



نقش میانجیگر عزت نفس در رابطه بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا

مطهره غلامی حسارودی ^{id}

محسن کچویی* ^{id}

نازنین فاتحی ^{id}

گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

kachooei.m@usc.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۶

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۵ | پیاپی ۹ | ۷۳-۵۶
زمستان ۱۴۰۰

(مجموعه مقالات کووید-۱۹)

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجیگر عزت نفس در رابطه بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش، توصیفی-همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ بود که از بین آنها ۳۸۴ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش متغیرها از پرسشنامه عملکرد خانواده اولسون (۱۹۸۶)، مقیاس تشخیصی اختلال خوردن استاپس و همکاران (۲۰۰۰) و مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل میانجی و با استفاده از نرم‌افزار AMOS تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج تحلیل میانجی نشان داد که اثر مستقیم عملکرد خانواده بر نشانه‌های اختلال خوردن $\beta = -0.317$ ؛ $p < 0.01$ معنادار بود. اثر غیرمستقیم عملکرد خانواده بر نشانه‌های اختلال خوردن از طریق عزت نفس نیز معنادار بود $\beta = -0.056$ ؛ $p = 0.05$. بنابراین عزت نفس در رابطه بین عملکرد خانواده و اختلال خوردن، نقش میانجی‌گر جزئی را ایفا نمود. نتیجه گیری: پژوهش حاضر شواهدی را در راستای اهمیت فضای روان‌شناختی خانواده در دوران قرنطینه ناشی از کرونا، در بروز و تشدید نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان ارائه کرده است. این نتایج می‌تواند بستری برای طراحی برنامه‌های نوین درمان در سطوح مختلف (پیشگیری از بروز نشانه‌ها تا کاهش عوارض جسمانی و روانی) اختلال خوردن را فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها: عزت نفس، عملکرد خانواده، اختلال خوردن، نوجوان، کووید-۱۹.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(غلامی حسارودی، کچویی و فاتحی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

غلامی حسارودی، مطهره، کچویی، محسن، و فاتحی، نازنین. (۱۴۰۰). نقش میانجیگر عزت نفس در رابطه بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا (کووید-۱۹). فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۵ پیاپی ۹): ۷۳-۵۶.

مقدمه

در ژانویه سال ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی^۱ شیوع بیماری ویروس کرونا^۲ (کووید-۱۹) را به عنوان یک نگرانی و چالش مهم در مورد بهداشت عمومی اعلام کرد. این ویروس به سرعت در جهان گسترش پیدا کرده و در مارس ۲۰۲۰، به عنوان یک بیماری همه گیر توصیف شده است. مقامات بهداشت عمومی در سراسر جهان برای جلوگیری از شیوع این ویروس، اقداماتی را اجرا کردند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). از جمله این اقدامات، بهره مندی از روش قرنطینه سازی است. مطالعات نشان می دهند که فرایند قرنطینه سازی با توجه به شرایط محیطی حاصل از آن (استرس های ناشی از شرایط بحرانی ویروس کرونا، حصر طولانی مدت، استرس های درون خانوادگی، استفاده بیش از حد از اینترنت و رسانه های اجتماعی) ممکن است زمینه ای را برای کاهش سلامت روان نوجوانان و ابتلای آنها به اختلال های روانپزشکی را فراهم آورد (گوسوم، لاچال، راجک، کاریتایر، میناسیان و همکاران، ۲۰۲۰)، در این میان اختلال های خوردن از چالش برانگیزترین تهدیدکننده های سلامت جسمانی و روان شناختی نوجوانان به شمار می رود که به صورت روزافزون رو به گسترش است (رودگرز، لومباردو، سرولینی، فرانکو، اوموری و همکاران، ۲۰۲۰).

اختلال خوردن گروهی از شرایط بالینی بسیار پیچیده را نشان می دهند که شامل الگوهای غیر طبیعی غذا خوردن، نگرانی بیش از حد برای شکل بدن، درک غیر طبیعی تصویر بدن و ناتوانی در کنترل وزن است که با عوارض متعدد روانپزشکی و جسمی (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳) عود بالا و مرگ و میر همراه هستند و همبودی بالایی با سایر اختلال های روانی دارند (المکویبست، شوری، اندرسون و استوارت، ۲۰۱۷). این اختلال عموماً از دوران نوجوانی آغاز می شوند و در این دوران شایع تر هستند، به صورتی که شیوع اختلال خوردن در نوجوانان ۲۲٪ و ۱ نفر از هر ۵ نوجوان گزارش شده است (میتوسون، ۲۰۱۹). بنابراین به نظر می رسد که اختلال خوردن یک نگرانی عمده در حوزه بهداشت روان در دوران بحرانی ناشی از کرونا به شمار می رود، که مطالعه سبب شناسی و بررسی عوامل زمینه ساز و تداوم بخش آنها به منظور طراحی برنامه های درمان و آموزش بهداشتی به ویژه در نوجوانان ضروری به نظر می رسد.

رویکرد چند بعدی به اختلال خوردن منطبق بر الگوی آسیب شناختی حساسیت - استرس، نشان می دهند که توسعه اختلال خوردن در نتیجه تعامل زمینه های زیستی یا شناختی فرد با مولفه های محیطی رخ می دهد (اسویر و هیمل، ۲۰۱۵). یکی از مهم ترین عوامل محیطی که به نظر می رسد در دوران قرنطینه ناشی از ویروس کرونا، در بروز و تداوم اختلال خوردن موثر باشد، خانواده و عملکرد آن است (کناف، ۲۰۲۱). عملکرد خانواده یک پدیده پیچیده توصیفی از ساختار، سازمان و الگوهای تعاملی بین اعضای خانواده است (اپستین، ناتان و بیشاب، ۱۹۸۳). طبق الگوی پیچیده السون، عملکرد خوب خانواده شامل یک سیستم خانوادگی است که از سه بعد انسجام، انطباق پذیری و ارتباطات تشکیل شده است. منظور از انسجام، پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای خانواده نسبت به یکدیگر دارند و انطباق پذیری به مقدار تغییر پذیری در نقش ها، قوانین کنترل و انضباط خانواده اشاره دارد (اولسون و دفرین، ۲۰۰۰). مطالعات نشان دادند که میان عملکرد خانواده سالم و خانواده هایی که یک عضو آن ها مبتلا به اختلال خوردن است، تفاوت هایی وجود

1. World health organization
2. COVID-19
3. American Psychiatric Association

دارد و آن عملکردها ممکن است مسیر و روند اختلال (بروز و تداوم طول دوره، عود و امکان بهبودی) را تحت تاثیر قرار دهند. به عبارت دیگر عملکرد ضعیف خانواده می‌تواند یک عامل خطر برای بروز نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان به شمار رود (ایرو، سیمینو و سرنیگلا، ۲۰۲۰). در این راستا نشان داده شده که نوجوانان و والدین مبتلا به اختلال‌های خوردن، بدکارکردی در حوزه‌های معینی از خانواده از جمله، سختی و واضح نبودن قوانین خانواده، مشکلات ارتباطی، سطح پایین انسجام و به طور کلی نارضایتی از زندگی با خانواده (والیس، ویسکوویچ-ویتلای، مادن، رودز، کاوا و توزی، ۲۰۱۸؛ کریسکولو، لای، مازونی، کاستیگلیونی، ویکاری و زانا، ۲۰۲۰) و تاب آوری ضعیف در برابر تعارض‌ها (سرنیگلا، ۲۰۱۷) را گزارش می‌دهند.

