

اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تغییر نگرش خرده

مقیاس‌های اختلالات خوردن دانش‌آموزان دختر

*پریسا آقاگدی¹، احمد اعتمادی²

1. کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی، 2. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

(تاریخ وصول: 92/11/19 - تاریخ پذیرش: 93/06/25)

Efficacy of instructing cognitive-behavioral stress management on attitude changes towards sub-scales of eating disorders among female students

*Parisa Aghagedi¹, Ahmad Etemadi²

1. M.A. in Psychology, AllameTabatabaei University

2. Associate Professor in Department of Psychology, AllameTabatabaei University

(Received: Feb. 08, 2014 Accepted: Sep. 16, 2014)

Abstract

Aim: This study was conducted to examine the efficacy of instructing cognitive-behavioral stress management on attitude changes towards sub-scales of eating disorders among female students. **Methodology:** The research method was semi-experimental, with the control and experimental group as well as implementation of pre-test and post-test phases. The sample included 20 students (10 students in experiment group and 10 in control group) who were selected from district 5 in Isfahan using Cluster random sampling method. The research measurement tool adopted was The Eating Attitudes Test (EAT-26). Data obtained were analyzed utilizing SPSS18 software and Covariance Analysis Test. **Results:** Having implemented the intervention phase, the mean score of attitudes decreased from 22.80 before instruction to 14 after instruction for Anorexia Nervosa and from 16 to 9.60 for Bulimia Nervosa and from 15.10 to 9.70 for Mouth Control. Moreover, results of Covariance Analysis revealed effect amounts of 0.88, 0.89 and 0.82 for sub-scales of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Mouth Control respectively ($P < 0.001$), while no statistically meaningful difference was observed after intervention regarding eating disorders in the control group. **Conclusions:** Taking the research results into account, Cognitive-behavioral Treatment in stress management can be used as a selective treatment style in order to reduce stress, anxiety and depression, which have an effective role in affection with eating disorders.

Keywords: Stress Management, Attitude Change, Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Mouth Control.

چکیده

مقدمه: این مطالعه به منظور اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر تغییر نگرش خرده مقیاس‌های اختلالات خوردن دانش‌آموزان دختر طراحی و انجام شد. روش‌نروش پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. نمونه آماری متشکل از 20 نفر بودند (10 نفر گروه آزمایش و 10 نفر گروه کنترل) که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از ناحیه 5 آموزش و پرورش شهر اصفهان انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه نگرش‌های اختلال خوردن (The Eating Attitudes Test (EAT-26)) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 و آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: پس از اجرای مداخله، میانگین نمره نگرش گروه آزمون در بی‌اشتهایی عصبی از 22/80 قبل از آموزش به 14 بعد از آموزش، و پرخوری عصبی از 16 به 9/60 و در کنترل دهانی از 15/10 به 9/70 کاهش یافت همچنین نتایج تحلیل کوواریانس اندازه اثر 0/88، 0/89 و 0/82 را به ترتیب در هر یک از خرده مقیاس‌های بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانی نشان داد ($P < 0/001$). درحالی‌که تفاوت آماری معناداری در اختلالات خوردن گروه کنترل بعد از مداخله به وجود نیامد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی در جهت کاهش استرس اضطراب و افسردگی که نقش مؤثری در ابتلا به اختلالات خوردن دارند به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: مدیریت استرس، تغییر نگرش، اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی، کنترل دهانی.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

منفی هستند، عوامل خطر آن را از زمان نوجوانی دارا بوده‌اند، زیرا وزن در دوران نوجوانی عامل تعیین کننده در جذابیت نوجوانان محسوب می‌شود (ایوارسون⁶ و همکاران، 2006). بی‌اشتهایی عصبی یکی از انواع اختلالات خوردن می‌باشد که در جوامع پیشرفته‌ای که لاغری و تناسب اندام با ارزش‌تر است در میان زنان شایع‌تر می‌باشد (رولا⁷، 2013). بر طبق پژوهش وندرلیچ⁸ و همکاران (2005) بین بی‌اشتهایی عصبی و افسردگی و اضطراب و استرس رابطه وجود دارد. همچنین افرادی که دچار اختلالات خوردن هستند، از آگاهی هیجانی کمتری برخوردارند (گیلبوا⁹ - اسکچمن⁹ و همکاران، 2006). کوکل¹⁰ و همکاران (2002) افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، اختلالات خلقی و سالم را مقایسه کرده و سطوح بالای کمال‌گرایی خویشن‌مدار و جامعه‌مدار را در مبتلایان با بی‌اشتهایی عصبی گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط سانتوس¹¹ و همکاران (2013) به منظور بررسی تفاوت‌ها در رفتارها و اختلالات خوردن در نوجوانان مدارس شهری و روستایی در پرتغال انجام شد نشان دادند تفاوت‌های بارزی در میان رفتارها و عادات خوردن و توده بدنی در بین نوجوانان مدارس شهری و روستایی وجود دارد. کزاجا¹² و همکاران (2009) گزارش داده‌اند کودکانی که نمی‌توانند خوردن خود را کنترل کنند

یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی که عمدتاً در ابتدای دوران نوجوانی و جوانی در افراد مشاهده می‌شود اختلالات خوردن¹ است که خصوصیت بارز و اصلی آن‌ها آشفتگی و به هم خوردن رفتار متعادل تغذیه‌ای بوده و در آن نابهنجاری‌های بارزی در افکار و تصورات نسبت به غذا و خویشتن و وزن بدن به وجود می‌آید (پورقاسم گرگری و همکاران، 1387). طبق DSM-IV اختلالات خوردن شامل بی‌اشتهایی عصبی²، پرخوری عصبی³ و شکل بینابینی⁴ می‌شود. بی‌اشتهایی عصبی با ترس از افزایش وزن، الگوهای خاص در مدارا با غذا و اختلال در درک تصویر بدن تعریف می‌شود. پرخوری عصبی با نگرانی دایم در مورد شکل و وزن بدن، دوره‌های تکراری پرخوری، فقدان کنترل در طول این دوره پرخوری و استفاده از روش‌های جبرانی برای جلوگیری از افزایش وزن مانند پاک‌سازی، محدودیت رژیم، روزه‌داری یا ورزش مفرط مشخص می‌شود. شکل بینابینی شامل بیمارانی می‌شود که علایمی مشابه با بی‌اشتهایی یا پرخوری عصبی دارند ولی تمامی شاخص‌های تشخیصی این دو اختلال را ندارند که در این نوع اختلال دوره‌های پرخوری وجود دارد اما رفتارهای جبرانی وجود ندارد (کوگو⁵ و همکاران، 2006). اختلالات خوردن از دوران نوجوانی شروع می‌شوند و افرادی که در بزرگسالی دچار اختلالات خوردن یا تصویر ذهنی

6. Ivarsson

7. Rolla

8. Wonderlich

9. Gillboa-schechtman

10. Cockell

11. Santos

12. Czaja

1. Eating Disorders

2. Anorexia Nervosa

3. Bulimia Nervosa

4. Binge - eating

5. Kugu

آن را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مختلف تأیید کرده‌اند (کوسو³ و همکاران، 2011؛ کریک⁴، 2011؛ محرابی و همکاران، 1386؛ دوازده‌امامی و همکاران، 1388؛ میرزایی و همکاران، 1392). درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی-رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این مداخله شامل عناصری از جمله افزایش آگاهی در زمینه استرس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، مهارت‌های ابراز وجود و مدیریت خشم و زمان می‌باشد و هدف نهایی این تکنیک‌ها کاهش استرس و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران خواهد بود (آنتونی⁵ و همکاران، 2007؛ ترجمه‌ال محمد و همکاران، 1388). نتایج مطالعه آنتونی (2009) نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری سازگاری روانی اجتماعی، افزایش خلق مثبت، افزایش کیفیت زندگی و کاهش مشکلات بین فردی را در پی دارد.

در جوامع در حال توسعه از جمله ایران باید توجه خاصی به موضوع اختلالات خوردن معطوف شود. زیرا این مسأله از یکسو بر الگوی بیماری‌های جسمی مؤثر است و از طرفی مشکلات روحی و روانی و اجتماعی را سبب

و دارای پراشتهای عصبی هستند، بیشتر از راهبردهای نامطلوب هیجانی همچون ناخن جویدن خصوصاً در کنترل و تنظیم اضطراب، استرس و ترس استفاده می‌کنند. طی تحقیقی که توسط ایوارسون و همکاران (2006) انجام شد نشان داده شد که 40-50 نفر از دختران 13-14 ساله نگران چاقی و اضافه وزن خود هستند.

افراد مبتلا به اختلالات خوردن از چندین مشکل همراه از جمله محرومیت غذا، توجه بیش از اندازه به شکل و وزن، تصویر بدنی تحریف شده، توجه بیش از اندازه به خوردن رنج می‌برند که در شرایط ایده‌آل تمامی این مشکلات باید توسط یک درمان مؤثر مورد توجه قرار گیرد و مطالعات روش‌های درمان شناختی-رفتاری را به عنوان مؤثرترین درمان برای این اختلال نشان داده‌اند (آذری و همکاران، 1391). یکی از علل اصلی جوع یا پرخوری عصبی استرس و اضطراب می‌باشد و یکی از بحث‌هایی که به اثبات رسیده است این است که استفاده از درمان‌های شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی بیمارگونه و در طولانی مدت موجب تسهیل کاهش وزن گردد (وریج¹ و همکاران، 2009، به نقل از کشاورز، 1391). نقش باورهای شناختی در سبب‌شناسی اختلال‌های اضطراب فراگیر، افسردگی، استرس و روان‌پریشی به اثبات رسیده است (ولریج² و همکاران، 2008، 2008، به نقل از بهراد و همکاران، 1390). درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس از اساس نظری قوی برخوردار بوده و مطالعات متعدد اثربخشی

3. Cosio
4. Kirk
5. Antoni

1. Werrij
2. Woolrich

خواهد شد. امروزه رسانه‌ها، آگهی‌های تبلیغاتی در زمینه تناسب اندام، هشدارهای گسترده در خصوص چاقی و فرهنگ غرب در تلاشند لاغری را امری مثبت نشان دهند و این امر باعث شده است که نسل جوان به خصوص دختران را به شدت تحت تأثیر خود قرار داده و آنان خواسته یا ناخواسته وادار به ایجاد رفتارهایی مثل اختلالات خوردن شوند که بیش از پیش برای خود، خانواده‌ها و اجتماع نگرانی‌هایی را به همراه خواهد داشت. با عنایت به اینکه اختلالات خوردن ارتباط تنگاتنگی با فرهنگ منطقه دارد و ارزش‌های اجتماعی-فرهنگی تا حدودی تعیین‌کننده اهمیت ظاهر و تناسب اندام، تعامل اجتماعی و تجارب میان فردی است؛ ویژگی‌هایی که می‌تواند تأثیر بسیار مهمی روی شکل‌گیری استرس و اضطراب اجتماعی داشته باشد. بررسی این عوامل در بافت فرهنگی جامعه ایران، به خصوص در میان قشری از افراد جامعه که بیشتر مستعد این‌گونه نگرانی‌ها و پیامدهای ناشی از آن هستند، یعنی دختران جوان، ضروری به نظر می‌رسد. برای داشتن مداخله مفید و مؤثر در زمینه کشف زودرس اختلالات تغذیه‌ای و تغییر نگرش آن، داشتن یک مدل مناسب و توانا برای تغییر نگرش از اولویت خاصی برخوردار است. بنابراین مدلی که در حال حاضر برای ارتقای نگرش نوجوانان انتخاب شده است آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری است. لذا این تحقیق به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر تغییر نگرش خرده

مقیاس‌های اختلالات خوردن دانش‌آموزان دختر مؤثر است؟ به همین منظور سه فرضیه به شرح زیر تدوین و پاسخ داده شد:

فرضیه اول: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر بهبود بی‌اشتهایی عصبی دانش‌آموزان دختر تأثیر دارد.

