

زینب شایقیان

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

دکتر مریم وفایی

عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

دکتر سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی

عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

* نشانی تماس: تهران، زیر پل نصر، دانشگاه تربیت مدرس.

دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

Email: Shayeghian@yahoo.com

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن در بروز علایم اختلال خوردن و پیوند والدینی است. **روش:** نمونه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان سال دوم دبیرستان ۱۸ کلاس (۴۰۳ نفر) تشکیل می‌دادند که از میان دبیرستان‌های دولتی دخترانه شهر تهران، به شیوه خوشه‌ای مرحله‌ای، انتخاب شده بودند. تمام آزمودنی‌ها به نسخه فارسی پرسشنامه باورهای اختلال خوردن و شکل کوتاه پرسشنامه طرحواره‌ها یا باورهای ناسازگار مرکزی یانگ (۱۹۹۸)، پرسشنامه علایم اختلال خوردن و پرسشنامه پیوند والدینی پاسخ دادند. روایی و پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از تحلیل عاملی و آلفای کرونباخ محاسبه شد. با استفاده از تحلیل ساختار کوواریانس یا مدل معادله ساختاری، مدل علی احتمالی تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دادند که باورهای اختلال خوردن به عنوان متغیر میانجی و باورهای ناسازگار مرکزی به عنوان متغیر تعدیل‌کننده در پیوند والدینی با علایم اختلال خوردن نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این شواهد می‌توان چنین استنباط کرد که پیوند والدینی، باورهای ناسازگار اولیه و باورهای اختلال خوردن می‌توانند زمینه ایجاد علایم اختلالات خوردن را فراهم آورند، اگرچه نقش هر یک در ایجاد آسیب شناسی این اختلال متفاوت است

کلیدواژه‌ها: باورهای ناسازگار مرکزی، باورهای اختلال خوردن، پیوند والدینی، علایم اختلال خوردن

The Mediating Role of Maladaptive Core Beliefs and Eating Disorder Beliefs in the Relationship between Parental Bonding and Eating Disorder Symptoms

Objective: The aim of the present research was to investigate the mediating role of maladaptive core beliefs and eating disorder beliefs in the relationship between parental bonding and eating disorder symptoms. **Method:** The statistical sample of this study comprised second grade high school students (403 individuals) who were selected from among public girls' schools in the city of Tehran, using multistep cluster sampling. All participants completed the Farsi versions of Parental Bonding Inventory PBI (Parker et al., 1979); Young Schema Questionnaire YSQ: Short Form (Young, 1998); Eating Disorder Belief Questionnaire EDBQ (Cooper et al., 1996), and Eating Disorder Inventory EDI (Garner et al, 1983). Validity and reliability of questionnaires were assessed using Cronbach's alpha and factor analysis. The probable causal model was analyzed using covariance structure analysis or structure equation model. **Results:** Results showed that eating disorder beliefs and maladaptive core beliefs respectively play a moderating variable and a mediating variable in the relationship between parental bonding and eating disorder symptoms. **Conclusion:** Based on the mentioned evidence it could be concluded that parental bonding, primary maladaptive beliefs, and eating disorder beliefs can form bases for the development of eating disorder; however, each play different roles in the psychopathology of this disorder.

Zeinab shayeghian

M.S. in Psychology, Tarbiat Modares University

Maryam Vafae

Assistant Professor, Tarbiat Modares University

Kazem Rasolzadeh Tabatabaey

Assistant Professor, Tarbiat Modares University

Keywords: Core Beliefs, Eating Disorder Belief, Parental Bonding and Eating Disorder Symptoms.

عموماً فرض شده است که وضعیت باورهای مرکزی اصلی، به استقلال و عملکرد آسیب‌دیده مربوط است که سبب آسیب‌پذیری شناختی و ایجاد اضطراب در روابط والدینی می‌شود، که این خود ممکن است سبب افزایش اضطراب و ادراک مشکلات تغذیه در دریافت رابطه نامناسب والدینی و تقویت باورهای ناسازگار مرکزی شود. برای تشخیص نیازهای خانواده‌هایی که مشکلات خوردن دارند، شناخت رابطه میان باورهای مرکزی و سبک‌های ناسازگار پیوند والدینی سودمند است، زیرا باورهای ناسازگار مرکزی از کنترل مؤثر مشکلات تغذیه‌ای کودکان جلوگیری می‌کنند (بلیست و همکاران، ۲۰۰۵). روابط خانوادگی و انتظارات والدین، عوامل اصلی حامی رفتارهای قالبی منفی و جبری (که اغلب نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن و نوجوانان چاق با آن مواجه هستند) به‌شمار می‌روند (ترنر^{۱۷}، رز^{۱۸} و کوپر^{۱۹}، ۲۰۰۵). ناکارآمدی خانواده یک عامل مؤثر در تحول و پیشرفت اختلالات خوردن شناخته شده است (مایر^{۲۰} و گیلینگر^{۲۱}، ۲۰۰۴).

تحقیق پارکر^{۲۲}، تاپلینگ^{۲۳} و براون^{۲۴} (۱۹۷۹) ارتباط بین تعاملات خانوادگی و بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی را نشان داده است. مدل احتمالی پیشنهادی آنها به این صورت است که «حمایت افراطی والدین» می‌تواند از طریق تفسیری که کودک از دنیای اطراف خود دارد (و آن را از دیگران آموخته است)، بر رفتارهای خوردن وی اثر بگذارد. از طرف دیگر، به دلیل انطباق این مدل با نظریهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ (۱۹۹۰)، برای این که به عوامل زمینه‌ساز اختلال خوردن از زاویهٔ ترکیبی متفاوتی نگریسته شود و از آنجا که نظریهٔ باورهای یانگ فقط

