

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۸
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۲
صص: ۱۷۹-۱۹۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۸/۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۹/۰۵

رابطه شرم، خود دلسوزی و عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرش‌های خوردن دانش‌آموزان دختر

قاسم آهی*

فتح‌الله حسن‌زاده**

سمانه سادات جعفر طباطبایی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش شرم، خود دلسوزی و عدم تحمل بلا تکلیفی در آسیب‌شناسی نگرش‌های خوردن دانش‌آموزان دختر انجام شد. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه دانش‌آموزان دختر سال سوم مقطع متوسطه شهر بیرجند در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل داد. با توجه به حجم جامعه و بر مبنای استفاده از جدول کرجسی / مورگان حجم نمونه ۲۵۹ برآورد شد. میانگین سن آزمودنی‌ها ۱۷/۰۷ و انحراف سنی ۰/۴۷ بود. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس شرم از تصویر بدنی دیورت و همکاران (۲۰۱۵)، مقیاس شرم از دیگران متیوس و همکاران، مقیاس خود دلسوزی رایس و همکاران، مقیاس تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی کارلتون و همکاران و پرسشنامه نگرش‌های خوردن گارنر و همکاران استفاده گردید. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش تحلیل رگرسیون چندگانه بکار رفت. یافته‌ها نشان داد بین نگرش‌های خوردن با شرم از دیگران، شرم از تصویر بدنی، عدم تحمل بلا تکلیفی و خوددلسوزی ناسازگارانه رابطه مثبت و با خوددلسوزی سازگارانه رابطه منفی وجود دارد. این رابطه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار است ($p < 0/01$). به علاوه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که شرم از تصویر بدنی، خوددلسوزی سازگارانه و شرم از دیگران در پیش‌بینی

* استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، خراسان جنوبی، ایران (نویسنده مسئول)

ahigh1356@yahoo.com

** کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، خراسان جنوبی، ایران

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، خراسان جنوبی، ایران

نگرش‌های خوردن نقش دارند و ۳۲ درصد از واریانس این نگرش‌ها را تبیین کردند، اما خوددلسوزی ناسازگارانه و عدم تحمل بلا تکلیفی در تبیین این ارتباط نقشی نداشت. با توجه به یافته‌های پژوهش به درمانگران پیشنهاد می‌شود که در فرآیند مداخله‌های روان‌شناختی برای مدیریت و درمان مشکلات خوردن، به سازه‌های شرم از تصویر بدن و شرم از دیگران توجه کنند و راهبردهایی برای تعدیل و اصلاح آن‌ها به بیماران ارائه نمایند. به‌علاوه با توجه به ارتباط خوددلسوزی سازگارانه با نگرش‌های خوردن، روش‌های آموزش و افزایش خوددلسوزی را می‌توان در کار با چنین افرادی بکار برد.

کلید واژگان: نگرش‌های خوردن، شرم، خود دلسوزی عدم تحمل بلا تکلیفی

مقدمه

در بسیاری از فرهنگ‌های امروزی بر لاغری تأکید می‌شود و لاغری به‌عنوان یک ویژگی مطلوب، قدرت و جذابیت ارزیابی می‌شود (Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2013)؛ بنابراین برای زنان تصویر بدن (body image) یک بعد خودارزیابی اصلی است و کنترل آن به‌عنوان راهبردی برای پذیرفته شدن در دنیای اجتماعی بکار می‌رود (Pinto-Gouveia, Ferreira & Duarte, 2014). بسیاری از پژوهشگران سعی کرده‌اند تا این مکانیزم‌ها و تعاملات بین آن‌ها را به‌منظور فهم سبب‌شناسی اختلالات خوردن (eating disorder) شناسایی کنند (Vajda & Lang, 2014). با این‌حال در بسیاری از موارد ادبیات پژوهشی به وجود نشانگانی توجه کرده است که به مرحله بحرانی نرسیده‌اند، اما نیازمند توجه جدی هستند. Ackard, Fulkerson & Neumark-Sztainer (2011) گزارش کردند دانش‌آموزانی که تشخیص اختلال خوردن دریافت نکرده‌اند نشانگان اختلال خوردن را گزارش کرده‌اند. محققان معتقدند که درمان‌های مبتنی بر شواهد امروزی در درمان اختلالات خوردن برای اکثر بیماران کارایی ندارد و ضروری است تا الگوهای نظری که دربرگیرنده مکانیزم‌های دیگری که می‌تواند اختلالات خوردن را بهتر هدف قرار دهند و پیامدهای درمانی را ارتقاء دهند، گسترش یابند. در این راستا پژوهش حاضر قصد دارد تا نقش شرم (shame)، خود دلسوزی (self-compassion) و عدم تحمل بلا تکلیفی (intolerance of uncertainty) در آسیب‌شناسی نگرش‌های خوردن (eating attitudes) را در گروهی از دانش‌آموزان بدون سابقه تشخیص اختلال خوردن بررسی کند.