فرضیه دوم: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر بهبود پرخوری عصبی دانش‌آموزان دختر تأثیر دارد.

فرضیه سوم: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر بهبود کنترل دهانی دانش‌آموزان دختر تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی 1392-93 بوده است.

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای انجام شد. بدین صورت که در نمونه‌گیری این پژوهش در مرحله اول از بین 5 ناحیه آموزش و پرورش شهر اصفهان یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس محقق با مراجعه به 8 دبیرستان دخترانه در ناحیه پنج آموزش و پرورش شهرستان اصفهان و اجرای پرسشنامه نگرش به تغذیه در سه پایه تحصیلی، دانش‌آموزانی را که نمره بیست و بالاتر در آزمون کسب کردند به عنوان افراد دچار اختلال تغذیه شناسایی و به صورت تصادفی به دو گروه

آزمایش و کنترل تقسیم شدند (10 نفر گروه آزمایش و 10 نفر گروه کنترل) شرایط ورود به تحقیق شامل وجود اختلال خوردن، جنسیت (دختر) و دوره دبیرستان به عنوان ملاک ورود در نظر گرفته و شرایط زیر برای خروج از پژوهش تعیین شد.

1. دارا بودن اختلالات حاد روان شناختی

2. مصرف داروهای روان پزشکی و روان گردان

پرسشنامه نگرش های اختلال خوردن: این پرسشنامه توسط گارنر¹ و گارفینکل² (1979) ساخته شده است و در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی³ برای نگرش ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می رود. دو نسخه 40 و 26 گویه ای دارد. همبستگی این دو نسخه 0/98 گزارش شده است که در این پژوهش از نسخه 26 گویه ای استفاده شد. در این پرسشنامه سه خرده مقیاس وجود دارد: رژیم لاغری (بی اشتهایی عصبی)، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا (جوع یا پرخوری عصبی) و کنترل یا مهار دهانی (گارنر و همکاران، 1982). این پرسشنامه شامل 26 سؤال در خصوص رفتارهای تغذیه ای است که پاسخ سؤالات 1-25 از 1-3 وزن دهی شده است. بر این اساس از سؤال 1-25 گزینه های همیشه، تقریباً همیشه و اغلب به ترتیب 3، 2 و 1 امتیاز دارند و گزینه های بعدی امتیازی معادل صفر خواهد داشت و گزینه های «گاهی، به ندرت و هرگز، در سؤال 26 به ترتیب 1 و 2 و 3 امتیاز و مابقی گزینه ها ارزشی برابر صفر دارند. در صورتی

که پاسخ دهندگان به سؤال 9 «بعد از خوردن استفراغ می کنم» پاسخ همیشه و تقریباً همیشه بدهند مبتلا به پرخوری عصبی و در صورتی که پاسخ دهندگان به سؤال 2 «از غذا خوردن حتی هنگامی که گرسنه هستم پرهیز می کنم» پاسخ همیشه و تقریباً همیشه بدهند مبتلا به بی اشتهایی عصبی در نظر گرفته می شوند. دامنه نمرات از صفر تا 78 می باشد و نمره برش 20 و بالاتر احتمال وجود اختلال تغذیه را نشان می دهد (مظفری خسروی و همکاران، 1390). گارنر و همکاران (1982) ضریب پایایی را به روش همسانی درونی 0/94 و به روش بازآمایی 0/84 گزارش کرده اند. در مطالعه ای نانسن⁴ (2005) برای بررسی اعتبار و روایی، پرسشنامه را بر روی 161 زن برزیلی اجرا کرد که ضریب اعتبار آن با حساسیت تشخیصی 0/40 و ویژگی 0/84 محاسبه شد و همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس 0/75 رابدهست آورد. در پژوهشی دیگر ضریب همبستگی پرسشنامه معادل 0/81 و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز 0/94 گزارش شده است (ولریچ و همکاران، 2008؛ به نقل از بهراد و همکاران، 1390). اعتبار محتوای فرم فارسی Eat-26 مطلوب و پایایی آن با استفاده از روش بازآمایی 0/91 گزارش شده است (دژکام و همکاران، 1377). همچنین پورقاسم و همکاران (1387) جهت تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه آن را بر روی 110 دانش آموز اجرا کردند. میزان اعتبار آن با آلفای کرونباخ 0/76 و پایایی با آزمون

1. Garner, D.M.
2. Garfinkel, P.E.
3. Self-rating

توسط آنتونی و همکاران (2007) تنظیم شد و مطالعات متعدد اثربخشی این مدل درمانی را تأیید کرده‌اند. از جمله یکی از مطالعات مطرح در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان که منجر به کاهش افسردگی و انزوای اجتماعی و افزایش سلامت هیجانی، تفکرات، حالات ذهنی مثبت و تغییر مثبت سبک زندگی شد توسط آنتونی و همکاران (2006) اجرا شد. پس از اتمام جلسات آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، پرسشنامه مجدداً برای گروه‌های آزمایشی و گواه اجرا شد (پس‌آزمون). محتوای جلسات در جدول 1 ارائه شده است.

