Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 4

The mediating role of body image concern in the relationship between metacognitive beliefs, emotion dysregulation, and intolerance of uncertainty with the severity of bulimia nervosa in women with bulimia nervosa

Khadijeh Miadi[1], Soheila Rahmani[2]

1. *Department of Clinical Psychology, Electronic Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.*
2. *Ph.D. in Health Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Citation: Miadi, K., & Rahmani, S. The mediating role of body image concern in the relationship between metacognitive beliefs, emotion dysregulation, and intolerance of uncertainty with the severity of bulimia nervosa in women with bulimia nervosa .**J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (4):45-60 [Persian].

Article Info:

Abstract

The aim of the present study was to investigate the mediating role of body image concerns in the relationship between metacognitive beliefs, emotional dysregulation, and intolerance of uncertainty with the severity of bulimia nervosa symptoms in women. This study was descriptive-correlational and based on structural equation modeling. The statistical population included all women with bulimia nervosa referring to medical centers in Tehran in 1403, from which 385 people were selected through purposive sampling. The research instruments included the Body Image Concerns Questionnaire, Metacognitive Beliefs Questionnaire, Difficulty in Regulating Emotions Scale, Intolerance of Uncertainty Scale, and Eating Disorder Assessment Questionnaire, and the data were analyzed using AMOS software. The results showed that metacognitive beliefs, emotional dysregulation, and intolerance of uncertainty have a positive and significant relationship with body image concerns; also, body image concerns had a significant relationship with the severity of bulimia nervosa symptoms. Path analysis showed that all three variables mentioned have an indirect and significant effect on the severity of bulimia nervosa symptoms through body image concerns. As a result, it can be said that body image concerns play an important mediating role in the relationship between cognitive-emotional variables and the severity of bulimia nervosa disorder; accordingly, therapeutic interventions should focus on correcting dysfunctional metacognitive beliefs, improving emotion regulation, and increasing tolerance for uncertainty in order to reduce the symptoms of bulimia nervosa disorder in patients by reducing body image concerns.

Key words
Bulimia nervosa, metacognitive beliefs, emotional dysregulation, intolerance of uncertainty, body image concerns.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

نقش واسطه ای نگرانی از تصویر بدنی در رابطه بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی با شدت اختلال پرخوری عصبی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی

خدیجه میعادی[۱]، سهیلا رحمانی[۲] *

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران. Soheilarahmani_sh@yahoo.com

تاریخ دریافت
1404/1/2
تاریخ پذیرش نهایی
1404/3/31

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی در رابطه بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی با شدت علائم اختلال پرخوری عصبی در زنان بود. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آن‌ها ۳۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی، پرسشنامه باورهای فراشناختی، مقیاس دشواری در تنظیم هیجانات، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی و پرسشنامه ارزیابی اختلال خوردن بود و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار AMOS تحلیل شدند. نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی رابطه مثبت و معناداری با نگرانی از تصویر بدنی دارند؛ همچنین نگرانی از تصویر بدنی با شدت علائم اختلال پرخوری عصبی رابطه معناداری داشت. تحلیل مسیر نشان داد که هر سه متغیر مذکور از طریق نگرانی از تصویر بدنی، اثر غیرمستقیم و معناداری بر شدت علائم پرخوری عصبی دارند. در نتیجه می‌توان گفت نگرانی از تصویر بدنی نقش واسطه‌ای مهمی در رابطه بین متغیرهای شناختی-هیجانی و شدت اختلال پرخوری عصبی ایفا می‌کند؛ بر این اساس، مداخلات درمانی باید بر اصلاح باورهای فراشناختی ناکارآمد، بهبود تنظیم هیجان و افزایش تحمل بلاتکلیفی متمرکز باشند تا از طریق کاهش نگرانی از تصویر بدنی، علائم اختلال پرخوری عصبی در بیماران کاهش یابد.

واژگان کلیدی
اختلال پرخوری عصبی، باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی، عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی از تصویر بدنی.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقدمه

اختلال پرخوری عصبی یکی از مهم‌ترین اختلالات حوزه اختلالات خوردن و از چالش‌های اساسی سلامت روان به شمار می‌رود. این اختلال با دوره‌های مکرر پرخوری، احساس از دست دادن کنترل بر رفتار خوردن و استفاده از رفتارهای جبرانی نامناسب مانند استفراغ عمدی، مصرف ملین‌ها، روزه‌داری یا فعالیت بدنی افراطی مشخص می‌شود (تنگ و همکاران، ۲۰۲۶). پرخوری عصبی علاوه بر پیامدهای جسمانی نظیر اختلالات گوارشی، عدم تعادل الکترولیتی و مشکلات متابولیک، با پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای از جمله افسردگی، اضطراب، کاهش عزت‌نفس، اختلال در روابط بین‌فردی و افت کیفیت زندگی همراه است (سادووسکی و همکاران، ۲۰۲۶). شواهد اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که این اختلال در زنان، به‌ویژه در سنین نوجوانی و بزرگسالی اولیه، شیوع بیشتری دارد و نگرانی مفرط نسبت به وزن و شکل بدن از ویژگی‌های محوری آن محسوب می‌شود (پروفاتیلووا، ۲۰۲۶). اگرچه پیشرفت‌های درمانی طی سال‌های اخیر موجب بهبود نسبی پیامدهای این اختلال شده است، اما میزان عود بالا و تداوم علائم در بسیاری از بیماران نشان می‌دهد که شناخت عوامل روان‌شناختی مؤثر بر شکل‌گیری و تداوم آن همچنان ضروری است (دیفنباخر و همکاران، ۲۰۲۶).

در سال‌های اخیر، پژوهشگران تلاش کرده‌اند فراتر از توصیف نشانه‌های رفتاری، سازوکارهای شناختی و هیجانی زیربنای اختلال پرخوری عصبی را شناسایی کنند. بر این اساس، شدت علائم این اختلال تنها به رفتارهای خوردن محدود نمی‌شود، بلکه حاصل تعامل پیچیده‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی و ادراک فرد از بدن خویش است (افلاس، ۲۰۲۶). در این میان، باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی از تصویر بدنی از جمله سازه‌هایی هستند که در سال‌های اخیر به عنوان عوامل مؤثر در آسیب‌شناسی و تداوم اختلالات خوردن مورد توجه قرار گرفته‌اند (کنستانتاکوپولوس و همکاران، ۲۰۲۶).

باورهای فراشناختی به باورها و ارزیابی‌های افراد درباره افکار و فرایندهای شناختی خود اشاره دارند و نقش مهمی در نحوه پایش، کنترل و تفسیر تجربه‌های ذهنی ایفا می‌کنند (گوئرینی اوسوبینی و همکاران، ۲۰۲۶). بر اساس نظریه فراشناخت، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد می‌تواند چرخه‌ای از نگرانی، نشخوار فکری و تلاش‌های ناکارآمد برای کنترل افکار ایجاد کند که در نهایت به تشدید آشفتگی هیجانی و تداوم رفتارهای ناسازگار منجر می‌شود (فانتوتسی و همکاران، ۲۰۲۶). در افراد مبتلا به پرخوری عصبی، باورهای فراشناختی منفی، به‌ویژه باور به کنترل‌ناپذیری افکار یا ضرورت کنترل آن‌ها، با افزایش اشتغال ذهنی، اضطراب، کاهش کیفیت زندگی و تشدید علائم اختلال ارتباط دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۶). در مقابل، برخورداری از باورهای فراشناختی سازگارانه می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و بهبود راهبردهای مقابله‌ای، نقش محافظتی در برابر تداوم رفتارهای آسیب‌زا ایفا کند (کوگودی و همکاران، ۲۰۲۴).

در کنار باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی یکی دیگر از سازه‌های کلیدی در تبیین اختلالات خوردن محسوب می‌شود. بدتنظیمی هیجانی به دشواری فرد در شناسایی، درک، پذیرش و مدیریت هیجان‌ها و نیز ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه برای تعدیل پاسخ‌های هیجانی اشاره دارد (مک‌دونالد و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که از بدتنظیمی هیجانی رنج می‌برند، در مواجهه با هیجان‌های منفی نظیر اضطراب، خشم، شرم یا ناکامی، اغلب از راهبردهای ناکارآمدی برای کاهش تنش روانی استفاده می‌کنند (گرانرو و همکاران، ۲۰۲۶). بر اساس الگوهای معاصر اختلالات خوردن، رفتارهای پرخوری و رفتارهای جبرانی نه تنها پاسخی به گرسنگی فیزیولوژیک نیستند، بلکه در بسیاری از موارد به‌عنوان راهبردهایی ناسازگار برای کاهش یا اجتناب از تجربه هیجان‌های ناخوشایند عمل می‌کنند (میادی و رحمانی، ۲۰۲۵). ازاین‌رو، هرچه شدت بدتنظیمی هیجانی بیشتر باشد، احتمال استفاده از رفتارهای خوردن ناسازگار نیز افزایش می‌یابد (توپینو و همکاران، ۲۰۲۶).