در ادبیات روان‌شناسی نقش شرم در همه طبقه‌های اصلی آسیب مرتبط با اختلالات روان‌شناختی شناسایی شده است. شرم یک هیجان خودآگاه و شامل خودارزیابی منفی و تمایل

برای فرار است (Wong & Qian, 2016) که با دامنه گسترده‌ای از وضعیت‌های آسیب‌شناسی روانی مرتبط است (Kim, Thibodeau & Jorgensen, 2011). پژوهش‌ها درباره این ایده متفق القول‌اند که شرم نقش تعیین‌کننده و متمایزی در فهم سبب‌شناسی اختلالات خوردن دارد و به‌عنوان یک فاکتور خطرزا و حفظ‌کننده اختلالات خوردن عمل می‌کند (Iannaccone, 2016; D'Olimpio & Cella, 2016). Gois, Ferreira and Mendes (2018) گزارش کردند که حقارت و عدم جذابیت دریافتی از دیدگاه دیگران، نگرش‌های خود انتقادی، شرم و شرم از تصویر بدن مکانیزم‌های دفاعی هستند که میانجی ارتباط تجارب هیجانی تهدیدکننده و رفتارهای خوردن مختل شده هستند. همسو با این یافته‌ها، Duarte and Pinto-Gouveia (2017) گزارش کردند که خاطرات آسیب‌زای مرتبط با شرم، شرم بیرونی و شرم از تصویر بدن را پیش‌بینی می‌کنند و از طریق اجتناب شناختی از تصویر بدن سطوح اختلال پرخوری را افزایش می‌دهند. Liu (2015) گزارش کرد زمانی که شرم زنان تحریک می‌شود آن‌ها میزان غذای بیشتری می‌خورند. جوهره شرم چرخه آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن را از طریق تحریک کردن رفتارهای آسیب‌شناختی خوردن حفظ می‌کند و تحریک این رفتارها می‌تواند تمرکز و سواس گونه بر بیش‌کنترلی تصویر بدن و وزن را افزایش دهند.

پژوهش‌های اخیر بر اهمیت ترویج و ارتقای خوددلسوزی به‌عنوان پادزهری در مقابل شرم در زنان با آسیب‌شناسی اختلال خوردن تأکید داشته‌اند و خوددلسوزی یک روش پیشنهادی برای تنظیم عواطف منفی و تهدیدکننده است. (Neff (2003 خوددلسوزی را به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود (self-kindness vs. self-judgment)، انسانیت مشترک در مقابل انزوا (common humanity vs. isolation) و هوشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده (mindfulness vs. over-identification) تعریف کرده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خوددلسوزی با شکل‌های ناسازگارانه‌تر و غیرانطباقی اختلال خوردن و تصویر بدن مرتبط است (Kelly & Stephen, 2016; Braun, Park & Gorin, 2016). Oliveira, Trindade and Ferreira (2018) گزارش کردند که دلسوزی نسبت به بدن رابطه بین احساسات کلی شرم، شرم از تصویر بدن و رفتارهای مرتبط با اختلالات خوردن را تعدیل می‌کند. در یک مطالعه دیگر (Oliveira, Ferreira, Mendes and Marta-Simoes (2017) گزارش کردند که شرم از طریق خودقضاوتی و ترس از دریافت دلسوزی و مهربانی دیگران با

آسیب‌شناسی اختلال خوردن مرتبط است. (Slater, Varsani and Diedrich, 2017) گزارش کردند که زنان با خوددلسوزی بالاتر رضایت بدنی و قدردانی از بدن بالاتر و خلق منفی کمتری را گزارش می‌کنند. در یک مطالعه دیگر گزارش شده است که ابعاد سازگارانه دلسوزی (انسانیت مشترک و بهوشیاری) با کاهش تمرکز بر خود نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدن را در پسران کاهش می‌دهد (Rodgers, Franko & Donovan, 2017). همچنین در نمونه‌های دانش‌آموزی گزارش شده است که خود دلسوزی با نگرانی‌های کمتر درباره تصویر بدن و احساس گناه کمتر از خوردن مرتبط است (Schoenefeld & Webb, 2013). به نظر می‌رسد که نگرش دلسوزانه به سوی بدن خود احساس پیوستگی را افزایش می‌دهد، به زنان اجازه می‌دهد تا در بخشی از تجارب منفی مرتبط با بدنشان سهیم شوند و بنابراین نیاز نیست تا آن‌ها به خاطر پذیرش اجتماعی یا حفظ خود ارزشی بدنشان را کنترل کنند یا آن را مخفی کنند. (Grabe, Toole, Tu and Chen, 2014) گزارش کردند زنان دانشجویی که نسبت به ادراک نقص‌های ظاهرشان خود دلسوزی بیشتری گزارش می‌کنند، اختلالات خوردن کمتری گزارش می‌کنند. در مقابل (Kelly, Carter, Zuroff and Borairi, 2013) گزارش کردند که افراد با اختلال خوردن که خوددلسوزی پایین‌تری و ترس از خود دلسوزی را گزارش می‌کنند به درمان کمتر پاسخ می‌دهند.

همچنین محققان معتقدند که عدم تحمل بلا تکلیفی یک فاکتور مرتبط با آسیب‌شناسی اختلالات خوردن در است (Konstantellou & Reynolds, 2010). عدم تحمل بلا تکلیفی به‌عنوان تمایل به دریافت و واکنش منفی در یک سطح رفتاری، شناختی و هیجانی در موقعیت‌های نامعین با در نظر گرفتن احتمال واقعی ترس‌زا بودن موقعیت تعریف می‌شود. شواهد نشان می‌دهد عدم تحمل بلا تکلیفی ممکن است آسیب‌پذیری به اختلالات خوردن را افزایش دهد. (Konstantellou and Reynolds, 2010) گزارش کردند که زنان با نگرش‌های مسئله‌دار درباره اختلال خوردن در مقایسه با گروه‌های نرمال عدم تحمل بلا تکلیفی بالاتری را گزارش کردند. (Renjan, McEvoy, Handley and Fursland, 2016) گزارش کردند که یافته‌هایشان حمایت‌هایی برای این ایده که عدم تحمل بلا تکلیفی یک فاکتور آسیب‌پذیر در سبب‌شناسی اختلال خوردن و یک فاکتور آسیب‌پذیر فراتشخیصی برای بسیاری از نشانگان اختلالات هیجانی است، فراهم آورده است. (Mantzios, Wilson and Linnell, 2014) گزارش

