رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۱، شماره پیاپی ۱۰۴، بهمن ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(11), 2025

نقش میانجی همجوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی‌اشتهایی عصبی در دختران جوان

The mediating role of cognitive fusion and cognitive dissonance in the relationship between rejection sensitivity and anorexia nervosa in young girls

سهیل ابوسعیدی جیرفتی
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
مجید محمود علیلو (نویسنده مسئول)
استاد گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
فرید نشاط قراملکی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
هومان معاونی
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

Soheil Abousaedi Jirofti
M.A Clinical Psychology Student, Department of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Majid Mahmoud Alilou *
Professor, Department of Psychology, Faculty of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. m-alilou@tabrizu.ac.ir
Farid Neshat Gharamaleki
M.A Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Houman Moaveni
M.A General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی همجوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی‌اشتهایی عصبی در دختران جوان انجام گرفت. طرح این مطالعه توصیفی/ همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه تبریز در سال۱۴۰۳ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن (EDDS) (استیک و همکاران، ۲۰۰۰)، پرسشنامه حساسیت به طرد (RSQ) (داونی و فلدمن، ۱۹۹۶) و پرسشنامه همجوشی شناختی (CFQ) (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. نتایج نشان داد بین حساسیت به طرد و بی‌اشتهایی عصبی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱)، همچنین بین همجوشی شناختی با بی‌اشتهایی عصبی رابطه مثبت و معنی‌داری یافت شد (p<۰/۰۱)، اما بین گسلش شناختی با بی‌اشتهایی عصبی رابطه معنی‌داری وجود نداشت (p>۰/۰۱). اثر غیرمستقیم حساسیت به طرد به واسطه همجوشی شناختی بر بی‌اشتهایی عصبی مثبت و معنادار بود (p<۰/۰۱). اما گسلش شناختی، رابطه حساسیت به طرد و بی‌اشتهایی عصبی را میانجی‌گری نکرد (p>۰/۰۱). متخصصان حوزه سلامت روان با تکیه بر این مدل می‌توانند از مداخلات درمانی مبتنی بر همجوشی شناختی و فاصله‌گیری شناختی در اختلال بی‌اشتهایی عصبی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: *بی‌اشتهایی عصبی، حساسیت به طرد، گسلش شناختی، همجوشی شناختی.*

Abstract

The present study aimed to investigate the mediating role of cognitive fusion and cognitive defusion in the relationship between rejection sensitivity and anorexia nervosa in young girls. The design of this descriptive/correlational study was a path analysis type. the statistical population of the study included all female students of the University of Tabriz in 2024, of whom 307 were selected by convenience sampling. The data collection tools included the Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS) (Stice et al., 2000), Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ) (Downey & Feldman, 1996), and Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) (Gillanders et al., 2014). To analyze the data, the Path analysis method was used. The findings showed that the final research model was a good fit. The results showed that there was a positive and significant relationship between rejection sensitivity and anorexia nervosa (p<0.01), also a positive and significant relationship was found between cognitive fusion and anorexia nervosa (p<0.01), but there was no significant relationship between cognitive defusion and anorexia nervosa (p>0.01). The indirect effect of sensitivity to rejection through cognitive fusion on anorexia nervosa was positive and significant (p<0.01). However, cognitive defusion did not mediate the relationship between sensitivity to rejection and anorexia nervosa (p>0.01). Mental health professionals, with reliance on this model, can use therapeutic interventions based on cognitive fusion and cognitive defusion in anorexia nervosa.

Keywords: *Anorexia Nervosa, Rejection Sensitivity, Cognitive dissonance, Cognitive Fusion.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : دی ۱۴۰۳** | **پذیرش: دی ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مقدمه

اختلالات خوردن[1] با مشغولیت ذهنی نسبت به غذا، وزن، و شکل بدن که منجر به رفتارهای غذایی ناسالم می‌شود، مشخص می‌شوند. اختلالات خوردن شامل: بی‌اشتهایی عصبی[2]، پرخوری عصبی[3]، اختلال پرخوری[4] و سایر اختلالات خوردن[5] است. این دسته از اختلالات از شرایط حاد سلامت روانی هستند که اغلب باعث اختلالات جسمی و روانی قابل‌توجهی می‌شوند و اغلب با یک بیماری روانپزشکی دیگر همراه هستند. درمان این اختلالات بسیار دشوار بوده و در حال حاضر مداخلات با بیشترین پشتیبانی تجربی فقط برای ۵۰ درصد بیماران کاملاً اثربخش بوده‌اند (جکینتونی[6] و همکاران، ۲۰۲۳). همان‌طور که ذکر شد یکی از انواع اختلالات خوردن بی‌اشتهایی عصبی است که مربوط به ناهنجاری در الگوی تغذیه می‌شود. این اختلال با محدودیت شدید غذا، ترس شدید از افزایش وزن، و تصویر بدنی تحریف‌شده مشخص می‌شود. افرادی که دچار بی‌اشتهایی عصبی هستند ممکن است برای جلوگیری از افزایش وزن به ورزش‌های سنگین یا رفتارهای دیگری (مانند پاکسازی یا مصرف دارو) دست بزنند (بوزولا[7] و همکاران، ۲۰۲۴). ملاک‌های راهنمای تشخیصی DSM5 برای بی‌اشتهایی عصبی شامل ۳ ویژگی اصلی است: ۱- محدودیت مصرف انرژی مداوم ۲- ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن یا رفتار مداومی که در افزایش وزن اختلال ایجاد کند۳- اختلال در وزن یا شکل بدن (ارتضایی و همکاران، ۱۳۹۸). شیوع این اختلال در هر دو جنس دیده می‌شود اما برخی از پژوهش‌ها حاکی از درصد شیوع بالاتر آن در زنان نسبت به مردان است. در ایران درصد شیوع این اختلال در زنان ۴٪ و در مردان ۳٪ گزارش‌شده است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان شیوع بی‌اشتهایی عصبی در دختران رایج‌تر از پسران است و این اختلال معمولاً در اواسط دهه دوم زندگی طی یک دوره رژیم غذایی سخت و پس از وقوع یک رویداد استرس‌زا در زندگی آغاز می‌شود و بعدها به‌صورت مزمن ادامه می‌یابد (جوهانسون[8]، ۲۰۲۴). تصویر بدنی تحریف‌شده یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به این اختلال است. نوجوانان و جوانان به خصوص دختران جوان در بیشتر مواقع توجه و نگرانی ویژه‌ای به وزن و شکل ظاهری بدن خود دارند و تحت تأثیر استانداردهای بدنی رسانه‌ها قرار می‌گیرند (برهانی، ۱۴۰۲).

