

نقش واسطه‌ای حرمت خود در رابطه بین کنش‌وری خانواده و اختلال خوردن
The Mediating Role of Self-Esteem in the Relationship
Between Family Functioning and Eating Disorder

Salman Zarei, PhD
Lorestan University

سلمان زارعی
استادیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه لرستان

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای حرمت خود در رابطه بین کنش‌وری خانواده و اختلال خوردن انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری آن، دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر نورآباد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. از این جامعه تعداد ۲۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌برداری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از ابزار سنجش خانواده (اپشتاین، بالدوین و بیشاپ، ۱۹۸۳)، آزمون بازخورد‌های خوردن (گارنر، آلماستاد، بوهر و گارفینکل، ۱۹۸۲) و مقیاس حرمت خود روزنبرگ (۱۹۶۱) گردآوری و با مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شد. نتایج نشان داد اثر مستقیم کنش‌وری خانواده بر حرمت خود، و حرمت خود بر اختلال خوردن، منفی معنادار و اثر مستقیم کنش‌وری خانواده بر اختلال خوردن مثبت معنادار است. همچنین، نتایج نشان داد که نقش واسطه‌ای حرمت خود در رابطه بین کنش‌وری خانواده و اختلال خوردن معنادار است. بر اساس یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت کنش‌وری خانواده و حرمت خود دو مؤلفه مهم و اثرگذار بر اختلال خوردن نوجوانان هستند.

واژه‌های کلیدی: کنش‌وری خانواده، حرمت خود، اختلال خوردن

Abstract

This study aimed to investigate the mediating role of self-esteem in the relationship between family functioning and eating disorder. The research design was descriptive-correlational. From the female adolescents' population of Nourabad in the academic year of 1398-1399, a total of 260 high school students were selected via multistage cluster sampling method and were tested by Family Assessment Device (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983), Eating Attitudes Test (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982) and Rosenberg Self-esteem Scale (1961). To analyze the data structural equation modeling was conducted. The results showed that the direct effect of family functioning on self-esteem, the direct effect of self-esteem on eating disorder were significantly negative and the direct effect of family functioning on eating disorder was significantly positive. Also, results showed that the mediating role of self-esteem in the relationship between family functioning and eating disorder was significant. Based on the findings, it can be concluded that family functioning and self-esteem are two important factors affecting adolescents' eating disorder.

Keywords: family functioning, self-esteem, eating disorder

received: 09 March 2020

accepted: 01 June 2020

Contact information: salman_zarei@yahoo.com

دریافت: ۹۸/۱۲/۱۹

پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۲

www.SID.ir

مدل آسیب‌شناسی بیماری‌پذیری- تنیدگی^۵ است. بر اساس این روی‌آورد، اختلال‌های خوردن در نتیجه تعامل استعداد زیستی یا شناختی فرد و وقایع شدید محیطی روی می‌دهد (فارس‌تاد، مک‌گوئن و ون‌رانسون، ۲۰۱۶). اگرچه تاکنون پیامد قطعی و مشخص اختلال‌های خوردن در آثار پژوهشی مرتبط با این اختلال‌ها یافت نشده و گرایش‌های خاصی در آن دیده می‌شود، پژوهشگران مختلف عواملی را گزارش کرده‌اند که توسط بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی مطرح شده‌اند (بالوتین، مانارینی، منسی، چیاپدی و گاتا، ۲۰۱۷). افراد مبتلا به بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی معمولاً مواردی از جمله باورهای هسته‌ای منفی^۶ در مورد غذا و خوردن (جانسون و دیگران، ۲۰۱۸)، نارضایتی بدن^۷، خودانتقادگری^۸ و حرمت خود پایین (فورسن‌ماتیلا، کلیتون و بیرگارد، ۲۰۱۷)، انزوا^۹، کمروبی^{۱۰} و کناره‌گیری اجتماعی^{۱۱} (لئونیداس و دوس‌سانتوس، ۲۰۱۷)، و ادراک نادرست از کنش‌وری خانواده (استوارت و دیگران، ۲۰۱۵) را گزارش کرده‌اند. در این بین، کنش‌وری خانواده، طیف وسیعی از سازه‌های خانوادگی را شامل می‌شود که ماهیت روابط خانوادگی، انسجام و سازگاری^{۱۲}، تصمیم‌گیری مشترک^{۱۳}، رشد متقابل^{۱۴}، مراقبت و خودکام‌بخشی^{۱۵} را منعکس می‌کند (بارانی، درخشان و اناری‌نژاد، ۱۳۹۸؛ کندی، رونی، کین، هاسن و نسا، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اهمیت عوامل خانوادگی در پدیدآیی برخی اختلال‌های خاص است؛ برای مثال، یافته‌های هولتوم-ویسل و آلن (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اختلال‌های خوردن، کنش‌وری خانواده خود را بد و ناکارآمد می‌دانند. همچنین، مایهو و دیگران (۲۰۱۷) مشاهده کردند که پویایی‌های خاص خانواده، از جمله محافظت بیش‌ازحد^{۱۶}، مزاحمت^{۱۷}، عدم پاسخگویی هیجانی^{۱۸} و تعارض‌های بین نسلی^{۱۹} با اختلال‌های خوردن در ارتباط هستند. افزون بر آن، نقش عواملی مانند ناتوانی در حل تعارض^{۲۰} (گونسالوز، ماچادو، مارتینس، هونک و ماچادو، ۲۰۱۶)، وابستگی بیش‌ازحد و از بین رفتن مرزها بین اعضای خانواده (ارول،