اختلالات خوردن^۱ یکی از اختلالات عصبی و روانی به‌شمار می‌رود که آمار مرگ و میر ناشی از آن بسیار زیاد است (ماترز^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از استریگل - مور^۳ و بولیک^۴، ۲۰۰۷). این اختلال، به‌خصوص بی‌اشتهایی روانی^۵ حول و حوش ۱۶ سالگی شیوع پیدا می‌کند (فارنهام^۶ و ادم سعب^۷، ۲۰۰۱). شیوع این اختلال در نوجوانان و کودکان سراسر دنیا رو به افزایش است، چنان‌که میزان آن در دههٔ ۸۰ در کودکان و نوجوانان امریکایی به ترتیب دو و سه برابر شده است. اهمیت این مسأله از آن‌روست که فرد مبتلا با پی‌آمدهای روان‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی نامطلوب‌تری مثل نشانه‌ها، نگرانی‌ها و رفتارهای وابسته به اختلالات خوردن مواجه می‌شود (سادوک، کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵). در این بین، ادراک والدین از مشکلات تغذیهٔ فرزندان‌شان به‌صورت بی‌اشتهایی، ایرادگیری، دیرپسندی در خوراک و رفتارهای امتناعی مسأله‌ساز خوردن توصیف می‌شود (بلیست^۸، میر^۹، فارو^{۱۰}، بریانت-واق^{۱۱} و نیکلز^{۱۲}، ۲۰۰۵).

سبب‌شناسی اختلالات خوردن، عوامل متعدد زیست-شناختی، روان‌پویشی، روان‌شناختی و محیطی را در این اختلال دخیل می‌داند (سادوک و همکاران، ۱۳۸۵). در تبیین رابطهٔ کودک-مادر و استفاده از راهکارهای ناسازگار به وسیلهٔ کودک (مانند اختلال خوردن)، یانگ^{۱۳} در سال ۱۹۹۰ یک سازهٔ سودمند تحت عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه یا باورهای مرکزی مطرح کرد. او بیان داشت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نتیجهٔ تجارب بین‌فردی منفی نخستین سال‌های زندگی در درون و بیرون خانواده است. این باورهای مرکزی ارزیابی فرد از جهان، دیگران و روابط با دیگران را مشخص می‌کند.

والر^{۱۴}، دیکسون^{۱۵} و اهانیان^{۱۶} (۲۰۰۲) نیز برای نشان دادن مرکز شناخت‌های آسیب‌شناسی پرخوری که محدود به تغذیه و مسایل وزن نمی‌شود، از مفهوم باورهای مرکزی استفاده کرده‌اند.

1- eating disorders
3- Striegel-Moore
5- anorexia nervosa
7- Adam-Saib
9- Meyer
11- Bryant-Waugh
13- Young
15- Dickson
17- Turner
19- Cooper
21- Gillings
23- Tupling

2- Mathers
4- Bulik
6- Furnham
8- Blissett
10- Farrow
12- Nicholls
14- Waller
16- Ohanian
18- Rose
20- Mayer
22- Parker
24- Brown

ساخته شد. این پرسشنامه، که یکی از مهم‌ترین ابزارهای خودتوصیفی است، برای سنجش اختلالات خوردن به کار می‌رود. این مقیاس ابزار استاندارد است که علاوه بر این که جنبه‌های نشانه‌شناسی اختلالات خوردن را می‌سنجد، به آسیب‌شناسی بنیادین شخصیت نیز می‌پردازد (رزن^۸، سیلبرگ^۹ و گروس^{۱۰}، ۱۹۸۸).

این پرسشنامه که می‌تواند به دو بعد مهم بالینی نگرش‌های خوردن و ویژگی‌های کارکرد مختل خود (نورینگ^{۱۱}، ۱۹۹۰) تقسیم شود، شامل هشت زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: (۱) ناکارآمدی^{۱۲}؛ (۲) ترس‌های بلوغ^{۱۳}؛ (۳) کمال‌گرایی^{۱۴}؛ (۴) بی‌اعتمادی بین فردی^{۱۵}؛ (۵) تمایل به لاغری^{۱۶}؛ (۶) آگاهی درونی^{۱۷}؛ (۷) پرخوری^{۱۸}؛ (۸) ناراضی‌بندی^{۱۹}. اما نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی سؤالات با چرخش واریماکس^{۲۰}، هفت عامل اصلی مقیاس را نشان داد و عامل ناکارآمدی را حذف کرد. ملاک استخراج عوامل، شیب منحنی اسکری^{۲۱} و ارزش ویژه بیشتر از یک بود. شاخص KMO برابر ۰/۸۲ و ضریب بارلت ۱۰۴۷۶ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود.

در این مطالعه، ما فقط از زیرمقیاس علایم اختلال خوردن که با مؤلفه نگرش به خوردن، یعنی گرایش به لاغری، پرخوری و ناراضی‌بندی از تصویر بدنی مرتبط می‌باشد، استفاده کردیم. برای هر سؤال، طیف درجه‌بندی شش‌گزینه‌ای (از «همیشه» تا «هرگز») در نظر گرفته شد. روش نمره‌گذاری در این آزمون به این صورت بود که به گزینه‌های «همیشه»، «معمولاً» و «اغلب اوقات» به ترتیب نمرات ۱، ۲ و ۳، و به سه گزینه «گاهی اوقات»، «به ندرت» و «هرگز» نمره صفر داده شد. کسب نمرات بالاتر در

باورهای خاص خوردن را نمی‌سنجد، فرض شده است که بین این دو مدل رابطه وجود دارد، لذا برای بررسی دقیق‌تر این باورها از نظریه جدیدتر باورهای خوردن کوپر، رز و ترنر (۲۰۰۶) استفاده شد. با الهام از مبانی نظری و تحقیقاتی موجود، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای هر یک از متغیرهای شناختی (باورهای مرکزی و باورهای اختلال خوردن) در رابطه پیوند والدینی و علایم اختلالات خوردن می‌باشد.

