رویش روان شناسی، سال۹ ، شماره ۱۱، شماره پیاپی ۵۶، بهمن ۱۳۹۹
Rooyesh-e-Ravanshenasi,9(11), 2021

نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین کارکردهای متوازن و نامتوازن خانواده با علائم اختلال‌های خوردن در نوجوانان

The mediating role of emotion regulation difficulty in the relationship between balanced and unbalanced family functions with symptoms of eating disorders in adolescents

شیوا محمودی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.
دکتر لیلی پناغی
دانشیار، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.
دکتر پریساسادات سیدموسوی
استادیار، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.

Shiva Mahmoudi*
M. A., Department of Family Research, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
shivamahmoodi22@gmail.com
Dr. Leili Panaghi
Associate Professor, Department of Family Research, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Dr. Parisa Sadat Seyed Mousavi
Assistant Professor, Department of Family Research, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

چکیده

اختلال‌های خوردن جزو زیان‌بارترین بیماری‌های روان‌پزشکی هستند که با بیماری‌های پزشکی و روان‌شناختی مهمی همراه هستند که موجب هزینه‌های شخصی، خانوادگی و اجتماعی چشمگیری می‌گردند. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین کارکردهای متوازن و نامتوازن خانواده با علائم اختلال خوردن در نوجوانان بود. این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در دبیرستان-های (دوره‌ی اول و دوم) شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ تشکیل می‌دادند. از میان آن‌ها ۵۶۷ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند و به آزمون نگرش‌های خوردن (گارنر و گارفینکل، ۱۹۷۹)، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (گراتز و رامر، ۲۰۰۴) و مقیاس ارزیابی سازگاری و انسجام خانواده (السون، ۲۰۱۱) پاسخ دادند. برای تجزیه‌وتحلیل اطلاعات، از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج حاکی از برازش مناسب مدل پژوهش بود. نتایج نشان داد مسیر مستقیم کارکرد متوازن و نامتوازن خانواده بر علائم اختلال خوردن معنی-دار نیست ولی اثر غیرمستقیم کارکرد نامتوازن خانواده بر علائم اختلال خوردن از طریق دشواری تنظیم هیجان معنی‌دار است (p=۰/۰۰۱، β =۰/۱۶۶). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاد کرد که برای مداخله در اختلال‌های خوردن به جای تمرکز بر کارکردهای خانواده، می‌توان دشواری‌های تنظیم هیجان را به عنوان هدف درمان انتخاب نمود.

واژه‌های کلیدی: *اختلال خوردن، کارکرد خانواده، دشواری تنظیم هیجان، نوجوانان.*

Abstract

Eating disorders are among the most harmful psychiatric disorder, associated with important medical and psychological illnesses that cause significant personal, family, and social costs. The aim of the present study was to determine the mediating role of emotion regulation difficulty in the relationship between balanced and unbalanced family functions with eating disorder symptoms in adolescents. This study was a descriptive-correlational study .The statistical population of this study consisted of all adolescents 13 to 18 years old studying in high schools (first and second year) in Tehran in the academic year of 1997-98, of which 567 were selected as the sample group using convenience sampling and they answered the test of eating attitudes test (Garner & Garfinkel, 1979), Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2004) and the Family Adaptability & Cohesion Evaluation scale (Olson, 2011). Structural equation modeling was used to analyze the data. The results indicated a good fit for the research model. It was shown that the direct path of balanced and unbalanced family function to eating disorders is not significant but the indirect effect of unbalanced family functioning to eating disorders through difficulty in regulating emotion is significant ($p = 0.001$, $\beta = 0.166$). According to the results of the present study, it can be suggested that to intervene in eating disorders, instead of focusing on family functions, emotion regulation skills can be selected as the goal of treatment.

Keywords: *Eating Disorder, Family Functioning, Difficulty in Emotion Regulation, Adolescents.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : شهریور ۹۹** | **پذیرش: آبان ۹۹** | **ویرایش نهایی : بهمن ۹۹**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

مقدمه

اختلال‌های خوردن جزو زیان‌بارترین بیماری‌های روان‌پزشکی هستند که با بیماری‌های پزشکی و روان‌شناختی مهمی همراه هستند و موجب هزینه‌های شخصی، خانوادگی و اجتماعی چشمگیری می‌گردند (چامبرگ[۱] و همکاران، ۲۰۱۷). از نظر تاریخی فرض می‌شد که اختلال‌های خوردن صرفاً در زنان بروز می‌کنند اما برخلاف این ادعا، پژوهشگران نشان داده‌اند که این اختلال در مردان نیز وجود دارد (گورل و مورای[۲]، ۲۰۱۹)؛ اما این واقعیت را هم نباید نادیده گرفت که این اختلالات در زنان بسیار شایع‌تر هستند (هودسون، هیریپی، پوپ و کسلر[۳]، ۲۰۰۷). گرجیکووا، موری، کاستو و مک‌الروی[۴] (۲۰۱۹) اختلال خوردن افراطی[۵] را شایع‌ترین دسته از اختلال‌های خوردن می‌دانند و بیان می‌کنند که این اختلال معمولاً در هر دو جنس مذکر و مؤنث، مغفول واقع می‌شود و افراد مبتلا، تحت درمان قرار نمی‌گیرند. سهلان، طراوتروی، کویک و موند[۶] (۲۰۲۰) نشان دادند که رفتارهای مرتبط با اختلال خوردن در دانشجویان پسر و دختر ایرانی به یک اندازه رایج است، هرچند که در برخی مؤلفه‌ها نیز تفاوت‌های جنسیتی مشاهده گردید.