یکی دیگر از متغیرهایی که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، عدم تحمل بلاتکلیفی است. این سازه به گرایش فرد برای ادراک موقعیت‌های مبهم، پیش‌بینی‌ناپذیر یا فاقد قطعیت به‌عنوان موقعیت‌هایی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

تهدیدکننده و غیرقابل تحمل اشاره دارد (رافونه و همکاران، ۲۰۲۶). افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی بالا معمولاً در مواجهه با ابهام، نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند، هیجان‌های منفی شدیدتری را گزارش می‌دهند و در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با دشواری مواجه هستند (هاتوم و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که این ویژگی با افزایش اضطراب، نشخوار فکری، تکانشگری و طیف گسترده‌ای از آسیب‌شناسی‌های روان‌شناختی ارتباط دارد (مانسوئتو و همکاران، ۲۰۲۴). در حوزه اختلالات خوردن نیز، ناتوانی در تحمل ابهام می‌تواند افراد را به سمت رفتارهای کنترل‌گرایانه یا رفتارهای تکانشی سوق دهد؛ زیرا این رفتارها به‌طور موقت احساس کنترل و کاهش تنش روانی را برای فرد فراهم می‌کنند (لیساکر و همکاران، ۲۰۲۳). از این منظر، عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در تداوم و تشدید علائم پرخوری عصبی باشد (اونور و همکاران، ۲۰۲۵).

اگرچه هر یک از این متغیرها به‌طور مستقل با اختلال پرخوری عصبی ارتباط دارند، شواهد نظری نشان می‌دهد که تأثیر آن‌ها احتمالاً به‌صورت مستقیم و مجزا اعمال نمی‌شود، بلکه از طریق سازوکارهای شناختی و هیجانی مشترک بر رفتارهای خوردن اثر می‌گذارند (پیغامی و همکاران، ۲۰۲۶). یکی از مهم‌ترین این سازوکارها، نگرانی از تصویر بدنی است. نگرانی از تصویر بدنی به اشتغال ذهنی، نارضایتی و ارزیابی منفی فرد نسبت به شکل، اندازه یا وزن بدن خود اشاره دارد و یکی از ویژگی‌های محوری اختلالات خوردن محسوب می‌شود(پیغامی و همکاران، ۲۰۲۶). افرادی که نگرانی بیشتری نسبت به ظاهر جسمانی خود دارند، معمولاً ارزشمندی خویش را بیش از اندازه بر اساس وزن و شکل بدن ارزیابی می‌کنند و در نتیجه، آمادگی بیشتری برای درگیر شدن در رفتارهای محدودکننده، پرخوری یا رفتارهای جبرانی پیدا می‌کنند (لاوسون و همکاران، ۲۰۲۲).

از دیدگاه شناختی، باورهای فراشناختی ناکارآمد می‌توانند از طریق افزایش اشتغال ذهنی، نگرانی و نشخوار فکری، حساسیت فرد نسبت به ظاهر جسمانی را تشدید کنند (سارا و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین بدتنظیمی هیجانی موجب می‌شود هیجان‌های منفی ناشی از نارضایتی بدنی به شیوه‌ای سازگارانه مدیریت نشوند و فرد برای کاهش موقت این هیجان‌ها به رفتارهای ناسازگار خوردن روی آورد (سادووسکی و همکاران، ۲۰۲۶). از سوی دیگر، افرادی که تحمل بلاتکلیفی پایینی دارند، ابهام‌های مرتبط با وزن، ظاهر و ارزیابی دیگران را تهدیدآمیزتر ادراک می‌کنند و همین امر می‌تواند نگرانی از تصویر بدنی را تشدید کند(کوگودی و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، از نظر نظری می‌توان انتظار داشت که نگرانی از تصویر بدنی، سازوکاری باشد که از طریق آن، باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی بر شدت علائم اختلال پرخوری عصبی اثر می‌گذارند (پالم و همکاران، ۲۰۲۲)

با وجود گسترش پژوهش‌ها درباره عوامل شناختی و هیجانی مؤثر بر اختلالات خوردن، هنوز درک جامعی از نحوه تعامل این متغیرها در تبیین شدت علائم پرخوری عصبی وجود ندارد (کاشانی‌وحید و همکاران، ۲۰۲۳). بخش عمده مطالعات پیشین، نقش باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی، عدم تحمل بلاتکلیفی یا نگرانی از تصویر بدنی را به‌صورت مستقل و یا در قالب روابط دومتغیره بررسی کرده‌اند (بایستربوش و همکاران، ۲۰۲۳). در حالی که شواهد نظری نشان می‌دهد این سازه‌ها به‌صورت شبکه‌ای از تعاملات شناختی و هیجانی بر یکدیگر اثر می‌گذارند و احتمالاً تأثیر آن‌ها بر شدت اختلال از طریق مسیرهای غیرمستقیم و متغیرهای واسطه‌ای اعمال می‌شود (وارالو و همکاران، ۲۰۲۵). ازاین‌رو، بررسی هم‌زمان این متغیرها در قالب یک مدل ساختاری می‌تواند درک دقیق‌تری از سازوکارهای زیربنایی اختلال پرخوری عصبی فراهم آورد.

از سوی دیگر، نگرانی از تصویر بدنی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مرکزی اختلالات خوردن، ظرفیت آن را دارد که پیوند میان عوامل شناختی و هیجانی با رفتارهای آسیب‌شناختی خوردن را تبیین کند (کوئستا-زامورا و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، نقش واسطه‌ای این سازه در رابطه بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی با شدت علائم پرخوری عصبی کمتر مورد توجه قرار گرفته است و نتایج مطالعات موجود نیز همواره همسو نبوده‌اند

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

(توپینو و همکاران، ۲۰۲۶). افزون بر این، بیشتر شواهد موجود حاصل پژوهش‌های انجام‌شده در جوامع غربی است و مطالعات اندکی این روابط را در بافت فرهنگی ایران بررسی کرده‌اند (ساتیچی و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در نگرش نسبت به بدن، معیارهای زیبایی، الگوهای تغذیه و شیوه‌های تنظیم هیجان، تعمیم یافته‌های پژوهش‌های سایر کشورها به جامعه ایرانی با احتیاط همراه است؛ ازاین‌رو، بررسی این مدل در نمونه‌های ایرانی از اهمیت نظری و کاربردی ویژه‌ای برخوردار است.

شناسایی سازوکارهای واسطه‌ای مؤثر بر شدت اختلال پرخوری عصبی می‌تواند علاوه بر توسعه مدل‌های نظری آسیب‌شناسی این اختلال، پیامدهای کاربردی ارزشمندی نیز برای طراحی و بهبود مداخلات روان‌شناختی داشته باشد (چن، ۲۰۲۵). تبیین نقش نگرانی از تصویر بدنی در انتقال اثر عوامل شناختی و هیجانی بر شدت علائم، این امکان را فراهم می‌آورد که درمانگران در کنار مداخلات مبتنی بر اصلاح رفتارهای خوردن، بر اصلاح باورهای فراشناختی، ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، افزایش تحمل بلاتکلیفی و کاهش نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدنی نیز تمرکز کنند (کاگان و پیچو، ۲۰۲۶). چنین رویکردی می‌تواند به کاهش شدت نشانه‌ها، پیشگیری از عود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک کند (بایستربوش و همکاران، ۲۰۲۳).

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی در رابطه بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی با شدت اختلال پرخوری عصبی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی انجام شد. انتظار می‌رود یافته‌های این پژوهش ضمن گسترش دانش موجود درباره سازوکارهای شناختی و هیجانی مؤثر بر این اختلال، شواهد علمی لازم را برای توسعه و هدفمندتر شدن مداخلات پیشگیرانه و درمانی فراهم آورد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به مرکز جامع پزشکی آرام شهر تهران در فاصله زمانی مهر تا اسفند ۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد؛ بدین‌صورت که پس از شناسایی افراد واجد شرایط بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، شرکت‌کنندگان به‌صورت متوالی وارد پژوهش شدند تا حجم نمونه موردنظر تکمیل شود. در نهایت، ۳۸۵ نفر از زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی در مطالعه شرکت کردند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: زن بودن، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، تشخیص اختلال پرخوری عصبی توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی مانند اختلالات روان‌پریشی یا اختلال دوقطبی، ابتلا به بیماری‌های جسمانی شدید که بر پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها تأثیرگذار باشد، ناقص بودن بیش از ۱۰ درصد پاسخ‌های پرسشنامه‌ها و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود.

پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولان مرکز جامع پزشکی آرام، پژوهشگر در بازه زمانی مهر تا اسفند ۱۴۰۳ در مرکز حضور یافت و پس از معرفی پژوهش، افراد واجد شرایط را شناسایی کرد. اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و حق انصراف در هر مرحله از مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، پرسشنامه‌های پژوهش در محیطی آرام و بدون حضور همراهان در اختیار آنان قرار گرفت. تکمیل پرسشنامه‌ها به‌طور متوسط ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به طول انجامید و پژوهشگر در طول فرایند، در صورت نیاز، توضیحات لازم را بدون

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

جهت‌دهی به پاسخ‌ها ارائه می‌کرد. پس از بررسی اولیه پرسشنامه‌ها، موارد دارای داده‌های ناقص کنار گذاشته شد و اطلاعات پرسشنامه‌های کامل وارد مرحله تحلیل آماری گردید.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش استفاده شد.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی

به‌منظور سنجش نگرانی از تصویر بدنی، از پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی استفاده شد. این پرسشنامه توسط لیتلتون، آکسوم و پیوری طراحی شده است و شامل ۱۹ گویه است که نگرانی و اشتغال ذهنی درباره ظاهر، رفتارهای وارسی و پنهان‌سازی نقص‌های ادراک‌شده در ظاهر، و نیز میزان تأثیر این نگرانی‌ها بر عملکرد فرد را ارزیابی می‌کند (لیتلتون و همکاران،۲۰۰۵). پاسخ به گویه‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت، از «هرگز» تا «همیشه»، داده می‌شود. دامنه نمره کل پرسشنامه از ۱۹ تا ۹۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر درباره تصویر بدنی و ظاهر جسمانی است (لیتلتون و همکاران،۲۰۰۵ ؛ محمدی و سجادی‌نژاد، ۱۳۸۶).

در مطالعه اصلی لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)، تحلیل عاملی پرسشنامه از ساختاری دوعاملی حمایت کرد. عامل نخست، نگرانی یا نارضایتی بدشکل‌انگارانه از ظاهر را شامل می‌شود که اشتغال ذهنی، وارسی، مقایسه‌کردن و تلاش برای پوشاندن نقص‌های ادراک‌شده را دربر می‌گیرد؛ عامل دوم نیز تداخل نگرانی‌های مربوط به ظاهر در عملکرد را ارزیابی می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰٫۹۳، برای عامل نخست ۰٫۹۲ و برای عامل دوم ۰٫۷۶ گزارش شد که بیانگر همسانی درونی مطلوب ابزار است. همچنین شواهد مناسبی از روایی همگرا و سازه این مقیاس در ارتباط با نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن، وسواس و مشکلات خوردن گزارش شده است (لیتلتون و همکاران،۲۰۰۵). در ایران، محمدی و سجادی‌نژاد (۱۳۸۶) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه را در نمونه‌ای از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بررسی کردند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش مایل، وجود دو عامل «نارضایتی از بدن» و «تداخل در عملکرد اجتماعی» را تأیید کرد که در مجموع ۳۹٫۸۸ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند. ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی برای نمره کل پرسشنامه ۰٫۸۴ و ضریب پایایی به روش دونیمه‌سازی ۰٫۶۶ گزارش شد. بنابراین، نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی از پایایی و روایی قابل قبول برای استفاده در پژوهش‌های ایرانی برخوردار است (محمدی و سجادی‌نژاد، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر نیز، به‌منظور بررسی همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰٫۸۳ محاسبه شد.

ب) پرسشنامه باورهای فراشناختی

به‌منظور سنجش باورهای فراشناختی، از نسخه ۳۰ سؤالی پرسشنامه باورهای فراشناختی استفاده شد. این پرسشنامه توسط ولز و کارت‌رایت-هاتون طراحی شده و شامل ۳۰ گویه در پنج خرده‌مقیاسِ

سپس پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری، شامل بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، داده‌های پرت، همخطی چندگانه و کفایت حجم نمونه، ارزیابی شد. در ادامه، به‌منظور آزمون مدل مفهومی پژوهش و بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام گرفت.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

«باورهای مثبت درباره نگرانی»، «باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر افکار»، «اطمینان شناختی»، «نیاز به کنترل افکار» و «خودآگاهی شناختی» است (ولز و کارت‌رایت-هاتون،۲۰۰۴). پاسخ‌ها بر اساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت، از «موافق نیستم» تا «کاملاً موافقم»، نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کل بین ۳۰ تا ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده باورهای فراشناختی ناکارآمدتر است (ولز و کارت‌رایت-هاتون،۲۰۰۴). در مطالعه اولیه، پرسشنامه از ساختار پنج‌عاملی برخوردار بود و تحلیل عاملی نیز این ساختار را تأیید کرد. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰,۷۲ تا ۰,۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ نمره کل حدود ۰,۹۳ گزارش شد. همچنین، شواهد مناسبی درباره روایی همگرا و واگرای این ابزار به دست آمد (ولز و کارت‌رایت-هاتون،۲۰۰۴).

در ایران، شیرین‌زاده دستگیری و همکاران (۱۳۸۷) ساختار عاملی، روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای فراشناختی ۳۰ را بررسی کردند. نتایج پژوهش آنان ساختار پنج‌عاملی پرسشنامه را تأیید کرد. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰,۹۱ و ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰,۷۱ تا ۰,۸۷ گزارش شد. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی نمره کل پس از چهار هفته ۰,۷۳ به دست آمد (شیرین‌زاده دستگیری و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش دیگری، محمدخانی و فرجاد ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰,۸۰ گزارش کردند. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های «باورهای مثبت درباره نگرانی»، «کنترل‌ناپذیری و خطر افکار»، «نیاز به کنترل افکار»، «اطمینان شناختی» و «خودآگاهی شناختی» به‌ترتیب ۰,۵۲، ۰,۷۱، ۰,۸۳، ۰,۶۰ و ۰,۷۹ گزارش شده است. با توجه به اینکه مشخصات کتاب‌شناختی کامل این منبع باید از مقاله یا پایان‌نامه اصلی استخراج شود، توصیه می‌شود ارجاع نهایی آن پس از بررسی منبع اولیه درج شود. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه باورهای فراشناختی برابر با ۰,۸۰ به دست آمد.

ج) پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی

برای ارزیابی عدم تحمل بلاتکلیفی، از نسخه کوتاه مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی استفاده شد. این ابزار بر اساس مقیاس اصلی عدم تحمل بلاتکلیفی تدوین و توسط کارلتون و همکاران در قالب ۱۲ گویه بازنگری و کوتاه‌سازی شد(کارلسون و همکاران، ۲۰۰۷). این پرسشنامه از دو خرده‌مقیاسِ «اضطراب آینده‌نگر» و «اضطراب بازدارنده» تشکیل شده است. خرده‌مقیاس اضطراب آینده‌نگر، نگرانی و نیاز به پیش‌بینی‌پذیری درباره رویدادهای آینده را ارزیابی می‌کند و خرده‌مقیاس اضطراب بازدارنده، بازداری رفتاری و ناتوانی در عملکرد مؤثر هنگام مواجهه با موقعیت‌های نامطمئن را می‌سنجد.پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت، از «اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند در مورد من صدق می‌کند»، صدق می‌کند»، نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کل بین ۱۲ تا ۶۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده عدم تحمل بیشتر نسبت به موقعیت‌های مبهم و نامطمئن است(کارلسون و همکاران، ۲۰۰۷).