به طور کلی، ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان ارتباطی معنادار دارد (سرنیکا و همکاران، ۲۰۱۷؛ کریسکولو و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایرو، سیمینو و سرنیگلا، ۲۰۲۰؛ ذوالفقاری، ۱۳۹۷). با وجود ارتباط بین عملکرد خانواده و اختلال خوردن، ساز و کار اساسی این ارتباط هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است. به نظر می‌رسد که عزت نفس، متغیری مهم برای توضیح این ارتباط باشد.

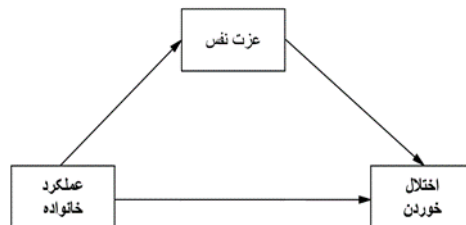
عزت نفس به عنوان ارزیابی و نگرش فرد نسبت به ارزشمندی خود تعریف شده است که در جهت مثبت یا منفی بیان می‌شود. رشد آن از بدو تولد آغاز می‌شود و تحت تاثیر تجربه، تغییر می‌کند. نقش عزت نفس به خصوص در روند نوجوانی حائز اهمیت است و می‌تواند سلامت روان نوجوانان را تحت تاثیر قرار دهد (مینو، ۲۰۱۸). براین اساس، ارتباط بین عملکرد خانواده و نشانه‌های اختلال‌های خوردن از طریق میانجی‌گری عزت نفس با تکیه بر نظریه تعاملگرایی نمادین بلومر برای بررسی مکانیسم ارتباطی پژوهش حاضر قابل بررسی است. طبق تئوری تعاملگرایی نمادین (بلومر، ۱۹۸۶)، عزت نفس به طور مداوم از طریق تعاملات اجتماعی شکل می‌گیرد. فرض بر این است که تعاملات اجتماعی بیانگر میزان قدردانی دیگران از یک فرد است. بنابراین ممکن است فرد این تعاملات اجتماعی را به عنوان نمادی برای ارزشمندی خود تفسیر کند. از آنجا که بخش زیادی از تعاملات اجتماعی کودکان و نوجوانان در روابط با والدین رخ می‌دهد. بنابراین، این تعاملات می‌تواند شکل دهنده ارزش شخصی و عزت نفس نوجوانان باشد. در این راستا، پژوهش‌ها نشان دادند که محیط خانوادگی در اوایل کودکی تاثیر طولانی مدت و احتمالاً پایدار بر عزت نفس دارد (کراس، اورت و روبینز، ۲۰۱۹؛ کاوه فارسی، ۲۰۲۰). در این راستا شی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که بین عملکرد خانواده با عزت نفس نوجوانان رابطه معنادار وجود دارد، و مراقبت ناکافی و کنترل بیش از حد توسط والدین، سبک پیوند والدینی و ابراز عاطفی در خانواده می‌تواند بر عزت نفس نوجوانان تاثیرگذار باشد. به این صورت که، عملکرد ضعیف خانواده بر رشد جسمی و عاطفی نوجوانان تاثیر منفی می‌گذارد و به طور بالقوه منجر به احساس غفلت، ناامنی و عدم اطمینان می‌شود که به نوبه خود عزت نفس فرزندان را مختل می‌کند. در این جهت، لوپز و شن (۲۰۲۱) نشان دادند عوامل خانوادگی مانند انسجام خانواده و تعارض والد-نوجوان ارتباط معناداری با عزت نفس نوجوانان دارد. به این ترتیب که، انسجام خانواده با عزت نفس نوجوانان رابطه مثبت دارند، در حالی که تعارض والد-نوجوان با عزت نفس نوجوانان رابطه منفی دارد. که این یافته‌ها از تاثیر عوامل خانوادگی به طور خاص انسجام خانواده، بر عزت نفس نوجوانان حکایت دارد. همچنین پن، یانگ، هان و گی (۲۰۲۱) نشان دادند که عملکرد خانواده در دوران همه‌گیری ویروس کرونا ارتباط تنگاتنگی با

سلامت روان نوجوانان دارد، زیرا نوجوانان در دوران قرنطینه بیشترین تعامل را با اعضای خانواده دارند. به این ترتیب، عملکرد مطلوب خانواده به رفع اضطراب و بی‌قراری کمک می‌کند و باعث مقابله بهتر با رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌شود، در نتیجه سلامت روان نوجوانان را بهبود می‌بخشد. برعکس، عملکرد ضعیف خانواده می‌تواند مشکلات روانی نوجوانان (مانند اضطراب و افسردگی) را افزایش دهد. این نتایج نشان می‌دهد که نوجوانان در موقعیت‌هایی که عملکرد خانواده ضعیف‌تر است بیشتر به مشکلات روانی مبتلا می‌شوند. همچنین کاوه فارسی، کلیشادی و بشلیده (۲۰۲۰) در پژوهش خود بر اهمیت نقش خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان تأکید داشتند و نشان دادند که عملکرد خانواده و تعاملات اعضای خانواده هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم از طریق واسطه‌گری عزت نفس و افسردگی بر بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان تأثیر می‌گذارد.

با توجه به شواهد پژوهشی مبنی بر ارتباط بین عملکرد خانواده و عزت نفس (کراس، اورت و روبینز، ۲۰۱۹؛ کاوه فارسی و همکاران، ۲۰۲۰)، و نیز شواهدی که نشان دادند عزت نفس ضعیف به عنوان پیش‌بینی‌کننده اختلال‌های روانی در نوجوانان محسوب می‌شوند (شی و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین به نظر می‌رسد عملکرد خانواده از طریق میانجی‌گری عزت نفس بتواند نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان را توضیح دهد. تا به امروز، عزت نفس نقش مهمی را در ادبیات مربوط به اختلال‌های خوردن حفظ کرده است. و مشکلات عزت نفس از طریق انواع مدل‌های نظری اختلال‌های خوردن نشان داده است (رایکاس، مک اوی، فورسلند، ۲۰۱۷). طبق مدل فراتشخیصی فایربرن، هسته آسیب‌شناختی روانی در اختلال خوردن این است که ارزشمندی خود، وابسته به کنترل خوردن، وزن و شکل بدن است. در گسترش این نظریه، عزت نفس پایین به عنوان یکی از مکانیزم‌های تداوم بخش نشانه‌های اختلال خوردن مطرح شده است (فایربرن، کوپر و شافران، ۲۰۰۳). در این راستا، کولمزی، هانک و بوسنژاک (۲۰۲۱) نشان دادند که عزت نفس پایین یک عامل خطر برای اختلال‌های خوردن به شمار می‌رود، به این ترتیب که نوجوانان با عزت نفس پایین‌تر، بیش از نوجوانانی که از عزت نفس بالاتری برخوردار هستند، مستعد ابتلا به اختلال خوردن هستند. همچنین یافته‌های پژوهش پاتویلس، واندرهاست و وروایت (۲۰۱۹) از نقش تعدیل‌گر عزت نفس در رابطه بین کمال‌گرایی با نشانه‌های اختلال خوردن حکایت دارد. به این صورت که، عزت نفس تأثیر کمال‌گرایی بر نشانه‌های اختلال‌های خوردن را تعدیل می‌کند. هرچه عزت نفس افراد کمتر باشد، ارتباط بین کمال‌گرایی با نشانه‌های اختلال خوردن قوی‌تر است؛ همچنین سایر پژوهش‌ها نیز ارتباط معنادار بین عزت نفس با نشانه‌های اختلال خوردن را نشان داده‌اند (لنی ورتاین، ۲۰۱۸؛ تای، ۲۰۱۹).