کردند که شناختارهای منفی از جمله عدم تحمل بلا تکلیفی و افکار منفی خودکار در افزایش وزن نقش دارند. همچنین مشخص شده است که عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلالات خوردن از طریق کنترل بیش از حد خوردن و رفتارهای مرتبط با خوردن مشخص می‌شوند که به طور قطعی قانون‌های انعطاف‌ناپذیر درباره خوردن، وزن، ظاهر هستند، تخطی از آن‌ها جایز نیست و فقدان کنترل دریافتی بر زندگی و رویدادهای منفی را مدیریت می‌کنند (Einstein, 2014)؛ بنابراین فرض می‌شود که عدم تحمل بلا تکلیفی یک مکانیزم فراتشخیصی (trans diagnostic) است که شناختارها و رفتارهای مرتبط با خوردن را هدایت می‌کند.

یافته‌های بالا سازه‌های نسبتاً جدیدی را مطرح کرده است که در پژوهش‌های بین‌المللی در سبب‌شناسی رفتارهای خوردن مدنظر قرار گرفته‌اند. اهمیت این سازه‌ها در حدی است که در مواردی از آن‌ها به‌عنوان هسته اختلالات خوردن یا مکانیزم‌های زیربنایی اختلالات خوردن نام برده شده است؛ در کشور ما این خلأ پژوهشی به‌شدت احساس می‌شود. نکته‌ای که باید مورد توجه قرار گیرد، تأثیر گسترش فرهنگ‌ها به‌خصوص فرهنگ غرب و پدیده جهانی شدن بر افزایش مشکلات مربوط به نگرش، رفتارها و اختلالات خوردن است. به‌طوری‌که رفتارهای خوردن دیگر محدود به جوامع غربی نیست و اکنون به‌عنوان یک مسئله جهانی در نظر گرفته می‌شود. (Rezaei, Aflakseir, Yavari, Mohamadi and Ghayour (2015) معتقدند برخلاف شواهد فراوانی که نشان می‌دهد آسیب‌های خوردن در میان فرهنگ‌ها رایج هست، اطلاعات کمی درباره عواملی که مرتبط با آسیب‌های خوردن در نمونه‌های غیرغربی از جمله کشور ما موجود است. نکته قابل تأمل دیگر که اهمیت بررسی نگرش‌های خوردن را بیشتر می‌کند این است که درصد نوجوانانی که دارای نگرش‌های خوردن مختل هستند در مقایسه با نوجوانان دارای اختلالات خوردن بسیار بیشتر برآورد می‌شود و در این میان دختران بیش از پسران در معرض نگرش‌ها و اختلالات خوردن هستند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد دختران نوجوان برای ابتلا به شکل‌های متنوع رفتارهای خوردن مستعدند، زیرا آن‌ها به چالش‌های مربوط به اندازه، شکل و ظاهر فیزیکی حساس هستند. به‌منظور پر کردن این شکاف پژوهشی و شناسایی مکانیزم‌های درگیر در نگرش‌های خوردن دانش‌آموزان ایرانی این پژوهش با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال انجام شد که آیا شرم، خود دلسوزی و عدم تحمل بلا تکلیفی در آسیب‌شناسی نگرش‌های خوردن در دانش‌آموزان دختر نقش دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد و برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر سال سوم مقطع متوسطه شهر بیرجند در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل داد. با توجه به حجم جامعه (N= ۱۴۰۰) و بر مبنای استفاده از جدول Krejcie and Morgan (1970) حجم نمونه (n = ۳۰۰) برآورد شد. این تعداد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. از مجموع ۳۰۰ پرسشنامه ۲۵۹ پرسشنامه واجد ملاک‌های لازم جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها بود. میانگین سن آزمودنی‌ها $۰/۴۷ \pm ۱۷/۰۷$ بود. از مجموع ۲۵۹ نفر ۲۰ نفر (۷/۷ درصد) ۱۶ سال، ۲۰۰ نفر (۷۷/۲۰ درصد) ۱۷ سال و ۳۹ نفر (۱۵/۱۰ درصد) ۱۸ سال سن دارند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس شرم از تصویر بدنی: این مقیاس که توسط Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira and Batista (2015) طراحی شده است، ۱۴ آیتم دارد و تجربه و پدیدارشناسی شرم از تصویر بدنی را ارزیابی می‌کند. آیتم‌ها روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۰ «هرگز» تا ۴ «همیشه» درجه‌بندی می‌شوند. در مطالعه Duarte et al. (2015) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد. در این پژوهش ابتدا ساختار عاملی پرسشنامه تحلیل عاملی اکتشافی شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی را استخراج کرد که روی هم‌رفته ۵۰/۷۵ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین کرد. آیتم‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۶ و ۷ روی عامل اول، آیتم‌های ۳، ۸، ۹ و ۱۰ روی عامل دوم و آیتم‌های ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ روی عامل سوم بارگذاری شدند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ برآورد شد. همچنین تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که الگوی سه عاملی برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد (CFI=۰/۹۵، NFI=۰/۹۲، NNFI=۰/۹۴، JFI=۰/۹۵، GFI=۰/۹۳، RFI=۰/۹۰ و RMSEA=۰/۰۶).

