

A Structural Model of the Relationship Between Parental Autonomy Support and Parental Control with Symptoms of Eating Disorders in 13 to 18 Years Old Adolescents: The Mediating Role of Satisfaction of Basic Psychological Needs

*Jamshidi Gh¹, Gholami S², Ghorbanpour S³, Ghorbanpour H¹

Author Address

1. MA in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Shahr-e- Qods Branch, Tehran, Iran;
2. MA in Psychometrics, Department of Psychometrics, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran;
3. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Islamshahr Branch, Tehran, Iran.
*Corresponding Author Email: gacela.ir@gmail.com

Received: 2024 July 23; Accepted: 2024 September 16

Abstract

Background & Objectives: During biological, psychological, and social development, teenagers are involved in a series of changes in their thinking, social relationships, and physical conditions, which may sometimes endanger their growth and development. Eating disorders are among the most important clinical problems of adolescents, which are associated with significant psychological and physical injuries, and their prevalence has been increasing in recent decades. The occurrence of eating disorders in adolescents depends on countless variables, from socio-cultural factors to biological, genetic, and psychological. Two of these factors are parental autonomy support and parental control. These factors can also play a role in increasing psychological well-being and reducing psychological injuries by affecting the satisfaction of basic psychological needs. Accordingly, the purpose of this study was to investigate the relationship between parental autonomy support and parental control with symptoms of eating disorders in 13 to 18 years old adolescents with the mediation of satisfaction of basic psychological needs.

Methods: This analytical research was of correlational type and based on structural equation modeling method. All the students of the first and second secondary schools (13 to 18 years) of the fifth district of Tehran City, Iran, who were studying in the academic year of 2023–2024, constituted the statistical population of this study. Using the available sampling method, 565 of these students were selected and answered the Perceived Parental Autonomy Support Scale (Mageau et al., 2015), the Basic Psychological Needs Scale (Reeve & Sickenius, 1994), and the Eating Attitude Test (Garner et al., 1982). Data analysis was done at two descriptive and inferential levels. At the descriptive level, descriptive statistical indicators such as frequency, minimum score, maximum score, mean, standard deviation, skewness and kurtosis were used. At the inferential level, the Pearson correlation coefficient was used to check the correlation between research variables. Also, the examination of the conceptual model was done using structural equation modeling. Data were analyzed at a significance level of 0.05 using SPSS software version 22 and AMOS software version 22.

Results: The results showed that the fit indices of the model are at an acceptable level ($\chi^2/df=1.42$, RMSEA=0.063, GFI=0.92, IFI=0.94, CFI=0.93, AGFI=0.89, PNFI=0.71). The indirect effect of parental perceived autonomy support through the satisfaction of basic psychological needs on the symptoms of eating disorders ($p<0.001$, $\beta=0.200$) and the effect of parental control through the satisfaction of basic psychological needs on the symptoms of eating disorders ($p=0.012$, $\beta=-0.171$) were significant. Also, the direct effect of satisfaction of basic psychological needs on the symptoms of eating disorders was negative and significant ($p=0.032$, $\beta=-0.189$).

Conclusion: In general, it is concluded that the autonomy-supporting environment in the family can play a protective role against the occurrence of eating disorders in 13 to 18 years old adolescents by satisfying basic psychological needs. However, an environment with the nature of psychological control in the family causes failure of the basic psychological needs in teenagers and ultimately contributes to the occurrence of higher levels of symptoms of eating disorders in adolescents 13 to 18 years old.

Keywords: Parental autonomy support, Parental control, Eating disorders, Adolescents 13 to 18 years old, Basic psychological needs.

مدل ساختاری رابطه حمایت از خودمختاری و کنترلگری والدین با علائم اختلالات خوردن در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال: نقش میانجی رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی

*غزال جمشیدی^۱، سینا غلامی^۲، سحر قربان‌پور^۳، هدیه قربان‌پور^۱

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قفس، تهران، ایران؛
 ۲. کارشناسی‌ارشد روان‌سنجی، گروه روان‌سنجی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران؛
 ۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، تهران، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: gacela.ir@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲ مرداد ۱۴۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۲۶ شهریور ۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات خوردن، از مشکلات بالینی بسیار مهم در نوجوانان به‌شمار می‌رود که با آسیب‌های روانی و جسمانی درخور توجهی همراه می‌شود و شیوع آن در دهه‌های اخیر روندی افزایشی داشته است. پژوهش حاضر باهدف بررسی مدل ساختاری رابطه حمایت از خودمختاری و کنترلگری والدین با علائم اختلالات خوردن در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال با میانجیگری رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش تحلیلی از نوع همبستگی و مبتنی بر روش مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان مقاطع متوسطه اول و دوم (۱۳ تا ۱۸ سال) مدارس منطقه پنج تهران تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. با روش نمونه‌گیری دردسترس، ۵۶۵ نفر از این دانش‌آموزان انتخاب شدند. سپس به مقیاس حمایت از خودمختاری ادراک‌شده والدینی (ماجیو و همکاران، ۲۰۱۵) و مقیاس نیازهای بنیادین روان‌شناختی (ریو و سیکینیوس، ۱۹۹۴) و آزمون نگرش به خوردن (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲) پاسخ دادند. برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و برای بررسی مدل مفهومی از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. داده‌ها در سطح معناداری ۰/۰۱ در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و AMOS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها، برازش مدل مفهومی با داده‌های گردآوری‌شده را نشان داد ($RMSEA=0/063$ و $X^2/DF=1/42$ و $GFI=0/92$ و $AGFI=0/89$ و $CFI=0/93$ و $IFI=0/94$ و $\beta=0/200$ ، $p<0/001$) و اثر غیرمستقیم حمایت از خودمختاری ادراک‌شده والدینی از طریق رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی بر علائم اختلالات خوردن ($\beta=0/200$ ، $p<0/001$) و اثر غیرمستقیم کنترلگری والدین از طریق رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی بر علائم اختلالات خوردن ($\beta=0/171$ ، $p=0/012$) معنادار بود. همچنین اثر مستقیم رضایت از نیازهای بنیادین روانی بر علائم اختلالات خوردن، منفی و معنادار به‌دست آمد ($\beta=-0/189$ و $p=0/032$).

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی نتیجه گرفته می‌شود، حمایت از خودمختاری و کنترلگری والدین از طریق رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی بر علائم اختلالات خوردن نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: حمایت از خودمختاری والدین، کنترلگری والدین، اختلالات خوردن، نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال، نیازهای بنیادین روان‌شناختی.

والدینی، کودکان و نوجوانان را برای رشد و توسعه کامل تشویق و حمایت می‌کند و می‌تواند منجر به افزایش عزت‌نفس و شادی آن‌ها شود و عملکرد تنظیم هیجان آن‌ها را ارتقا بخشد. حمایت از خودمختاری توسط والدین حتی بر رشد کودکان و نوجوانان پس از ترک والدین خود و ورود به دانشگاه تأثیر مثبت می‌گذارد (۱۱). درمقابل حمایت از خودمختاری توسط والدین، کنترل روان‌شناختی والدین^۸ قرار دارد. کنترل‌گری والدین ساختار گسترده‌ای است که می‌توان آن را ارائه خودمختاری ضعیف در نظر گرفت. والدین کنترل‌کننده، فعالیت‌های فرزندان خود را تنظیم می‌کنند، بیش‌ازحد به محافظت از آن‌ها می‌پردازند و به فرزندان آموزش می‌دهند چگونه فکر و احساس و رفتار کنند (۱۲).