همبستگی 0/80 محاسبه شد که پایایی و اعتبار قابلقبولی است.

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای پژوهش، 20 نفر دانش‌آموزان دختر دبیرستانیناحیه پنج آموزش و پرورش شهرستان اصفهانکه به عنوان مبتلایان بهاختلالات تغذیه‌ایشناسایی شدند در دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور مساوی (10 نفر در گروه آزمایش و 10 نفر در گروه کنترل) و تصادفی تقسیم شدند. سپس آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری در 9 جلسه (هر جلسه 90 دقیقه) طی 2 ماه برای گروه آزمایش اجرا شد و برای گروه گواه هیچ درمانی اعمال نشد. برنامه درمان طبق مدل ارائه شده

جدول 1. جلسات آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری.

| جلسات | شرح جلسات |
|------------|---|
| جلسه اول | معرفی و آشنایی اعضا - بیان مفهوم استرس و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای 16 گروه ماهیچه‌ای. |
| جلسه دوم | آرمیدگی عضلانی تدریجی برای 8 گروه ماهیچه‌ای و استرس و آگاهی. |
| جلسه سوم | تنفس دیافراگمی و تمرین، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای 4 گروه ماهیچه‌ای، تصویر سازی و آرمیدگی و ارتباط افکار و هیجانات. |
| جلسه چهارم | آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص، تفکر منفی و تحریفات شناختی. |
| جلسه پنجم | آموزش خودزاد، جایگزینی، جایگزینی افکار منطقی و گام‌های آن و تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی. |
| جلسه ششم | تمرین خودزاد، مقابله کارآمد و ناکارآمد، تعریف و انواع آن. |
| جلسه هفتم | آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی، مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، آموزش ابرازگری. |
| جلسه هشتم | مراقبه، تمرین مراقبه‌ای مانترا و حمایت اجتماعی. |
| جلسه نهم | مراقبه شمارش تنفس، انجام یکی از تمرین‌های آرمیدگی جلسات قبل و تشکر و قدردانی. |

آن‌ها توضیح داده شد که نتایج پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند و از نتایج بدون ذکر نام فردی در پژوهش استفاده می‌شود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: اطلاعات بدست آمده توسط نرم‌افزار SPSS-18 در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار

ملاحظات اخلاقی: برای اجرای متغیر مستقل آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری و رعایت اخلاق پژوهش ضمن آگاهی دادن به تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در زمینه اهداف پژوهش و تکمیل رضایت‌نامه کتبی به وسیله دانش‌آموزان جهت شرکت در پژوهش، برای

گرفت. در سطح توصیفی: توزیع فراوانی، میانگینو انحراف معیار محاسبه شد و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه: در این قسمت به بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه براساس پایه تحصیلی در جدول 2 پرداخته شده است.

جدول 2. توزیع فراوانی گروه آزمایش و کنترل براساس پایه تحصیلی.

| کنترل | | آزمایش | | شاخص‌های آماری |
|-------|---------|--------|---------|-----------------|
| درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | |
| 30 | 3 | 20 | 2 | پایه تحصیلی اول |
| 40 | 4 | 40 | 4 | دوم |
| 30 | 3 | 40 | 4 | سوم |
| 100 | 10 | 100 | 10 | مجموع |

بنابر اطلاعات جدول 2 تعداد دانش‌آموزان دختر پایه دوم در دو گروه آزمایش و کنترل از سه پایه تحصیلی بیشتر از دو پایه دیگر می‌باشد.

یافته‌های توصیفی پژوهش: در این قسمت یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانی گروه آزمایش و کنترل در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 3. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانی گروه‌های آزمایش و کنترل.

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|-----------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| بی‌اشتهایی عصبی | آزمایش | 22/80 | 2/62 | 14 | 1/70 |
| | کنترل | 23/40 | 2/50 | 23/80 | 2/10 |
| پرخوری عصبی | آزمایش | 16 | 1/41 | 9/60 | 1/08 |
| | کنترل | 15/70 | 1/57 | 16/10 | 1/73 |
| کنترل دهانی | آزمایش | 15/10 | 1/72 | 9/70 | 1/25 |
| | کنترل | 15/30 | 1/70 | 15/20 | 1/47 |

چنانکه در جدول 3 مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً با هم برابر اما، در پس‌آزمون خرده مقیاس‌های بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانی دانش‌آموزان دختر میانگین نمرات گروه

آزمایش به مراتب کوچکتر از میانگین دانش‌آموزان دختر گروه کنترل بوده است. یافته‌های استنباطی پژوهش: در ابتدا فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری به وسیله آزمون شاپیرو - ویلک مورد بررسی قرار گرفت که با توجه به اینکه آماره شاپیرو - ویلک در خصوص بی‌اشتهایی عصبی ($P=0/94$)، پرخوری عصبی ($P=0/87$) و کنترل دهانی ($P=0/20$) معنادار نبوده، بنابراین توزیع نمرات متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. با توجه به اینکه F مشاهده شده در خصوص بی‌اشتهایی عصبی ($P=0/89$)، پرخوری عصبی ($P=0/51$) و کنترل دهانی ($P=0/81$) در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نبوده، بنابراین واریانس گروه‌ها همگن می‌باشد.

