



رابطه بین سلامت روان با اختلالات خوردن و رفتارهای واری بدن در دانشجویان دختر

مهرانگیز شعاع کاظمی^۱ | مبینا سادات میرمحمدی^۲ | فاطمه محمدی^۳

چکیده

اختلالات خوردن از جمله عواملی است که موجب محدودیت‌های کارکردی شده و قابلیت‌های تحصیلی و شغلی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت روان با اختلالات خوردن و رفتارهای واری بدن در دانشجویان دانشگاه دختر صورت پذیرفت. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دختر دانشگاه الزهرا (س) است (۱۲۳۱۵ نفر). به دلیل عدم دسترسی حضوری به دانشجویان و تسهیل در روند پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و خوشه‌ای ۱۵۰ نفر انتخاب شدند و ابزارهای سنجش را تکمیل نمودند. ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه سلامت عمومی روان (GHQ)، پرسشنامه نگرش به خوردن (Eat26) و پرسشنامه داده‌های واری بدن (BCQ) بودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss و با استفاده از آزمون آماری همبستگی ورگرسیون چندمتغیره تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که ابعاد سلامت روان می‌تواند اختلالات خوردن (خوردن‌های آشفته) و رفتارهای واری بدن را پیش‌بینی کنند ($p < 0/05$). در نتیجه مداخلاتی که افسردگی و اضطراب فرد را هدف قرار دهند، می‌توانند به کاهش اختلالات خوردن و رفتارهای واری بدن کمک کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلالات خوردن، سلامت روان، دانشجویان دختر، رفتارهای واری بدن.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی

DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.62.11.5

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، روانشناسی، گروه آموزشی مطالعات زنان و خانواده، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. M.shkazemi@alzahra.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد، گروه آموزشی مطالعات زنان و خانواده، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد، گروه آموزشی مطالعات زنان و خانواده، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

مقدمه

گذر از دوره کودکی و ورود به دوره نوجوانی و جوانی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی برای دختران است (دمرچلی، ۱۳۹۵). در این دوره تکاملی، تغییراتی در وضعیت بدن، تفکر و روابط اجتماعی فرد به وجود می‌آید (دمرچلی، ۱۳۹۵). این قشر از جامعه در جریان رشد زیستی، اجتماعی و روانی درگیر مجموعه‌ای از تغییرات مانند تمایل به کسب استقلال، جستجوی الگوهای خارج از خانواده و نیاز به تأیید و مورد قبول واقع شدن، می‌شوند (فیلیپس و همکاران^۱، ۲۰۱۰). دختران در سنین رشد و بلندی به دلایل متعدد از جمله عوامل فرهنگی و اجتماعی بیش از پسران به وزن و شکل بدن خود توجه دارند (گریفین^۲، ۲۰۱۷). یکی از مشکلات این گروه، اختلال در تصویر ذهنی^۳ از خود است، زیرا فرد در این دوره، تغییرات متنوع جسمی و روانی را تجربه می‌کند و افزایش قد، وزن و ظهور صفات ثانویه در بدن، در زمانی کوتاهی تصویر ذهنی فرد را دچار تغییر می‌کند (چیتامبو، استنلی و هیوی^۴، ۲۰۱۷).

عامل مهم و کلیدی در نگهداری تصویر ذهنی نامطلوب، رفتارهای واریسی بدن^۵ است که باعث تمرکز فرد بر تصویر بدنی منفی و خود ادراکی منفی می‌شود (داکانالیس^۶، ۲۰۱۴). رفتارهای واریسی بدن در ظاهر رفتارهای بی‌خطر بوده اما در بلندمدت تقویت شده و شخص به این رفتارها برای کسب اطمینان مجدد درباره وزن و شکل بدن وابسته می‌شود (داکانالیس، ۲۰۱۴). رفتارهای واریسی بدن، نظیر موشکافی نقص خود جلو آینه، آرایش کردن، مقایسه ظاهر خود با دیگران و پرسیدن از دیگران برای اطمینان‌یابی است که همانند رفتارهای وسواسی، مقاومت در برابر این رفتارها دشوار است و در برخی موارد، واریسی بدنی ممکن است روزانه چند ساعت وقت بیمار را بگیرد (دالوز^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). رفتارهای واریسی بدن در زمینه تناسب اندام افراد شامل رفتارهایی چون استفاده مکرر از ترازو برای کنترل وزن، استفاده بیش از حد از متر برای اندازه‌گیری ابعاد اعضای بدن، شمردن دقیق کالری‌های دریافتی از مواد غذایی و غیره است (دالوز

1. Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.M., Didie, E.R., Fallon, B.A., Feusner, J.

2. Griffin, A.

3. Mental Image.

4. Chithambo, T P., Stanley, J& Huey, Jr.

5. Body Checking.

6. Dakanalis, A.

7. Da Luz, F.Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J.A., Swinbourne, J., daSilva, D.C& da, S.O.M.

و همکاران، ۲۰۱۷). شواهدی نشان‌دهنده این نکته است که تصویر ذهنی و رفتارهای واری بدن، یکی از اجزاء مهم آسیب‌شناسی اختلالات خوردن است (ناجل، پرو و گرو^۱، ۲۰۱۷).

اختلال خوردن^۲ به نوعی اختلال در نحوه غذا خوردن است که فرد از حالت طبیعی خارج شده است. مثلاً از خوردن غذای کافی امتناع می‌کند یا بیش از اندازه غذا می‌خورد و یا ترکیبی از این اختلالات را دارد. اختلال خوردن شامل افکار و رفتارهای کنترل نشده است که الگوهای بیمارگونه غذا خوردن را القا می‌کنند. افرادی که به این نوع اختلال دچار هستند، تصوری غیرواقعی و تحریف شده از بدن خون دارند (جوادی، ۱۳۹۴).

تا آنجا که بررسی شد پژوهشی که رابطه سلامت روان با اختلالات خوردن و رفتارهای واری بدن در دختران را مورد مطالعه قرار داده باشد، مشاهده نشد. لذا با توجه به اینکه ایران در زمره جوامعی تعریف شده است که در جریان سریع و شتاب‌زده عبور از تغییرات جمعیتی و بهداشتی ناشی از ترومیستی و توسعه اجتماعی، موسوم به گذار تغذیه‌ای بهداشتی^۳ قرار دارد و طی این گذار به علت تغییرات سریع ایجادشده در شیوه زندگی از جمله تغییر در الگوی مصرف غذایی و استانداردهای زیبایی به‌ویژه در دختران جوان، باعث افزایش عوامل خطر بیماری‌های جسمی و روحی شده است (صفرزاده و همکاران، ۱۳۹۴) و با توجه به اینکه شیوع زیاد اختلالات خوردن در سال‌های اخیر گزارش شده است، آگاهی از عوامل روان‌شناختی که ممکن است دختران جوان را به این اختلال مستعد کند ضروری به نظر می‌رسد.