در مطالعات روان‌سنجی اولیه، پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی از همسانی درونی و پایایی بازآزمایی مطلوبی برخوردار بود. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل در نمونه‌های مختلف در دامنه ۰,۹۱ تا ۰,۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی حدود ۰,۷۴ گزارش شده است. همچنین، تحلیل عاملی از ساختار دوعاملی ابزار حمایت کرده و شواهد مناسبی درباره روایی همگرا و واگرای آن ارائه کرده است (کارلسون و همکاران، ۲۰۰۷). در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار بررسی شده است. بشارت (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه عدم

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

تحمل بلاتکلیفی را ۰٫۸۹ گزارش کرد. همچنین، در پژوهش اکبری، حمیدپور و اندوز (۱۳۸۹)، که به بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده نگرانی مرضی در دانشجویان پرداخته بود، از سازه عدم تحمل بلاتکلیفی استفاده شد. با این حال، برای گزارش دقیق ضرایب روایی و پایایی ۰٫۸۶ و ۰٫۸۸، باید به منبع اولیه‌ای استناد شود که این اعداد را مستقیماً گزارش کرده باشد؛ بنابراین، در صورت نبود مشخصات کامل مقاله حمیدپور و اندوز، بهتر است این ارقام بدون ارجاع دقیق در متن باقی نمانند.در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی برابر با ۰٫۸۸ محاسبه شد.

د) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

به‌منظور ارزیابی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان استفاده شد. این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون طراحی شده و شامل ۳۶ گویه است. ابزار مذکور راهبردهای شناختی‌ای را ارزیابی می‌کند ناخوشایند به کار می‌گیرندرس‌زا یا ناخوشایند به کار می‌گیرند(گارنفسکی و همکاران،۲۰۲۱).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان شامل ۹ خرده‌مقیاسِ «سرزنش خود»، «پذیرش»، «نشخوار فکری»، «تمرکز مجدد مثبت»، «تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی»، «ارزیابی مجدد مثبت»، «دیدگاه‌گیری»، «فاجعه‌سازی» و «سرزنش دیگران» است. هر خرده‌مقیاس از چهار گویه تشکیل شده است. پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت، از «تقریباً هرگز» تا «تقریباً همیشه»، نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ است. نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر از راهبرد شناختی مربوط به آن خرده‌مقیاس است(گارنفسکی و همکاران،۲۰۲۱).بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی CERQدر مطالعات اولیه نشان داد که این ابزار از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰٫۶۸ تا ۰٫۸۶ و ضرایب پایایی بازآزمایی در دامنه ۰٫۴۸ تا ۰٫۶۵ گزارش شده است (گارنفسکی و همکاران،۲۰۲۱). همچنین، نتایج تحلیل عاملی از ساختار نه‌عاملی ابزار حمایت کرد و شواهد مناسبی برای روایی سازه، روایی همگرا و روایی واگرای آن فراهم شد. در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه بررسی شده است. سامانی (۱۳۸۹) شواهدی از روایی سازه CERQ ارائه کرد و دامنه همبستگی نمرات خرده‌مقیاس‌های آن را با شاخص‌های مرتبط، در محدوده ۰٫۴۰ تا ۰٫۶۸ گزارش کرد. همچنین، در پژوهش بشارت (۱۳۹۵)، روایی همگرای پرسشنامه از طریق بررسی ارتباط آن با پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 ارزیابی شد و ضرایب همبستگی ۰٫۳۵ و ۰٫۳۷ به دست آمد. در پژوهش‌های داخلی، ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های CERQ نیز در دامنه قابل قبول گزارش شده است.در پژوهش حاضر، به‌منظور بررسی همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ نمره‌های خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان محاسبه شد و دامنه آن برابر با ۰٫۸۶ به دست آمد.

هـ) مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن

به‌منظور ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی، از مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن (EDDS)استفاده شد. این ابزار توسط استیس، تلچ و رضوی طراحی شده و یک ابزار خودگزارشی مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی DSM برای ارزیابی نشانه‌های اختلالات خوردن است (دوشگور و کارائر، ۲۰۲۳) این مقیاس از ۲۲ گویه تشکیل شده و سه حیطه اصلی شامل نشانه‌های بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (ماگوئن و همکاران، ۲۰۲۴) .گویه‌های

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

پرسشنامه به‌صورت ترکیبی از سؤالات چندگزینه‌ای، پاسخ‌های مبتنی بر فراوانی و سؤالات باز طراحی شده‌اند و بر اساس دستورالعمل نمره‌گذاری ابزار، نمره کل شدت نشانه‌های اختلال خوردن محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر علائم اختلالات خوردن است (تسه و همکاران، ۲۰۲۲).

نتایج مطالعات اولیه نشان داد که این ابزار از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. استیس و همکاران گزارش کردند که همبستگی نمرات این مقیاس با مصاحبه بالینی ساختاریافته اختلالات خوردن بالا بوده و ضرایب حساسیت و ویژگی آن در تشخیص اختلالات خوردن در سطح مطلوب قرار دارد (چن و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین ضریب آلفای کرونباخ ابزار بیش از ۰.۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی نیز در دامنه قابل قبول گزارش شده است (کونه و همکاران، ۲۰۲۶). یافته‌های تحلیل عاملی و بررسی روایی ملاکی نیز اعتبار مناسب این ابزار را در ارزیابی اختلالات خوردن تأیید کرده‌اند (گلدمن و همکاران، ۲۰۲۶).

یافته‌های حاصل از بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و روایی ملاکی، اعتبار مناسب این ابزار را در ارزیابی نشانه‌های اختلالات خوردن تأیید کرده‌اند (استیس و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهش‌های بعدی نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش استیس، فیشر و مارتینز (۲۰۰۴)، ضرایب توافق بازآزمایی و همبستگی نمره ترکیبی نشانه‌ها با شاخص‌های بالینی در سطح مطلوبی گزارش شد که بیانگر ثبات زمانی و روایی ملاکی مناسب این پرسشنامه است. همچنین در مطالعه چن و همکاران، ۲۰۲۶ آلفای کرونباخ ابزار در نمونه افراد با وزن طبیعی ۰.۸۷ و در افراد دارای اضافه‌وزن ۰.۸۳ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن برابر با ۰.۸۰ محاسبه شد.

یافته‌ها

در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ها محاسبه گردید که نتایج حاصل در جدول زیر آورده شده است.

جدول۱: آلفای کرونباخ پرسشنامه ها

پرسشنامه ها و زیر مقیاس ها	آلفای کرونباخ
باورهای فراشناختی	۰.۹۳۰
بدتنظیمی هیجانی	۰.۷۴۲
عدم تحمل-بلاتکلیفی	۰.۹۴۰
واکنش های فرد به موقعیت های مبهم	۰.۸۹۳
پیامدهای بلاتکلیفی	۰.۸۱۵
کنترل آینده	۰.۸۵۴
نگرانی از تصویر بدنی	۰.۹۱۰
نشانه های اختلال پرخوری عصبی	۰.۸۹۰

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

با توجه به جدول فوق مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه ها بیشتر از ۰/۷ است که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل قبول ابزارهای پژوهش است .از میان پاسخگویان ۱۱.۴ درصد معادل(۴۴ نفر) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۲۸.۸ درصد معادل(۱۱۱ نفر) بین ۳۰ تا ۴۰ سال ، ۴۲.۶ درصد معادل(۱۶۴ نفر) بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۱۷.۲ درصد معادل(۶۶ نفر) ۵۰ سال به بالا بوده اند.

جدول۲ : توزیع فراوانی سن پاسخگویان

سن پاسخگویان	فراوانی	درصد فراوانی
بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۴۴	۱۱.۴
بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۱۱۱	۲۸.۸
بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۱۶۴	۴۲.۶
۵۰ سال به بالا	۶۶	۱۷.۲
کل	۳۸۵	۱۰۰

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. میانگین، سطح متوسط نمرات پاسخ‌دهندگان در هر متغیر و انحراف استاندارد، میزان پراکندگی نمرات پیرامون میانگین را نشان می‌دهد.

جدول۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	Min	Max	کجی	کشیدگی
باورهای فراشناختی	۴/۱۴	۰/۳۶	۲/۸۷	۴/۷	۰/۶۸	۰/۸۷
بدتنظیمی هیجانی	۳/۸۷	۰/۲۷	۲/۶	۴/۴۳	۰/۰۷	۰/۵۷
عدم تحمل بلاتکلیفی	۳/۶۴	۰/۲۹	۲/۳۷	۴/۲	۰/۶۰	۰/۷۸
واکنش‌های فرد به موقعیت‌های مبهم	۳/۳۶	۰/۳۱	۲/۰۹	۳/۹۲	۰/۲۵	۰/۱۷
پیامدهای بلاتکلیفی	۳/۷۶	۰/۲۵	۲/۴۹	۴/۳۲	۰/۵۶	۰/۵۲
کنترل آینده	۳/۷۹	۰/۳۲	۲/۵۲	۴/۳۵	۰/۸۰	۰/۲۹
نگرانی از تصویر بدنی	۳/۵۶	۰/۲۵	۲/۲۹	۴/۱۲	۰/۷۶	۰/۶۳
نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی	۳/۶۲	۰/۳۱	۲/۳۵	۴.۱۸	۰/۲۱	۰/۵۳

با توجه به قرارگرفتن مقادیر کجی و کشیدگی متغیرها در دامنه قابل‌قبول و بررسی نمودارهای پراکنش، مفروضه‌های بهنجاری تقریبی و خطی‌بودن روابط تأیید شد؛ بنابراین، استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون بلامانع بود.جهت بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی ، عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی از تصویر بدنی و نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی آزمون همبستگی پیرسون اجرا شد.