به طور کلی در بررسی ادبیات پژوهش، اختلال‌های خوردن به عنوان یکی از مهمترین آسیب‌های روانی در نوجوانان در دوران بحرانی ناشی از ویروس کرونا، در نظر گرفته شده که به علت شیوع رو به گسترش، بررسی مدل‌های مفهومی برای درک عوامل موثر بر آن بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد؛ با وجود این که پژوهش‌های پیش از گسترش و شیوع کرونا نشان دادند بین اختلال خوردن با عملکرد خانواده و عزت نفس رابطه معنادار وجود دارد؛ اما پژوهشی که این متغیرها را در یک مدل اکتشافی در فضای بحرانی کرونا بررسی کند یافت نشد. بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و نشانه‌های اختلال خوردن با توجه به نقش میانجی‌گر عزت نفس در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا (کووید-۱۹) است. به این ترتیب مطالعه حاضر به اثر مستقیم عملکرد خانواده بر نشانه‌های اختلال‌های خوردن و

همچنین تاثیر غير مستقيم عملکرد خانواده از طريق عزت نفس بر نشانه‌های اختلال‌های خوردن در نوجوانان پرداخته است.



شکل ۱: مدل پژوهش برای بررسی نقش میانجی عزت نفس در ارتباط بین عملکرد خانواده و اختلال خوردن

روش پژوهش

مطالعه توصیفی حاضر از نوع همبستگی، و از منظر هدف، بنیادی محسوب می‌شود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان ۱۳ تا ۱۸ ساله ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. جدول مورگان بالاترین حجم نمونه را برای مطالعات همبستگی ۳۸۴ نفر پیشنهاد می‌کند. از جامعه آماری ۳۸۴ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، عدم سکونت در مراکز بهزیستی، زندگی کردن با خانواده، در قید حیات بودن هر دو والد. ملاک‌های خروج مصرف داروهای روانپزشکی، ابتلا به بیماری‌های خاص جسمی مرتبط با وزن و خوردن و مخدوش بودن یا ناقص تکمیل شدن پرسشنامه. پس از بیان توضیحات لازم درباره هدف پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و شرکت آزادانه در مطالعه، پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در اختیار افراد داوطلب قرار گرفت. و بعد از بررسی و حذف پرسشنامه‌های مخدوش و پرسشنامه‌هایی که شامل ملاک‌های خروج بودند، تعداد نمونه متشکل از ۱۷۴ دختر و ۱۷۸ پسر و در مجموع ۳۵۲ نوجوان با دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال با میانگین سنی ۱۶/۰۳ و انحراف معیار ۱/۸ بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی. این پرسشنامه به منظور ارزیابی متغیرهای جمعیت‌شناسی (سن، قد و وزن) و سوالات مربوط به ملاک‌های ورود و خروج استفاده شد. همچنین، با توجه به ارتباط اختلال نمایه‌های خوردن با چاقی محاسبه (BMI) توده بدنی در این پرسشنامه توسط پژوهشگر و براساس اطلاعات شرکت کنندگان صورت گرفت. این شاخص از طریق فرمول تقسیم وزن (کیلوگرم بر مجذور قد (به متر) محاسبه شد و به صورت وزن طبیعی (BMI=۱۸/۵۰-۲۴/۹۹)، اضافه وزن (۲۹/۹۹- BMI=۲۵/۰۰) و چاق (BMI < ۳۰ kg/m^۲) طبقه بندی شده است.

۲. مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن^۱. این ابزار که توسط استایس، تلج و ریزوی در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است، یک مقیاس خود گزارشی متشکل از ۲۲ ماده است و با هدف سنجش نشانه‌های اختلال

1. Eating disorder diagnostic scale

های بی اشتها بی روانی^۱، پراشتهایی روانی^۲ و پرخوری افراطی^۳ بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نمره گذاری سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ به صورت لیکرت هشت درجه ای در دامنه‌ای از ابداء (صفر نمره) تا به شدت (۷ نمره) است. این سوالات نگرش فرد را در مورد تصویر بدنی فرد می‌سنجد. نمرات بالاتر نشان دهنده نگرش ضعیف تر فرد به بدن خود است. سوالات ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ به صورت لیکرت دو گزینه ای بله (۱ نمره) و خیر (صفر نمره) می‌باشد. این سوالات میزان فقدان کنترل فرد، زیاده روی در غذا خوردن و متعاقب آن رفتارهای اجتنابی فرد از اجتماع را می‌سنجد. سوال ۷ تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول شش ماه گذشته بین ۷-۰ روز مورد پرسش قرار می‌دهد (۷-۰ نمره). سوال ۸ تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول سه ماه گذشته بین ۱۴-۰ روز مورد پرسش قرار می‌دهد (۱۴-۰ نمره). سوالات ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ میزان رفتارهای جبرانی به صورت ایجاد استفراغ عمدی، استفاده از مسهل، حذف وعده های غذایی، روزه گرفتن و ورزش شدید را بین ۱۴-۰ بار در طول سه ماه گذشته مورد سوال قرار می‌دهد (۱۴-۰ نمره). در سوال ۱۹ وزن بر حسب کیلوگرم و در سوال ۲۰ قد بر حسب متر مورد پرسش قرار می‌گیرد. سوال ۲۱ تعداد دفعات از دست دادن قاعدگی را در طول ۳ ماه گذشته بررسی می‌کند (۳-۰ نمره). سوال ۲۲ نیز مربوط به مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری است که به صورت بله (۱ نمره) یا خیر (صفر نمره) نمره گذاری می‌شوند. نمره کل این مقیاس، نمایانگر نشانه شناسی کلی خوردن بیمارگون است و به وسیله استاندارد سازی و جمع بندی تمامی سوالات به غیر از سوال ۱۹، ۲۰، ۲۱ محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر نشان دهنده نشانه‌های بیشتر اختلال خوردن است. نمره برش ۱۶/۵ به طور رایج برای تشخیص بیماران بالینی از گروه کنترل به کار می‌رود. همچنین (از پاسخ سوال ۱۹ و ۲۰ شاخص توده بدنی از طریق تقسیم وزن (کیلوگرم) به مربع قد (متر) به دست می‌آید. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی یک هفتگی آن به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ شده است. این مقیاس به خوبی با مصاحبه‌های روانپزشکی مانند مصاحبه ساختاریافته بالینی بر اساس (SCID) رقابت می‌کند و ضریب کاپای توافق بین آنها برای اختلال‌های بی اشتها بی روانی، پراشتهایی روانی و پرخوری افراطی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمده است (استایس، تلچ و ریزوی، ۲۰۰۰). ضرایب همسانی درونی این مقیاس در ایران، به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین میزان توافق این ابزار با متخصص بالینی، تحلیل عاملی تاییدی و همبستگی هر گویه با نمره کل مطلوب بود. بنابراین مقیاسی مناسب برای مقاصد بالینی (سبب شناسی، پیشگیری و درمان) و نیز ابزاری مفید برای مقاصد پژوهشی است (خبیر، محمدی، رحیمی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۹۳ به دست آمد.

