

رابطه بین رفتار خوردن آشفته با طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب در دختران نوجوان

منیژه کاوه قهفرخی^۱، فریبا تابع بردبار^۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۱۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر با هدف پیش بینی رابطه بین رفتار خوردن آشفته با طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب دانش آموزان دخترشهر شیراز انجام شد. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. تعداد ۱۹۰ دانش آموز به شیوه خوشه ای تصادفی انتخاب شدند و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایونند، پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ و آزمون بازخورد خوردن گارنر و گارفینکل (۱۹۷۹) را تکمیل نمودند. داده ها با استفاده از SPSS ۲۱ با روشهای آماری همبستگی و رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین برخی از مولفه های طرح واره ها و اضطراب با رفتار خوردن آشفته همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین رگرسیون گام به گام نشان داد که سه حوزه خودگردانی/عملکرد مختل (میزان بتای $\beta=0/48$)، طرد و بریدگی ($\beta=0/32$) و محدودیت مختل (میزان بتای $\beta=0/29$) همراه با اضطراب ($\beta=0/15$) تبیین کننده معنادار واریانس رفتار خوردن آشفته بودند. با توجه به نقش عوامل شناختی همچون طرحواره های ناسازگار اولیه و عوامل هیجانی همانند اضطراب در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته دختران نوجوان، ضرورت تغییر طرحواره ها به سمت رفتارهای انطباقی و نیز آگاه سازی افراد از تاثیر هیجانات می تواند در ایجاد الگوی تغذیه ای سالم موثر باشد.

واژگان کلیدی: اضطراب، رفتار خوردن آشفته، طرح واره های ناسازگار اولیه

۱. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه شهر کرد، شهر کرد، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

در دنیای کنونی توجه به کیفیت زندگی افراد امری ضروری تلقی می شود به گونه ای که یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰، ارتقا کیفیت زندگی است (سوسا، گاسپار، فونسکا و هنریکث^۱، ۲۰۱۵). از سویی دیگر دوران نوجوانی یکی از مهمترین دوران زندگی هر فرد است. به علت تغییرات مختلف فیزیولوژیکی و روان شناختی نوجوانان اغلب دارای وضعیت روانی با ثباتی نیستند و احتمال بروز مشکلات رفتاری بیشتری برای آنان وجود دارد (انیسی، سلیمی، میرزمانی، ریسی و نیکنام، ۱۳۸۶). وجود اختلالات رفتاری-هیجانی در دوره نوجوانی مساله بسیار مهمی است چرا که زمینه ساز بروز اختلالات روانی در دوران بزرگسالی خواهد بود. از طرفی دیگر باتوجه به حساس بودن دوره نوجوانی به عنوان نقطه ای برای شروع برخی از اختلالات و یا توسعه رفتارهای مرتبط با سلامت و بیماری، شکل گیری الگوی سلامت و سبک زندگی سالم در نوجوانان اهمیت زیادی دارد.

از جمله مشکلات رفتاری می توان به رفتارهای خوردن آشفته اشاره کرد. بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال خوردن از چالش برانگیزترین بیماریهای دوران نوجوانی است (حسین زاده، هومن، صالحی و کوشکی، ۱۳۹۱). این دسته از اختلالات سلامت جسمی و عملکرد روانی فرد را تحت تأثیر قرار می دهند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می سازند. اختلال های خوردن جزء شایع ترین، شدیدترین و ناتوان کننده ترین سندرم های سلامت روان هستند (چیتانبو^۲، استلی و هیویی، ۲۰۱۷) که احتمال مزمن شدن و مقاومت آنها نسبت به درمان زیاد است (سانسفاکن، استیگر، گاوین و ایزرل^۳، ۲۰۱۷). این اختلالات بر روی یک پیوستار قرار دارند که در ابتدای آن خوردن های سالم، در اواسط آن خوردن های آشفته و در انتهای آن اختلال های بی اشتها و پراشتهایی

-
1. Sousa, Gaspar, Fonseca & Hendricks
 2. Chithambo
 3. Sansfaçon, Steiger, Gauvin, Fletcher & Israël

است. این دسته از رفتارهای آشفته می توانند پیش زمینه ای برای ابتلا به اختلال خوردن بالینی باشند (سروره عظیم زاده، رضویه و محرری، ۱۳۸۸).

رفتارهای خوردن آشفته^۱ رفتارهای ناهنجاری هستند که با اختلالات خوردن ارتباط دارند. رفتارهایی چون خوردن محدود شده، خوردن هیجانی، خوردن بازداری زدایی شده، خوردن شبانه، پرخوری، نگرانی در مورد خوردن، شکل و وزن، رژیم گرفتن های سخت و کنترل کردن شکل و وزن بدن از طریق رفتارهای جبرانی نامناسب که با ملاک های روانپزشکی اختلال های خوردنی مانند بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی توصیف شده است، مطابقت نداشته باشد در این دسته قرار می گیرد (کولیر و تریاشور، ۲۰۰۴).

از منظر آماری در اکثر مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف، شیوع اختلالات خوردن روبه تزايد بوده است (هادسون، هیریپی، پوپ و کسلر^۲، ۲۰۰۷). به گونه ای که در کشورهای شرقی مانند تایوان ۱۷/۱ درصد، هونگ کنگ ۱۰/۸ درصد و در چین میزان اختلال خوردن در میان نوجوانان دبیرستانی ۱۷ درصد گزارش شده است. در جوامع غربی مثل آلمان ۱۴/۹ درصد و در امریکا ۲۸ درصد گزارش شده است (فنگ و آبیبی^۳، ۲۰۱۷).

آمارهای منتشره در برخی از پژوهش ها افزایش شیوع و بروز این اختلال در میان نوجوان ایرانی را نشان می دهد. در یک بررسی شیوع اختلالات خوردن به شکل بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی را در دختران ۱۸ - ۱۵ ساله در تهران را به ترتیب ۰/۹ و ۳/۲ درصد گزارش شده است (نوبخت و ذرکام، ۲۰۰۰). طبق این پژوهش میزان شیوع پراشتهایی روانی بیشتر از بی اشتهایی روانی و میزان شیوع سندرم خفیف اختلال خوردن بیشتر از سندرم کامل بوده است. مطالعه دیگری نشان داد که ۱۵/۷٪ از دانش آموزان نوجوان در معرض اختلال خوردن قرار دارند. شیوع اختلال بی اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی به ترتیب ۱/۱٪ و ۳/۲٪ بود (صفرزاده و محمودی خوردنی، ۱۳۹۴). آمارهای

1. disordered eating behavior
2. Hudson, Hiripi, Pope & Kessler
3. Feng & Abebe

دیگری نشان می دهد که ۲/۲۵ درصد از نمونه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه مشکوک به اختلال خوردن هستند (رجبی و حسینی، ۱۳۹۳). نوبخت (۱۳۷۷) بیان کرده که میزان شیوع اختلالات خوردن در نوجوانان ایرانی با بسیاری از مطالعاتی که در کشورهای غربی انجام گرفته همخوان دارد و از بیشتر مطالعاتی که در جمعیت های شرقی انجام گرفته بالاتر است.