جدول۴: ضرایب همبستگی پیرسون بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی ، عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی از تصویر بدنی و نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. باورهای فراشناختی	-				
۲. بدتنظیمی هیجانی	۰/۶۱۱*	-			
۳. عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۵۹۰*	۰/۶۳۷*	-		
۴. نگرانی از تصویر بدنی	۰/۷۱۱*	۰/۶۷۲*	۰/۷۳۹*	-	
۵. نشانه های اختلال پرخوری عصبی	۰/۶۱۸*	۰/۵۸۹*	۰/۶۵۵*	۰/۷۸۸*	۰/۷۸۹

*P<0.001

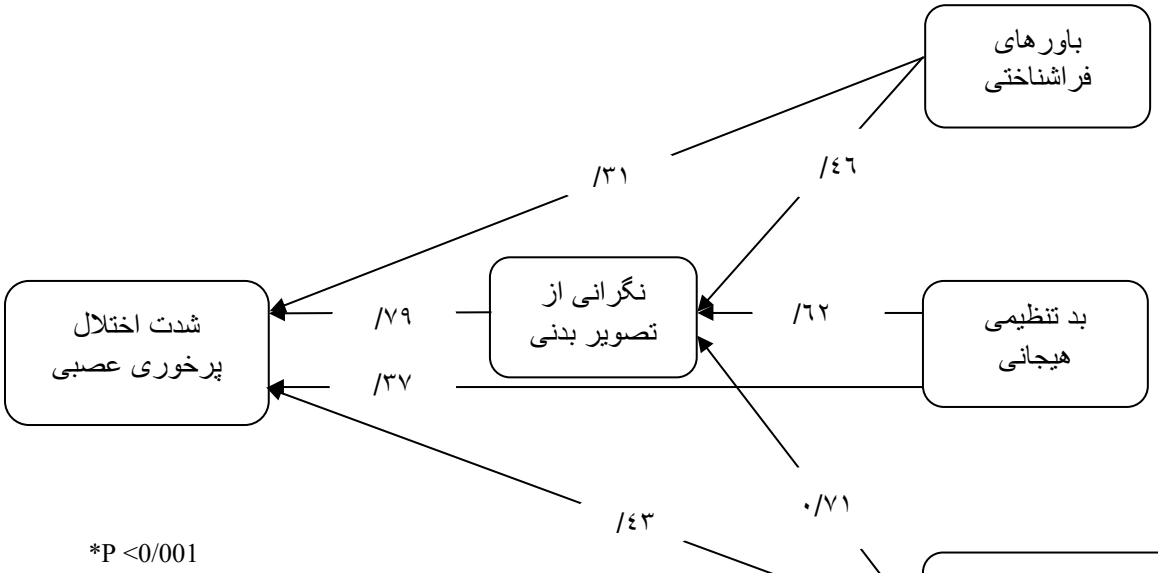
[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۴ـ۲ نشان می‌دهد بین نگرانی از تصویر بدنی با باورهای فراشناختی (r=۰/۷۱۱ و p <۰/۰۰۱)، بدتنظیمی هیجانی (r=۰/۶۷۲ و p <۰/۰۰۱)، عدم تحمل بلاتکلیفی (r=۰/۷۳۹ و p <۰/۰۰۱) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. افزون بر آن، بین نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی با باورهای فراشناختی (r=۰/۶۱۸ و p <۰/۰۰۱)، بدتنظیمی هیجانی (r=۰/۵۸۹ و p <۰/۰۰۱)، عدم تحمل بلاتکلیفی (r=۰/۶۵۵ و p <۰/۰۰۱) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

سایر یافته‌ها نشان می‌دهد بین نگرانی از تصویر بدنی با نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی (r=۰/۷۸۸ و p <۰/۰۰۱) و بین بدتنظیمی هیجانی و باورهای فراشناختی (r=۰/۶۱۱ و p <۰/۰۰۱) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. با توجه به تایید ارتباط معنادار بین متغیرهای پژوهش (باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی ، عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی از تصویر بدنی و نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی) با یکدیگر امکان بررسی نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی در ارتباط بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی، عدم تحمل بلاتکلیفی با نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی فراهم است.

جهت بررسی رابطه بین «باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی» با نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی از روش تحلیل مسیر استفاده شد.

شکل ۱. نمودار مسیرهای برازش‌یافته با مدل استاندارد



به منظور تحلیل برازش مدل، پژوهشگران نسبت خی‌دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص برازندگی تطبیقی، شاخص برازندگی و شاخص برازندگی تعدیل‌یافته بزرگتر یا مساوی ۰/۹، ریشه دوم خطای تقریب کمتر از ۰/۰۸، شاخص برازندگی غیرتطبیقی بزرگتر از ۰/۹ را از نشانه‌های برازش مناسب و از شاخص‌های مطلوب برای ارزیابی مدل می‌دانند. در نتیجه با توجه به شاخص‌های به دست آمده در مدل ارایه‌شده ، مدل از برازش مناسبی برخوردار است.

جدول ۵شاخص‌های برازش مدل مسیر پژوهش

شاخص	حد مطلوب	مقدار گزارش‌شده
X2/df	۳ و کمتر	۱/۳۴
RMR	نزدیک به صفر	۰/۰۹۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

GFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۰
AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۲۱
NFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۲۳
RFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۵۷
IFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۴
TLI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۲۴
CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۰
PRATIO	۰/۵ و بالاتر	۰/۶۱۲
PNFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۶۰۹
PCFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۷۵۰
RMSEA	کوچکتر از ۰/۰۸	۰/۰۲۰

با توجه به برازش مناسب مدل ضرایب تخمین استانداردنشده و استانداردشده مسیرهای مدل ارایه‌شده در جدول زیر ارائه شده است.

جدول۶: خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل مسیر

فرضیه‌ها (مسیرها)			تخمین استاندارد نشده	خطای استاندارد	نسبت بحرانی CR	تخمین استانداردشده
باورهای فراشناختی	←	نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی	۰/۷۴	۰/۱۳	۵/۷۱	۰/۳۱
باورهای فراشناختی	←	نگرانی از تصویر بدنی	۰/۴۳	۰/۰۷	۶/۱۵	۰/۴۶
نگرانی از تصویر بدنی	←	نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی	۰/۴۸	۰/۲۲	۱۱/۲۵	۰/۷۹
باورهای فراشناختی←نگرانی از تصویر بدنی ←نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی			۰/۸۹	۰/۱۵	۵/۹۶	۰/۳۶
فرضیه‌ها (مسیرها)			تخمین استاندارد نشده	خطای استاندارد	نسبت بحرانی CR	تخمین استانداردشده
بدتنظیمی هیجانی	←	نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی	۱/۰۱	۰/۱۷	۵/۹۵	۰/۳۷
بدتنظیمی هیجانی	←	نگرانی از تصویر بدنی	۱/۰۴	۰/۱۴	۷/۴۳	۰/۶۲
نگرانی از تصویر بدنی	←	نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی	۱/۶۹	۰/۱۵	۱۱/۲۵	۰/۷۹
بدتنظیمی هیجانی ←نگرانی از تصویر بدنی ←نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی			۱/۵۷	۰/۲۵	۶/۲۹	۰/۴۸
فرضیه‌ها (مسیرها)			تخمین استانداردنشده	خطای استاندارد	نسبت بحرانی CR	تخمین استانداردشده

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

عدم تحمل بلاتکلیفی	←	نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی	۰/۳۲	۰/۰۶	۵/۳۶	۰/۴۳
عدم تحمل بلاتکلیفی	←	نگرانی از تصویر بدنی	۱/۱۲	۰/۱۱	۱۱/۲۲	۰/۷۱
نگرانی از تصویر بدنی	←	نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی	۲/۷۰	۰/۲۴	۱۱/۲۵	۰/۷۹
باورهای فراشناختی ← نگرانی از تصویر بدنی ← نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی			۰/۰۶	۰/۰۱	۶/۱۸	۰/۵۶

*P <0/001

با اطمینان از برازش مناسب مدل، ضرایب استاندارد کل مسیر، اثر مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم موجود در مدل پژوهش در جدول ۷آمده است.