اختلال‌های خوردن^۱ گروهی از اختلال‌ها است که با بازخورد غیرطبیعی به غذا خوردن همراه است و منجر به ایجاد آشفتگی‌های قابل توجه در حفظ وزن سالم بدن و مشکلات جدی سلامت می‌شود (ساده-شارویت، آرنوف، اوسیو، لاک و پاچاریتو، ۲۰۱۸). به‌طور کلی، اختلال‌های خوردن برای اولین بار پیش از رسیدن به بزرگسالی تشخیص داده می‌شوند، با این حال ممکن است در طول زندگی فرد نیز ادامه یابند (سمینک و دیگران، ۲۰۱۸). در بسیاری از موارد، بیماران مبتلا به اختلال خوردن، ناپایداری نشانه‌ها را نشان می‌دهند که از کاهش وزن قابل توجه تا پرخوری در نوجوانی و توقف رفتارهای پاکسازی مزاج در بزرگسالی در تغییر است (رزونکا، بیئن و ایوانوویچ-پالوس، ۲۰۱۶). افزون بر آن، نشانه‌های غیرتشخیصی اختلال خوردن در جمعیت گسترده‌ای رخ می‌دهد، اما در بین بزرگسالان شایع‌تر است (دیونگ، اسکورل و هونک، ۲۰۱۸). دسته‌بندی اختلال‌های خوردن، اختلال‌های مشخص مانند بی‌اشتهایی عصبی^۲ و پراشتهایی عصبی^۳، و اختلال‌های غیرمشخص مانند اختلال پرخوری^۴ را دربرمی‌گیرد (زارچاتا، مولان، کروک و لوزسزینسکا، ۲۰۱۷). پیشینه پژوهشی در این قلمرو نیز نشان می‌دهد که سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی اختلال‌های خوردن، چندوجهی است و درک محدودی در این زمینه وجود دارد (کروپلوسکی، سچسینیاک، فارمانسکا و گوژسکا، ۲۰۱۹). پژوهشگران عوامل مختلف زیستی (هاینوس و دیگران، ۲۰۱۸)، فرهنگی (مایهو، پیگیر، کوتیوریر و میئر، ۲۰۱۷) و خانوادگی (لیس، کوتسو، گوئمان و فوسیون، ۲۰۱۷) را به‌عنوان عوامل حفاظتی و خطرناک در خصوص ایجاد و تداوم اختلال‌های خوردن مطرح کرده‌اند. در این بین، عوامل مرتبط با خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا خانواده زمینه‌های رشد جامع فکری، هیجانی و اجتماعی از جمله شخصیت و حرمت خود را فراهم می‌کند (فرگوسن، ۲۰۱۸). روی‌آورد چندبعدی در بررسی اختلال‌های خوردن، متناسب با

1. eating disorder
2. anorexia nervosa
3. bulimia nervosa
4. binge eating disorder
5. diathesis-stress model
6. negative core beliefs
7. body dissatisfaction

8. self-criticism
9. alienation
10. shyness
11. social withdrawal
12. cohesion and adaptability
13. sharing of decision making
14. mutual growth

15. caring and self-fulfillment
16. overprotection
17. intrusiveness
18. emotional unresponsiveness
19. cross-generational conflicts
20. inability to resolve conflicts

یازسی و توپراک، ۲۰۰۷)، سطح دل‌بستگی پایین و انتظارات بالای والدین (کرنیگلیا و دیگران، ۲۰۱۷)، و رابطه منفی والد-فرزند (کروتانا، ورنانسون، ویلسون و آیکنو، ۲۰۱۸) نیز در شکل‌گیری و اثرگذاری بر سیر و پیش‌آگهی اختلال‌های خوردن تأیید شده است.

با وجود این، درک یا تجربه روابط خانوادگی غیررضایت‌بخش، همیشه منجر به اختلال‌های خوردن نمی‌شود، زیرا ممکن است متغیرهای واسطه‌ای دیگری در رابطه بین عوامل خانوادگی و اختلال‌های خوردن نقش داشته باشند که منتج به شکل‌گیری پسخوراندها^۱ و رفتارهای خوردن نابهنجار شوند (کانالس، سانچو و آریجا، ۲۰۰۹). برخی پژوهشگران معتقدند کنش‌وری خانواده می‌تواند فراتر از روابط مستقیم، با اختلال‌های خوردن همراه باشد؛ بنابراین، روابط پیچیده این دو متغیر در چهارچوب مدل بیماری‌پذیری-تنبیدگی به بررسی بیشتری نیاز دارد (زاچریسون و اسکاردرود، ۲۰۱۰).

مطابق با مدل بیماری‌پذیری-تنبیدگی، کنش‌وری خانواده ممکن است بروز اختلال‌های خوردن را از طریق حرمت خود به منزله یک عامل آسیب‌پذیری تحت تأثیر قرار دهد (فورسن‌مانتیلا و دیگران، ۲۰۱۷). در این پژوهش تمرکز بر مفهوم حرمت خود، برآمده از نظریه جامعه‌سنجی^۲ است که حرمت خود را شاخص ارزیابی ارتباطی فرد تعریف می‌کند (لیو، کسینان و وازسونی، ۲۰۱۸). در بافت کنش‌وری خانواده، احساس‌های افراد نسبت به خود ممکن است تحت تأثیر ارزیابی‌های والدین از آن‌ها باشد که از کودکی به یاد می‌آورند و تداوم دارد (دادا، آیزو، مونتبرنو، گرابو و فیکساس، ۲۰۱۷). هرچه درجه ارتباط شخص با افراد مهم زندگی از اهمیت بیشتری برخوردار باشد، گرایش به انجام رفتارهای ناکارآمد پایین می‌آید (های و دیگران، ۲۰۱۷). در همین راستا، فیبرن کوپر، شافران، بوئن و هاوکر (۲۰۰۸) مطرح می‌کنند که حرمت خود، مشخصه‌ای مشترک در بیماران پرخور و ویژگی متداولی در شروع مشکلات خوردن است. نگاه منفی مداوم به خود، در حوادث گذشته یا تجربیاتی ریشه دارد که تا زمان حال ادامه داشته‌اند و ممکن است موجب خودانتقادگری شدید و کاهش شایستگی شخصی^۳ شود؛ بنابراین، به‌نظر می‌رسد حرمت خود پایین خطر ارزیابی بیش‌ازحد شکل و وزن بدن را افزایش می‌دهد که به نوبه خود ممکن است به شیوه‌های ناسالم مهار وزن و به تبع آن

