

نقش افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن در اختلال خوردن

The Effectiveness of The Role of Depression and Body Dysmorphic Metacognition in Eating Disorder

Khadijeh Fooladvand, PhD
Lorestan University

خدیدجه فولادوند*
استادیار روان شناسی دانشگاه لرستان

چکیده

هدف این پژوهش تعیین نقش مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن در اختلال خوردن بود. طرح این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. ۳۲۴ دانش‌آموز دختر از دبیرستان‌های دخترانه استان لرستان به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل آزمون بازخوردهای خوردن (گارنر، اولستد، بوهر و گارفینکل، ۱۹۸۲)، پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن (ربیعی، صلاحیان، بهرامی و پالاهنگ، ۲۰۱۱) و سیاهه افسردگی کودکان (کواکس و بک، ۱۹۷۷) بود. نتایج نشان داد مؤلفه‌های افسردگی (خلق منفی، مسائل بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و حرمت خود منفی) و فراشناخت بدشکلی بدن (کنترل فراشناختی، درآمیختگی افکار-عمل، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی‌بخش) با اختلال خوردن رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد خلق منفی، حرمت خود منفی و مهار فراشناختی توانایی پیش‌بینی اختلال خوردن را دارد. در نظر گرفتن مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن نقش بالینی مهمی در فرایندهای پیشگیری و درمان اختلال خوردن دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال خوردن، افسردگی، فراشناخت بدشکلی بدن

Abstract

This study aimed to investigate the role of depression and body dysmorphic metacognition components in eating disorders. This research method was descriptive- correlational. 324 girls students in Lorestan high school province were selected by multi-stage cluster sampling method. The participants completed the Eating Attitudes Test (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982), the Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire (Rabiei, Salahian, Bahrami & Palahang, 2011), and the Child Depression Inventory (Kovacs & Beck, 1977). The Pearson Correlation and Concurrent Regression were used for analysis. The results showed that the components of depression (negative mood, interpersonal problems, ineffectiveness, anhedonia, and negative self-esteem) and the components of body dysmorphic metacognition (metacognitive control, thought-action fusion, metacognitive negative and positive beliefs, and safety behaviors) had a significant and positive relationship with an eating disorder. In addition, the results of regression analysis showed that negative mood, negative self-esteem, and metacognitive control could predict eating disorders. Based on findings considering the components of depression and body dysmorphic metacognition may have an important clinical role in the processes of prevention and treatment of the eating disorder.

Keywords: eating disorder, depression, body dysmorphic metacognition

received: 07 November 2020

accepted: 19 February 2021

دریافت: ۹۹/۰۸/۱۷

پذیرش: ۹۹/۱۲/۰۱

*Contact information: kfooladvand@yahoo.com

نوجوانی دوره بی‌ثباتی عاطفی، سرپیچی از افراد مهم و قدرتمند مانند پدر و مادر، تلاش برای رسیدن به استقلال و تجربه کردن تغییرهای جسمی و روان‌شناختی است (لی، ۲۰۱۴). بررسی مسائل و ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص رشدی اهمیت زیادی دارد (یانگ، لن رویس و یانگ، ۲۰۱۷). اختلالات خوردن^۱ در زمره رایج‌ترین و محدودکننده‌ترین مسائل روانی است (چیتامبو، استانلی و هی، ۲۰۱۷؛ حسین‌زاده، هومن، صالحی و کوشکی، ۲۰۱۲؛ دمرچلی، کاکاوند و جلالی، ۲۰۱۷) که امکان حادث شدن و مقاومت فرد به درمان را افزایش می‌دهد (سانسفاکون، استیگر، گاوین، فلتچر و اسراییل، ۲۰۱۷). نوجوانان دختر در بیشتر موارد توجه خاص به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش برای مواجهه با فشارهای مرتبط با تغییرات دوره بحرانی و پرچالش بلوغ، بازخوردهای نادرستی به خوردن اتخاذ می‌کنند و این مواجهه ممکن است رفتارهای خوردن مشکل‌زا ایجاد کند (جروجان، ۲۰۱۶؛ والکر، وایت و اسرینواسان، ۲۰۱۸). از مهم‌ترین اختلال‌های خوردن روان‌بی‌اشتهایی^۲ و روان‌پراشتهایی^۳ است. گرسنگی عمدی، میل زیاد به لاغر شدن و ترس بیمارگونه از چاق شدن از نشانه‌های روان‌بی‌اشتهایی است. دوره‌های مکرر پرخوری، رفتارهای نامناسب جبرانی برای پیشگیری از افزایش وزن و ارزیابی خود بر اساس شکل و وزن بدن از نشانه‌های روان‌پراشتهایی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع اختلالات خوردن خصوصاً در نوجوانان در حال افزایش است (جروجان، ۲۰۱۶) و شواهد پژوهشی میزان شیوع اختلالات خوردن را بین نوجوانان در تایوان ۱۷/۱٪، هنگ‌کنگ ۱۰/۸٪، چین ۱۷٪ و جوامع غربی مانند آلمان و امریکا به ترتیب ۱۴/۹٪ و ۲۸٪ گزارش کرده‌است

(فنگ و آبی، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌هایی در زمینه مقایسه اختلالات خوردن در دختران و پسران حاکی از میزان ابتلای بیشتر دختران به این اختلال است (اسمینک، ون‌هوکن، اولدهینکل و هوک، ۲۰۱۴؛ هوگز و دیگران، ۲۰۱۹). دختران نوجوان بین ۸٪ (افتخاری، احمدی، خضری و حسن‌زاده، ۲۰۱۵) تا ۱۵/۷٪ (صفرزاده و محمودی خورندی، ۲۰۱۵) به این اختلال مبتلا می‌شوند. شواهد نشان می‌دهد اختلالات خوردن با مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب، تنیدگی، حرمت خود اندک و افکار خودکشی در نوجوانان (کاستارلی، آنتوپولو و ماورونیتی، ۲۰۱۱) و بروز آن در دوران نوجوانی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی در بزرگسالی همراه است (اسکینر، هاینس، آستین و فیلد، ۲۰۱۲؛ دانکومب لوو و دیگران، ۲۰۲۰؛ کمبز، پیرسون، زاپولوسکی و اسمیت، ۲۰۱۳).