این نتایج بیانگر شواهد نگران کننده ای مبنی بر این است که این مشکلات باعث افزایش هزینه های اجتماعی و بالینی بر سیستم های اجتماعی می گردد و به خصوص زندگی فردی افراد را با هر جنس و سنی تحت تاثیر قرار می دهد.

در بحث سبب شناسی اختلالات خوردن عوامل زیستی، پزشکی، روانی، شناختی و اجتماعی و فرهنگی مطرح شده اند (ناجل، پرو و گرو^۱، ۲۰۱۷). به طور مشخص در علت شناسی اختلالات رفتاری و روانی همیشه دو عامل شناختی و هیجانی مطرح بوده اند.

در برخی از تحقیقات در زمینه علت شناسی اختلالات خوردن به عوامل هیجانی چون اختلالات خلقی، اضطرابی و هیجانی اشاره شده است (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۳). یکی از هیجانان منفی اضطراب است. اضطراب رابطه ای قوی با اختلالات خوردن و رفتارهای خوردن آشفته دارد (فیتزسیمون و باردون-کان^۲، ۲۰۱۱؛ محمدی ریزی، یوسفی و برومندفر، ۲۰۱۴؛ موسوی وامینی، ۲۰۱۷). یافته های پژوهشی نیز نشانگر ارتباط بین مشکلات تنظیم هیجان، هیجان های منفی با رفتارهای خوردن آشفته هستند (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۳، ناجل و پرو و گرو، ۲۰۱۷). در بررسی دقیق تر انواع اختلالات اضطرابی پالیستر و والر (۲۰۰۸) نشان دادند اختلال اضطراب تعمیم یافته، فوبی چاقی و فوبی اجتماعی با همه ی اشکال آسیب شناسی اختلالات خوردن رابطه دارند درحالی که اختلالات دیگر برای مثال اختلال وسواسی جبری عمدتاً با محدودیت های غذایی رابطه دارند. ارتباط بین مشکلات تنظیم هیجان، هیجان های منفی با رفتارهای خوردن آشفته نیز مورد تأیید قرار گرفته است (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۳؛ موسوی و امینی، ۲۰۱۷). بنا به

1. Nagel, Pero & Grau
2. Fitzsimmons & Bardone-Cone

نتایج برخی تحقیقات، اضطراب یکی از پیش بینی کننده های پایدار رفتارهای خوردن آشفته است و ممکن است یک عامل آسیب پذیر و عامل خطر برای اختلالات خوردن باشد (اونال، ایدین، گوکلر و اونسال^۱، ۲۰۱۷؛ استوبر، ۲۰۰۴؛ واردار^۲، واردار و کورت، ۲۰۰۷).

از سوی دیگر اثر بخشی تغییر و تصحیح باورهای هسته ای و تاثیر مثبت روش های شناختی- رفتاری در درمان این دسته از اختلالات نشانگر اهمیت بررسی نقش خطاهای شناختی بخصوص طرحواره های ناسازگار در شکل گیری و تداوم اختلالات روانی بوده است. نقش باورهای منفی عمیق و نواقص شناختی، در اختلالات روانی چون وسواس فکری-عملی، اختلال شخصیت خود شیفته، اختلال دو قطبی، افسردگی، اختلال خوردن، اختلال جنسی، سوء مصرف مواد، اضطراب و اضطراب فراگیر و اختلال درد در تحقیقات مختلف مورد بررسی بوده است (شهامت، ۱۳۸۹؛ زرگر، کاکاوند، جلالی و صلواتی، ۱۳۹۰؛ کرمی، بهرامی، محمدی آریا، اصغر نژاد و فخری، ۱۳۹۲). بر طبق نظریه ها و الگوهای شناختی- رفتاری در مورد اختلال خوردن، مشکلات شناختی و باورهای سازش نیافته نقش مهمی در این رابطه ایفا می کنند (بابایی، خداپناهی، صالح صدق پور، ۱۳۸۷).

طرحواره های ناسازگار اولیه از متغیرهای شناختی هستند که شامل، باورهای هسته ای (پیش فرضهای غیرشرطی) در مورد خود و دیگران می شوند و پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد سوق می دهد (قنبری، جمهری و روشن، ۱۳۹۴). یانگ معتقد است برخی از طرحواره ها به ویژه آن ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می گیرند ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور ۱ قرار بگیرند (دایمانو، ریس، رید، آتکینز و پاتون^۳، ۲۰۱۵).

-
1. Unal, Aydin, Gokler, Unsal
 2. Vardar
 3. Damiano, Reece, Reid, Atkins

بر اساس مدل یانگ هجده طرحواره بر طبق پنج نیاز هیجانی ارضا نشده یا "حوزه‌های طرحواره" تقسیم می‌شوند و شامل ۱. بریدگی و طرد، ۲. خودگردانی و عملکرد مختل، ۳. محدودیتهای مختل، ۴. دیگرجهت‌مندی، ۵. گوش به زنگی بیش از حد و بازداری هستند (یانگ، کلوסקو و ویشیر، ۲۰۰۳). یکی از ویژگی‌های اختلالات خوردن، تفکر و رفتار بر اساس یک طرحواره غالب و بنیانی است (شایقان و وفایی، ۱۳۸۸).

