

رابطه اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی کمال گرایی و افسردگی با اختلالات خوردن در جوانان

مرضیه مشعل پورفرد^۱

دکتر فرح نادری^{۲*}

دکتر علیرضا حیدرئی^۳

دکتر مهناز مهربانی زاده هنرمند^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی، کمال گرایی و افسردگی با اختلالات خوردن در جوانان بود. با توجه به تعداد پارامترها و هر پارامتر ۳۰ نفر، حد مطلوب تعداد آزمودنی‌ها ۲۰۰ نفر بدست آمد که از دانشجویان دانشگاه علوم و تحقیقات خوزستان و به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب اجتماعی لیویتس، پرسشنامه تصویر تن فیشر، پرسشنامه کمال گرایی اهواز (APS)، پرسشنامه سنجش افسردگی بک (BDS) و اختلال خوردن AEDI کوکر و راجرز بود. طرح تحقیق از نوع همبستگی بود و برای تحلیل آماری از روش رگرسیون چند گانه استفاده شد. نتایج نشان داد که ترکیب سه متغیر افسردگی، ادراک تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی، قوی‌ترین ترکیب متغیرهای پیش‌بین برای تبیین واریانس اختلال خوردن می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات خوردن، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی، کمال گرایی، افسردگی

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان، اهواز، ایران

۲. دانشیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

* نویسنده مسئول، فرح نادری، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (ایمیل: nmafrah@yahoo.com)

مقدمه

در عصر جدید توجه به رویکرد های پیشگیرانه در ارتباط با اختلالات روانی چه در بعد پیشگیری از ابتلا و چه در بعد درمان های اولیه و سریع حائز اهمیت است و این به لحاظ تاثیرات گسترده ایست که پیشگیری در جنبه های اقتصادی، پزشکی، روان شناختی و... دارا می باشد. از جمله اختلالات روانشناختی که بدلیل موثر بودن بر جنبه های گوناگون زندگی فرد و به دلیل ارتباط با سایر مشکلات روان شناختی بسیار مورد توجه می باشد اختلال خوردن است. افراد مبتلا به اختلالهای خوردن، با کنترل کردن نگرش و رفتارهای آشفته خود در رابطه با غذا دست به گریبانند، بسیاری از آنها زندگی خود را به خطر می اندازد و باعث پریشانی افرادی می شوند که به آنها نزدیک هستند (هالجن و ویتبورن، ۲۰۰۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۴). اختلال خوردن، اختلالی روان شناختی است که در این پژوهش ۲ نوع آن شامل بی اشتهایی روانی و پر اشتهایی روانی مورد توجه قرار گرفته است. فرد مبتلا به اختلال خوردن در هر دو نوع بی اشتهایی عصبی و پر اشتهایی عصبی به صورت معنی داری نگران وزن و شکل بدن خود می باشد. در بی اشتهایی عصبی ترس شدیدی از به دست آوردن وزن بیشتر و یا تبدیل شدن به یک فرد چاق وجود دارد که همچنین ممکن است موجب تصور اشتباه فرد از شکل و ظاهر بدنش گردد، تحقیقات اپیدمیولوژی نشان می دهد که دختران جوان بیشتر از سایر افراد جامعه در معرض خطر ابتلا به این اختلال می باشند و همچنین یافته های پژوهشی تایید کننده وجود عوامل اجتماعی خطر زا در ابتلا ی به این بیماری ها می باشد. تفاوت های جنسیتی در فرهنگ ها با تاکید بر آرمانی کردن لاغری پایه ریزی شده اند و این مرتبط با بلوغ در دختران جوان می باشد که تغییرات معنی داری در زمینه های همچون وزن، شکل و درصد چربی بدنشان تجربه می کنند. اگرچه پسران جوان و بزرگسال نیز در امان نیستند و آرمان های فرهنگی که بر اندام ایده آل عضلانی تاکید دارد ممکن است آنها را در خطر ابتلا به سندرم نگرانی در مورد وزن قرار دهد (کیل و فورنی، ۲۰۱۳).

جوع یا پر اشتهایی روانی به مصرف دوره ای، کنترل نشده، وسواس گونه و سریع مقادیری زیاد غذا در مدتی کوتاه اطلاق می شود. ناراحتی جسمی، مثل درد شکم یا احساس تهوع پایان دوره پر خوری است و در پی آن احساس گناه، افسردگی یا بیزاری از خود ظاهر می گردد (سیمون - کایمر، ۲۰۱۲). بررسی ها نشان می دهد افراد مبتلا به اختلالات خوردن، مشکلات روان شناختی مختلفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند (شافر، ۲۰۰۱) به طوری که در ۸۳ درصد موارد افرادی که اختلالات خوردن را تجربه می کنند به صورت یک اختلال همراه بیماری های اضطرابی نیز دارا می باشند. اضطراب اجتماعی^۵ یکی از شایع ترین بیماری های اضطرابی است که به صورت معنی داری همزمان با اختلالات خوردن روی می دهد. همراه بودن اختلال خوردن و اختلال اضطراب

1. Haljine & Vitborn
2. Keel & Forney
3. Simon-kumar
4. Shafer
5. social anxiety

اجتماعی این اندیشه را قوت می‌بخشد که احتمالاً این افراد دارای بیماری‌های روان‌شناختی و ذهنی دیگری باشند که تا اندازه‌ی زیادی در ابتلای این افراد به اختلال خوردن و اختلال اضطراب اجتماعی سهیم باشد و احتمال دارد این افراد نسبت به عوامل ژنتیکی که ابتلا به اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن را افزایش می‌دهد آسیب‌پذیرتر باشند (لوینسون و همکاران، ۲۰۱۳).