ظاهر جسمانی بخش مهم تصویر بدنی بوده و در فعالیت‌های اجتماعی و برقراری ارتباط تأثیرگذار است (بابایی حیدرآبادی، ۲۰۲۳). همان‌طور که در ملاک سوم این اختلال مطرح شد فرد دل‌مشغولی و نگرانی زیادی در رابطه با ویژگی‌های ظاهری و فیزیکی خود دارد و همین نگرانی در روابط فرد به‌خصوص در روابط صمیمانه تأثیر منفی می‌گذارد و ازآنجایی‌که فرد احساس بی‌کفایتی و شرم شدیدی را تجربه می‌کند اغلب اوقات انتظار طرد شدن از سوی دیگران را تجربه می‌کند. این حساسیت به طرد تعاملات فرد با افراد نزدیک و همچنین فعالیت‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لوپز[9] و همکاران، ۲۰۲۴). حساسیت به طرد با ویژگی‌هایی از قبیل انتظار طرد توأم با اضطراب، شناسایی سریع نشانه‌های طرد و واکنش بیش‌ازحد به طردشدن شناخته می‌شود (گائو[10] و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش‌ها می‌توان استنباط کرد بین تصویر بدنی و حساسیت به طرد رابطه معناداری وجود دارد (سایلان و سوییگت[11]، ۲۰۲۴؛ رابعی و همکاران، ۱۴۰۱). در یک پژوهش که توسط سالاواتی[12] (۲۰۲۳) انجام شد، دریافتند که حساسیت به طرد مستقیماً با نگرانی‌های مربوط به وزن/ شکل بدن و اختلالات خوردن مرتبط است. یافته‌های آن‌ها نشان داد که ارتباط بین حساسیت به طرد و اختلال در غذا خوردن وابسته به تجربیات واقعی استرس بین فردی است. به این ترتیب مداخلاتی که حساسیت به طرد را هدف قرار می‌دهد ممکن است در درمان آسیب‌شناسی بی‌اشتهایی عصبی مفید باشد (سالاواتی، ۲۰۲۳). در مطالعه دیگری که بر روی افراد دچار اختلالات خوردن انجام شد، کاردی[13] و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه دست یافتند که سوگیری توجه نسبت به طرد شدن با اختلالات خوردن مرتبط بود. در نتیجه افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی نسبت به طردشده و اجتناب از پاداش‌های اجتماعی حساسیت بالایی نشان می‌دهند. این مسئله می‌تواند به ایجاد یا تداوم اختلال بی‌اشتهایی عصبی کمک کند. با توجه آنچه گفته شد بین حساسیت به طرد با اختلال

1. Eating disorders
2. Anorexia nervosa
3. Bulimia nervosa
4. Binge eating disorder
5. Other eating disorders
6. Gkintoni
7. Bozzola
8. johonson
9. López
10. Gao
11. Saylan & Soyyigit
12. Salvati
13. Cardi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

بی‌اشتهایی عصبی رابطه معناداری وجود دارد (کیم[1] و همکاران، ۲۰۲۴)، اما آنچه می‌تواند اهمیت داشته باشد بررسی متغیرهای میانجی احتمالی در روابط بین این متغیرهاست. در این پژوهش از همجوشی شناختی و گسلش شناختی به عنوان میانجی استفاده‌شده است، چرا که همجوشی شناختی و گسلش شناختی علاوه بر تأثیرپذیری از حساسیت به طرد (علیمرادی و تائی، ۲۰۲۴)، بر پیامدهای این پژوهش یعنی بی‌اشتهایی عصبی تأثیر می‌گذارند (وولی[2] و همکاران، ۲۰۲۴)، لذا همجوشی شناختی و گسلش شناختی می‌توانند میانجی‌کننده مناسبی برای این پژوهش باشد.

همجوشی شناختی یکی از اجزای اصلی انعطاف‌ناپذیری روانشناختی است و اغلب به عنوان یک هدف مداخله‌ای در طول جلسات روان‌درمانی روی آن کار می‌شود (حکمتی و همکاران، ۲۰۲۱). همجوشی شناختی ریشه در تئوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)[3] دارد و به معنای غوطه‌ور شدن در افکار خود و در نظر گرفتن آن‌ها به‌گونه‌ای است که آن افکار واقعی و عینی به نظر می‌رسند (لیدیا[4]، ۲۰۲۳). این افکار، احساسات و رفتار فرد را کنترل کرده و توجه آن‌ها را بر روی کنش‌های شناختی درونی متمرکز می‌کنند. به‌عبارتی‌دیگر تجربیات خصوصی بر رفتار حاکم می‌شود و از تأثیرگذاری سایر منابع کنترل محرک بر رفتار پیشگیری می‌کند (کاروالهو[5] و همکاران، ۲۰۲۴). با توجه به این سازه شناختی فرد تحریف ادراکی واقعیت را تجربه می‌کند، بدین‌صورت که بین افکار خود غرق‌شده و در نتیجه ادراکات خود را جزئی از تجربه‌های صحیح خود قلمداد می‌کند و در تمایز بین افکار خود و تجربیات زندگی واقعی ناتوان می‌شود (بارا[6] و همکاران، ۲۰۲۱). در همجوشی شناختی افراد از راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد هیجانی و افکار پرخطر استفاده می‌کنند (ژنگ[7] و همکاران، ۲۰۲۴). اما گسلش شناختی به حالتی روان‌شناختی اطلاق می‌شود که در آن فرد با تجربه‌ی ناهماهنگی یا تضاد میان دو یا چند باور، نگرش، یا ارزش خود، یا میان باورها و رفتارهایش مواجه می‌شود. این وضعیت معمولاً منجر به ناراحتی یا استرس ذهنی می‌شود، زیرا افراد تمایل طبیعی به حفظ هماهنگی در سیستم شناختی خود دارند. برای کاهش این تنش، افراد ممکن است باورهای خود را تغییر دهند، رفتارشان را تعدیل کنند، یا اطلاعاتی را که این تضاد را تقویت می‌کند، نادیده بگیرند (تئوفیلیس[8] و همکاران، ۲۰۲۴). پس می‌توان نتیجه گرفت همجوشی شناختی و گسلش شناختی متغیرهایی هستند که می‌توانند در رابطه بین حساسیت به طرد و اختلال بی اشتهایی عصبی نقش داشته باشند. زیرا این متغیرها می‌توانند فرآیندهای روان‌شناختی مهمی را که در شکل‌گیری و تداوم بی‌اشتهایی عصبی نقش دارند، توضیح دهند. در حقیقت این متغیرهای میانجی می‌توانند نشان دهند که تغییر در افکار و سبک‌های شناختی چگونه می‌تواند مسیر این رابطه را تغییر دهد.