بنابراین از آنجا که اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع در روان‌پزشکی است، یافته‌های این پژوهش نقش مهمی در اجرای برنامه‌های پیشگیری و اقدامات مشاوره‌ای و روان‌شناسی لازم جهت تغییر رفتار و نگرش دختران دانشجو که سلامت آن‌ها یکی از ارکان اصلی سلامت خانواده و جامعه است، بر عهده دارد. همچنین یافته‌های این مطالعه می‌تواند راه را برای بررسی اختلالات خوردن و انواع روش‌های درمانی، هموارتر کند. لذا پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است که آیا بین سلامت روان با خوردن‌های آشفته (اختلالات خوردن) و رفتارهای واری بدن در دانشجویان دختر رابطه معناداری وجود دارد؟

1. Nagel, N., Pero, M., Grau, A

2. Eating Disorder

3. Nutritional Transition

دیدگاه‌های مختلفی در مورد علل آسیب‌شناختی اختلالات خوردن وجود دارد که از جمله آن به رویکرد نگرش مربوط به خانواده می‌توان اشاره کرد. در دهه ۱۹۷۰ مینوچین^۱ مدل سیستمی را برای علت بی‌اشتهایی روانی ارائه داد (دمرچلی، ۱۳۹۵). مینوچین ۵ ویژگی حاکم در خانواده فرد بی‌اشتها را به این صورت بیان کرد: مقید بودن، مراقبت بیش از حد، خشکی رفتار، تعارضات حل‌نشده و گرفتاری زیاد فرزند بی‌اشتها در تعارضات والدینی (مینوچین، روسمن و باکر^۲، ۱۹۷۸). نظریه‌های شناختی- رفتاری^۳ اختلالات خوردن نیز بر نقش نگرش و باورهای مربوط به وزن، شکل و خوردن در شکل‌گیری، تداوم و علائم اختلالات خوردن تأکید می‌کنند. مطالعات کوپر، رز و ترنر^۴ (۲۰۰۶) اهمیت این باورها را در بروز اختلالات خوردن تصدیق می‌کند. به هر حال وجود افکار منفی و باورهای نامطلوب مربوط به شکل و وزن ممکن است توضیحات شناختی مناسبی برای اختلالات خوردن فراهم کنند (لینهان^۵، ۱۹۹۳).

جوادی رنجبر (۱۳۹۴) در پژوهشی با بررسی اختلالات خوردن در میان ورزشکاران نشان داد که بین شیوع ابتلا به اختلالات خوردن در ورزشکاران رشته‌های تیمی و انفرادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و اختلال خوردن در ورزشکاران رشته‌های تیمی بیشتر از انفرادی است. عباسی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با بررسی فراوانی نسبی اختلال افسردگی در افراد مبتلا به اختلال خوردن نشان داد که ارتباطی بین اختلال افسردگی با اختلال خوردن وجود ندارد. همچنین در پژوهش وی ارتباطی بین اختلال دوقطبی با سن و جنسیت مشاهده نشد اما دریافت که بین اختلال دوقطبی با تحصیلات ارتباط وجود دارد. از طرفی بین بی‌اشتهایی عصبی با تحصیلات رابطه مثبت و معنی‌دار مشاهده شد. فتاحی (۱۳۹۳) با بررسی آسیب‌پذیری به اختلالات خوردن بر اساس ساز و کارهای دفاعی دریافت میانگین اختلال خوردن برابر با ۲۵/۱۷ است و در حدود ۴۰ درصد افراد نمونه تحقیق مشکوک به اختلال خوردن هستند. ضریب همبستگی نشان داد باورهای وسواسی و ساز و کارهای دفاعی رابطه مثبت و معنی‌داری با اختلال خوردن دارند.

1. Minuchin, S
2. Roseman, B. L. & Baker, L
3. Cognitive Behavioral
4. Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. M
5. Linchan, M. M

روش‌شناسی

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دختر دانشگاه الزهرا (س) و نمونه آماری ۱۵۰ دانشجوی مقاطع مختلف سه شاخه تحصیلی علوم انسانی، علوم پایه و فنی مهندسی بود (از هر شاخه ۵۰ نفر) که به صورت تصادفی و خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا چند دانشکده از دانشکده‌های دانشگاه الزهراء را به صورت تصادفی ساده انتخاب، سپس از هر دانشکده دو گروه آموزشی را انتخاب و پس از آن از هر گروه ۱۵ دانشجو از مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری انتخاب شدند. به دلیل شیوع کروناویروس و شرایط خاص دانشگاه‌ها و آموزش مجازی امکان دسترسی حضوری میسر نبود، لذا با استفاده از گروه‌های واتساپی که یکی از روش‌های ارتباطی اساتید و دانشجویان در دوران آموزش مجازی است، همچنین با جلب نظر اساتید گروه‌های آموزشی مزبور و کمک از آن‌ها پرسشنامه‌ها بارگذاری و نمونه‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون آماری همبستگی، رگرسیون چندمتغیره و تحلیل واریانس جهت تعیین ضرایب متغیرها تحلیل شدند. ابزارهای سنجش (در این قسمت تغییرات ذکر شده صورت گرفت. طراح پرسشنامه، مقیاس، تعداد سؤالات، نام انگلیسی پرسشنامه و...)

پرسشنامه نگرش‌های خوردن^۱ گارنر و همکاران^۲ (۱۹۷۹) (EAT-26): این پرسشنامه ۲۶ سؤالی توسط گارنر و گریفینکل^۳ در سال ۱۹۷۹ طراحی شد. پرسشنامه نگرش‌های خوردن در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود و زیرمقیاس‌های اشتغال ذهنی با غذا، رژیم غذایی و اجتناب از غذاهای چاق‌کننده، تأثیر فشارهای اجتماعی بر غذا خوردن و عدم کنترل در خوردن را بررسی می‌کند (وفایی، ۱۳۸۹). هر یک از آیتم‌های EAT بر اساس مقیاس «لیکرت» درجه‌بندی می‌شود. «روایی هم‌زمان» و «روایی پیش‌بین» EAT و به همان نسبت پایایی آن تأیید شده است.

