند و ضرورت توجه بیش تر به برخی علایم روانی مانند اضطراب را در همه گیرشناسی این اختلال ها نشان می دهد. با توجه به علی- مقایسه ای بودن مطالعه حاضر، نتیجه گیری در مورد رابطه علت- معلولی بین متغیرهای پژوهش امکان پذیر نمی باشد و مشخص نیست که آیا اضطراب باعث ابتلا به اختلال خوردن شده یا سوء تغذیه در درازمدت منجر به افزایش اضطراب شده است. لذا برای اثبات رابطه علت- معلولی بین سلامت روان و اختلال های خوردن در دانشجویان باید از پژوهش های تجربی و طولی استفاده کرد. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به استفاده از نمونه گیری در دسترس اشاره کرد که می تواند تعمیم پذیری نتایج را محدود کند و انجام پژوهش های مشابه در حدی فراتر از محدودیت ذکر شده در آینده پیشنهاد می شود.

* مراجع:

1. Costa C, Ramos E, Severo M, et al. Determinants of eating disorders symptomatology in Portuguese adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2008 Dec; 162 (12): 1126-32
2. Stanhop M, Lancaster J. Foundation community health nursing: community-oriented practice. 3rd ed. St. Louis: Mosby Co.; 2010. 1-254

پژوهش ها نشان داده اند که نارضایتی در مورد شکل و وزن بدن نشانه خوبی برای ابتلا به اختلال های خوردن است و احساس هایی مانند اضطراب، انزوای اجتماعی، اعتماد به نفس پایین و وسواس فکری در رابطه با کاهش وزن را به دنبال دارد. این افکار می تواند به افزایش اضطراب و احساس گناه منجر شود و فرد را برای کاهش اضطراب به استفاده از رفتارهای اصلاحی مانند استفاده از ملین ها مجبور کند. بیش تر افرادی که دچار بی اشتها بی عصبی هستند، گزارش می کنند که قبل از اختلال خوردن، نشانه های اضطراب را داشته اند.^(۱۸)

با آگاهی از رابطه اضطراب و اختلال های خوردن در زنان و این موضوع که اختلال های اضطرابی ممکن است فرد را مستعد بی اشتها بی عصبی کند و با توجه به این که ترس از چاق شدن و اجتناب از خوردن عامل های مهمی در آسیب شناسی اختلال های خوردن هستند، احتمالاً محدودیت مقدار کالری بدن نیز می تواند برای افراد اضطراب آور باشد. این فرضیه توسط فرایندهای زیست-عصب شناختی حمایت می شود. طبق این فرضیه، افزایش سروتونین ممکن است باعث افزایش اضطراب و کاهش اشتها شود و کاهش سروتونین در حالت گرسنگی می تواند اضطراب را کاهش دهد. لذا تغذیه مجدد به افزایش سطح سروتونین و افزایش اضطراب می انجامد.^(۱۹) بنابراین از لحاظ روان شناختی و زیست شناختی قابل پذیرش است که اضطراب زیاد می تواند با اختلال های خوردن رابطه داشته باشد و پیش آگهی مناسبی برای این اختلال ها باشد.

عدم تفاوت معنی دار بین افسردگی، نشانه های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و سلامت روان کل در مطالعه حاضر، شاید به دلیل نمونه های شرکت کننده در این پژوهش باشد. بیش تر پژوهش هایی که ارتباط این متغیرها را با اختلال های خوردن نشان داده اند، از افراد بستری شده برای پژوهش استفاده کرده اند. برای مثال یک مطالعه بر روی زنان بستری شده که از اختلال خوردن بهبود یافته بودند و گروهی که هنوز اختلال

3. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007 Feb 1; 61 (3): 348-58
4. Kaneko AL. A correlation between the eating attitudes test and body shape disorder questionnaire. A thesis Published to the Brigham Young University, 2007, 1-172
5. Schwitzer AM, Rodriguez LE. Understanding and responding to eating disorders among college women during the first-college year. *J First-Year Experience* 2002; 14 (1): 41-63
6. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski K, et al. Eating disorders. *N Engl J Med* 1999 Apr; 340 (14): 1092-8
7. Bernadette PC. Associations among self-reported disordered eating behavior, nutrient intake, depression, and self- efficacy among college students. Published to the graduate college of the bowling green state university 2007, 8-157
8. Taylor CB, Bryson S, Luce KH, et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Aug; 63 (8): 881-8
9. Touchette E, Henegar A, Godart NT, et al. Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Res* 2011 Jan 30; 185 (1-2): 185-92
10. Watkins JA, Sargent RG, Miller PM, et al. A study of the attribution style, self-efficacy, and dietary restraint in female binge and Non-binge eaters. *Eat Weight Disord* 2001 Dec; 6 (4): 188-96
11. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Rev* 2003 Feb; 23 (1): 57-74
12. Taghavi MR. Validity and reliability of general health questionnaire (GHQ). *J Psychol* 2002; 5 (4): 19-27 [In Persian]
13. Mintz LB, O'Halloran MS. The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess* 2000 Jun; 74 (3): 489-503
14. Nunes MA, Camey S, Olinto MT, et al. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res* 2005 Nov; 38 (11): 1655-62
15. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 2000 Nov; 28 (3): 265-71
16. Thomas CL, James AC, Bachmann MO. Eating attitudes in English secondary school students: influences of ethnicity, gender, mood, and social class. *Int J Eat Disord* 2002 Jan; 31 (1): 92-6
17. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006 May-Jun; 68 (3): 454-62
18. Godart NT, Flament MF, Curt F, et al. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Res* 2003 Mar 25; 117 (3): 245-58
19. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, et al. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004 Dec; 161 (12): 2215-21
20. Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 Oct; 39 (10): 1284-92
21. Troop NA, Serpell L, Treasure JL. Specificity in the relationship between depressive and eating disorder symptoms in remitted and nonremitted women. *Int J Eat Disord* 2001 Nov; 30 (3): 306-11