اختلال‌های خوردن با پیامدهای ناخوشایندی همراه هستند که از آن بین می‌توان به چاقی (استیس، دسجاردین، شاو و رود[۷]، ۲۰۱۹)، افسردگی و اضطراب (دریبرگ، مک‌اوی، هویلس، شاو و اگان[۸]، ۲۰۱۹)، خودکشی (کلیف[۹] و همکاران، ۲۰۱۹) و مصرف مواد (باهیج[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۹) اشاره کرد. در مورد سبب‌شناسی اختلال خوردن موارد مختلفی ازجمله عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی و فرهنگی را دخیل دانسته‌اند (باکالار، شانک، وانیوسی، رادین و تانوفسکی-کراف[۱۱]، ۲۰۱۵). در بین عوامل روان‌شناختی از گذشته تاکنون تأکید زیادی بر نقش عوامل خانوادگی (هلتوم و آلن[۱۲]، ۲۰۱۴؛ دنیسمور و استورمشیک[۱۳]، ۲۰۰۳)، کمال‌گرایی (دریبرگ و همکاران، ۲۰۱۹)، عوامل مرتبط با تبلیغات و رسانه (سان، هی، فان، چن و لو[۱۴]، ۲۰۱۰) عوامل درون و بین‌فردی (کروپلوسکی، شزسنیاک، فورمانسکا و گوجسکا[۱۵]، ۲۰۱۹) و اختلال‌های روانشناختی به ویژه اضطراب (فورست، سارفان، اورتیز، براون و اسمیت[۱۶]، ۲۰۱۹) در شکل‌گیری اختلال‌های خوردن شده است.

از بین عوامل فوق شاید بتوان عوامل خانوادگی را بنیادی‌ترین و پایه‌ای‌ترین عامل در شکل‌گیری این اختلالات دانست. افراد دارای نشانه‌های اختلالات خوردن سطوح پایین‌تری از مراقبت و توجه والدین و هم‌چنین محافظت بیش از حد آن‌ها را گزارش می‌کنند (کاگلر-نازالی[۱۷] و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان می‌دهند اعضای خانواده و به‌طور خاص والدین این افراد بیشتر از خانواده‌های افرادی که نشانه‌های این اختلال در آن‌ها دیده نمی‌شود، اظهارنظرهای انتقادی راجع به ظاهر فیزیکی اعضای خانواده‌شان ارائه می‌دهند (تتلی، مقدم، داوسون و رندلسون[۱۸]، ۲۰۱۴). این اظهارنظرهای متعدد چه به‌صورت مثبت و چه منفی می‌تواند موجب آشکار شدن نشانه‌های اختلالات خوردن شود (فرتزا و آجت[۱۹]، ۲۰۱۴). از سوی دیگر برخی پژوهشگران بر نقش اجتنابی خانواده در شکل‌گیری و تداوم اختلالات خوردن تاکید می‌کنند. آن‌ها نشان می‌دهند که خانواده برای جلوگیری از بروز تنش و تعارض در آن با فرد دارای اختلال خوردن انطباق می‌یابد و موجب اجتناب از تحمل استرس می‌شود و به همین شیوه موجب تقویت منفی علائم اختلال‌های خوردن می‌شود (اندرسون، اسمیت، نونز

[1] Schaumberg
[2] Gorrell & Murray
[3] Hudson, Hiripi, Pope & Kessler
[4] Guerdjikova, Mori, Casuto & McElroy
[5] Binge eating disorder
[6] Sahlan, Taravatrooy, Quick & Mond
[7] Stice, Desjardins, Shaw & Rohde
[8] Drieberg, McEvoy, Hoiles, Shu & Egan
[9] Cliffe
[10] Bahji
[11] Bakalar, Shank, Vannucci, Radin & Tanofsky-Kraff
[12] Holtom & Allan
[13] Dinsmore & Stormshak
[14] Sun, He, Fan, Chen & Lu
[15] Kroplewski, Szcześniak, Furmańska & Gójska
[16] Forrest, Sarfan, Ortiz, Brown & Smith
[17] Caglar-nazali
[18] Tetley, Golijani-Moghaddam, Dawson & Rennoldson
[19] Fortesa & Ajete

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

و فارل[1]، ۲۰۱۹). در پژوهش ویدویک، جرسا، بگواک، ماهنیک و توسیلج[2] (۲۰۰۵) نشان داده شد که افراد دارای اختلال‌های خوردن میزان انسجام کمتری را در خانواده تجربه کرده‌اند و میزان انعطاف‌پذیری خانواده‌های آن‌ها نسبت به گروه بهنجار کمتر بود. در این پژوهش همچنین نشان داده شد که افراد دارای اختلال‌های خوردن ارتباط مختل بیشتری با مادرشان داشتند. از سوی دیگر آشفتگی خانواده و خشک بودن خانواده در افراد دارای اختلال‌های خوردن نسبت به افراد بهنجار بیشتر است و این افراد تمایل به تغییر کمتری را نیز دارا هستند (کنا، ریلواس و سوارز[3]، ۲۰۰۹).