در سبب‌شناسی اختلالات خوردن عوامل زیستی، روانی و اجتماعی-فرهنگی مطرح شده است (اسکاندون-نگل و دیگران، ۲۰۱۸). افسردگی به عنوان متغیر پیش‌بین برای دسته وسیعی از رفتارهای ناپه‌نچار بررسی و به عنوان عامل اصلی بیماری و ناتوانی در نظر گرفته شده‌است (برناراس، جرگوزار و گاراگوردییل، ۲۰۱۹). افسردگی با خلق منفی، از دست دادن علاقه یا لذت در زندگی، مسائل بین فردی، حرمت خود اندک و اختلال خواب و اشتها مشخص می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸) و احتمال دارد بر افکار، رفتار، هیجان‌ها و بهزیستی فرد تأثیر منفی بگذارد (فاسکو، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها در مورد شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان درصد بالای افسردگی در نوجوانان را نشان می‌دهد (برناراس، جرگوزار و گاراگوردییل، ۲۰۱۹). افسردگی در دوره نوجوانی با شیب بسیار تند رو به فزونی می‌رود و میزان شیوع افسردگی در دختران بیشتر از پسران است (بنجت و دیگران، ۲۰۲۰). در

1- eating disorders
2 - anorexia nervosa

3 - bulimia nervosa

حدود ۱۵ سالگی میزان افسردگی در دخترها تقریباً دو برابر پسرها می‌شود (ساند، لارسن و ویچستر، ۲۰۱۱؛ کاپلویکز و کلاس، ۲۰۱۶؛ فاسکو، ۲۰۱۲). کردی، محمدی ریزی، شاکری، مدرس غروی و صالحی فدردی (۲۰۱۵) به این نتیجه رسیدند که ۲۱/۷ درصد دختران نوجوان اختلال افسردگی دارند. از سوی دیگر، هم‌ابتلایی^۱ اختلال افسردگی با اختلال خوردن بالاست و شیوع افسردگی در نیمی از بیماران با اختلال خوردن گزارش شده است (ایزنبرگ، تیکلت، رودر و کرز، ۲۰۱۱). رفتارهای غذایی آشفته و نامناسب در نوجوانان دختر ممکن است متأثر از اختلالات خلقی از جمله افسردگی باشد (دریبرگ و دیگران، ۲۰۱۹)، زیرا افسردگی بر افکار، رفتار، عواطف و بهزیستی فرد تأثیر منفی می‌گذارد و در ایجاد ارزیابی‌ها و باورهای ناسازگارانه در زمینه بدن و تغذیه نقش دارد (فاسکو، ۲۰۱۲). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد رژیم غذایی به میزان زیاد ناشی از افسردگی نوجوانان است (سامولسن، ۲۰۱۷)، بین خطر بروز اختلالات خوردن و افسردگی ارتباط معنادار وجود دارد (ایزدی و اسجودی، ۲۰۱۷)، زنان مبتلا به اختلال خوردن در طول زندگی نمره‌های بالاتری در افسردگی دارند (چاو، لویس، ایستر، لویس و سلمی، ۲۰۱۹) و کاهش کیفیت زندگی و سلامت افراد مبتلا به اختلال خوردن متأثر از علائم افسردگی آن‌هاست (سینگلتون، کنی، هلت و کارتر، ۲۰۱۹).

علاوه بر این، علائم اختلالات خوردن در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن^۲ هم‌ابتلایی این دو اختلال را نشان می‌دهد (ترومپتر و دیگران، ۲۰۱۹). ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن عبارت است از نوعی اشتغال ذهنی فرد به این مسئله که در ظاهر خود نوعی نقص دارد، اما در واقع این نقص گزارش شده توسط فرد نوعی نابهنجاری جسمی جزئی یا خیالی و نگرانی بیمار در مورد آن

افراط‌گونه و عذاب‌آور است (اناندر و دیگران، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، به دلیل شرم از بدشکلی، فعالیت‌های خود را محدود و زمان زیادی را صرف اشتغال ذهنی به محتوای بدشکلی کنند (اشنایدر، ترنر، استراچ و هادسون، ۲۰۱۹؛ شاو، هال، روزنفیلد و تیمپانو، ۲۰۱۶). شیوع این اختلال در نوجوانی و در دهه‌های دوم و سوم زندگی بیشتر است (ویل، گلدهیل، کریستودولو و هودسول، ۲۰۱۶). اثنی‌عشری، بخشایش و افشانی (۲۰۱۴) با بررسی نگرانی‌های نامتعارف در خصوص شکل ظاهری و بدن در نوجوانان دختر، شایع‌ترین سن ابتلای آن‌ها را ۱۷ سالگی گزارش کردند. صفرزاده، توحیدی نیک و محمودی خورندی (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی دریافتند ۲۱/۸ درصد افراد نمونه اختلال بدشکلی بدن دارند و شیوع آن در دختران ۳۲/۴ درصد است. اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدن در اشتغال ذهنی به ظاهر جسمانی، تحریف در درک از تصویر بدن، نارضایتی از بدن، اعتماد به خود اندک و حساسیت بین‌فردی شباهت‌هایی دارند و بررسی‌های بالینی شباهت بین این اختلال‌ها را نیز تأیید می‌کند (فیلیپو، کاستل و راسل، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد اختلال خوردن اختلال هم‌ابتلایی رایج در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن است (کولی و دیگران، ۲۰۱۲؛ نیودت، ژاو، کاوتس و بوکر، ۲۰۱۵)، نگرانی مربوط به ظاهر و اختلال بدشکلی بدن در بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلالات خوردن وجود دارد (دانگمانز و دیگران، ۲۰۱۲) و بین اختلالات خوردن، بدشکلی بدن و اختلال در تصویر بدن ارتباط مثبت معنادار وجود دارد (هن، تاوب، وکس و هارتمن، ۲۰۱۹).

