

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شمارهٔ چهل و دو - زمستان ۱۳۸۸

صص ۱۴۸ - ۱۲۴

بررسی رابطه خوردن‌های آشفته با رفتارهای واری بدن در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان

بهناز سروره عظیم‌زاده^۱ - دکتر اصغر رضویه^۲ - دکتر محمدرضا محوری^۳

چکیده

اختلال‌های خوردن، از اختلال‌های شایع در روانپزشکی، هستند که بر روی یک پیوستار قرار دارند و در ابتدای آن خوردن‌های سالم، در اواسط آن خوردن‌های آشفته و در انتهای آن بی‌اشتهایی و پراشتهایی است. اهداف پژوهش: الف) بررسی رابطه خوردن‌های آشفته و رفتارهای واری بدن ب) بررسی تفاوت مردان و زنان در رفتارهای واری بدن و خوردن‌های آشفته. از آن‌جا که عوامل موثر بر اختلال‌های خوردن، نقش مهمی در اجرای برنامه‌های پیشگیری بر عهده دارد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. روش: ۱۴۰ نفر از دانشجویان زن و مرد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان

behnazseb@yahoo.com

۲. دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه شیراز

۳. استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز

انتخاب شدند. ابزارها شامل پرسشنامه واری بدن BCQ و پرسشنامه نگرش های خوردن EAT-26 بودند. برای تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات از ضریب همبستگی، رگرسیون گام به گام و آزمون t مستقل در گروهها استفاده شد. یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده در کل نمونه ($P \leq 0/0001$) و نیز در زنان ($P \leq 0/0001$) خوردن های آشفته با رفتارهای واری بدن بیشتر همراه بود. هم چنین در کل نمونه ($P \leq 0/0001$) و در زنان ($P \leq 0/0001$) و در مردان ($P \leq 0/02$)، افزایش در نشانه های رژیم لاغری با رفتارهای واری بدن بیشتر مشاهده شد. و به طور کلی در زنان نسبت به مردان رفتارهای واری بدن بیشتر ($P \leq 0/02$) و در مردان نسبت به زنان رفتارهای پرخوری بیشتری ($P \leq 0/03$) مشاهده شد.

کلید واژگان: اختلال های خوردن، پرسشنامه واری بدن، خوردن های آشفته، پرسشنامه نگرش های خوردن، اعتبار و پایایی

مقدمه

بر طبق "راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی" (DSM-IV-TR)¹ اختلال های خوردن از طریق آشفتگی های شدید در رفتارهای خوردن و آشفتگی در درک شکل و وزن بدن مشخص می شوند، این اختلال ها بیشتر در سنین نوجوانی و اوایل جوانی روی می دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). این اختلال ها مشتمل بر سه بخش، "بی اشتهایی عصبی" (AN)^۲، "پراشتهایی عصبی" (BN)^۳ و "اختلال های خوردن به شکلی تصریح نشده"^۴ (EDNOS) می باشند. بر اساس DSM-IV-TR اختلال های خوردن تصریح نشده، شامل مواردی از اختلال های خوردن هستند که از نظر بالینی مهم هستند، اما تمامی معیارهای تشخیصی بی اشتهایی روانی یا پراشتهایی

-
1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition -text
 - 2- Anorexia nervosa (AN)
 - 3- Bulimia nervosa (BN)
 - 4- Eating Disorder Not otherwise Specified (EDNOS)

عصبی را ندارند. این اصطلاح زمانی به کار برده می‌شود که فرد فاقد یکی از معیارهای تشخیصی، یا فاقد معیارهای لازم برای مدت نشانه‌ها، یا فاقد تعداد کافی نشانه‌ها باشد.

شواهد تجربی یک پیوستار آسیب‌شناسی اختلال‌های خوردن را نشان می‌دهند. اصطلاح خوردن آشفته^۱ برای افرادی استفاده می‌شود که در میانه پیوستار قرار دارند. این افراد نوع خاصی از رفتارهای خوردن نامنظم و آشفته دارند که دلالت بر اختلال خوردن خاص مانند بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی ندارد. افرادی که این نوع از الگوهای خوردن آشفته را دارند در گروه اختلال‌های خوردن تصریح نشده قرار می‌گیرند و در برخی موارد علائمی از هر دو نوع اختلال خوردن را نشان داده و پیش‌زمینه‌ای برای ابتلا به اختلال خوردن بالینی خواهند داشت (سایت مرکز اطلاعات ملی اختلال‌های خوردن (NEDIC)^۲.

از جمله عواملی که در رشد و نگهداری اختلال‌های خوردن موثر شناخته شده‌اند، اختلال در تصویر بدن است. اختلال در تصویر بدن همبستگی بالایی با آشفتگی‌های خوردن دارد (آتی، بروکزگان، ۱۹۸۹؛ لئون، و همکاران، ۱۹۹۳؛ استریگل مور، و همکاران، ۱۹۸۹؛ تامپسون و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین تصویر بدنی آشفته و اختلال در تصویر بدن، باعث بازگشت نشانه‌های اختلال‌های خوردن در افرادی که بهبودی یافته‌اند می‌شود (کیل و همکاران ۲۰۰۵).

تصویر بدن سازه‌ای چند بعدی است که نمایانگر فکر، احساس و رفتار فرد با توجه به ویژگی‌های جسمی می‌باشد (موت، کش، ۱۹۹۷). تحقیقات انجام شده توسط فورنهام و همکاران در سال ۲۰۰۲ و ویتوسک و همکاران در سال ۱۹۹۰، نشان دادند که نارضایتی از تصویر بدن با اختلال‌های خوردن

1-Disordered eating

2-National Eating Disorder Information Centre(NEDIC)

همراه است. این نتایج توسط مطالعه دیگری که به بررسی ارتباط بین تصویر بدن تحریف شده و نشانه‌های اختلال‌های خوردن پرداخته است، تأیید شده است (فوریت و میخائیل ۱۹۹۷). ریس و همکاران در سال ۲۰۰۲ با استفاده از مطالعه شیلدر (۱۹۳۵) و تامپسون و ری (۱۹۹۵) تصویر بدن را چنین تعریف می‌کنند: "منظور از تصویر بدن، شکلی از بدن است که در ذهن فرد ایجاد می‌شود، اختلال در این تصویر می‌تواند به عنوان شکلی از اختلال عاطفی / شناختی - ادراکی یا رفتاری نمود پیدا کند".