1. feedback
2. sociometer
3. personal competency
4. dichotomous appraisal of self-worth
5. parenting skills
6. feeling of body shame

7. avoidant attitude
8. psychosomatic symptoms

اعم از مطلع بودن شرکت‌کنندگان از روند پژوهش و محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش رعایت شده است. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن نوجوانان در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال به ترتیب برابر ۱۶/۰۵ و ۱/۲۷ بود. همچنین، در نمونه مورد نظر رشته تحصیلی ۱۰۵ دانش‌آموز علوم انسانی (۱۴ نفر پایه اول، ۶۱ نفر پایه دوم، ۳۰ نفر پایه سوم)، ۱۴۷ دانش‌آموز علوم تجربی (۴۷ نفر پایه اول، ۴۸ نفر پایه دوم، ۵۲ نفر پایه سوم)، و ۸ دانش‌آموز ریاضی و فیزیک (پایه دهم) بود.

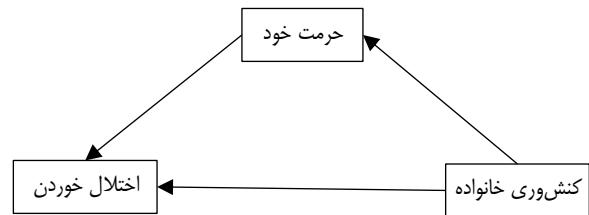
ابزار سنجش خانواده^۱ (ایستاین، بالدوین و بیشاپ، ۱۹۸۳).

این ابزار ۶۰ ماده‌ای است بر اساس مدل کنش‌وری خانواده مک‌مستر^۲ (۱۹۸۲) تدوین شده و دارای شش بعد است که عبارت‌اند از: حل مسئله^۳ (ماده‌های ۲، ۱۲، ۲۴، ۳۸، ۵۰ و ۶۰)، روابط^۴ (ماده‌های ۳، ۱۴، ۱۸، ۲۹، ۴۳، ۵۲ و ۵۹)، نقش‌ها^۵ (ماده‌های ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۳، ۳۰، ۳۴ و ۴۰)، پاسخگویی عاطفی^۶ (ماده‌های ۹، ۱۹، ۲۸، ۳۵، ۳۹ و ۵۷)، مشارکت عاطفی^۷ (ماده‌های ۵، ۱۳، ۲۲، ۲۵، ۳۳، ۳۷، ۴۲ و ۵۴)، مهارگری رفتاری^۸ (ماده‌های ۷، ۱۷، ۲۰، ۳۲، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۵۵ و ۵۸). نمره‌گذاری ابزار با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتی (کاملاً موافق=۱، موافق=۲، مخالف=۳، کاملاً مخالف=۴) انجام می‌شود. مجموع نمرات شش زیرمقیاس نمره کلی کنش‌وری خانواده را نشان می‌دهد که نمرات بالاتر نشانگر کنش‌وری ناسالم‌تر است.

ایستاین و دیگران (۱۹۸۳) روایی همزمان و پیش‌بین ابزار سنجش خانواده را از طریق همبستگی آن با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس^۹ (۱۹۵۹) مورد تأیید قرار داده و دامنه ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها و کل ابزار را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده همسانی درونی نسبتاً خوب ابزار است. همچنین، ذوالفقاری و دیگران (۱۳۹۷) اعتبار این ابزار را در جامعه بیماران مبتلا به اختلال خوردن با استفاده از روش بازآزمایی پس از ۲ ماه برای کل ابزار ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش اعتبار ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس حل مشکل ۰/۸۲، ارتباط ۰/۸۷، نقش‌ها ۰/۷۹، پاسخدهی عاطفی ۰/۸۴، مشارکت عاطفی ۰/۷۸، مهارگری رفتاری ۰/۸۳ و کل ابزار برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

مفهومی (شکل ۱)، نقش واسطه‌ای حرمت خود در رابطه بین کنش‌وری خانواده و اختلال خوردن را مورد آزمون قرار دهد تا از این طریق به رفع خلاء پژوهشی در خصوص روابط غیرمستقیم و افزایش دانش موجود در خصوص روابط مستقیم بین متغیرها کمک کند. بر اساس الگوی مفهومی پژوهش، فرضیه‌های زیر تدوین شده است:

- کنش‌وری خانواده بر اختلال خوردن اثر مثبت مستقیم دارد.
- کنش‌وری خانواده از طریق حرمت خود بر اختلال خوردن اثر مثبت غیرمستقیم دارد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری آن، دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان نورآباد در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. جهت تعیین حجم نمونه بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۰۷) مبنی بر ۱۰ تا ۲۰ برابر کردن تعداد پارامترها در مدل‌یابی معادلات ساختاری، در این پژوهش با احتساب مجموع ۲۳ پارامتر، حداقل نمونه مورد نیاز ۲۳۰ نفر بود که با بیش‌برآورد تعداد ۲۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌برداری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. بدین صورت که ابتدا از بین مدارس دوره دوم متوسطه (در مجموع ۱۰ مدرسه) به تصادف تعداد ۴ مدرسه و از هر مدرسه، ۳ کلاس با روش تصادفی انتخاب شد. سپس از بین همه دانش‌آموزان کلاس‌ها و بر اساس ملاک‌های ورود نمونه نهایی انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل (۱) رضایت معلم و دانش‌آموز برای شرکت در پژوهش و (۲) دامنه سنی بین ۱۵ تا ۱۷ سال، و تنها ملاک خروج از پژوهش داشتن سابقه بیماری جسمانی و روانی خاص (بر اساس خودگزارشی نوجوانان) بود. همچنین، ملاحظات اخلاقی

1. Family Assessment Device (FAD)

2. McMaster model of family functioning

3. problem solving

4. relationships

5. roles

6. affective responsiveness

7. affective involvement

8. behavior control

9. Locke-Wallace Marital Satisfaction Scale

کرونباخ آن در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان، و در نوبت دوم ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان گزارش شده است (روزنبرگ، ۱۹۶۵). همچنین روایی این مقیاس در پژوهش باجاج، گوپتا و پاند (۲۰۱۶) از طریق همبستگی آن با سیاهه حرمت خود کوپراسمیت^{۱۲} (۱۹۶۷) برابر ۰/۶۸ گزارش شده است. عطاران و محمدی (۱۳۹۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را برای پسران ۰/۸۸، برای دختران ۰/۸۷ و در کل ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، اعتبار مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

پس از اجرای پرسشنامه‌ها، تعداد ۱۴ پرسشنامه با استفاده از «فاصله مهالانوبیس»^{۱۳} به عنوان داده پرت مشخص و از روند پژوهش حذف شد. در نهایت داده‌های مربوط به ۲۴۶ نفر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و آزمون بوت‌استرپ^{۱۴} تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی درج شده است.