1. Eating Attitude Test
2. Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., Garfinkel, P.A
3. Garfinkel, H

گارنر پایایی ۰/۹۱ را برای EAT نشان داده است (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲). نوبخت و دژکام در تحقیق خود اعتبار محتوا و پایایی آن را مورد بررسی قرار دادند و همبستگی نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله از پرسشنامه را ۰/۹۱ به دست آوردند (نوبخت و دژکام، ۱۳۷۸). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه واری بدن^۱ (BCQ): پرسشنامه واری بدن شامل ۲۳ سؤال است که توسط ریس و همکاران^۲ (۲۰۰۲) طراحی شد و یک ابزار دارای روایی و پایایی مناسب برای سنجش رفتارهای واری بدن است. سه مؤلفه شامل: مقیاس واری ظاهر کلی، مقیاس واری قسمت‌های خاص بدن و مقیاس واری وابسته به شیوه‌ای خاص هر فرد است. نمره کل آن از مجموع پاسخ‌های همه سؤالات محاسبه می‌شود. حداکثر نمره ۱۱۵ و حداقل ۲۳ است. پایایی با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۴ به دست آمد. نمره کلی BCQ با «پرسشنامه شکل بدن» همبستگی مناسبی دارد (۰/۸۶) (ریس و همکاران، ۲۰۰۲). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی^۳ (GHQ): این پرسشنامه ۲۸ سؤالی توسط گلدنبرگ^۴ (۱۹۷۲) تنظیم گردید و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بود. پرسشنامه در برگیرنده ۴ خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است و ۱۰ مشکل روان‌شناختی را در بر می‌گیرد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶). این پرسشنامه به ۳۸ زبان ترجمه و به‌طور وسیع در فرهنگ‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است به طوری که از آن در مطالعات روان‌سنجی ۷۰ کشور جهان استفاده شده است (گلدنبرگ و همکاران، ۱۹۹۷). گلدنبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸) اعتبار تصنیفی برای این پرسشنامه که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود را ۰/۹۵ گزارش کردند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

1. Body Checking Questionnaire
2. Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D., Van, G.D
3. General Health Questionnaire
4. Goldberg, D. P

داده‌های توصیفی

گروه نمونه دارای جنسیت مؤنث و بر اساس شاخه‌های مختلف شامل دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، علوم پایه و فنی - مهندسی بودند. از هر گروه ۱۵ دانشجو در مقاطع مختلف انتخاب و به تکمیل پرسشنامه پرداختند. میزان تحصیلات گروه نمونه از سطح کارشناسی تا دکتری متغیر بود. ۷۹ نفر دانشجوی کارشناسی، ۴۳ نفر دانشجوی کارشناسی ارشد و ۲۸ نفر دانشجوی دکتری بودند. از نظر تأهل ۵۳ نفر متأهل و ۹۷ نفر مجرد بودند. از نظر تعداد فرزندان ۳۶ نفر بدون فرزند ۱۱ نفر تک فرزند و ۶ نفر دارای دو فرزند بودند. از نظر اشتغال ۹۴ نفر صرفاً دانشجو، ۳۱ نفر شغل آزاد و ۲۵ نفر در دستگاه‌های دولتی مشغول خدمت بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

نتایج نشان می‌دهد که ابعاد سلامت روان، علائم اضطرابی و اختلال خواب دارای بیشترین میانگین و علائم افسردگی دارای کمترین میانگین است (۱۰/۸۶ در برابر ۵/۸۳). میانگین و انحراف معیار اختلال خوردن (خوردن آشفته) به ترتیب ۱۶/۴۵ و ۱۱/۹۹ است. در میان ابعاد واریاسی بدن نیز مقیاس کلی ظاهر دارای بیشترین میانگین (۲۸/۳۸) مقیاس واریاسی ویژه دارای کمترین میانگین (۱۰/۰۳) است. با در نظر گرفتن کجی ± 2 (شوماخر و لوماکس^۱، ۲۰۱۲) و کشیدگی ± 7 (وست فینچ و کران^۲ و همکاران، ۱۹۹۵)، کجی و کشیدگی در تمامی متغیرها در سطح مطلوبی قرار داشته و نرمال بودن تک‌متغیره محقق شده است. جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی نیز از همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شده است. در ادامه به ارائه یافته‌ها پرداخته شده است.

1. Schumacker, R. E., & Lomax, R. G.
2. West, S. G., Finch, J. F. & Curran, P. J.

■ رابطه بین سلامت روان با اختلالات خوردن و رفتارهای واریسی بدن در دانشجویان دختر

جدول ۱. ماتریس همبستگی سلامت عمومی، اختلال خوردن و واریسی بدن

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
علائم جسمانی	۱									
اضطراب و اختلال خواب	۰/۵۹**	۱								
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۰۵	۰/۲۳**	۱							
علائم افسردگی	۰/۳۷**	۰/۵۴**	۰/۳۳**	۱						
ناسلامتی روانی	۰/۷۳**	۰/۸۵**	۰/۴۳**	۰/۸۲**	۱					
اختلال خوردن	۰/۱۸*	۰/۳۳**	۰/۰۲	۰/۴۳**	۰/۳۷**	۱				
مقیاس کلی ظاهر	۰/۰۹	۰/۱۳	-۰/۱۷*	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۲۹**	۱			
مقیاس اعضای خاص بدن	۰/۰۹	۰/۱۸*	-۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۱۵	۰/۳۴**	۰/۷۴**	۱		
مقیاس واریسی ویژه	۰/۱۵	۰/۱۹*	-۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۱۶	۰/۱۷*	۰/۶۱**	۰/۶۳**	۱	
نمره کل واریسی بدن	۰/۱۴	۰/۲۰*	-۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۳۱**	۰/۹۱**	۰/۹۱**	۰/۷۸**	۱