کوپر^۲ و رز و تورنر (۲۰۰۶) اذغان داشتند که این باورها و نگرش‌ها اهمیت و نقش خاصی در اختلالات خوردن دارند. در بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و افراد چاق فاقد این اختلال مولودی، دژکام، موتابی و امیدوار (۱۳۸۹) دریافته‌اند که برخی طرحواره‌های ناسازگار در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری نسبت به افراد چاق فاقد این اختلال بیشتر است. ارتباط بین باورهای ناسازگار با باورهای اختلال خوردن (یونوکا، ۲۰۱۰؛ شایقیان و وفایی، ۱۳۸۸) و شناخت‌های ناکارآمد با رفتارهای خوردن ناسالم و اعتیاد به غذا (دا لوز^۳ و همکاران، ۲۰۱۷؛ امپراتوری^۴ و همکاران، ۲۰۱۷، دی پالوییت، فولر و کرانگ، ۲۰۱۷؛ اندرسون، ریجر و کارسون، ۲۰۰۶) مورد تایید قرار گرفته است.

با توجه به شیوع و بروز اختلالات خوردن در نوجوانان و تقدم امر پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقا الگوی سلامت در میان این قشر و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که خلأ پژوهشی در این حیطه در مورد نوجوانان وجود دارد، ضرورت دارد پژوهش‌های بیشتری در رابطه با سبب‌شناسی اختلالات روانی-رفتاری به منظور پیشگیری از آنها و ارتقاء سلامت انجام شود. با توجه به این موارد بررسی همزمان عوامل اضطرابی با متغیرهای شناختی می‌تواند در سوق دادن پژوهش‌ها در تدوین مدل‌هایی جهت پیش‌بینی اختلالات و به تبع آن راهکارهای درمانی مناسب اثر بخش باشد. بنابراین با توجه به نقش بازدارنده طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های اضطرابی در رفتارهای انطباقی، بررسی

-
1. Schema domains
 2. Cooper
 3. Da Luz
 4. Imperatori

روابط میان این دو متغیر با رفتار خوردن آشفته به صورت همزمان در نوجوانان دختر شهر شیراز در نوع خود بدیع می باشد. هدف از این پژوهش درک رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته دختران نوجوان می باشد. به منظور دستیابی به اهداف فوق فرضیه های ذیل مورد بررسی قرار گرفت.

۱- بین ابعاد طرحواره های ناسازگار اولیه و رفتار خوردن آشفته رابطه وجود دارد.

۲- بین اضطراب و رفتار خوردن آشفته رابطه وجود دارد.

چنان چه این تحقیق حاوی شواهدی بر اثر گذاری متغیرهای مذکور بر رفتار خوردن آشفته باشد بدون شک می تواند راهگشای درمان های موثرتر واقع شود.

روش

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر شیراز است. جامعه این پژوهش ۱۲۰۰ نفر از دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان در چهار ناحیه آموزش و پرورش شهرستان شیراز در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بودند. مشارکت کنندگان در پژوهش ۲۰۰ دانش آموز بودند که به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. بدین صورت که از مجموع ۴ ناحیه آموزش و پرورش شهر شیراز، به صورت تصادفی از هر یک از نواحی، یک دبیرستان انتخاب شد. سپس به صورت تصادفی از هر از دبیرستان های انتخاب شده تعداد یک کلاس (در مجموع چهار کلاس) انتخاب و سپس پرسشنامه های مورد نظر در بین دانش آموزان کلاس های انتخاب شده اجرا گردیدند. ملاک های ورود به پژوهش این بود که افراد انتخاب شده به شرکت در مطالعه رضایت داشته باشند و قادر به اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات خود باشند. ملاک خروج از پژوهش اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری و همچنین پاسخدهی ناقص به پرسش نامه ها بود. علت انتخاب دختران جلوگیری از نقش جنسیت در اثر گذاری بر اختلال خوردن بود. لازم به ذکر است که در ابتدا نمونه آماری پژوهش ۲۰۰ نفر بودند که ۱۰ نفر از آنها به علت مخدوش بودن پرسشنامه ها کنار گذاشته شدند و ۱۹۰ نفر نمونه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند.

ابزار پژوهش

۱. فرم کوتاه پرسشنامه ی طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ^۱. این پرسشنامه ابزار خود گزارش دهی است که توسط یانگ (۲۰۰۵) تهیه و تدوین شده است. بر اساس نظر سازندگان این ابزار از ۱۸ طرحواره رهاشدگی / بی ثباتی، بی اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم، محرومیت هیجانی، وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، شکست، استحقاق / بزرگ منشی، خودکنترلی ناکافی، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی تشکیل شده است که هم به صورت فرم کوتاه و هم به صورت فرم بلند قابل استفاده است. فرم کوتاه پرسشنامه دارای ۷۵ سوال است. در پژوهش های خارج از کشور ضرایب اعتبار و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس های این پرسشنامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آوردند (یانگ، ۲۰۰۵؛ اسمیت، ۱۹۹۵ به نقل از لطفی ۱۳۸۵). در این پژوهش از نسخه کوتاه که در ایران توسط آهی (۱۳۸۵) ترجمه و آماده اجرا شد استفاده گردید. همسانی درونی آن را بر حسب آلفای کرونباخ در گروه مونث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی پرسشنامه از طریق همسانی درونی ۰/۹۱ به دست آمد. همچنین جهت بررسی روایی پرسشنامه نیز همبستگی آن با پرسشنامه نگرش های ناکارآمد DAS ۰/۵۹ به دست آمد.

۲. آزمون بازخورد خوردن. این مقیاس ۲۶ گویه ای یک پرسشنامه غربالگری است که به منظور کمک به این سوال که آیا رفتار غذا خوردن و نگرش پاسخ دهندگان نیازمند ارزیابی بیشتر است توسط گارنر و گارفینکل ساخته شده است (گارنر، آلمست، بوهر و گارفینکل^۲، ۱۹۸۲). پرسشنامه دارای سه بعد رژیم لاغری، پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا، مهار دهانی است. این پرسشنامه تشخیصی را ارائه نمی دهد بلکه در عوض، نشانه هایی را شناسایی می کند که سازگار با هر کدام از اختلال های خوردن است. در واقع از

1. Young Schema Questioner - Short Form (SQ-SF)
2. Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel

شرکت کنندگان خواسته می شود تا شدت نگرش ها و رفتارهای خود را در ارتباط با غذا و وزن آن را درجه بندی کنند. این آزمون نگرانی ها و عادات خوردن نابهنجار را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه شامل سه زیر مقیاس است. در پژوهش های متعدد روایی و پایایی مقیاس مطلوب گزارش شده است (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۳).

در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق بازآزمایی در یک گروه ۶۰ نفری از دانش آموزان دختر پس از گذشته دو هفته ۰/۸۹ به دست آمد. جهت بررسی روایی پرسشنامه نیز همبستگی آن با پرسشنامه اختلال خوردن اهواز ۰/۶۶ به دست آمد.