مقیاس شرم از دیگران (ورژن ۲): این مقیاس که توسط Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert and Figueiredo (2015) ساخته شد ۸ آیتم دارد. آیتم‌ها روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۰ «هرگز» تا ۴ «همیشه» درجه‌بندی می‌شوند. در مطالعه Matos et al. (2015) همسانی درونی پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شد. به‌علاوه، روایی محتوا و تشخیصی خوب و

همبستگی آن با نسخه اصلی ۰/۹۱ گزارش شد. در این پژوهش ابتدا ساختار عاملی پرسشنامه تحلیل عاملی اکتشافی شد. نتایج تحلیل عاملی ساختار دو عاملی را استخراج کرد که روی هم رفته ۶۱/۹۷ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین کرد. آیت‌های ۱، ۲ و ۳ روی عامل اول و آیت‌های ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸ روی عامل دوم بارگذاری شدند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ برآورد شد. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که الگوی دو عاملی استخراجی این پژوهش برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد ($NFI=0/96$ ، $CFI=0/97$ ، $RMSEA=0/08$ ، $GFI=0/95$ ، $NNFI=0/96$).

مقیاس خوددلسوزی (فرم کوتاه): این مقیاس که توسط Raes, Pommier and Neff Van (2011) تهیه شد ۱۲ آیت دارد و روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ «تقریباً هرگز» تا ۵ «تقریباً همیشه» درجه‌بندی می‌شود. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی و خرده‌مقیاس‌های دلسوزی مثبت (مهربانی با خود، ذهن آگاهی، انسانیت مشترک) و خرده‌مقیاس دلسوزی منفی (خود قضاوتی، بیش تشخیصی و انزوا) در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۲ قرار گرفت. (Amini Asl (2016) برای تعیین روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کرد. نتایج تحلیل عاملی یک ساختار دو عاملی را استخراج کرد که روی هم ۵۴/۷۹ درصد از واریانس مقیاس را تبیین کرد. در پژوهش مذکور پایایی پرسشنامه با روش همسانی درونی برای عامل خوددلسوزی سازگارانه ۰/۶۸ و برای خوددلسوزی ناسازگارانه ۰/۸۲ محاسبه شد.

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی: این مقیاس که توسط Carleton, Norton and Asmundson (2007) ساخته شده است ۱۲ آیت دارد و روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ «اصلاً مرا توصیف نمی‌کند» تا ۵ «کاملاً مرا توصیف می‌کند» درجه‌بندی می‌شود. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس عدم بلا تکلیفی احتمالی و عدم بلا تکلیفی بازدارنده به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ به دست آمد. به علاوه ضریب همبستگی مقیاس عدم بلا تکلیفی ۱۲ آیتی با نسخه اصلی مقیاس عدم بلا تکلیفی ۰/۹۶ گزارش شد. در پژوهش Alinezhad (2016) اعتبار آزمون به روش همسانی درونی ۰/۷۹ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی وی نیز نشان داد که الگوی تک عاملی این پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد ($CFI=0/98$ ، $NFI=0/95$ ، $NNFI=0/97$ ، $RMSEA=0/08$ و $GFI=0/94$ ، $JFI=0/98$).

پرسشنامه نگرش‌های خوردن: برای ارزیابی باورهای خوردن از پرسشنامه نگرش‌های

خوردن Garner et al. (1979) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۶ آیتم دارد و روی یک مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت از «همیشه» تا «هرگز» رتبه‌بندی می‌شود. Garner et al. (1979) پایایی آزمون نگرش به خوردن را برای گروه غیربالینی و بالینی ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در بررسی روایی و پایایی در مطالعه Dezhkam and Nobakht (2000) ضریب پایایی ۰/۹۱ محاسبه شد و اعتبار محتوایی آزمون نیز تأیید شد. Babae, Khodapanahi and Saleh Sedghpoor (2007) در رواسازی و بررسی اعتبار این آزمون از روایی سازه استفاده کردند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی ساختار سه عاملی به‌دست‌آمده Garner et al. (1979) را تأیید کرد. به‌علاوه، میزان همبستگی‌های درونی که در دامنه ۰/۶۱ تا ۰/۸۹ قرار گرفت حاکی از همگرایی عامل‌ها با کل پرسشنامه بود. در پژوهش Gholamrezaei, Mehrabizade Honarmand, Zargar, Davoudi and Bassaknejad (2014) ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل و مؤلفه‌های سه‌گانه به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۱، ۰/۶۰ و ۰/۵۳ برآورد شد. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ برآورد شد.

یافته‌ها

در ابتدا مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه نرمال بودن روش کلوموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. مفروضه استقلال باقیمانده‌ها به کمک آماره دوربین واتسون و بررسی هم خطی چندگانه به کمک عامل تورم واریانس VIF و شاخص تولورنس بررسی شد. مقدار آماره دوربین واتسون ۱/۹۸ محاسبه شد که حاکی از عدم تخطی از مفروضه استقلال باقیمانده‌ها است. همچنین مقدار شاخص VIF و شاخص تولورنس به ترتیب ۱/۷۷، ۱/۸۱، ۱/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۵ و ۰/۷۹ به دست آمد که نشان‌دهنده عدم هم خطی بودن چندگانه است. در جدول ۱ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. آن‌گونه که در جدول مشخص ۱ است بین نگرش‌های خوردن با شرم از دیگران، شرم از تصویر بدنی، عدم تحمل بلا تکلیفی و خوددلسوزی ناسازگارانه رابطه مثبت و با خوددلسوزی سازگارانه رابطه منفی وجود دارد. این رابطه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار است ($p < 0.01$). جهت پیش‌بینی نگرش‌های خوردن از طریق شرم از دیگران، شرم از تصویر بدنی، عدم تحمل

۱۸۹ رابطه شرم، خود دلسوزی و عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرش‌های خوردن دانش‌آموزان دختر

بلا تکلیفی و خوددلسوزی (سازگارانه و ناسازگارانه) از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد. مدل نشان می‌دهد که شرم از تصویر بدنی، خوددلسوزی سازگارانه و شرم از دیگران وارد معادله رگرسیون شده است (جدول ۲).