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	<u>M</u>	<u>SD</u>	۱	۲
۱. کنش‌وری خانواده	۱۱۴/۷۴	۱۴/۵۶	-	
۲. حرمت خود	۵/۳۲	۲/۰۸	۰/۵۹*	-
۳. اختلال خوردن	۴۱/۳۵	۱۱/۴۶	۰/۳۲*	۰/۶۳*

*P < ۰/۰۱

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین کنش‌وری خانواده با اختلال خوردن رابطه مثبت، بین اختلال خوردن با حرمت خود، و کنش‌وری خانواده با حرمت خود رابطه منفی معنادار وجود دارد. با توجه به تأیید ارتباط معنادار متغیرها با یکدیگر، امکان بررسی نقش واسطه‌ای حرمت خود در رابطه کنش‌وری خانواده و اختلال خوردن

آزمون بازخوردهای خوردن^۱ (گارنر، آلماستاد، بوهر و گارفینکل، ۱۹۸۲). این آزمون خودگزارش‌دهی ۲۶ ماده‌ای برای سنجش بازخوردها و رفتارهای بیمارگون خوردن ساخته شده و دارای سه زیرمقیاس رژیم لاغری^۲ (ماده‌های ۱، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۶)، پرخوری^۳ (ماده‌های ۳، ۴، ۹، ۱۸، ۲۱ و ۲۵) و مهارگری دهانی^۴ (ماده‌های ۲، ۵، ۸، ۱۳، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) است. نمره‌گذاری برای ماده‌های ۱ تا ۲۵ با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتی (هرگز=۰، به ندرت=۱، برخی اوقات=۲، اغلب=۳، معمولاً=۴، همیشه=۵) و برای ماده ۲۶ معکوس انجام می‌شود. مجموع نمره‌های سه زیرمقیاس، نمره کلی را ارائه می‌دهد و هرچه نمره بالاتر باشد، شدت اختلال خوردن بیشتر است.

گارنر و دیگران (۱۹۸۲) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، ساختار سه عاملی این آزمون را تأیید و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ در نمونه دانش‌آموزان برابر ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی این ابزار در پژوهش ریواس، برسابه، جیمز و بروسل (۲۰۱۰) از طریق همبستگی آن با مقیاس تشخیصی اختلال خوردن^۵ (مینتز^۶، سین^۷، مولهولاند^۸ و اشناپدر^۹) (۱۹۹۷) ۰/۷۱ گزارش شده است. در ایران، کاوه و تابع‌بردار (۱۳۹۶) در بررسی روایی این آزمون، همبستگی آن را با پرسشنامه اختلال خوردن اهواز^{۱۰} (شریفی‌فرد، ۱۳۷۷) برابر ۰/۶۶ و اعتبار آزمون را از طریق بازآزمایی پس از گذشت دو هفته برابر ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، اعتبار آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های رژیم لاغری ۰/۸۶، پرخوری ۰/۸۱، مهارگری دهانی ۰/۸۳ و برای کل آزمون برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

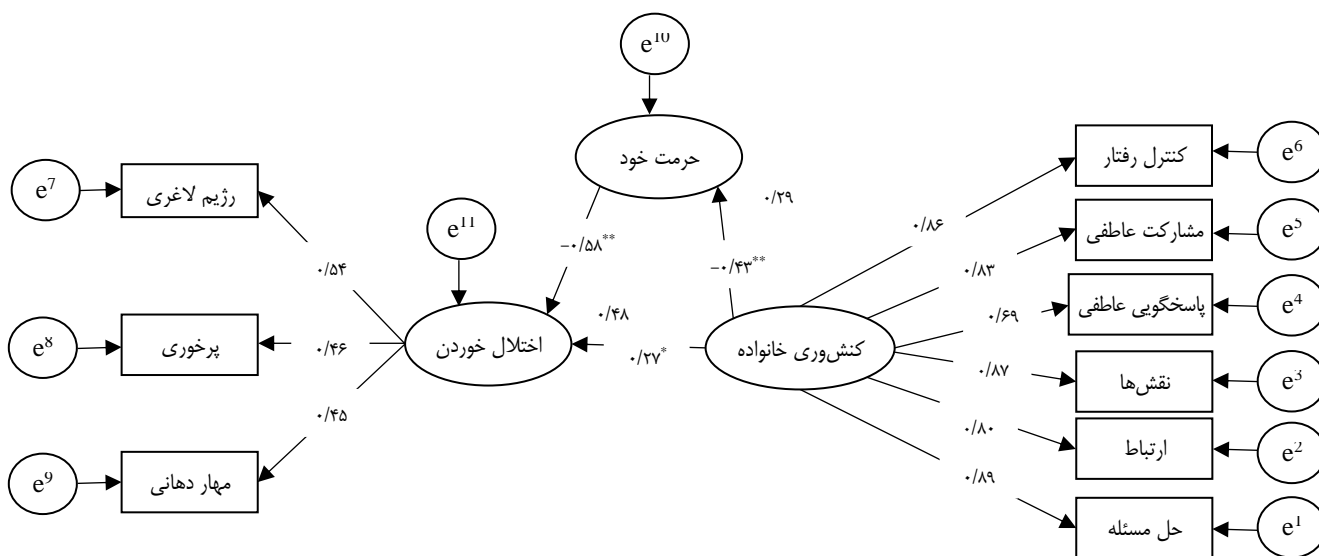
مقیاس حرمت خود روزنبرگ^{۱۱} (روزنبرگ، ۱۹۶۵). این مقیاس ۱۰ ماده‌ای حرمت خود کلی و ارزش شخصی را اندازه می‌گیرد و نمره‌گذاری آن برای ماده‌های ۱ تا ۵ با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۰، مخالفم=۱، موافقم=۲، کاملاً موافقم=۳) و برای ماده‌های ۶ تا ۱۰ معکوس انجام می‌شود که نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده حرمت خود بیشتر است.