این جو انگیزشی خانواده یعنی حمایت از خودمختاری و کنترل‌گری والدین، در رضایت یا ناکامی از نیازهای بنیادین روان‌شناختی^۹ نوجوانان نقش اساسی دارد؛ زیرا اگر نشانه‌هایی^{۱۰} که این جو انگیزشی به نوجوان ارائه می‌کند، مبتنی بر کنترل‌گری و حمایت‌نکردن از خودمختاری باشد، ممکن است ارضای نیازهای بنیادین خودمختاری، شایستگی و ارتباط^{۱۱} نوجوان به‌خطر بیفتد (۱۳). زیربنای نظری نیازهای بنیادین روان‌شناختی، نظریه خودتعیین‌گری^{۱۲} است (۱۴). خودتعیین‌گری به تجربه حس انتخاب در خودآغازگری و تنظیم فعالیت‌های شخصی گفته می‌شود (۱۵). نظریه خودتعیین‌گری پیشنهاد می‌کند انسان‌ها سه نیاز روان‌شناختی بنیادین دارند که باید برای دستیابی به انگیزه خودمختار و درونی به‌صورت کامل برآورده شوند.

این نیازها عبارت است از: خودمختاری؛ شایستگی؛ ارتباط (۱۴). نیاز خودمختاری زمانی ارضا می‌شود که افراد احساس کنند نظرات آن‌ها دارای ارزش و احترام است، احساسات آن‌ها هدف توجه قرار می‌گیرد و به آن‌ها فرصت داده می‌شود خود تصمیم بگیرند (۱۵). شایستگی به احساس کارآمدی و اطمینان در انجام فعالیت‌ها اشاره دارد. شایستگی این احساس را به افراد می‌دهد که می‌توانند کارهای واگذار شده به آن‌ها را با احتمال موفقیت بیشتر و با کارایی زیاد انجام دهند (۱۶). نیاز به ارتباط، به احساس ارتباط با افراد مهم برای شخص و تجربه‌کردن احساس صمیمیت گفته می‌شود (۱۷).

در پژوهش‌های زیادی بر نقش سازنده نیازهای بنیادین روان‌شناختی در کاهش انواع اختلالات روان‌شناختی تأکید شده است؛ برای مثال منصورنژاد و همکاران تأثیر مستقیم حمایت از خودمختاری را بر رفتارهای برون‌یافته دانش‌آموزان مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی تأیید کردند (۹). اسماعیلی و غلامی دریافتند، نیازهای بنیادین روانی قادر است استرس کرونا^{۱۳} را در جهت منفی پیش‌بینی کند (۱۷). جمشیدی و همکاران به این نتیجه رسیدند که نیازهای بنیادین روانی رابطه منفی با اختلال بد ریخت‌انگاری بدن^{۱۴} دارد (۱۸). مطالعه شاکان و همکاران بیانگر تأثیر رضایت از نیازهای بنیادین روانی بر کاهش

از مراحل بسیار مهم تکاملی انسان، گذر از دوره کودکی و ورود به دوره نوجوانی است. نوجوانان در جریان این تکامل زیستی و روانی و اجتماعی درگیر مجموعه‌ای از تغییرات در تفکر و روابط اجتماعی و وضعیت بدنی خود می‌شوند که گاهی ممکن است رشد و بالندگی آن‌ها را به‌خطر بیندازد (۱). در این بین اختلالات خوردن^۱، از مشکلات بالینی بسیار مهم در نوجوانان به‌شمار می‌رود که با آسیب‌های روانی و جسمانی درخور توجهی همراه می‌شود و شیوع آن‌ها در دهه‌های اخیر روندی افزایشی داشته است (۲). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ اختلالات پایدار در خوردن یا اختلال در رفتارها و افکار و احساسات مربوط به خوردن را با عنوان اختلالات تغذیه و خوردن مشخص می‌کند. ویژگی بارز این دسته از اختلالات، تغییرات در مصرف یا جذب غذا و آسیب درخور توجه به سلامت جسمانی و کارکرد روانی اجتماعی است (۳).

از نشانه‌های این دسته از اختلالات می‌توان به اشتغال ذهنی شدید با وزن، غذا، کالری مواد خوراکی، رژیم غذایی و تصویر بدنی^۳، عادت‌های غذایی یا خوردن غیرطبیعی و افراطی^۴، شواهدی از پرخوری^۵ مانند ناپدید شدن مقادیر زیاد غذا، شواهدی از رفتارهای پاک‌سازی از جمله استفراغ عمدی، روزه‌داری، مصرف ملین‌ها یا قرص‌های لاغری و ورزش بیش‌ازحد، تغییر رنگ یا لکه‌دار شدن دندان‌ها، کناره‌گیری از دوستان و فعالیت‌های معمولی، احساس انزوا، افسردگی، اضطراب یا تحریک‌پذیری، اشاره کرد (۴). این اختلالات عمدتاً از سن نوجوانی آغاز می‌شود و شیوع آن‌ها در نوجوانان بسیار زیاد است؛ به‌طوری‌که شیوع این اختلالات در نوجوانان، یک نفر از هر پنج نوجوان گزارش شده است (۵).

بروز اختلالات خوردن در نوجوانان به متغیرهای بی‌شماری از عوامل اجتماعی فرهنگی تا عوامل بیولوژیک، ژنتیکی و روانی بستگی دارد. باوجود تنوع و پیچیدگی موجود در سبب‌شناسی اختلالات خوردن، به نظر می‌رسد شرایط محیطی که نوجوانان را در برابر ابتلا به این اختلال آسیب‌پذیر می‌کند، اهمیت بیشتری دارد (۶). یکی از این متغیرهای محیطی تأثیرگذار، خانواده است (۷)؛ به‌طور کلی والدین در بروز اختلالات خوردن در فرزندان و پیشگیری و بهبودی فرزندان از این اختلالات نقشی حیاتی دارند (۸)؛ در واقع حمایت اجتماعی^۶ از جانب والدین در مقابله مؤثر فرزندان با مشکلات رفتاری و حفظ سلامت روان و سازگاری آن‌ها بسیار بااهمیت است. یکی از جنبه‌های حمایت والدین، حمایت از خودمختاری است (۹).

حمایت از خودمختاری والدینی^۷، توانایی والدین برای پذیرش و موافقت با نظرات فرزندان، دادن حق انتخاب بیشتر به آن‌ها، استفاده کمتر از فرزندپروری مستبدانه و کمک به آن‌ها برای کشف علایق و درک ارزش‌های شخصی آنان است (۱۰). حمایت از خودمختاری