Table 1.
Correlation Matrix of Research Variables

Variable	Frequency	eating attitudes	
		Pearson Correlation	Significance Level
Shame from others	259	0.47**	0.001
body-image shame	259	0.48**	0.001
Intolerance of Uncertainty	259	0.29**	0.001
adaptive self-compassion	259	-0.37**	0.001
maladaptive self-compassion	259	0.20**	0.001

Table 2.
The Results of Regression Analysis of Eating Attitudes through Shame, Intolerance of Uncertainty and Self-Compassion

Variable	r	R Square	Unstandardized Coefficients B	SE	Standardized Coefficients Beta	T Value	Significance Level	Tolerance	VIF	Durbin Watson
Body-Image Shame	0.48	0.23	0.52	0.13	0.29	4.18	0.001	0.88	1.77	
adaptive self-compassion	0.54	0.30	-1.20	0.31	-0.22	-3.83	0.001	0.85	1.81	1.98
Shame from others	0.56	0.32	0.57	0.20	0.20	2.83	0.001	0.79	1.93	

مدل اول مشخص می‌کند که ۲۳ درصد از واریانس مشاهده شده در نگرش‌های خوردن از طریق شرم از تصویر بدنی توجیه می‌شود (R Square= ۰/۲۳). اضافه شدن مدل ۲ (خوددلسوزی سازگارانه) و مدل ۳ (شرم از دیگران) به ترتیب سبب افزوده شدن ۷ درصد و ۲

درصد به واریانس قبلی می‌شود. بدین ترتیب سه مدل روی هم ۳۲ درصد از واریانس نگرش‌های خوردن را تبیین کردند ($R\text{ Square}= ۰/۳۲$). بر این اساس اگر شرم از تصویر بدنی و شرم از دیگران به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/۲۹ و ۰/۲۰ نمرات نگرش‌های خوردن را افزایش می‌دهد. به همین ترتیب یک واحد افزایش در خوددلسوزی سازگارانه نمرات نگرش‌های خوردن را ۰/۲۲ واحد کاهش می‌دهد.

$$\text{نگرش‌های خوردن} = ۶۵/۷۷ + ۰/۲۹x_1 - ۰/۲۲x_2 + ۰/۲۰x_3$$

تصمیم برنامه گام‌به‌گام این است که افزایش مقدار R با وارد کردن متغیرهای تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی و خوددلسوزی ناسازگارانه پرتوان نیست و بنابراین این متغیرها از معادله نهایی خارج شده است، زیرا مقدار P value بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است.

بحث و نتیجه‌گیری

شواهد فزاینده حاکی از آن است از بین مکانیزم‌های متعددی که در آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن نقش دارند، شرم، ادراک حقارت در رتبه‌بندی‌های اجتماعی و خود انتقادی هم در نمونه‌های بالینی و هم غیربالینی به‌طور خاصی برجسته‌ترند (Duarte, Ferreira & Pinto-Gouveia, 2016). در این پژوهش هماهنگ با فرضیه پیشنهادی، نتایج نشان داد که شرم (شرم از تصویر بدنی و شرم از دیگران) با نشانگان اختلال خوردن مرتبط است. این یافته‌ها همسو با یافته‌های اخیر نشان می‌دهد که تجارب شرم می‌تواند به‌عنوان خاطرات تروماتیک در زنان مبتلا به اختلال خوردن عمل کند. زمانی که خاطرات شرم برای فرد مهم می‌شود و به‌عنوان خاطرات تروماتیک همراه با افکار مهاجم و برانگیزاننده شناسایی می‌شوند، آن‌ها تا حد زیادی تهدیدکننده می‌شوند و سیستم تهدید (threat system) را بیش از حد تحریک می‌کنند. به‌علاوه سیستم سائق (drive system) نیز به‌عنوان ابزاری برای کنترل تهدید فعال می‌شود و احساسات شرم شدید، بی‌کفایتی و احساس عدم جذابیت را می‌پذیرد. پیامد این برانگیختگی سطوح بالاتر نشانگان اختلال خوردن است. در تمامی این موارد به نظر می‌رسد که سیستم امنیت- آرامش (safety-soothing system) قادر نیست تا بیش‌فعالی سیستم تهدید و سیستم سائق را کاهش دهد و هیجان‌پذیری منفی را تعدیل نماید. مطالعات مربوط به رابطه بین شرم از تصویر بدنی و آسیب‌شناسی اختلال خوردن محدود است. مطالعات محدود انجام شده

Mustapic,) نشان می‌دهد که شرم از تصویر بدنی نقش مهمی در رشد اختلالات خوردن دارد (Marcinko & Vargek, 2015).