** $P \leq 0.01$

* $P \leq 0.05$

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین اختلال خوردن با علائم جسمانی ($P \leq 0/05$)، اضطراب و اختلال خواب ($P \leq 0/01$)، افسردگی ($P \leq 0/01$) و نمره کلی ناسلامتی روانی ($P \leq 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. علائم جسمانی، علائم افسردگی و نمره کل ناسلامتی روانی رابطه معناداری با ابعاد واریسی بدن و نمره کل آن ندارند. اضطراب و اختلال خواب با مقیاس اعضای خاص بدن ($P \leq 0/05$)، مقیاس واریسی ویژه ($P \leq 0/05$) و نمره کل واریسی بدن ($P \leq 0/05$) رابطه مثبت و معناداری دارند. اختلال در کارکرد اجتماعی تنها با مقیاس کلی ظاهر رابطه منفی و معناداری دارد. ($P \leq 0/05$)

در ادامه از رگرسیون گام به گام جهت بررسی فرضیه پژوهش استفاده شده است. بدین ترتیب که ابعاد سلامت روان به عنوان متغیر پیش‌بین و اختلال خوردن و ابعاد و نمره کل واریسی بدن به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شده‌اند. بدین ترتیب پنج مدل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفته‌اند. پیش از اجرای تحلیل به بررسی مفروضات رگرسیون شامل نرمال بودن توزیع خطاها، استقلال خطاها و هم خطی چند گانه بین متغیرهای پیش‌بین پرداخته شد.

بررسی نرمال بودن توزیع خطاها با استفاده از نمودار نرمال و آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۱ صورت گرفت. معنادار نبودن این آزمون نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع خطاهاست. تحلیل نشان داد با حذف پرت‌های چندمتغیره با در نظر گرفتن انحراف معیار ± 3 توزیع خطاها نرمال است. ($P \geq 0/20$) نمودارهای نرمال در شکل ۱ تا ۵ آمده است.

بررسی استقلال خطاها با استفاده از آزمون دورین-واتسون^۲ انجام شد. این آزمون به دنبال بررسی استقلال خطاهاست. اگر خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند از رگرسیون نمی‌توان استفاده کرد و باید به اصلاح داده‌ها پرداخت. اگر آماره دورین-واتسون کمتر از $2/5$ باشد، استقلال خطاها محقق شده است. نتایج بررسی این مفروضه برای مدل‌های رگرسیون اختلال خوردن، مقیاس کلی ظاهر، مقیاس اعضای خاص بدن، مقیاس واریسی ویژه، واریسی بدن به ترتیب ضرایب $0/07$ ، $1/87$ ، $1/89$ ، $2/34$ و $1/92$ را به دست داد که نشان از استقلال خطاها داشت.

1. Kolmogorov- Smirnov

2. Durbin-Watson

■ رابطه بین سلامت روان با اختلالات خوردن و رفتارهای واریسی بدن در دانشجویان دختر

سومین مفروضه تحلیل رگرسیون، عدم هم خطی متغیرهای پیش‌بین است. بررسی این مفروضه با دو شاخص تلرانس و VIF صورت می‌گیرد. ضرایب تلرانس باید به ۱ نزدیک بوده و ضرایب VIF نباید بیشتر از ۱۰ باشند. ضرایب کوچک‌تر و نزدیک به ۱ نشان‌دهنده عدم هم خطی هستند. نتایج بررسی هم خطی متغیرهای مستقل در جدول ۲ آمده است. نتایج حاکی از عدم هم خطی متغیرهای پیش‌بین است.

جدول ۲. نتایج آزمون هم خطی متغیرهای مستقل اختلال خوردن و واریسی بدن بر حسب ابعاد سلامت عمومی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	تلرانس	VIF
اختلال خوردن	علائم افسردگی	۰/۸۹	۱/۱۲
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۸۹	۱/۱۲
مقیاس کلی ظاهر	اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۹۵	۱/۰۵
	علائم اضطرابی و اختلال خواب	۰/۹۵	۱/۰۵
مقیاس اعضای خاص بدن	علائم اضطرابی و اختلال خواب	۱	۱
مقیاس واریسی ویژه	علائم اضطرابی و اختلال خواب	۱	۱
واریسی بدن	علائم اضطرابی و اختلال خواب	۱	۱

پس از تحقق مفروضات، به تحلیل رگرسیون پرداخته شد. خلاصه مدل رگرسیون گام‌به‌گام اختلال خوردن و واریسی بدن بر حسب ابعاد سلامت روان در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون و نتایج تحلیل واریانس اختلال خوردن و واریانس بدن بر حسب ابعاد سلامت

ملاک	مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R ² Adjusted	F	P	R ² Change	F change	sig. F change
اختلال خوردن	۱	علائم افسردگی	۰/۵۲	۰/۲۸	۰/۲۷	۵۳/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۵۳/۵۰	۰/۰۰۰۱
	۲	علائم افسردگی کارکرد اجتماعی	۰/۵۴	۰/۳۰	۰/۲۹	۲۹/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۲	۴/۷۹	۰/۰۰۳
مقیاس کلی ظاهر	۱	کارکرد اجتماعی	۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۰۲	۴/۵۶	۰/۰۰۳	۰/۰۳	۴/۵۶	۰/۰۰۳
	۲	کارکرد اجتماعی اضطراب و اختلال خواب	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۰۵	۴/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۴/۶۲	۰/۰۰۳
اعضای خاص بدن	۱	اضطراب و اختلال خواب	۰/۱۹	۰/۰۴	۰/۰۳	۵/۰۴	۰/۰۰۳	۰/۰۳	۵/۰۴	۰/۰۰۳
واریس ویژه	۱	اضطراب و اختلال خواب	۰/۲۱	۰/۰۴	۰/۰۴	۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۶/۱۶	۰/۰۰۱
واریس بدن	۱	اضطراب و اختلال خواب	۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۰۳	۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۶/۲۲	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در بهترین مدل پیش‌بینی (مدل دوم) برای اختلال خوردن مقدار ضریب همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین با ملاک برابر با ۰/۵۴ بوده که نشان‌دهنده رابطه در حد متوسط به بالا بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک است. مقدار ضریب تعیین نیز ۰/۳۰ بوده و بیانگر این مطلب است که ۳۰ درصد از تغییرات (واریانس) اختلال خوردن به متغیرهای پیش‌بین مربوط است.