در راستای خلاء پژوهشی موجود و اهمیت موضوع موردمطالعه می‌توانیم بگوییم بر اساس پیشینه نظری پژوهش (سالاواتی، ۲۰۲۳)، حساسیت به طرد رابطه معناداری با اختلالات خوردن به‌خصوص بی‌اشتهایی عصبی دارد. اما این رابطه احتمالاً از طریق همجوشی شناختی و گسلش شناختی احتمالا می‌تواند تحت تأثیر قرارگیرد و زمینه لازم را برای فعال شدن مکانیسم حساسیت به طرد فراهم کند. از سوی دیگر پژوهش‌های بسیاری به رابطه بی‌اشتهایی عصبی و حساسیت به طرد پرداخته‌اند (سالاواتی، ۲۰۲۳) اما توجه اندکی به نقش متغیرهای میانجی ازجمله همجوشی شناختی و گسلش شناختی داشته‌اند. لذا نویسندگان مطالعه حاضر ضروری دیدند که رابطه بی‌اشتهایی عصبی با حساسیت به طرد با توجه به نقش واسطه‌ای همجوشی شناختی و گسلش شناختی بررسی شود تا در محیط‌های بالینی، برنامه‌های درمانی و مداخلاتی موثرتری برای درمان این اختلال اتخاذ گردد. بر همین اساس هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی همجوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی‌اشتهایی عصبی در دختران جوان بود.

روش

پژوهش حاضر توصیفی_همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دختر دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بودند. برای تعیین حجم نمونه از نظر کلاین[9] (۲۰۲۳) استفاده شد که حداقل حجم نمونه ۱۲ تا ۲۰ نفر برای هر متغیر بود، اما به

1. Kim
2. Woolley
3. Acceptance and Commitment Therapy
4. Lidiya
5. Carvalho
6. Barrera
7. Zheng
8. Theofilis
9. Kline

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

دلیل جبران افت آزمودنی‌ها به ۳۲۰ نفر افزایش یافت. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها تعداد ۱۳ شرکت‌کننده به دلیل تکمیل پرسشنامه‌های ناقص از تحلیل کنارگذاشته شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داوطلب شرکت در پژوهش، دختر بودن، حداقل سن ۱۸ سال، آگاهی از اهداف پژوهش و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. از جمله معیارهای خروج از پژوهش می‌توان به تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و پاسخ یکسان به سؤالات مختلف اشاره کرد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و به‌صورت جمعی تحلیل خواهند شد و در هر بخش از پژوهش می‌توانستند از ادامه پژوهش انصراف دهند. درنهایت، داده‌های پژوهش به روش تحلیل مسیر و با استفاده از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن[1] (EDDS): در این پژوهش برای سنجش اختلال بی‌اشتهایی عصبی از مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن که توسط استیک[2] و همکاران (۲۰۰۰) ساخته و طراحی شد، استفاده گردید. این ابزار دارای ۲۲ گویه و ۳ زیر مقیاس است که برای آزمودن نشانه‌های اختلال بی‌اشتهایی عصبی، پر اشتهایی عصبی و پرخوری طراحی‌شده است. نمره‌گذاری سؤالات ۳، ۲، ۱ و ۴ به‌صورت لیکرت و ۸ امتیازی بین ۷-۰ است. این سؤالات نگرش فرد را در مورد تصویر بدنی وی می‌سنجد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرش ضعیف‌تر فرد به بدن خود است. سؤال ۵ به‌صورت بله یا خیر پاسخ داده می‌شود. همچنین سؤالات ۱۴ و ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۶ به صوت بله، خیر و نمی‌دانم پاسخ داده می‌شود. این سؤالات میزان فقدان کنترل فرد، زیاده‌روی در غذا خوردن و متعاقب آن، رفتارهای اجتنابی فرد از اجتماع را می‌سنجد. سؤال ۷ تعداد دفعات پرخوری را به‌طور متوسط در هفته در طول شش ماه گذشته بین ۷-۰ روز مورد پرسش قرار می‌دهد. سؤال ۸ تعداد دفعات پرخوری را به‌طور متوسط در هفته در طول سه ماه گذشته بین ۱۴-۰ روز مورد پرسش قرار می‌دهد. سؤالات ۱۷، ۱۶، ۱۵ و ۱۸ میزان رفتارهای جبرانی به‌صورت ایجاد استفراغ عمدی، استفاده از مسهل، حذف وعده‌های غذایی، روزه گرفتن و ورزش شدید را بین ۱۴-۰ بار در طول سه ماه گذشته مورد سؤال قرار می‌دهد. در سؤال ۱۹ وزن برحسب کیلوگرم و در سؤال ۲۰ قد برحسب سانتیمتر مورد پرسش قرار می‌گیرد. سؤال ۲۱ تعداد دفعات از دست دادن دوره‌های قاعدگی را در طول سه ماه گذشته بررسی می‌کند. سؤال ۲۲ نیز مربوط به مصرف یا عدم مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری است که به‌صورت بله یا خیر به این سؤال پاسخ داده می‌شود. سازندگان اصلی (استیک و همکاران، ۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر را ۰/۹۱ گزارش نمودند. این نویسندگان ضریب روایی همگرای این مقیاس با مقیاس اختلالات خوردن[3] را ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران رضایی و همکاران (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ برای پرسشنامه حاضر را ۰/۸۲ گزارش کردند و برای بررسی روایی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که در کل ویژگی نکویی برازش ساختار عاملی مقیاس تشخیص اختلال خوردن، برازش مناسبی نشان داد. روایی ملاکی این مقیاس با مصاحبه بالینی برای برای بی اشتهایی عصبی، پر اشتهایی عصی و پرخوری به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به دست آمد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت به طرد[4] (RSQ): این پرسشنامه توسط داونی و فلدمن[5] (۱۹۹۶) ساخته شد که با ۱۸ گویه دو قسمتی (الف و ب) و بر اساس مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای (۱ اصلاً نگران نیستم برای قسمت الف و احتمال خیلی کمی دارد برای قسمت ب، تا ۶ خیلی نگرانم برای قسمت الف و احتمال زیادی دارد برای قسمت ب) اندازه‌گیری می‌شود. حساسیت به طرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. قسمت اول سؤال در مورد میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن سؤال احساس می‌کند و قسمت ب احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرف مقابل خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. میزان حساسیت به طرد را این‌گونه به دست می‌آید: ابتدا با کم کردن نمرات «انتظار پذیرش» در هر موقعیت (قسمت ب) از عدد ۷، «نمرات انتظار طرد» محاسبه کردند. سپس در هر موقعیت نمره‌ی انتظار طرد را در«درجه اضطراب» ضرب کرده و سپس میانگین نمرات حاصل برای ۱۸ موقعیت محاسبه می‌شود. هرچه نمره فرد بیشتر باشد نشان از حساسیت بیشتر نسبت به طرد است. داونی و فلدمن (۱۹۹۶) میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر را ۰/۸۴ و روایی همگرای این مقیاس با پرسشنامه رضایت از رابطه[6] ۰/۷۳ گزارش کردند. در ایران خوشکام و همکاران (۱۳۹۳) میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر را ۰/۸۰