جدول 4، نتایج خطی بودن و شیب رگرسیون متغیرهای پژوهش.

| متغیرها | سطح معناداری | توان آزمون | شیب رگرسیون |
|-----------------|--------------|------------|-------------|
| بی‌اشتهایی عصبی | 0/041 | 5/90 | 0/48 |
| پرخوری عصبی | 0/003 | 18/07 | 0/56 |
| کنترل دهانی | 0/005 | 6/45 | 0/76 |

همانطور که در جدول 4 مشاهده می‌شود با توجه به اینکه F مشاهده شده در سطح $P \leq 0/05$ معنادار بوده بنابراین رابطه خطی و شیب رگرسیون بین متغیرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون خرده مقیاس‌های بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانی وجود دارد. پس از

بررسی روایی مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس نظیر نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس نمرات در دو گروه و همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

جدول 5، نتایج تحلیل کواریانس نمرات واریانس تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر تغییر نگرش خرده مقیاس‌های اختلالات خوردن.

| منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آزمون |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|-----------|--------------|------------|------------|
| بی‌اشتهایی عصبی | 462/35 | 1 | 462/35 | 127/65 | 0/001 | 0/88 | 1 |
| پرخوری عصبی | 219/27 | 1 | 219/27 | 143/45 | 0/001 | 0/89 | 1 |
| کنترل دهانی | 150/33 | 1 | 150/33 | 75/95 | 0/001 | 0/82 | 1 |

نتایج جدول 5، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگن نمرات پس‌آزمون تغییر نگرش خرده مقیاس‌های

اختلالات خوردن دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، مدیریت استرس به شیوه شناختی-

رفتاری بر تغییر نگرش به بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانیدانش‌آموزان دختر گروه آزمایش تأثیر داشته است. اندازه اثر بر سه خرده مقیاس در متغیر نگرش به بی‌اشتهای عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانی دانش‌آموزان دختر به ترتیب 0/88، 0/89 و 0/82 در پس‌آزمون می‌باشد. توان آماری یک نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمون این فرضیه کفایت می‌کند.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر تغییر نگرش خرده مقیاس‌های اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دختر بود. نتایج حاصل از فرضیه اول سودمندی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر بهبود بی‌اشتهایی عصبی دانش‌آموزان دختر را تأیید کرد. نتیجه این فرضیه با نتایج پژوهش‌های (رولا، 2013؛ استروبر¹، 2009؛ جونگ² و همکاران، 2007؛ گیلوا- اسکچمن و همکاران، 2006؛ وندریلیچو همکاران، 2005؛ کوکل و همکاران، 2002) همخوان می‌باشد. استروبر (2009) طی پژوهش خود دریافت افرادی که دچار بی‌اشتهایی عصبی هستند و در ماه‌های گذشته با رویدادهای استرس‌زای بیشتری در زندگی مواجه بودند بیشتر به رفتار پرخوری می‌پردازند. جونگ و همکاران (2007) با مقایسه دو گروه از دختران دانشجو (در معرض رسانه قرار داشتند یا نداشته‌اند) نشان دادند که بین مصرف رسانه‌ای با ارزیابی خود، تصور از

بدن، نارضایتی از بدن و پذیرش اجتماعی و اختلالات تغذیه‌ای رابطه معناداری وجود دارد و افرادی که در معرض رسانه‌ها قرار دارند اختلالات تغذیه‌ای بیشتر دارند. همچنین پژوهش‌های (محرابی و همکاران، 1386؛ دوازده‌امامی و همکاران، 1388؛ میرزایی و همکاران، 1392؛ حبیبی و همکاران، 1392) سودمندی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری را به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و فشار روانی (استرس) و افسردگی نشان دادند.

در تبیین این فرضیه پژوهشی می‌توان گفت که استرس از عوامل تأثیرگذار و اجتناب‌ناپذیر زندگی است و بسیاری از موضوعات کوچک و بزرگ به درجات مختلف در زندگی ما منبع استرس به شمار می‌روند. شاید بتوان گفت که در اکثر اختلالات روانی از جمله اختلال خوردن و به ویژه بی‌اشتهایی عصبی ردپایی از استرس وجود دارد. در رابطه با چگونگی مبتلا شدن زنان به بی‌اشتهایی عصبی عوامل اجتماعی چون فرهنگ جامعه، مقایسات اجتماعی، فشار خانواده و... نقش بسزایی ایفا می‌کند. در واقع، بی‌اشتهایی عصبی را باید مرتبط به تعداد انتخاب‌ها دانست که از دستاوردهای تجدد متأخر در اجتماع امروزی است. فشار لاغر بودن که تأثیر عمیقی بر فرد دارد را می‌توان در رسانه‌ها و نشریات به خوبی مشاهده کرد. در واقع افراد می‌خواهند تصویری از بدن خود ارائه دهند که مورد قبول جامعه است. با توجه به نقش مقایسات اجتماعی، زنان غالباً خود را با مدل‌ها و شخصیت‌های لاغر در رسانه‌ها و مجلات مقایسه می‌کنند و زمانی که