با توجه به پژوهش اندرسون و همکاران (۲۰۱۴) می‌توان استنباط کرد که شاید خانواده از طریق نهادینه کردن اجتناب به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان ناسازگارانه موجب بروز یا تداوم علائم اختلال خوردن در نوجوان می‌شود. در همین راستا موریس، هولتبرگ، کریس و بوسلر[4] (۲۰۱۷) نشان دادند که بافت خانوادگی از طریق ایجاد دشواری‌های تنظیم هیجان در فرد موجب ایجاد اختلالات روانی مختلف روانی در او می‌شود. در پژوهش ویک، اسکودی و مک‌کینی[5] (۲۰۲۰) نشان داده شد که انسجام خانواده و انعطاف‌پذیری آن به عنوان کارکردهای متوازن با راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه از جمله ارزیابی مجدد ارتباط دارند. پژوهش‌های اخیر که اغلب با رویکردهای فراتشخیصی به دنبال مکانیسم‌های تداوم‌بخش مشکلات روان‌شناختی به‌ویژه خلق منفی و افسردگی انجام شده‌اند تأکید ویژه‌ای را بر تنظیم هیجان معطوف کرده‌اند (کریستین، مارتل و لوینسون[6]، ۲۰۲۰). نیلند، گودمن و دویدو[7] (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که باورهای هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه با کاهش عواطف منفی مرتبط هستند. از سوی دیگر و در همین راستا پرفیت، کاندئا و شنتاگوتای-تاتار[8] (۲۰۱۹) در یک مطالعه‌ی فراتحلیلی با تأکید بر اختلال بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی نشان دادند که راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه ارتباط نیرومندی با این اختلال‌ها دارند. میخایل و کرینگ[9] (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و استفاده‌ی کمتر از راهبردهای سازگارانه با علائم اختلال‌های خوردن ارتباط دارند. اسمیت، میسون، اندرسون و لاوندر[10] (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که افراد دارای علائم اختلال خوردن نسبت به افراد بهنجار، میزان بیشتری از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه از جمله نشخوار و سرکوب فکر را استفاده می‌کنند و با افزایش استفاده از این راهبردها میزان علائم اختلال خوردن نیز افزایش می‌یابد.

ازاین‌رو با توجه به اهمیت راهبردهای تنظیم هیجان به‌عنوان یک مکانیسم تداوم‌بخش در پریشانی‌های روان‌شناختی و به‌ویژه اختلال-های خوردن و همچنین ارتباط کارکردهای خانواده با این راهبردها، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان در بین کارکردهای خانواده و علائم اختلال خوردن نوجوانان است.

روش

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بوده که برای تجزیه‌وتحلیل اطلاعات، از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در دبیرستان‌های (دوره‌ی اول و دوم) شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ تشکیل می‌دادند که از میان آن‌ها ۵۶۷ نفر به‌صورت در دسترس به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول پیشنهادی کلاین (۲۰۱۱) یعنی ۱۵ شرکت‌کننده برای هر پارامتر (۳۶ پارامتر قابل تخمین) ۵۴۰ نفر برآورد شد که با توجه به میزان ریزش احتمالی داده‌ها و ناکامل بودن برخی پرسشنامه‌ها ۵۷۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. علاوه بر راهنمایی‌های لازم که در دستورالعمل پرسشنامه‌ها ارائه‌شده، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها تنها در راستای اهداف مطالعه و بدون ذکر مشخصات هویتی مورداستفاده قرار خواهد گرفت. پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از افراد، جهت گردآوری داده‌های موردنظر از آزمون نگرش‌های خوردن، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان و مقیاس ارزیابی سازگاری و انسجام خانواده استفاده شد.

[1] Anderson, Smith, Nuñez & Farrell
[2] Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik & Tocilj
[3] Cunha, Relvas & Soares
[4] Morris, Houltberg, Criss & Bosler
[5] Wicks, Szkody & McKinney
[6] Christian, Martel & Levinson
[7] Kneeland, Goodman & Dovidio
[8] Prefit, Cândea & Szentagotai-Tătar
[9] Mikhail & Kring
[10] Smith, Mason, Anderson & Lavender