سایر نتایج در خصوص مقیاس کلی ظاهر نشان می‌دهد که میزان همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین و ملاک در بهترین مدل پیش‌بینی (مدل دوم) ۰/۲۴ و میزان ضریب تعیین ۰/۰۶ است. بدین معنی که تنها ۶ درصد از تغییرات واریانس مقیاس کلی ظاهر به متغیرهای پیش‌بین مربوط است. در مدل‌های اعضای خاص بدن، واریسی ویژه و نمره کل واریسی بدن میزان همبستگی چندگانه متغیر پیش‌بین با متغیرهای ملاک به ترتیب ۰/۱۹، ۰/۲۱ و ۰/۲۰ است که نشان‌دهنده رابطه در سطح ضعیف متغیر پیش‌بین و ملاک است. میزان ضریب تعیین نیز به ترتیب ۰/۰۴، ۰/۰۴ و ۰/۰۴ است. بدین معنی که تنها ۴ درصد از تغییرات این متغیرها به متغیر پیش‌بین مربوط است. نتایج نشان می‌دهد که در تمامی مدل‌ها افزوده شدن متغیرها به مدل با افزایش در میزان واریانس تبیین شده همراه بوده و این اثرات معنادارند. ($P \leq 0/05$)

شاخص‌های تحلیل واریانس، معنی‌دار بودن رگرسیون و رابطه خطی بین متغیرها را نشان می‌دهد و سطح معناداری کوچک‌تر از $P=0/05$ آن را تأیید می‌کند. آزمون نشان می‌دهند که مدل‌های رگرسیون با متغیرهای پیش‌بین و ملاک از برآزش خوبی برخوردارند و تغییرات تبیین شده توسط مدل، واقعی بوده و ناشی از شانسی و تصادف نیست. همچنین نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین توانسته‌اند تغییرات متغیرهای ملاک را پیش‌بینی کنند. با احتمال بیش از ۹۵ درصد این متغیرها در پیش‌بینی و تغییرات متغیر ملاک سهم هستند. برای بررسی اهمیت نسبی متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی متغیرهای ملاک باید مقادیر ضرایب رگرسیون را مطالعه نمود. مقادیر ضرایب رگرسیون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون گام به گام اختلال خوردن و واریسی بدن بر حسب ابعاد سلامت عمومی

P	t	Beta	ضرایب غیراستاندارد		متغیرهای پیش‌بین	مدل	ملاک
			B	خطای معیار			
۰/۰۰۰۱	۷/۳۱	۰/۵۲	۰/۱۴	۱/۰۴	علائم افسردگی	۱	اختلال خوردن
۰/۰۰۰۱	۷/۷۲	۰/۵۸	۰/۱۵	۱/۱۵	علائم افسردگی	۲	
۰/۰۳	-۲/۱۹	-۰/۱۶	۰/۳۴	-۰/۷۳	کارکرد اجتماعی	۱	مقیاس کلی ظاهر
۰/۰۳	-۲/۱۴	-۰/۱۷	۰/۲۷	-۰/۵۷	کارکرد اجتماعی	۲	
۰/۰۱	-۲/۵۹	-۰/۲۱	۰/۲۷	-۰/۷۱	کارکرد اجتماعی	۱	اعضای خاص بدن
۰/۰۳	۲/۱۵	۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۳۰	اضطراب و اختلال خواب		
۰/۰۳	۲/۲۵	۰/۱۹	۰/۱۲	۰/۲۷	اضطراب و اختلال خواب	۱	واریسی ویژه
۰/۰۱	۲/۴۸	۰/۲۱	۰/۰۶	۰/۱۵	اضطراب و اختلال خواب	۱	
۰/۰۱	۲/۴۹	۰/۲۰	۰/۳۱	۰/۷۶	اضطراب و اختلال خواب	۱	واریسی بدن

ضرایب رگرسیون درج شده در جدول فوق نشان می‌دهد که در بهترین مدل پیش‌بینی برای اختلال خوردن، علائم افسردگی ($\beta = ۰/۵۸$) و اختلال در کارکرد اجتماعی ($\beta = -۰/۱۶$) قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک هستند. افسردگی نقش بیشتری در این بین دارد و اختلال در کارکرد اجتماعی پیش‌بینی کننده منفی برای اختلال خوردن است.

در مقیاس کلی ظاهر، اختلال در کارکرد اجتماعی ($\beta = -۰/۲۱$) و علائم و اختلال خواب ($\beta = ۰/۱۸$) قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک هستند و اختلال در کارکرد اجتماعی سهم بیشتری در این زمینه دارد. این متغیر پیش‌بینی کننده منفی مقیاس کلی ظاهر است. در مقیاس اعضای خاص بدن ($\beta = ۰/۱۹$)، واریسی ویژه ($\beta = ۰/۲۱$) و واریسی بدن ($\beta = ۰/۲۰$) تنها علائم اضطرابی و اختلال خواب قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک است. سایر متغیرها پیش‌بینی کننده

معناداری برای اختلال خوردن نبوده و وارد مدل رگرسیون نشده‌اند. بر این اساس فرضیه پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که ابعاد سلامت روان می‌توانند اختلال خوردن (خوردن آشفته) و واری بدن را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی رابطه بین سلامت روان با اختلالات خوردن و رفتارهای واری بدن در دختران جوان دانشگاه الزهراء (س) صورت پذیرفت. فرضیه پژوهش این بود که بین سلامت روان با اختلالات خوردن و رفتارهای واری بدن رابطه معناداری وجود دارد. یافته‌ها حاکی از آن است که ابعاد سلامت روان می‌توانند اختلالات خوردن (خوردن‌های آشفته) و رفتارهای واری بدن را پیش‌بینی کنند. نتایج نشان داد که در مقیاس سلامت روان، افسردگی نقش بیشتری در پیش‌بینی اختلال خوردن دارد و بین کارکرد اجتماعی با اختلال خوردن رابطه منفی و معناداری مشاهده شد. در مقیاس کلی ظاهر، اختلال در کارکرد اجتماعی، علائم اضطرابی و اختلال خواب قادر به پیش‌بینی اختلال خوردن بود و اختلال در کارکرد اجتماعی سهم بیشتری در این زمینه دارد. در مقیاس اعضای خاص بدن، واری ویژه و واری بدن، علائم اضطرابی و اختلال خواب قادر به پیش‌بینی اختلال خوردن بود. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مک‌درموت و همکاران (۲۰۱۱)، مناتی و همکاران (۲۰۱۵)، دمرچلی (۱۳۹۵)، وولریچ و همکاران (۲۰۰۸)، کچویی و همکاران (۱۳۹۱)، همسو بوده است. طبق پژوهش‌های صورت گرفته توسط سایر پژوهشگران که اکثراً رابطه اختلالات خوردن را با سایر اختلالات روحی و روانی مورد بررسی قرار دادند نتایج آن‌ها بر این بوده که بین اختلالات خوردن و اختلالات روحی رابطه معناداری وجود دارد. اکثر پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که از اختلالات خوردن رنج می‌برند، علائم اضطراب، نارضایتی جسمانی، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زیادی را گزارش می‌کنند. پژوهشگران نشان داده‌اند که ممکن است عوامل آسیب‌زای مشترکی زمینه رشد این اختلالات را فراهم سازند.