1. Strober
2. Jung

دیگران حالات خلقی منفی را تجربه کنند و با این حالات به وسیله پرخوری سازگار شوند. رفتار پرخوری به صورت منفی تقویت می‌شود، چرا که فرد را از منبع اصلی ناراحتی منحرف می‌کند و تجربه مثبت کوتاه مدتی را فراهم می‌سازد؛ بنابراین بیشتر احتمال دارد که در آینده تکرار شوند. زنان مبتلا به پرخوری عصبی نسبت به زنان بهنجار میزان بیشتری استرس و هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند و این حالات هیجانی دوره‌های پرخوری را پیش‌بینی می‌کند (فیسچر و همکاران، 2003). گیس (1989) مطالعه طولی براساس روان‌درمانی بیست نفر بیمار مبتلا به اختلالات خوردن انجام داد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین اختلالات خوردن و مهارت‌های اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. به این معنی که افراد مبتلا به اختلالات خوردن در مقایسه با گروه کنترل سطح پایین‌تری از مهارت اجتماعی را دارند. در تبیین این فرضیه پژوهشی می‌توان گفت از آنجا که در همه فرهنگ‌ها وزن و تناسب اندام یکی از معیارهای زیبایی است، استرس‌های اجتماعی ناشی از کاهش وزن بر نوجوانان و زنان جوان بیشتر تأثیر می‌گذارد. با توجه به تأثیر عزت‌نفس پایین به عنوان عامل خطر ساز پرخوری به چالش کشیدن و تغییر عقاید ناکارآمد در مورد خوردن و مسائل مرتبط با بدن و طرحواره‌ها ممکن است فرد را قادر سازد تا عزت‌نفس بیشتری داشته باشد (وریچ و همکاران، 2009؛ به نقل از کشاورز، 1391)؛ زیرا اندام متناسب می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس و به تبع آن کاهش استرس و بهبود روابط بین فردی شده و تأیید فرد از سوی دیگران را به دنبال داشته باشد و چون

بین اندام ایده‌آل و آنچه که از بدن خود ادراک می‌کند، ناهماهنگی مشاهده کنند؛ ممکن است شروع به گرفتن رژیم غذایی کرده و به اختلال‌های اشتها عصبی دچار شوند. مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری از طریق افزایش آگاهی و مهارت‌های رفتاریو اجتماعی، کاهش اضطراب، آرمیدگی عضلانی تدریجی، مهارت‌های مقابله‌ای و ایجاد حمایت در کاهش فشار روانی (استرس) مؤثر بوده و در این پژوهش بر بهبود بی‌اشتهایی عصبی دانش‌آموزان به خوبی تأثیرگذار بوده است.

با توجه به تأیید شدن فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر بهبود پرخوری عصبی دانش‌آموزان دختر نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌هایی از جمله (کزاجا و همکاران، 2009؛ وریچ و همکاران، 2009؛ به نقل از کشاورز، 1391؛ ویچیانسون¹ و همکاران، 2009؛ گیلوا- اسکچمن و همکاران، 2006؛ فیسچر² و همکاران، 2003؛ گیس³، 1989؛ ولیزاده و همکاران، 1389) همخوان می‌باشد. ویچیانسون و همکاران (2009) دریافتند که زنان دانشجوی در شب‌های امتحان که بالاترین سطح استرس را تجربه می‌کنند بیش از شب‌هایی که امتحان ندارند به رفتارهای خوردن دست می‌زنند و افرادی که استرس را تجربه کردند و از مقابله‌های ناکارآمد بهره گرفتند، احتمال بیشتری دارد که دچار اختلال پرخوری در شب امتحان شوند. افرادی که مبتلا به مشکل پرخوری - پاکسازی هستند می‌توانند بیشتر از

1. Wichianson
2. Fischer
3. Geist

و مقابله با استرس نمرات افراد را در استرس و افسردگی به طور معناداری کاهش داد (محرابی و همکاران، 1386؛ دوازده امامی و همکاران، 1388). از لحاظ نظری می‌توان گفت: ما باید توانایی لازم برای کنترل و مدیریت رفتار و افکار خود را داشته باشیم که اساس آن را خودشناسی و مهارت‌های اجتماعی تشکیل می‌دهد. در واقع دختران جوان و نوجوان وقتی وارد اجتماع می‌شوند، مکرراً با زیبا انگاشته شدن دختران لاغر و ارج نهادن به لاغری مواجه می‌شوند و این امر در دورانی اتفاق می‌افتد که آن‌ها به طرز فکر دیگران درباره خود بسیار اهمیت می‌دهند. اینجاست که آنهایی که احساس می‌کنند ظاهر نامناسبی دارند، خود اجتماعی را در نهاد خود می‌پرورند که بر نازیبایی بدنشان تأکید دارد و شکل‌گیری این خود اجتماعی نامطلوب، نارضایتی بدن و احساس اضطراب اجتماعی به دنبال می‌آورد و اختلال خوردن نیز در پی بروز همین احساس اضطراب اجتماعی ناشی از نارضایتی بدن شکل می‌گیرد. برطبق این اظهارات، بیماری اختلال خوردن می‌تواند ریشه روانی و اجتماعی داشته باشد. در واقع عدم توانایی کنترل هیجانات و استرس باعث می‌شود که احساسات فرد بر عقل و منطقش غلبه داشته باشد و فرد در موقعیت‌های مختلف با تکیه بر جو احساسی محیط و بدون توجه به راه‌حل‌های منطقی ممکن تصمیم‌گیری کند. اگر شخصی در تنظیم و تعدیل هیجان‌ها و استرس خود به نحوی اشکال داشته باشد در کنترل و مهار میزان خوردن غذا نیز دچار مشکل شده و عواملی از جمله تحریک‌پذیری شدید نسبت به غذا، تمایل به فربه بودن و فرار از