۳. **مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و انسجام خانواده (عملکرد خانواده)**^۴. این مقیاس توسط اولسون در سال ۱۹۸۶ ساخته شده است؛ ۲۰ سوال دارد، و بر اساس الگوی حلقوی پیچیده عملکرد خانواده ساخته شده است و دو بعد محوری در عملکرد خانواده یعنی انسجام و انطباق پذیری خانواده را مورد ارزیابی قرار

1. anorexia nervosa
2. bulimia nervosa
3. Bing eating disorder
4. Family adaptability and cohesion scale

می‌دهد. نمره گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای می‌باشد که برای گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، غالباً و همیشه به ترتیب نمرات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ در نظر گرفته می‌شود. انسجام خانواده با محاسبه جمع نمرات سوال‌های فرد، انطباق پذیری خانواده با جمع نمرات سوال‌های زوج و عملکرد کلی خانواده از طریق جمع نمرات تمام پرسش‌ها، بدست می‌آید. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. همچنین این مقیاس به صورتی طراحی شده است تا علاوه بر توصیف وضعیت ادراک شده (عملکرد فعلی خانواده)، وضعیت ایده آل خانواده را از طریق پاسخ به همان ۲۰ سوال به دست آورد و بدین ترتیب با محاسبه تفاوت بین ادراک شخص از اینکه خانواده چگونه کنش می‌کند و به طور ایده‌آل چگونه بایستی کنش کند، اندازه گیری رضایت از خانواده را فراهم می‌آورد. هنجار این مقیاس برای خانواده‌های نوجوانان و زوج‌های جوانی که در مراحل مختلف چرخه زندگی هستند به دست آمده است. مقیاس **FACES-III**، با آلفای ۰/۶۸ برای کل ابزار، آلفای ۰/۶۲ برای انطباق پذیری خانواده، آلفای ۰/۷۷ برای همبستگی خانواده از یک همسانی درونی نسبتاً خوب برخوردار است. ضرایب همبستگی در باز آزمایی، برای انطباق پذیری خانواده ۰/۸۰ و برای همبستگی خانواده ۰/۸۳ بود، که حاکی از پایایی مطلوب این ابزار است. از سوی دیگر، این مقیاس از روایی صوری خوبی برخوردار است و چندین پژوهش نشان می‌دهد روایی این مقیاس برای متمایز کردن خانواده‌ها در چند مقوله از مشکلات مطلوب است. افزون بر این، در پژوهش لطفی نیا و همکاران (۱۳۸۸)، آلفای کرونباخ برای همبستگی ۰/۶۸ و برای انطباق پذیری ۰/۶۳ بدست آمده است (ثباتی و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۷۸ به دست آمد.

۴. مقیاس عزت نفس روزنبرگ! این ابزار توسط روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ ساخته شد. یک مقیاس خودگزارشی ۱۰ سوالی متشکل از دو بعد عزت نفس و خود کم بینی است. روش نمره گذاری آن به این صورت است که پاسخ‌های موافق به هریک از عبارات ۱ تا ۵، نمره (+۱) و پاسخ مخالف به این عبارات نمره (-۱) دریافت می‌کنند، در حالی که برای عبارات ۶ تا ۱۰، پاسخ‌های موافق نمره (-۱) و پاسخ‌های مخالف نمره (+۱) به دست می‌آید. برای تفسیر آن نیز جمع جبری کل نمرات مورد استفاده قرار می‌گیرد. که دامنه نمرات بین -۱۰ تا +۱۰ است، نمره بالاتر از صفر نشان دهنده عزت نفس بالا و نمره کمتر از صفر نشان دهنده عزت نفس پایین تر است (محمدی، ۱۳۸۴). این مقیاس ضرایب همبستگی قوی تری نسبت به پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت دارد و در سنجش سطوح عزت نفس دارای روایی بیشتری است و واجد قابلیت اعتماد و اعتبار (همگرا و واگرا) مناسب است (پولمان و الیک، ۲۰۰۰). و نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه شده است (ماکی کنگاس، کینونن و فلد، ۲۰۰۴). همچنین محمدی (۱۳۸۴)، اعتبار فرم فارسی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸ و ۰/۵۷ به دست آورده است که با توجه به مقادیر مذکور و تعداد کم سوال‌های این مقیاس می‌توان گفت که به طور کلی این مقیاس از قابلیت اعتماد مناسبی برخوردار است.

روش اجرا. برای جمع آوری اطلاعات، باتوجه به شرایط بحرانی ایجاد شده به علت اشاعه‌ی ویروس کرونا و رعایت پروتکل‌های بهداشتی، امکان نمونه گیری حضوری میسر نبود لذا فرایند نمونه گیری به صورت آنلاین

انجام گرفت. به این صورت که پرسشنامه‌های مذکور به صورت آنلاین از طریق Google form تهیه شد و پس از مراجعه به آموزش و پرورش و کسب مجوزهای لازم و دسترسی به گروه‌های مجازی مدارس و اطلاع مدیران محترم مدارس متوسطه شهر تهران و همچنین کسب رضایت آگاهانه از دانش‌آموزان واجد شرایط، پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در گروه‌های مجازی مدارس قرار داده شد. توضیحات مربوط به تکمیل پرسشنامه به دانش‌آموزان داده شد، در توضیحات ذکر شد که شرکت در پژوهش داوطلبانه است، و نیز بر محرمانه ماندن اطلاعات آزمودنی‌ها در این پژوهش تاکید شده است. همچنین چنانچه فردی دارای ملاک-های خروج بود یا پس از بررسی پرسشنامه‌ها، با بی‌دقتی پاسخ داده بود، از گروه نمونه حذف می‌شد. پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش و پرسشنامه‌هایی که در تضاد با ملاک‌های ورود و خروج بودند، در نهایت اطلاعات ۳۵۲ نوجوان جهت تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و آمار استنباطی با استفاده از نرم افزار amos نسخه ۲۴ انجام گرفت.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۳۵۲ نفر از نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله انجام گرفت. که ۱۷۴ نفر از افراد نمونه را دختران و ۱۷۸ نفر از آن‌ها را پسران تشکیل دادند. همچنین بازه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، در محدوده سنی ۱۳ تا ۱۸ سال با میانگین سنی ۱۶/۰۳ و انحراف معیار ۱/۸ بود. همچنین طبق جامعه هدف این پژوهش، مقاطع تحصیلی افراد حاضر در نمونه، در محدوده پایه ششم تا پایه دوازدهم تحصیلی بوده است. که بیشترین فراوانی (۱۱۱ نفر معادل ۳۱/۵ درصد) به پایه دوازدهم و کمترین فراوانی (۱۳ نفر معادل ۳/۷ درصد) به پایه هفتم اختصاص داشت.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد آزمودنی	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد خانواده	۳۵۲	۶۳/۱۹	۱۰/۲۵
عزت نفس	۳۵۲	۴	۵/۷
اختلال خوردن	۳۵۲	۱۸/۴۲	۱۴/۴۸