شواهد نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی حالات خلقی قبل از پرخوری، نسبت به زمان بعد از پرخوری بدتر بوده است. همچنین می‌توان گفت که در برخی موارد پرخوری و تخلیه عمدی معده به افکار و هیجانات منفی منتهی می‌شود. مطالعه شعاع کاظمی حاکی از آن است که حالات خلقی منفی با جوع عصبی همراه است و پرخوری مکانیسمی برای کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا و حالات خلقی منفی است. در این ارتباط می‌توان گفت که پرخوری مکانیسمی برای پرت کردن حواس از تجارب منفی است. به این معنی که پرخوری در مواقعی که خلق پایین است به وفور اتفاق می‌افتد و بعد از دوره پرخوری حالات خلقی بهبود می‌یابد (شعاع کاظمی و همکاران، ۱۳۹۸). در عین حال ممکن است صنعتی شدن، ترویج عادت‌های غذایی، ایجاد تغییراتی در مفهوم زیبایی و نگرش به چاقی، رواج رژیم‌های تغذیه‌ای و تجهیزات کنترل‌کننده وزن برای بیشتر دختران جوان اضطراب‌آور باشد و زمینه اختلالات خوردن برای آن‌ها آماده کند (شعاع کاظمی و همکاران، ۱۳۹۸). از طرفی ممکن است اختلال خوردن در جوانانی ایجاد شود که از آشوب درونی زیادی رنج می‌برند و مشغول مسائل جسمی می‌شوند که این دل‌مشغولی به احساس آرامش آن‌ها کمک کند. به‌طور معمول این افراد توانایی مدیریت احساسات خود را ندارند و به مرور زمان متوجه می‌شوند که خوردن می‌تواند به حالات هیجانی نامطلوب آن‌ها کمک کند. در دیدگاه شناختی کوپر و همکاران (۲۰۰۴) نیز افکار خودکار و خودباوری‌های منفی درباره پراشتهایی عصبی دارای اهمیت است. به هر حال وجود افکار خودکار منفی و باورهای نامطلوب مربوط به شکل و وزن به‌صورت مطلق ممکن است توضیحات شناختی مناسبی برای اختلال خوردن فراهم کنند.

در پژوهشی مناتی و همکاران (۲۰۱۵) نیز اختلال بین عملکرد اجتماعی و نارضایتی بدنی را پیش‌بینی کردند. آن‌ها دریافتند فرد هنگام عملکرد اجتماعی نامطلوب، توجهش را به درون جابه‌جا می‌کند. هسته مرکزی اختلال واری بدن نیز، توجه متمرکز بر خود افراطی درباره تصویر بدن است که منجر به تغییر در خلق و خو می‌شود. این افراد به‌طور معمول به محیط پیرامونشان به‌طور انتخابی توجه کرده که در نتیجه مانع تمرکز آن‌ها بر عملکردشان می‌شود.

آن‌ها به‌طور معمول به‌دلیل ناتوانی در مدیریت عملکرد خود، دچار سوگیری منفی در تشخیص واکنش دیگران شده و تکرار آن می‌تواند به تفسیری منفی از رفتار دیگران منجر شود. این عوامل می‌تواند موجب کاهش عملکرد اجتماعی فرد شود. هنگامی که باور فرد این باشد که از سوی دیگران مورد ارزیابی قرار گرفته است و از طرفی باور و تصور ذهنی او از ظاهر و عملکردش را برخلاف استانداردهای مدون می‌بیند موجب تفسیرهای منفی و تشدید رفتارهای واریسی بدن و به دنبال آن اختلالات خوردن می‌شود. این افراد ممکن است هنگام ترک محیط اجتماعی ساعت‌ها فکر کنند و سوگیرانه ظاهر و عملکرد اجتماعی خود را بررسی کنند. پذیرش فشارهای اجتماعی برای لاغر شدن نیز ممکن است به بی‌اشتهایی منجر شود و فشار برای لاغر شدن با عاطفه منفی همراه شود. در جامعه‌ی به شدت پویا، اولین تأثیرات از طرف مقابل مهم است و به همین دلیل ظاهر افراد اهمیت به‌سزایی می‌یابد. به‌عنوان نمونه هنگامی که معیار ظاهر برای پذیرش در برخی فعالیت‌های اجتماعی و یا ارتقاء منزلت اجتماعی فرد مهم تلقی شود و توجه ویژه در جامعه به ظاهر افراد و تشویق و تحسین به داشتن بدنی بدون نقص که منجر به جابه‌جایی ارزش‌ها شود در نگاه افراد به‌ویژه دختران جوان تأثیر به‌سزایی دارد. تکثیر تصورات منفی از جسمانیت خود در فضای اجتماعی، ارزیابی انسان از خود و مقایسه خود با دیگران در حوزه‌های مختلف شکل می‌گیرد و این امر در زمانه مصرف‌گرایی بیش از پیش تشدید می‌شود. همچنین در مواردی تأکید زیاد روان‌شناسان و مشاوران خانواده بر اهمیت ظاهر و افزایش ضریب ظاهر بدن برای مرد، می‌تواند احساس امنیت را در فرد کم‌رنگ و افراد را به این جنبه سوق داده که تأثیر معکوسی بر تصور فرد از جنبه جسمانی دارد و نگرانی‌هایی به روش‌های مختلف در فرد ایجاد می‌کند. جنسیتی شدن زیبایی و تأکید زیاد بر داشتن بدنی ایده‌آل برای پذیرش و مورد محبوبیت قرار گرفتن می‌تواند حساسیت‌پذیری بالا در دختران ایجاد کرده و تحت تأثیر قرار بگیرند.