اضطراب اجتماعی یک مفهوم ترکیبی است که از دو جزء اضطراب و اجتماعی ترکیب شده است، واژه اضطراب به حالت روانی و عاطفی اشاره دارد که ممکن است از یک احساس ناراحتی کوچک به ترس یا وحشت حاد ادامه یابد. واژه اجتماعی به در میان بودن اشاره دارد (مارتین و دیوید، ۲۰۱۰). لوینسون و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی اضطراب اجتماعی و اختلالات خوردن پرداختند. یافته‌های آنها نشان داد که اضطراب اجتماعی دارای رابطه مثبت با اختلالات خوردن می‌باشد و نتایج به دست آمده زمانی که متغیرهای افسردگی و عاطفه منفی و همچنین سن، جنس و شاخص توده بدنی در مدل گنجانده شده حفظ گردید. محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۶) رابطه میان نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج بدست آمده نشان داد عزت نفس و خورده مقیاس نگرانی از تصویر بدن دارای رابطه معنی‌داری با اضطراب اجتماعی بود. براساس دیدگاه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان، ظاهر تنها یک پدیده بیولوژیکی و روان‌شناختی نیست، بلکه امروزه به یک پدیده اجتماعی تبدیل شده است و ارزشیابی افراد از ظاهرشان، تحت تاثیر ایده آل‌های موجود در جامعه، قرار می‌گیرد (عباس زاده، علیزاده اقدم و پورمحمد، ۱۳۹۱). به این ترتیب یکی دیگر از فاکتورهای پایدار و قابل توجه در پیش‌بینی اختلالات خوردن، اختلال در تصویر بدنی است و درمان اختلالات تصویر بدنی در افرادی که دچار اختلال در خوردن هستند، موجب بهبود شرایط آنها می‌گردد و تاثیر آن تا حداقل یک سال باقی می‌ماند (مارکو، پپین و بوتلا، ۲۰۱۳). تصویر بدن نگرشی است که افراد نسبت به اندام خود دارند و متناسب با آن نگرش به آن واکنش نشان می‌دهند. بعضی افراد خصوصاً افراد چاق احساس می‌کنند که بدن آنها بی تناسب و نفرت‌انگیز است و دیگران نسبت به آنها نظر خصمانه و تحقیرآمیز دارند. بی‌اشتهایی روانی با اختلال عمیق تصویر تن و پافشاری بر لاغری تا حد گرسنگی کشیدن مشخص است (بنت و گورین، ۱۹۸۲، به نقل از کارسون، ۲۰۰۶). تئوری ناهمخوانی خود، بیان می‌کند که آسیب‌پذیری هیجانی افراد و انگیزه‌های آن‌ها، حاصل شکاف در الگوی باورهای آن‌ها در مورد خود است. برای کاهش ناراحتی و آشفتگی، افراد انگیزه دارند که خود واقعی را با یک خود ایده آل هماهنگ کنند. ناهمخوانی بین خود واقعی و خود ایده آل می‌تواند به ناراحتی و نارضایتی از بدن بینجامد (کش و زیمانسکی، ۱۹۹۵). نارضایتی در تصویر

1. Levinson et al.
2. Martin & David
3. Marco, Pepin, & Botella
4. Bennett & Gorvin
5. Carson
6. Cas & Szymanski

بدنی با رفتارها و نگرش‌های مشکل‌دار مرتبط با خوردن (از قبیل کنترل بیش از حد طبیعی غذا خوردن و اتخاذ رژیم‌های غذایی بسیار محدود کننده و بروز نشانه‌های پر خوری) همراه است. همچنین تداوم نارضایتی از تصویر بدنی بعد از درمان اختلالات خوردن، یک پیش‌بینی قابل اعتماد از عود پر خوری می‌باشد (مارکو، پرپین و بوتلا، ۲۰۱۳).

کیم و لنون^۱ (۲۰۰۷) بر اساس تئوری مقایسه اجتماعی^۲ فستینگر، به بررسی رابطه میان میزان مواجهه با رسانه‌های جمعی و عزت نفس، تصویر بدنی و گرایش‌ها به سمت اختلالات خوردن در نمونه‌ای از دانشجویان زن پرداختند. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که بین مواجهه با مجلات مد و زیبایی با ناخشنودی کلی از ظاهر و گرایش‌ها به سمت اختلالات خوردن رابطه وجود داشت. اسمیت و ریگر^۳ (۲۰۰۶) در تحقیقی به بررسی اثر آموزش توجه و دقت بر ناخشنودی از بدن و محدود سازی رژیم غذایی پرداختند. نتایج به دست آمده بر اهمیت آثار سوگیری توجه و دقت، صحنه گذاشت و از این عقیده حمایت نمود که مداخلات مربوط به بهبود تصویر بدنی موجب کاهش برنامه‌های رژیم غذایی می‌گردد. ترینداد و فریرا^۴ (۲۰۱۴) اختلال خوردن را از جهت آسیب شناختی روانی مورد بررسی قرار داده و در بیان نتایج تحقیقات خود عنوان می‌نمایند که نارضایتی از تصویر بدنی و مقایسه اجتماعی بر روی اختلال خوردن موثر است و این ارتباط توسط آشفتگی شناختی مرتبط با ادراک تصویر بدنی میانجی‌گری می‌شود. تحقیقات بردفورد^۵ (۲۰۰۶) نشان داد درونی سازی لاغری ایده آل، موجب نارضایتی بدنی بیشتر در افراد می‌گردد و این افراد در تعداد بیشتری از نگرش‌ها و رفتارهای مربوط به اختلال خوردن نیز درگیر می‌شوند، لذا بین نگرش افراد در مورد شکل بدنیشان و اختلالات خوردن (کافکا^۶، ۲۰۰۷) رابطه وجود دارد. ویل^۷ (۲۰۰۴) معتقد است افراد مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی نسبت به افراد سالم به طور معنی داری دارای نشخوار فکری بیشتری هستند، این افراد خود را با دیگران مقایسه می‌کنند و درگیر در مقایسه فراسوی خود هستند، یا اهداف نامتناسب با ایده آل‌های غیر واقعی برای مقایسه انتخاب می‌کنند. اکثر این افراد اگرچه خصیصه‌ها و ویژگی‌های عادی دارند، اما ممکن است تمایل به استانداردهای غیر واقعی و کمال‌گرایانه داشته باشند. کلی اینک^۸ (۱۹۹۸)، به نقل از جنت مکان و سید موسوی، (۱۳۸۸) کمال‌گرایی را اعتقاد فرد به کامل بودن و احساس اضطراب و فشار روانی بالا و ترس از اینکه نتواند مطابق انتظارات خود زندگی نماید تعریف می‌کند. فروید^۹ (۱۹۷۵) در توصیف افراد کمال‌گرایان می‌کند، محرک اصلی در زندگی این افراد رسیدن به