با توجه به شیوع اختلالات خوردن در نوجوانان دختر و شرایط جامعه‌امروزی که ظاهر برای دخترها اهمیت بسیار دارد و از آن جا که متخصصان اعتقاد دارند پیشگیری از اختلال خوردن بهتر است

در سنین پایین‌تر آغاز شود؛ شناخت و بررسی متغیرهای اثرگذار و مرتبط در اقدام‌های پیشگیرانه در این زمینه یاری‌رسان است. به‌علاوه، با توجه به هم‌ابتلائی افسردگی و اختلال بدشکلی بدن با اختلال خوردن بررسی بیشتر این متغیرها ضروری به نظر می‌رسد. در بررسی پیشینه پژوهش هر چند نمره کلی افسردگی و بدشکلی بدن با اختلال خوردن مورد توجه پژوهشگران بوده، به نقش مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن از جمله خلق منفی، مسائل بین فردی، بی‌لذتی و حرمت خود پایین در پیش‌بینی اختلال خوردن توجه نشده است. آگاهی از نقش مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن در تبیین واریانس اختلال خوردن دختران نوجوان به روان‌شناسان و مشاوران برای برنامه‌های مؤثرتر درمانی کمک می‌کند، لذا هدف این پژوهش پیش‌بینی اختلال خوردن دختران نوجوان بر اساس مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن و همچنین، پاسخگویی به این سؤال بود که کدام‌یک از مؤلفه‌های افسردگی و مؤلفه‌های فراشناخت بدشکلی رابطه نیرومندتر با اختلال خوردن در دختران نوجوان دارد؟ در کنار این سؤال، فرضیه‌های زیر نیز تدوین شد:

۱. مؤلفه‌های افسردگی با اختلال خوردن رابطه مثبت دارد.
۲. مؤلفه‌های فراشناخت بدشکلی بدن با اختلال خوردن رابطه مثبت دارد.

روش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود و در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ روی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های استان لرستان انجام شد. برای اجرای پژوهش هماهنگی لازم با ریاست و مسئولان حراست آموزش و پرورش استان لرستان صورت

گرفت و ابزارهای پژوهش تأیید شد. برای برآورد حجم نمونه بنا بر فرمول کوکران، باید تعداد ۳۲۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب شود که به علت این که پژوهشگر باید انتظار ۱۰ تا ۲۵ درصد ریزش نمونه را داشته باشد (دلاور، ۲۰۱۹) تعداد ۳۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای در نظر گرفته شد. بدین منظور، از شهرهای استان لرستان شهر خرم‌آباد، از بین دبیرستان‌های دخترانه ناحیه ۱ خرم‌آباد ۴ دبیرستان دخترانه و از هر دبیرستان ۴ کلاس به صورت تصادفی انتخاب و در نهایت از بین دانش‌آموزان کلاس‌ها بر اساس ملاک‌های ورود نمونه نهایی انتخاب شد. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، با هدف رعایت اخلاق در پژوهش، از دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه اخذ و توضیح داده شد که اطلاعات پژوهش صرفاً برای مقاصد پژوهشی استفاده قرار می‌شود. همچنین، در این پژوهش دانش‌آموزان به‌طور انفرادی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و به آن‌ها اطلاع داده شد در صورت تمایل، نتایج تفسیر پرسشنامه‌ها در اختیارشان قرار خواهد گرفت. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۳۶ نفر به علت عدم پاسخگویی به بیش از ۵ درصد ماده‌ها کنار گذاشته و ۳۲۴ نفر وارد تحلیل نهایی شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل رضایت والدین، قرار داشتن در فاصله سنی ۱۵ تا ۱۷ سال و ملاک‌های خروج شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی از جمله داروهای ضدافسردگی و ضداضطراب (بنا بر خودگزارشی دانش‌آموزان) و پاسخ ندادن به بیش از ۵ درصد ماده‌ها بود. برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار گرفته شد:

آزمون بازخوردهای خوردن (گارنر، اولستد، بوهر و گارفینکل، ۱۹۸۲). این آزمون با ۲۶ ماده ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن و دارای سه زیرمقیاس