روش

جامعه آماری این پژوهش ۵۸ هزار و ۸۸۸ نفر و شامل کلیه دانش‌آموزان دختر پایه دوم دبیرستان بود که در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ در دبیرستان‌های دولتی شهر تهران تحصیل می‌کردند. بر اساس ماهیت پژوهش و جدول مورگان^۱ (کرلینجر^۲ و پدهازور^۳، ۱۹۷۳) و نیز امکان ریزش آزمودنی‌ها در میانه تحقیق، از میان جامعه آماری، ۱۸ کلاس (۴۲۰ دانش‌آموز) به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند؛ به این صورت که از شمال، مرکز و جنوب تهران، سه منطقه؛ از بین مناطق، ۱۸ مدرسه و از بین مدارس، کلاس‌های پایه دوم دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند. کلیه دانش‌آموزان کلاس، پرسشنامه‌های این تحقیق را تکمیل کردند، اما فقط ۴۰۳ پرسشنامه به طور کامل تکمیل و برگردانده شد. ذکر این نکته لازم است که دانش‌آموزان از لحاظ سنی (دامنه سنی ۱۷-۱۶ سال و میانگین ۱۶/۰۹)، انحراف معیار (۰/۲۷)، جنسیت، تیم نبودن و زندگی با پدر و مادر اصلی کنترل شدند.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه اختلال خوردن^۴ (EDI): پرسشنامه اختلال

خوردن، یک مقیاس ۶۴ سؤالی برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی و نشانه‌های مرتبط با بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی است که به وسیله گارنر^۵، المستد^۶ و پولیوی^۷ در سال ۱۹۸۳

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1- Morgan | 2- Kerlinger |
| 3- Pedhazur | 4- The Eating Disorder Inventory |
| 5- Garner | 6- Olmsted |
| 7- Polivy | 8- Rosen |
| 9- Silberg | 10- Gross |
| 11- Norring | 12- ineffectiveness |
| 13- maturity fears | 14- perfectionism |
| 15- interpersonal distrust | 16- drive for thinness |
| 17- interceptive awareness | 18- bulimia |
| 19- body dissatisfaction | |
| 20- Varimax rotation exploratory factor analysis | |
| 21- Sree | |

استخراج عوامل، شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه بیشتر از یک بود. شاخص KMO برابر ۰/۸۶ و ضریب بارتلت ۴۹۳۶ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه (۰/۷۴ تا ۰/۱۷) با یکدیگر و با کل مقیاس، بیانگر روایی مناسب این ابزار می‌باشد. پایایی این آزمون، ضریب آلفای کرونباخ را برای هر عامل بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ ذکر کرده است. زیرمقیاس‌ها با یکدیگر همبستگی معناداری (دامنه‌ای از ۰/۴۷ تا ۰/۷۱) با $p < ۰/۰۱$ دارند (رز، کوپر و ترنر، ۲۰۰۶).

پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر، با روش تصنیف محاسبه شد که برای کل آزمون و نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. روایی آزمون مورد بررسی در تحلیل عاملی نشان داد که عوامل به دست آمده در مجموع ۴۶/۲۶ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. همبستگی درونی زیرمقیاس‌ها در پژوهش حاضر، دامنه‌ای از ۰/۳۱ تا ۰/۸۴ را نشان می‌دهد.

۳- فرم کوتاه پرسشنامه طحوراه‌های یانگ: این ابزار به بررسی باورهای مرکزی یا طحوراه‌های ناسازگار اولیه می‌پردازد. نسخه اصلی پرسشنامه طحوراه‌ها را یانگ و براون (۱۹۹۴) برای اندازه‌گیری طحوراه‌های ناسازگار اولیه ساختند، اما فرم کوتاه آن در سال ۱۹۹۸ به وسیله یانگ برای اندازه‌گیری ۱۵ طحوراه ناسازگار اولیه ساخته شد (آهی، ۱۳۸۵). این ابزار خود توصیفی است و شامل ۷۵ سؤال شش گزینه‌ای می‌باشد. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: ره‌اشدگی^۱ - بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی^۲ - بدرفتاری، محرومیت هیجانی، وابستگی عملکردی - بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر^۳، خود تحول‌نا یافته - گرفتار، نقص - شرم، شکست در رسیدن به اهداف،

این آزمون، نشان‌دهنده آسیب‌پذیری بیشتر مربوط به خوردن است (جونز^۱، هریس^۲ و لانگ^۳، ۲۰۰۵).

این آزمون با طبقه‌بندی بالینی، روایی تشخیصی و همگرا همبستگی مثبت دارد و با سایر مقیاس‌های روان‌سنجی همبسته می‌باشد (گارنر و همکاران، ۱۹۸۳). روایی تشخیصی آزمون نیز مناسب گزارش شده است (نورینگ، ۱۹۹۰؛ جونز و همکاران، ۲۰۰۵). به عنوان مثال، در پژوهش گارنر و همکاران (۱۹۸۳) همبستگی درونی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۵۸ گزارش شد و در تحقیق نورینگ (۱۹۹۰)، همبستگی محاسبه‌شده این مقیاس با نمره توده کلی بدن ۰/۶۲ بود. در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه با روش تصنیف برای کل آزمون به دست آمد. نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۷۶ بود. روایی آزمون مورد بررسی در تحلیل عاملی نشان داد که عوامل به دست آمده در مجموع ۴۲/۶۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند و همبستگی درونی زیرمقیاس‌ها، شامل دامنه‌ای از ۰/۳۴ تا ۰/۶۶ می‌شود. تا قبل از این پژوهش از این پرسشنامه در ایران استفاده نشده بود.