1. Kim & Lennon
2. Social comparison theory
3. Smith & Riger
4. Trindade & Ferreira
5. Bradford
6. Kafka
7. Veale
8. Kleinke
9. Freud

خوشبختی نیست، بلکه تکامل و برتری یافتن است. آن‌ها باید در هر کاری به حد کمال برسند و به بهترین نحو آن را انجام دهند در غیر این صورت راضی نخواهند شد. نرسیدن به کمالات آنان را دچار اضطراب افسردگی و احساس گناه شدید می‌کند (هورنای^۱، ۱۹۵۰)، به نقل از جنت مکان و سید موسوی، (۱۳۸۸). اسلام، همواره پیروان خود را از افراط و تفریط بر حذر داشته و آنها را به اعتدال و میانه روی تشویق نموده است. با تعمق در آیات قرآن، مشخص می‌گردد که ویژگی‌هایی چون داشتن معیارهای غیرقابل وصول، تلاش افراطی برای دستیابی به آنها و ارزیابی سختگیرانه، از نظر اسلام، مذموم شناخته می‌شوند؛ چرا که خارج از توان انسان می‌باشد (بهزادی شینی، ۱۳۸۹). تری شورت، آونز و دیوی^۲ (۲۰۱۴) با انتخاب ۳۴۲ دانشجو به عنوان آزمودنی رابطه آشفتگی‌های شناختی در مورد تصویر تن را در شکل‌گیری اختلال خوردن مورد بررسی قرار دادند و بیان نمودند، عدم رضایت از تصویر تن و مقایسه اجتماعی از طریق ظاهر فیزیکی فرد بر اختلالات خوردن تاثیر می‌گذارد که این از طریق آشفتگی شناختی مرتبط با ادراک تصویر بدنی میانجی می‌گردد. همچنین آنها کمال‌گرایی مثبت و منفی را در چهار گروه افراد افسرده، دارای اختلال خوردن، گروه ورزشکار و گروه کنترل (بهنجار) مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد افراد افسرده سطوح بالایی از کمال‌گرایی منفی و سطوح پایینی از کمال‌گرایی مثبت، افراد دارای اختلال خوردن سطوح بالایی از کمال‌گرایی مثبت و منفی، افراد ورزشکار سطوح بالایی از کمال‌گرایی مثبت و سطوح پایینی از کمال‌گرایی منفی و افراد بهنجار سطوح متوسطی از هر دو نوع کمال‌گرایی را تجربه می‌نمودند. آریانپوریان و شیرازی (۱۳۹۱) نشان دادند که بین کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی با اختلالات خوردن رابطه وجود دارد. از سویی دیگر یافته‌ها نشان می‌دهد که افسردگی از پیش بین‌های مورد اعتماد برای تشخیص ابتلا به اختلالات خوردن می‌باشد (مامی، ۱۳۸۴). همچنین نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط هیلبرت، تاچن - کافیر و وگلب^۳ (۲۰۰۲) و (فروغمند، ۱۳۹۱) بیان می‌نمایند، افرادی که دارای اختلالات خوردن به خصوص از نوع پرخوری هستند دارای خلق پایین تری نسبت به افراد گروه گواه می‌باشند که در کل نتایج پژوهش‌ها تایید کننده رابطه میان تنظیمات هیجانی و افسردگی با اختلالات خوردن می‌باشد. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و خودکشی همراه است و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیکی همراه است. لذا افسردگی اختلال در عملکرد شغلی، تحصیلی، روابط اجتماعی و بین فردی را بدنبال دارد. راسپیو، متسون، ابیزید و انیسمان^۴ (۲۰۱۲) در تحقیقی رابطه میان افسردگی، اختلالات خوردن و سبک‌های مقابله‌ای آزمودنی‌ها را مورد مطالعه قرار دادند. یافته‌ها نشان داد در افرادی که در موقعیت‌های فشارزا دچار ازدیاد خوردن

1. Horney
2. Terry-short, Owens, & Dewey
3. Hilberta, Tuschen-Caffier, & Vogeled
4. Rapopow, Matheson, Abizaid, & Anisman