رژیم لاغری^۲ (۱، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۶)، پرخوری^۳ (۳، ۴، ۹، ۱۸، ۲۱، ۲۵) و مهار دهانی^۴ (۲، ۵، ۸، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۰) است. ماده‌های ۱ تا ۲۵ در مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت، برای گزینه همیشه (سه)، بیشتر وقت‌ها (دو)، خیلی وقت‌ها (یک) و برای سه گزینه باقیمانده گاهی اوقات، به ندرت و هرگز (صفر) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌گذاری ماده ۲۶ به طور معکوس انجام می‌شود. از مجموع نمره‌های سه زیرمقیاس، نمره کلی به دست می‌آید که هرچه بالاتر باشد اختلال خوردن شدیدتر است. در پژوهشی، گارنر و دیگران (۱۹۸۲) با روش تحلیل عاملی تأییدی ساختار سه‌عاملی این آزمون را تأیید و اعتبار آزمون با آلفای کرونباخ را برای دانش‌آموزان دختر و پسر ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. پژوهش بابایی، خداپناهی و صدق‌پور (۲۰۰۷) به منظور رواسازی و بررسی اعتبار آن روی ۱۰۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه شهید بهشتی اجرا شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی سه عامل را نشان داد. همچنین، آن‌ها روایی محتوای فرم فارسی آزمون بازخوردهای خوردن را مطلوب ارزیابی کردند و اعتبار آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ به دست آوردند. در این پژوهش، اعتبار این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های رژیم لاغری ۰/۶۰، پرخوری و اشتغال ذهنی ۰/۷۱، مهار دهانی ۰/۶۵ و برای کل آزمون ۰/۶۹ به دست آمد.

سیاهه افسردگی کودکان^۴ (کواکس و بک، ۱۹۷۷). این سیاهه خودگزارش‌دهی با ۲۷ ماده برای اندازه‌گیری افسردگی کودکان و نوجوانان رده سنی ۷-۱۷ سال طراحی شده است. نمره‌گذاری

در یک طیف سه‌درجه‌ای لیکرت فقدان نشانه (صفر)، نشانه متوسط (یک) و نشانه آشکار (دو) انجام می‌شود، که نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر فرد است. این سیاهه شامل پنج زیرمقیاس خلق منفی^۵ (۱، ۲، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۹، ۲۰)، مسائل بین فردی^۶ (۵، ۸، ۲۶، ۲۷)، ناکارآمدی^۷ (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۳)، بی‌لذتی^۸ (۴، ۱۲، ۲۱، ۲۲) و حرمت خود منفی^۹ (۳، ۷، ۱۴، ۲۴، ۲۵) است. کواکس و بک (۱۹۷۷) با روش تحلیل عاملی تأییدی ساختار عاملی پرسشنامه را تأیید کردند و آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۹ گزارش کردند. رجیبی (۲۰۰۷)، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه، به شش عامل عنوان شده با ۴۷/۵۳ درصد واریانس دست یافت. همچنین ضریب همبستگی بین سیاهه افسردگی کودکان با فرم افسردگی کودکان نجاریان را ۰/۳۶ گزارش کرد، که روایی همزمان سیاهه را نشان می‌دهد. علاوه بر این ضرایب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۰، آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و دونیمه‌سازی ۰/۸۳ را برای این سیاهه به دست آورد. در این پژوهش، اعتبار این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خلق منفی، مسائل بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و حرمت خود منفی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۵، ۰/۷۵، ۰/۶۵ و ۰/۷۰ و برای کل سیاهه ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن^{۱۰} (ربیبی، صلاحیان، بهرامی و پالاهنگ، ۲۰۱۱). این پرسشنامه ۳۱ ماده و چهار زیرمقیاس مهار فراشناختی^{۱۱} (۱ تا ۱۴)، درآمیختگی فکر-عمل^{۱۲} (۱۵ تا ۲۳)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی^{۱۳}

- | | |
|---|--|
| 1 - dieting | 8 - anhedonia |
| 2 - bulimia | 9 - negative self-esteem |
| 3 - oral control | 10 - Body Dysmorphic Meta-Cognitive Questioner (BDMCQ) |
| 4 - Children Depression Inventory (CDI) | 11 - metacognitive control |
| 5 - negative mood | 12 - thought-action fusion |
| 6 - interpersonal problems | 13 - metacognitive negative and positive beliefs |
| 7 - ineffectiveness | |

(۲۴ تا ۲۸) و رفتارهای ایمنی‌بخش^{۱۴} (۲۹ تا ۳۱) دارد. نمره‌گذاری آن در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (یک) تا کاملاً موافقم (پنج) برای تجربه افکار و تصورات فرد طی دو هفته گذشته در مورد بدشکل بودن ظاهر خود انجام می‌شود، که نمره بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده شدت ارزیابی منفی فرد از ظاهر بدن خویش است. در پژوهش ربیعی و دیگران (۲۰۱۱) روایی تشخیصی پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن با مقایسه افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن^{۱۵} و بدون اختلال انجام شد که نتایج حاکی از تفاوت معنادار دو گروه در مؤلفه‌های پرسشنامه بود ($P=0/001$). به علاوه، روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس اصلاح‌شده، وسواس فکری عملی یل‌براون^{۱۶} برابر با $0/74=$ به دست آمد. همچنین همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ $0/94$ برای کل پرسشنامه و برای زیرمقیاس‌های عنوان‌شده در بالا بین $0/70$ تا $0/94$ به دست آمد. در این پژوهش، اعتبار این پرسشنامه با استفاده از

آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب $0/66$ ، $0/68$ ، $0/56$ ، $0/66$ و برای کل پرسشنامه $0/70$ بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان استفاده شد.