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

ابزار سنجش

آزمون نگرش‌های خوردن[1] (EAT). این آزمون در سال ۱۹۷۹ توسط گارنر و گارفینکل[2] ساخته شد. این آزمون در سطح وسیعی به‌عنوان یک ابزار خودگزارشی برای سنجش نشانه‌های رفتارهای بیمارگون خوردن ازجمله پرخوری و بی‌اشتهایی به کار می‌رود. هم‌بستگی فرم ۲۶ ماده‌ای این آزمون که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت با فرم ۴۰ ماده‌ای ۰/۹۸ گزارش‌شده است. این پرسش‌نامه دارای سه خرده‌مقیاس رژیم غذایی، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا و مهار دهانی است. برای هر سؤال یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای وجود دارد. نمره‌ی کل این آزمون می‌تواند از ۰ تا ۷۸ متغیر باشد. نمره‌ی کل ۲۰ و بالاتر از آن درگیری فرد با نشانه‌های اختلال خوردن را نشان می‌دهد (گارنر و گارفینکل، ۱۹۷۹). پایایی این آزمون از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برای گروه بالینی و غیر بالینی گزارش شده است. پایایی زمانی این آزمون نیز از طریق روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی مورد ارزیابی قرار گرفت و نشان داده شد که ساختار سه عاملی این مقیاس برازش خوبی با داده‌ها دارد (گارنر، اولمستد، بوهر[3] و گارفینکل، ۱۹۸۲). روستایی و همکاران (۱۳۹۲) میزان پایایی این مقیاس را از طریق شاخص آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ گزارش کردند و روایی محتوایی این مقیاس را نیز مطلوب گزارش کردند. پایایی همسانی درونی این مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس ارزیابی سازگاری و انسجام خانواده[4]- نسخه سوم (FACES). این مقیاس بر اساس مدل مدور ترکیبی سیستم‌های خانواده و زوجین ساخته شده است (السون[5]، ۲۰۱۱). شامل ۴۲ گویه است که انسجام و انعطاف‌پذیری در خانواده را می‌سنجد. هرکدام از مقیاس‌های انسجام و سازگاری که هم جنبه‌های متوازن (انسجام و انعطاف‌پذیری) هم نامتوازن (درهم‌تنیدگی، گسستگی، آشفتگی و خشکی) کارکرد خانواده را می‌سنجند، شامل ۵ سطح هستند. از ترکیب این دو مقیاس ۵ درجه‌ای سه نوع سیستم خانواده (متعادل، مرزی یا در معرض خطر و نامتعادل) و ۲۵ نوع زیرسیستم به دست می‌آید. السون (۲۰۱۱) پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مولفه‌های درهم تنیدگی ۰/۷۷، گسستگی ۰/۸۷، آشفتگی ۰/۸۶، خشکی ۰/۸۲، انسجام ۰/۸۹ و انعطاف‌پذیری ۰/۸۴ گزارش کرده است. هم‌چنین اعتبار مقیاس‌های این آزمون بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۹ گزارش شده است. در مطالعه مظاهری، حبیبی و عاشوری (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ نمره‌ی کل این آزمون برای پدران و مادران و فرزندان به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۵۹ و پایایی آزمون-بازآزمون به همین ترتیب ۶۹٪، ۷۲٪، ۵۹٪ به دست آمد. هم‌چنین بررسی اعتبار همگرا و واگرا از طریق محاسبه‌ی ضریب همبستگی مقیاس تعاملات و رضایت خانوادگی با مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس رضایت‌بخش بوده است. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۶۵ به دست آمد.

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان[6](DERS). این مقیاس توسط گراتز و رامر[7] (۲۰۰۴) تدوین گردید. یک پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای است که شامل شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری درگیری در رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی است. برای هرگویه یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای وجود دارد. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ نمره‌گذاری معکوس دارند. نمرات حاصل شامل یک نمره کل و ۶ نمره اختصاصی برای هر خرده‌مقیاس است. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی است. ضریب همسانی درونی برای مقیاس کلی ۰/۹۳ و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۸است (گراتز و رامر، ۲۰۰۴). در ایران بشارت (۱۳۹۷) پایایی این مقیاس را در یک نمونه بالینی و یک نمونه‌ی غیربالینی بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ نشان داد و پایایی بازآزمایی آن را به ترتیب برابر با ۷۱ /۰ و ۰/۸۷ گزارش نمود. همچنین، روایی واگرا و همگرای مقیاس حاضر را از طریق وجود همبستگی بین این مقیاس با سلامت روان، تنظیم شناختی هیجان و عواطف مثبت و منفی تایید کرد. در پژوهش حاضر میزان پایایی این مقیاس برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

داده‌های پژوهش حاضر پس از توصیف اولیه و بررسی مفروضه‌ها با استفاده از نرم‌افزار اموس ۲۲ و روش مدلسازی معادلات ساختاری مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

[1] Eating Attitudes Test
[2] Garner & Garfinkel
[3] Olmsted, Bohr
[4] Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scale
[5] Olson
[6] Difficulties in Emotion Regulation Scale
[7] Gratz & Roemer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۳۷۴ دختر و ۲۰۰ پسر مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۳ تا ۱۸ سال و میانگین و انحراف استاندارد سنی آن‌ها به ترتیب برابر با ۱۵/۵۶ و ۱/۶۱ سال بود.