روایی و اعتبار ابزار توسط سازنده تأیید شده و ضرایب آلفای

1. Eating Attitudes Test (EAT)	6. Mintz, L. B.	11. Rosenberg Self- Esteem Scale
2. dieting	7. Sean, M.	12. Coopersmith Self-esteem Inventory
3. bulimia	8. Mulholland, A. M.	13. Mahalanobis distance
4. oral control	9. Schneider, P. A.	14. bootstrap
5. Eating Disorder Diagnostic Scale	10. Ahvaz Eating Disorder Questionnaire	

صاحب‌نظران، نمونه بالاتر از ۲۰۰ نفر را برای معادلات ساختاری مناسب می‌دانند که بر اساس این، حجم نمونه (۲۴۶ نفر) شرط کفایت نمونه را برقرار می‌سازد. همچنین، نتایج حاصل از بررسی هم‌خطی چندگانه نشان داد آماره تحمل (بزرگتر از ۰/۱۰) و عامل تورم واریانس (کمتر از ۱۰) در متغیر کنش‌وری خانواده به ترتیب ۰/۴۱۹ و ۵/۰۸۱ و در حرمت خود به ترتیب ۰/۵۴۷ و ۶/۲۰۹ در دامنه پذیرش قرار دارند؛ بنابراین بین متغیرهای پژوهش هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. نمودار ۱ مدل پژوهش بر اساس ضرایب استاندارد شده را نشان می‌دهد.

فراهم است. در ادامه به‌منظور بررسی مدل پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون از برقراری مفروضه‌های اساسی آن (حجم نمونه، بهنجاری توزیع داده‌ها، هم‌خطی چندگانه) اطمینان حاصل شد. بررسی بهنجاری توزیع داده‌ها با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان داد که هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش انحراف جدی از توزیع بهنجار ندارند، زیرا کجی توزیع نمره‌ها در دامنه (۱ و -۱) و کشیدگی در دامنه (۲ و -۲) قرار داشت و بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۱) توزیع داده‌ها در این دامنه را می‌توان بهنجار فرض کرد. تقریباً همه



* $P < 0.05$ ** $P < 0.001$

شکل ۲. مدل آزمون شده اثر کنش‌وری خانواده بر اختلال خوردن با نقش واسطه‌ای حرمت خود

می‌کنند. در جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل گزارش شده‌اند.

با توجه به شکل ۲، کنش‌وری خانواده و حرمت خود، در مجموع ۴۸ درصد از واریانس اختلال خوردن را تبیین

جدول ۲

برآورد شاخص‌های برازش مدل معادله ساختاری

شاخص‌های برازش مقتصد			شاخص‌های برازش تطبیقی			شاخص‌های برازش مطلق			شاخص‌ها
RMSEA	PNFI	CMIN/DF	NNFI	NFI	CFI	SRMR	AGFI	GFI	
۰/۰۳	۰/۷۹	۲/۰۱	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۰۴	۰/۸۷	۰/۹۳	مقادیر الگو
< ۰/۰۸	> ۰/۶۰	< ۳	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۰/۰۵	> ۰/۸۰	> ۰/۹۰	دامنه پذیرش

تمامی شاخص‌های برازش به‌دست آمده از مطلوبیت بالایی

بررسی شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ نشان می‌دهد که

با توجه به جدول ۴، حرمت خود در رابطه بین کنش‌وری خانواده و اختلال خوردن نقش واسطه‌ای دارد ($\beta=0/25$) است. جهت بررسی معناداری اثر غیرمستقیم از آزمون بوت‌استراپ استفاده شد و نتایج آن نشان داد، با توجه به اینکه حد پایین فاصله اطمینان $0/10$ و حد بالای آن $0/14$ است و صفر، بیرون از این فاصله قرار دارد، این رابطه واسطه‌ای در سطح $P<0/01$ معنادار است. همچنین، کنش‌وری خانواده و حرمت خود، در مجموع ۴۸ درصد از واریانس اختلال خوردن را در بین نوجوانان دختر تبیین می‌کنند.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای حرمت خود در رابطه بین کنش‌وری خانواده با اختلال خوردن در نوجوانان دختر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که کنش‌وری خانواده بر اختلال خوردن اثر منفی مستقیم دارد. افرادی که از کنش‌وری خانواده ارزیابی مثبتی دارند، کمتر در خطر ابتلا به اختلال خوردن قرار می‌گیرند. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش کرنیگلیا و دیگران (۲۰۱۷) است که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال خوردن باورهای ناسازگاری در مورد خانواده خود دارند. همچنین، کروتانا و دیگران (۲۰۱۸) مطرح می‌کنند که افراد مبتلا به اختلال خوردن الگوهای تفکر ناکارآمدتری دارند که نه تنها به رژیم غذایی، خوردن و شکل بدن آن‌ها مرتبط است، با محیط و روابط خانوادگی آن‌ها نیز در ارتباط است. این الگوهای تفکر ناکارآمد در پی تجارب خانوادگی گذشته شکل گرفته‌اند و منجر به رفتارهای مخرب و افکار منفی در مورد بدن و در نتیجه اختلال خوردن می‌شوند. همچنین، پژوهشگران همسو با این پژوهش به ویژگی‌های منفی کنش‌وری نظام خانواده از قبیل حمایت افراطی، فاصله عاطفی زیاد، فضای تنش در خانواده و ناتوانی در حل مسئله اشاره می‌کنند که با اختلال‌های خوردن در ارتباط هستند (ارول و دیگران، ۲۰۰۷؛ گونسالولز و دیگران، ۲۰۱۶). در تبیین این موارد می‌توان گفت کنش‌وری خانواده جنبه مهمی از محیط خانواده، سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی است که افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع آنچه درون خانواده اتفاق می‌افتد در کنار چگونگی عملکرد آن می‌تواند عاملی کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات

برخوردارند، زیرا مطابق دیدگاه کلاین (۲۰۰۷) در خصوص مهم‌ترین شاخص‌های مربوط به برازش مدل، نسبت χ^2 دو به دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص برازندگی تطبیقی^۱ و شاخص برازندگی^۲ بزرگتر از $0/90$ و ریشه دوم واریانس خطای تقریب^۳ کمتر از $0/08$ نشانگر برازش مطلوب است؛ بنابراین، شاخص‌های به دست آمده نشان می‌دهد که داده‌ها با مدل مفهومی مورد نظر پژوهش برای روابط متغیرها برازش دارد. با توجه به برازش مناسب مدل، تخمین غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳

خلاصه یافته‌های تحلیل مسیرها

مسیرها	تخمین غیراستاندارد	خطای تخمین استاندارد	مقدار t
کنش‌وری خانواده \leftarrow اختلال خوردن	۰/۱۶	۰/۰۳۱	۵/۷۳*
کنش‌وری خانواده \leftarrow حرمت خود	-۰/۵۳	-۰/۰۷۶	-۹/۸۳**
حرمت خود \leftarrow اختلال خوردن	-۰/۴۱	-۰/۰۹۵	-۱۱/۲۶**

* $P < 0/01$ ** $P < 0/001$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد اثر مستقیم کنش‌وری خانواده بر اختلال خوردن ($\beta=0/27$) مثبت معنادار و اثر مستقیم کنش‌وری خانواده بر حرمت خود ($\beta=-0/43$)، و حرمت خود بر اختلال خوردن ($\beta=-0/58$) منفی معنادار است. یکی از ویژگی‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری، برآورد اثرات غیرمستقیم متغیرها بر یکدیگر است که امکان بررسی نقش واسطه‌ای را فراهم می‌کند. در ادامه اثرهای مستقیم، غیرمستقیم، کل و واریانس تبیین شده در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴

نتایج مربوط به اثرات مستقیم، غیرمستقیم، کل و واریانس تبیین شده متغیرها

مسیرها	اثرهای مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثرهای کل	واریانس تبیین شده
بر حرمت خود از	-	-	۰/۲۹	
کنش‌وری خانواده	-۰/۴۳**	-	-۰/۴۳**	
بر اختلال خوردن از	۰/۲۷*	۰/۲۵*	۰/۴۸	
کنش‌وری خانواده	۰/۲۷*	۰/۲۵*	۰/۵۱**	
حرمت خود	-۰/۵۸**	-	-۰/۵۸**	

* $P < 0/01$ ** $P < 0/001$

(۲۰۱۴) قابل ذکر است که کنش‌وری نامطلوب خانواده می‌تواند احساس شایستگی شخصی و کارآمدی که از ابعاد مهم حرمت خود هستند را در افراد کاهش دهد؛ در نتیجه این افراد در مواجهه با چالش‌های زندگی به‌جای اتخاذ راهبردهای انطباقی، آسیب‌پذیرتر خواهند بود. در تبیینی دیگر می‌توان مطرح کرد که کنش‌وری سالم خانواده، به‌ویژه پاسخگویی عاطفی و ارتباط مؤثر باعث می‌شود افراد احساس کنند که دوست‌داشتنی هستند. این احساس در شکل‌گیری حرمت خود عامل بسیار مهمی است که می‌تواند از بروز مشکلات رفتاری متعددی از جمله رفتارهای خوردن آشفته جلوگیری کند (های و دیگران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، حمایت غیرشرطی و پاسخگویی هیجانی محدود خانواده نسبت به اعضای آن باعث می‌شود افراد مستعد شکل‌دهی تصویر بدنی منفی و در نتیجه اختلال خوردن شوند، زیرا آن‌ها بسیار می‌کوشند که از یک طرف دیگران را خشنود کنند تا مورد دوست داشتن قرار بگیرند و از طرف دیگر به احساس‌های خود بپردازند و اگر در این امور موفق نشوند، با خودانتقادگری بالا حرمت خود آن‌ها آسیب‌پذیر می‌شود (آمیانتو و دیگران، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت کنش‌وری مطلوب خانواده که در آن پذیرش غیرشرطی رخ می‌دهد، از طریق افزایش قدرت هیجانی و ارتقای حرمت خود، شانس مقابله با اختلال خوردن را در نوجوانان افزایش می‌دهد.

در این پژوهش تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها مانند تفاوت در انگیزه و علاقه به موضوع می‌تواند نتایج را با محدودیت روبه‌رور کند. همچنین، این پژوهش روی دانش‌آموزان دختر نوجوان دوره دوم متوسطه شهر نورآباد انجام شد و تعمیم نتایج به کل دانش‌آموزان و دانش‌آموزان پسر باید با احتیاط صورت گیرد؛ بنابراین، انجام پژوهش‌هایی در نمونه‌های پسر و در تمام مقاطع مختلف به‌منظور کمک در جهت غنای اطلاعات، پیشنهاد می‌شود. این پژوهش به‌صورت مقطعی انجام شد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با استفاده از پژوهش‌های طولی و روی‌آوردهای کیفی در زمینه این متغیرها، پژوهش‌هایی انجام شود که به درک بیشتر این متغیرها بیافزاید. درنهایت اینکه، نتایج این پژوهش برای نوجوانان و متخصصان قلمروی نوجوانانی چند پیشنهاد کاربردی ارائه می‌کند. نخست آنکه بر اساس یافته‌ها می‌توان از طریق تقویت حرمت خود به نوجوانان کمک کرد که رفتارهای آسیب‌رسان به خود مانند