در جدول ۲، همبستگی بین متغیرهای پژوهش (اختلال خوردن، عملکرد خانواده، عزت نفس) در گروه نمونه به نمایش درآمده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اختلال خوردن با عزت نفس ($P < 0/01$) و عملکرد خانواده ($P < 0/01$) رابطه منفی و معنادار دارد. و بین عملکرد خانواده با عزت نفس رابطه مثبت و معناداری برقرار است ($P < 0/01$).

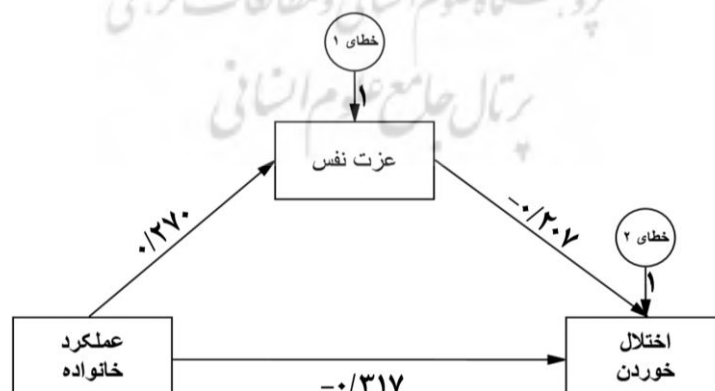
جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳
عملکرد خانواده	۱		
عزت نفس	۰/۲۷۰*	۱	
اختلال خوردن	-۰/۳۷۳*	-۰/۲۹۳*	۱

برای بررسی نقش میانجی عزت نفس در رابطه بین عملکرد خانواده و اختلال خوردن، تحلیل میانجی^۱ مورد استفاده قرار گرفت. قبل از انجام تحلیل میانجی، برای اطمینان از صحت نتایج آماری، پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. این پیش‌فرض‌ها شامل توزیع نرمال چندمتغیره داده‌ها و نبودن داده‌های پرت چندمتغیره است (بیرن، ۲۰۱۶). بررسی داده‌های پرت چندمتغیره از طریق فاصله ماهالانوبیس^۲ نشان داد که هیچ داده پرت چندمتغیره‌ای وجود نداشت زیرا مقدار χ^2 محاسبه شده برای همه ۳۵۲ آزمودنی کمتر از مقدار χ^2 بحرانی جدول با سه درجه آزادی، یعنی کمتر از ۷/۸۱۵ بود. همچنین آماره آزمون ماردیا^۳ برابر با ۰/۴۸۹- بود که نشان می‌دهد داده‌ها از توزیع نرمال چندمتغیره برخوردار بودند ($p > ۰/۰۵$). بنابراین با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آماری، مدل پژوهش مورد آزمون قرار گرفت. ضرایب استاندارد مسیر مربوط به مدل پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است و در شکل ۲ به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیر مربوط به مدل پژوهش

متغیرها	وزنهای رگرسیون	خطای استاندارد	معناداری
عملکرد خانواده ← عزت نفس	۰/۲۷۰	۰/۰۲۹	۰/۰۰۰
عملکرد خانواده ← اختلال خوردن	-۰/۳۱۷	۰/۰۷۱	۰/۰۰۰
عزت نفس ← اختلال خوردن	-۰/۲۰۷	۰/۱۲۸	۰/۰۰۰



1. Mediation analysis
2. Mahalanobis distance
3. Mardia

شکل ۲. مدل پژوهش با ضرایب مسیر استاندارد

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، عملکرد خانواده تأثیر مثبت معناداری بر عزت‌نفس ($\beta=0/270$ ؛ $p<0/001$) و تأثیر منفی معناداری بر اختلال خوردن ($\beta=-0/317$ ؛ $p<0/001$) داشت. عزت‌نفس نیز تأثیر منفی معناداری بر اختلال خوردن داشت ($\beta=-0/207$ ؛ $p<0/001$). بعد از بررسی پارامترهای مدل، اثر میانجی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی وجود اثر میانجی باید دو شرط زیر وجود داشته باشد: (۱) اثر کلی متغیر مستقل بر متغیر وابسته معنادار باشد؛ (۲) اثر غیرمستقیم یعنی اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته از طریق متغیر میانجی نیز باید معنادار باشد. بعد از مشخص شدن وجود اثر میانجی، باید نوع اثر میانجی بررسی گردد. اگر اثر مستقیم معنادار نباشد، در این صورت اثر میانجی کامل^۱ وجود دارد. اگر اثر مستقیم هم معنادار باشد، در این صورت اثر میانجی جزئی^۲ وجود دارد. اکثر اثرهای مشاهده شده در علوم رفتاری از نوع اثر میانجی جزئی هستند. ضمناً اثر میانجی می‌تواند به صورت مکمل^۳ یا رقابتی^۴ باشد. اگر حاصل ضرب علامت (مثبت یا منفی) اثر مستقیم و اثر غیرمستقیم مثبت باشد، در این صورت میانجی از نوع مکمل، و اگر این حاصل ضرب منفی باشد، میانجی از نوع رقابتی است (ریتزل، رولدان، و سپدا، ۲۰۱۶). نتایج مربوط به اثرات کلی، مستقیم و غیرمستقیم عملکرد خانواده بر اختلال خوردن در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

جدول ۴. اثر کلی، اثر مستقیم و اثر غیرمستقیم عملکرد خانواده بر اختلال خوردن

اثر	میزان اثر استاندارد شده	معناداری
اثر کلی	-۰/۳۷۳	۰/۰۱۰
اثر مستقیم	-۰/۳۱۷	۰/۰۱۰
اثر غیرمستقیم	-۰/۰۵۶	۰/۰۱۵

با توجه به اینکه هم اثر کلی و هم اثر غیرمستقیم عملکرد خانواده بر اختلال خوردن معنادار بود، بنابراین عزت‌نفس در رابطه بین این دو متغیر نقش میانجی داشت. همچنین با توجه به اینکه اثر مستقیم عملکرد خانواده بر اختلال خوردن نیز معنادار بود و حاصل ضرب اثرات مستقیم و غیرمستقیم مثبت بود، در نتیجه میانجی از نوع جزئی و مکمل بود. بنابراین فرضیه اصلی این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. به طور خلاصه، این مدل توانست ۱۷/۹٪ از واریانس اختلال خوردن را از طریق مجموع اثر مستقیم عملکرد خانواده و اثر غیرمستقیم این متغیر با میانجی‌گری عزت‌نفس تبیین نماید ($p<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن با میانجی‌گری عزت‌نفس در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا (کووید-۱۹) انجام شد. نتایج نشان داد که عملکرد