جدول۷ :ضرایب استاندارد کل، اثر مسیر مستقیم و غیرمستقیم در مدل پژوهش

مسیرها	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	واریانس تبیین‌شده
بر نگرانی از تصویر بدنی از				۰/۳۱۷
باورهای فراشناختی	۰/۴۶	۰/۴۶	-	
بدتنظیمی هیجانی	۰/۶۲	۰/۶۲	-	
عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۷۱	۰/۷۱	-	
بر نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی از				۰/۴۳
باورهای فراشناختی	۰/۶۷	۰/۳۱	۰/۳۶	
بدتنظیمی هیجانی	۰/۸۵	۰/۳۷	۰/۴۸	
عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۹۹	۰/۴۳	۰/۵۶	
نگرانی از تصویر بدنی	۰/۷۹	۰/۷۹	-	

نتایج جدول ۷ نشان داد نگرانی از تصویر بدنی در رابطه بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی نقش واسطه‌ای معناداری دارد. همچنین، اثر غیرمستقیم بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی بر نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی از طریق نگرانی از تصویر بدنی معنادار بود. با توجه به معناداری همزمان مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم، نقش نگرانی از تصویر بدنی در هر سه رابطه، واسطه‌ای جزئی بود. به‌طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهد بخشی از رابطه باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی با نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی از طریق نگرانی از تصویر بدنی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نگرانی از تصویر بدنی در رابطه بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی با شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی نقش واسطه‌ای معناداری دارد. به بیان دیگر، بخشی از رابطه این متغیرهای شناختی و هیجانی با شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی از طریق نگرانی از تصویر بدنی تبیین می‌شود. این یافته بیانگر آن است که نگرانی از تصویر بدنی می‌تواند یکی از سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با پیوند میان آسیب‌پذیری‌های شناختی و هیجانی و شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی باشد. از این منظر، توجه همزمان به فرایندهای شناختی، هیجانی و نحوه ادراک و ارزیابی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

فرد از بدن خود می‌تواند در فهم پیچیدگی این اختلال اهمیت داشته باشد.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی از طریق نگرانی از تصویر بدنی با شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی رابطه غیرمستقیم و معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های میادی و رحمانی (۲۰۲۵)، گوئرینی اوسوبینی و همکاران (۲۰۲۶) و پالم و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی ناکارآمد با اشتغال ذهنی بیشتر نسبت به وزن و شکل بدن، نگرانی درباره ظاهر و شدت بیشتر نشانه‌های اختلالات خوردن همراه هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که باورهای فراشناختی ناکارآمد ممکن است موجب شوند فرد افکار مرتبط با ظاهر، وزن و شکل بدن را تهدیدکننده، مهم یا دشوار برای کنترل ارزیابی کند. در چنین شرایطی، اشتغال ذهنی مکرر، پایش ذهنی و نشخوار درباره ظاهر می‌تواند افزایش یابد و به نگرانی بیشتر از تصویر بدنی منجر شود. نگرانی مداوم درباره ظاهر نیز ممکن است با ارزیابی منفی‌تر از بدن و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی همراه باشد. بنابراین، نگرانی از تصویر بدنی می‌تواند بخشی از رابطه میان باورهای فراشناختی ناکارآمد و شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی را تبیین کند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بدتنظیمی هیجانی از طریق نگرانی از تصویر بدنی با شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی رابطه غیرمستقیم و معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های ژانگ و همکاران (۲۰۲۶)، مک‌دونالد و همکاران (۲۰۲۳) و میادی و رحمانی (۲۰۲۵) همسو است. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که دشواری در شناسایی، پذیرش و مدیریت هیجان‌های منفی با نارضایتی بیشتر از بدن، اشتغال ذهنی نسبت به ظاهر و شدت بیشتر رفتارهای نابهنجار خوردن همراه است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که افراد دارای مشکلات بیشتر در تنظیم هیجان ممکن است در مواجهه با هیجان‌هایی مانند اضطراب، شرم، ناکامی و ناراحتی، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به ارزیابی منفی خود و دیگران داشته باشند. در این شرایط، توجه فرد به ظاهر و بدن می‌تواند افزایش یافته و نگرانی از تصویر بدنی تشدید شود. از سوی دیگر، پرخوری ممکن است برای برخی افراد به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای کاهش، اجتناب یا تنظیم موقت هیجان‌های ناخوشایند مورد استفاده قرار گیرد. تداوم این چرخه می‌تواند با شدت بیشتر نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی همراه باشد. بنابراین، نگرانی از تصویر بدنی می‌تواند یکی از مسیرهای روان‌شناختی مرتبط با رابطه میان بدتنظیمی هیجانی و شدت نشانه‌های این اختلال باشد.

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که عدم تحمل بلاتکلیفی از طریق نگرانی از تصویر بدنی با شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی رابطه غیرمستقیم و معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های سادووسکی و همکاران (۲۰۲۶)، دیفنباخر و همکاران (۲۰۲۶) و پیغامی و همکاران (۲۰۲۶) همسو است. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی بیشتر در موقعیت‌های مبهم و تمایل بیشتر به پیش‌بینی و کنترل پیامدهای نامطمئن همراه است. در حوزه تصویر بدنی، افرادی که تحمل کمتری برای ابهام و عدم قطعیت دارند ممکن است نسبت به نحوه ارزیابی ظاهر خود از سوی دیگران حساس‌تر باشند و در تلاش برای کاهش این عدم اطمینان، توجه بیشتری به وزن، شکل و ظاهر بدن معطوف کنند. چنین فرایندی می‌تواند با افزایش اشتغال ذهنی و نگرانی از تصویر بدنی همراه شود. در نتیجه، نگرانی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

بیشتر از تصویر بدنی ممکن است با شدت بالاتر نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی ارتباط داشته باشد. بر این اساس، نگرانی از تصویر بدنی می‌تواند بخشی از رابطه میان عدم تحمل بلاتکلیفی و شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی را تبیین کند.

در تبیین یکپارچه یافته‌ها می‌توان گفت که سه عامل مورد بررسی، اگرچه از حوزه‌های متفاوت شناختی و هیجانی هستند، ممکن است از طریق نگرانی از تصویر بدنی با شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی ارتباط پیدا کنند. باورهای فراشناختی ناکارآمد می‌توانند با افزایش اشتغال ذهنی و پردازش مکرر افکار مرتبط با ظاهر همراه باشند؛ بدتنظیمی هیجانی می‌تواند ظرفیت فرد برای مواجهه سازگارانه با هیجان‌های ناخوشایند را کاهش دهد؛ و عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند با افزایش نگرانی در شرایط مبهم و تمایل به کنترل پیامدهای نامطمئن همراه باشد. در این میان، نگرانی از تصویر بدنی می‌تواند نقطه اشتراک این فرایندها باشد و بخشی از رابطه آن‌ها با شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی را توضیح دهد. بنابراین، یافته‌های حاضر از دیدگاهی چندبعدی در تبیین اختلال پرخوری عصبی حمایت می‌کند که در آن فرایندهای شناختی، هیجانی و مرتبط با تصویر بدنی در تعامل با یکدیگر مورد توجه قرار می‌گیرند.

از نظر کاربردی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در کنار توجه به کاهش نشانه‌های اصلی اختلال پرخوری عصبی، شناسایی و بررسی عوامل شناختی و هیجانی مرتبط با این نشانه‌ها نیز اهمیت دارد. بر این اساس، اصلاح باورهای فراشناختی ناکارآمد، آموزش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، تقویت توانایی تحمل موقعیت‌های مبهم و کاهش نگرانی و اشتغال ذهنی مرتبط با تصویر بدنی می‌تواند در طراحی مداخلات جامع‌تر مورد توجه قرار گیرد. همچنین، درمانگران می‌توانند در ارزیابی و فرایند درمان، میزان نگرانی از تصویر بدنی و نحوه ارزیابی فرد از وزن و شکل بدن را در کنار سایر عوامل روان‌شناختی بررسی کنند. استفاده از رویکردهایی مانند درمان شناختی ـ رفتاری، مداخلات مبتنی بر فراشناخت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخلات متمرکز بر تصویر بدنی نیز می‌تواند از منظر نظری در این زمینه مورد توجه قرار گیرد؛ با این حال، بررسی اثربخشی مستقل یا ترکیبی این مداخلات نیازمند مطالعات مداخله‌ای و کارآزمایی‌های بالینی است.