8. Parental psychological control

9. Basic psychological needs

10. Signals

11. Autonomy, competence & relatedness

12. Self-Determination Theory

13. Corona stress

14. Body Dysmorphic Disorder

1. Eating disorders

2. American Psychiatric Association

3. Body image

4. Abnormal and extreme eating

5. Bulimia

6. Social support

7. Parental autonomy support

پیشانی‌های روانی افسردگی و اضطراب و استرس بود (۱۹). پژوهش توت-کرالی و همکاران نشان داد، کاهش علائم اختلالات خوردن تحت تأثیر رضایت از نیازهای بنیادین روانی است (۲۰). پژوهش سوئسمه و همکاران بیانگر آن بود که نیازهای بنیادین روان‌شناختی قادر است در رابطه میان حمایت از خودمختاری و آسیب‌های روان‌شناختی همچون افسردگی نقش میانجی داشته باشد (۲۱). همچنین نیازهای بنیادین توانست در رابطه میان حمایت از خودمختاری و نارسایی هیجانی^۱ نقش میانجی ایفا کند (۲۲). مطالعه فرانسویس و رومیلد از تأثیر حمایت از خودمختاری به صورت مستقیم بر اضطراب نوجوانان حمایت کرد (۲۳). استیگر و همکاران به این نتیجه رسیدند که حمایت از خودمختاری به صورت غیرمستقیم و از طریق انگیزش خودمختار بر اختلالات خوردن در زنان تأثیر می‌گذارد (۲۴). درمقابل، مطالعات مختلف تأثیر کنترل روان‌شناختی والدین بر افزایش مشکلات روان‌شناختی را نشان داد؛ مثلاً نتایج مطالعه فرانسویس و رومیلد بیانگر نقش کنترل والدین در افزایش افسردگی نوجوانان بود (۲۳). فاطمی و همکاران رابطه مثبت میان کنترل والدینی و اضطراب اجتماعی^۲ دانش‌آموزان را تأیید کردند (۲۵). اقدامی و فولادچنگ دریافتند، میان کنترل روانی والدین و افکار خودکشی رابطه مثبت وجود دارد (۲۶). دیستل و همکاران به این نتیجه رسیدند که کنترل روان‌شناختی والدین قادر است اختلال پرخوری را در دختران نوجوان پیش‌بینی کند (۲۷). از مسائلی که منجر به اهمیت بررسی اختلالات خوردن و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن در نوجوانان می‌شود، سن شروع این اختلالات است که به سنین نوجوانی برمی‌گردد؛ برای مثال، سن شایع‌تر شروع بی‌اشتهایی عصبی^۳ در نوجوانی و بین ۱۴ تا ۱۸ سالگی است. همچون بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی^۴ نیز در دوره نوجوانی بروز می‌کند (۲۸). افزون‌براین، میزان شیوع اختلالات خوردن در نوجوانان بسیار نگران‌کننده به نظر می‌رسد و اهمیت بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده بنیادین آن را دوچندان می‌کند. مطالعات مختلف نشان داد، اختلالات خوردن در نوجوانان و به خصوص دختران نوجوان بسیار شایع است؛ به طوری که شیوع این اختلالات در نوجوانان و جوانان ۲۲/۲ درصد گزارش شده است (۵). در ایران پژوهش‌های اندکی در زمینه اختلالات خوردن در نوجوانان صورت گرفته است که این خود بر اهمیت مطالعه حاضر می‌افزاید؛ با این حال، همان مطالعات اندک درباره شیوع‌شناسی اختلالات خوردن در جامعه نوجوانان ایران، نشان از شیوع ۱۵/۷ درصدی این اختلالات در نوجوانان داشت (۲۹). همچنین نتایج پژوهش افتخاری و همکاران بیانگر آن بود که ۸۰ درصد از دختران نوجوان در معرض خطر اختلالات خوردن هستند (۳۰). مسئله بعدی که اهمیت بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده اختلالات خوردن در نوجوانان را روشن می‌سازد، تأثیرات نگران‌کننده این اختلالات بر نوجوانان است. نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن در مقایسه با جمعیت عمومی و مبتلایان به دیگر اختلالات روان‌شناختی، در معرض خطر بیشتر اقدام به خودکشی، مرگ‌ومیر و کیفیت زندگی ضعیف‌تر قرار دارند (۳).

پژوهش‌های روانی افسردگی و اضطراب و استرس بود (۱۹). پژوهش توت-کرالی و همکاران نشان داد، کاهش علائم اختلالات خوردن تحت تأثیر رضایت از نیازهای بنیادین روانی است (۲۰). پژوهش سوئسمه و همکاران بیانگر آن بود که نیازهای بنیادین روان‌شناختی قادر است در رابطه میان حمایت از خودمختاری و آسیب‌های روان‌شناختی همچون افسردگی نقش میانجی داشته باشد (۲۱). همچنین نیازهای بنیادین توانست در رابطه میان حمایت از خودمختاری و نارسایی هیجانی^۱ نقش میانجی ایفا کند (۲۲). مطالعه فرانسویس و رومیلد از تأثیر حمایت از خودمختاری به صورت مستقیم بر اضطراب نوجوانان حمایت کرد (۲۳). استیگر و همکاران به این نتیجه رسیدند که حمایت از خودمختاری به صورت غیرمستقیم و از طریق انگیزش خودمختار بر اختلالات خوردن در زنان تأثیر می‌گذارد (۲۴). درمقابل، مطالعات مختلف تأثیر کنترل روان‌شناختی والدین بر افزایش مشکلات روان‌شناختی را نشان داد؛ مثلاً نتایج مطالعه فرانسویس و رومیلد بیانگر نقش کنترل والدین در افزایش افسردگی نوجوانان بود (۲۳). فاطمی و همکاران رابطه مثبت میان کنترل والدینی و اضطراب اجتماعی^۲ دانش‌آموزان را تأیید کردند (۲۵). اقدامی و فولادچنگ دریافتند، میان کنترل روانی والدین و افکار خودکشی رابطه مثبت وجود دارد (۲۶). دیستل و همکاران به این نتیجه رسیدند که کنترل روان‌شناختی والدین قادر است اختلال پرخوری را در دختران نوجوان پیش‌بینی کند (۲۷). از مسائلی که منجر به اهمیت بررسی اختلالات خوردن و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن در نوجوانان می‌شود، سن شروع این اختلالات است که به سنین نوجوانی برمی‌گردد؛ برای مثال، سن شایع‌تر شروع بی‌اشتهایی عصبی^۳ در نوجوانی و بین ۱۴ تا ۱۸ سالگی است. همچون بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی^۴ نیز در دوره نوجوانی بروز می‌کند (۲۸). افزون‌براین، میزان شیوع اختلالات خوردن در نوجوانان بسیار نگران‌کننده به نظر می‌رسد و اهمیت بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده بنیادین آن را دوچندان می‌کند. مطالعات مختلف نشان داد، اختلالات خوردن در نوجوانان و به خصوص دختران نوجوان بسیار شایع است؛ به طوری که شیوع این اختلالات در نوجوانان و جوانان ۲۲/۲ درصد گزارش شده است (۵). در ایران پژوهش‌های اندکی در زمینه اختلالات خوردن در نوجوانان صورت گرفته است که این خود بر اهمیت مطالعه حاضر می‌افزاید؛ با این حال، همان مطالعات اندک درباره شیوع‌شناسی اختلالات خوردن در جامعه نوجوانان ایران، نشان از شیوع ۱۵/۷ درصدی این اختلالات در نوجوانان داشت (۲۹). همچنین نتایج پژوهش افتخاری و همکاران بیانگر آن بود که ۸۰ درصد از دختران نوجوان در معرض خطر اختلالات خوردن هستند (۳۰). مسئله بعدی که اهمیت بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده اختلالات خوردن در نوجوانان را روشن می‌سازد، تأثیرات نگران‌کننده این اختلالات بر نوجوانان است. نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن در مقایسه با جمعیت عمومی و مبتلایان به دیگر اختلالات روان‌شناختی، در معرض خطر بیشتر اقدام به خودکشی، مرگ‌ومیر و کیفیت زندگی ضعیف‌تر قرار دارند (۳).

۲ روش بررسی

این پژوهش تحلیلی از نوع همبستگی و مبتنی بر روش مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان مقاطع متوسطه اول و دوم (۱۳ تا ۱۸ سال) مدارس منطقه پنج تهران تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. مولر^۵ به منظور تعیین حجم نمونه مناسب برای مدل‌سازی معادلات ساختاری از نسبت حجم نمونه به پارامترهای مدل استفاده کرد. وی حداقل این نسبت را ۵ به ۱ و حد متوسط آن را ۱۰ به ۱ و حد زیاد آن را نسبت ۲۰ به ۱ عنوان کرد (به نقل از ۳۱). در مدل پژوهش حاضر (شکل ۱) ۶۶ پارامتر وجود داشت $66 = 2(11 \times 12)$. با در نظر گرفتن نسبت ۹ به ۱ یعنی تقریباً حد متوسط معیار مولر (به نقل از ۳۱) نمونه‌ای شش صد نفری برای این پژوهش مناسب قلمداد شد (۵۹۴ = ۹ × ۶۶). افراد نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