1. Full mediation
2. Partial mediation
- t. Complementary
- o. Competitive

خانواده تاثیر معناداری بر نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان دارد. این نتایج با سایر پژوهش‌ها (سرنیکا و همکاران ۲۰۱۷؛ کریسکولو و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایرو، سیمینو و سرنیگلا، ۲۰۲۰؛ ذوالفقاری، ۱۳۹۷) در جهت معناداری ارتباط عملکرد خانواده با اختلال خوردن همسو است که نشان دادند عملکرد خانواده با اختلال خوردن در نوجوانان ارتباط منفی و معنادار دارد. در تبیین این یافته می‌توان به نظریه خانواده درمانی مینوچین اشاره داشت. طبق این نظریه، افراد مستعد ابتلا به اختلال خوردن ممکن است در یک ساختار خانوادگی مختل و نامنظم (خانواده‌های سایکوسوماتیک) گیر کرده باشند. به صورتیکه ساختار مختل این نوع خانواده‌ها، ایجاد اختلال خوردن را فعالانه ترغیب می‌کند. علاوه بر این در این خانواده‌ها، ضعف در عملکرد وجود دارد. به این معنا که خانواده توان تغییر وظایف و نقش‌های اعضا را در مواجهه با تغییرات محیطی ندارد، بنابراین نمی‌تواند واکنش‌های مناسبی به چرخه نوجوانی داشته باشد. به این صورت که خانواده سعی دارد با نوجوان به مثابه یک کودک رفتار کند و در مقابل استقلال نوجوان مقاومت کند. از سوی دیگر نوجوان در پی کسب استقلال، تلاش می‌کند یک جنبه از زندگی خود یعنی خوردن را تحت کنترل خود قرار دهد (مینوچین، ۲۰۱۸). بنابراین، در دوره‌ای از چرخه زندگی خانواده مانند نوجوانی، روابط خانوادگی بین والدین و فرزندان می‌تواند تاثیر بسزایی در جنبه‌های مختلف زندگی روزمره نوجوان از جمله روال خوردن و وزن او داشته باشد.

از سوی دیگر، شرایط حاصل از قرنطینه با تغییراتی که در وضعیت خانواده‌ها ایجاد می‌کند می‌تواند آشفتگی‌های روان‌شناختی اعضای خانواده را توضیح دهد. مواجهه با قرنطینه، برای والدینی که باید بدون منابع حمایتی دیگر، زندگی شخصی، کار و تربیت فرزندان را متعادل نگه دارند، یک تجربه استرس‌زاست. این وضعیت والدین را در معرض خطر پریشانی قرار می‌دهد و به طور بالقوه توانایی آنها را در مراقبت‌های حمایتی مختل می‌کند. عدم حمایتی که فرزندان در چنین شرایطی دریافت می‌کنند ممکن است دلیل علائم روان‌شناختی بالاتر در این دوران باشد. لذا سیاست‌ها باید پیامدهای قرنطینه در سلامت روان خانواده‌ها را بیشتر در نظر بگیرند و مداخلات حمایتی فوری را برای آینده ارتقا بخشند (اسپینلی و همکاران، ۲۰۲۰). یافته دیگر این پژوهش نشان داد که عملکرد خانواده به طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری عزت نفس بر نشانه‌های اختلال خوردن تاثیر می‌گذارد. به این صورت که، عملکرد ضعیف خانواده می‌تواند تاثیر منفی و معناداری بر عزت نفس و خودارزشی نوجوانان داشته باشد، از سوی دیگر کاهش عزت نفس می‌تواند زمینه‌ای برای بروز رفتارهای خوردن بیمارگون و نشانه‌های اختلال خوردن را در نوجوانان فراهم کند. در این راستا، سالافیا و همکاران (۲۰۱۵) شواهد حمایتی را ارائه کردند، و تفاوت‌هایی را در حوزه‌های مختلف زندگی بین افراد مبتلا و غیر مبتلا به اختلال خوردن نشان دادند، به این صورت که آن دسته از آزمودنی‌هایی که در معرض خطر ابتلا به اختلال خوردن بودند تمایل بیشتری داشتند تا اعتماد به نفس پایین خود را با رابطه بد یا مشکلات اجتماعی مرتبط کنند، و به رویدادهای آسیب‌زای زندگی به عنوان عاملی مهم برای آغاز اختلال خود اشاره داشتند. افزون بر این، شواهد پیشین نشان دادند که ویژگی‌های محیط خانواده از جمله ارتباطات و عملکرد خانواده (کاوه فارسی، ۲۰۲۰)، سبک‌های فرزندپروری، کیفیت روابط والدین و آسیب‌های دوران کودکی تاثیرات قابل توجهی بر رضایتمندی از خویشتن و عزت نفس در نوجوانان دارند (لیو و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر کاهش عزت نفس، ایجاد حس موثر نبودن و فقر درونی نوجوان به نوبه خود منجر به

درونی سازی بیشتر آرمان‌های زیبایی و مقایسه‌های مکرر ظاهر می‌شود. که این درونی سازی و مقایسه ظاهری با نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن و در نتیجه با بی‌نظمی در رفتارهای غذایی و ورزش‌های افراطی مرتبط هستند (لنی ورتاین، ۲۰۱۸). به بیان دیگر کودکی که در یک سیستم خانوادگی آشفته با سطح عملکرد پایین، با چرخه تحولی بلوغ و نوجوانی روبرو می‌شود، توان پایین‌تری برای شکل دهی خودپنداره‌ای منسجم دارد. بنابراین احتمال بیشتری وجود دارد که خودارزشی آنها وابسته به ایده آل‌های سطحی‌تر مثل شکل و فرم بدن باشد. به این ترتیب که گره خوردن مفهوم خودارزشی با ایده آل‌های ظاهری می‌تواند زمینه ساز نگرانی و اضطرابی باشد که نوجوان را به سمت کنترل‌های افراطی نسبت به رفتارهای خوردن سوق می‌دهد.