مرتبط با رویدادها و شرایط نامناسب در محیط‌های مختلف باشد؛ بنابراین، می‌توان انتظار داشت که کنش‌وری مطلوب و بهنجار خانواده به‌ویژه در شاخص‌هایی مانند ارتباط، حل مسئله و پاسخگویی عاطفی، سلامت روانی و رضایت افراد خانواده در حیطه‌های مختلف را به همراه داشته باشد. در مقابل، اگر خانواده کنش‌وری ضعیف داشته باشد باعث گسستگی و جدایی عاطفی اعضای خانواده و فقدان صمیمیت، سطح پایین کیفیت زندگی و از بین رفتن مرزها بین اعضای خانواده می‌شود که این عوامل مطابق با پژوهش‌ها (بالوتین و دیگران، ۲۰۱۷؛ مایهو و دیگران، ۲۰۱۷) می‌توانند ناسازگاری و مشکلاتی را برای اعضای خانواده از جمله تصویر بدنی منفی ایجاد کنند.

نتایج دیگر نشان داد که حرمت خود در رابطه بین کنش‌وری خانواده و اختلال خوردن نقش واسطه‌ای دارد. نقش واسطه‌ای حرمت خود نشان می‌دهد که ارزیابی منفی عملکرد خانواده به‌طور مستقیم لزوماً باعث ایجاد اختلال خوردن نمی‌شود. فورسن‌ماتیلیا و دیگران (۲۰۱۷) همسو با نتایج پژوهش معتقدند افراد مبتلا به اختلال خوردن، حرمت خود پایینی دارند و در بیشتر مواقع آن را با یک رابطه بد و رویدادهای آسیب‌زای زندگی خانوادگی مرتبط می‌دانند که این امر برای آن‌ها در ایجاد تصویر بدنی منفی به‌عنوان پایه‌ای برای ایجاد اختلال خوردن بسیار بااهمیت است. همچنین، لیو و دیگران (۲۰۱۸) نیز همسو با این پژوهش بر این باورند که محیط خانوادگی ممکن است در حرمت خود افراد مبتلا به اختلال خوردن منعکس شود و به‌شدت تحت تأثیر احساس گناه ناشی از تجربه شکست در روابط خانوادگی باشد. به اعتقاد پلتیربروچو و دیگران (۲۰۱۸)، ارتباط نامطلوب افراد با مادر خود باعث شکل‌گیری خلق منفی و حرمت خود پایین در آن‌ها می‌شود و به‌عاملی خطرناک برای کاهش وزن ناسالم، ایجاد و حفظ اختلال خوردن تبدیل می‌شود. در مقابل، طبق پژوهش گوویا و دیگران (۲۰۱۸) می‌توان گفت مهارت‌های فرزندپروری کارآمد والدین به شکل‌گیری سطح بالایی از خودارزشمندی و حرمت خود در افراد منجر می‌شود؛ بنابراین، این افراد می‌توانند نسبت به رویدادهای منفی خانوادگی گذشته خود، بازخوردی مثبت‌تر اتخاذ کنند و امکان موفقیت احتمالی در موقعیت‌های آتی از جمله غلبه بر اختلال خوردن را بیشتر برای خود متصور شوند.

در تبیین این نتایج مطابق با دیدگاه هولتوم-ویسل و آن

& Gatta, M. (2017). Triadic interactions in families of adolescents with anorexia nervosa and families of adolescents with internalizing disorders. *Frontiers in Psychology*, 7, 2046-2061.

Canals, J., Sancho, C., & Arija, M. V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 353-359.

Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, G., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 305-312.

Dada, G., Izu, S., Montebruno, C., Grau, A., & Feixas, G. (2017). Content analysis of the construction of self and others in women with bulimia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 8, 480-492.

De Jong, M., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2018). Enhanced cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: a systematic review. *Current Opinion in Psychiatry*, 31, 436-444.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.

Erol, A., Yazici, F., and Toprak, G. (2007). Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 47-50.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., & Hawker, D. (2008). Clinical perfectionism, core low self-esteem and interpersonal problems. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Farstad, S. M., McGeown, L., & Von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004-2016: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91-105.

Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., Del Castillo, M., & Compan, V. (2010). Self-construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal Clinical Health Psychology*, 10, 445-457.

اختلال خوردن را مدیریت کنند، زیرا تقویت حرمت خود، مهارت و منبعی است که متخصصان می‌توانند از طریق آموزش و مداخلات مشاوره‌ای آن را ارتقاء دهند؛ بنابراین، قرار دادن این نکته در برنامه‌های آموزش ساختارمند می‌تواند رفتارها و پیامدهای نامطلوب را کاهش دهد. دوم اینکه، نتایج نشان داد کنش‌وری مطلوب خانواده باعث می‌شود که نوجوانان احساس حرمت خود مطلوبی داشته باشند؛ بنابراین، به‌منظور پیشگیری و درمان اختلال‌های خوردن نوجوانان، ضروری است که متخصصان در کارگاه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای، اصلاح کنش‌وری خانواده را مد نظر قرار دهند.

منابع

بارانی، ح، درخشان، م. و اناری‌نژاد، ع. (۱۳۹۸). جو عاطفی خانواده و بی‌صدافتی تحصیلی: نقش واسطه‌ای خودپنداشت تحصیلی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۶ (۶۱)، ۱۰۸-۹۷.

ذوالفقاری، ح، سیدزاده‌دلویی، ا، فرخی، ح، مصطفی‌پور، و، علیشاهی، ع. و مافی‌اصل، س. (۱۳۹۷). مقایسه کنش‌وری‌های خانوادگی بیماران اختلال خوردن‌خوراک با افراد سالم بر اساس مدل مک‌مستر. *مجله پژوهش‌ها ناتوانی*، ۸، ۶۷-۵۹.

زاده‌محمدی، ع. و ملک‌خسروی، غ. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهشی*، ۲ (۵)، ۸۹-۶۹.