روش گردآوری داده‌ها به صورت مداخله‌ای بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، هشت مدرسه در مقاطع متوسطه اول و دوم در منطقه پنج تهران انتخاب شد. در انتخاب مدارس، مدارس دولتی و نیز مدارس غیردولتی و نمونه دولتی مدنظر قرار گرفت. پس از دریافت تأییدیه کمیته اخلاق و مکاتبه و کسب اجازه از مدیران مدارس، محققان وارد مدارس شدند و به طور در دسترس به انتخاب کلاس‌ها پرداختند و پرسش‌نامه‌های چاپ‌شده را در میان دانش‌آموزان توزیع کردند. در پژوهش حاضر به منظور رعایت موازین اخلاقی ابتدا به آزمودنی‌ها گفته شد این طرح صرفاً برای کار پژوهشی انجام می‌شود؛ از این رو اطلاعات آن‌ها در اختیار هیچ مرکزی قرار نمی‌گیرد. پس از ارائه توضیحات اولیه، رضایت کتبی هریک از شرکت‌کنندگان برای حضور داوطلبانه و رضایت هریک از آن‌ها مبنی بر انتشار نتایج مطالعه بدون ذکر نام و مشخصات آن‌ها کسب شد. از سوی دیگر به منظور رعایت موازین اخلاقی و حفظ اطلاعات شخصی، به هر آزمودنی یک کد اختصاص داده شد. از میان شش صد پرسش‌نامه اجرا شده، ۳۵ پرسش‌نامه ناقص کنار گذاشته شد و تحلیل داده‌ها با ۵۶۵ پرسش‌نامه انجام گرفت.

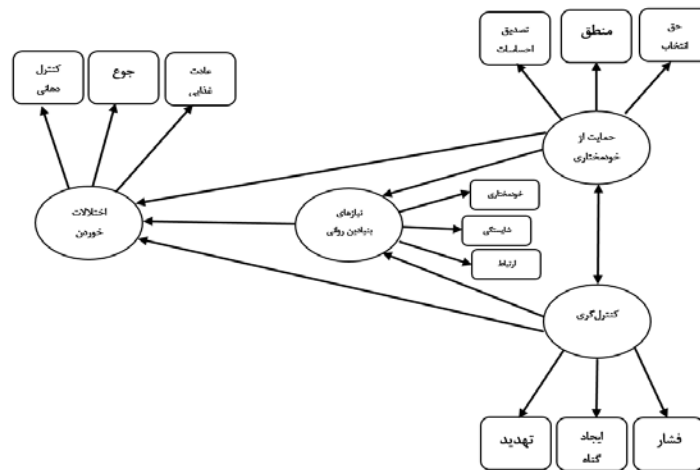
4. Bulimia nervosa

5. Moler

1. Alexithymia

2. Social anxiety

3. Anorexia nervosa



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش در تبیین رابطه حمایت از خودمختاری و کنترل‌گری والدین با علائم اختلالات خوردن در نوجوانان، با میانجیگری رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی

۰/۷۴ و فشارهای عملکردی را ۰/۷۸ به دست آورد (۳۳).
 - مقیاس نیازهای بنیادین روان‌شناختی^۲: این مقیاس توسط ریو و سیکینیوس در سال ۱۹۹۴ برای ارزیابی سه نیاز بنیادین روان‌شناختی در نظریه خودتعیین‌گری یعنی خودمختاری و شایستگی و ارتباط ساخته شده است (۳۴). این پرسش‌نامه، ابزاری کوتاه و ساده با دوازده سؤال است و چهار بُعد خودمختاری، شایستگی، ارتباط و تنش را می‌سنجد. هریک از این ابعاد از سه گویه تشکیل شده است. زیرمقیاس تنش که صرفاً برای بررسی مشکلات روانی ناشی از نارضایتی از نیازهای بنیادین روانی به ابزار اصلی اضافه شد، در مطالعه جانگ و همکاران (۳۵) از پرسش‌نامه حذف شد و فقط سه زیرمقیاس خودمختاری و شایستگی و ارتباط باقی ماند. در پژوهش حاضر از نسخه نُه‌سؤالی پرسش‌نامه بهره گرفته شد. آزمودنی‌ها می‌توانند به گویه‌های پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ پاسخ دهند. حداقل نمره پرسش‌نامه ۹ و حداکثر نمره آن ۶۳ است. نمرات بیشتر بیانگر رضایت بیشتر از نیازهای بنیادین روانی است (۳۴). روایی ساختار سه‌عاملی (خودمختاری، شایستگی، ارتباط) نسخه تجدیدنظرشده انگلیسی این پرسش‌نامه در مطالعه جانگ و همکاران (۳۵) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید شد ($GFI=0/9$, $X^2=128/1$, $df=59$). همچنین برای زیرمقیاس‌های خودمختاری و شایستگی و ارتباط به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۶۱ و ۰/۹۰ و ۰/۷۵ به دست آمد (۳۵). در ایران، اسماعیلی و غلامی مدل سه‌عاملی پرسش‌نامه را از طریق تحلیل عاملی تأییدی، تأیید کردند ($IFI=0/91$, $AGFI=0/89$, $GFI=0/94$, $X^2/DF=2/48$), $CFI=0/91$, $RMSEA=0/271$). علاوه بر این، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خودمختاری، شایستگی، ارتباط و کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۴، ۰/۳۷ و ۰/۷۷ به دست آمد (۱۷).
 - آزمون نگرش به خوردن^۳: این پرسش‌نامه توسط گارنر و همکاران در سال ۱۹۸۲ برای سنجش نشانگان اختلالات خوردن و نگرش‌ها و

به‌منظور گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت.
 - مقیاس حمایت از خودمختاری ادراک‌شده والدینی^۱: مقیاس حمایت از خودمختاری ادراک‌شده والدینی توسط ماجیو و همکاران در سال ۲۰۱۵ برای سنجش درک نوجوانان از میزان حمایت از خودمختاری و کنترل‌گری والدین ساخته شد (۳۲). این مقیاس ۲۴ گویه دارد که به اندازه‌گیری سه نوع رفتار حمایت از خودمختاری یعنی ارائه حق انتخاب، توضیح دلایل و منطق پشت قوانین و محدودیت‌ها، تصدیق احساسات (هرکدام با چهار گویه) و سه نوع رفتار کنترل‌کننده یعنی تهدید به تنبیه، القای احساس گناه، فشارهای عملکردی (هرکدام با چهار گویه) می‌پردازد. به این ترتیب در پرسش‌نامه دو نمره کلی حمایت از خودمختاری والدین و کنترل‌گری والدین به دست می‌آید. آزمودنی‌ها براساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از اصلاً موافق نیستم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ به گویه‌های پرسش‌نامه پاسخ می‌دهند. حداقل نمره در هریک از زیرمقیاس‌های اصلی حمایت از خودمختاری و کنترل‌گری والدین برابر با ۱۲ و حداکثر آن برابر با ۸۴ است. نمرات بیشتر در زیرمقیاس حمایت از خودمختاری والدین بیانگر ادراک بیشتر خودمختاری از جانب والدین است و نمرات بیشتر در زیرمقیاس کنترل‌گری والدین میزان بیشتر کنترل روان‌شناختی را نشان می‌دهد (۳۲). روایی عاملی نسخه اصلی پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی به تأیید رسید ($WRMR=0/84$, $RMSEA=0/08$), $CFI=0/98$, $TLI=0/97$). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی زیرمقیاس‌های اصلی و فرعی بیشتر از ۰/۸۹ بود (۳۲). در ایران، روحی مدل شش‌عاملی پرسش‌نامه را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، تأیید کرد ($CFI=0/92$, $AGFI=0/96$, $GFI=0/97$). همچنین، وی ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های ارائه حق انتخاب را ۰/۸۱، توضیح دلایل و منطق پشت قوانین و محدودیت‌ها را ۰/۷۳، تصدیق احساسات را ۰/۷۹، تهدید به تنبیه را ۰/۸۵، القای احساس گناه را