۲- پرسشنامه باور اختلال خوردن (EDBQ): این پرسشنامه را کوپر، کوهن-تووی^۴، تود^۵، ولز^۶ و تووی در سال ۱۹۹۷ برای ارزیابی تصورات و باورهای همراه اختلالات خوردن ساختند. گزینه‌های این پرسشنامه طوری تنظیم شده است که جایگاه فرد را در هر پرسش روی یک مقیاس ۱۰۰ درجه‌ای؛ از «صفر» («اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند») تا ۱۰۰ («کاملاً در مورد من صدق می‌کند») مشخص می‌کند. (ترنر، رز و کوپر، ۲۰۰۶). فرم اصلی EDBQ دارای ۳۲ سؤال و چهار زیرمقیاس می‌باشد (کوپر و همکاران، ۱۹۹۷) که عبارت‌اند از: (۱) خودباوری منفی؛ (۲) وزن و شکل مورد پذیرش دیگران؛ (۳) وزن و شکل مورد پذیرش خود؛ (۴) کنترل پرخوری. تحلیل عامل اکتشافی سؤال‌ها با چرخش واریماکس، همین چهار عامل اصلی را نشان داد. ملاک

1- Jones
 2- Harris
 3- Leung
 4- Eating Disorder Belief Questionnaire
 5- Cohen-Tovee
 6- Todd
 7- Wells
 8- Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-S)
 9- abandonment
 10- Mistrust
 11- vulnerability to harm

Archive of SID

زندگی‌اش به خاطر آورد. نمرات بالا در مقیاس مراقبت، بازتاب والدینی گرم، مهربان و همدل می‌باشد. نمرات پایین در مقیاس مراقبت، نشانگر والدینی سرد و طردکننده و بی‌توجه است. نمرات بالا در مقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد، بیانگر والدین کنترل‌کننده و مزاحم است که تمایل دارند کودکشان همیشه بچه بماند. از سوی دیگر، نمرات پایین در مقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد، منعکس‌کننده والدینی است که به کودک آزادی می‌دهند و اسباب استقلال آنها را فراهم می‌آورند (کانتی^{۱۳}، کاناس^{۱۴}، لاتزر^{۱۵}، مر^{۱۶} و باچار^{۱۷}، ۲۰۰۸).

بررسی‌های اولیه پایایی آزمون به وسیله پارکر (۱۹۸۳) از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۶۳ تا ۰/۶۲، و برای مقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ تا ۰/۶۶ به دست آمد. نمرات بالا در بعد حمایت‌کنندگی بیش از حد و نمرات پایین در بعد مراقبت به پیوند مشکل‌دار اشاره دارد (میر و گیلینگز، ۲۰۰۴). لوئیس^{۱۸} (۲۰۰۵) پایایی آزمون را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ به دست آورد. این ابزار دارای روایی همگرایی^{۱۹} بالایی است و مستقل از حالات خلقی می‌باشد (پارکر، ۱۹۸۳). تحلیل عامل اکتشافی سؤال‌ها با چرخش واریماکس، همین سه عامل اصلی را نشان داد که برنظریه اصلی منطق (همان جا) و با یافته‌های صدوقی (۱۳۸۶) همسوست. ملاک استخراج عوامل، شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه بالاتر از یک بود. شاخص KMO برابر ۰/۹۳ و ضریب بارلت ۴۰۵۳ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. در این پژوهش، همبستگی درونی زیرمقیاس‌ها با هم محاسبه شد و ۰/۵۵ به دست آمد. پایایی آزمون از طریق ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۸، برای مراقبت ۰/۹۰ و برای حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۲ به دست آمد.

- 1- subjugation
- 3- entitlement
- 5- Feary
- 7- Klosko
- 9- internal consistency
- 11- Ussher
- 13- Canetti
- 15- Latzer
- 17- Bachar
- 19- convergent validity

- 2- self-sacrifice
- 4- Leung
- 6- Mann
- 8- Weishaar
- 10- Parental Bonding Instrument
- 12- Lacey
- 14- Kanyas
- 16- Lerer
- 18- Lewis

اطاعت (مغلوب شدن)^۱، ایثار^۲، معیارهای سرسختانه، استحقاق^۳ - استحقاق^۳ - بزرگ‌منشی، خویشترداری و خودانضباطی ناکافی، خودکنترلی افراطی و انزوای اجتماعی - بیگانگی (میر و گیلینگز، ۲۰۰۴؛ میر، لیانگ^۴، فیری^۵ و مان^۶، ۲۰۰۱).

تحلیل عامل اکتشافی سؤال‌ها با چرخش واریماکس، همین ۱۵ عامل اصلی را نشان داد. ملاک استخراج عوامل، شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه بیشتر از یک بود. شاخص KMO برابر ۰/۸۶ و ضریب بارلت ۱۲۵۴۷ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری سؤال‌ها و ماتریس همبستگی است. نمره گذاری این پرسشنامه از «یک» (در مورد من کاملاً نادرست است) تا «شش» (در مورد من کاملاً درست است) می‌باشد. نمرات بالا در هر یک از باورهای ذکر شده، بیانگر استفاده بیشتر فرد از باورها و طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد (یانگ، ۱۳۸۴). پایایی مقیاس به وسیله آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام زیرمقیاس‌ها بالا بود (والر، میر و اهانیان، ۲۰۰۱). آلفای محاسبه شده برای این آزمون ۰/۷۵ است که بر تحقیق یانگ، کلسکو^۷ و ویشار^۸ (۲۰۰۳) منطبق است. همسانی درونی^۹ برای ۱۵ عامل در نمونه ایرانی نیز به وسیله ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ بود (صدوقی، ۱۳۸۶). صدوقی (۱۳۸۶) در تحقیقی که به بررسی رابطه حساسیت پردازش حسی و طرحواره‌ها پرداخته بود، نشان داد که این پرسشنامه از روایی و پایایی زیادی برخوردار است.