تصویر بدن پدیده‌ای چند بعدی است شامل: ۱- "مؤلفه ادراکی"^۱ که به ادراک دقیق اندازه بدن اشاره دارد ۲- "مؤلفه ذهنی"^۲ که به جنبه‌هایی نظیر رضایت، توجه و نگرانی ارزیابی شناختی و اضطراب مربوط می‌شود ۳- "مؤلفه رفتاری"^۳ که شامل اجتناب از موقعیت‌هایی است که سبب می‌شوند تا فرد ظاهر فیزیکی را بصورت عاملی که مایه شرمندگی است تجربه کند (تامپسون و ری، ۱۹۹۵؛ ویلیامسون، ۱۹۹۰). بیشتر مطالعات انجام شده روی سازه تصویر بدن روی دو مؤلفه ادراکی و ذهنی متمرکز شده‌اند در حالی که مطالعات کمی بر روی مؤلفه رفتاری تصویر بدن صورت گرفته است. یکی از مؤلفه‌های رفتاری تصویر بدن، رفتارهای واریسی بدن است. رفتارهای واریسی شبیه اعمال وسواسی بوده که در آن‌ها فرد از طریق اشتغال ذهنی با شکل و اندازه بدن از پرداختن به ریشه اصلی پریشانی خود امتناع می‌کند. (روزن، ۱۹۹۷).

رفتارهای واریسی بدن شامل اندازه‌گیری مکرر وزن بدن، فراوانی بررسی تغییرات بدن در آینه، استفاده از لباسهای خاص برای اندازه‌گیری اندازه بدن، "فشردن"^۴ قسمت‌های مختلف بدن برای بررسی چاقی آن قسمت از

-
- 1- perceptual component
 - 2- Subjective component
 - 3- Behavioral component
 - 4- pinching

بدن و مقایسه وزن و شکل بدن با دیگران می‌باشد (فربرن و همکاران، ۲۰۰۳؛ ریس و همکاران، ۲۰۰۲). فربرن در سال ۱۹۹۷، دریافت که در بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن، رفتارهای واریسی بدن، توجه بیش از حد به بدن و احساس نگرانی وابسته به تصویر بدنی منفی، نارضایتی از بدن را تقویت می‌کنند. فربرن و همکاران در سال ۱۹۹۹ بر نقش واریسی بدن در افزایش بی‌اشتهایی تأکید کردند.

رفتارهای واریسی بدن برای بررسی تغییرات وزن بدن و شکل بدن به کار می‌روند اما به دنبال آن افزایش ادراک از نقایص بدن ایجاد می‌شود که باعث افزایش کنترل وزن شده، و در نهایت منجر به شکل‌گیری عقاید منفی درباره تصویر بدن و ایجاد تصویر بدنی با شکلی غیر طبیعی می‌شود. شواهد نشان دهنده این نکته می‌باشند که تصویر بدن یکی از اجزاء مهم آسیب‌شناسی اختلال‌های خوردن می‌باشد (والر و همکاران، ۲۰۰۸).

عامل کلیدی و مهم در نگهداری یک تصویر بدنی ضعیف، رفتارهای واریسی بدن می‌باشند که باعث تمرکز فرد روی تصویر بدنی منفی و خودادراکی منفی می‌شوند (فربرن و همکاران، ۲۰۰۳؛ مانتفورد و همکاران، ۲۰۰۶؛ ریس و همکاران، ۲۰۰۲). رفتارهای واریسی بدن در ظاهر رفتارهایی بی‌خطر بوده و در کوتاه مدت باعث کاهش اضطراب می‌شوند اما در بلند مدت تقویت شده و شخص به این رفتارها برای کسب اطمینان مجدد درباره وزن و شکل بدن وابسته می‌شود (فربرن و همکاران، ۱۹۹۹؛ مانتفورد و همکاران، ۲۰۰۶).

مانتفورد و همکاران در سال ۲۰۰۶، پیشنهاد کردند که رفتارهای واریسی بدن در واقع شروع تحریفات شناختی هستند که باعث نگهداری و حفظ اختلال‌های خوردن در بیماران مبتلا می‌شود. همان‌طور که در افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن اشتغال ذهنی با خوردن و غذا باعث تشدید نگرانی درباره اندازه و شکل بدن می‌شود، رفتارهای واریسی بدن نیز می‌توانند

این نگرانی‌ها را تشدید کرده و به ایجاد تصویر بدنی منفی و تقویت الگوهای رفتاری اختلال منجر شوند (ویلیامسون و همکاران، ۲۰۰۴). شافران و همکاران در سال ۲۰۰۷ به دنبال مطالعه‌ای دریافتند که فراوانی رفتارهای واریسی بدن منجر به نارضایتی از بدن، احساس چاقی بیشتر و افزایش افکار خود انتقادی می‌شود. این یافته‌ها از نظریه ارتباط بین رفتارهای واریسی بدن و بیش نگرانی از شکل بدن حمایت کرده و یافته‌های گذشته مبنی بر دخالت رفتارهای واریسی بدن در نگهداری و حفظ نگرانی درباره شکل بدن را نیز تأیید می‌کنند. رفتارهای واریسی بدن در وهله اول رفتارهای کنترل بدن و واریسی بدن برای بررسی تغییرات ایجاد شده در بدن و بررسی اندام می‌باشد، اما افزایش ادراک فرد از نقایص بدن خود باعث افزایش کنترل وزن شده که در نهایت پیامد آن‌ها توجه بیشتر به کنترل وزن بدن و تثبیت عقاید منفی درباره بدن و ایجاد تصویر بدنی منفی می‌باشد (فربرن و همکاران ۱۹۹۹).