۳. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس. جهت سنجش میزان اضطراب از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)^۱ لایبوند و لایبوند^۲ (۱۹۹۵) استفاده شد که مجموعه ای از حالات خلقی را اندازه گیری می کند. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶، و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴، و ۰/۷۸ گزارش نموده اند. تحلیل عاملی استفاده شده جهت بررسی روایی محتوایی نشان داد مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۹۰۱۲ و مقدار خی دو در آزمون کرویت بارتلت برابر با ۳۰۹۲/۹۳ بود که با توجه به سطح معنا داری حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای تحلیل عاملی بود.

در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۷، اضطراب ۰/۸۵ و برای استرس ۰/۷۹ بدست آمد. همچنین جهت بررسی روایی پرسشنامه نیز همبستگی آن با خرده مقیاس اضطراب و اضطراب آزمون SCL90 به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۵ به دست آمد.

این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال و سه زیر مقیاس اضطراب، تنیدگی و استرس است. روش نمره گذاری این پرسشنامه به این صورت است که هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود.

1. Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS)
2. Lovibond & Lovibond

شیوه اجرا. پس از اخذ مجوز از سازمان آموزش و پرورش و انتخاب مدارس موردنظر به شیوه خوشه ای تصادفی با حضور در مدارس هدف ابزارهای مربوط بین دانش آموزان توزیع گردید و ضمن تشریح اهداف تحقیق و اهمیت مشارکت آنان در پاسخ دهی مناسب به سوالات و عدم نیاز به عنوان نمودن مشخصات فردی نظیر نام و نام خانوادگی و کسب رضایت آنان پرسشنامه های توسط آزمودنی ها به صورت انفرادی تکمیل گردید. در پایان ضمن کدگذاری پاسخ نامه های آزمودنی ها داده ها به نرم افزار آماری انتقال یافت و آزمون های مربوط به فرضیه ها اجرا گردید.

تحلیل داده ها

طبق جدول شماره ۱ و ۲ میانگین سنی دختران دانش آموز برابر با ۱۶/۹۳ و انحراف معیار ۱/۸ بود که حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۱۸ ساله بودند. اکثریت دانش آموزان به لحاظ بافت اجتماعی و اقتصادی در طبقه متوسط قرار داشتند و سطح سواد اکثریت والدین آنان در حد کارشناسی بود. ۳۵/۳۳ درصد دانش آموزان در رشته علوم انسانی، ۲۷/۴ درصد در رشته علوم تجربی و تقریباً ۳۸ درصد در رشته ریاضی مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	۱۶/۹۳	۱/۸

جدول ۲. درصد مشارکت کنندگان بر حسب رشته های تحصیلی

رشته های تحصیلی	فراوانی	درصد
علوم انسانی	۶۷	۳۵/۳۳
علوم تجربی	۵۲	۲۷/۴
ریاضی	۷۰	۳۸

به منظور ارائه تصویری از وضعیت متغیرهای پژوهش و همچنین بررسی روابط میان متغیرها، شاخصه های آمار توصیفی و همبستگی صفر مرتبه میان متغیرها محاسبه شده است که این نتایج در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۱. ضرایب همبستگی و میانگین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین و انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. بریدگی و طرد	(۲۱/۳۹)۵۲/۷۴	*						
۲. خودگردانی و عملکرد مختل	(۸/۱۳)۳۴/۱۰	**	*					
۳. دیگر جهتمندی	(۹۳/۸)۲۱/۹	**	**	*				
۴. محدودیت های مختل	(۲۲/۱۳)۲۲/۴۴	**	**	**	*			
۵. گوش بزنگی	(۱۰/۱)۲۷/۲۵	**	**	**	**	*		
۶. اضطراب	(۹۲/۰۴)۶/۷۰	**	**	**	*	*	*	
۷. رفتار خوردن آشفته	(۱۷)۷۲	*	*	*	*	*	*	*

*P<05 **P<001 *سطوح معناداری

با توجه به ماتریس همبستگی جدول فوق بر اساس ضرایب همبستگی بیشترین ارتباط معنادار به لحاظ آماری میان متغیر ملاک (رفتار خوردن آشفته) به ترتیب با طرح واره ناسازگار حیطه خودگردانی و عملکرد مختل ($r=0/28$)، حیطه بریدگی و طرد ($r=0/21$)، محدودیت های مختل ($r=0/19$) و اضطراب ($r=0/16$)، برقرار است. میان رفتار خوردن آشفته و دو حوزه گوش بزنگی و دیگر جهت مندی ارتباط معنادار نمی باشد.

در خصوص سهم هر کدام از متغیرهای پیش بین بر اساس بالاترین ضرایب حاصله از آزمون همبستگی پیرسون از رگرسیون گام به گام استفاده شد. مبنای استفاده از رگرسیون گام به گام ضرایب همبستگی میان متغیرها است که متغیرها بر اساس بالاترین میزان

ضرایب به ترتیب وارد معادله می شوند. پیش از انجام رگرسیون برخی از مفروضه های آن نظیر اندازه نمونه بیش از $m + 8 = 50$ (m تعداد متغیرهای پیش بین)، نرمال بودن توزیع نمرات بر اساس کجی و کشیدگی بررسی گردید که با توجه به میزان های بدست آمده و عدم هم خطی میان متغیرها رگرسیون انجام شد. ترتیب ورود متغیرها به مدل بر اساس بالاترین میزان همبستگی با متغیر ملاک بوده است.

جدول ۴. نتایج رگرسیون رفتار خوردن آشفته بر متغیر ملاک طرحواره ناسازگار خودگردانی و عملکرد

مختل

سطح معناداری	R _۲	R	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای پیش بین
.۰۰۵	.۵۷	.۲۸	۳۶/۲	۳۰۶۵۱/۱	۱	۳۰۶۵۰/۲	خودگردانی و عملکرد مختل
.۰۰۵	.۴۴	.۲۱	۲۹/۱۲	۲۱۱۴۵/۱	۲	۴۱۲۰۴/۳	بریدگی و طرد
.۰۰۵	.۳۶	.۱۹	۲۳/۱	۲۴۳۹۰/۱	۳	۵۰۰۳۴/۱	محدویت های مختل
.۰۰۵	.۲۱	.۱۶	۱۹/۰۴	۲۱۳۰۰/۲	۴	۴۵۲۵۱/۷	اضطراب

بر اساس این یافته حیطه طرحواره های ناسازگار خودگردانی و عملکرد مختل که با زیر مولفه هایی چون وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار و شکست همراه است به میزان ۵۷ درصد توانایی تبیین رفتارهای خوردن آشفته را دارد. همچنین جدول ۴ بیانگر این است که طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل پیش بین معنی داری برای رفتار خوردن آشفته دختران دانش آموز می باشد. میزان بتای آن به اندازه $\beta = 0/48$ است که نشان دهنده اثر مثبت و معنادار آن بر رفتار خوردن آشفته می باشد.