۴- ابزار پیوند والدینی^{۱۰} (PBI)

این ابزار، که پارکر و همکاران آن را در سال ۱۹۷۹ ساختند، سبک‌های پیوند والدینی را می‌سنجد. این مقیاس، ابزاری گذشته‌نگر است و برای نوجوانان بالای ۱۶ سال کاربرد دارد. برای استفاده از این ابزار که دارای ۲۵ سؤال چهارگزینه‌ای و سه زیرمقیاس مراقبت، حمایت‌کنندگی بیش از حد و تشویق آزادی رفتاری است (لاک، والر، میر، آشر^{۱۱} و لسی^{۱۲}، ۲۰۰۶)، آزمودنی باید سبک پیوند والدینی را در طی ۱۶ سال اول

عنوان میانجی رابطه پیوند والدینی و علایم اختلال خوردن شناخته شده است، با حضور باورهای اختلال خوردن در این رابطه نقش تعدیل کننده^۴ نشان دادند. معناداری رابطه خطی باورهای ناسازگار مرکزی با علایم اختلال خوردن، با حضور باورهای اختلال خوردن از بین رفت.

در مدل ذکر شده، چهار کواریانس آزاد شد که در شکل با پیکان‌های‌های دوسویه مشخص شده‌اند. در مورد تأثیر غیرمستقیم پیوند والدینی (با واسطه باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن)، ضرایب مسیر در هم ضرب شد. اثر غیرمستقیم پیوند والدینی بر علایم اختلال خوردن با واسطه باورهای ناسازگار مرکزی ۰/۱۴ و با واسطه باورهای اختلال خوردن ۰/۴۸ بود که حکایت از بالاتر بودن اثر غیرمستقیم پیوند والدینی با واسطه باورهای اختلال خوردن بر علایم اختلال خوردن دارد. وقتی اثر پیوند والدینی مستقیماً روی علایم اختلال خوردن ارزیابی شد، پیوند والدینی فقط $R=0/013$ از علایم اختلال خوردن را پیش‌بینی کرد و زمانی که باورهای اختلال خوردن و باورهای ناسازگار مرکزی اضافه شد، این مقدار به $R=0/43$ افزایش داشت. سیر زمانی (که در قسمت فوقانی شکل قرار دارد) حاکی از آن است که پیوند والدینی و باورهای ناسازگار مرکزی در گذشته فرد تحول یافته‌اند، اما تأثیر خود را در زمان حال روی دو متغیر باورهای اختلال خوردن و نشانه‌های اختلال خوردن می‌گذارند یا سبب شکل‌گیری این دو متغیر در زمان حال شده‌اند.

چنانچه در مدل مطرح شده مشاهده می‌شود و نتایج تحلیل عاملی آزمون پیوند والدینی نیز نشان می‌دهد، پیوند والدینی دارای سه عامل اصلی مراقبت، حمایت‌کنندگی بیش از حد و تشویق آزادی رفتاری می‌باشد که عامل مراقبت بار مثبت و عوامل حمایت‌کنندگی بیش از حد و تشویق آزادی رفتاری بار منفی دارند.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین‌ها و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها را در متغیرهای علایم اختلال خوردن، باورهای اختلال خوردن، باورهای ناسازگار مرکزی و پیوند والدینی، و جدول ۲ همبستگی متغیرهای مطالعه را نشان می‌دهد.

برای بررسی روابط پیوند والدینی و علایم اختلال خوردن، با در نظر گرفتن دو متغیر واسطه‌ای^۱ باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن، از تحلیل ساختار کواریانس یا مدل معادله ساختاری^۲ (SEM) استفاده شد تا این رابطه در قالب یک مدل بررسی شود. برای بررسی برازندگی مدل پژوهش، از ویرایش ۸/۸ نرم افزار لیزرل استفاده شد.

برای سهولت مطالعه، زیرمقیاس‌های متغیرهای پژوهش را به صورت مخفف وارد معادله کردیم، اما اصطلاحات معادل آنها در جدول ۳ آورده شده است.

ابتدا، بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی^۳ و طبق نظریه‌های اصلی، متغیرهای پژوهش تأیید و ضرایب مربوط به هر عامل در مدل مشخص شدند. همان‌طور که شکل نشان می‌دهد، پیوند والدینی با سه عامل، باورهای اختلال خوردن با چهار عامل، باورهای ناسازگار مرکزی با ۱۵ عامل و علایم اختلال خوردن با سه عامل تأیید شدند. برازندگی مدل مذکور با استفاده از نرم‌افزار لیزرل ۸/۸ بررسی شد و شاخص‌های CFI، AGFI، GFI، NNFI، SMRI و RMSER به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲، ۰/۹۰ و ۰/۰۷ و ۰/۰۷ به دست آمد که نشان برازندگی مطلوب مدل بود؛ یعنی رابطه متغیرها به شکلی که در مدل مطرح گردیده بود، تأیید شد. دو متغیر باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن، در رابطه پیوند والدینی و علایم اختلال خوردن به عنوان متغیرهای واسطه‌ای تأیید شدند، اما کیفیت این روابط متفاوت بود. با نتایجی که از ضرایب مسیر به دست آمد، متغیر باورهای اختلال خوردن به عنوان متغیر میانجی در این رابطه شناخته شد، اما باورهای ناسازگار مرکزی که تاکنون در بسیاری تحقیقات به

1- mediator variable
2- Structural Equation Modeling
3- confirmatory
4- moderator variable