فربرن و همکاران در سال ۲۰۰۳ پیشنهاد کردند که با کنترل رفتارهای واریسی بدن، می‌توان نارضایتی از بدن، احساس چاقی و افکار خود انتقادی را کاهش داد و به دیگر عوامل مداخله‌کننده در اختلال‌های خوردن و زمینه‌ساز ایجاد نگرانی درباره شکل و وزن بدن پرداخت. از آنجایی که رفتارهای واریسی بدن در نگهداری تصویر بدنی منفی و همچنین در پیشرفت اختلال‌های خوردن و نگهداری آن‌ها نقش دارند، ارزیابی این گونه رفتارها در برنامه‌های درمانی برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن مؤثر خواهد بود (گارنر و گرفینکل، ۱۹۷۹). بررسی این موارد و پرداختن به خوردن‌های آشفته و بازشناسی افرادی که مشکلات خوردن داشته، این امکان را فراهم می‌کند که قبل از این که این رفتارها مزمن شده و منجر به ایجاد اختلال‌های خوردن بالینی شوند، این افراد شناسایی شوند و آنگاه با استفاده از شیوه‌های متعدد سعی در اصلاح این رفتارها در این افراد و جلوگیری از پیشرفت این اختلال‌ها شود. تاکنون، مطالعات متعددی در رابطه با اختلال‌های خوردن در ایران

انجام شده، اما در مورد رابطه خوردن‌های آشفته و رفتارهای واریسی بدن در ایران تاکنون پژوهشی انجام نشده، از این رو پژوهش حاضر به بررسی این رفتارها و ارتباط آن با خوردن‌های آشفته در میان دانشجویان دانشگاه پرداخته و فرضیات زیر را مطرح می‌کند.

فرضیه اول: بین خوردن‌های آشفته و رفتارهای واریسی بدن در دانشجویان رابطه معنادار وجود دارد.

فرضیه دوم: بین زنان و مردان از نظر رفتارهای واریسی بدن و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد.

فرضیه سوم: بین زنان و مردان از نظر خوردن‌های آشفته و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

از آنجا که هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه خوردن‌های آشفته با رفتارهای واریسی بدن در دانشجویان زن و مرد بوده، از روش همبستگی استفاده شده است.

جامعه آماری، کلیه دانشجویان مرد و زن دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان بودند.

نمونه و روش نمونه‌گیری: با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعدادی از دانشجویان انتخاب شدند. برای کامل کردن دو پرسشنامه زمان زیادی (حدوداً ۴۰ دقیقه) لازم بود، بدین لحاظ شرکت در این تحقیق مستلزم تمایل و همکاری از جانب شرکت‌کنندگان بود. از بین دانشجویان انتخاب شده، تعداد ۶۹ نفر زن و ۷۱ نفر مرد آمادگی خود برای همکاری را اعلام کردند و پرسشنامه‌های پژوهش حاضر توسط این افراد کامل شدند. میانگین سنی نمونه‌ها ۲۲/۱۵ سال ($SD = ۲/۴۹$) بود، ۴۹ درصد آزمودنی

ها زن و بقیه مرد، ۱۷ درصد آزمودنی‌ها متاهل و بقیه مجرد بوده و ۲۲ درصد آزمودنی‌ها در مقطع کاردانی و بقیه در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد.

۱- "پرسشنامه نگرش‌های خوردن" EAT-26:

پرسشنامه نگرش‌های خوردن یا EAT (گارنر و گرفینکل، ۱۹۷۹) در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی^۲ برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود و کارآمدی آن در شناسایی بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی تایید شده است. EAT می‌تواند به عنوان مناسب‌ترین ابزار برای ارزیابی میزان "نتیجه"^۳ در گروه‌های بالینی یا ابزار غربالگری در گروه‌های غیربالینی به کار برده شود (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲). نوبخت در سال ۱۳۷۷ به نقل از ملونی و همکاران (۱۹۸۸)، نشان داد که این ابزار خودسنجی، طیف وسیعی از نشانه‌های مربوط به نگرش‌ها و رفتارهای خوردن را ارزیابی می‌کند و به نظر می‌رسد بهترین پرسشنامه موجود برای ارزیابی رفتارها و نگرش‌های بیمارگونه خوردن می‌باشد. سه مؤلفه: ۱- "رژیم لاغری"^۴: به اجتناب از غذاهای چاق‌کننده و اشتغال ذهنی با لاغرتر بودن مربوط می‌شود^۲- "پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا"^۵: افکار مربوط به غذا و به همان نسبت پراشتهایی را بررسی می‌کند. ۳- "کنترل دهانی"^۶: کنترل خوردن و فشاری را که فرد از سوی دیگران برای افزایش وزن ادراک می‌کند، را بررسی می‌کند. این ابزار شامل عبارت-هایی در مورد نگرش‌های خوردن و رفتارهای خوردن است که در سطح وسیعی برای

1 -Eating Attitude Test

2 - self- rating

3 - outcome

4- dieting

5-bulimia and food preoccupation

6- oral control

هر دو مورد "روایی و پایایی" ارزیابی شده و فرم ۲۶ آیتمی (EAT-26) یا ۴۰ آیتمی (EAT-40) هر دو می‌تواند اجرا شود (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲). هر یک از آیتم‌های EAT بر اساس مقیاس "لیکرت"^۲ درجه‌بندی می‌شود. آزمودنی برای هر پاسخ «همیشه» ۳ نمره، «بیشتر» اوقات ۲ نمره، «خیلی اوقات» ۱ نمره می‌گیرد و سه گزینه باقیمانده شامل «گاهی اوقات»، «بندرت» و «هرگز» دارای نمره صفر هستند. بنابراین نمره‌های EAT-26 می‌تواند از صفر تا ۷۸ باشد.

نمره غربال‌کننده از حاصل جمع تعداد عباراتی که به صورت «همیشه»، «بیشتر اوقات» و «خیلی اوقات» پاسخ داده شده‌اند، به دست می‌آید. هر چه نمره فرد بالاتر باشد، مشکوک به اختلال خوردن محسوب می‌شود. بنابراین، در نمره‌گذاری EAT اگر پاسخی به صورت «هرگز»، «بندرت»، یا «گاهی اوقات» درجه‌بندی شود، بااهمیت تلقی نمی‌شود، در حالیکه اگر به صورت «همیشه»، «بیشتر اوقات» و «خیلی اوقات» درجه بندی شود، می‌تواند نشانه‌ای از یک مشکل بالینی باشد.