3. The Eating Attitudes Test (EAT)

1. Perceived Parental Autonomy Support Scale (P-PASS)

2. Basic Psychological Needs Scale

(شکل ۱) با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری صورت گرفت. در خصوص استفاده از شاخص‌های برازندگی در پژوهش حاضر، از شاخص نکویی برازش (GFI)^۱، شاخص نکویی برازش تعدیل‌یافته (AGFI)^۲، شاخص برازش تطبیقی (CFI)^۳، شاخص برازش افزایشی (IFI)^۴، شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI)^۵، ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)^۶ و نسبت مجذورخی به درجه آزادی (X^2/DF)^۷ استفاده شد. وستون و گوره اعتقاد داشتند، مقادیر بیشتر از ۰/۹ برای شاخص‌های GFI، AGFI، CFI و IFI نشان‌دهنده برازش مناسب و عالی مدل و مقادیر بین ۰/۸ تا ۰/۹ بیانگر برازش نسبتاً خوب و متوسط مدل است. همچنین مقادیر بیشتر از ۰/۶ برای شاخص PNFI برازش مناسب الگو را نشان می‌دهد (۳۹). برای شاخص RMSEA مقادیر کمتر از ۰/۰۸ بیانگر پذیرفتنی و معقول بودن مدل و کمتر از ۰/۰۶ نشان‌دهنده مدلی بسیار مناسب است (۴۰). کلاین معتقد بود، مقادیر کمتر از ۳ برای شاخص X^2/DF مناسب قلمداد می‌شود (۴۱). آزمون میانجی نیز با روش بوت‌استرت^۸ با ۲ هزار نمونه بوت‌استرتپ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد انجام گرفت. داده‌ها در سطح معناداری ۰/۰۱ در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و AMOS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در ابتدا، داده‌های جمعیت‌شناختی بررسی شد. از مجموع ۵۶۵ دانش‌آموز شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۴۱۴ نفر (۷۳/۳ درصد) دختر و ۱۵۱ نفر (۲۶/۷ درصد) پسر بودند. لازم به ذکر است، بازه سنی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش ۱۳ تا ۱۸ سال بود ($M=۱۶/۹۱$ ، $SD=۱/۶۲$).

در جدول ۱، توزیع جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از لحاظ نوع مدرسه و مقطع و پایه تحصیلی به تفکیک دو گروه دختر و پسر و به صورت کلی گزارش شده است.

رفتارهای بیمارگونه خوردن و شناسایی بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی ساخته شد (۳۶). این پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی دارای سه زیرمقیاس عادت غذایی و جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی است. پاسخ‌دهندگان براساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از هرگز تا همیشه به گویه‌های این ابزار پاسخ می‌دهند. حداقل نمره برابر صفر و حداکثر آن برابر با ۱۳۰ است. اگر نمره فرد در آزمون بیشتر از ۲۰ باشد، باید برای بررسی بیشتر و احتمالاً درمان مراجعه کند. این ابزار وسیله خوب و مفیدی برای جداسازی افراد دچار اختلالات خوردن از افراد سالم در دبیرستان‌ها و دانشگاه‌ها است (۳۶). روایی مدل سه‌عاملی پرسش‌نامه (عادت غذایی، جوع یا تمایل به خوردن، کنترل دهانی) توسط سازندگان با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ($CFI & TLI > ۰/۹$ ، $RMSEA < ۰/۰۶$) و پایایی پرسش‌نامه با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه (۰/۷۹) و برای زیرمقیاس‌های عادت غذایی و جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی (به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۶۹ و ۰/۷۴) بررسی و تأیید شد (۳۶). نوبخت و دژکام در ایران پرسش‌نامه را ترجمه و اعتبارسنجی کردند (۳۷). پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه با فاصله زمانی دو هفته در گروهی متشکل از ۶۳ دانش‌آموز ارزیابی شد و ضریب همبستگی ۰/۹۱ به دست آمد. روایی محتوایی نسخه فارسی پرسش‌نامه توسط یک روان‌شناس بالینی و یک روان‌سنج بررسی و تأیید شد (۳۷). افزون‌براین، کاه قهفرخی و تابع بردبار روایی هم‌گرای پرسش‌نامه را با محاسبه همبستگی آن با پرسش‌نامه اختلال خوردن اهواز برابر با ۰/۶۶ به دست آوردند (۳۸).

تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در سطح توصیفی، شاخص‌های آماری توصیفی مانند فراوانی، حداقل نمره، حداکثر نمره، میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی به کار رفت. در سطح استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش بهره گرفته شد. همچنین، بررسی مدل مفهومی

جدول ۱. توزیع جمعیت‌شناختی نمونه از لحاظ نوع مدرسه و پایه و مقطع تحصیلی به تفکیک دو گروه دختر و پسر و به صورت کلی

متغیر	ابعاد	پسر		دختر		کل
		فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی	فراوانی درصدی	
نوع مدرسه	دولتی	۴۳	۲۸/۵	۳۱۱	۷۵/۱	۶۲/۷
	غیردولتی	۲۸	۱۸/۵	۵۷	۱۳/۸	۱۵
	نمونه دولتی	۸۰	۵۳	۴۶	۱۱/۱	۲۲/۳
مقطع تحصیلی	متوسطه اول	۴۶	۳۰/۵	۲۵۸	۶۲/۳	۵۳/۸
	متوسطه دوم	۱۰۵	۶۹/۵	۱۵۶	۳۷/۷	۴۶/۲
پایه تحصیلی	هفتم	۳۹	۲۵/۸	۷۸	۱۸/۸	۲۰/۷
	هشتم	۴	۲/۶	۹۲	۲۲/۲	۱۷
	نهم	۳	۲	۸۸	۲۱/۳	۱۶/۱
	دهم	۵۲	۳۴/۴	۶۳	۱۵/۲	۲۰/۴
	یازدهم	۴۱	۲۷/۲	۵۳	۱۲/۸	۱۶/۶
	دوازدهم	۱۲	۷/۹	۴۰	۹/۷	۹/۲

۵. Parsimony normed fit index

۶. Root mean square error of approximation

۷. Chi-square /degree of free

۸. Bootstrapping

۱. Goodness of fit index

۲. Adjusted goodness of fit index

۳. Comparative fit index

۴. Incremental fit index

در ادامه، شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای آشکار پژوهش و بهنجاری آن‌ها بررسی شد. این نتایج در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای آشکار پژوهش

متغیر آشکار	فراوانی	حداقل نمره	حداکثر نمره	شاخص		
				میانگین	انحراف معیار	کجی
خودمختاری	۵۶۵	۱	۷	۴/۱۲	۱/۵۵	-۰/۰۸۶
شایستگی	۵۶۵	۱	۷	۴/۸۴	۱/۴۹	-۰/۲۵۰
ارتباط	۵۶۵	۱	۷	۴/۳۰	۱/۵۱	-۰/۶۸۷
ارائه حق انتخاب	۵۶۵	۴	۲۸	۲۱/۲۸	۵/۰۴	-۰/۰۶۵
توضیح دلایل و منطق قوانین و محدودیت‌ها	۵۶۵	۴	۲۸	۲۰/۶۲	۵/۴۰	-۰/۰۹۸
تصدیق احساسات	۵۶۵	۴	۲۸	۱۹/۹۶	۵/۹۴	-۰/۳۹۶
تهدید به تنبیه	۵۶۵	۴	۲۷	۸/۹۵	۵/۵۱	۰/۱۸۳
القای احساس گناه	۵۶۵	۴	۲۸	۸/۷۸	۴/۹۵	۰/۵۰۹
فشارهای عملکردی	۵۶۵	۴	۲۸	۱۲/۳۵	۵/۶۴	۰/۵۴۳
عادت غذایی	۵۶۵	۰	۳۱	۱۲/۳۵	۳/۷۴	۰/۲۵۲
جوع یا تمایل به خوردن	۵۶۵	۰	۱۶	۷/۰۲	۲/۱۳	۰/۴۲۹
کنترل دهانی	۵۶۵	۰	۲۱	۸/۹۳	۲/۲۴	۰/۰۸۹

بر اساس جدول ۲، کجی و کشیدگی متغیرهای آشکار تحقیق در دامنه نرمال و مطلوب کوچک‌تر از $+1/96$ و بزرگ‌تر از $-1/96$ قرار داشت؛ پژوهش بررسی شد. نتایج این بررسی در جدول‌های ۳ و ۴ آورده شده بر این اساس نتیجه گرفته شد، داده‌های پژوهش از بهنجاری کافی است.