در تبیین چنین نتایجی می‌توان گفت در زنان و دخترانی که رفتارهای خوردن آن‌ها مختل شده است احساس بدتری درباره خودشان در ارتباط با بدنشان و مسائل خوردنشان دارند، طوری که احساس می‌کنند باید درباره رفتارهایشان کاری انجام دهند. آن‌ها به‌جای این‌که مشکلات خودشان را به‌عنوان مجموعه‌ای از رفتارها و شناختارهای مسئله‌زا از خود تمیز دهند، آن‌ها را به‌عنوان انعکاس خود ارزشی‌شان در نظر می‌گیرند، زیرا تمایز بین ظاهر فیزیکی‌شان، خود ارزشی‌شان و رفتارهای مختل خوردنشان روشن نیست (Doran & Lewis, 2012).

Grabe, Hyde and Lindberg (2007) نیز معتقدند که شرم بدنی ناکامی دختران برای دستیابی به استانداردهای بدنی ایده‌آل را علیرغم تلاش برای انجام این کار پررنگ‌تر می‌کند. در همین راستا گزارش شده است زمانی که دستیابی به ایده‌آل‌های بدنی شخصی فرد و استانداردهای فرهنگی ادراکی دچار مشکل می‌شود، افرادی که چنین استانداردهایی را برای ظاهر و وزن درونی کردند، احتمال بیشتری است تا در رسیدن به آن‌ها ناکام شوند، که این منجر به پیامدهای هیجانی منفی، شرم بدنی و رفتارهای خوردن مختل می‌شود. سایر محققان معتقدند که نگرش‌ها و رفتارهای خوردن مختل ممکن است نتایج تلاش ناکارآمد برای نزدیک شدن و رسیدن به تصویرهای بدنی مطلوب اجتماعی به‌منظور احساس امنیت، پذیرفته شدن و ارزشمندی در برابر دیگران باشد (Pinto-Gouveia et al., 2014). در مجموع چنین یافته‌هایی نشان می‌دهد که رفتارهای خوردن مختل به اثرات متناقض مرتبط با فرایندهای خود نظارتی و خودکنترلی ناسازگارانه مرتبط است. در برگشت، این فرایندها منجر به سطوح بالاتر احساس خودمعیوبی و خودنقصانی می‌شود و در رشد و حفظ اختلالات خوردن سهم خواهد داشت (Duarte et al., 2016).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که خوددلسوزی سازگارانه با نشانگان اختلال خوردن رابطه معکوس دارد. خاطر نشان شده است که خوددلسوزی به‌عنوان یک فاکتور حمایتی احتمالی علیه شرم و نارضایتی از تصویر بدن در زنان و اختلال خوردن است (Pinto-Gouveia et al., 2014). به‌علاوه یافته‌های پژوهشی اخیر نشان داده که خاطرات شرم می‌توانند به‌عنوان خاطرات تروماتیک عمل کنند و برای هویت بخشی فردی به بیماران مبتلا به اختلال

خوردن مهم باشند (Matos, Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2014). چنین نتایجی می‌تواند به‌روشنی بر اساس مدل سه‌بخشی عواطف (Gilbert, 2009) تبیین شود. بر اساس این مدل خاطرات شرم ممکن است به‌عنوان خاطرات هیجانی شرطی عمل کنند، سیستم تهدید را تحریک کنند و فعالیت سیستم امنیت- آرامش را به خطر بیندازند. در بیماران با اختلال خوردن این امکان وجود دارد که چنین خاطرات تهدیدکننده‌ای دامنه‌ای از پاسخ‌های دفاعی را که در سیستم سائق ریشه دارد، بوجود آورد. این پاسخ‌های دفاعی که با تکانه‌های شدید مربوط به کنترل ظاهر و وزن بدن مرتبط است، ممکن است به‌عنوان راهبردی به‌منظور تلاش برای دستیابی به یک موقعیت اجتماعی ایمن‌تر و اجتناب از احساس حقارت و شرم ظاهر شود. زمانی که این خاطرات تروماتیک شرم برانگیخته می‌شوند، فعال‌سازی سیستم تهدید ممکن است از طریق سیستم امنیت- آرامش و به علت توانایی شخص به معطوف داشتن مهربانی و دلسوزی خود تلطیف شود (Ferreira et al., 2014).

خوددلسوزی از طریق تسهیل کردن واکنش آرام‌تر (calmer) و قابل‌پذیرش‌تر کردن طرد ناشی از احساسات منفی مانع از تمایلات هیجانی ناشی از سائق خوردن می‌شود. تصور می‌شود که ارتباط خوددلسوزانه با خود احساس امنیت و آرامش را سبب می‌شود. احساس ایمنی درک بهتر و مستقیم‌تری از خوردن و یک دیدگاه حاکی از پذیرش و قدردانی نسبت به بدن (toward one's body) فراهم می‌کند. همچنین تصور می‌شود که خوددلسوزی سیستم‌های تهدیدکننده در مغز که مسئول رفتارها، احساسات و توجه متمرکز بر تهدید هستند، را آرام (تلطیف) می‌کند (Gilbert, 2009). این فرایندها به توضیح اینکه چرا افرادی که خوددلسوزی بیشتری دارند رفتارهای خوردن و نارضایتی از بدن کمتری را گزارش می‌کنند کمک می‌کند. آن‌گونه که مشخص شد احساس شرم و خوددلسوزی سازگارانه در درگیری در رفتارها و نگرش‌های خوردن نقش دارند. به‌عبارت دیگر افراد با احساسات بالای شرم سطوح بالاتری از آسیب‌شناسی نگرش‌های خوردن را نشان می‌دهند. این یافته‌ها با مبانی نظری و ادبیات پژوهشی که نشان می‌دهد زمانی که سطوح شرم افزایش می‌یابد، افزایش این هیجان اثرات کشنده و مضری بر سلامت روان دارد، همسو است. به‌عبارت دیگر، افرادی که سطوح بالایی از هیجان منفی از جمله شرم را تجربه می‌کنند نگرش‌های تنبیهی و خود انتقادی در روابط خود- با- خود اتخاذ می‌کنند و به نظر می‌رسد که این دیدگاه انتقادی در ترکیب قرار گرفتن با