"روایی همزمان"^۳ و "روایی پیش‌بین"^۴ EAT و به همان نسبت پایایی آن تایید شده است (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲). در مطالعه نوبخت در سال ۱۳۷۷ با استناد به تحقیقات گراس و روزن، (۱۹۸۸) روزن و سربینیک (۱۹۹۰)، "روایی ملاکی"^۵ EAT در رابطه با شناسایی موردهای اختلال‌های خوردن کاملاً مطلوب گزارش شده است. همانندی تحلیل عاملی EAT در دختران دانش‌آموز لاهور پاکستان و دختران دانش‌آموز غربی شاهی قوی برای "روایی بین فرهنگی"^۶ این پرسشنامه است. این همانندی نشان می‌دهد که درک سوال‌های پرسشنامه در

1 - reliability

2 - likert scale

3 - concurrent validity

4 - predicative validity

5 - criterion validity

6 - Cross-cultural validity

پاکستان با کاربرد آن در غرب همخوانی دارد. هم چنین نشان می‌دهد که دختران پاکستانی نگرش‌ها و رفتارهای خوردن مشابهی با دختران دانش‌آموز غربی نشان می‌دهند (مامفورد و همکاران، ۱۹۹۲). مطالعات مختلف حاکی از پایایی بالای EAT است. گارنر و همکاران در سالهای ۱۹۸۲ و ۱۹۷۹، پایایی مطلوبی را برای EAT نشان داده‌اند. در مطالعه نوبخت در سال ۱۳۷۷، روایی محتوایی^۱ برای EAT مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاصل حاکی از روایی محتوایی مطلوب برای EAT بود هم چنین پایایی EAT با استفاده از روش بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب پایایی با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه شد. بر اساس نتایج حاصل همبستگی بین نمره‌های حاصل از اجرای دو مرحله پرسشنامه EAT در گروه مورد مطالعه ۰/۹۱ بود که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر آلفای کراباخ برای پرسشنامه مذکور ۰/۷۲ به دست آمد.

۲- "پرسشنامه واری بدن"^۲ (BCQ) :

BCQ یک ابزار دارای روایی و پایانی مناسب برای سنجش رفتارهای واری بدن است که ۲۳ سوال دارد و پرسشنامه‌ای خود گزارشی است که به آسانی اجرا می‌شود و تنها ۱۰-۵ دقیقه زمان برای کامل شدن نیاز دارد. نتایج اولیه ساختار عاملی نشان دهنده این نکته هستند که BCQ ابزاری واحد و قوی برای بررسی رفتارهای واری مرتبط با واری ظاهر کلی، واری قسمت‌های خاص بدن و واری وابسته به شیوه‌ای خاص هر فرد می‌باشد. نمرات بالا در BCQ با شدت بیشتر "نارضایتی از بدن"^۳، ترس از چاقی، "رفتارهای اجتناب از تصویر بدن"^۴ و "اختلال‌های خوردن عمومی"^۵ ارتباط دارد. شواهد نشان دهنده توانایی BCQ برای جداسازی بیماران با اختلال خوردن از

-
- 1 -content validity
 - 2 - Body Checking Questionnaire
 - 3 -body dissatisfaction
 - 4 -avoidant behavior
 - 5 - General eating disturbances

گروه کنترل و هم چنین "رژیم گیرنده‌ها"^۱ از "غیررژیم گیرنده‌ها"^۲ می‌باشد. این پرسشنامه فراوانی رفتارهای واریسی بدن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه BCQ بر اساس مقیاس لیکرت و بر روی یک پیوستار (۱- هرگز ۲- به ندرت ۳- بعضی اوقات ۴- اغلب ۵- بیشتر اوقات) قرار دارد (ریس و همکاران، ۲۰۰۲). این پرسشنامه شامل سه مؤلفه می‌باشد که نمره کل آن از مجموع پاسخ‌های همه سؤالات محاسبه می‌شود. و حداکثر نمره ۱۱۵ و حداقل ۲۳ می‌باشد. سه مؤلفه شامل:

۱- "مقیاس واریسی ظاهر کلی"^۳: این زیرمقیاس ۱۰ سؤال دارد و حداکثر نمره آن ۵۰ و حداقل آن ۱۰ می‌باشد.

۲- "مقیاس واریسی قسمت‌های خاص بدن"^۴: این زیرمقیاس ۸ سؤال دارد و حداکثر نمره آن ۴۰ و حداقل آن ۸ می‌باشد.

۳- "مقیاس واریسی وابسته به شیوه خاص هر فرد"^۵: این زیرمقیاس ۵ سؤال دارد و حداکثر نمره آن ۲۵ و حداقل آن ۵ می‌باشد.

ساختار اولیه پرسشنامه ۳۸ سؤالی بود که توسط دبورا ریس و همکاران در سال ۲۰۰۲ بر اساس "ادبیات"^۶ موجود مربوط به عادات مختلف خوردن در بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن تهیه شد. به منظور تعیین روایی محتوایی، سوال‌های پرسشنامه ی BCQ، گروهی از متخصصان اختلال‌های خوردن به منظور ارزیابی سوال‌های مرتبط و غیر مرتبط انتخاب شدند و متن، ساختار، مناسب بودن، وضوح و غیر معرف بودن ۳۸ سوال را مورد بررسی قرار دادند. این متخصصان شامل ۹ روانشناس بالینی (PhD) و یک روانپزشک (MD) بودند. این گروه محتوای BCQ را بسیار عالی ارزیابی