به طور کلی، نتایج تحلیل این پژوهش، شواهدی را در راستای اهمیت عوامل خانوادگی در بروز نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ارائه داده است. و نیز به توضیح مکانیزم ارتباط بین عملکرد خانواده با اختلال خوردن پرداخته و نشان داد که عزت نفس در ارتباط بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن نقش میانجی دارد. در مجموع یافته‌های این پژوهش می‌تواند در غنی سازی مفاهیم نظری و طراحی راهبردهای عملی از جمله برنامه ریزی‌های آموزشی و درمانی موثر واقع شود و زمینه‌ای برای ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی نوجوانان فراهم آورد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به فرایند نمونه گیری اشاره داشت که به علت شرایط بحرانی حاصل از ویروس کرونا و رعایت پروتکل‌های بهداشتی، به صورت آنلاین و با استفاده از ابزارهای خودگزارشی صورت گرفت، که ممکن است از دقت پژوهش بکاهد. لذا به منظور کسب اطلاعات دقیق‌تر و معتبرتر استفاده از مصاحبه در کنار پرسشنامه در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد. علاوه بر این، مطالعه حاضر فقط بر نمونه‌ای غیر بالینی (نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال) و صرفاً بر نشانه‌شناسی اختلال خوردن متکی بود. این محدودیت تعمیم یافته‌ها به گروه‌های سنی دیگر و تفسیرهای گسترده‌تر را با محدودیت مواجه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی سازه‌های مذکور در گروه‌های جامع‌تری مورد بررسی قرار گیرند. از طرفی این پژوهش از نوع طرح‌های همبستگی مقطعی است. لذا پیشنهاد می‌شود با اجرای مطالعات طولی آینده نگر نقش علی سازه‌های مرتبط با خانواده در بروز نشانه‌های اختلال خوردن مورد بررسی قرار گیرد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تاکید به تکمیل تمامی سوال‌ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که با همکاری خود ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۶). *مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج*، انتشارات بعثت، چاپ چهارم، تهران.
- خبیر، لیلا، محمدی، نوراله، و رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۳). اعتباریابی مقیاس تشخیص اختلال خوردن، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۸ (۲): ۱۰۰-۱۰۷.
- ذوالفقاری، حمید، سیدزاده دلویی، سیدایمان، فرخی، حسین، مصطفی پور، وحید، و علیشاهی، عارفه. (۱۳۹۷). مقایسه کارکردهای خانوادگی بیماران اختلال خوردن و خوراک با افراد سالم بر اساس مدل مک مستر، *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸: ۵۹-۵۹.
- محمدی، نوراله. (۱۳۸۴). بررسی مقدماتی اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس حرمت خود روزنبرگ. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱(۴)، ۵۵-۶۲.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective and method*.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (3rded.)*. New York: Routledge.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 10,305.
- Colmsee, I. S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low Self-Esteem as a Risk Factor for Eating Disorders. *Zeitschrift für Psychologie*.
- Crisuolo, M., Laghi, F., Mazzoni, S., Castiglioni, M. C., Vicari, S., & Zanna, V. (2020). How do Families of Adolescents with Anorexia Nervosa Coordinate Parenting? *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2542-2551.
- Elmqvist, J., Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2017). A preliminary investigation of the relationship between dispositional mindfulness and eating disorder symptoms among men in residential substance use treatment. *Addiction research & theory*, 25(1), 67-73.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31.
- Erriu, M., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2020). The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry research*, 113264.
- KavehFarsani, Z., Kelishadi, R., & Beshlideh, K. (2020). Study of the effect of family communication and function, and satisfaction with body image, on psychological well-being of obese girls: the mediating role of self-esteem and depression. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 1-10.
- Knopf, A. (2021). Eating disorders: Focus on the family. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 37(11), 9-10.

- Krauss, S., Orth, U., & Robins, R. W. (2020). Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(2), 457.
- Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of eating disorders*, 5(1), 1-15.
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... & Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732.
- Liu, D., Ksinan, A. J., & Vazsonyi, A. T. (2018). Maternal support and deviance among rural adolescents: The mediating role of self-esteem. *Journal of adolescence*, 69, 62-71.
- Lopez, A., & Shen, C. (2021). Predictors of Self-Esteem Among Mexican Immigrant Adolescents: An Examination of Well-Being Through a Biopsychosocial Perspective. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 38(3), 347-358.
- Mäkikangas, A., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of research in personality*, 38(6), 556-575.
- Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M., & Strebkova, R. (2018). Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, 16(2), 114-118.
- Minuchin, S. (2018). Structural family therapy. In Families and family therapy (pp. 1-11). Routledge.
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., ... & Hay, P. (2019). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50, 981-990.
- Nitzl, C., Roldan, J. L., & Cepeda, G. (2016). Mediation analysis in partial least squares path modeling: Helping researchers discuss more sophisticated models. *Industrial management & data systems*.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: Validation studies and FACES-III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Pan, Y., Yang, Z., Han, X., & Qi, S. (2021). Family functioning and mental health among secondary vocational students during the COVID-19 epidemic: A moderated mediation model. *Personality and Individual Differences*, 171, 110490.
- Pullmann, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 701-15.
- Puttevils, L., Vanderhasselt, M.A., & Vervaeke, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms?. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 381-90.
- Raykos, B.C., McEvoy, P.M., & Fursland, A. (2017). Socializing problems and low self-esteem enhance interpersonal models of eating disorders: Evidence from a clinical sample. *International journal of eating disorders*, 50(9), 1075-83.
- Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller Tyszkiewicz, M., ... & Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID 19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1166-1170.

- Salafia, E. H. B, Jones, M.E, Haugen, E.C & Schaefer, M.K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of eating disorders*, 3(1), 1-10.
- Shi, J., Wang, L., Yao, Y., Su, N., Zhao, X., & Chen, F. (2017). Family impacts on self-esteem in Chinese college freshmen. *Frontiers in psychiatry*, 8, 279.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713.
- Stice, E., Telch, C.F, & Rizvi, S.L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment*, 12(2), 123.
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model. *American Psychologist*, 70(4), 344.
- Tay, C.T., Teede, H.J., Hill, B., Loxton, D., & Joham, A.E. (2019). Increased prevalence of eating disorders, low self-esteem, and psychological distress in women with polycystic ovary syndrome: a community-based cohort study. *Fertility and sterility*, 112(2), 353-61.
- Udo, T., & Grilo, C.M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological psychiatry*, 84(5), 345-54.
- Vartanian, L.R., Hayward, L.E, Smyth, J.M., Paxton, S.J., & Touyz, S.W. (2018). Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 322-30.
- Wallis, A., Miskovic Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R.D., Cao, L., & Touyz, S. (2018). Family Functioning and Relationship Quality for Adolescents in Family based Treatment with Severe Anorexia Nervosa Compared with Non clinical Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 29-37.
- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/Mental Health/2020.1). World Health Organization.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ

مخالف	موافق
	۱. احساس می‌کنم آدم با ارزشی هستم، حداقل مساوی با دیگران
	۲. احساس می‌کنم چند ویژگی خوب دارم
	۳. می‌توانم به خوبی اکثر مردم کارها را انجام دهم
	۴. نسبت به خود نگرش مثبتی دارم
	۵. به طور کلی از خودم راضی هستم
	۶. احساس می‌کنم چیز زیادی ندارم که به آنها افتخار کنم
	۷. با در نظر گرفتن همه چیز، معمولاً فکر می‌کنم شکست خورده‌ام.
	۸. ای کاش می‌توانستم احترام بیشتری برای خودم قائل شوم
	۹. گاهی احساس می‌کنم بی فایده هستم
	۱۰. گاهی فکر می‌کنم اصلاً نمی‌توانم کاری انجام دهم