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد و همچنین همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همانطور که در جدول یک مشخص است بین کارکرد متوازن خانواده و علائم اختلال خوردن رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار وجود دارد. بین کارکرد نامتوازن خانواده و دشواری تنظیم هیجان با علائم اختلال خوردن نیز رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

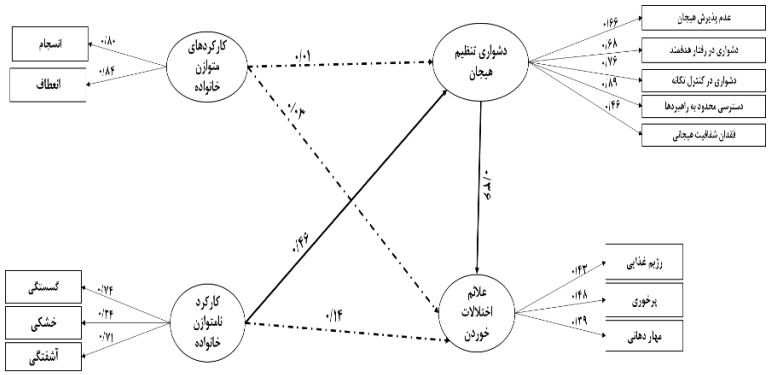
جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- علائم اختلال خوردن	۱۲/۸۱۵	۸/۵۱۲	۱						
۲. رژیم غذایی	۷/۲۵۷	۵/۸۹۸	**۰/۸۴۹	۱					
۳. پرخوری	۱/۶۱۹	۲/۵۸۵	**۰/۵۲۶	**۰/۲۱۱	۱				
۴. مهار دهانی	۴/۲۴۶	۳/۴۹۹	**۰/۶۱۶	**۰/۲۰۵	**۰/۱۶۲	۱			
۵- دشواری تنظیم هیجان	۸۸/۶۹۸	۲۳/۱۷۱	**۰/۲۳۱	**۰/۱۲۱	**۰/۱۸۸	**۰/۱۵۶	۱		
۶- کارکرد متوازن خانواده	۵۲/۶۲۲	۹/۴۷۴	*۰/۱۰۲-	۰/۰۸۱-	**۰/۱۲۰-	۰/۰۲۲	**۰/۳۱۸-	۱	
۷- کارکرد نامتوازن خانواده	۷۳/۵۱۳	۱۰/۹۴۵	**۰/۱۷۱	*۰/۱۰۷	**۰/۱۷۱	**۰/۱۲۱	**۰/۳۳۹	**۰/۲۲۳-	۱

**P<0/01, *P<0/05

پیش از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های نرمال بودن و عدم هم‌خطی بررسی شد. شاخص‌های کجی و کشیدگی برای بررسی مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع چهار متغیر علائم اختلال خوردن (Sk =۱/۳۳۳، Ku=۲/۲۷۴)، دشواری تنظیم هیجان (Sk =۰/۱۷۸، Ku=-۰/۴۷۰)، کارکرد متوازن خانواده (Sk =-۰/۷۳۱، Ku=۰/۵۱۸) و کارکرد نامتوازن خانواده (Sk =۰/۲۸۵، Ku=۰/۳۲۶) مورد بررسی قرار گرفت. چو و بنتلر (۱۹۹۵) نقطه برش ۳ ± را برای مقدار چولگی مناسب می‌دانند. برای شاخص کشیدگی نیز به‌طورکلی مقادیر بیش از ۱۰ ± در مدل‌یابی معادلات ساختاری مسئله‌آفرین است (کلاین، ۲۰۱۱). مقادیر به‌دست‌آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها حاکی از تحقق پیش‌فرض نرمال بودن دارد. برای بررسی مفروضه‌ی عدم هم‌خطی از آماره‌های عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل استفاده شد که با توجه به اینکه هیچ‌یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از ۰/۰۱ و هیچ‌یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نیست، بر این اساس می‌توان نسبت به مفروضه عدم هم‌خطی نیز اطمینان حاصل کرد.

در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌شود.



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش در مدل اصلی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

در شکل ۱ مسیرهای معنی‌دار به‌صورت ممتد و مسیرهای غیرمعنی‌دار به‌صورت خطوط غیرممتد نشان داده شده‌اند. جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل فوق را نشان می‌دهد که حاکی از برازش خوب آن است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل فرضی

GFI	TLI	IFI	CFI	SRMR	RMSEA	Chi-Square/df	Chi-Square
۰/۹۵۸	۰/۹۳۴	۰/۹۵۴	۰/۹۵۴	۰/۰۵۶	۰/۰۵۸	۲/۹۳۵	۱۶۱/۴۱۸

شاخص های برازش مطلق[1] و تطبیقی[2] برای تعیین برازش مدل فرضی استفاده شد. شاخص‌های مطلق چگونگی برازش مدل را بدون مقایسه با مدل خط پایه[3] که در واقع مدل استقلال است تعیین می‌کند. این شاخص‌ها شامل کای اسکوئر، نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی، RMSEA و SRMR است. شاخص‌های تطبیقی یا مقایسه‌ای برازش مدل فرضی را با مدل خط پایه مقایسه می‌کنند که CFI ، IFI و TLI جز این شاخص‌ها هستند.