جدول ۳. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای آشکار مدل

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. خودمختاری	۰											
۲. شایستگی	۰/۵۲**	۰										
۳. ارتباط	۰/۴۷**	۰/۴۱**	۰									
۴. ارائه حق انتخاب	۰/۶۱**	۰/۳۷**	۰/۲۹**	۰								
۵. توضیح دلایل و منطق قوانین	۰/۴۹**	۰/۳۹**	۰/۳**	۰/۶۱**	۰							
۶. تصدیق احساسات	۰/۵۶**	۰/۳۱**	۰/۳۸**	۰/۵۹**	۰/۴۷**	۰						
۷. تهدید به تنبیه	-۰/۴۳**	-۰/۳۲**	-۰/۴۱**	-۰/۵۴**	-۰/۳۹**	-۰/۴۲**	۰					
۸. القای احساس گناه	-۰/۳۶**	-۰/۴۴**	-۰/۳۹**	-۰/۵۱**	-۰/۵۶**	-۰/۵**	۰/۶۲**	۰				
۹. فشارهای عملکردی	-۰/۴۹**	-۰/۳**	-۰/۳۳**	-۰/۶۷**	-۰/۶۲**	-۰/۳۷**	۰/۵۳**	۰/۴۷**	۰			
۱۰. عادت غذایی	-۰/۳۴**	-۰/۲۷**	-۰/۲۱**	-۰/۱۹*	-۰/۲۴**	-۰/۱۳*	۰/۴**	۰/۳۲**	۰/۳۲**	۰		
۱۱. جوع یا تمایل به خوردن	-۰/۴۱**	-۰/۲۳**	-۰/۳۷**	-۰/۲۲**	-۰/۲**	-۰/۱۶**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۳**	۰/۶۲**	۰	
۱۲. کنترل دهانی	-۰/۱۹**	-۰/۱۱*	-۰/۲**	-۰/۱۴*	-۰/۱۶*	-۰/۱۷*	۰/۱۹**	۰/۱۲*	۰/۲۷**	۰/۳**	۰/۱۸*	۰

$N=565$, ** $p < 0/01$

جدول ۴. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پنهان مدل

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. نیازهای بنیادین روان‌شناختی	۰/۳۸۷**			
۲. حمایت از خودمختاری ادراک‌شده والدینی	-۰/۳۲۰**	۱		
۳. کنترل‌گری والدین	-۰/۲۹۴**	-۰/۳۱۳**	۱	
۴. علائم اختلالات خوردن	-۰/۲۶۶**	۰/۴۲۱**	۱	۱

$N=565$, ** $p < 0/01$

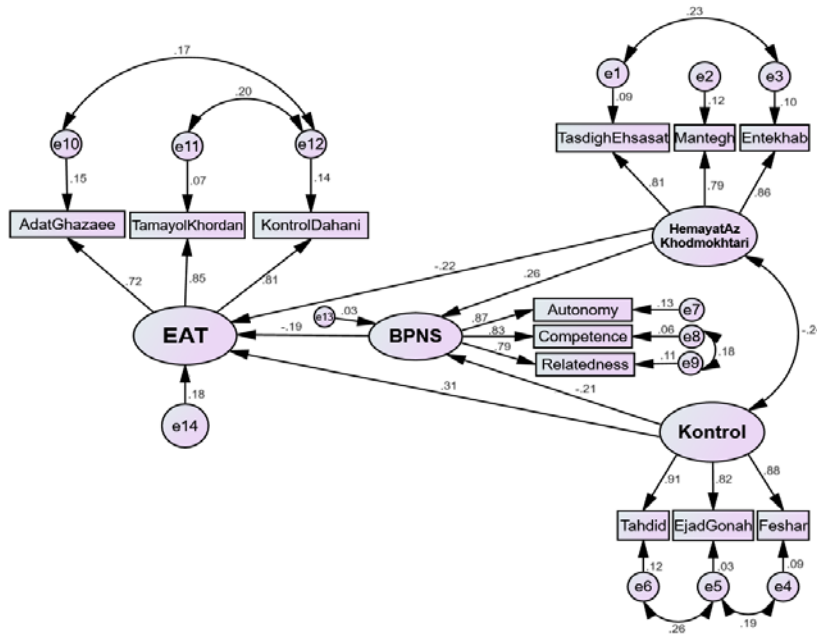
بررسی ضرایب همبستگی نشان داد، متغیرهای پژوهش رابطه مطلوب و پذیرفتنی با یکدیگر دارند ($p < 0/01$)؛ بر این اساس، سازگاری مدل پیشنهادی پژوهش با عنوان «رابطه حمایت از خودمختاری و کنترل‌گری والدین با علائم اختلالات خوردن در نوجوانان: نقش میانجی رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی» با داده‌های گردآوری شده، هدف آزمون قرار گرفت. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	X ² /DF	GFI	AGFI	IFI	CFI	PNFI	RMSEA
برآوردهای مدل	۱/۴۲	۰/۹۲	۰/۸۹	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۷۱	۰/۰۶۳

سطح پذیرفتنی بیشتر از ۰/۸ یعنی ۰/۸۹ بود. در مجموع، مطلوب بودن شاخص‌های برازش مدل نشان داد، مدل پژوهش حاضر برازندگی مناسبی با داده‌های گردآوری شده داشت. در ادامه، برآورد اثرات مستقیم مدل پژوهش بررسی شد. مدل برازش شده در شکل ۲ و اثرات مستقیم در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

باتوجه به جدول ۵، شاخص X²/DF برابر با ۱/۴۲ بود که در سطح مطلوب کمتر از ۳ است. شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۶۳ بود که در سطح پذیرفتنی کمتر از ۰/۰۸ است. همچنین مقادیر شاخص‌های CFI و IFI و GFI در سطح مطلوب ۰/۹۳ و ۰/۹۴ و ۰/۹۲ (یعنی بیشتر از ۰/۹) قرار دارد. مقدار شاخص PNFI که باید بیشتر از ۰/۶ باشد، در مدل حاضر ۰/۷۱ به دست آمد. در نهایت، مقدار شاخص AGFI



شکل ۲. مدل ساختاری برازش شده پژوهش با ضرایب رگرسیونی استاندارد در تبیین رابطه حمایت از خودمختاری و کنترلگری والدین با علائم اختلالات خوردن در نوجوانان: نقش میانجی رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی

جدول ۶. برآورد اثرات مستقیم مدل

مغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	برآورد استاندارد نشده	برآورد استاندارد شده	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
حمایت از خودمختاری	نیازهای بنیادین	۰/۱۳۶	۰/۲۶۱	۰/۰۷۱	۰/۰۱۱
کنترلگری والدین	نیازهای بنیادین	-۰/۷۵۴	-۰/۲۱۴	۰/۰۹۰	۰/۰۲۹
نیازهای بنیادین	اختلالات خوردن	-۰/۰۹۷	-۰/۱۸۹	۰/۰۸۹	۰/۰۳۲
حمایت از خودمختاری	اختلالات خوردن	-۰/۴۸۳	-۰/۲۲۴	۰/۰۸۴	۰/۰۱۷
کنترلگری والدین	اختلالات خوردن	۱/۲۱۹	۰/۳۰۸	۰/۰۶۵	۰/۰۰۹

معنادار ($\beta = -0.224, p = 0.017$) و کنترلگری والدین بر علائم اختلالات خوردن، اثر مستقیم مثبت و معنادار ($p = 0.009$)، معنادار ($\beta = 0.308$) داشت.