می‌شوند در واقع این یک سبک مقابله‌ای است، هر چند به کارگیری این استراتژی دارای عواقب منفی می‌باشد. همچنین وجود روابط اجتماعی غیر حمایتی با اختلالات خوردن مرتبط است و این روابط غیر حمایتی اجتماعی بر سلامت و رفتارهای فرد تأثیر منفی داشته و در نهایت موجب ایجاد پاسخ‌های همراه با افسردگی و خوردن هیجانی در فرد می‌گردد (اکسکال، ۲۰۰۱). در زمینه ارتباط میان اختلال افسردگی و اختلال خوردن می‌توان از نتایج درمان‌های انجام شده بهره برد، داروهای ضد افسردگی از جمله مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین نظیر فلوکستین در درمان پراشتهایی مفید بوده‌اند (کاپلان، سادوک^۲، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۹). یافته‌های پژوهشی امینان (۱۳۸۸) بر روی جامعه زنان نشان داد بین اختلالات خوردن و فشار روانی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. همچنین این تحقیق ارتباط منفی میان تصویر بدنی و اختلالات خوردن را ارائه داد. بیربک^۳ (۲۰۰۳) در تحقیقی بیان نمود که نارضایتی از تصویر بدنی مرتبط است با اختلالات خوردن و نیز نتایج تحقیق کن کوا^۴ (۲۰۰۷) رابطه میان اختلالات خوردن با افسردگی را نشان داد. اختلالات خوردن که منجر به اضافه وزن و چاقی می‌گردد، ایجاد ادراک تصویر بدنی منفی از خود نموده و نارضایتی از بدن و افسردگی را بدنبال می‌آورد (ضیغمی محمدی و مزده، ۱۳۸۸). با توجه به پیشینه‌های تحقیق و اهمیت مداخله زود هنگام در اختلالات روانی بخصوص در ارتباط با جوانان که نسل سازنده کشور می‌باشند پژوهش حاضر قصد دارد تا متغیرهای اختلالات خوردن، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی، کمال‌گرایی و افسردگی را مورد بررسی قرار دهد و مشخص نماید که تا چه اندازه وجود برخی ویژگی‌های شخصیتی در ابتلاء به اختلالات خوردن می‌تواند سهیم باشد، لذا هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی، کمال‌گرایی و افسردگی با اختلالات خوردن در جوانان است. بنابراین با توجه به هدف پژوهش این سؤال مطرح است که آیا متغیرهای اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی، کمال‌گرایی و افسردگی پیش بین اختلالات خوردن در جوانان هستند؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانشجویان ورودی سال ۱۳۹۳-۱۳۹۲ تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد) دانشگاه علوم و تحقیقات خوزستان بودند که در دامنه سنی بین ۲۴-۳۵ سال قرار داشتند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، از میان ۳۲ رشته، ۲۰ رشته به صورت تصادفی انتخاب و سپس از بین کلاس‌های هر رشته یک کلاس به صورت تصادفی انتخاب و از هر کلاس ۵ دختر و ۵ پسر انتخاب گردید. به این ترتیب تعداد کل آزمودنی‌ها ۲۰۰

1. Akiskal
2. Kaplan & Sadock
3. Birbek
4. Kane koa

نفر که ۱۰۰ آزمودنی دختر و ۱۰۰ آزمودنی پسر می‌باشد و پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر در اختیار افراد قرار گرفت.

ابزار اندازه‌گیری

الف- پرسشنامه اختلال خوردن AEDI: این پرسشنامه که توسط کوکر و راجر^۱ (۱۹۹۰) ساخته شده است. پرسشنامه اختلال خوردن سه عامل نگرانی در مورد وزن، بازداری و پرخوری را اندازه می‌گیرد. همچنین، اختلال خوردن در دو دسته پراشتهایی روانی و کم‌اشتهایی روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد (امینان، ۱۳۸۸). نمره گذاری این پرسشنامه به صورت بلی (۱) و خیر (۰) صورت می‌گیرد که نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده بالا بودن سطح اختلال در افراد است. شریفی (۱۳۷۶) پرسشنامه مذکور را روی دانش آموزان اهواز مورد بررسی و هنجار یابی قرار داد. او این پرسشنامه را به ۳۱ ماده و ۲ عامل بی‌اشتهایی روانی (۲۲ ماده) و پراشتهایی روانی (۹ ماده) محدود ساخته و به عنوان مقیاس اختلالات تغذیه‌ای اهواز نامگذاری کرد (شریفی، ۱۳۷۶). مامی (۱۳۸۴) پایایی این پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۷۵ و ۰/۷۰ بدست آورد. امینان (۱۳۸۸) پایایی این پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بدست آورد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای پراشتهایی روانی به ترتیب برابر ۰/۷۰ و ۰/۶۶ و برای کم‌اشتهایی روانی ۰/۷۱ و ۰/۸۸ محاسبه شد. مامی (۱۳۸۴) همچنین روایی این پرسشنامه را به کمک نمره سوال ملاک مورد بررسی قرار داد، به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه را با نمره سوال ملاک همبسته نمود و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($P=0/27$ و $r=0/27$).

ب- پرسشنامه اضطراب اجتماعی لبویتس^۲: پرسشنامه اضطراب اجتماعی توسط لبویتس (۱۹۸۷) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ ماده است و دو زیر مقیاس اضطراب و عملکرد (۱۳ عبارت) و موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ عبارت) را دو سطح اضطراب و اجتناب می‌سنجد. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت اصلا (۰)، کم (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) می‌باشد که نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بالاتر اضطراب می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط شرکت آزمون یار پویا در زمینه علوم رفتاری معتبر اعلام گردیده که ضریب آلفای کلی برابر ۰/۹۵ ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۹۱ مورد تایید قرار گرفته است. کرمی، زکی‌بی و رستمی (۱۳۹۱) پایایی آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۹۶ و ۰/۸۷ محاسبه شد. محبوبی، اعتمادی، خراسانی، قیاسی و افکار (۱۳۹۱) روایی این پرسشنامه را ۰/۹۵، روایی آن را به کمک پرسشنامه بک ۰/۸۷ و همسانی

1. Ahwaz Eating Disorder Inventory
2. Cocker & Rojer
3. Liebowitz s Social Anxiety Disorder Scale

درونی مقیاس اضطراب اجتماعی را ۰/۸۲ بیان نموده است. کرمی، زکی بی و رستمی (۱۳۹۱) روایی آزمون را در دامنه ۰/۴ تا ۰/۷۷ بدست آوردند.

د- پرسشنامه تصویر تن فیشر^۱: این پرسشنامه دارای ۴۶ گویه است که هر ماده دارای ارزشی از ۵-۱ (خیلی نا راضی تا خیلی راضی) می باشد. کسب نمره ۴۶ نشان دهنده اختلال و بالا تر از ۴۶ نشان دهنده سلامت است. این پرسشنامه توسط فیشر (۱۹۷۰) ساخته شده است. عسگری و همکاران (۱۳۸۸) پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۱ بدست آوردند. یزدان جو (۱۳۷۹)، به نقل از عسگری، پاشا و امینیان، (۱۳۸۸) روایی این آزمون را در ایران محاسبه نمود و ضریب همبستگی محاسبه شده در اجرای اول و اجرای دوم برای دانش آموزان سال اول ۰/۸۱، دانش آموزان سال دوم ۰/۸۴، دانش آموزان سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش آموزان ۰/۸۴ بیان نمود. با توجه به سطح معنی داری این ضرایب ($p < ۰/۰۰۱$) می توان پذیرفت بین نمرات حاصل از اجرای اول و دوم همبستگی معنی داری وجود داشته است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۹۷ و ۰/۸۷ محاسبه شد.