اختلال خوردن با رفتار نابهنجار پرخوری و خوردن همراه با استفراغ مشخص می‌شود به طور حتم می‌توان گفت دارا بودن چنین ویژگی‌هایی در این افراد نگرانی در مورد افزایش وزن را تشدید می‌کند و افزایش این نگرانی پیامدهای جبران‌ناپذیری از جمله استرس، افسردگی و اضطراب را به دنبال خواهد داشت. افرادی که مهارت اجتماعی کافی ندارد، پاسخ‌هایشان به عقاید، خواسته‌ها و دیدگاه‌های دیگران افراطی است. مبتلایان به اختلالات خوردن اشتغال ذهنی بیش از اندازه به دیدگاه‌ها و عقاید دیگران دارند. آموزش مهارت‌های ابرازگری افرادی را که احساس تنهایی می‌کنند و قادر به برقراری ارتباط با دیگران نیستند قادر می‌سازد با تسهیل روابط اجتماعی و ارتقاء کیفیت آن، شبکه اجتماعی خود را گسترش داده و دریافت حمایت اجتماعی آن‌ها افزایش یابد. بنابراین افراد در صورت داشتن مهارت‌های اجتماعی و ابرازگری کافی نیازی احساس نمی‌کنند که ظاهر خود را با سلیقه دیگران هماهنگ کنند و در نتیجه خود را ملزم به گرفتن رژیم‌های سخت نخواهند کرد. یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر بهبود کنترل دهانی دانش‌آموزان دختر است که این نتیجه بر مبنای راهکارهای شناختی - رفتاری در نظر گرفته شده در مدیریت استرس قابل تبیین است. پژوهش‌های بریان¹ و همکاران (2012) کارآمدی درمان شناختی - رفتاری را در زمینه کاهش اضطراب و استرس نشان داده است. در مطالعات متعددی، گروه درمانی شناختی - رفتاری

1. Bryan

در پایان، اینکه هر مطالعه‌ای به طور اجتناب‌ناپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌گردد. از محدودیت‌هایی پژوهش حاضر محدود بودن حجم نمونه به علت دشواری شناسایی این گونه دانش‌آموزان می‌باشد. همچنین با توجه به اینکه جامعه آماری این پژوهش متشکل از نوجوانان دختر شهر اصفهان بودند باعث کاهش روایی بیرونی و تعمیم‌پذیری یافته‌ها شده است؛ لذا تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پسران مبتلا به اختلالات خوردن در دیگر مقاطع سنی نیز مورد بررسی قرار گیرند. علاوه بر این در پژوهش‌های آتی می‌توان از سایر روش‌های روان‌درمانی همچون خانواده‌درمانی استفاده نمود. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و با توجه به اینکه هم‌اکنون سطح بالایی از آسیب‌پذیری در برابر اختلالات خوردن در میان زنان جوان وجود دارد؛ لذا، باید اقدامات و آموزش‌های اجتماعی لازم از طریق کارشناسان و مسؤولان تغذیه، برنامه‌های آموزش اجتماعی و همگانی، رسانه‌های جمعی، استفاده از وسایل کمک آموزشی مثل فیلم و پوستر جهت افزایش آگاهی این قشر مهم جامعه در جهت پیشگیری از ابتلا به اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به نگرش‌های مختل خوردن صورت گیرد.

منابع

- آذری، ش؛ پورشریفی، ح. و فتی، ل (1391).
 اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کوتاه مدت بر
 اختلال پرخوری. مجله علوم رفتاری، 6 (4)،
 377-382.

مشکلات، باعث بروز اختلالات خوردن در او می‌شود. در مجموع، در بین عوامل اجتماعی مصرف رسانه‌ای، پذیرش اجتماعی بدن، جنسیت، فشار هنجاری از سوی رسانه‌ها، تصور از بدن، نارضایتی از بدن و فرهنگ ایده‌آل لاغری با بروز اختلالات تغذیه‌ای در بین دختران رابطه دارد. شیوع پدیده نگرش غیرطبیعی نسبت به خوردن به تدریج در حال افزایش است. با توجه به اینکه نگرش غیرطبیعی در صورت عدم برخورد و درمان مناسب به تدریج تبدیل به اختلال می‌گردد و عوارض و تبعات جدی را برای فرد و اجتماع به دنبال خواهد داشت. توجه به مسأله پیشگیری از بروز این اختلالات و رفع علل زمینه‌ساز آن‌ها از اهمیت فراوانی برخوردار است. در تغییر نگرش نوجوانان بحث و گفتگو و آموزش راهکارهای مناسب در کنترل و مدیریت استرس و عوامل تأثیرگذار از ارکان اساسی تغییر نگرش را تشکیل می‌دهد زیرا جوهره این آموزش کسب مهارت و تخصص در کنترل و مدیریت استرس و مهارت ابرازگری است.

در نهایت، نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر تغییر نگرش خرده‌مقیاس‌های اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دختر بود. با توجه به یافته‌های پژوهش یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های جامعه امروزی چاقی است. در واقع، چاقی به یک داغ ننگ تبدیل شده و افراد از داغ-خوردن در اجتماع هراس دارند و اختلالات خوردن به عنوان نتیجه اهمیت داشتن بدن ایده‌آل و مطلوب، بیماری است که گریبان‌گیر نسل جوان به ویژه دختران شده است.