اگرچه در پژوهش حاضر شاخص کای اسکوئر برای ارزیابی برازش کلی مدل به کار رفت ولی این شاخص به شدت تحت تاثیر اندازه نمونه است و در نمونه‌های بالا عموما برازش خوب مدل را نشان می‌دهد (ریکاو و مارکولیدس[4]، ۲۰۰۶). با توجه به این محدودیت معمولا شاخص نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی نیز گزارش می‌شود که تاثیر مقدار نمونه را در شاخص کای اسکوئر به حداقل می‌رساند. اگرچه توافق جمعی بر سر مقدار قابل قبول بودن این شاخص وجود ندارد ولی مقادیر زیر ۵ معمولاً بیانگر برازش خوب مدل است. RMSEA و SRMR نیز جزو اصلی‌ترین شاخص های برازش مدل هستند. برای برازش مطلوب مدل ارزش RMSEA بایدکوچکتر از ۰/۱ و بهتر است کوچکتر از ۰/۰۸ باشد. همچنین مقدار SRMR بهتر است کوچکتر از ۰/۰۸ باشد (کلاین، ۲۰۱۱). برای شاخص‌های GFI، CFI، TLI و IFI مقادیر بالای ۰/۹ نشان‌دهنده پذیرش مدل و مقادیر بالای ۰/۹۵ نشان از برازش خوب مدل دارد (کلاین، ۲۰۱۱).

در ادامه نتایج جدول ۳ اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و بر اساس آن می‌توان به تائید یا رد اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش در علائم اختلال خوردن پرداخت.

جدول ۳. بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد	T	P
کارکرد متوازن خانواده	علائم اختلال خوردن	۰/۰۰۹	۰/۰۳	۰/۱۴۷	۰/۸۸۳
کارکرد نامتوازن خانواده	علائم اختلال خوردن	۰/۰۴۹	۰/۱۴۴	۰/۶۶۵	۰/۵۰۶
دشواری تنظیم هیجان	علائم اختلال خوردن	۰/۲۳۴	۰/۳۶۴	۳/۸۱۶	۰/۰۰۱
کارکرد متوازن خانواده	دشواری تنظیم هیجان	۰/۰۰۵	۰/۰۱	۰/۰۷۷	۰/۹۳۸
کارکرد نامتوازن خانواده	دشواری تنظیم هیجان	۰/۲۴۲	۰/۴۵۶	۳/۱۲۳	۰/۰۰۲

با توجه به جدول ۳ در مواردی که آماره T خارج از بازه‌ی (۱/۹۶+ و ۱/۹۶-) قرار دارد یا سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. همان‌طور که می‌توان مشاهده کرد مسیر مستقیم متغیر دشواری تنظیم هیجان به متغیر علائم اختلال خوردن معنی‌دار است (β =۰/۳۶۴، T=۳/۸۱۶). همچنین می‌توان دید که مسیر مستقیم متغیر کارکرد نامتوازن خانواده به متغیر دشواری تنظیم هیجان معنی‌دار است (β =۰/۴۵۶، T=۳/۱۳۳). با توجه به جدول ۳ همچنین می‌توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم کارکرد متوازن و کارکرد نامتوازن خانواده به علائم اختلال خوردن معنی‌دار نیست. در نهایت می‌توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم کارکرد متوازن خانواده به دشواری تنظیم هیجان نیز معنی‌دار نیست. برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استراپ با ۵۰۰۰ بار فرایند نمونه‌گیری

[1] Absolute fit indices
[2] Comparative fit indices
[3] baseline model
[4] Raykov & Marcoulides

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

استفاده گردید که نتایج نشان داد اثر غیرمستقیم متغیر کارکرد نامتوازن خانواده بر متغیر علائم اختلال خوردن از طریق دشواری تنظیم هیجان معنی‌دار است (۰/۳۸۳ تا ۰/۰۵۵= $CI_{۹۵}$ ، ۰/۰۰۱=p، ۰/۱۶۶= β).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه‌ی کارکرد متوازن و نامتوازن خانواده با علائم اختلال خوردن نوجوانان انجام گرفت. نتایج نشان داد اثر مستقیم کارکرد متوازن و نامتوازن خانواده بر روی علائم اختلال خوردن معنی‌دار نیست. همچنین مسیر مستقیم کارکرد متوازن خانواده به دشواری تنظیم هیجان نیز معنی‌دار نیست. اما از سوی دیگر مسیر مستقیم متغیر دشواری تنظیم هیجان به متغیر علائم اختلال خوردن معنی‌دار است و مسیر مستقیم متغیر کارکرد نامتوازن خانواده به متغیر دشواری تنظیم هیجان معنی‌دار است. در پژوهش حاضر همچنین نشان داده شد که اثر غیرمستقیم متغیر کارکرد نامتوازن خانواده بر متغیر علائم اختلال خوردن از طریق دشواری تنظیم هیجان معنی‌دار است.