ج- مقیاس کمال گرایی: آزمون کمال گرایی اهواز^۲ (APS) براساس تحلیل عوامل پاسخ های آزمودنی های دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران و دانشگاه آزاد اسلامی اهواز با ۲۷ ماده توسط نجاریان، عطاری و زرگر (۱۳۸۰) ساخته شده است. ماده های این مقیاس دارای چهار گزینه هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می باشد که به استثنای ماده های ۱۲، ۱۶، ۱۷ و ۲۲ که به شیوه معکوس نمره گذاری می شوند بقیه ماده ها بر اساس مقادیر ۱=هرگز تا ۴=اغلب اوقات نمره دهی می شوند و در نهایت حاصل جمع نمرات میزان کمال گرایی فرد را نشان می دهد. هرمزی نژاد (۱۳۸۰) نیز روی نمونه ای از دانشجویان دانشگاه پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹، روش اسپیرمن - برون ۰/۸۸ و روش گاتمن ۰/۸۳ به دست آورده است. بهزادی شهنی (۱۳۸۹) پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آورده است. نجاریان، عطاری زاده و زرگر (۱۳۷۸) برای سنجش روایی مقیاس کمال گرایی، این مقیاس را با مقیاس الگو های رفتاری تیپ شخصیتی الف و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت به طور همزمان اجرا نمودند. ضرایب همسانی درونی آزمودنی های دختر ۰/۸۹ و پسر ۰/۸۸ می باشد. در سنجش روایی این آزمون، ضرایب همبستگی بین نمره های کل این آزمون با مقیاس الگوی رفتار تیپ A، ۰/۶۵ با مقیاس شکایت جسمی ۰/۴۱ و با مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت ۰/۳۹- می باشد که همه در $p < ۰/۰۵$ معنی دار می باشد.

ی- پرسشنامه سنجش افسردگی بک^۳ (BDS)

این پرسشنامه توسط بک، وارد، مندلسون، موک و ارباف^۴ (۱۹۷۸) به عنوان یک مقیاس علمی اندازه

1. Fisher Body Image Scale
2. Ahvaz Perfectionism Scale (APS)
3. Beck Depression Inventory
4. Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh

گیری افسردگی انتشار یافت. این پرسشنامه دارای دو فرم ۲۱ سؤالی و ۱۳ سؤالی است که افسردگی افراد را چهار عبارت متفاوت از ۰ تا ۳ می‌سنجد و در پژوهش حاضر از فرم ۱۳ سؤالی استفاده شده است. بک و همکاران (۱۹۷۸)، به نقل از امینیان، (۱۳۸۸) پایایی این مقیاس را با روش همسانی درونی از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرد. عسگری و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۳ بدست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۸۴ محاسبه شد. در تحقیقی دبیری نژاد (۱۳۸۷) روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی نمره آزمودن‌های افسردگی و آزمون اضطراب ۰/۶۵ در سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۰۱$ بدست آورد.

نتایج آماری:

این بخش شامل تحلیل توصیفی و تحلیل استنباطی داده‌ها می‌باشد. یافته‌های توصیفی: شامل میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های جوانان در متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب اجتماعی	۳۸/۸۵	۲۵/۵۱
ادراک تصویر بدنی	۱۷۱/۰۷	۳۳/۲۹
کمال‌گرایی	۶۶/۰۵	۱۰/۵۷
افسردگی	۴/۴۱	۵/۲۱
اختلالات خوردن	۹/۱۳	۴/۳۱

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، در بررسی پاسخ‌های آزمودنی‌ها، میانگین (انحراف استاندارد) اضطراب اجتماعی ۳۸/۸۵ (۲۵/۵۱) ادراک تصویر بدنی ۱۷۱/۰۷ (۳۳/۲۹) کمال‌گرایی ۶۶/۰۵ (۱۰/۵۷) و افسردگی ۴/۴۱ (۵/۲۱) می‌باشد. همچنین، میانگین (انحراف استاندارد) اختلالات خوردن ۹/۱۳ (۴/۳۱) می‌باشد. در جدول شماره ۲ همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی ساده بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱	اضطراب اجتماعی	-	-۰/۲۴۵	-۰/۳۷۶	۰/۵۰۳	۰/۴۲
۲	ادراک تصویر بدنی	-	-	۰/۲۵۳	-۰/۳۸۰	-۰/۴۲
۳	کمال‌گرایی	-	-	-	-۰/۴۲۷	-۰/۲۵
۴	افسردگی	-	-	-	-	۰/۵۲
۵	اختلالات خوردن	-	-	-	-	-

همان گونه که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، همه ضرایب همبستگی دومتغیری در سطح آماری کمتر از $0/01 < p$ معنی‌دار هستند.

جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مربوط به رابطه چندگانه اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی، کمال‌گرایی، افسردگی با اختلال خوردن را با روش سلسله‌مراتبی (Enter) نشان می‌دهد. ترتیب ورود متغیرها به معادله پیش‌بین بر اساس بالاترین ضریب همبستگی دومتغیری با متغیر ملاک می‌باشد که بر این اساس به ترتیب متغیرهای افسردگی، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی و کمال‌گرایی برای پیش‌بینی اختلال خوردن وارد تحلیل شدند.

جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مربوط به رابطه افسردگی، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی و کمال‌گرایی با اختلال خوردن با روش سلسله‌مراتبی (Enter)

مقدار ثابت (a)	ضرایب رگرسیون (b) و (B)				نسبت F احتمال p	ضریب تعیین RS	همبستگی چندگانه MR	شاخص آماري متغیرهای پیش‌بین
	۴	۳	۲	۱				
۷/۲۴	-	-	-	B = ۰/۴۲۹ b = ۰/۵۱۹ t = ۸/۵۱ p = ۰/۰۰۱	F = ۷۲/۵۲ p < ۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	۰/۵۱۹	افسردگی
۶/۲۴	-	-	B = ۰/۰۳۶ b = ۰/۲۱۱ t = ۳/۰۶ p = ۰/۰۰۳	B = ۰/۳۴۱ b = ۰/۴۱۲ t = ۵/۹۷ p = ۰/۰۰۱	F = ۴۲/۴۹ p < ۰/۰۰۱	۰/۳۰۲	۰/۵۵۰	اضطراب اجتماعی
۱۲/۰۱	-	B = -۰/۰۳۱ b = -۰/۲۴۲ t = -۳/۸۶ p = ۰/۰۰۷	B = ۰/۰۳۳ b = ۰/۱۹۴ t = ۲/۹۰ p = ۰/۰۰۴	B = ۰/۲۷۲ b = ۰/۳۲۹ t = ۴/۶۹ p = ۰/۰۰۱	F = ۳۵/۳۳ p < ۰/۰۰۱	۰/۳۵۲	۰/۵۹۳	ادراک تصویر بدنی
۱۱/۰۱	B = ۰/۰۱۵ b = ۰/۰۳۷ t = ۰/۵۶ p = ۰/۵۷۶	B = -۰/۰۳۲ b = -۰/۲۴۵ t = -۳/۸۹ p = ۰/۰۰۱	B = ۰/۰۳۴ b = ۰/۰۲۰۲ t = ۲/۹۵ p = ۰/۰۰۴	B = ۰/۲۸۱ b = ۰/۳۴۰ t = ۴/۶۷ p = ۰/۰۰۱	F = ۲۶/۴۸ p < ۰/۰۰۱	۰/۳۵۳	۰/۵۹۴	کمال‌گرایی

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه و باروش سلسله‌مراتبی، ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای افسردگی، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی و کمال‌گرایی با اختلال خوردن برابر $MR = ۰/۵۹۴$ و ضریب تعیین برابر $RS = ۰/۳۵۳$ و $F = ۲۶/۴۸$ می‌باشد که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است و با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، مشخص شده است که حدود ۳۵ درصد واریانس متغیر اختلال خوردن توسط متغیرهای پیش‌بین افسردگی، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی و کمال‌گرایی قابل تبیین است.

همچنین برای تعیین یک معادله پیش‌بینی مناسب با استفاده از کوچکترین مجموعه‌ی احتمالی از قوی‌ترین ترکیب متغیرهای پیش‌بین از روش رگرسیون گام به گام (Stepwise) استفاده شده است. جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مربوط به به رابطه چندگانه متغیرهای افسردگی، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی و کمال‌گرایی با اختلال خوردن را با روش گام به گام (Stepwise) نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مربوط به تعامل افسردگی، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی و کمال‌گرایی با اختلال خوردن با روش گام به گام (Stepwise)

مقدار ثابت (a)	ضرایب رگرسیون (b) و (B)			نسبت F احتمال p	ضریب تعیین RS	همبستگی چندگانه MR	شاخص آماري
	۳	۲	۱				متغیرهای پیش‌بین
۷/۲۴	-	-	B = ۰/۴۲۹ b = ۰/۵۱۹ t = ۸/۵۱ p = ۰/۰۰۱	F = ۷۲/۵۲ p < ۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	۰/۵۱۹	افسردگی
۱۳/۲۱	-	B = -۰/۰۳۳ b = -۰/۲۵۴ t = -۳/۹۹ p = ۰/۰۰۱	B = ۰/۳۴۹ b = ۰/۴۲۲ t = ۶/۶۵ p = ۰/۰۰۱	F = ۴۷/۰۰ p < ۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	۰/۵۶۹	ادراک تصویر بدنی
۱۲/۰۱	B = ۰/۰۳۳ b = ۰/۱۹۴ t = ۲/۹۰ p = ۰/۰۰۴	B = -۰/۰۳۱ b = -۰/۲۴۲ t = -۳/۸۶ p = ۰/۰۰۴	B = ۰/۲۷۲ b = ۰/۳۲۹ t = ۴/۶۹ p = ۰/۰۰۱	F = ۳۵/۳۳ p < ۰/۰۰۱	۰/۳۵۲	۰/۵۹۳	اضطراب اجتماعی

همان‌طور که در جدول شماره ۴ نشان داده شده است، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش گام به گام، از میان متغیرهای افسردگی، اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی و کمال‌گرایی به عنوان پیش‌بین اختلال خوردن، به ترتیب متغیرهای افسردگی، ادراک تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی پیش‌بینی‌کننده برای اختلال خوردن هستند و می‌توان به یک معادله پیش‌بینی با ترکیب فقط سه متغیر پیش‌بین دست یافت که بر این اساس ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین برابر با $MR = ۰/۵۹۳$ و $RS = ۰/۳۵۲$ و $F = ۳۵/۳۳$ می‌باشد که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. با مقایسه مقدار ضریب تعیین به دست آمده با استفاده از روش رگرسیون سلسله‌مراتبی برابر $RS = ۰/۳۵۳$ و روش گام به گام برابر $RS = ۰/۳۵۲$ می‌توان دریافت که ترکیب سه متغیر پیش‌بین افسردگی، ادراک تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی، قوی‌ترین ترکیب متغیرهای پیش‌بین برای تبیین واریانس اختلال خوردن می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلال خوردن بر اساس اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر

بدنی، کمال‌گرایی و افسردگی بود، یافته‌های پژوهش حاضر همسوست با نتایج بدست آمده از تحقیقات ترینداد و فریرا (۲۰۱۴)، تری شورت، آونز و دیوی (۲۰۱۴)، لوینسون و همکاران (۲۰۱۳)، مارتین و دیوید (۲۰۱۰)، ویل (۲۰۰۴) و آریانپوریان و شیرازی (۱۳۹۱). اختلال‌های خوردن حاصل کنش متقابل پیچیده چندین عامل در نظر گرفته می‌شوند، که از جمله این عوامل می‌توان وراثت، عملکردهای مغزی (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰)، ویژگی‌های شخصیتی (امینیان، ۱۳۸۸)، خانواده و نیز عوامل اجتماعی و فرهنگی (ویل، ۲۰۰۴) را در نظر داشت. براساس نظریه‌های اجتماعی- فرهنگی جامعه در برقراری انتظارات از افراد، به ویژه اندام ظاهری آن‌ها نقش بسزایی دارا می‌باشد. این نظریه پردازان بر تاکید بیش از حد فرهنگ غرب بر «ظریف بودن» و «لاغر بودن» اندام زنان و انعطاف‌پذیری و عضلانی بودن اندام مردان اشاره می‌کنند. بدین ترتیب جوان خود را غیر جذاب حس می‌کند مگر آن‌که به آن «ایده آل‌های ظاهری» جامعه دست یابد (سیمون - کایمر، ۲۰۱۲). واکنش فرد به شکافی که بین خود ارمانی و خود واقعی احساس می‌نماید، آشفتگی و افسردگی خواهد بود و جهت کم نمودن این شکاف تلاش می‌نماید (کش و زیمانسکی، ۱۹۹۵) و برای غلبه بر حس ناراضی‌تی از خود و کمبود اعتماد به نفسی که جامعه به صورت ناخودآگاه موجب شده است و همچنین به دست آوردن احساس محبوبیت اجتماعی (سیمون - کایمر، ۲۰۱۲) رژیم‌های غذایی گوناگونی را اتخاذ می‌نماید. افرادی که دارای درک منفی از تصویر بدنی خود می‌باشند در موقعیت‌های گوناگون، هیجانات منفی مختلفی را احساس می‌کنند: شرمندگی درونی و یا تنفر از خود هنگامی که خود را با دیگران و در سطح پایین‌تری مقایسه کنند، همچنین شرمندگی بیرونی و احساس اضطراب اجتماعی بر اساس آنکه دیگران آنها را چگونه واری می‌کنند موجب احساس اضطراب و افسردگی در آنان می‌گردد. از سویی دیگر، آنها افسردگی و درماندگی را تجربه می‌کنند که بدلیل شکست شخصی برای رسیدن به ایده آل‌ها و استاندارد‌های زیبایی، انزوای اجتماعی و تعارضات بین فردی می‌باشد. بنابراین در نتیجه تمامی این رویدادها این اختلال با افزایش درماندگی و شرمساری، درجه بالایی از هماپندی با افسردگی و ریسک خطر خودکشی همراه می‌باشد (ویل، ۲۰۰۴). از سویی دیگر افرادی که در مقیاس افسردگی نمره‌ی بالاتری را کسب می‌نمایند بدلیل ویژگی‌های خلق افسرده، موقعیت‌ها را بیشتر منفی ارزیابی می‌نمایند و بیشتر از سایرین دچار نشخوارهای فکری، خاطرات و افکار منفی می‌گردند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰) که این در وخیم‌تر شدن شرایط، افزایش اضطراب اجتماعی و نیز ارزیابی منفی‌تر از بدن حائز اهمیت است. افزایش نمره فرد در اضطراب اجتماعی با گریز فرد از موقعیت‌هایی که ممکن است مورد ارزیابی و قضاوت دیگران قرار گیرند همراه است که این بدلیل افکار و سوگیری‌های منفی مرتبط با افسردگی، ضعف خود‌پنداره و عزت‌نفس (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸)، اضطراب (ویل، ۲۰۰۴)، نقص در روابط بین فردی، ترس از طرد شدن و خجالت (مارتین و دیوید، ۲۰۱۰) می‌باشد. همه این عوامل موجب می‌گردد فرد دوباره برای رهایی از این تجارب منفی برنامه‌ریزی نموده و تلاش نماید، لذا تدابیر سختگیرانه و وسواس گونه‌ای برای رژیم غذایی خود اتخاذ نماید تا بار دیگر جهت دستیابی به اندام

ایده آل تلاش نماید، که در نهایت به افزایش نمره فرد در اختلالات خوردن منجر خواهد شد. از سویی دیگر، پژوهش‌های پیشین از وجود زیربنای فیزیولوژیکی برای همبستگی اختلال خوردن با اضطراب اجتماعی (لویسنسون و همکاران، ۲۰۱۳) و همبستگی اختلال خوردن با افسردگی حمایت می‌کنند به گونه‌ای که استفاده از داروهای درمان‌کننده افسردگی موجب بهبود برنامه‌های غذایی (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰) در افراد می‌گردد. به این ترتیب متغیرهای اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی و افسردگی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده قابل اعتمادی جهت ابتلای جوانان به اختلال خوردن باشند. نتایج این تحقیق از بعد افزایشی مهم تلقی می‌گردد چرا که شناسایی متغیرهای پیش‌بین علائم اختلالات خوردن می‌تواند به متخصصین روان‌شناس و روانپزشک در کاهش نشانه‌های این اختلال و استفاده از درمان‌های مرتبط یاری رساند.