موقعیت‌های شرم‌آور نگرش‌های خوردن را افزایش می‌دهد، این در حالی است که دلسوزی سازگارانمانند یک سپر حمایتی می‌تواند احساسات منفی و حقیرانه درباره بدن را کاهش دهد. به نظر می‌رسد مهارت‌های دلسوزی بستری برای کسب انعطاف‌پذیری شناختی فراهم می‌آورد و نگرش‌های خوردن دانش‌آموزان را تعدیل کند (Peymannia, Hamid & Mhmudalilu, 2014). به عبارتی سطوح بالای خوددلسوزی در روابط خود-با-خود با سطوح پایین‌تر ناراضی‌تری از بدن و درگیری کمتر در الگوهای مختل خوردن مرتبط است. این نقش مثبت دلسوزی در تعدیل نگرش‌های خوردن هم در برنامه‌های درمانی استاندارد اختلال خوردن که از طریق افزایش دلسوزی هدفش بهبود نگرش‌های سالم در خوردن و هم در برنامه‌های آموزش دلسوزی که هدفش کاهش پیامدهای منفی مرتبط با اختلال خوردن هست، تأیید شده است.

دیگر یافته این پژوهش این بود که خوددلسوزی ناسازگاران و عدم تحمل بلا تکلیفی در آسیب‌شناسی نگرش‌های خوردن نقشی نداشت. این یافته‌ها با یافته‌های (Braun et al. (2016)، Renjan et al. (2016) و (Ferreira et al. (2013) ناهمسو است. (Braun et al. (2016 گزارش کردند که خوددلسوزی یک فاکتور حمایت‌کننده در کاهش نشانگان اختلال خوردن است. (Ferreira et al. (2013 معتقدند که نگرش‌های انتقادی نسبت به خود با اختلالات خوردن و نگرش‌های ناکارآمد درباره تصویر بدن مرتبط هستند. در تبیین ناهمسو بودن نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشی انجام‌شده می‌توان به گروه‌های مورد مطالعه، حجم نمونه، ابزارهای مورد استفاده و تفاوت‌های فرهنگی اشاره کرد. در مطالعه (Ferreira et al. (2013 نمونه‌ای ۱۲۳ نفری، (Renjan et al. (2016 یک نمونه ۱۳۴ نفری و در مطالعه (Kelly et al. (2015 یک نمونه ۴۱ نفری از زنان مبتلا به اختلال خوردن مورد بررسی قرار گرفتند.

جمع‌بندی یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که دو سازه پیش‌بین شرم (از تصویر بدنی و شرم از دیگران) و خوددلسوزی (سازگاران) در تعامل با یکدیگر بهتر می‌توانند نشانگان اختلال خوردن را پیش‌بینی کنند و لذا در آسیب‌شناسی روانی و به‌طور خاص رشد و گسترش نشانگان اختلال خوردن دانش‌آموزان دختر توجه به نقش این متغیرهای پیش‌بین مهم است.

با این حال این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است. علیرغم وجود نمره برش در پرسشنامه نگرش‌های خوردن، این پژوهش فقط نگرش‌ها و رفتارهای خوردن دانش‌آموزان را

بررسی کرد و بررسی‌های بیشتر به‌منظور تشخیص اینکه «آیا دانش‌آموزان با نمره‌های بالاتر در این پرسشنامه واقعاً اختلالات خوردن دارند یا نه» صورت نگرفت. در پژوهش‌های آتی سعی شود رابطه بین سازه‌های پیش‌بین و نشانگان اختلال خوردن در گروه‌های بالینی مبتلا به اختلال خوردن و برحسب نوع زیرگونه‌های اختلال خوردن به‌طور مجزا بررسی شود. بر این اساس و با توجه به ارتباط شرم از تصویر بدن و شرم از دیگران با نگرش‌ها و رفتارهای خوردن به درمانگران پیشنهاد می‌شود که در فرآیند مداخله‌های روان‌شناختی برای مدیریت و درمان مشکلات خوردن، به سازه‌های شرم از تصویر بدن و شرم از دیگران توجه ویژه‌ای کنند و راهبردهایی برای تعدیل و اصلاح آن‌ها به بیماران ارائه نمایند. به‌علاوه با توجه به ارتباط خوددلسوزی سازگارانه با نگرش‌های خوردن، می‌توان روش‌های آموزش و افزایش خوددلسوزی را در کار با افراد با نشانگان و رفتارهای خوردن مختل شده بکار برد.

References

- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A. & Neumark-Sztainer, D. (2011). Psychological and behavioral risk profiles as they relate to eating disorder diagnoses and symptomatology among a school-based sample of youth. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 440-446.