نتایج روش بوت‌استرپ برای تعیین معناداری روابط غیرمستقیم یعنی الگوی پیش‌بینی علائم اختلالات خوردن در نوجوان براساس حمایت از خودمختاری ادراک شده و کنترلگری والدین با میانجیگری رضایت از نیازهای بنیادین روانی در جدول ۷ گزارش شده است.

باتوجه به نتایج جدول ۶، اثر مستقیم حمایت از خودمختاری ادراک شده والدینی بر رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی، مثبت و معنادار ($\beta = 0.261, p = 0.011$) و اثر مستقیم کنترلگری والدین بر رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی، منفی و معنادار ($p = 0.029$)، معنادار بود. علاوه بر این اثر مستقیم رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی بر علائم اختلالات خوردن، منفی و معنادار ($p = 0.032$)، لازم به ذکر است، حمایت از خودمختاری ادراک شده والدینی بر علائم اختلالات خوردن، اثر مستقیم منفی و

جدول ۷. نتایج روش بوت استرپ برای اثرات میانجی و غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	اثر کل	اثر غیرمستقیم	مقدار احتمال اثر غیرمستقیم	فاصله اطمینان برای اثر غیرمستقیم	
						کران بالا	کران پایین
حمایت از خودمختاری	نیازهای بنیادین	اختلالات خوردن	۰/۳۱۱	۰/۲۰۰	< ۰/۰۰۱	۰/۰۱۱	۰/۱۴۷
کنترلگری والدین	نیازهای بنیادین	اختلالات خوردن	- ۰/۲۴۷	- ۰/۱۷۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱۷	۰/۱۳۶

بررسی تأثیر رضایت از نیاز ارتباط، همسو با پژوهش توت-کوالی و همکاران می‌توان بیان کرد، افراد و به‌خصوص نوجوانان در صورت داشتن روابط نزدیک، از انواع مساعدت‌ها و کمک‌های خودارزشمندی، ابزاری و اطلاعاتی برخوردار می‌شوند. حمایت خودارزشمندی بدین‌معنا است که در دشواری‌های روانی مانند فشارهای روانی ناشی از علائم اختلالات خوردن، دیگران به فرد تحت‌تأثیر این فشارها می‌فهماند او فرد ارزشمندی است و می‌تواند با به‌کارگیری توانایی‌های ویژه خود بر دشواری‌های روانی چیره شود (۲۰).

علاوه‌براین نتایج بیانگر آن بود که حمایت از خودمختاری به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی بر کاهش علائم اختلالات خوردن نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال تأثیر می‌گذارد. این یافته پژوهش با نتایج مطالعات سوئسمه و همکاران (۲۱) و باربریس و همکاران (۲۲) و استیگر و همکاران (۲۴) مبنی بر تأیید نقش میانجی نیازهای بنیادین روانی در رابطه میان حمایت از خودمختاری و آسیب‌های روانی، همسوست. در این مطالعات مشخص شد، زندگی‌کردن در محیطی حمایت‌کننده از نیازهای بنیادین روانی، به‌احتمال زیاد منجر به ارضای این نیازها می‌شود. در این بین، والدین حامی خودمختاری به‌جای کنترل‌کردن علائق و ارزش‌های نوجوانان خود، به آن‌ها حق انتخاب و بازخوردهای آموزنده‌ای ارائه می‌دهند و همین امر ارضای نیازهای روان‌شناختی نوجوانان را تسهیل می‌کند (۲۱). والدین حمایت‌کننده از خودمختاری نوجوان خود، به وی کمک می‌کنند با حداقل میزان کنترل و فشار خارجی به انتخاب‌کردن بپردازد، ارزش‌ها و علائق شخصی خود را داشته باشد و براساس این ارزش‌ها و علائق عمل کند. چنین محیطی به نوجوان اجازه می‌دهد ابتکار عمل داشته باشد و به توانایی‌های خود اعتماد کند؛ براین‌اساس والدین حامی خودمختاری نقش بسزایی در ارضای نیاز خودمختاری در فرزندان خود دارند (۲۴). علاوه‌براین، باربریس و همکاران دریافتند، بافت حمایت از خودمختاری با بازخوردهای مثبت درباره عملکرد، چالش‌هایی با سطح مناسب و القای حس اثربخشی و امنیت در انجام کارها همراه است. خودمختاری درک‌شده، نوجوانان را قادر می‌سازد با افزایش احساس شایستگی (برای مثال شایستگی تحصیلی و شایستگی اجتماعی) بر دنیای خود مسلط شوند (۲۲). استیگر و همکاران نشان دادند، حمایت از خودمختاری توسط والدین، عشق غیرمشروط والدین را نیز به‌همراه دارد (۲۴)؛ به‌عبارت‌دیگر، دوست‌داشتن والدین وابسته به عملکرد نوجوان نیست و نوجوانان می‌توانند حس امنیت در رابطه و حس مراقبت والدین از آن‌ها در مواقع بروز مشکلات را تجربه کنند؛ درواقع حمایت از خودمختاری، ارتباط

براساس نتایج جدول ۷، در پیش‌بینی علائم اختلالات خوردن در نوجوانان براساس حمایت از خودمختاری والدین با میانجیگری رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی، مقدار اثر غیرمستقیم ۰/۲ به‌دست آمد که باتوجه به مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بود. همچنین در پیش‌بینی علائم اختلالات خوردن در نوجوانان براساس کنترلگری والدین با میانجیگری رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی، مقدار اثر غیرمستقیم ۰/۱۷۱ - به‌دست آمد که باتوجه به مقدار احتمال برابر با ۰/۰۱۲ معنادار بود؛ بنابراین نقش میانجی رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی در رابطه میان حمایت از خودمختاری و کنترلگری والدین با علائم اختلالات خوردن نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله معنادار بود.

۴ بحث

این پژوهش باهدف بررسی مدل ساختاری رابطه حمایت از خودمختاری و کنترلگری والدین با علائم اختلالات خوردن در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال با میانجیگری رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی، انجام شد. یافته‌ها نشان داد، نیازهای بنیادین روان‌شناختی رابطه‌ای مستقیم و منفی با علائم اختلالات خوردن در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال دارد. این یافته با نتایج مطالعات اسماعیلی و غلامی (۱۷)، جمشیدی و همکاران (۱۸)، شاکان و همکاران (۱۹) و توت-کوالی و همکاران (۲۰) همسوست. اسماعیلی و غلامی به بررسی تأثیر رضایت از نیازهای بنیادین روانی بر استرس کرونا پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که وقتی نیازهای بنیادین روانی و به‌ویژه شایستگی برآورده می‌شود، درواقع تمایل به تسلط بر چالش‌های زندگی و احساس خودکارآمدی در نوجوان ارضا خواهد شد (۱۷). نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله‌ای با شایستگی زیاد، خود را شایسته می‌پندارد، عزت‌نفس زیادی دارد و برای خود و بدنش احترام قائل است؛ در نتیجه در بدن خود به‌دنبال ایرادی نیست که منجر به مشکلات خوردن می‌شود. جمشیدی و همکاران دریافتند، رضایت از نیازهای بنیادین بر کاهش اختلالات روان‌شناختی همچون اختلال بدریخت‌انگاری بدن تأثیر دارد (۱۸). شاکان و همکاران رابطه منفی میان رضایت از نیازهای بنیادین و پریشانی‌های روان‌شناختی را تأیید کردند. این پژوهشگران بیان داشتند، افرادی که نیاز خودمختاری در آن‌ها ارضا می‌شود، به‌طور خودانگیزه در فعالیت‌های منطبق بر خواسته‌ها و علائقشان شرکت می‌کنند؛ بنابراین سطوح بالاتری از انگیزش درونی را تجربه خواهند کرد (۱۹). ارضای این نیاز در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال و نیز داشتن انگیزش درونی و خودانگیزه، به‌معنای درگیرشدن در فعالیت‌های معنادار، بروز هیجان‌های مثبت، افزایش رضایت از زندگی و کاهش میزان اختلالات روان‌شناختی مانند اختلالات خوردن است. درراستای