در گام دوم با ورود طرحواره ناسازگار حوزه طرد و بریدگی میزان تبیین رفتار خوردن آشفته توسط این متغیر به ۴۴ درصد رسیده است که با کاهش میزان تبیین اولیه مواجه می باشیم. این یافته ها نشان دهنده نقش طرحواره طرد و بریدگی در پیش بینی رفتار خوردن آشفته است. بر اساس جدول شماره ۵ میزان بتا ($\beta = 0/32$) نشان می دهد که این حوزه از طرحواره دارای اثرات مثبت و معنادار بر رفتار خوردن آشفته می باشد.

جدول ۵. ضرایب رگرسیون پیش بینی رفتار خوردن آشفته بر اساس مولفه های طرح واره های ناسازگار و اضطراب

متغیرهای پیش بین	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
خودگردانی و عملکرد مختل	۱/۴۳	.۲۵	.۴۸	۳/۷۵	.۰۰۵
بریدگی و طرد	۱/۰۴	.۳۱	.۳۲	۲/۵۸	.۰۰۵
محدویت های مختل	.۷	.۲۹	.۲۹	۲/۴۷	.۰۰۵
اضطراب	۰/۶۵	.۳۰	.۱۵	۲/۱۷	.۰۰۵

همانطور که از جداول ۴ و ۵ قابل مشاهده است که طرحواره محدودیت های مختل توانایی تبیین واریانس رفتار خوردن آشفته را به میزان ۰/۳۶ درصد دارا می باشد. در جدول ۵ اندازه ضریب بتا استاندارد برای پیش بینی رفتار خوردن آشفته برابر با ۰/۲۹ و معنی دار می باشد. به عبارت دیگر محدودیت های مختل به عنوان سومین متغیر پیش بین معنادار رفتار خوردن آشفته مطرح می گردد.

نتایج جداول فوق نشان می دهد متغیر اضطراب به میزان ۰/۲۱ درصد توانایی تبیین تغییرات رفتار خوردن آشفته را دارد. بر اساس میزان بتا گزارش شده در جدول ۵ متغیر اضطراب به میزان ۰/۱۵ تاثیر مثبت و معناداری در افزایش رفتار خوردن آشفته دانش آموزان دختر دانش آموز داشته است. در کل، چهارمین متغیر به عنوان پیش بین معنادار، متغیر اضطراب بوده است که بر اساس میزان R^2 این متغیر به تنهایی ۲۱ درصد از واریانس رفتار خوردن آشفته را تبیین نموده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این تحقیق تبیین واریانس رفتار خوردن آشفته در بین دانش آموزان دختر دبیرستانی با توجه به طرحواره های ناسازگار و میزان اضطراب است. همان گونه که ملاحظه شد طرحواره های ناسازگار اولیه نقشی پر رنگ و به لحاظ آماری معنادار در افزایش اختلال خوردن آشفته دارند که این یافته همسو با تحقیقات دا لوز و همکاران، ۲۰۱۷؛ امپراتوری و همکاران، ۲۰۱۷؛ پوق^۱ ۲۰۱۵؛ دامیانو، رس، رید، آتکینز و پاتون،

۲۰۱۵؛ یونوکا، ۲۰۱۰؛ رز و کوپر و تونر، ۲۰۰۶؛ اندرسون، ریجر و کارترسون (۲۰۰۶)، مولودی و همکاران، ۱۳۸۹ است.

طبق نتایج پژوهش های علمی در حوزه اختلالات روانی نارسایی هایی شناختی در بیشتر اختلالات روانی نقش اصلی را برعهده دارند. بر اساس نظریه های شناختی بسیاری از نشانگان این اختلال با افکار منفی خود آیند، تصورات منفی نسبت به خود، ارزیابی های غیر واقع بینانه و طرحواره های ناسازگار مرتبط می باشند. نوجوانانی که اختلالات خوردن را گزارش می نمایند مبنای احساسات مثبت نسبت به خود را برتصور از شکل بدنی و توانایی خود در کنترل آن در کل زندگی قرار می دهند. با توجه به نظریه یانگ بنیاد طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود- آسیب رسان هستند که حاصل برآورده نشدن نیازهای اساسی در محیط اولیه کودک در ارتباط با پدر و مادر است که در سیر زندگی تکرار می شوند و بر نحوه تعبیر و تفسیر تجارب و رابطه با دیگران تاثیر می گذارند.

یافته ها نشان داد که از بین حیطه های پنجگانه طرحواره های ناسازگار اولیه، حیطه خودگردانی و عملکرد مختل بیشترین سهم را در تبیین رفتار خوردن آشفته دارد. یافته های این تحقیق همسو با پژوهش پوق (۲۰۱۵) است. افراد دارای چنین طرحواره هایی شاید در فاصله گرفتن از خانواده و نمادهای پدری یا مادری و عملکرد مستقل مشکل داشته باشند. چرا که ممکن است در کودکی اعضای خانواده آنقدر در کارهای وی دخالت کرده اند و به گونه ای افراطی حمایتگر بوده اند که این افراد نتوانسته اند هویتی مستقل را در خود شکل دهند. همانگونه که در رابطه با اختلال هایی خوردن مثل اختلال بی اشتهایی روانی نظریه های روان شناختی اغلب، علت این اختلال را نیاز شدید به خودگردانی می دانند که می تواند از بودن در خانواده ای بیش از حد کنترلگر ناشی شود.