1. Eating Disorder Diagnostic Scale
2. Stice
3. Eating pathology scale
4. Rejection Sensitivity Questionnaire
5. Downey & Feldman
6. Satisfaction with the relationship

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

گزارش نمودند. همچنین نتایج مربوط به تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی در این پژوهش، نشان داد که این مقیاس از دو عامل «انتظار پاسخ» و «نگرانی از عدم پذیرش درخواست» تشکیل‌شده است که در مجموع ۲۸درصد از واریانس را تبیین می‌کنند (خوشکام و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه همجوشی شناختی[1] (CFQ): پرسشنامه همجوشی شناختی گیلاندرز[2] و همکاران (۲۰۱۴) شامل ۱۲ گویه و دو مؤلفه همجوشی شناختی (۹ گویه) و گسلش شناختی (۳ گویه) می‌باشد و بر اساس طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (۱= هرگز تا ۶= همیشه) به سنجش همجوشی شناختی و گسلش شناختی می‌پردازد. در این مقیاس شرکت‌کنندگان هرچه نمره بالاتری بگیرند میزان همجوشی شناختی و گسلش شناختی در حد بالاتری می‌باشد. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر را ۰/۸۸ گزارش نمودند و همچنین میزان روایی همگرای این مقیاس با پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخوارکننده[3] ۰/۵۴ ذکر کردند. در ایران قوی و همکاران (۱۴۰۲) میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۵ به دست آوردند و روایی همگرای این مقیاس با پرسشنامه اختلال بدریخت انگاری بدن (۰/۶۲) و روایی واگرای این مقیاس را با مقیاس تصویر بدن (۰/۵۹) مناسب گزارش کردند (قوی و همکاران، ۱۴۰۲). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ در این پژوهش برای مقیاس حاضر به دست آمد.

یافته ها

نمونه پژوهش شامل ۳۰۷ شرکت‌کننده بود که ۲۳۱ نفر مدرک لیسانس و ۷۶ نفر مدرک کارشناسی ارشد داشتند. میانگین سنی گروه نمونه ۲۱ سال و انحراف استاندارد آن ۱/۹ بود. جدول ۱ ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

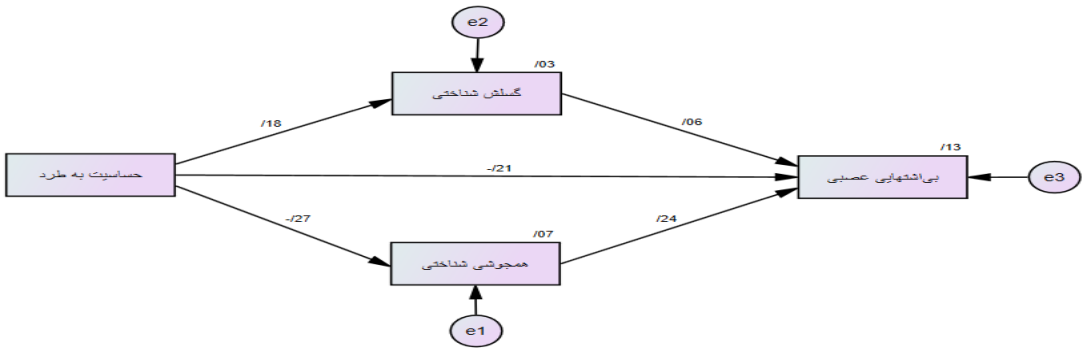
	۱	۲	۳	۴
۱. حساسیت به طرد	۱			
۲. گسلش شناختی	۰/۱۸**	۱		
۳. همجوشی شناختی	-۰/۲۷**	۰/۰۶	۱	
۴. بی‌اشتهایی عصبی	-۰/۲۶**	۰/۰۴	۰/۳۰**	۱
میانگین	۱۷/۴۸	۱۱/۷۸	۲۶/۸۹	۹/۱۳
انحراف استاندارد	۷/۳۰	۲/۶۴	۶/۴۱	۵/۷۶
کجی	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۳۵	۰/۳۵
کشیدگی	-۰/۳۱	-۰/۱۳	۱/۹۱	-۰/۵۵

* P ‹ ۰/۰۵ **P ‹۰/۰۱

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین متغیر پیش‌بین (حساسیت به طرد) و ملاک (بی‌اشتهایی عصبی) در پژوهش حاضر، همبستگی متعارف وجود دارد. در ادامه جهت برازش مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری، از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در این راستا مقادیر چولگی و کشیدگی حاکی از این است که متغیرهای پژوهش حاضر از توزیع نرمال برخوردار هستند چرا که تمام مقادیر در محدوده ۳± قرارگرفته‌اند. عدم هم‌خطی چندگانه متغیرها با استفاده از شاخص‌های VIF و Tolerance (با مقادیر ۱/۱۲، ۱/۰۴ و ۱/۰۹ برای VIF و مقادیر ۰/۸۹، ۰/۹۵ و ۰/۹۱ برای Tolerance) و استقلال منابع خطا (با مقدار ۱/۸۸) با استفاده از آزمون دوربین-واتسون موردبررسی قرارگرفته و تحقق آن‌ها مورد تائید واقع شد. در ادامه مدل پژوهش در تصویر ۱ ارائه شده است. همچنین شاخص‌های برازش این مدل در جدول ۴ ارائه شده است.