یافته‌ها

براساس داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد سن دختران نوجوان به ترتیب برابر با 16 و $3/53$ ، میانگین و انحراف استاندارد قد آن‌ها به ترتیب $163/4$ و $6/98$ و میانگین و انحراف استاندارد وزن آن‌ها به ترتیب برابر با $61/5$ و $4/73$ بود. نتایج آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. همچنین، برای بررسی رابطه بین مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن با اختلال خوردن دختران نوجوان، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. اختلال خوردن	۸/۸۱	۷/۲۵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۲. خلق منفی	۲/۶۶	۲/۴۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۳. مسائل بین فردی	۲/۳۳	۲/۲۴	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۴. ناکارآمدی	۲/۳۴	۱/۸۶	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۵. بی‌الذتی	۲/۴۸	۲/۱۹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۶. حرمت خود منفی	۲/۳۱	۱/۷۷	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۷. مهار فراشناختی	۳۴/۹۸	۱۴/۱۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۸. درآمیختگی افکار-عمل	۲۱/۷۲	۱۰/۰۳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۹. باورهای مثبت و منفی فراشناختی	۱۴/۳۱	۶/۱۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۰. رفتارهای ایمنی‌بخش	۱۰/۰۶	۴/۸۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

$p < 0/05^*$ $p < 0/01^{**}$

اختلال خوردن رابطه مثبت و معنادار دارد. از بین متغیرهای پیش‌بین، مسائل بین فردی $0/15=$ و

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن با

بی‌لذتی $0.2/17 =$ کمترین رابطه معنادار را خلق منفی $0.2/33 =$ و حرمت خود منفی $0.2/30 =$ بیشترین ارتباط معنادار را با اختلال خوردن دارد. بر اساس نتایج تحلیل، فرضیه‌های اول و دوم پژوهش تأیید و برای بررسی توان مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن در پیش‌بینی اختلال خوردن از رگرسیون همزمان استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون مفروضه‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. بهنجاری توزیع داده‌ها بر اساس کجی و کشیدگی بررسی شد و نتایج نشان‌دهنده بهنجاری توزیع داده‌ها بود. ضریب دوربین و اتسون برای مدل رگرسیون $1/84$ بود، که با توجه به قرار داشتن در دامنه $2/5 - 1/5$ ، نشان‌دهنده رعایت استقلال خطاهاست. همچنین، ضریب‌های تورم واریانس در مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن بین $0/37$ تا $0/91$ بود که نبود رابطه هم‌خطی قوی را بین مجموع متغیرهای مستقل نشان می‌دهد. با تأیید رعایت مفروضه‌ها امکان اجرای رگرسیون فراهم شد. به این ترتیب قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای پیش‌بین برای اختلال خوردن آزمون شد و نتایج آن در جدول ۲ ارائه شد.

نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که خلق منفی، حرمت خود منفی و مهار فراشناختی قادر

به پیش‌بینی ۳۲ درصد از واریانس اختلال خوردن است ($F=10/84, P<0/001$). به‌علاوه، با هدف بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای پیش‌بین ضرایب استانداردشده آن‌ها در جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به نتایج تحلیل داده‌ها، که در جدول ۲ آمده، مؤلفه‌های خلق منفی، حرمت خود منفی و مهار فراشناختی توانایی پیش‌بینی اختلال خوردن را دارد. همچنین از بین متغیرهای پیش‌بین، خلق منفی با بتای $0/28$ قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده برای اختلال خوردن است. از بین دیگر متغیرهای پیش‌بین پژوهش، حرمت خود منفی و مهار فراشناختی با بتای $0/22$ و $0/20$ اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین متغیر خلق منفی، حرمت خود منفی و مهار فراشناختی به ترتیب توانایی پیش‌بینی اختلال خوردن را دارد. به این معنی که به ازای یک واحد تغییر در هر کدام از متغیرهای خلق منفی، حرمت خود منفی و مهار فراشناختی مقدار ۲۸ درصد، ۲۲ درصد و ۲۰ درصد تغییر در متغیر اختلال خوردن انتظار می‌رود. بر این اساس، یافته‌ها در راستای پاسخ به سؤال پژوهش نشان دادند در بین مؤلفه‌های پژوهش، خلق منفی، حرمت خود منفی و مهار فراشناختی به‌طور معنادار اختلال خوردن را در دختران نوجوان پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۲

نتایج رگرسیون همزمان مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن با اختلال خوردن

متغیر	ضرایب رگرسیونی		آزمون T		آزمون هم‌خطی	
	B	β	t	Sig	Tolerance	VIF
مقدار ثابت	۹/۵۰	-	۵/۴۸	۰/۰۰۱	-	-
خلق منفی	-۰/۴۴	-۰/۲۸	۱/۷۰	۰/۰۴	۰/۸۷	۱/۱۴
مسائل بین فردی	-۰/۲۰	-۰/۰۴	۰/۶۰	۰/۶۰۵	۰/۷۹	۱/۲۵
ناکارآمدی	-۰/۲۳	-۰/۰۵	۰/۶۲	۰/۵۰۱	۰/۸۵	۱/۱۷
بی‌لذتی	-۰/۵۲	-۰/۱۰	۱/۳۵	۰/۱۷۶	۰/۶۶	۱/۴۹
حرمت خود منفی	۱/۱۳	-۰/۲۲	۲/۶۱	۰/۰۱۰	۰/۹۱	۱/۰۹
مهار فراشناختی	-۰/۱۹	-۰/۲۰	۲/۳۹	۰/۰۱۸	۰/۳۵	۲/۸۴
درآمیختگی افکار-عمل	-۰/۰۸	-۰/۰۸	-۰/۹۶	۰/۳۳۵	۰/۵۴	۱/۸۴
باورهای مثبت و منفی فراشناختی	-۰/۲۱	-۰/۱۲	۱/۵۳	۰/۱۲۷	۰/۶۱	۱/۶۳
رفتارهای ایمنی‌بخش	-۰/۲۶	-۰/۱۲	۱/۱۵	۰/۲۴۹	۰/۳۷	۲/۶۸

احتمال ابتلا به اختلال‌های خوردن در آن‌ها باشد (فاسکو، ۲۰۱۲).