1 - dieters

2 - nondieters

3 - overall appearance scale

4 - specific body parts scale

5 - idiosyncratic checking scale

6 - Literature

کردند. و بر روی یک پیوستار ۷ نقطه ای دامنه ای بین ۶/۲ تا ۶/۷ برای سوال ها مشخص شد. که این نتایج از روایی محتوایی BCQ حمایت می کنند. به منظور بررسی ساختار عاملی BCQ پاسخها مورد تحلیل قرار گرفته و در پی آن سوال ها به سه گروه تقسیم شدند، که شامل عامل واریسی ظاهر کلی، عامل واریسی قسمت های خاص بدن و عامل واریسی وابسته به شیوه خاص هر فرد می باشد. ۱۰ سؤال به دلیل عدم تناسب حذف شدند و ۲۸ آیتم باقی ماندند، همبستگی مؤلفه در دامنه ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۵ برآورد شد. به دنبال آن نسخه ۲۸ سؤالی BCQ در مورد ۱۴۹ زن دانشجو و ۱۶ زن مبتلا به نوعی از اختلال های خوردن شامل ۴ زن مبتلا به بی اشتهایی عصبی، ۹ زن مبتلا به پراشتهایی عصبی و ۳ زن مبتلا به اختلال خوردن تصریح نشده، بر اساس معیارهای (DSM-IV) به کار گرفته شد. برای ارزیابی همبستگی بین مؤلفه ها "تحلیل عاملی" انجام شد. نتایج نشان دادند که مؤلفه ها دارای همبستگی بالا و معناداری هستند ($P \leq 0/01$, $0/68-0/88$). برای بررسی همسانی درونی از آلفای کرانباخ استفاده شد که برای کل ۰/۹۴ و برای مؤلفه ظاهر کلی ۰/۸۸ برای مؤلفه قسمت های خاص بدن ۰/۹۲ و برای واریسی وابسته به شیوه خاص هر فرد ۰/۸۳ به دست آمد که از همسانی درونی کافی حمایت می کند. پایایی با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۴ به دست آمد که پایایی مناسبی است و برای هر کدام از سه مؤلفه نیز ضریب همبستگی محاسبه شد. برای مؤلفه ظاهر کلی ۰/۹۴، برای مؤلفه قسمت های خاص بدن ۰/۹۱ و برای واریسی وابسته به شیوه های خاص هر فرد ۰/۹۰ به دست آمد. نتایج مطالعات در مورد روایی BCQ، از روایی بالای آن حمایت می کنند. نمره کلی BCQ با "پرسشنامه شکل بدن"^۲ همبستگی مناسبی دارد (۰/۸۶). (ریس و همکاران، ۲۰۰۲).

1 - Factor analysis

2 - Body shape Questionnaire)

در پژوهش حاضر فرم ۲۳ سؤالی BCQ، توسط پژوهشگر به زبان فارسی ترجمه شد. نسخه ترجمه شده برای ارزیابی به دو نفر متخصص روانشناسی و یک نفر متخصص روانسنجی داده شد و تغییراتی در آن صورت گرفت. سپس فرم فارسی به یک مترجم داده شد تا آن را به زبان انگلیسی برگرداند. آنگاه با فرم اصلی مقایسه شده و تغییراتی در فرم فارسی آن داده شد. سپس فرم فارسی BCQ به منظور بررسی چگونگی فهم و برداشت آزمودنی‌ها از عبارات پرسشنامه در مورد گروهی از دانشجویان اجرا شد و به کمک آن‌ها در مورد تک‌تک عبارات بحث و بررسی انجام شد در نتیجه آن اصلاحاتی در تعدادی از سوال‌ها صورت گرفت و سپس به دو نفر متخصص روانشناسی برای تأیید مجدد ارجاع شد. در مطالعه فعلی آلفای کرانباخ با استفاده از داده‌های اصلی برای پرسشنامه BCQ محاسبه گردید که ۰/۹۴ برآورد شد. هم‌چنین ضریب همبستگی در دو مرحله بازمی‌آزمایی و با استفاده از یک گروه ۴۰ نفری از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت که طی دو مرحله و به فاصله دو هفته، آزمودنی‌ها به پرسشنامه BCQ پاسخ دادند بر اساس نتایج حاصله همبستگی بین نمرات حاصل از اجرای دو مرحله پرسشنامه BCQ در گروه مورد مطالعه ۰/۹۶ به دست آمد ($P < 0/01$) که همبستگی بالایی است. در بررسی مؤلفه‌ها، برای مؤلفه ظاهر کلی ضریب همبستگی ۰/۹۶ محاسبه شد که در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است و برای مؤلفه واری قسمتی‌های خاص بدن، ضریب همبستگی ۰/۹۰ که در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است هم‌چنین در ارتباط با مؤلفه واری وابسته به شیوه خاص هر فرد، ضریب همبستگی ۰/۷۴ محاسبه شد که باز هم در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است و از پایایی مطلوب پرسشنامه حمایت می‌کند.

روش تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات به دست آمده در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفته است. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از میانگین و انحراف استاندارد توصیف شده و در سطح آمار استنباطی از ضریب همبستگی، رگرسیون گام به گام (فرضیه اول) و آزمون t برای گروه‌های مستقل (فرضیه دوم و سوم) استفاده شد. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: بین خوردن‌های آشفته و واریسی بدن در دانشجویان رابطه معنادار وجود دارد.

بدین منظور ضریب همبستگی بین نمرات کلی دو پرسشنامه نگرش‌های خوردن و واریسی بدن محاسبه شد.

جدول ۱: ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه خوردن‌های آشفته و واریسی بدن در زنان و مردان.

تعداد نمونه	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی پیرسون	
۱۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	کل نمونه
۶۳	۰/۰۸	۰/۲۲	مردان
۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸	زنان

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین خوردن‌های آشفته و واری بدن رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. خوردن آشفته بیشتر با رفتارهای واری بدن بیشتری همراه است ($P \leq 0/0001$) بین نمره کلی خوردن‌های آشفته و واری بدن در مردان رابطه معنی‌داری وجود نداشت. اما بین نمره کلی خوردن‌های آشفته و واری بدن در زنان رابطه مثبت معنی‌داری ($P \leq 0/001$) وجود داشت.

جدول ۲: رگرسیون گام به گام برای بررسی رابطه مؤلفه‌های خوردن آشفته و نمره کلی واری بدن.