1. Cognitive Fusion Questionnaire
2. Gillanders
3. Ruminative response style

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]



شکل ۱: مدل‌اندازه‌گیری شده پژوهش

بررسی ضرایب مسیر در مدل اندازه‌گیری شده پژوهش حاضر حاکی از این است که متغیر حساسیت به طرد به‌عنوان متغیر برون‌زا (مستقل) با متغیرهای گسلش شناختی و هم‌جوشی شناختی بعنوان متغیرهای میانجی رابطه معنی‌دار دارد. همچنین این متغیر با بی‌اشتهایی عصبی به‌عنوان متغیر درون‌زا (وابسته) رابطه معنی‌دار دارد. بعلاوه بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین متغیر میانجی همجوشی شناختی با بی‌اشتهایی عصبی رابطه معنی‌دار، و در مقابل بین متغیر میانجی گسلش شناختی با بی‌اشتهایی عصبی رابطه غیرمعنی‌دار برقرار است.

جدول ۲. برآورد ضرایب اثرات مستقیم متغیرهای برون‌زا در متغیرهای درون‌زا

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب اثر استاندارد	ضرایب اثر غیراستاندارد	مقدار t	سطح معنی‌داری
حساسیت به طرد	همجوشی شناختی	-۰/۲۷	-۰/۲۴	-۴/۴۲	۰/۰۰۱
حساسیت به طرد	گسلش شناختی	۰/۱۸	۰/۰۶	۲/۸۱	۰/۰۰۱
حساسیت به طرد	بی‌اشتهایی عصبی	-۰/۲۱	-۰/۱۷	-۳/۳۷	۰/۰۰۱
همجوشی شناختی	بی‌اشتهایی عصبی	۰/۲۴	۰/۲۱	۳/۸۸	۰/۰۰۱
گسلش شناختی	بی‌اشتهایی عصبی	۰/۰۶	۰/۱۴	۱/۰۶	۰/۲۸

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر مستقیم حساسیت به طرد بر گسلش شناختی مثبت و معنی‌دار و بر همجوشی شناختی و بی‌اشتهایی عصبی منفی و معنی‌دار است. همچنین نتایج حاکی از این است که اثر مستقیم همجوشی شناختی بر بی‌اشتهایی عصبی مثبت و معنی‌دار و اثر مستقیم گسلش شناختی بر بی‌اشتهایی عصبی مثبت و غیرمعنی‌دار می‌باشد. در ادامه جهت بررسی اثرات غیرمستقیم از آزمون بوت‌استراپ به شرح جدول ۳ استفاده شد:

جدول ۳. مقادیر اثرات غیرمستقیم با استفاده از روش بوت‌استراپ

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	حد پایین	حد بالا	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
حساسیت به طرد	همجوشی شناختی	بی‌اشتهایی عصبی	-۰/۱۴۰	-۰/۰۴۰	-۰/۰۸۱	۰/۰۰۰۱
حساسیت به طرد	گسلش شناختی	بی‌اشتهایی عصبی	-۰/۰۱۳	۰/۰۳۴	۰/۰۰۷	۰/۳۵

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که اثرات غیرمستقیم حساسیت به طرد بر بی‌اشتهایی عصبی با میانجی‌گری همجوشی شناختی منفی و معنی‌دار می‌باشد. همچنین نتایج حاکی از آن است که اثرات غیرمستقیم حساسیت به طرد بر بی‌اشتهایی عصبی با میانجی‌گری گسلش شناختی مثبت و غیرمعنی‌دار است. بنابراین تنها همجوشی شناختی قادر است که رابطه بین حساسیت به طرد و بی‌اشتهایی عصبی را میانجی‌گری کند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص	CMIN/DF	DF	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	CFI	IFI
مقادیر مدل	۳/۲۲	۱	۰/۰۷	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۶
بازه قابل‌قبول	< ۵	-	< ۰/۰۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۸۰