از طرفی با توجه به اینکه خواب نقش مهمی در سلامت روان فرد دارد همپوشانی بین اختلال در خواب با اختلال در خوردن طبیعی به نظر می‌رسد. ضمن اینکه تحقیقات زیادی

مانند ریس و همکاران (۲۰۰۶) مؤید این مطلب است. ممکن است این رابطه به دو شکل باشد: اختلال در خواب منجر به ایجاد و تشدید اختلال خوردن می‌شود و یا اینکه اختلال خوردن و تشدید آن موجب شکل‌گیری اختلال در خواب می‌شود. از طرفی با توجه به اینکه الگو مصرف غذا بر کیفیت خواب تأثیرگذار است، نقش خواب را نیز در تولید طبیعی هورمون‌هایی که اشتها و گرسنگی را تنظیم می‌کنند نمی‌توان از نظر دور داشت (دمرچلی، ۱۳۹۵). تأثیر اختلال در خواب بر عملکرد اجتماعی ضعیف، نقص در حافظه و یادگیری، افسردگی و کاهش عزت نفس نیز مورد توجه است.

در خصوص رابطه بین افسردگی و اختلالات خوردن در دانشجویان دختر می‌توان به تأکید زیاد بر لاغری، ترس از چاقی، نارضایتی در مورد شکل و وزن بدن اشاره کرد که ذهن بیشتر دانشجویان دختر را به خود مشغول می‌کند. به نظر می‌رسد تأثیر اختلال خوردن تنها به مشکلات جسمی مربوط نبوده و ساختار ذهنی و روانی افراد را نیز درگیر خود می‌کند که در سطح وسیع می‌تواند زمینه‌ساز مسائل و مشکلات دیگری برای فرد شود. طبق پژوهش حاضر می‌توان گفت سلامت روان در میان افراد چاق بدون اختلال خوردن در مقایسه با افراد چاق دارای اختلال خوردن بالاتر است و با افزایش علائم روان‌پزشکی در فرد، سطوح بالاتری از اختلال خوردن مشاهده می‌شود. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلال خوردن را می‌توان جزئی از طیف اختلالات عاطفی دانست و می‌توان فرض کرد که از نظر نابهنجاری به افسردگی شبیه‌اند و شواهدی از تاریخچه خانوادگی و همبودی بین این اختلالات وجود دارد (فیلیس^۱، ۱۹۹۶؛ به نقل از شعاع کاظمی و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین طبق دیدگاه شناختی-رفتاری که در آن بر نقش رفتارهای واریسی بدن در حفظ و نگهداری اختلالات خوردن تأکید شده است، این رفتار در ابتدا به‌منظور آگاهی از تغییرات سایز و وزن بدن بوده اما موجب تقویت ادراک ناقص از ظاهر شده و این رفتارها تشدید و باعث

1. Phillips, K.A.

افزایش اشتغال ذهنی به بدن می‌شود؛ بنابراین تغییرات طبیعی در نوجوان و جوان ممکن است به نوسان‌های خلقی منجر شود (فربرن و هریسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

به طور کلی، شیوع اختلالات خوردن در بین دانشجویان دختر، همچنین رابطه سلامت روان با این اختلالات از نتایج پژوهش حاضر بود و ضرورت توجه بیشتر به برخی علائم روانی مانند افسردگی را در همه گیرشناسی این اختلالات نشان می‌دهد. مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات شناختی- رفتاری در کاهش اختلالات خوردن و رفتارهای واریسی بدن کارآمد هستند (هافمن^۲، ۲۰۰۸).

در پایان بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:

با توجه به محدودیت منابع و پیشینه پژوهشی پیشنهاد می‌شود ضمن مطالعه این موضوع بر روی قشرهای مختلف جامعه، در پژوهش‌های بعدی پاسخ به مداخلات شناختی- رفتاری و عوامل متعددی که می‌تواند رشد و ماندگاری این اختلالات را تحت تأثیر قرار دهد مورد مطالعه قرار گیرد.

از طرفی با توجه به اینکه شدت اختلالات خوردن در افراد به یک اندازه نیست، لذا ضروری به نظر می‌رسد که روش درمانی متناسب با افراد انتخاب شود. این روش‌ها می‌تواند شامل درمان شناختی، دارو درمانی و یا ترکیبی از روش‌های مختلف باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره‌ای در دانشگاه از یک طرف با مشاوره، صحبت، پشتیبانی و حمایت اجتماعی به فرد فرصت صحبت بدون احساس شرم و بیان احساسات منفی را بدهند. از طرف دیگر با درمان تغذیه‌ای و تقویت عادات سالم تغذیه و عادات خواب خوب، سلامت جسم و روان دانشجویان را ارتقاء دهند.

همچنین پیشنهاد می‌شود دانشجویان به ورزش و فعالیت‌های ساده مانند پیاده‌روی که در کاهش افسردگی مؤثر است، تشویق شوند. ضمن اینکه مراکز مشاوره دانشگاهی می‌توانند با برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه اساتید، آن‌ها را برای اصلاح نگرش دانشجویان نسبت به استانداردهای زیبایی در فرهنگ غربی، تقویت احساس ارزشمندی فارغ از ظاهر و بدن همراه با افزایش آگاهی نسبت به الگوی زن مسلمان، توانمند کنند. لازم به ذکر است خط اصلی درمان،

1. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J.

2. Hoffman, A.

مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پیشگیری و درمان افسردگی است که طبق پژوهش حاضر رابطه معناداری با اختلال خوردن و رفتارهای واری بدن گزارش شد.

از محدودیت‌های این پژوهش، شرایط دوران کرونا و مواجهه با استرس اجتماعی، استفاده از پرسشنامه و احتمال سوگیری جهت پاسخ‌گویی، عدم بینش کافی پاسخ‌دهندگان در مورد احساسات و افکار خود، است. از طرفی با توجه به اینکه پژوهش حاضر، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهراء ۶ (س) تهران است و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان مورد مطالعه پژوهش حاضر، شبیه سایر دانشجویان در کشور نیست، تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه باید با احتیاط صورت پذیرد.