- Alinezhad, R. (2016). *The relationship between factors inventory, test anxiety and academic burnout among students*. Thesis for a Master's degree in General Psychology, Islamic Azad University of Neyshabur Branch. [Persian]
- Amini Asl, H. (2016). *The role of cognitive fusion, experiential avoidance and self-compassion on psychological distress in veterans*. Thesis for a Master's degree in Educational Psychology, Islamic Azad University of Birjnd Branch. [Persian]
- Babae, S., Khodapanahi, M. K. & Saleh Sedghpoor, B. (2007). Validating and investigating reliability of the Eating Attitude Test. *International Journal of Behavioral Sciences*, 1(1), 61-68. [Persian]
- Braun, T. C., Park, L. C. & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, 17, 117-131.
- Breines, J., Toole, A., Tu, C. & Chen, S. (2014). Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self and Identity*, 13, 432-448
- Carleton, R. N., Norton, M. A. & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the intolerance of uncertainty scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105-117.
- Dezhkam, M. & Nobakht, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 265-71.
- Doran, J. & Lewis, C. A. (2012). Components of shame and eating disturbance among clinical and non-clinical populations. *European Eating Disorders Review*, 20, 265-270.
- Duarte, C. & Pinto-Gouveia, J. (2017). The impact of early shame memories in Binge Eating Disorder: The mediator effect of current body image shame and cognitive fusion. *Psychiatry Research*, 285, 511-517.
- Duarte, C., Ferreira, C. & Pinto-Gouveia, J. (2016). At the core of eating disorders: Overvaluation, social rank, self-criticism and shame in anorexia, bulimia and binge eating disorder, *Comprehensive Psychiatry*. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 123-131.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. & Batista, D. (2015). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 656-666.
- Einstein, D. A. (2014). Extension of the trans diagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology*, 21, 280-300.
- Ferreira, C., Matos, M., Duarte, C. & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shame memories and eating psychopathology: The buffering effect of self-compassion. *European Eating Disorders Review*, 22, 487-494.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), 207-210.

- Gholamrezaei, S., Mehrabizade Honarmand, M., Zargar, Y., Davoudi, I. & Bassaknejad, S. (2014). The effect of interpersonal psychotherapy on eating disorder symptoms and the psychosocial performance of female students. *Journal of Psychological Achievements*, 21(1), 31-54. [Persian]
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gois, A. C., Ferreira, C. & Mendes, A. L. (2018). Steps toward understanding the impact of early emotional experiences on disordered eating: The role of self-criticism, shame, and body image shame. *Appetite*, 1(125), 10-17.
- Grabe, S., Hyde, J. S. & Lindberg, S. M. (2007) body objectification and depression in adolescents: The role of gender, shame and rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 31,164-175.
- Iannaccone, M., D'Olimpio, F. & Cella, S. (2016). Self-esteem, body shame and eating disorder risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. *Eating Behaviors*, 21, 80-83.
- Kelly, A. C., Carter, J. C., Zuroff, D. C. & Borairi, S. (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Psychotherapy Research*, 23(3), 252-264.
- Kelly, A. C. & Stephen, E. (2016). A daily diary study of self-compassion, body image and eating behavior in female college students. *Body Image*, 17, 152-160.
- Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.
- Konstantellou, A. & Reynolds, M. (2010). Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes. *Eating Behaviors*, 11, 193-196.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Liu, J. L. (2015). *Parenting style and disordered eating: The mediating role of shame*. Beijing: Peking University.
- Mantzios, M., Wilson, J. C. & Linnell, M. (2014). The role of negative cognition, intolerance of uncertainty, mindfulness, and self-compassion in weight regulation among male army recruits. *Mindfulness*, 6(3), 545-552.
- Matos, M., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2014). Eating disorders: when social ranking is shaped by early shame experiences. *Psychology and Psychotherapy*, 88(1), 38-53.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P. & Figueiredo, C. (2015). The other as shamer scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, 74, 6-11.

- Mustapic, J., Marcinko, D. & Vargek, P. (2015). Eating behaviors in adolescent girls: The role of body shame and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders*, 20(3), 329-335.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Oliveira, S., Trindade, I. A. & Ferreira, C. (2018). The buffer effect of body compassion on the association between shame and body and eating difficulties. *Appetite*, 1(125), 118-123.
- Oliveira, V. R., Ferreira, C., Mendes, A. L. & Marta-Simoes J. (2017). Shame and eating psychopathology in Portuguese women: Exploring the roles of self-judgment and fears of receiving compassion. *Appetite*, 1(110), 80-85.
- Peymannia, B., Hamid, N. & Mhmudalilu, M. (2014). The effectiveness of ACT matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of students with symptoms of Borderline Personality Disorders. *Journal of Psychological Achievements*, 25(1), 23-44. [Persian]
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. & Duarte, C. (2014). Thinness in the pursuit for social safeness: An integrative model of social rank mentality to explain eating psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(2), 154-165.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D. & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Renjan, V., McEvoy, P. M., Handley, A. C. & Fursland, A. (2016). Stomaching uncertainty: Relationships among intolerance of uncertainty, eating disorder pathology, and comorbid emotional symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 88-95.
- Rezaei, M., Aflakseir, A., Yavari, A., Mohamadi, N. & Ghayour, M. (2015). Designing and testing a model of thin internalization, self-objectification and body dissatisfaction as precedents of eating disorder risk in female university students. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*, 10(2), 11-18. [Persian]
- Rodgers, R. F., Franko, D. L., Donovan, E., Cousineau, T., Yates, K., McGowan, K., Cook, E. & Lowy, A. S. (2017). Body image in emerging adults: The protective role of self-compassion. *Body Image*, 22, 148-155.
- Schoenefeld, S. J. & Webb, J. B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*, 14(4), 493-496.
- Slater, A., Varsani, N. & Diedrichs, P. C. (2017). The impact of fitspiration and self-compassion instagram images on women's body image, self-compassion, and mood. *Body Image*, 22, 87-96.

- Vajda, A. & Lang, A. (2014). Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 386-390.
- Wong, M. & Qian, M. (2016). The role of shame in emotional. *Eating Behaviors*, 23, 41-47.