- آنونی، م؛ ایرونسون، گ. و اشنایدرمن، ن. (1388). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری. ترجمه، آل محمد، ج؛ جوکار، س. و نشاط دوست، ح. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- بهراد، م. و کمالی، م. (1390). رابطه راهبردهای «کنترل فکر» با علایم اختلالات خوردن دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، 12 (7): 22-27.
- پورقاسم گرگری، ب؛ کوشاور، د؛ سیدسجادی، ن؛ کرمی، ص. و شاهرخی، خ. (1387). خطر اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دبیرستانی دختر تبریز در سال 1386. مجله پزشکی علوم پزشکی تبریز، 30(4)، 21-26.
- حبیبی، م؛ قنبر، ن؛ خدایی، 1. و قنبری، پ. (1392). اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. مجله تحقیقات علوم رفتاری، 11(3): 166-175.
- دژکام، م. و نوبخت، م. (1377). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات خوردن در ایران. مجله بین‌المللی اختلالات خوردن، 28 (3)، 78-265.
- دوازده امامی، م؛ روشن، ر؛ محرابی، ع. و عطاری، ع. (1388). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کنترل قند خون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع 2. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، 11(4)، 385-392.
- کشاورز، ا. (1391). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، رژیم درمانی و شاخص توده بدنی، خودکارآمدی وزن، بهزیستی ذهنی، عزت نفس، عادات غذایی و میزان عود در مراجعین مبتلا به چاقی پایان‌نامه دکتری. رشته روانشناسی. دانشگاه اصفهان.
- محرابی، آ؛ فتی، ل؛ دوازده امامی، م. و رجب، آ. (1386). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کنترل قند خون و کاهش مشکلات هیجانی در بیماران دیابتی نوع 1. مجله غدد برون‌ریز و متابولیسم ایران، 2، 103-114.
- مظفری خسروی، ح؛ حسین‌زاده شمسی انار، م؛ شریعتی بافقی، ا. و مظفری خسروی، و. (1390). شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر یزد در سال 89-90. فصلنامه طلوع بهداشت، 10 (1)، 38-48.
- میرازی، ف؛ نشاط دوست، ح؛ جبل‌عاملی، ش؛ دره‌کردی، ع. و ناظم کازرانی، ف. (1392). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر افسردگی و تحریک‌پذیری زنان مبتلا به نشانگان پیش‌قاعدگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، 12(1)، 79-86.
- ولیزاده، آ. و آریان‌پور، س. (1390). نقش اضطراب فیزیکی اجتماعی، تصور بدنی و عزت نفس در پیش‌بینی اختلالات خوردن در زنان ورزشکار. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، 14(1)، 56-60.

- Antoni, M.H.;Lechner, S.C.;Kazi, A. andWimberly, S.R. et al. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal consult clinical psychology*. 74(6): 1143- 52.
- Antoni, M.H.(2009). Stress management effects on biobehavioral process in breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 23,525-564.
- Bryan, C.J.; Gartner, A.M.;wertenberger, E.; Delano, K.A.; Wilkinson, E. andBreitbach, J. etal. (2012). *Defining treatment completion according to Patient competency: A case example using brief cognitive behavioral therapy for suicidal patients*.
- Cockell, S.J.; Hewitt, P.L.; seal, B.; Sherry, S.;Goldner, E.M. andFlett, G.L. etal. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among woman with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, (26),745-758.
- Cosio, D.;Jinsiddique, J. and Mohr, D.C. (2011). The effects of telephone-administered cognitive-behavioral therapy on quality of life among patients with multiple sclerosis.*Behavior Medical*, 41(2), 227-34.
- Czaja, J.;Rief, W. and Hilbert, A. (2009). Emotion regulation and binge eating in children. *International.Journal of Eating Disorder*. 42(4), 356-62.
- Fischer, S.; Smith, G.T. and Anderson, K.G. (2003). Clarifying the role of impulsivity in Bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disord*, 33(4),406 -11.
- Garner, D.M. andGarfinkey, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology Medical*, (9): 273-279.
- Garner, D.M.; Olmsted, M.P.; Bohr, Y. andGarfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychol metric Features and clinical correlates. *Psychology Medical*,(12), 871- 878.
- Geist, R.A.(1989). Self-psychological reflection on the orgins of eating disolrdrs. *American Academy of psych*. (17) 5 -27.
- Gilboa-Schechtman, E.;Avnon, L.;Zubery, E. and Jeczmiem, P. (2006).Emotional processing in eating disorders: specific impairment or genrcal distress related deficiency? *Journal of depression and Anxiety*, 23(6),331- 339.
- Ivarsson, T.;Svalander, P.;Littere, O. andNevonen, L. (2006). weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents.*Journal of Eating Behavior*, 7(2), 161- 75.
- Jung. W.; Sharron, K. andlemmon, J. (2007). Mass media and self-esteem, Body Image and eating Disorder Tendencies. *Clothing and Texiles Res*, 5(1): 3-25.

- Krik, E. and Clarke, S. (2011). *Cognitive-behavior therapy*. GhasemZadch H. (Persian translator). 7th ed. Tehran: Arjmand publications, 87- 93.
- Kugu, N.;Akyuz, G.;Dogan, O.;Ersan, E. andIzgc, F. (2006). The prevalence of Eating Disorders among university students and relationship with some individual characteristics. *Australian Journal psychiatry*. 40(2), 129- 35.
- Nunes, M.A.;Camey, S.;olinto, M.T. and Mari, J.J. (2005). The validity and 4- year test - retest reliability of the Brazilan version of the Eating Attitudes Test 26. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38 (11), 1655-1662.
- Rolla, A.R. (2013). *Eating Disorder: Anorexia Nervosa* Encyclopedia of Human Nutrition (3th Edition) P: 113-119.
- Santos, J.; Marques, M.;carvalho, C.; Silva, M.I.;Conceicao, L.;Espirito-
- Santo, H. andSimoies, S. (2013). 1227- Difference in eating habits/behaviours& eating disorders symptoms in adolescents from a rural and an urban school. *European psychiatry*, 28(1), 1.
- Strober, M. (2009). Stress fun life events association with loulimia& anorexia nervosa. Empirical indings and theoretical speculations. *International Journal of Eating Disord*,3: 3-16.
- Wichianson, J.R.;Bughi, S.A. and Unger, J.B. etal. (2009). *Perceived stress, coping and right-eating in college students*. Instituted for Health promotion and Diseas prevention Research, University of Southern California keck school of medicine, LosAnyeles, CA, us. 25(3): 235-240.
- Wonderlich, S.A.;Lilenfeld, L.R.;Riso, L.P.; Engel, S.E. and Mitchell, J.E. (2005). Personality and Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disord*, 37: 568-571.