پژوهش حاضر همانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند؛ بنابراین احتمال تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، خطاهای ادراکی و تمایل آزمودنی‌ها به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی وجود دارد. دوم، ماهیت مقطعی و همبستگی پژوهش، امکان استنتاج روابط علّی میان متغیرها را محدود می‌کند؛ ازاین‌رو، یافته‌های مربوط به روابط واسطه‌ای باید به‌عنوان روابط آماری و نه روابط علت و معلولی تفسیر شوند. سوم، جامعه آماری پژوهش به زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در شهر تهران محدود بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج به مردان، سایر گروه‌های سنی، افراد مبتلا به سایر اختلالات خوردن و جمعیت‌های مناطق جغرافیایی دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

با توجه به محدودیت‌های موجود، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده مدل حاضر در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر و در جمعیت‌های مختلف مبتلا به اختلالات خوردن بررسی شود. همچنین، انجام مطالعات طولی می‌تواند به روشن‌تر شدن جهت روابط میان باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی، عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی از تصویر بدنی و شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی کمک کند. بررسی نقش متغیرهایی مانند کمال‌گرایی، شرم بدنی، شفقت به خود و حساسیت به ارزیابی دیگران نیز می‌تواند به تکمیل مدل پیشنهادی کمک کند. علاوه بر این، انجام مطالعات مداخله‌ای برای بررسی اثربخشی مداخلات متمرکز بر تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی، تحمل بلاتکلیفی و تصویر بدنی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

می‌تواند شواهد بیشتری درباره اهمیت بالینی این عوامل فراهم کند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نگرانی از تصویر بدنی در رابطه بین باورهای فراشناختی، بدتنظیمی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی با شدت نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی نقش واسطه‌ای معناداری دارد. به این معنا که بخشی از رابطه این عوامل شناختی و هیجانی با شدت نشانه‌های اختلال از طریق نگرانی از تصویر بدنی تبیین می‌شود. این یافته بر اهمیت توجه هم‌زمان به فرایندهای شناختی، تنظیم هیجان و تصویر بدنی در فهم و مداخله در اختلال پرخوری عصبی تأکید دارد. با توجه به ماهیت مقطعی پژوهش، بررسی این روابط در مطالعات طولی و مداخله‌ای می‌تواند به روشن شدن جهت و سازوکار این روابط کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه از اصول اخلاقی در این پژوهش بود.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

References

Basharat Qarāmaleki, R., Gholizadeh, H., & Hekmati, E. (2011). Intolerance of uncertainty: Comparing patients with major depression and obsessive–compulsive disorder. Tabriz University of Medical Sciences Journal of Medicine, 33(5), 17–22. (In Persian).

Basharat, M. A. (2016). Emotion Cognitive Regulation Questionnaire: Administration and Scoring Manual. Developmental Psychology: Iranian Psychologists, 13(50), 221–223.

Basharat, M.-A. (2016). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Administration and scoring. Developmental Psychology (Iranian Psychologists), 13(50), 221–223. https://sid.ir/paper/521009/fa (In Persian).

Bijsterbosch, J. M., Hasenack, B., van Rooijen, B., Sternheim, L. C., Boelen, P. A., Dijkerman, H. C., & Keizer, A. (2023). Intolerable feelings of uncertainty within the body: Associations between interoceptive awareness, intolerance of uncertainty, and body dissatisfaction. Journal of Adolescence, 95(8), 1678–1688.

Bijsterbosch, J. M., Keizer, A., Boelen, P. A., van den Brink, F., & Sternheim, L. C. (2022). Understanding relations between intolerance of uncertainty and body checking and body avoiding in anorexia nervosa. Journal of Eating Disorders, 10(1), 122.

Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. Journal of Anxiety Disorders, 21(1), 105–117. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014

Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. Journal of Anxiety Disorders, 21(1), 105–117.

Chen, S., Zhu, R., Kang, Q., Gu, L., Peng, S., Chen, H., … Chen, J. (2026). The Chinese Eating Disorder Brief Screening Scale (CEDBS): Development and psychometric validation in general and clinical populations. International Journal of Eating Disorders. Advance online publication.

Chen, Y. (2025). Navigating the digital mirror: The role of information-seeking orientation and uncertainty tolerance in social media-driven body image anxiety. Computers in Human Behavior Reports, 18, 100665.

Cogodi, E., Ranieri, J., Martelli, A., & Di Giacomo, D. (2024). Emotional dysregulation in anorexia nervosa: Scoping review of psychological treatments. Healthcare, 12(14), 1388.

Cuesta-Zamora, C., Stokes, C., Ricarte, J., & Plateau, C. R. (2024). The role of intolerance of uncertainty on body dissatisfaction and

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

in female adolescents with anorexia nervosa. Frontiers in Psychiatry, 17, 1812206. (Year not provided in your record.)

Guerrini Usubini, A., Gobetti, M., Ducale, S., Bondesan, A., Caroli, D., Frigerio, F., … Sartorio, A. (2026). Worry, rumination, and metacognitive beliefs in adolescents with obesity associated with binge eating disorder (BED) vs. age-matched adolescents with essential obesity: A cross-sectional study. Journal of Clinical Medicine, 15(2), 573.

Hatoum, A. H., Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2024). A core beliefs model of disordered eating: Processes and pathways to eating disorder symptomatology. Journal of Eating Disorders, 12(1), 203.

Kagan, M., & Pitcho, S. (2026). From uncertainty to body image concerns: A conservation of resources perspective on coping during national security crises. Current Psychology, 45(7), 770.

Kashani Vahid, S., Mohammadi Arya, A., & Abolmaali Alhosseini, K. (2023). Structural relationships between sensitivity to reinforcement, metacognitive beliefs, and stress among girl students with anorexia nervosa mediated by self-concept. Quarterly Journal of Child Mental Health, 10(2), 16–32.

Konstantakopoulos, G., Gonidakis, F., Georgantopoulos, G., Stefanatou, P., & Fotopoulou, A. (2026). Metacognitive confidence independently predicts body image delusionality in anorexia and bulimia nervosa. Journal of Psychiatric Research. Advance online publication.

Kuehne, C., Yim, S. H., İnce, B., Fordham, E., Matcham, F., Simblett, S., … EDIFY Consortium. (2026). Perspectives on remote monitoring via smartphones and wearables among individuals with lived experience or at risk of eating disorders ("This could go very, very wrong"): Qualitative interview study. JMIR Formative Research, 10(1), e86382.

Lawson, R., Carter, J. D., Britt, E., Knowles, K., Then, R., Vallance, J., … Tauamiti, R. (2022). Modified metacognitive therapy for anorexia nervosa: An open trial in an outpatient setting. International Journal of Eating Disorders, 55(7), 983–989.

Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the Body Image Concern Inventory. Behaviour Research and Therapy, 43(2) 229.

compulsive exercise in female university students: An experimental study. Current Psychology, 43(44), 33984–33997.

Dieffenbacher, A. L., Voderholzer, U., & Meule, A. (2026). Effects of day-patient treatment on eating disorder symptoms in persons with bulimia nervosa: A meta-analysis. European Eating Disorders Review. Advance online publication.

Düşgör, B., & Karaer, D. (2023). Examination of psychometric properties of the Turkish version of the Eating Disorders Diagnostic Scale–DSM-5 (EDDS). AYNA Clinical Psychology Journal, 10(1), 83–100.

Falahati, F., Jaberi, M., Sharei, A., & Yahyapour, F. (2023). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Emotional Inhibition in Girls with Non-Suicidal Self-injury. International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802), 10(4).

Fantozzi, P., Covelli, C., Ditaranto, F., Apicella, F., Belmonti, V., Tancredi, R., … Calderoni, S. (2026). Anorexia nervosa and emotional dysregulation: A longitudinal study on the characteristics and clinical implications in a group of female adolescents. Children, 13(3), 402.

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17(6), 791–802. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences, 30(8), 1311–1327.

Goldman, B. J., Landry, M. J., Neves Freiria, C., Wright, L., Arikawa, A. Y., & Ross, J. (2026). Eating disorders and maladaptive eating behaviors in college students experiencing food insecurity: A scoping review. Journal of Hunger & Environmental Nutrition, 1–27.

Granero, R., Krug, I., & Kiropoulos, L. (2026). Uncertainty meets disordered eating and body image: A transdiagnostic network study across depressive, anxiety and anorexia nervosa symptoms including a control group. Nutrients, 18(9), 1370.