مندرجات جدول ۴ حاکی از این است که مدل نظری با مدل اندازه‌گیری شده برازش نسبتاً مطلوب دارد. چرا که مقادیر به‌دست‌آمده از شاخص‌های برازش حاکی از این است که شاخص‌های IFI، CFI، NFI، AGFI، GFI و CMIN/DF همه در بازه قابل‌قبول قرار دارند. بعلاوه بررسی شاخص RMSEA نیز حاکی از این است که مقدار بدست آمده (۰/۰۷) بنا به نظر مارش[1] و همکاران (۲۰۰۴) و هو و بنتلر[2] (۱۹۹۹) مبنی بر اینکه مقادیر ۰/۰۵ الی ۰/۰۸ در بازه تناسبِ قابل قبول قرار دارند؛ در بازه قابل قبول قرار دارد. در نتیجه با در نظر گرفتن برازش مطلوب شاخص‌ها، می‌توان بیان داشت که مدل پژوهش حاضر از برازش نسبتاً مطلوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش میانجی همجوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی‌اشتهایی عصبی در دختران جوان طراحی شد. طبق نتایج به‌دست‌آمده الگوی ساختاری مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. نتایج نشان داد که حساسیت به طرد رابطه مستقیم و معنی‌داری با بی‌اشتهایی عصبی دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات بابایی حیدرآبادی (۱۴۰۲)، سایلان و سوییگت (۲۰۲۴) ناهمسو و با تحقیقات کاردی و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت افراد با حساسیت بالا نسبت به طرد اغلب تلاش می‌کنند رفتارهایی را که ممکن است باعث توجه منفی یا انتقاد از سوی دیگران شود، به حداقل برسانند تا میزان طردشدن را در روابط خود کاهش دهند. در نتیجه، آن‌ها ممکن است به‌جای محدودیت‌های شدید غذایی یا رفتارهای افراطی مرتبط، راهکارهای دیگری برای کاهش اضطراب اجتماعی یا اجتناب از طرد شدن اتخاذ کنند. برای مثال، این افراد ممکن است تمایل بیشتری به حفظ رفتارهای متعادل یا انطباقی در روابط اجتماعی داشته باشند تا توجه منفی جلب نکنند (بابایی حیدرآبادی، ۱۴۰۲). از سوی دیگر، بی‌اشتهایی عصبی اغلب با نیاز به کنترل، کسب تائید یا کاهش اضطراب ناشی از احساس ناکافی بودن یا شرم همراه است. در افراد با حساسیت به طرد بالا، این نیازها ممکن است از طریق مسیرهای جایگزینی مانند اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی پرتنش یا تلاش برای هماهنگی و همرنگی افراطی با انتظارات اجتماعی مدیریت شود. به عبارت دیگر، حساسیت بالای به طرد می‌تواند فرد را از ورود به چرخه رفتارهای مرتبط با اختلال خوردن بازدارد، زیرا چنین رفتارهایی ممکن است باعث جلب توجه و در نتیجه افزایش اضطراب ناشی از طرد شود. این رابطه نشان‌دهنده تأثیر حساسیت به طرد به عنوان یک عامل محافظتی غیرمستقیم در برخی موارد است و اهمیت تنظیم هیجانات و راهبردهای مقابله‌ای در پیشگیری یا مدیریت اختلالات خوردن را برجسته می‌کند (کاردی و همکاران، ۲۰۱۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که حساسیت به طرد رابطه مستقیم و معنی‌داری با همجوشی شناختی دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات علیمرادی و تائی (۲۰۲۴) ناهمسو و با تحقیقات مینیهان[3] و همکاران (۲۰۲۳) و کلیج[4] و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت حساسیت به طرد به عنوان یک ویژگی روان‌شناختی، تمایل فرد به انتظارات اضطرابی، درک بیش‌ازحد، و واکنش شدید به طرد را نشان می‌دهد. از سوی دیگر، همجوشی شناختی وضعیتی است که در آن افراد افکار و باورهای خود را به‌عنوان واقعیت غیرقابل تغییر تلقی می‌کنند و بر اساس این افکار عمل می‌کنند، حتی اگر این افکار ناکارآمد باشند. گاهی حساسیت بالای به طرد می‌تواند موجب کاهش تمایل افراد به همجوشی شناختی شود. پژوهش‌ها (کلیج و همکاران، ۲۰۲۴) نشان داده‌اند که افراد حساس به طرد، به دلیل آگاهی زیاد از نشانه‌های اجتماعی و ترس از عدم پذیرش، ممکن است تمایل کمتری به پذیرش افکار غیرمنعطف داشته باشند. در عوض، این افراد معمولاً افکار خود را در جهت مدیریت اضطراب و کاهش طرد، بازسازی می‌کنند. به‌عنوان مثال، تحقیقات اخیر (مینیهان و همکاران، ۲۰۲۳) نشان داده‌اند که استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی و فاصله‌گیری شناختی، به این افراد کمک می‌کند افکار خود را مشاهده کنند بدون اینکه به آن‌ها چسبندگی پیدا کنند، و این مکانیسم می‌تواند حساسیت به طرد و همجوشی شناختی را کاهش دهد

1. Marsh
2. Hu & Bentler
3. Minihan
4. Kellij

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

و بدنبال این مکانیسم افراد حساس به طرد، استرس و اضطراب خود را در روابط کاهش می‌دهند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که حساسیت به طرد می‌تواند زمینه‌ساز سازوکارهای انطباقی شود، مشروط بر اینکه این افراد افکارشان را کمتر به‌عنوان واقعیت‌های مطلق تلقی کنند. این مسئله به آن‌ها اجازه می‌دهد به‌جای واکنش مستقیم به افکار منفی، آن‌ها را از دیدگاه منطقی‌تر و انعطاف‌پذیرتری بررسی کنند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که همجوشی شناختی رابطه مستقیم و معنی‌داری با بی‌اشتهایی عصبی دارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات وولی و همکاران (۲۰۲۴) و اولیویرا[1] و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این نتیجه گفته می‌شود همجوشی شناختی به حالتی گفته می‌شود که فرد افکار و باورهای خود را به‌عنوان حقیقت مطلق در نظر گرفته و توانایی فاصله‌گیری از آن‌ها را از دست می‌دهد. در بی‌اشتهایی عصبی، این وضعیت موجب می‌شود افکار تحریف‌شده و منفی درباره وزن، ظاهر و ارزش فردی، مانند «من چاقم» یا «فقط وقتی لاغر باشم ارزشمندم»، به‌عنوان واقعیت قطعی پذیرفته شوند. همجوشی شناختی با ایجاد ناتوانی در انعطاف‌پذیری شناختی، مانع از بازنگری منطقی در این باورها شده و فرد را در یک چرخه معیوب از افکار منفی و رفتارهای ناسالم گرفتار می‌کند (وولی و همکاران، ۲۰۲۴). این وضعیت به تقویت رفتارهای اجباری مانند محدودیت غذایی شدید، ورزش مفرط و کنترل وسواس‌گونه وزن منجر می‌شود که در راستای کاهش موقتی اضطراب ناشی از این افکار عمل می‌کنند. همجوشی شناختی همچنین ارتباط نزدیکی با کمال‌گرایی دارد که در بی‌اشتهایی عصبی بسیار شایع است و منجر به تلاش مداوم برای دستیابی به استانداردهای غیرواقع‌بینانه لاغری می‌شود (اولیویرا و همکاران، ۲۰۲۴).

علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش نشان داد که همجوشی شناختی در رابطه بین حساسیت به طرد با بی‌اشتهایی عصبی نقش میانجی دارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات وولی و همکاران (۲۰۲۴)، کلیج و همکاران (۲۰۲۴) و مینیهان و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان استدلال کرد حساسیت به طرد، که به ترس عمیق از عدم پذیرش و ارزیابی منفی توسط دیگران اشاره دارد، می‌تواند منجر به شکل‌گیری افکار تحریف‌شده‌ای درباره ارزش فردی و پذیرش اجتماعی شود، مانند «اگر چاق باشم، دیگران مرا نمی‌پذیرند». در این شرایط، همجوشی شناختی موجب می‌شود که این افکار به‌عنوان حقیقتی قطعی پذیرفته شوند و فرد نتواند بین افکار خود و واقعیت فاصله ایجاد کند. در نتیجه، فرد برای جلوگیری از طرد شدن و دستیابی به احساس ارزشمندی در روابط بین فردی، رفتارهای ناسالمی مانند محدودیت غذایی شدید، ورزش‌های سنگین، کنترل وسواس‌گونه وزن و تلاش برای لاغری مفرط را به کار می‌گیرد، تا به اندام ایده‌آل و استانداردهای اجتماعی نزدیک شوند و در نتیجه احتمال طردشده را کاهش دهند. بنابراین، همجوشی شناختی این باورهای منفی ناشی از حساسیت به طرد را تثبیت و تشدید کرده و مسیر بروز علائم بی‌اشتهایی عصبی را هموار می‌کند (کاردی و همکاران، ۲۰۱۳). لذا منطقی است گفته شود که همجوشی شناختی در رابطه بین حساسیت به طرد با بی‌اشتهایی عصبی نقش میانجی دارد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که گسلش شناختی در رابطه بین حساسیت به طرد با بی‌اشتهایی عصبی نقش میانجی ندارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات ابراهیمی و موسویان خطیر (۱۴۰۱) و صادق زاده و همکاران (۱۴۰۱) کلیج و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان استدلال کرد گسلش شناختی یک مهارت شناختی است که به فرد اجازه می‌دهد از افکار منفی فاصله بگیرد و آن‌ها را کمتر واقعی یا تأثیرگذار بداند. از سوی دیگر گسلش شناختی در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر است، اما در مورد بی‌اشتهایی عصبی که ریشه‌های عمیق هیجانی و بدنی دارد، این مهارت به تنهایی قادر به تعدیل اثرات حساسیت به طرد نیست. افراد حساس به طرد بیشتر از طریق شرم بدنی، کمال‌گرایی و خودانتقادی به سمت بی‌اشتهایی عصبی سوق پیدا می‌کنند که این مسیرها کمتر به جدا شدن از افکار مرتبط‌اند و بیشتر تحت تأثیر هیجانات و تصویر بدنی قرار دارند. در نتیجه مسیر علّی بین حساسیت به طرد و بی‌اشتهایی عصبی بیشتر از اینکه از طریق فرآیندهای گسلش شناختی عمل کند، از طریق عوامل هیجانی و بدنی عمل می‌کند (صادق زاده و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین، منطقی است گفته شود که گسلش شناختی در رابطه بین حساسیت به طرد با بی‌اشتهایی عصبی نمی‌تواند نقش میانجی داشته باشد.

این پژوهش، مانند بسیاری از مطالعات دیگر، با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست، داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های خودگزارشی و در نمونه‌ای که به‌صورت خودانتخابی گردآوری‌شده بود به دست آمد. این روش می‌تواند با سوگیری‌های خاصی همراه باشد و دامنه نتایج را محدود کند. برای رفع این محدودیت، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده از ابزارهای دقیق‌تر مانند روش‌های کیفی یا ترکیبی و در نمونه‌های بزرگ‌تر و نماینده‌تر استفاده کنند. در نهایت، با توجه به نقش معنادار میانجی‌گری همجوشی شناختی، پیشنهاد می‌شود از مداخلات درمانی متمرکز بر همجوشی شناختی و فاصله‌گیری شناختی در اختلال بی‌اشتهایی عصبی استفاده شود.

1. Oliveira

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

منابع

ارتضایی، ب.، غفاری، ش.، اسماعیلی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری بی اشتهایی عصبی، *رویش روان شناسی*. ۸ (۶) :۲۱۷-۲۲۴. http://frooyesh.ir/article-۱۱۵۰-۱-fa.html

برهانی، پ.، خالقی پور، ش.، عریضی، ح. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی زنان مبتلا به اختلال پرخوری با ادراک طرد والدین. *سلامت جامعه*، *۱۲*(۲)، ۱۳-۲۶. https://doi: 10.22123/chj.2023.327324.1858

خوشکام، س.، بهرامی، ف.، رحمت الهی، ف.، و نجارپوریان، س. (۱۳۹۳). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه حساسیت به طرد در دانشجویان. *پژوهش‌های روان شناختی*، *۱۲*(۱ (پیاپی ۳۳))، ۲۴-۴۴. https://doi: 10.52547/rbs.16.3.241

ابراهیمی، س.، موسویان خطیر، ا. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد و عزت‌نفس در رابطه ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانی نوجوانان. فصلنامه *پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۱-۱۱. https://doi: 10.22034/jmpr.2023.15340

صادق زاده، م.، عسکری، ز.، خرمایی، ف. (۱۴۰۱). رابطه خودانتقادی و حساسیت به طرد با آشفتگی روان‌شناختی دانشجویان دختر: نقش واسطه‌ای خودخاموشی. *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*، ۲۰(۲)، ۱۲۷-۱۵۵. https://doi: 10.22051/jwsps.2022.36452.2450

رابعی، م.، مشایخ، م.، حاتمی، م.، زم، ف.، شعبانی، س. (۱۴۰۲). اثر بخشی طرحواره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست در زنان متقاضی جراحی زیبایی. *رویش روان شناسی*. *۱۲* (۵) :۱۱۹-۱۲۸. http://frooyesh.ir/article-۱-۴۴۵۸-fa.html

رضایی، م.، افلاک سیر، ع.، غیور، م. (۱۳۹۴) شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانشجویان دختر دانشگاه شیراز. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*. *۱۰* (۳) :۳۶-۴۲. http://ijnr.ir/article-1-1561-fa.html

قوی، ز.، طاولی، آ.، زهرائی، ش. (۱۴۰۲). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی همجوشی شناختی-تصویر بدنی (CFQ-BI). *خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۵)، ۴۲۳-۴۳۷. https://doi: 10.22034/aftj.2023.379073.1886