سطح معنی‌داری	معنی‌داری تی	مجذور آر	بتای استاندارد آر	بتا	متغیرهای پیش‌بین	مدل
۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۰/۱۴	۰/۳۷	۰/۶۶	عرض از مبدا	کل نمونه
۰/۰۰۰۱	۴/۵۳		۰	۰/۳۷	بعد رژیم	
۰/۰۰۰۱	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۳۸	۰/۸۵	عرض از مبدا	زنان
۰/۰۰۱	۳/۳۵		۰	۰/۳۸	بعد رژیم	
۰/۰۰۰۱	۰/۷۵	۰/۰۸	۰/۲۹	۰/۹۹	عرض از مبدا	مردان
۰/۰۰۲	۲/۳۸		۰	۰/۲۹	بعد رژیم	

به منظور بررسی رابطه مؤلفه‌های اختلال‌های خوردن با نمره کلی واری بدن در کل نمونه، از روش رگرسیون با ورود گام به گام استفاده شد.

نتایج حاکی از آن بود که از بین مؤلفه‌های اختلال‌های خوردن، تنها بعد رژیم پیش‌بین مثبت و معنی‌داری برای نمره کلی واریسی بدن بود. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، هم درکل نمونه ($P \leq 0/0001$) هم در مردان ($P \leq 0/02$) و هم در زنان ($P \leq 0/001$) هر چه رفتارهای رژیم لاغری بیشتر باشد، خوردن آشفته بیشتری نیز دیده می‌شود. به عبارت دیگر رژیم لاغری پیش‌بینی کننده خوردن آشفته بیشتری است.

فرضیه دوم: بین زنان و مردان از نظر واریسی بدن و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد

جدول ۴: آزمون تی مستقل برای مقایسه زنان و مردان در واریسی بدن و مؤلفه‌های آن.

متغیر	گروه	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار تی	درجه‌ی آزادی	سطح معنی‌داری
نمره کلی واریسی بدن	زن	۶۸	۵۹/۷۲	۲۰/۶۵	۳/۲۲	۱۳۶	۰/۰۰۲
	مرد	۷۰	۴۹/۴۴	۱۶/۷۵			
مقیاس واریسی ظاهر کلی	زن	۶۸	۲۷/۷۴	۸/۸۳	۲/۵۳	۱۳۶	۰/۰۱
	مرد	۷۰	۲۴/۰۳	۸/۴۱			
مقیاس واریسی قسمتهای خاص بدن	زن	۶۸	۲۰/۴۳	۸/۴۳	۳/۲۹	۱۲۶	۰/۰۰۱
	مرد	۷۱	۱۶/۲۱	۶/۵۴			
مقیاس واریسی وابسته به شیوه خاص هر فرد	زن	۶۹	۱۱/۶۷	۴/۹۷	۳/۴۳	۱۱۹	۰/۰۰۱
	مرد	۷۱	۹/۲۰	۳/۳۸			

به منظور بررسی تفاوت‌های جنسیتی در متغیر واریسی بدن و مؤلفه‌های آن، از روش آزمون تی برای نمونه‌های مستقل استفاده گردید. نتایج این تحلیل مطابق با جدول ۴ حاکی از آن بود که بین زنان و مردان در نمره کل و تمام

مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود داشت. نمره‌ی زنان در کلیه‌ی مؤلفه‌ها بالاتر از نمره‌ی مردان بود. متوسط نمرات مردان ($M = ۴۹/۴۴$) کمتر از متوسط نمرات زنان ($M = ۵۹/۷۲$) و تفاوت میان آن‌ها ($t = ۳/۲۲$) در سطح $۰/۰۰۲$ معنادار می‌باشد. هم‌چنین توجه به زیر مقیاسهای متغیر واری بدن نشان می‌دهد که در زیر مقیاس واری ظاهر کلی متوسط نمرات مردان ($M = ۲۴/۰۳$) کمتر از متوسط نمرات زنان ($M = ۲۷/۷۴$) و تفاوت میان آن‌ها ($t = ۲/۵۳$) در سطح $P \leq ۰/۰۱$ معنادار می‌باشد. در زیر مقیاس واری قسمت‌های خاص بدن متوسط نمرات مردان ($M = ۱۶/۲۱$) کمتر از متوسط نمرات زنان ($M = ۲۰/۴۳$) و تفاوت میان آن‌ها ($t = ۳/۲۹$) در سطح $P \leq ۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد. در زیر مقیاس واری وابسته به شیوه خاص هر فرد متوسط نمرات مردان ($M = ۹/۲۰$) کمتر از متوسط نمرات زنان ($M = ۱۱/۶۷$) و تفاوت میان آن‌ها ($t = ۳/۴۳$) در سطح $P \leq ۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد.

فرضیه سوم: بین زنان و مردان از نظر خوردن‌های آشفته و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد.

جدول ۵: آزمون تی مستقل برای مقایسه زنان و مردان در خوردن‌های آشفته و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار تی	درجه‌ی آزادی	سطح معنی‌داری
نمره‌ی کلی خوردن‌های آشفته	زن	۶۹	۱۳/۳۸	۹/۷۴	۰/۵۷	۱۱۹/۱۱	۰/۵۷
	مرد	۶۴	۱۲/۵۶	۶/۴۸			
رژیم لاغری	زن	۶۹	۷/۲۲	۸/۲۴	۱/۲۹	۱۱۰/۵۹	۰/۲۰
	مرد	۶۹	۵/۷۲	۴/۸۹			

پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا	زن	۶۹	۱/۹۴	۲/۱۱	-۲/۱۷	۱۳۶	۰/۰۳
	مرد	۶۹	۲/۷۷	۲/۳۶			
کنترل دهانی	زن	۶۹	۴/۲۲	۳/۰۱	-۰/۲۳	۱۳۴	۰/۸۲
	مرد	۶۷	۴/۳۴	۳/۳۸			

به منظور بررسی تفاوت‌های جنسیتی در خوردن‌های آشفته و مؤلفه‌های آن، از آزمون تی برای نمونه‌های مستقل استفاده گردید. نتایج مطابق با جدول ۵ حاکی از آن بود که بین زنان و مردان تنها در بعد پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا تفاوت معنی‌داری وجود داشت و مردان در این بعد نمره‌ی بالاتری کسب کردند ($P \leq 0/03$). اگرچه متوسط نمرات زنان ($M = 13/38$) از متوسط نمرات مردان ($M = 12/56$) اندکی بیشتر است. و تفاوت میان آن‌ها ($t = 0/57$) معنادار نمی‌باشد. متوسط نمرات مردان در زیر مقیاس پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا ($M = 2/77$) بیشتر از متوسط نمرات زنان در زیر مقیاس پر خوری و اشتغال ذهنی با غذا ($M = 1/94$) و تفاوت میان آن‌ها ($t = 2/17$) در سطح ۰.۵٪ معنادار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهداف پژوهش حاضر و استناد به نتایج یافته‌ها به تبیین فرضیه‌ها پرداخته می‌شود.