Guerrini Usubini, A., Bondesan, A., Caroli, D., Frigerio, F., Abbruzzese, L., Deodato, C., … Sartorio, A. (n.d.). The association between worry, rumination, and metacognitive beliefs

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Lysaker, P. H., Chernov, N., Moiseeva, T., Sozinova, M., Dmitryeva, N., Makarova, A., … Kostyuk, G. (2023). Contrasting metacognitive, emotion recognition and alexithymia profiles in bulimia, anorexia, and schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease, 211(5), 348–354.

MacDonald, D. E., Solomon-Krakus, S., Jewett, R., Liebman, R. E., & Trottier, K. (2023). Emotion regulation in bulimia nervosa and purging disorder. In Eating disorders (pp. 805–820). Springer International Publishing.

Maguen, S., Batten, A., Siegel, S. E., Huggins, J., Snow, J. L., Fenn, L. M., … Masheb, R. M. (2024). Validation of the EDDS-5 self-report survey against the SCID-5 diagnostic interview in US veterans. Eating Behaviors, 52, 101846.

Mahmoudaliloo, M., Shahjooei, T., & Hashemi, Z. (2010). Comparing intolerance of uncertainty, cognitive avoidance, negative problem orientation, and positive beliefs about worry between patients with generalized anxiety disorder and normal individuals. New Psychological Research Quarterly, 5(20), 169–187. (In Persian).

Mansueto, G., Jarach, A., Caselli, G., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., Nikčević, A., … Palmieri, S. (2024). A systematic review of the relationship between generic and specific metacognitive beliefs and emotion dysregulation: A metacognitive model of emotion dysregulation. Clinical Psychology & Psychotherapy, 31(1), 1–842.

Miadi, K., & Rahmani, S. (2025). The mediating role of body image concern in the relationship between metacognitive beliefs, emotion dysregulation, and intolerance of uncertainty with the severity of bulimia nervosa in women with bulimia nervosa. (Journal/volume/pages not provided in your record.)

Mohammadi, N., & Sajadinejad, M. S. (2007). Evaluating psychometric indices of the Body Image Concern Inventory and testing a relational model of BMI, body dissatisfaction, and self-esteem in adolescent girls. Psychological Studies, 3(1), 83–99. (In Persian).

Mohsenzadeh, F., Sharei, A., & Salmani, A. (2026). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation and Psychological Resilience in Suicidal Adolescents. Journal of Psychological Studies, 22(1), 143-159.

Oflas, N. D. (2026). Eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa). In The art of clinical nutrition (p. 423). (Publisher/editors not provided in your record.)

Peighamy, R., Hosseini, N. D., & Alivandi, V. M. (2026). Structural equation modeling of bulimia nervosa disorder based on emotional flexibility and self-esteem: The mediating role of fear of negative evaluation. (Outlet not provided in your record.)

Poorshirazi, K., Sharei, A., Salahshouri, A., Shahhouseini, A., & Ilghami Azar, N. (2021). Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment in reducing anxiety and despair of women after divorce. Journal of Applied Family Therapy, 2(3), 617-635.

Profatilova, E. S. (2026). Object relations and identity features in women with bulimia nervosa: An exploratory clinical pilot study [Preprint]. PsyArXiv. (Posted March 2026; accessed March 21, 2026.)

Raffone, F., Testa, S., Iaccarino, C., Olivola, M., Barlattani, T., De Berardis, D., … Martiadis, V. (2026). Metacognitive dysfunction in women with eating disorders: A narrative review. Women, 6(1), 17.

Roshan-Nia, S., Rezaei, F., & Doosti, L. (2021). The role of metacognitive beliefs and emotional schemas in predicting posttraumatic stress disorder symptoms in forensic medicine attendees in Khorramabad. Scientific-Research Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 29(7), 3908–3917. (In Persian). (Some bibliographic elements not provided in your record.)

Sadoq-Zadeh, M., & Shameli, L. (2020). Psychometric properties of the Body Image Shame Questionnaire in Iranian female and male students. Cultural Psychology, 4(2), 223–242. (In Persian).

Samani, S., & Sadeghi, L. (2010). Adequacy of psychometric indices of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Quarterly of Methods and Models in Psychological Sciences, 1(1), 51–62. (In Persian).

Sara, P., Mansueto, G., Sandra, S., Rosita, B., Sara, B., Simona, A., … Orsola, G. E. (2022). Metacognitive beliefs and eating features in patients with eating disorders | Credenze metacognitive e caratteristiche alimentari in pazienti con disturbi dell'alimentazione. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 28, 49–62.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. (2022). Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19. International Journal of Mental Health and Addiction, 20(5), 2731–2742.

Sepehri, F., Badami, R., & Moshkati, Z. (2024). Psychometrics of the Persian version of two metacognition belief and metacognitive process questionnaires in sport. Sport Psychology Studies, 13(47), 99–122. (In Persian).

Sharei, A., & Moinikia, M. (2023). Identify factors contributing to the pathological use of cyberspace Students. *Applied Educational Leadership*, *4*(1), 1-12. https://doi.org/10.22098/ael.2023.11900.1200

Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The Effectiveness of Strength-Based Therapy in Improving Self-Esteem and Reducing Suicidal Thoughts of Women Affected by Domestic Violence in Ardebil. *Preventive Counseling*, *4*(1), 31-44. https://doi.org/10.22098/jpc.2023.12715.1166

Sharei, A., Kamali Dehghan, P., Ahmadi Ochtapeh, P., Dorri, M., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2024). The Effectiveness of Family Therapy Training on Depression and Mental Health of Adolescents with High-Risk Behaviors. Journal of Family Relations Studies, 4(14), 41-48. https://doi.org/10.22098/jfrs.2023.12790.1116

Sharei, A., Kasaei, E. A., & Salmani, A. (2024). The Effect of Mindfulness Therapy on Emotion Regulation, Cognitive Self-Awareness, and Tendency to High-Risk Behaviors in Orphaned and Poorly Monitored Adolescents: A Quasi-Experimental Study.

Shirinzadeh Dastgiri, S., Goodarzi, M. A., Rahimi, C., & Naziri, G. (2008). An investigation of the factor structure, validity, and reliability of the 30-item Metacognitions Questionnaire. Journal of Psychology, 12 (4), 445–461.

Stice, E., Fisher, M., & Martinez, E. (2004). Eating disorder diagnostic scale: Additional evidence of reliability and validity. Psychological Assessment, 16(1), 60–71.

Teng, C., Zhang, J., Lin, Z., Shi, X., Wu, X., Zhang, W., … Qiao, H. (2026). Shared and disorder-specific resting-state neural activity characteristics in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Eating Disorders, 14(1), 80.

Toppino, F., Panero, M., Martini, M., Longo, P., Amodeo, L., Vennettillo, L., & Abbate-Daga, G. (2026). Exploring the interplay between intolerance of uncertainty, resilience and psychopathological correlates in anorexia nervosa. Clinical Psychology & Psychotherapy, 33(2), e70248.

Tse, A., Xavier, S., Trollope-Kumar, K., Agarwal, G., & Lokker, C. (2022). Challenges in eating disorder diagnosis and management among family physicians and trainees: A qualitative study. Journal of Eating Disorders, 10(1), 45.

Ünver, H., Toksoy Aksoy, A., Bakırcıoğlu, S., Başak Usta Gündüz, E., & Burcu Erdoğdu Yıldırım, A. (2025). Metacognition in anorexia nervosa: Comparison of adolescents with anorexia nervosa and healthy controls in terms of anxiety, depression, and maternal mental symptoms. Psychiatria Danubina, 37(4), 475–485.

Varallo, G., Ciaramidaro, A., Baldini, V., Rubichi, S., & Scorza, M. (2025). Indirect effects of body dissatisfaction in the association between intolerance of uncertainty and disordered eating attitudes: A cross-sectional study on Italian university female students. Journal of Clinical Medicine, 14(21), 7728.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. Behaviour Research and Therapy, 42(4), 385–396.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2024). The Effectiveness of Strengths-based Psychotherapy in Reducing Anxiety Sensitivity and Panic Attacks in Adolescents with Major Depressive Disorder. Journal of Counseling Research.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on State-Trait Anxiety and Resilience in female Students with Self-Harming Behaviors. Journal of Applied Psychological Research.

Zhang, Lan, Xin Zhao, Liqiong Liu, Wenxin Bao, Meiou Wang, Yidan Wang, Xinyue Hu, and Xiaoqi Huang. "Neuroanatomical Substrates of emotional Dysregulation in Bulimia Nervosa." (2026).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]