دیگر یافته این پژوهش نشان داد بین مؤلفه‌های فراشناخت بدشکلی بدن با اختلال خوردن ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و قادر به پیش بینی معنادار اختلال خوردن هستند. این یافته با نتایج پژوهش‌های کولی و دیگران (۲۰۱۲)، دانگمانز و دیگران (۲۰۱۲)، نیودت و دیگران (۲۰۱۵) همسو است که همبستگی نمره کلی اختلال بدشکلی بدن با اختلال خوردن را نشان می‌دهند. اختلال بدشکلی بدن می‌تواند جنبه‌های وسیعی از زندگی افراد را تخریب و دچار مشکل کند. بیشتر مواقع افراد مبتلا به این اختلال بعد از دیدن خود در آینه احساس بدی به آن‌ها دست می‌دهد. در این اختلال، اشتغال ذهنی درباره ظاهر وجود دارد و اعمال و سواسی محدود به واری بدشکلی جسمی و تلاش برای اطمینان‌طلبی از دیگران است. سن شروع، سیر بیماری، اعتماد به خود پایین، اشتغال ذهنی با ظاهر، نارضایتی از بدن، دوره‌هایی از پرخوری غیرعادی و رژیم‌های غذایی سخت، همچنین اجتناب از موقعیت‌ها یا پوشیدن لباس‌هایی که ویژگی مورد نگرانی را آشکار سازد، از شباهت‌های بین اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدن است. علاوه بر این، اختلال‌های خوردن و اختلال بدشکلی بدن اغلب با هم رخ می‌دهند که نشان‌دهنده ارتباط آن‌ها است (فیلیپو، کاستل و راسل، ۲۰۱۹). بر این اساس، افراد مبتلا به بدشکلی بدن به دلیل حساسیت بالا به ظاهر و درک وجود نقص‌هایی در بدن خود تمایل بیشتری برای رفع نواقص ظاهری دارند. دختران نوجوان به دلیل تبلیغ‌ها و بازخوردهای مربوط به لاغری، بیشتر نگرانی‌های مرتبط با بدن آن‌ها در حوزه وزن قرار دارد که این امر می‌تواند منجر به اشتغال ذهنی آن‌ها بر مسائلی که مرتبط با وزن و تغییر آن (از جمله تغذیه) شود. همچنین، سطح بالایی از عواطف منفی دختران نوجوان با بدشکلی

این پژوهش، با هدف پیش‌بینی اختلال خوردن براساس مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن در دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های استان لرستان انجام گرفت. براساس نتایج به‌دست‌آمده بین مؤلفه‌های افسردگی و اختلال خوردن رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و مؤلفه‌های افسردگی قوی‌ترین متغیرهای پیش‌بین برای اختلال خوردن هستند. این یافته با نتایج پژوهشی سامولسن (۲۰۱۷)، ایزدی و اسجودی (۲۰۱۸)، سینگلتن و دیگران (۲۰۱۹) و چاو و دیگران (۲۰۱۹) همسو و حاکی از رابطه نمره کلی افسردگی با اختلال خوردن است. بیشتر افرادی که دچار بی‌اشتهایی عصبی هستند گزارش می‌کنند که قبل از اختلال خوردن نشانه‌های افسردگی داشته‌اند (دریبرگ و دیگران، ۲۰۱۹). وجود اختلال افسردگی در نوجوانان به ایجاد فرضیه‌های اشتباه درباره خود منجر می‌شود و ارزیابی منفی از خود را به دنبال دارد. افسردگی که به عنوان عامل آسیب‌زا شناخته شده و باعث بروز مشکلات روانی و رفتاری در فرد می‌شود، بیشتر مواقع فرد را غرق نگرانی یا تمرکز بر رفتارها و افکار منفی می‌کند. این مشخصه‌ها فرد را به سمت تنیدگی سوق می‌دهد و ممکن است گرایش به رویکرد مقابله‌ای هیجان‌مدار منفی از جمله رفتارهای آشفتنه خوردن را در پی داشته باشد. همچنین، حرمت خود پایین و خلق منفی فرد افسرده را به بدن خویش به شدت حساس می‌کند و منجر به ایجاد خودپنداره منفی در او می‌شود و ممکن است مسائلی مانند اضطراب، انزوای اجتماعی، اعتماد به خود پایین و سواسی فکری در رابطه با کاهش وزن را به دنبال داشته باشد. بر این اساس، افکار و هیجان‌های منفی ناشی از افسردگی در افراد آسیب‌پذیر می‌تواند در ایجاد رفتارها و افکار و سواسی در حوزه خوردن نقش داشته باشند. نارضایتی در مورد شکل و وزن بدن در افراد افسرده نیز می‌تواند نشانه‌ای برای

بدن نسبت به عدم تناسب ظاهری ممکن است منجر به تلاش برای تغییر وزن خود شود (هن و دیگران، ۲۰۱۹) که این امر می‌تواند زمینه‌ساز اختلال‌های خوردن در آنان را فراهم آورد.