Archive of SID

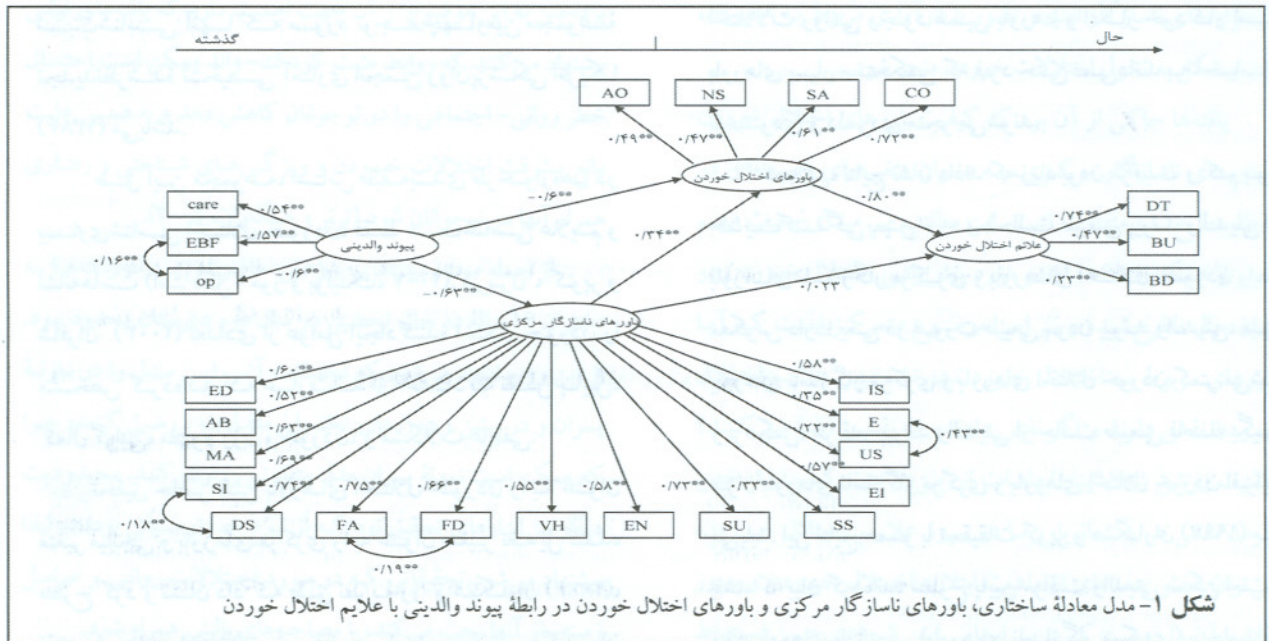
جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (n= ۴۰۳)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
علامه اختلال خوردن	۱۵/۷۴	۱۱/۵۲
باورهای اختلال خوردن	۷۸۸/۳۰	۴۹۲
باورهای ناسازگار مرکزی	۱۸۰	۴۹/۷
پیوند والدینی	۲۷/۹۲	۱۳/۱۳

جدول ۲- همبستگی متغیرهای پژوهش (n= ۴۰۳)

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱- علامه اختلال خوردن				
۲- باورهای اختلال خوردن	۰/۴۲ ^{oo}			
۳- باورهای ناسازگار مرکزی	۰/۲۵ ^{oo}	۰/۴۸ ^{oo}		
۴- پیوند والدینی	۰/۲۹ ^{oo}	۰/۴۳ ^{oo}	۰/۶۰ ^{oo}	

(**p<۰/۰۱)



شکل ۱- مدل معادله ساختاری، باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن در رابطه پیوند والدینی با علامه اختلال خوردن

جدول ۳- معرفی مخفف‌ها و زیرمقیاس‌های آنها

مخفف	زیرمقیاس	مخفف	زیرمقیاس	مخفف	زیرمقیاس	مخفف	زیرمقیاس
DT	تمایل به لاغری	AO	پذیرش دیگران	MA	بی‌اعتمادی- بذر رفتاری	SU	اطاعت
BU	پر خوری	NS	خودباوری منفی	SI	انزوای اجتماعی	SS	اثر
BD	نارضایتی بدنی	SA	خودپذیری	DS	نقص- شرم	EI	بازداری هیجانی
Care	مراقبت	CO	کنترل پر خوری	FA	شکست در هدف	US	معیارهای سرسختانه
EBF	تشویق آزادی رفتاری	ED	محرومیت هیجانی	FD	وابستگی عملکردی	E	استحقاق
OP	حمایت‌کنندگی بیش از حد	AB	رهاشدگی	VH	آسیب‌پذیری در برابر ضرر	IS	خودکنترلی ناکافی

نتیجه‌گیری

اما به عقیده کوپر، باورهای خاص اختلالات خوردن، غالباً در بررسی‌های اختلال خوردن نادیده گرفته شده‌اند. در دیدگاه‌های شناختی، تمرکز خصوصاً بر تحول و محتوای باورهای مرکزی، طرحواره‌ها و تصورات بنیادین و اصلی است (کوپر، رز و ترنر، ۲۰۰۵) و باورها، مرکز اصلی مدل‌های شناختی به‌شمار می‌روند (اسپرانگر^۴، والر و بریانت-وانگ، ۲۰۰۱). باورهای مرکزی در تحول و بقای نگرش‌های مربوط به اختلالات خوردن و رفتارهای خوردن نقش مهمی ایفا می‌کنند. اختلالات خوردن با طرحواره‌های خودباوری منفی و عملکرد ضعیف خانواده همراه و تجارب اولیه خانوادگی در تحول طرحواره‌ها مؤثر است (ترنر و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج تحقیق حاضر همسو با عقیده بک^۵ و فریمان^۶ (۱۹۹۰) است که می‌گوید ویژگی فراگیر بسیاری از اختلالات روانی وجود همین باورها و افکار خودکار است، باورهای بسیار مستحکمی که فرد حتی نمی‌داند به احساسات ناخشنودی و دل‌سردی منجر می‌شوند.