عطاران، ن. و محمدی، ن. نقش واسطه‌ای حرمت خود در رابطه بین جهت‌گیری‌های دلبستگی و سازگاری روان‌شناختی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۵ (۵۸)، ۱۵۱-۱۳۹.

کاوه، م. و تابع بردبار، ف. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین رفتار خوردن آشفته با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در دختران نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۷ (۲۷)، ۱۸۳-۱۶۱.

Amianto, F., Northoff, G., Abbate D. G., Fassino, S., & Tasca, G. A. (2016). Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach. *Frontiers in in Psychology*, 7, 849-861.

Bajaj, B., Gupta, R., & Pande, N. (2016). Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and well-being. *Personality and Individual Differences*, 94, 96-100.

Balottin, L., Mannarini, S., Mensi, M. M., Chiappedi, M.,

- Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating Behavior*, 30, 55-60.
- Kennedy, P., Rooney, R. M., Kane, R. T., Hassan, S., & Nesa, M. (2015). The enhanced assize optimism positive thinking skills program: the relationship between internalizing symptoms and family functioning in children aged 9-11 years old. *Frontiers in Psychology*, 6, 504-516.
- Klein, R. (2010). *Principles and practices of structural equation modeling*. (4nd ed.). New York: Guilford Press.
- Korotana, L. M., Von Ranson, K. M., Wilson, S., & Iacono, W. G. (2018). Reciprocal associations between eating pathology and parent-daughter relationships across adolescence: A monozygotic twin differences study. *Frontiers in Psychology*, 9, 914-925.
- Kropiewski, Z., Szczesniak, M., Furmanska, J., & Gojska, A. Assesment of family and disorders- the role of esteem. *Frontiers in Psychology*, 24(4), 19-33.
- Leonidas, C., & Dos Santos, M. A. (2017). Emotional meanings assigned to eating disorders: narratives of women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Universal Psychology*, 16, 1-13.
- Leys, C., Kotsou, I., Goemanne, M., & Fossion, P. (2017). The influence of family dynamics on eating disorders and their consequence on resilience: A mediation model. *American Journal of Family Therapy*, 45, 123-132.
- Liu, D., Ksinan, A. J., & Vazsonyi, A. T. (2018). Maternal support and deviance among rural adolescents: The mediating role of self-esteem. *Journal Adolescence*, 22, 62-71.
- Mayhew, A. J., Pigeyre, M., Couturier, J., & Meyre, D. (2017). An evolutionary genetic perspective of eating disorders. *Neuroendocrinology*, 106, 292-306.
- Pearl, R. L., White, M. A., & Grilo, C. M. (2014). Overvaluation of shape and weight as a mediator between self-esteem and weight bias internalization among patients with binge eating disorder. *Eating Behavior*, 15, 259-261.
- Pelletier Brochu, J., Meilleur, D., DiMeglio, G., Taddeo, Feng, T., & Abebe, D. S. (2017). Eating behavior disorders among adolescents in a middle school in Dongfanghong, China. *Journal of Eating Disorders*, 5(47), 37-49.
- Ferguson, C. J. (2018). The devil wears strata: thin-ideal media's minimal contribution to our understanding of body dissatisfaction and eating disorders. *Archives of Scientific Psychology*, 6, 70-79.
- Forsén Mantilla, E., Clinton, D., & Birgegard, A. (2017). Insidious: the relationship patients have with their eating disorders and its impact on symptoms, duration of illness, and self-image. *Psychology and Psychotherapy Journal*, 91, 302-316.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
- Gonçalves, S., Machado, B. C., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2016). Retrospective correlates for bulimia nervosa: a matched case-control study. *European Eating Disorder Review*, 24, 197-205.
- Gouveia, M. J., Canavarró, M. C., & Moreira, H. (2018). Is mindful parenting associated with adolescents' emotional eating? The mediating role of adolescents' self-compassion and body shame. *Frontiers in Psychology*, 9, 2004-2019.
- Hai, S., Wang, H., Cao, L., Zhou, J., Yang, Y., & Dong, B. (2017). Association between sarcopenia with lifestyle and family function among community-dwelling Chinese aged 60 years and older. *BMC Geriatrics*, 17, 187-198.
- Haynos, A. F., Hall, L. M. J., Lavender, J. M., Peterson, C. B., Crow, S. J., & Klimes-Dougan, B. (2018). Resting state functional connectivity of networks associated with reward and habit in anorexia nervosa. *Human Brain Mapping*, 1, 1-11.
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34, 29-43.
- Johnston, J., Shu, C. Y., Hoiles, K. J., Clarke, P. J. F., Watson, H. J., & Dunlop, P. D., D. (2018).

- esteem and peer-perceived social status in early adolescence and prediction of eating pathology in young adulthood. *International Journal of Eating Disorder*, 51, 852-862.
- Stewart, C., Voulgari, S., Eisler, I., Hunt, K., & Simic, M. (2015). Multifamily therapy for bulimia nervosa in adolescence. *Eating Disorder*, 23, 345-355.
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., ... Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 662-667.
- Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97-106.
- Zarychta, K., Mullan, B., Kruk, M., & Luszczynska, A. (2017). A vicious cycle among cognitions and behaviors enhancing risk for eating disorders. *BMC Psychiatry*, 17(1), 154.
- D., Lavoie, E., & Erdstein, J. (2018). Adolescents' perceptions of the quality of interpersonal relationships and eating disorder symptom severity: The mediating role of low self-esteem and negative mood. *Eating Disorder*, 26, 388-406.
- Rivas, T. M., Bersbe, R., Jimenez, M., & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044-1056.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. NJ: Princeton University Press.
- Rzońca, E., Bień, A., & Iwanowicz-Palus, G. (2016). Eating disorders-An ongoing problem. *Journal of Education Health and Sport*, 6, 267-273.
- Sadeh-Sharvit, S., Arnow, K. D., Osipov, L., Lock, J. D., & Pajarito, S. (2018). Are parental self-efficacy and family flexibility mediators of treatment for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorder*, 51, 275-280.
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., Dijkstra, J. K., Deen, M., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2018). Self-