منابع

- آریاپوریان، سعید و شیرازی، محمد مهدی (۱۳۹۱). رابطه کمال‌گرایی، ارزشمندی بدنی و نگرانی با علائم خوردن در زنان دارای فعالیت بدنی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، شماره ۴، ۱۴-۲۸.
- امینیان، مریم (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- بهزادی شینی، فاطمه (۱۳۸۹). رابطه بین خودکارآمدی، کمال‌گرایی و جایگاه مهار با اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- جنت‌مکان، نصرت و سید موسوی، عطیه (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و خلاقیت در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- دیبری نژاد، مرجان (۱۳۸۷). رابطه اعتقاد مذهبی با اضطراب، افسردگی، و پرخاشگری در دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز.
- شریفی، ا. (۱۳۷۶). بررسی میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با افسردگی، عزت‌نفس و وضعیت اقتصادی و اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- ضیغمی محمدی، شراره و مژده، فاطمه (۱۳۹۱). همبستگی بین شاخص توده بدنی، تصویر ذهنی از جسم خود و افسردگی در زنان. *مراقبت‌های نوین*، شماره ۱، ۴۰-۵۴.
- عباس‌زاده، محمد، علیزاده‌اقدم، محمد و پورمحمد، رعنا (۱۳۹۱). نقش عزت‌بندی و اضطراب فیزیکی اجتماعی بر فرهنگ ارزشیابی بدنی زنان. *فصلنامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، شماره ۲۶، ۲۵-۳۹.

عسگری، پرویز، پاشا، غلامرضا و امینیان، مریم (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. اندیشه و رفتار، شماره ۱۳، ۶۵-۷۶.

فروغمند، عظیمه (۱۳۹۱). بررسی رابطه باورهای اختلال خوردن و افسردگی در دختران نوجوان شهرستان اهواز. سومین همایش ملی مشاوره.

کاپلان، ه. و سادوک، ب. (۲۰۰۷). خلاصه روان پزشکی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.

کریمی، جهانگیر، زکی بی، علی و رستمی، سمیرا (۱۳۹۱) نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش بینی هراس اجتماعی دانش آموزان. مجله روان‌شناسی مدرسه، شماره ۱، ۶۲-۷۵.

مامی، ش. (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با افسردگی، خودپنداره و عزت نفس دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

محبوبی، محمد، اعتمادی، منال، خراسانی، الهه، قیسی، محمد و افکار، ابوالحسن (۱۳۹۱) رابطه سلامت معنوی و اضطراب اجتماعی در جانبازان شیمیایی. مجله طب نظامی، شماره ۳، ۱۸۶-۱۹۱.

محمدی، نوراله و سجادی نژاد، مرضیه (۱۳۸۶). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، شماره ۵، ۶۰-۷۵.

نجاریان، بهمن، عطاری، یوسفعلی و زرگر، یداله (۱۳۸۰). ساخت و اعتبار یابی مقیاس برای سنجش کمالگرایی. مجله علوم تربیتی و روان‌شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز، شماره های ۳ و ۴، ۴۳-۵۸.

هالجن. ر. پ. و ویبورن. س. ک. (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۴). تهران: نشر روان.

هرمزی نژاد، معصومه (۱۳۸۰). رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس و اضطراب اجتماعی و کمالگرایی با ابزار وجود دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Akiskal, H. (2001). mood disorder. In H. I. Kaplan., & B. J. Sadok. Vol 1, 431-1284.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1978). An Inventory for Measuring Depression. Archives of General psychiatry, 4, 561- 571.

Bradford, J. W. (2006). Attachment processes, stress processes and sociocultural standards in the development of eating disturbances in college women. Theses, Doctor of psychology, University of North Texces.

Birbeck, D. (2003). Body image and the per-pubescent child. Jurnal of Educational Enquiry, 4(1), 117-127

Carson, V. B. (2006). Mental health nursing. 4- Edition. Philadelphia: W. B. Saunders

Cash, T. F., & Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the Body- Ideals Questionnaire. Journal of personality Assessment, 64, 77- 466.

- Cocker, S., & Rojer, D. (1990). The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 223-231.
- Fisher, R. L. (1970). Classroom behavior and the body image boundary. *J. Proj. Techn. And Pers. Assessm*, 32, 450- 452
- Freud, S. (1975). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess , 1887- 1904*. J. M. Masson (ED). Cambrid. MA: Belknap Press of Harvard University.
- Hilberta, A., Tuschen-Caffier, B., & Vogeleb, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 137 – 144.
- Horney, K.(1950). *Our inner conflicts*. New York:Norton.
- Kane Koa, M. (2007). *A correlation between the eating attitudes test and body shape questionnaire*. Department of Counseling Psychology and Special Education , Bring Young University.
- Kafka, M. P. (2007). Paraphilia-related disorders: The evaluation and treatment of nonparaphilic hypersexuality. In S. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4thed., pp. 442–476). New York: Guilford Press.
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *Eating Disored*: 46:433–469
- Kim, J., & Lennon, s. J. (2007). Mass media and sel- esterem, body image and eating disorder tendencies. *Cloghing and Textiles Research Journal*, 25(1), 23- 3.
- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., White, E. K., Menatti, A. R., Weeks, J. W., Iacovino, J. M., & Warren, C. S. (2013). Social appearance anxiety, perfectionism and fear of negative evaluation. Distinctor shared risk factors for social anxiety and eating disorders? *Journal Appetite* , 67, 125-133.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 27(2), 141-173.
- Marco, J. H., Perpin, C., & Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders. *Psyciatry Research*, 1-10.
- Martin, M. A., & David, H. B. (2010). *Handbook of assessment and treatment: Planning for psychological disorders*, 2nd Ed.
- Raspopow, K., Matheson, K., Abizaid, A., & Anisman, H. (2012). Unsupportive social interactions influence emotional eating behaviors. Elsevier science. OhioLINK Electronic Jounal Center.
- Shaffer, D. R. (2001). *Development psychology*(2. Ed). Brooks /Cole
- Simon-kumar, R. (2012). *Eating disorders*. Department of Woman's and Gender Studies, University of Waikato, Hamilton, New Zealand, <http://www.psychology4all.com>
- Smith, E., & Rieger, E. (2006). The effect of attention on body dissatisfaction and dietary restriction. *School of Psychology, University of Sydney, Sydney: Australia*.
- Terry-short, L. A., Owens, R. G., & Dewey, M. E. (2014). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 1885, 663-668.
- Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*. Vol 15(1), 72–75.
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1, 113-125.