همچنین، نتایج نشان دادند که زیاد بودن مراقبت و کم بودن حمایت‌کنندگی بیش از حد (حالت طبیعی پیوند والدینی) با باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن رابطه معکوس دارد؛ یعنی در صورت طبیعی بودن پیوند والدینی، میزان باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن کمتر می‌شود و برعکس، هر قدر پیوند والدینی از حالت طبیعی فاصله بگیرد، میزان باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن افزایش می‌یابد. این نتایج همسو با تحقیقات کوپر و همکاران (۱۹۹۷) می‌باشد که بیان کرده‌اند، سطوح پایین مراقبت والدینی ممکن است به رشد باورهای نامناسبی (باورهای ناسازگار مرکزی) بینجامد که زمینه‌ای برای ایجاد باورهای مهم دیگر (در اینجا باورهای اختلال خوردن) است. این نتیجه با تحقیق صدوقی (۱۳۸۶) همخوانی دارد که رابطه بین پیوند والدینی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را روشن کرد. وی نشان داد که بر اساس این تحقیق، پویایی‌های خانواده تا

بررسی عوامل اصلی اختلال خوردن به درک چهار مسأله کمک می‌کند:

۱- درک این نکته که چرا فقط افراد خاصی به این اختلال دچار می‌شوند.

۲- شناخت علل اختلال برای دست‌یابی به راه‌های درمانی مناسب‌تر.

۳- تشخیص عوامل خطر ساز، برای انجام مداخلات هدفمند و مشخص کردن محتوای برنامه‌های پیشگیری و سیاست‌گذاری همگانی.

۴- توجه به علت‌شناسی علایم و نشانه‌ها، علاوه بر سبب‌شناسی آنها که مورد توجه چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده تشخیصی آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۴) می‌باشد.

طبق این مجموعه، اساس طبقه‌بندی طرحواره‌ها در بیماری‌شناسی اختلال خوردن، فقط سبب‌شناسی علایم و نشانه‌هاست (استریگل - مور و بولیک، ۲۰۰۷). فیبرن^۱، کوپر و شافران^۲ (۲۰۰۳) تعدادی از عوامل ایجادکننده اختلال خوردن را مشخص کرده‌اند که عبارت‌اند از: اعتماد به نفس پایین، کمال‌گرایی، مفهوم وزن و خوردن، و مشکلات عاطفی.

تحقیق حاضر نقش باورهای اختلال خوردن را به عنوان متغیر میانجی و باورهای مرکزی را به عنوان متغیر تعدیل‌کننده مطرح کرد و نشان داد که طبق نظریه رز و همکاران (۲۰۰۶)، نقش باورها در اختلالات خوردن مهم است. همان‌طور که بیان شد، بیشتر تحقیقات متغیر باورهای ناسازگار مرکزی را بدون در نظر گرفتن باورهای مهم اختلال خوردن بررسی کرده و آن را به عنوان متغیر میانجی در این رابطه در نظر گرفته‌اند؛ مانند بررسی لانگ، توماس^۳ و والر (۲۰۰۰) که بیان داشتند تحول ناسازگار باورهای مرکزی (به عنوان متغیر میانجی) در زنان مبتلا به اختلال خوردن می‌تواند به وسیله پیوندهای والدینی دریافت و تبیین شود.

1- Fairburn
3- Thomas
5- Beck

2- Shafran
4- Spranger
6- Freeman

Archive of SID

همکاران، ۲۰۰۶)، به همین دلیل نیز در تحقیق حاضر سعی شد نمونه نوجوانان تا حدی بررسی و این خلاء پر شود. البته برای نتیجه‌گیری قطعی به تحقیقات بیشتر در این زمینه نیاز است.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر دارای مضامین نظری و کاربردی خاصی می‌باشد. به لحاظ نظری با توجه به بدیع بودن مدل پیشنهادی، این تحقیق اسباب بسط مدل‌های موجود در زمینه باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن را از نظر توجه به نقش رشد عاطفی و هیجانی در کاهش باورهای ناسازگار مرکزی و باورهای اختلال خوردن فراهم می‌آورد. از منظر کاربردی، یافته‌های پژوهش حاضر، توجه خاص متخصصان بالینی را به نقش رشد شناختی و عاطفی در بروز علائم اختلال خوردن جلب می‌کند تا زمینه پیش‌گیری و درمان مناسب‌تر فراهم آید. پرداختن به این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که یافته‌های قبلی پیشنهاد می‌کنند که روابط مثبت کودک-والد ممکن است احتمال خطر روانی-اجتماعی را در نوجوانان کاهش دهد و به همین علت مانع پیشرفت اختلالات خوردن و ویژگی‌های شناختی و رفتاری همراه آنها در نوجوانان شود (ترنر و همکاران، ۲۰۰۵).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که یافته‌ها به دختران ۱۶ ساله در حال تحصیل در سال دوم دبیرستان محدود بود. از این رو پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آتی این مدل را در نمونه پسران و در سنین و دوره‌های تحصیلی متفاوت بررسی کنند؛ چرا که ممکن است نمونه پسران مدل متفاوتی را ارائه کند. محدودیت دیگر نیز ابزارهای تحقیق بود که از نوع خودتوصیفی بودند، لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی که در مورد اختلالات روانی و عوامل زمینه‌ساز آنها بحث می‌کند، با مصاحبه‌های بالینی همراه شود.

سپاسگزاری

از تمام عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۹/۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۰

حد زیادی، بازتاب دقیق پویایی‌های دنیای ذهنی فرد است و پیوند والدینی پیش‌بینی‌کننده تحول طحواه‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. از طرف دیگر، باورهای مرکزی در تحول اختلالات خوردن نقش مهمی ایفا می‌کنند. والر و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیقات خود این باورها را عامل تمیزدهنده افراد مبتلا به اختلال خوردن از افراد سالم معرفی کرد.

یافته دیگر تحقیق نشان می‌دهد که بار عاملی-حمایت‌کنندگی بیش از حد بر پیوند والدینی، بیشتر از مراقبت است و این یافته نیز با تحقیق ترنر و همکاران (۲۰۰۵) همسوست. آنها بیان می‌کنند که حمایت مفرط والدین ممکن است به تحول باورهای ناسازگاری در کودک بینجامد و باعث شود آنها نتوانند مستقلاً مسؤولیت‌های روزانه را دست‌کاری کنند؛ تا آنجا که ممکن است این طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تصور ناکارآمدی مربوط به خوردن، وزن و شکل به تحول اختلالات خوردن منجر شود.