مقیاس عملکرد خانواده

تقریباً هرگز به ندرت گاهی اوقات اکثر اوقات همیشه

۱. اعضای خانواده از یکدیگر کمک می گیرند.
۲. از پیشنهادها و فرزندانی برای حل مشکلات استفاده می شود
۳. ما دوستان یکدیگر را تایید می کنیم
۴. بچه های خانواده درباره انضباط خود نظر می دهند
۵. ما دوست داریم کارها را به اتفاق اعضای خانواده خود انجام دهیم
۶. در خانواده ما رهبری را افراد مختلفی انجام می دهند.
۷. اعضای خانواده ما نسبت به یکدیگر بیش از افراد خارج از خانواده احساس نزدیکی می کنند.
۸. خانواده ما نحوه انجام شدن تکالیف خانوادگی را تغییر می دهد
۹. اعضای خانواده ما مایلند اوقات فراغت خود را با هم بگذرانند.
۱۰. در خانواده ما والدین و فرزندان درباره استفاده از تنبیه با هم گفتگو می کنند.
۱۱. اعضای خانواده ما احساس نزدیکی به یکدیگر دارند
۱۲. در خانواده ما تصمیم گیری با فرزندان است.
۱۳. وقتی اعضای خانواده ما برای انجام کاری جمع می شوند همه مشارکت می کنند
۱۴. در خانواده ما مقررات تغییر می کند
۱۵. برای ما یافتن فعالیت خانوادگی مشترک آسان است
۱۶. مسئولیت های خانه ما دست به دست می گردد.
۱۷. اعضای خانواده ما برای تصمیم گیری های خود با سایر اعضا مشورت می کنند
۱۸. مشخص کردن رهبر خانواده ما دشوار است
۱۹. برای ما باهم بودن اعضای خانواده بسیار مهم است.
۲۰. مشکل می توان گفت هریک از کارهای خانه ما را چه کسی انجام می دهد

مقیاس غربالگری خوردن

ابدا کمی متوسط به شدت
۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. احساس چاقی کرده اید؟
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. ترس مشخصی از اینکه ممکن است اضافه وزن پیدا کنید یا چاق شوید داشته اید؟
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. وزنتان بر طرز تفکر (قضاوت) شما درباره خودتان بعنوان یک فرد تاثیر داشته است؟
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. اندامتان بر طرز تفکر (قضاوت) شما درباره خودتان بعنوان یک فرد تاثیر داشته است؟

۵. در طول ۶ ماه گذشته مواقعی بوده است که احساس کنید چیزی خورده اید که دیگران آن را بعنوان مقادیر زیادی از مواد غذایی (مثلاً یک لیتر بستنی) در شرایطی معین در نظر میگیرند؟

خیبر

بله

۶. آیا در مواقعی که مقادیر زیادی از مواد غذایی را خوردید، تجربه از دست دادن کنترل را داشتید (احساس اینکه نمیتوانستید خوردن را متوقف کنید یا چیزی که میخوردید ۶ یا مقدار آن را کنترل کنید)؟

خیبر

بله

۷. به طور متوسط در ۶ ماه گذشته، چند روز در هفته مقادیر زیادی مواد غذایی خورده اید و از دست کنترل را تجربه کرده اید؟

- ۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷
۸. به طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته مقادیر زیادی مواد غذایی خورده‌اید و از دست دادن کنترل را تجربه کرده اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴
۹. آیا شما در طول این دوره‌های بیشخوری و از دست دادن کنترل...
بله خیر
۱۰. بسیار تندتر از حالت معمول خوردید؟
بله خیر
۱۱. تا جایی خوردید که به شکل ناخوشایندی احساس پری کردید؟
بله خیر
۱۲. مقادیر زیادی مواد غذایی خوردید در حالیکه از لحاظ جسمی احساس گرسنگی نمی‌کردید؟
بله خیر
۱۳. در تنهایی خوردید چون بخاطر مقداری که می‌خوردید خجالت میکشیدید؟
بله خیر
۱۴. بعد از بیشخوری احساس تنفر از خود، افسردگی، یا گناه زیاد داشتید؟
بله خیر
۱۴. در مورد بیشخوری غیر قابل کنترل خود یا اضافه وزن ناشی از آن آشفتگی بودید؟
بله خیر

۱۵. به طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته استفراغ عمدی داشتید تا از اضافه وزن جلوگیری کنید یا اثرات خوردن را خنثی کنید
۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴
۱۶. به طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته از ملبه‌ها یا ادراورها استفاده کرده اید تا از اضافه وزن جلوگیری کنید یا اثرات خوردن را خنثی کنید؟
۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴
۱۷. به طور متوسط در ۳ ماه گذشته چند بار در هفته روزه داری کردید (صرف نظر کردن از حداقل دو وعده غذایی اصلیدر یک روز) تا از اضافه وزن جلوگیری کنید یا اثرات خوردن را خنثی کنید
۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴
۱۸. به طور متوسط در ۳ ماه گذشته، چند بار در هفته به ورزش افراطی پرداخته‌اید مشخصاً برای اینکه اثرات دوره‌های بیشخوری را خنثی کنید؟
۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴

۱۹. وزن شما چقدر است؟ اگر نمیدانید، لطفاً بهترین برآورد خود را بنویسید. کیلوگرم

۲۰. قد شما چقدر است؟ سانتی متر

۲۱. طی ۳ ماه گذشته، چند دوره عادت ماهانه را از دست داده‌اید؟ ۰ ۱ ۲ ۳

۲۲. طی ۳ ماه گذشته، قرص‌های ضدبارداری مصرف کرده‌اید؟ بله خیر

The mediating role of self-esteem in the relationship between family functioning and symptoms of eating disorder in adolescents during home quarantine due to coronavirus (COVID-19)

Motahareh. Gholami hosnaroudi¹, Mohsen. Kachooei^{1*}, & Nazanin. Fatehi¹

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the mediating role of self-esteem in the relationship between family functioning and symptoms of eating disorder in adolescents during home quarantine due to COVID-19. **Methods:** The research method was descriptive-correlational, and the statistical population consisted of all students aged 13 to 18 years in Tehran in the academic year of 2019-2020. Among them, 384 individuals were selected by convenient sampling method. Family functioning Questionnaire (Faces-III) by Olson (1986), Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS) by Stice et al (2000), and self-esteem scale (RSES) by Rosenberg (1965) were used to measure the variables. Data were analyzed through mediation analysis using AMOS software. **Results:** The results of the mediation analysis showed that the direct effect of family functioning on symptoms of eating disorder was significant ($p < 0/01$; $\beta = 0/317$). The indirect effect of family functioning on symptoms of eating disorder through self-esteem was also significant ($p < 0/05$; $\beta = -0/056$). **Conclusion:** The present study has provided some evidence regarding the importance of the family psychological atmosphere in the occurrence and exacerbation of the adolescents' symptoms of eating disorder during quarantine due to COVID-19. These results can provide a framework for developing novel prevention and therapeutic programs at different levels of eating disorder.

Keywords: Self-esteem, Family functioning, Eating disorder Adolescent, COVID-19

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran

2. *Corresponding Author: Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran

Email: kachooei.m@usc.ac.ir