شاید این یافته در نگاه اول کمی تعجب‌برانگیز باشد و در ظاهر مخالف یافته‌های هلتوم و الن (۲۰۱۴) و کاگلر-نازالی و همکاران (۲۰۱۴) باشد؛ ولی این نتایج همسو با یافته‌های کروپلوسکی و همکاران (۲۰۱۹) است که در آنجا نیز نشان داده شد که اثر مستقیم کارکردهای خانواده بر اختلالات خوردن معنی‌دار نیست. علت تفاوت نتایج با یافته‌های هلتوم و الن (۲۰۱۴) و کاگلر-نازالی و همکاران (۲۰۱۴) یکسان نبودن روش پژوهش است، در دو پژوهش ذکر شده صرفا رابطه‌ی کارکردهای گوناگون خانواده با علائم اختلال‌های خوردن مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت فرضیه پژوهشگران نیز تایید شد؛ ولی در پژوهش حاضر علاوه بر اثرات مستقیم، نقش متغیر میانجی متغیر دشواری تنظیم هیجان نیز مورد بررسی قرار گرفت و نشان داده شد که در صورت وجود متغیر میانجی، اثرات مستقیم کارکردهای متوازن و نامتوازن خانواده غیرمعنی‌دار است. همانطور که بیان شد نتایج مشابهی نیز در پژوهش کروپلوسکی و همکاران (۲۰۱۹) مشاهده شد که در آن نیز پس از ورود متغیر میانجی پژوهش (عزت نفس) اثرات مستقیم کارکردهای خانواده بر علائم اختلال‌های خوردن غیرمعنی‌دار شد. بر این اساس می‌توان گفت تمام اثر کارکردهای نامتوازن خانواده از طریق دشواری تنظیم هیجان بر علائم اختلال خوردن منتقل می‌شود. در واقع خانواده‌های دارای کارکرد نامتوازن، بستری مناسب برای شکل‌گیری پریشانی‌های روانشناختی و به طور ویژه راهبردهای ناسازگارانه مقابله و تنظیم هیجان هستند و این موارد خود زمینه‌ساز و علت ایجاد علائم اختلال خوردن می‌شوند (دنیسمور و استورمشیک، ۲۰۰۳).

اسمیت و همکاران (۲۰۱۹) با تاکید بر نقش انعطاف ناپذیری و خشکی خانواده‌های افراد دارای علائم اختلال خوردن نشان دادند که این خانواده‌ها با تکیه کردن بر مقاومت در برابر تغییر و استفاده از سبک‌های ارتباطی مختل موجب افزایش استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه از جمله نشخوار و سرکوب فکر می‌شوند. این پژوهشگران همچنین نشان دادند که با افزایش این راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه، علائم اختلال‌های خوردن از جمله رفتارهای پاکسازی و بالا آوردن، رژیم‌های مکرر و رفتارهای جبرانی نیز تشدید می‌شود. ویک و همکاران (۲۰۰۵) نیز با تاکید بر نقش انسجام خانواده نشان دادند که هر چه خانواده‌ها منسجم‌تر باشند و ارتباط مثبت و سازنده‌تری باشند، میزان تبعیت کورکورانه از نرم‌های جامعه و همنوایی، در اعضای خانواده کاهش می‌یابد و این فرایند موجب افزایش راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه از جمله ارزیابی مجدد می‌شود. در واقع ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان سازگارانه مانع بروز علائم اختلال خوردن می‌شوند که خود این علائم نوعی سبک مقابله‌ی ناسازگار با فشار روانی هستند.

ازآنجاکه نقص در تنظیم هیجان موجب اسیر شدن در چرخه‌های فرایندی ناسازگارانه و معیوب (از جمله نشخوار، ملامت خویش، ملامت دیگران و فاجعه‌سازی) می‌شود، می‌تواند موجب ایجاد و تداوم خلق منفی و درنهایت روی آوردن به رفتارهای خوردن و پاکسازی گردند (پرفیت و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان فهمید که کارکردهای نامتوازن خانواده موجب ایجاد دشواری تنظیم هیجان می‌شود ولی کارکردهای متوازن رابطه‌ی معنی‌داری را با دشواری تنظیم هیجان ندارد، یعنی کارکرد نامتوازن خانواده یک عامل خطر مهم در ایجاد دشواری تنظیم هیجان است ولی نمی‌توان کارکرد متوازن خانواده را به عنوان یک سپر محافظتی مطرح کرد که فرد را در برابر ایجاد دشواری‌های تنظیم هیجان و در نتیجه اختلال‌های خوردن محافظت می‌کند.

در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت که ازجمله‌ی آن استفاده از طرح مقطعی است. طرح مقطعی مانع از فهم عمیق روابط علی میان متغیرها می‌شود و اینکه این روابط در طول زمان چه نقشی بر یکدیگر داشته‌اند تنها با انجام یک طرح طولی قابل بررسی است. همچنین، جهت گرداوری اطلاعات در این مطالعه تنها از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی استفاده شد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

آینده از منابع متعدد گرداوری داده (مانند گزارش‌های مشاهده‌گر، ابزارهای سنجش رفتاری یا مصاحبه) برای ارزیابی استفاده شود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، تنظیم هیجان ناسازگارانه به‌عنوان یک عامل میانجی، اثر کارکرد نامتوازن خانواده بر علائم اختلال خوردن را واسطه-گری می‌کند و موجب تداوم مشکل می‌گردد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاد کرد که برای مداخله در اختلال‌های خوردن به جای تمرکز بر کارکردهای خانواده، می‌توان دشواری‌های تنظیم هیجان را به عنوان آماج درمان انتخاب نمود و از این طریق موجب بهبود علائم اختلال‌های خوردن شد.