قدردانی و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از دانشجویان و اساتید دانشگاه الزهراء ۶ (س) تهران که در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری صمیمانه آن‌ها اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تقدیر و تشکر نمایند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- انیسی، جعفر؛ سلیمی، سید حسین (۱۳۸۶)، بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان، *مجله علوم رفتاری*، ش (۲۱): ۱۶۳-۱۷۰.
- جوادی رنجبر، مهدی (۱۳۹۴)، *بررسی و مقایسه شیوع ابتلا به اختلالات خوردن در میان ورزشکاران مرد رشته‌های انفرادی و تیمی شهرستان آذرشهر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور استان البرز.
- رجبی، سوران و حسینی، فریده السادات (۱۳۹۳)، بررسی همه‌گیرشناسی رفتارهای بیمارگونه خوردن و ارتباط آن با پنج عامل بزرگ شخصیت در دانش‌آموزان دختر، *روانشناسی مدرسه*، ش ۳(۲): ۶۷-۸۱.
- شایقیان، زینب و وفایی، مریم (۱۳۸۸)، بررسی شاخص‌ها روان‌سنجی پرسشنامه باورهای اختلال خوردن، *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ش ۱۱(۲): ۳۸-۶۴.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ فتحعلی زاده، معصومه و شهایی نژاد، زهرا (۱۳۹۸)، *روانشناسی زن و خانواده*، تهران: انتشارات آوای نور. چاپ چهارم.
- صفرزاده، سمیه و محمودی خورندی، زینب (۱۳۹۴)، بررسی اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ش ۱۴، ۳۹۳-۴۰۴.
- کچوئی، محسن؛ فتحی‌آشتیانی، علی و الهیاری، عباسعلی (۱۳۹۱)، رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی با نشانه‌های اختلال خوردن در دانشجویان، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ش ۱۳(۵۰): ۹۳-۸۴.
- کریمی، الهام؛ بهرامی، هادی؛ محمدی آریا، علیرضا؛ اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر و فخری، زهرا (۱۳۹۲)، رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌سنجی در زنان بیخانمان وابسته به مواد، *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ش ۷(۲ و ۲۶): ۹۳-۱۱۰.
- عباسی، صفورا (۱۳۹۴)، *بررسی فراوانی نسبی اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی در افراد مبتلا به اختلال خوردن در کلینیک تغذیه بهکام شهر یزد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد.
- علی‌اصغر؛ هومن، حیدرعلی؛ صالحی، مهدیه و کوشکی، شیرین (۱۳۹۱)، پیوند مادری و نشانه‌های آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن: نقش واسطه‌ای باورهای اختلال خوردن و ناگویی حلقی، *روانشناسی تحولی*، ش ۹(۳۴): ۱۲۹-۱۴۲.
- فتاحی، رعنا (۱۳۹۳)، *پیش‌بینی آسیب‌پذیری به اختلالات خوردن بر اساس مکانیزم‌های دفاعی، باورهای وسواسی و ناگویی هیجانی در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور مرند*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.

American psychiatric association. (2013). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders", (5th ed).

- Dakanalis, A. (2014). "Body image measures: A series of validation studies on community and clinical samples (Doctoral dissertation)", Pavia, Italy: University of Pavia.
- 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.
- Davenport, E., Rushford, N., Soon, S & McDermott, C. (2015). "Dysfunctional metacognition and drive for thinness in typical and atypical anorexia nervosa", *Journal of Eating Disorders*, 24.
- 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.
- Cash, T. F. (2004). "Body image: Past, present, and future", *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5.
- Castellini, G., Lapi, F., Ravaldi, C., Vannacci, A., Rotella, C. M., Faravelli, C & et al. (2008). "Eating disorder psychopathology does not predict the overweight severity in subjects seeking weight loss treatment", **Comprehensive psychiatry**, 49 (4): 359-63. Doi: 10.1016/j.comppsy.2008.01.005.
- Chithambo, T P., 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.
- 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.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). "Eating disorders", *Lancet*, 361, 407-416.
- Fox K, Huang X., Linthicum, K., Wang, S., Franklin, J., & Ribeiro, J. "Model Complexity Improves the Prediction of Nonsuicidal Self-Injury", *American Psychological Association*.2019; <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000421.supp>.
- Fox, K. R., O'Sullivan, I. M., Wang, S. B., & Hooley, J. M. "Self-criticism impacts emotional responses to pain", *Behavior Therapy*.2019; 50, 410-420. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.008>.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. "The dimensions of perfectionism", *Cognitive therapy and research*, 1990; 14(5), 449-468.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). "The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa", *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., Garfikel, P.A. (1982). "The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates", *psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). "A users' guide to the General Health Questionnaire", U. K.: NFER Nelson.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B & et-al. (1997). "The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care", *Psychological Medicine*, 27 (1), 191-197.
- Goldberg, D, P. (1972). "The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire", *Maudsley Monograph*, No. 21. Oxford: Oxford University Press.
- Griffin, A., (2017). "Adolescent neurological Development and implications for health and well-being", **Healthcare**, 5(4): 62. Doi: 10.3390/healthcare5040062.

- Hewitt, & Flett. "Dimensions of perfectionism in unipolar depression", *Journal of Abnormal Psychology*, 1991a; 100(1), 98-123.
- Hewitt, & Flett. "Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology", *Journal of personality and social psychology*, 1991b; 60(3), 456.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lester, D., Continisio, 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.
- Linehan, M. M. (1993). "Skills training manual for treating borderline personality disorder", Guilford Press.
- McDermott, C.J & Rushford, N., (2011). "Dysfunctional metacognitions in anorexia nervosa", *Eating Weight Disord*, 16, 49-55.
- Minuchin, S., Roseman, B. L. & Baker, L. (1978). "Psychosomatic families and anorexia nervosa in content. British", Cambridge.
- 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.
- Phillips, K. A. (1996). "Body dysmorphic disorder: Diagnosis and treatment of imaging ugliness", *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 2, 61-65.
- Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.M., Didie, E.R., Fallon, B.A., Feusner, J et al. (2010). "Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V", *Depress Anxiety*, 27, 573-91.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R & Esemewmh Investigators. (2009). "The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project", *Journal of psychiatric research*, 43(14), 1125-1132.
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netenmeyer, R & Williamson, D.A. (2002). "Development of the body checking questionnaire: a self-report measure of body checking behaviors", *International Journal of eating disorders*, 31, 324-333.
- 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.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2012). "A beginner's guide to structural equation modeling", Routledge.
- 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.
- West, S. G., Finch, J. F. & Curran, P. J. (1995). "Structural equation models with non-normal variables: Problems and remedies, In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues and ...* 56-75), Sage, Thousand Oaks, 1995.
- Woolrich, RA., Cooper, MJ & Turner, HM. (2008). "Metacognition in patients with anorexia nervosa, dieting and nondieting women: A Preliminary Study", *Eur Eat Disord Rev* 2008, 16, 11-20.