به طور کلی می‌توان گفت شیوع پدیده اختلال خوردن در حال افزایش است. این موضوع به ویژه در نوجوانان دختر به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر برای اختلال‌های خوردن توجه بیشتری را به خود جلب می‌کند که این امر نیازمند به‌کارگیری روش‌های مؤثرتر پیشگیرانه و درمانی در برخورد با آنها است. در این ارتباط توجه به عوامل زمینه‌ساز و مرتبط با اختلال خوردن اهمیت فراوان داشته و بر کارآمدی این برنامه‌ها خواهد افزود. این پژوهش در جهت بررسی عوامل زمینه‌ساز انجام شد که نتایج آن نقش مهم مؤلفه‌های افسردگی و فراشناخت بدشکلی بدن بر اختلال خوردن در دختران نوجوان را روشن ساخت. بر این اساس، نتایج این پژوهش، شواهد ارزشمندی برای آسیب‌شناسی دقیق‌تر اختلال خوردن و شناسایی متغیرهای مرتبط با آن است.

استفاده از پرسشنامه به علت عدم صداقت لازم جهت پاسخگویی و عدم بینش کافی پاسخ‌دهندگان در مورد عواطف و افکار خود از محدودیت‌های این پژوهش است. همچنین شرکت‌کنندگان این پژوهش به نوجوانان دختر دبیرستان‌های استان لرستان محدود می‌شود. بنابراین، انجام پژوهش‌های مشابه با گروه‌های دیگر و استفاده از ابزارهای دیگری چون مصاحبه می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را امکان‌پذیر سازد. علاوه بر این، این پژوهش یک طرح مقطعی بود لذا پیشنهاد می‌شود از پژوهش‌های طولی و رویکردهای کیفی استفاده شود که این امر می‌تواند به درک روشن‌تری از این متغیرها منجر شود. با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، اختلال بدشکلی بدن و اختلال خوردن در دختران نوجوان و پیامدهای آنها، پیشنهاد می‌شود نوجوانان مبتلا و آسیب‌پذیر

شناسایی شده و اقدام‌های درمانی و پیشگیرانه برای آنان صورت گیرد. برگزاری کارگاه‌های آموزشی پیشگیرانه در مدارس با هدف افزایش خودبآوری، اعتماد به خود و باورهای منطقی نوجوانان دختر نسبت به توانایی‌های خود پیشنهاد می‌شود تا با ارائه الگوهای صحیح فرهنگی در خصوص زیبایی و زیبایی‌دوستی توسط مراکز آموزش و پرورش از القای الگوهای نادرست در خصوص ملاک‌های زیبایی پیشگیری شود و از خودارزیابی‌های منفی نوجوانان پیشگیری شود.

منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, US: American Psychiatric Association.
- Babae, S., Khodapanahi, M. K., & Sedgh Pour, S. (2007). Validating and investigating reliability of the Eating Attitude Test. *International Journal of Behavioral Sciences*, 1(1), 61-68. [In Persian].
- Benjet, C., Albor, Y. C., Bocanegra, E. S., Borges, G., Méndez, E., Casanova, L., & Medina-Mora, M. E. (2020). Incidence and recurrence of depression from adolescence to early adulthood: A longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 263, 540-546.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 20(10), 1-24.
- Chithambo, T. P., Stanley, J., & Huey, J. (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.
- Chua, Y. W., Lewis, G., Easter, A., Lewis, G., & Solmi, F. (2019). Eighteen-year trajectories of depressive symptoms in mothers with a lifetime eating disorder: Findings from the ALSPAC cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 5, 1-7.
- Combs, J. L., Pearson, C. M., Zapolski, T. C., & Smith,

- (2011). Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health, 59*(8), 700-707.
- Enander, J., Ivanov, V. Z., Mataix-Cols, D., Kuja-Halkola, R., Ljótsson, B., Lundström, S., Pérez-Vigil, A., Monzani, B., Lichtenstein, P., & Rück, C. (2018). Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults: A population-based nationwide twin study. *Psychological Medicine, 48*(16), 1-8.
- Escandon-Nagel, N., Pero, M., Grau, A., Soriano, J., & Feixas, G. (2018). Emotional eating and cognitive conflict as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*(1), 52-59.
- Esnaashari, N., Bakhshayesh, A., & Afshani, A. (2014). The prevalence of body dysmorphic disorder in female adolescents of Yazd. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 22* (3), 1237-1245. [In Persian].
- Feng, T., & Abebe, D. S. (2017). Eating behavior disorders among adolescents in a middle school in Dongfanghong, China. *Journal of Eating Disorders, 5*(47), 1-10.
- Fusco, J. R. (2012). *Encyclopedia of depression research*. New York, US: Nova Science.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*(4), 871-878.
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London, UK: Routledge
- Henn, A. T., Taube, C. O., Vocks, S., & Hartmann, A. S. (2019). Body image as well as eating disorder and body dysmorphic disorder symptoms in heterosexual, homosexual, and bisexual women. *Front Psychiatry, 10*, 531-540.
- Hosseinzadeh, A., Hooman, H., Salehi, M., & Kooshki, S. (2012). Maternal bonding and vulnerability related to eating: The mediational role of eating disorder beliefs and alexithymia. *Journal of De-*
- G. T. (2013). Preadolescent disordered eating predicts subsequent eating dysfunction. *Journal of Pediatric Psychology, 38*(1), 41-49.
- Costarelli, V., Antonopoulou, K., & Mavrovounioti, C. H. (2011). Psychosocial characteristics in relation to disordered eating attitudes in Greek adolescents. *European Eating Disorders Review, 19*(4), 322-330.
- Coughlin J. W & Guarda A. S. (2006). *Behavioral disorders affecting food intake: Eating disorders and other psychiatric conditions*. Lippincott, US: Williams & Wilkins.
- Damercheli, N., Kakavand, A., & Jalali, M. (2017). The mediating role of fear of positive and negative evaluation on the relationship between social anxiety and eating disorder. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists, 13*(51), 271-284. [In Persian].
- Delavar, A. (2019). *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. Tehran: Roshd Publication. [In Persian].
- Dingemans, A. E., Van Rood, Y. R., De Groot, I., & Van Furth, E. F. (2012). Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: Prevalence and characteristics. *International Journal of Eating Disorders, 45*(4), 562-569.
- Drieberg, H., McEvoy, P. M., Hoiles, K. J., Shu, C. Y., & Egan, S. J. (2019). An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating behaviors, 32*, 53-59.
- Duncombe Lowe, K., Barnes, T. L., Martell, C., Keery, H., Eckhardt, S., Peterson, C. B., Lesser, J., & Le Grange, D. (2019). Youth with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Examining Differences by Age, Weight Status, and Symptom Duration. *Nutrients, 11*(8), 1955.
- Eftekhari, M. H., Ahmadi, A., Khezri, H., & Hassanzadeh, J. (2015). The prevalence of weight – controlling attitude and eating disorders and their association with anthropometric indices in female adolescent students. *Yafte, 16*(3), 78-84. [In Persian].
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E.