یافته‌ها حاکی از آن بود که کیفیت باورهای اختلال خوردن و باورهای ناسازگار مرکزی، به عنوان متغیرهای واسطه‌ای در رابطه مطرح شده متفاوت است. این مطلب بر مبنای بحث مهم کوپر و همکاران (۲۰۰۶) در مورد پیش‌بینی اختلال خوردن در زمان حال مطرح شده و بر این موضوع متمرکز است که آیا باورهای مربوط به اختلال خوردن در تشخیص علائم اختلال خوردن نقش دارند و اگر نقش دارند، چه نقشی ایفا می‌کنند؟ اهمیت روشن شدن این ابهامات از این‌روست که با مشخص کردن نقش هر یک از باورها در بروز علائم اختلال خوردن، می‌توان بخش عمده‌ای از ماهیت ابتلا به اختلال خوردن و بروز علائم آن را روشن کرد. بر اساس این شواهد چنین استنباط می‌شود که پیوند والدینی و باورهای ناسازگار اولیه و باورهای مربوط به اختلال خوردن می‌توانند به عنوان عوامل زمینه‌ساز اختلالات خوردن مطرح گردند. نظریه‌های شناختی اختلال خوردن با تحقیق بر بزرگسالان تحول یافته‌اند و تحقیقات اندکی روی نوجوانان شده است (گارنر و همکاران، ۱۹۸۳). برای نوجوانان مبتلا به اختلال خوردن از مدل‌های مربوط به بزرگسالان استفاده می‌شود و مدل‌های خاص نوجوانی وجود ندارد (رز و

منابع

- آهی، ق. (۱۳۸۵). *هنجار یابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۸۴). *متن تجدیدنظرشده مجموعه تشخیصی آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا* (ترجمه م. ر. نیکخو و آ. یانس). تهران: انتشارات سخن.
- سادوک، و.، کاپلان، ه.، و سادوک، ب. ج. (۱۳۸۵). *خلاصه روان‌پزشکی* (ترجمه ن. ا. پورافکاری). تهران: انتشارات شهراب.
- صدوقی، ز. (۱۳۸۶). *بررسی سبک‌های پیوند والدینی، فرایندهای حسی-ادراکی و شناختی کاربرد نادرست اینترنت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- یانگ، ج. (۱۳۸۴). *شناخت درمانی اختلالات شخصی: رویکرد طرحواره محور* (ترجمه ع. صاحبی و ح. حمیدپور). تهران: انتشارات آگاه.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford press.
- Blissett, J., Meyer, C., Farrow, C., Bryant-Waugh, R., & Nicholls, D. (2005). Maternal core beliefs and children's feeding problems. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 127-134.
- Cooper, M. J., Rose K. S., & Turner, H. M. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 60-64.
- Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. (2007). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7, 27-35.
- Cooper, M., Cohen-Tovee, E., Todd, G., Wells, A., & Tovee, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 381-388.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "trans-diagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Furnham, A., & Adam-Saib, S. (2001). Abnormal eating attitudes and behaviours and perceived parental control: A study of white British and British-Asian school girls. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 36, 462-470.
- Garner, D. M., Olmsted, M. A., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Kerlinger, F. N., & Pedhazur, E. J. (1973). *Multiple regression in behavioral research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Parental rearing behaviours and disorders: The moderating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6, 355-364.
- Canetti, L., Kanyas, K., Latzer, Y., Lerer, B., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 703-716.
- Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 203-213.
- Lewis, J. A. (2005). *Early maladaptive schemas and personality dysfunction in adolescence: An investigation of the moderating effects of coping styles*. ETD Collection for Fordham University.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2006). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive therapy and Research*, 29, 717-732.
- Mayer, C., & Gillings, K. (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 229-233.
- Meyer, C., Leung, N., Feary, B., & Mann, B. (2001). Core beliefs and bulimic symptomatology in non-eating-disordered women: The mediating role of borderline characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 434-440.
- Norring, C. E. A. (1990). The eating disorder inventory: Its relation to diagnostic dimensions and follow-up status. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 685-694.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

Archive of SID

Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune & Stratton.

Rose, K. S., Cooper, M. J., & Turner, H. (2006). The eating disorder belief questionnaire: Psychometric properties in an adolescent sample. *Eating Behaviors, 7*, 410-418.

Rosen, J. C., Silberg, N. T., & Gross, J. (1988). Eating attitudes test and eating disorders inventory: Norms for adolescent girls and boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 305-308.

Spranger, S. C., Waller, G., & Bryant-Waugh, R. (2001). Schema avoidance in bulimic and non-eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 302-306.

Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62*, 181-198.

Turner, H. M., & Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. *Eating Behaviors, 6*, 113-118.

Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2006). Schema and parental bonding in overweight and non overweight female adolescents. *International Journal of Obesity, 29*, 381-387.

Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors, 3*, 171-178.

Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 137-147.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. *Journal of psychosomatic research, 57*, 113-116.

Applicability of Functional Job Analysis in Analyzing Cognitive Functions

Objectives: The goal of the present study was to evaluate the applicability of functional job analysis in the analysis of cognitive functions of occupational responsibilities in occupations of the national petrochemical industries. Method: Five trained evaluators selected a sample of 30 tasks from the list of 1387 and 1388 task statements, based on theory and method analysis. The evaluators rated things and people (to which the employees were related using their knowledge, skills and abilities in their physical cognitive and interpersonal functional areas) according to the functions of this method. Results: Reliability was higher than what was expected in all instances and showed significant correlation with the evaluators' ratings. Conclusion: The results confirmed the strength of this method in the analysis of occupation and executive capability in many organizations.

Keywords: Functional Job Analysis, Cognitive Functions, Reliability