دومین پیش بین بعدی، طرحواره ناسازگار حوزه طرد و بریدگی می شود. امپراتوری و همکاران، ۲۰۱۷؛ دی پالویت، فولر و کرانگک، ۲۰۱۷؛ پوق، ۲۰۱۵ و اندرسون، ریجر و کارسون، ۲۰۰۶، نیز به نقش طرحواره حوزه بریدگی و طرد مثل طرحواره نقص و شرم و

انزوای اجتماعی در حوزه اختلالات تغذیه، اعتیاد به غذا و خوردن های آشفته پی برده اند. لازم به ذکر است که پوق (۲۰۱۵) در مطالعه ای با مرور ۳۲ پژوهش در حیطه آسیب شناسی خوردن و طرحواره های ناسازگار اولیه دریافته است که از بین طرحواره ها دو حوزه طرد و بریدگی و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بیشتر از بقیه حوزه های طرحواره ها با آسیب شناسی خوردن ارتباط دارند.

بطور کلی افرادی که طرحواره هایشان در حوزه طرد و بریدگی قرار دارد شاید به این دلیل که نیاز به دلبستگی ایمن در آنها ناکام شده است قادر به برقراری دلبستگی های ایمن و ارضا کننده با دیگران نیستند. زیرا ممکن است خانواده های این افراد ناپایدار، آزار دهنده، طرد کننده و منزوی از دنیای اطراف خود باشند. چنین افرادی معتقدند که نیاز آن ها به ثبات، امنیت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. پژوهشی های چندی نیز ارتباط بین سبک دلبستگی و اختلالات تغذیه ای را مورد بررسی قرار داده اند (دی پالوییت، فولر و کرانگ، ۲۰۱۷، تی و فرانسیس^۱، ۲۰۱۳ و الگین و پریچارد^۲، ۲۰۰۶). دی پالوییت، فولر و کرانگ (۲۰۱۷) در افراد مبتلا به اختلال خوردن سبک دلبستگی اضطرابی را مشاهده کردند و با توجه به نتایج یافته های خود اینگونه استدلال کرده اند که طرد و محرومیت هیجانی که جزء طرحواره های حوزه بریدگی و طرد هستند بین سبک دلبستگی اضطرابی و اختلال های خوردن به عنوان متغیر واسطه ای عمل می کنند. همچنین ممکن است افراد دارای طرحواره های بریدگی و طرد، بویژه طرحواره رهاشدگی و بی ثباتی، در مواجهه با موقعیت ها به عنوان مکانیسم دفاعی از رفتارهای وسواس گونه و اعتیاد آمیز استفاده می کنند و این خوردن های نادرست را آنها افزایش می دهد (امپراتوری و همکاران، ۲۰۱۷).

سومین پیش بین معنادار طرحواره ناسازگار حوزه محدودیت های مختل است. امپراتوری و همکاران (۲۰۱۷) نیز به نقش طرحواره های محدودیت های مختل در رفتارهای نادرست خوردن اشاره داشته اند. افرادی که طرحواره هایشان در این حوزه قرار

1. Ty & Francis
2. Elgin & Pritchard

دارد، محدودیت‌های درونی آنها در خصوص اقدام متقابل و خویشتن‌داری به اندازه کافی رشد نکرده است. نقص در حد و مرزهای درونی، بی‌مسئولیتی در قبال دیگران و بی‌هدفی دراز مدت از ویژگی‌های این حیطة است. در اصل خود انضباطی و خودمهارگری ناکافی می‌تواند در بروز رفتارهای خوردن آشفته نقش داشته باشد تفاوت در طرحواره‌های ناسازگار حوزه محدودیت‌های مختل‌بوئژه طرحواره‌های خودکنترلی و خود انضباطی بین افراد با وزن عادی و افراد مبتلا به چاقی نیز مشهود بوده است (دالوز و همکاران، ۲۰۱۷).

طرحواره‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل با شاخصه‌هایی چون خود تحول نیافته، وابستگی و بی‌کفایتی، نقص و شرم و انزوای اجتماعی به عنوان ساختارهای شناختی و باورهای ناکارآمد می‌توانند در سوق نوجوانان به سمت خودهای ایده‌آلی و حالت‌های کمال‌گرایانه نقش داشته باشند. وجود نقص در هر یک از این حوزه‌ها می‌تواند می‌تواند متضمن رویکردهای درمانی برای این اختلال باشد. طرحواره درمانی در برخی از تحقیقات توانسته است به میزان زیادی این اختلال را کاهش دهد. بر این اساس هر چه عمیق‌ترین سطوح شناخت که در دوران کودکی بوجود می‌آیند و به زندگی بزرگسالی راه می‌یابند ناکارآمدتر باشند، میزان بازخوردها و رفتارهای مرضی خوردن (از جمله اجتناب از غذاهای چاق‌کننده و اشتغال ذهنی نسبت به لاغری، مشغولیت ذهنی با غذا و پرخوری و همچنین مهار خود برای خوردن) افزایش می‌یابد (بابایی و همکاران، ۱۳۸۷).

نظریه‌های شناختی در مورد اختلال خوردن حاکی از آن هستند که مشکلات شناختی و باورهای سازش‌نیافته که به طور مستقیم با وزن و ظاهر مرتبط نیستند در افراد مبتلا به این اختلال‌ها وجود دارند و باورها، ارزیابی‌های منفی کلی را درباره خود منعکس می‌کنند (بابایی و همکاران، ۱۳۸۷). وجود نقص در هر یک از این حوزه‌ها می‌تواند می‌تواند متضمن آسیب‌شناسی همراه با پیشنهاد درمان خاص برای این اختلال باشد به طوری که طرحواره درمانی در برخی از تحقیقات توانسته است به میزان زیادی این اختلال را کاهش دهد.

نتایج رگرسیون نیز نقش معنادار اضطراب نوجوانان در احتمال ابتلا به این اختلال را مورد تایید قرار داد که همسو با نتایج تحقیقاتی چون اونال، ایدین، گوکلر و اونسال، ۲۰۱۷؛ فیتزسیمون و باردون کان، ۲۰۱۱؛ استوبر، ۲۰۰۴؛ واردار و همکاران، ۲۰۰۷ است. می توان اینگونه تبیین کرد که برای نوجوانان قضاوت در مورد خودشان و اینکه چقدر با وضعیت ایده آل فاصله دارند می تواند مبنایی برای اضطراب باشد. همان طور که در مقدمه ذکر شد هیجان ها بویژه اضطراب رفتار خوردن افراد را تحت تاثیر قرار می دهند (میرزا محمد علائینی، علی پور، نوربالا و آگاه هریس، ۱۳۹۲).