فرضیه اول: بین خوردن‌های آشفته و واریسی بدن در دانشجویان رابطه معنادار وجود دارد. با توجه به یافته‌های جدول ۲ مشخص شد که میان نمره کلی خوردن‌های آشفته و واریسی بدن در کل نمونه رابطه مثبت و معناداری ($r = 0/33$ و $P \leq 0/0001$) وجود دارد. لازم به ذکر است که در این دو پرسشنامه هر چه نمرات بالاتر باشد رفتارهای واریسی بدن و خوردن آشفته بیشتری در افراد دیده می‌شود این نتایج با نتایج به دست

آمده از تحقیقات شافران و همکاران (۲۰۰۴)، ریس و همکاران (۲۰۰۵) و گریلو و همکاران (۲۰۰۵) همسو می باشد.

در زنان نیز بین این دو متغیر رابطه مثبت و معناداری ($r=0/38$) وجود دارد اما در مردان بین این دو متغیر هیچ رابطه ای وجود ندارد. با توجه به این نتایج، می توان گفت که در زنان هرچه رفتارهای واریسی بدن بیشتری انجام شود، رفتارهای وابسته به خوردن آشفته در آن ها بیشتر دیده می شود چنانچه در مطالعه ریس و همکاران (۲۰۰۵) نیز این نتایج بدست آمده است. پیشنهاد می شود که این رابطه به دو شکل است: رفتارهای واریسی بدن منجر به ایجاد و تشدید اختلال های خوردن می شوند یا این که اختلال خوردن در فرد منجر به توجه او به بدن و به دنبال آن شکل گیری رفتارهای واریسی بدن و تشدید این رفتارها می شود. این نتایج با یافته های ریس و همکاران (۲۰۰۶)، مانتفورد و همکاران (۲۰۰۶) و ویلیامسون و همکاران (۲۰۰۴) همسو می باشد. از طرفی، هر چه افراد در مؤلفه رژیم لاغری و کم خوری نمرات بالاتری داشته باشند، رفتارهای واریسی بدن نیز در آن ها بیشتر است. افرادی که در مؤلفه رژیم لاغری نمرات بالاتری کسب می کنند، احتمالاً در خطر ابتلا به بی اشتهایی عصبی قرار دارند. در نتیجه به نظر می رسد رفتارهای واریسی بدن در افراد مبتلا به بی اشتهایی بیشتر است و منجر به نگهداری تصویر بدنی منفی در افراد شده و باعث حفظ و تشدید اختلال خوردن در فرد می شود. اگرچه این نتیجه با یافته های ریس و همکاران (۲۰۰۵) مغایرت دارد یافته های ریس و همکاران نشان می دهد که رفتارهای واریسی بدن در افراد مبتلا به خوردن با ولع، بیشتر دیده می شود. هم چنین در مطالعه فربرن و همکاران در سال ۱۹۹۳، افراد مبتلا به پر اشتهایی عصبی، رفتارهای واریسی بدن فراوان تری نشان دادند، که مغایر با نتایج تحقیقی فعلی می باشد. مطالعات مختلف نشان می دهند، فراوانی رفتارهای واریسی اندازه بدن، نارضایتی از بدن را در بیماران مبتلا به اختلال های خوردن تقویت می

کند (ویلیامسون و همکاران، ۱۹۹۹). با توجه به تئوری شناختی-رفتاری بی‌اشتهایی عصبی که در آن بر نقش رفتارهای واریسی بدن در حفظ و نگهداری بی‌اشتهایی عصبی تأکید شده است، رفتارهای واریسی بدن در ابتدا به منظور آگاهی از تغییرات اندازه و وزن بدن بوده، اما باعث تقویت ادراک نقص در ظاهر شده و رفتارهای واریسی بدن تشدید شده و باعث افزایش اشتغال ذهنی با وزن و اندازه بدن می‌شود. بنابراین این تغییرات طبیعی در وزن یا اندازه بدن ممکن است منجر به نوسان‌های خلقی زیادی در افرادی شود که بارها در روز خود را وزن می‌کنند. (فربرن و همکاران، ۱۹۹۹).

فرضیه دوم: بین زنان و مردان از نظر واریسی بدن و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۴، میان زنان و مردان از در رفتارهای واریسی بدن تفاوت وجود دارد با توجه به نتایج فوق مشخص می‌شود که بطور کلی در زنان رفتارهای واریسی بدن بطور معناداری ($P \leq 0/002$) بیشتر از مردان است چنانچه در مطالعه ریس و همکاران ۲۰۰۵ نیز چنین بوده است.

بطور کلی نتایج نشان دهنده اهمیت رفتارهای واریسی بدن در حفظ و تشدید اختلال‌های خوردن خصوصاً در بین زنان است و باعث توجه بیش از حد به بدن و ایجاد نارضایتی از وزن و بدن شده و منجر به حفظ و نگهداری خوردن‌های آشفته در افراد شده که در نهایت منجر به بروز نوعی از اختلال‌های خوردن خصوصاً بی‌اشتهایی عصبی در بین زنان خواهد بود.