Direct comparisons of anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 274, 129-137.

Rabiei, M., Salahian, A., Bahrami, F., & Palahang, H. (2011). Construction and standardization of the Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(83), 43-52. [In Persian].

Rajabi, Gh. (2007). An investigation of reliability of validity the Child Depression Inventory in adolescents between 13 and 15 years old. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 2(7), 23-46. [In Persian].

Safarzade, S., & Mahmoody Khorandi Z. (2015). Survey on eating disorders (nervosa anorexia, bulimia) among 13-18-Year- old adolescents of Gonabad City in 2014. *The Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 14(5), 393-404. [In Persian].

Safarzade, S., Tohidinik, H., & Mahmoody-Khorandi, Z. (2016). Prevalence of body dysmorphic disorder in adolescents of Gonabad City in 2014. *Journal of Clinical Psychology*, 8(1), 93-100. [In Persian].

Samuelson, R. (2017). The impact of diet and nutrition on adolescent depression: A systematic review. Master's thesis, Catherine University.

Sansfacon, J., Steiger, H., Gauvin, L., Fletcher, E., & Israel, 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.

Schneider, S. C., Turner, C. M., Storch, E. A., & Hudson, J. L. (2019). Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: The role of clinical and demographic variables. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 21, 1-5.

Shaw, A. M., Hall, K. A., Rosenfield, E., & Timpano, K. R. (2016). Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image*, 19, 169-174.

Singleton, C., Kenny, T. E., Hallett, D., & Carter, J. C. (2019). Depression partially mediates the association between binge eating disorder and health-related

developmental Psychology: *Iranian Psychologists*, 9(34), 129-142. [In Persian].

Hughes, E. K., Kerr, J. A., Patton, G. C., Sawyer, S. M., Wake, M., Le Grange, D., & Azzopardi, P. (2019). Eating disorder symptoms across the weight spectrum in Australian adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(8), 885-894.

Izadi, A., & Asjodi, F. (2018). Eating disorders risk and its relation to depression and body dissatisfaction among Iranian females participating sports clubs. *Journal of Nutritional Science and Dietetics*, 4(3), 20-29.

Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., De Zwaan, M., & Martin, A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 321-327.

Koplewicz, H. S., & Klass, E. (2016). *Depression in children and adolescents*. London, UK: Routledge.

Kordi, M., Mohamadirizi, S., Shakeri, M., Modarres-Gharavi, M., & Salehi Fadardi, J. (2015). Prevalence of depression, anxiety, stress and health behaviors in female high school students in Mashhad and its relationship with some health-related behaviors. *The Journal of Tolo-e-Behdasht*, 13 (5), 56-67. [In Persian].

Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). *An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models*. New York, US: Raven Press.

Lee, J. (2014). Temperament, parenting and South Korean early adolescent's physical aggression: A five-wave longitudinal analysis. *Health Education Journal*, 73(33), 313-323.

Nieuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2015). Symptoms of muscle dysmorphia, body dysmorphic disorder, and eating disorders in a non-clinical population of adult male weightlifters in Australia. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 29(5), 1406-1414.

Phillipou, A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2019).

- concerns in adolescence. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 261–269.
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hod-soll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in dif-ferent settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168–186.
- Walker, D. C., White, E. K., & Srinivasan, V. J. (2018). A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *International Journal of Eating Disor-ders*, 51, 745– 770.
- World Health Organization. (2018). Depression fact sheet. Retrieved September 13, 2018 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Young, R., Len Rios, M., & Young, H. (2017). Roman-tic motivations for social media use, social com-parison, and online aggression among adolescents. *Computers in Human Behavior*, 75, 385-397.
- quality of life. *Frontiers in Psychology*, 10, 209-216.
- Skinner, H. H., Haines, J., Austin, S. B., & Field, A. E. (2012). A prospective study of overeating, binge eating, and depressive symptoms among adoles-cent and young adult women. *Journal of Adoles-cent Health*, 50(5), 478-483.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disor-ders*, 47, 610– 619.
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in Central Norway. *Child and Ad-olescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 28-35.
- Trompeter, N., Bussey, K., Hay, P., Griffiths, S., Mur-ray, S. B., Mond, J., Lonergan, A., Pike, K. M., & Mitchi-son, D. (2019). Fear of negative evaluation among eating disorders: Examining the association with weight/shape