Alimoradi, B., & Talaei, A. (2024). The Efficacy of Group Cognitive Behavioral Therapy versus Group Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Panic Disorder of Multiple Sclerosis Patients: Considering Revised Sensitivity Theory of Brain-Behavioral System. *International Journal of Body, Mind & Culture*, *11*(4), 2345-5802 .https://doi.org/10.22122/ijbmc.v11i4.595

Barrera-Caballero, S., Romero-Moreno, R., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Olmos, R., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., ... & Losada-Baltar, A. (2021). Stress, cognitive fusion and comorbid depressive and anxiety symptomatology in dementia caregivers. *Psychology and Aging*, *36*(5), 667. https://doi.org/10.1037/pag0000624

Bozzola, E., Barni, S., Marchili, M. R., Hellmann, R., Giudice, E. D., De Luca, G., ... & Italian Pediatric Society Adolescent Study Group. (2024). Anorexia nervosa in children and adolescents: an early detection of risk factors. *Italian Journal of Pediatrics*, *50*(1), 221. https://doi.org/10.1186/s13052-024-01796-6

Cardi, V., Matteo, R. D., Corfield, F., & Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *14*(8), 622-633. https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665479

Carvalho, T., Gomes, C., Rodrigues, A., & da Motta, C. (2023). Neuropathic pain, cognitive fusion, and alexithymia in patients with multiple sclerosis: Cross-sectional evidence for an explanatory model of anxiety symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, *79*(5), 1342-1356. https://doi.org/10.1002/jclp.23483

Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*, *70*(6), 1327. https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1327

Gao, S., Assink, M., Bi, C., & Chan, K. L. (2024). Child maltreatment as a risk factor for rejection sensitivity: a three-level meta-analytic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 680-690. https://doi.org/10.1177/15248380231162979

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behavior therapy, 45(1), 83-101. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001

Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Vassilopoulos, S. P., & Mousi, M. (2024). Clinical intervention strategies and family dynamics in adolescent eating disorders: A scoping review for enhancing early detection and outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(14), 4084. https://doi.org/10.3390/jcm13144084

Hekmati, I., Abdollahpour Ranjbar, H., Eskin, M., Drake, C. E., & Jobson, L. (2021). The moderating role of experiential avoidance on the relationship between cognitive fusion and psychological distress among Iranian students. *Current Psychology*, 1-8. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01539-4

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis:Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*,*6*(1), 1–55. https://doi.org/10,1080/10705519909540118

Johnson-Munguia, S., Negi, S., Chen, Y., Thomeczek, M. L., & Forbush, K. T. (2024). Eating disorder psychopathology, psychiatric impairment, and symptom frequency of atypical anorexia nervosa versus anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *57*(4), 761-779. https://doi.org/10.1002/eat.23989

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

Kellij, S., Lodder, G. M., Giletta, M., Zimmer-Gembeck, M. J., Güroğlu, B., & Veenstra, R. (2024). Are there negative cycles of peer victimization and rejection sensitivity? Testing ri-CLPMs in two longitudinal samples of young adolescents. *Development and Psychopathology, 36*(2), 844-856. https://doi.org/10.1007/s10802-024-01227-4

Kim, Y. R., Lee, S., & Cho, Y. S. (2024). Implication of Social Rejection in Cognitive Bias Modification Interpretation Training in Adolescents With Eating Disorders. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(2), 101. https://doi.org/10.5765/jkacap.230066

Kline, R. B. (2023). Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications. https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt

López Jr, R., Esposito-Smythers, C., Defayette, A. B., Harris, K. M., Seibel, L., & Whitmyre, E. D. (2024). Relations between discrimination, rejection sensitivity, negative affect, and decrements in problem-solving ability following social rejection: An experimental investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 54*(2), 233-249. https://doi.org/10.1111/sltb.13036

Marsh, H. W., Hau, K.-T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 11*(3), 320–341. https://doi.org/10,1207/s15328007sem11032

Minihan, S., Kwok, C., & Schweizer, S. (2023). Social rejection sensitivity and its role in adolescent emotional disorder symptomatology. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 17*(1), 8. https://doi.org/10.1186/s13034-022-00555-x

Oliveira, M. F., Coimbra, M., & Ferreira, C. (2024). How does the experience of shame impact body dysmorphic symptomatology? Exploring the role of mindfulness and body image-related cognitive fusion. *Current Psychology, 43*(15), 13454-13464. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05385-4

Salvati, T., Catone, G., De Biasio, V., Gritti, A., Salerno, F., Russo, K., ... & Colombo, F. (2023). The perception of maternal and paternal rejection in anorexic patients. *Journal of Psychosocial Systems, 7*(2), 17-25. https://doi.org/10.23823/jps.v7i2.122

Saylan, E., & Soyyiğit, V. (2024). Body image among adolescents: what is its relationship with rejection sensitivity and self-efficacy?. *Clinical child psychology and psychiatry, 29*(2), 479-492. https://doi.org/10.1177/13591045231188411

Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment, 12*(2), 123. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.12.3.252

Theofilis, P., Doumani, G., Tsatsani, G. C., Volis, N., Kampourelli, A., Thimis, V., ... & Kalaitzidis, R. (2024). The Role of Hypertension in Cognitive Dysfunction. *Journal of clinical medicine, 13*(19), 5979. https://doi.org/10.3390/jcm13195979

Wagner M. E. W. (2011). Self-objectification among overweight and obese women: An application of structural equation modeling. Bowling Green State University. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=bgsu1320698865

Woolley, M. G., Schwartz, S. E., Knudsen, F. M., Lensegrav-Benson, T., Quakenbush-Roberts, B., & Twohig, M. P. (2024). Thought-shape fusion in residential eating disorder treatment: Cognitive defusion as a mediator between thought-action fusion and treatment outcome. *Eating Behaviors, 54*, 101909. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101909

Zheng, T., Bi, K., Tang, Y., Zeng, Y., Wang, J., & Yan, L. (2024). Cognitive fusion-targeted biopsy versus transrectal ultrasonography-guided systematic biopsy: Comparison and analysis of the risk of Gleason score upgrading. *International Urology and Nephrology, 56*(3), 981-988. https://doi.org/10.1007/s11255-023-03848-y

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]