فرضیه سوم: بین زنان و مردان از نظر خوردن‌های آشفته و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۵ بین زنان و مردان در نمرات کلی خوردن‌های آشفته تفاوتی مشاهده نشد، و تنها در زیر مقیاس پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا تفاوت معنادار بود ($P \leq 0/003$)، به عبارت دیگر مردان رفتارهای پرخوری بیشتری داشته و هم‌چنین اشتغال ذهنی بیشتری با غذا

دارند. به نظر می‌رسد که این تفاوت ناشی از تاثیرات رسانه‌ها از جمله تلویزیون و خصوصا ماهواره بر روی زنان است که داشتن اندامی لاغر را ایده آل دانسته و تبلیغات گسترده‌ای برای لاغری انجام می‌دهند و در نتیجه در زنان رفتارهای پرخوری کمتری دیده شده، اما در مردها این تاثیرات دیده نمی‌شود. نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر با نتایج به دست آمده از تحقیقات فرنیچ و جفری (۱۹۹۴)، میتتز و بتز (۱۹۸۸) و دانسیگر و گارفینکل (۱۹۹۵) تا حدودی مغایرت دارد، در این مطالعات زنان بطور معناداری بیشتر از مردان مبتلا به خوردن‌های آشفته بودند. اما در پژوهش حاضر تفاوت در نمره کلی خوردن‌های آشفته بین زنها و مردها معنادار نیست، هرچند نمرات زنان بالاتر از مردان است.

نتایج پژوهش حاضر، نشان می‌دهند که رفتارهای واری بدن با خوردن‌های آشفته در ارتباطند و در افرادی که خوردن‌های آشفته بیشتری دارند، رفتارهای واری بدن بیشتری دیده می‌شود. با توجه به وجود این رابطه و نقش رفتارهای واری بدن، حذف آن‌ها می‌تواند در درمان بسیاری از افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن با اهمیت باشد. هم‌چنین بررسی عادات واری بدن، در برنامه ریزیهای طراحی شده برای پیشگیری از پیشرفت اختلال‌های خوردن بالینی، دارای اهمیت خواهند بود.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی چاپ چهارم، DSM-IV-TR (محمد رضا نیکخواه، هامایاک آوادیس یانس)، تهران: انتشارات سخن.
- نویخت، مینو. (۱۳۷۷). بررسی همه گیر شناسی اختلال‌های خوردن در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد.

- Attie, L., Brooks-Gunn, J. (1989). *Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study*. *Developmental Psychology*, 25, 70–79.
- Dancyger, I.F., Garfinkel, P.E. (1995). *The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Psychological Medicine*, 25, 1019–1025.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003). *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment*. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Fairburn, C.G., Harrison, P. (2003). *Eating disorders*. *Lancet*, 361(9372), 407–416.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D., Wilson, G.T. (1993). *Cognitive behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual*. In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361–404). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., Cooper, Z. (1999). *A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa*. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13.
- Fairburn, C.G. (1997). *Eating disorders*. In D. M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209–243). Oxford: Oxford University Press.
- French, S.A., Jeffery, R.W. (1994). *Consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health*. *Health Psychology*, 13, 195–212.
- Furnham, A., Badmin, N., Sneade, I. (2002). *Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise*. *Journal of Psychology*, 136, 581–596.

- Foreyt, J.P., Mikhail, C. (1997). *Anorexia nervosa and bulimia nervosa*. In E. J.Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp. 683-716). New York: Guilford.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., Garfinkel, P.A.(1982). *The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates*. *psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). *The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa*. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Grilo, C.M., Reas, D.L., Brody, M.L., Burke-Martindale, C.H., Rothschild, B.S., Masheb, R.M. (2005). *Body checking and avoidance and the core features of eating disorders among obese men and women seeking bariatric surgery*. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 629-637.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Cudeck, R. (1993). *Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk state for eating disorders in adolescent girls*. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 438-444.
- Mintz, L.B., Betz, N.E.(1988). *Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women*. *Journal of counseling psychology*, 35, 463-471.
- Muth, J.L., Cash, T.F. (1997). *Body-image attitudes: What difference does gender make?* *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1438-1452.
- Mountford, V., Haase, A. M., Waller, G. (2006). *Body checking in the eating disorders: Associations between cognitions and behaviours*. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 708-715.

- Mumford, D.B., Whitehouse, A.M., & Choudry, I.Y. (1992). Survey of eating disorders in English – medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 173-184.
- Reas, D.L., Whisenhunt, B.L., Netemeyer, R., Williamson, D.A. (2002). *Development of the body checking questionnaire: A self report measure of body checking behaviors*. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324-333.
- Reas, D.L., White, M.A., Grilo, C.M. (2006). *Body Checking Questionnaire: psychometric properties and clinical correlates in obese men and women with binge eating disorder*. *International Journal of Eating Disorder*; 39(4):326-31.
- Reas, D.L., Grilo, C.M., Masheb, R.M., Wilson, G.T. (2005). *Body checking and avoidance in overweight patients with binge eating disorder*. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 342-346.
- Reas, D.L. (2002). *Relationship between weight loss and body image in obese individuals seeking weight loss treatment*. Submitted to the Graduate Faculty of the Louisiana State University.
- Rosen, J.C. (1997). *Cognitive-behavioral body image therapy*. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 188-201). New York: Guilford Press.
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E., Fairburn, C.G. (2007). *An experimental analysis of body checking*. *Behaviour Research and Therapy* 45 (2007) 113-121.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). *Body checking and its avoidance in eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93-101.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., Frensch, P., Rodin, J. (1989). *A prospective study of disordered eating among college students*. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 499-509.

- Thompson, J.K., Coovert, M.D., Richards, K.J., Johnson, S., Cattarin, J. (1995). *Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations*. International Journal of Eating Disorders, 18, 221–236.
- Thompson, S., Rey, J. (1995). *Functional enuresis: Is desmopressin the answer?* Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 266-271.
- Vitousek, K.B., Hollon, S.D. (1990). *The investigation of schematic content and processing in eating disorders*. Cognitive Therapy research, 14, 191-214.
- Waller, G., Sines, J., Meyer, C., Mountford, V. (2008). *Body checking in the eating disorders: Association with narcissistic characteristics*. Eating Behaviors 9; 163–169.
- Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Williamson, D.A., White, M.A., York-Crowe, E., Stewart, T.M. (2004). *Cognitive-behavioral theories of eating disorders*. Behavior Modification, 28, 711–738.
- Williamson, D.A., Muller, S., Reas, D.L., & Thaw, J.M. (1999). *Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment*. Behavior Modification, 23, 556–578.
- www.nedic.ac: National Eating Disorder Information centre (NEDIC).