اغلب مفهوم سازی های نظری از رفتارهای خوردن آشفته، می تواند در مدل های تنظیم هیجان خلاصه شود. یکی از این مدل ها، نظریه ی فرار است. این نظریه بیان می کند رفتارهای خوردن آشفته، سازوکاری است که از طریق آن، افراد تلاش می کنند تا از حالت های هیجانی نامطلوب اجتناب کنند. به طور ویژه غذا، حواسپرتی لذت بخش و عینی از آشفتگی های هیجانی و نگرانی های مربوط به تصویر بدن فراهم می کند (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۴). بنابراین همبستگی بین اضطراب و رفتارهای خوردن آشفته در دختران نوجوان می تواند دلیلی بر این باشد که از این رفتارها برای فرار از اضطراب های خود استفاده می کنند و رفتارهای خوردن آشفته را به عنوان مکانیسمی دفاعی در مقابل اضطراب خود به کار می گیرند.

همانگونه که در رابطه بین اضطراب و رفتارهای خوردن آشفته تبیین شد پژوهش بساک نژاد، هومن و قاسمی نژاد (۱۳۹۱) نیز نشان داده اند که مبتلایان به اختلال خوردن از انواع سبک های مقابله ی اجتنابی برای رویارویی با فشارهای روان شناختی استفاده می کنند و اختلال خوردن نیز نوعی سبک رویارویی با مشکلات زندگی و اضطراب های ناشی از آن است.

در مورد تبیین بین همبودی^۱ اضطراب و اختلالات خوردن پنج الگوی متفاوت وجود دارد بر اساس الگوی اول علت اختلالات خوردن نشانه های اضطراب است. الگوی دوم

1. Comorbidity

بر عکس الگوی اول است. طبق الگوی سوم اختلالات تغذیه ای نمود اضطراب های زیربنایی هستند. الگوی چهارم اختلالات اضطرابی و تغذیه ای نمودهای متفاوتی از علل زیربنایی یکسانی می داند. براساس پنجمین الگو اختلالات خوردن و اضطراب هر دو مجموعه یکسانی از شرایط هستند و ممکن است چندین عامل سبب شناسی باشند (بولیک^۱، ۲۰۰۲ به نقل از پالیستر و والتر^۲، ۲۰۰۸). در مجموع بسته به نوع نگرش نسبت به هر رویکرد نمی توان نقش اضطراب در اختلالات روانی و رفتاری را نادیده گرفت.

در تبیین این نتیجه شاید بتوان گفت یکی از راه های مقابله با اضطراب از بدریختی بدنی در نوجوانان این است که دختران جوان با رژیم های سخت و طولانی می خواهند بر تصورات بدنی ضعیف خود سرپوش بگذارند. بنابراین انجام رفتارهای جبرانی می تواند رضایت خاطر آنان را فراهم سازد همان گونه که در رفتارهای وسواسی می توان چنین سازوکاری را مشاهده کرد. اتخاذ رویکردهای کاهش اضطراب به خصوص در حوزه شناختی- رفتاری به نظر می رسد بتواند به میزان زیادی میزان شیوع این اختلال را کاهش دهد.

باتوجه به شیوع انواع اختلالات در حوزه خوردن به خصوص از نوع آشفته خواری در میان نسل جوان بویژه دختران و پیامدهای جسمانی و روانی نامطلوب آن ضرورت توجه به این امر یاری مسولان آموزشی و خانواده ها را می طلبد. با توجه به اینکه طرح واره های ناسازگار و اضطراب نقشی پر رنگ در اختلال خوردن داشتند می توان فرایندهای مرتبط با خانواده و فرزند پروری را مورد توجه دوباره قرار داد.

پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به طور همزمان از روش های دیگری همچون مصاحبه بالینی نیز در کنار پرسشنامه استفاده گردد و همچنین سنین دیگر و پسران نوجوان نیز مورد بررسی قرار گیرند.

پژوهش حاضر واجد محدودیت هایی بوده است که بر استنباط از یافته ها و نتیجه گیری از آن اثر می گذارد و می تواند پیامدهای کاربرد این مطالعه را محدود سازد. این

-
1. Bulik
 2. Pallister & Waller

طرح مقطعی امکان تعیین سیر زمانی و روابط علی بین رفتار خوردن آشفته و عوامل پیش بین آن را در دختران نوجوان فراهم نمی سازد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این است که تنها ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه بوده که جنبه خود گزارشی دارد و امکان استفاده از سایر روش ها مانند مصاحبه مقذور نبود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه همکاران در آموزش و پرورش استان فارس تقدیر به عمل می آید.

منابع

- آهی، قاسم. (۱۳۸۵). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. تهران. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- انیسی، جعفر؛ سلیمی، سید حسین؛ میرزمانی، محمود؛ ریسی، فاطمه و نیکنام، مژگان. (۱۳۸۶). بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان. *مجله علوم رفتاری* ۱(۲)، ۱۶۳-۱۷۰.
- بابایی، سمیه؛ خداپناهی، محمد کریم و صالح صدق پور، بهرام. (۱۳۸۷). ارتباط بین باورها و نشانه های اختلال خوردن. *مجله روانشناسان ایرانی*، ۴(۱۳)، ۳-۱۲.
- بساک نژاد، سودابه؛ هومن، فرزانه و قاسمی نژاد، محمد علی. (۱۳۹۱). رابطه ی بین سبکهای مقابله ی اجتناب شناختی رفتاری و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه. *مجله ی اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۴)، ۲۷۸-۲۸۵.
- حسین زاده، علی اصغر؛ هومن، حیدرعلی؛ صالحی، مهدیه و کوشکی، شیرین. (۱۳۹۱). پیوند مادری و نشانه های آسیب پذیری مرتبط با خوردن: نقش واسطه ای باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی. *روان شناسی تحولی*، ۹(۳۴): ۱۴۲-۱۲۹.
- خدابخش، محمد رضا و کیانی، فریبا. (۱۳۹۳). نقش علائم افسردگی و ناگویی خلقی در پیشینی رفتارهای خوردن آشفته در دانشجویان دختر. *مجله سلامت جامعه*، ۸(۳)، ۲۷-۳۶.