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. *گزارش پژوهشی، مجله اندیشه و رفتار، ۱۲ (۴۷)، ۸۹-۹۲.*

روستایی، ر.، حاجی فرجی، م.، دژکام، م.، هوشیار راد، آ.، محرابی، ی.، و ذوقی، ت. (۱۳۹۲). بررسی شیوع اختلالات خوردن و برخی عوامل مرتبط با آن در دختران دانش‌آموز دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۸. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۸(۱)، ۱۳۵-۱۴۴.

مظاهری،م.، حبیبی، م.، عاشوری، ا. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۹ (۴)، ۳۱۴-۳۲۵.

Anderson, L. M., Smith, K. E., Nuñez, M. C., & Farrell, N. R. (2019). Family accommodation in eating disorders: a preliminary examination of correlates with familial burden and cognitive-behavioral treatment outcome. *Eating Disorders*, 1-17.

Bahji, A., Mazhar, M. N., Hudson, C. C., Nadkarni, P., MacNeil, B. A., & Hawken, E. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 273*, 58-66.

Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports, 17*(6), 42.

Caglar-Nazali, H., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., . . . Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews, 42*, 55-92.

Chou, C.-P., & Bentler, P. M. (1995). *Estimates and tests in structural equation modeling.* In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (p. 37–55). Sage Publications, Inc.

Christian, C., Martel, M. M., & Levinson, C. A. (2020). Emotion regulation difficulties, but not negative urgency, are associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorder symptoms in undergraduate students. *Eating Behaviors, 36*, 101344.

Cliffe, C., Dutta, R., Himmerich, H., Shetty, H., Schmidt, U., & Stewart, R. (2019). ۳/۴۹ HOSPITALIZED SUICIDE ATTEMPTS IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*, 210-211.

Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(2), 229-240.

Dinsmore, B. D., & Stormshak, E. A. (2003). Family functioning and eating attitudes and behaviors in at-risk early adolescent girls: The mediating role of intra-personal competencies. *Current Psychology*, *22*(2), 100-116.

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.

Forrest, L. N., Sarfan, L. D., Ortiz, S. N., Brown, T. A., & Smith, A. R. (2019). Bridging eating disorder symptoms and trait anxiety in patients with eating disorders: A network approach. *International Journal of Eating Disorders, 52*(6), 701-711.

Fortesa, K., & Ajete, K. (2014). Family Influence on Disordered Eating Behaviour. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 159*, 314-318.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, *9*(2), 273-279.

Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features. *Psychological medicine, 12*, 871-878.

Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 28*(4), 641-651.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 26, 41-54.

Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2019). Update on Binge Eating Disorder. *Medical Clinics of North America, 103*(4), 669-680.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders, 3*(1), 19.

Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical psychology review, 34*(1), 29-43.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-358.

Kline, R.B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* .3nd Ed. New York: Guilford.

Kneeland, E. T., Goodman, F. R., & Dovidio, J. F. (2020). Emotion Beliefs, Emotion Regulation, and Emotional Experiences in Daily Life. *Behavior Therapy, 51*(5), 728-738.

Kroplewski, Z., Szcześniak, M., Furmańska, J., & Gójska, A. (2019). Assessment of Family Functioning and Eating Disorders – The Mediating Role of Self-Esteem. *Frontiers in Psychology, 10*(921).

Mikhail, M. E., & Kring, A. M. (2019). Emotion regulation strategy use and eating disorder symptoms in daily life. *Eating Behaviors, 34*, 101315.

Morris, A. S., Houltberg, B. J., Criss, M. M., & Bosler, C. D. (2017). Family context and psychopathology: The mediating role of children's emotion regulation *The Wiley handbook of developmental psychopathology*. (pp. 365-389): Wiley Blackwell.

Olson, D. H. (2011). FACES-IV and the circumplex model: Validation study. Journal of Marital & Family Therapy, 3(1), 64-80.

Prefit, A.-B., Cândea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite, 143*, 104438.

Sahlan, R. N., Taravatrooy, F., Quick, V., & Mond, J. M. (2020). Eating-disordered behavior among male and female college students in Iran. *Eating Behaviors, 37*, 101378.

Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., . . . Bulik, C. M. (2017). The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 25*(6), 432-450.

Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L., & Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating Behaviors, 32*, 95-100.

Stice, E., Desjardins, C. D., Shaw, H., & Rohde, P. (2019). Moderators of two dual eating disorder and obesity prevention programs. *Behaviour Research and Therapy, 118*, 77-86.

Stice, E., Johnson, S., & Turgon, R. (2019). Eating Disorder Prevention. *Psychiatric Clinics of North America, 42*(2), 309-318.

Sun, S., He, J., Fan, X., Chen, Y., & Lu, X. (2020). Chinese media coverage of eating disorders: Disorder representations and patient profiles. *International Journal of Eating Disorders, 53*(1), 113-122.

Tetley, A., Golijani-Moghaddam, N., Dawson, D., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors, 15*, 49-59.

Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5–Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry, 84*(5), 345-354.

Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 13*(1), 19-28.

Wicks, S., Szkody, E., & McKinney, C. (2020). *Family Cohesion and Flexibility, Conformity, and Emotion Regulation in Emerging Adults*. Conference: 2020 SPSP Annual Conference. Mississippi State University.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.11.7.0]