- خدابخش، محمد رضا و کیانی، فریبا. (۱۳۹۳). نقش اضطراب و ناگویی خلقی در پیش بینی رفتارهای خوردن آشفته در دانشجویان: تلویحاتی برای ارتقاء سلامت. مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت. ۱(۳)، ۶۳-۷۶.
- رجبی، سوران و حسینی، فریده السادات. (۱۳۹۳). بررسی همه گیرشناسی رفتارهای بیمارگونه ی خوردن و ارتباط آن با پنج عامل بزرگ شخصیت در دانش آموزان دختر. روان شناسی مدرسه. ۳(۲)، ۶۷-۸۱.
- زرگر، محمد؛ کاکاوند، علیرضا؛ جلالی، محمدرضا؛ صلواتی، مژگان. (۱۳۹۰). مقایسه طرح واره های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله ای اجتناب در مردان وابسته به مواد شبه افیونی و افراد بهنجار. روان شناسی کاربردی، ۱۷، ۸۴-۶۹.
- سروره عظیم زاده، بهناز؛ رضویه، اصغر و محوری، محمد رضا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه خوردن های آشفته با رفتارهای واری بدن در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۴۲، ۱۴۸-۱۲۴.
- شایقیان، زینب، وفایی، مریم. (۱۳۸۸). بررسی شاخص های روان سنجی پرسشنامه باورهای اختلال خوردن، مجله تازه های علوم شناختی، ۱۱(۲)، ۶۴-۳۸.
- شهامت، فاطمه. (۱۳۸۹). پیش بینی نشانه های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه. فصلنامه روان شناسی دانشگاه تبریز، ۵(۲۰)، ۱۲۴-۱۰۳.
- قنبری، زهرا؛ جمهری، فرهاد؛ روشن؛ رسول. (۱۳۹۴). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال اضطراب اجتماعی زنان اقدام کننده به جراحی زیبایی با زنان غیر اقدام کننده شهر تهران. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۴(۴)، ۳۲-۱۸.
- صفرزاده، سمیه و محمودی خورندی، زینب. (۱۳۹۴). بررسی اختلالات خوردن (بی اشتهاهی عصبی و پرخوری عصبی) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۴، ۳۹۳-۴۰۴.

کرمی، الهام؛ بهرامی، هادی؛ محمدی آریا، علیرضا؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ فخری، زهرا. (۱۳۹۲). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و جامعه ستیزی در زنان بیخانمان وابسته به مواد، فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۷(۲ و ۲۶)، ۹۳-۱۱۰.

لطفی ر. (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلالات شخصیت دسته ب و افراد سالم. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. تهران. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه الزهراء (س).

مولودی، رضا؛ دژکام، محمود؛ موتابی، فرشته و امیدوار، نسرین. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. مجله علوم رفتاری، ۴(۲)، ۱۱۴-۱۰۹.

میرزا محمد علائینی، املیا؛ علیپور، احمد؛ نور بالا؛ احمد علی و آگاه هریس، مژگان (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن. روان شناسی سلامت، ۲(۲)، ۱-۱۱.

نوبخت، م. (۱۳۷۷). بررسی همه گیرشناسی اختلال های خوردن در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

- Anderson, K.; Rieger, E.; Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 245-252.
- Chithambo, T P., and Stanley J. , Huey Jr. (2017). Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions. *International Journal of Eating Disorders*. 50(9), 995-1118.
- Collier, D.A, Treasure, J. L. (2004). The etiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 185(5), 363-365 .
- Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. M. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Journal of Eating Behavior*, 7, 27-35.
- Damiano, S.R., Reece, J., Reid, S., Atkins, L. and Patton, G. (2015). Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Journal of Eating behavior*, 16 (4), 64-71.

- De Paoliti, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., Krug, I. (2017). Insecure attachment and maladaptive schema in disordered eating: The mediating role of rejection sensitivity. *Journal of clinical psychology and psychotherapy*, 24(6), 1273-1284.
- Feng, T., Abebe, D.S. Eating behavior disorders among adolescents in a middle school in Dongfanghong, China. *Journal of Eating Disorders*, 5: 47. doi:10.1186/s40337-017-0175-x.
- Fitzsimmons, E., & Bardone-Cone, A. M. (2011). Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Journal of Eating Behaviors*, 12, 21-28.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(04), 871-878.
- Hudson J., Hiripi, E., Pope, G. H. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 1; 61(3), 348-58.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lester, D., Contino, M., Balsamo, M., Saggino, A., Fabbriatore, M. (2017). The Association between Food Addiction and Early Maladaptive Schemas in Overweight and Obese Women: A Preliminary Investigation. *Journal of Nutrients*, 9(1259), 1-10.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Da Luz, F.Q.; Sainsbury, A.; Hay, P.; Roekenes, J.A.; Swinbourne, J.; da Silva, D.C.; da, S.O.M. (2017). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adult with Morbid Obesity: Relationships with Mental Health Status. *Journal of behavioral Science*, 7(10), 1-11.
- Mohamadirizi, Sh., Yousefi, F.; Boroumandfar, Z. (2014). The Relationship between Eating Disorder Symptoms and Social Anxiety Disorder in Students in Isfahan. *International Journal of pediatrics*, 2(4.2), 47-53.
- Moosavi, S. M., and Amini, F. (2017). Role of Anxiety, Depression and Anger in Eating Disorders - Structural Model. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 5(4), 40-44.
- Nagel, N., Pero, M., Grau, A. (2017). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.003.
- Nobakht M, Dezhkam M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorder*; 28(3), 265-271.
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders:

- Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28, 366° 386
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30° 41.
- Rose, K. S., Cooper, M. J., & Turner, H. (2006). The eating disorder belief questionnaire: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Eating Behaviors*, 7, 410-418.
- Sansfaçon J, Steiger H, Gauvin L, Fletcher É, Israël M.(2017). Does level of motivation for change impact post-treatment outcomes in the eating disorders? Protocol for a systematic review with quantitative analysis, *Journal of Eating Disorder*, 5, 17, 1-9.
- Sousa, P., Gaspar, P., Fonseca, H., Hendricks, c. & Murdaugh' c. (2015). Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle. *Journal of Pediatrics*, 91(4), 358-65.
- Strober, M. (2004). Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: On the search for novel paradigms. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 504° 508.
- Unal,E, Aydin,R., Gokler,M., Unsal, A. (2016). Eating disorders and anxiety among high school students in Western area of Turkey. *International journal of research in medical science*, 4(8), 3513-3520.
- Unoka, Z., (2010). Eating Disorder Behavior and Early Maladaptive Schemas in Subgroups of Eating Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6),425-431.
- Vardar, E., Vardar, S. A. and Kurt, C. (2007).Anxiety of young female athletes with disordered eating behaviors .*Journal of Eating Behaviors*, 8, 143° 147.
- Young, J. E. Klosko, J. Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press; New York.
- Young, J. E. (2005). Young Schema Questionnaire° Short Form. New York: Schema Therapy Institute.