و صمیمیت نوجوانان را با دیگران تقویت می‌کند (۴۲). این رضایت از نیازهای بنیادین روانی در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله که برگرفته از ادراک حمایت از خودمختاری والدین است، طبق نتایج پژوهش حاضر در کاهش علائم اختلالات خوردن مؤثر بود. این یافته مطالعه حاضر با چارچوب نظریه خودتعیین‌گری همسویی دارد. این نظریه بیان می‌کند، رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی منجر به افزایش سلامت روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌شود و ارضانشدن این نیازها با آسیب‌های روانی در ارتباط است (۱۵). در زمینه تأثیر این نیازها بر اختلالات خوردن در نوجوانان، می‌توان به مطالعات منصورنژاد و همکاران (۹) و فرانسیس و رومیلد (۲۳) مبنی بر وجود رابطه منفی رضایت از نیازها با اضطراب و رفتارهای برونی‌سازی‌شده نوجوانان، اشاره کرد. این پژوهشگران بیان کردند، وقتی نیازهای روان‌شناختی نوجوانان ارضا می‌شود، ممکن است فشاری را برای درگیر شدن در رفتارهای غذایی مشکل‌ساز و اغراق‌آمیز که به‌عنوان سازوکار جبرانی در برابر برآورده‌نشدن نیازها پیشنهاد شده است، احساس نکنند؛ به بیان دیگر، رضایت از نیازهای بنیادین روانی در نوجوانان با تنظیم خودمختارانه بیشتری همراه است و این مسئله به نوبه خود رفتارهای جبرانی مانند علائم اختلالات خوردن در آن‌ها را کاهش می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد، کنترل روان‌شناختی والدین به‌طور مستقیم و غیرمستقیم و از طریق نارضایتی از نیازهای بنیادین روانی بر افزایش نشانه‌های اختلالات خوردن در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال مؤثر است. این یافته با نتایج مطالعات فرانسیس و رومیلد (۲۳) و فاطمی و همکاران (۲۵) مبنی بر تأکید آن‌ها بر نقش کنترل روان‌شناختی در افزایش افسردگی و اضطراب اجتماعی نوجوانان، همسویی دارد. این پژوهشگران دریافته‌اند، کنترل روان‌شناختی والدین با کاهش ارضا و محرومیت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی نوجوانان همراه است؛ زیرا راهبردهای کنترل روان‌شناختی مانند القای شرمساری و احساس گناه در ارضانشدن نیازهای بنیادین روانی نقش دارد (۲۳، ۲۵)؛ به بیان دیگر و هم‌راستا با نتایج اقدامی و فولادچنگ (۲۶) و دیسل و همکاران (۲۷) کنترل‌گری والدین باعث می‌شود نوجوانان اغلب به دنبال تأیید و برآورده‌کردن انتظارات والدین باشند؛ به همین دلیل در چگونه فکرکردن و رفتارکردن تحت فشار قرار می‌گیرند و در نتیجه خودمختاری آن‌ها به‌طور درخور توجهی کاهش می‌یابد. افزون‌براین، کنترل روان‌شناختی والدین توانایی نوجوانان را در مدیریت اعمال شخصی خود کاهش می‌دهد و همین مسئله اعتماد به نفس و به دنبال آن احساس شایستگی آن‌ها را مختل می‌کند. همچنین کنترل‌گری والدین می‌تواند ارضای نیاز ارتباط را محدود کند؛ زیرا فشار طولانی‌مدت والدین سبب می‌شود نوجوانان کمتر با والدین خود ارتباط برقرار کنند و عشق والدین ممکن است مشروط تلقی شود (۴۳). ارضانشدن نیازها ممکن است نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله را به درگیر شدن بیش‌ازحد در رفتارهای مرتبط با خوردن سوق دهد تا با وضعیت ارضانشدن نیازهای خود کنار بیایند (۲۰). نوجوانانی که از اختلالات خوردن رنج می‌برند، فاقد حس خودمختاری و خودبودن هستند. بسیاری از آن‌ها احساس می‌کنند جسمشان به‌نوعی تحت کنترل پدر و مادرشان است؛ به طوری‌که

گرسنگی‌کشیدن خودخواسته یا سایر مشکلات تغذیه و خوردن ممکن است تلاشی برای کسب اعتبار به‌عنوان فردی خاص و منحصر به فرد باشد که دارای نیازهای خاص خود است. این نوجوانان تنها از طریق اعمال خودانضباطی غیرعادی از قبیل اختلالات خوردن، احساس خودمختاری و خودبودن دارند و ارضانشدن نیازهای خود را جبران می‌کنند (۲۸).

در مطالعه حاضر مشخص شد، حمایت از خودمختاری و کنترل‌گری والدین با میانجی‌گری رضایت از نیازهای بنیادین روان‌شناختی بر علائم اختلالات خوردن در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال تأثیر دارد؛ اما پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود. از محدودیت‌های مهم‌تر پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و توازن نداشتن نمونه از نظر جنسیت بود. با توجه به همکاری نکردن برخی از مدارس امکان بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت و نمونه پژوهش نسبتاً ناممکن شد. همین مسائل می‌تواند در تخمین اثرات واقعی سوگیری ایجاد کند. همچنین انجام‌نشدن مصاحبه بالینی برای سنجش اختلالات خوردن در نوجوانان و استفاده از پرسش‌نامه‌ای خودگزارشی، از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. این موضوع می‌تواند پاسخ‌های نوجوانان را به دلیل سوگیری مطلوبیت اجتماعی به‌طور خودآگاه یا ناخودآگاه تغییر دهد.

با توجه به اینکه جمعیت غیربالینی، جامعه و نمونه این مطالعه را تشکیل داد، توصیه می‌شود پژوهشی مشابه در نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن انجام گیرد. همچنین در پژوهش‌های آتی و مشابه توصیه می‌شود روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌کار رود و نمونه مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همچون جنسیت همگن‌تر باشد. پیشنهاد می‌شود، برای سنجش اختلالات خوردن در نوجوانان در کنار استفاده از پرسش‌نامه‌ها، حتماً از مصاحبه بالینی نیز بهره گرفته شود تا اندازه‌گیری دقیق‌تری از میزان این اختلال در نوجوانان صورت گیرد. همچنین با توجه به اینکه ممکن است حمایت از خودمختاری و کنترل روان‌شناختی از جانب مادر و پدر تفاوت داشته باشد، بررسی حمایت از خودمختاری و کنترل روان‌شناختی توسط پدر و مادر به‌صورت جداگانه و تعیین تأثیر هر یک از آن‌ها بر ارضای نیازهای بنیادین و علائم اختلالات خوردن در نوجوانان، مفید به نظر می‌رسد.

در راستای نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، کارگاه‌هایی در خصوص آموزش حمایت از خودمختاری برای والدین تهیه و برگزار شود؛ زیرا نوجوانان باید احساس کنند افراد مهم مانند والدین از آن‌ها حمایت می‌کنند و برای آنان فرصت انتخاب فراهم می‌آوردند و آن‌ها را به‌عنوان فردی مستقل می‌شناسند. تحت این شرایط نیازها بنیادین روان‌شناختی نوجوانان مذکور ارضا می‌شود و احتمال بروز اختلالات خوردن در آن‌ها کاهش می‌یابد. به‌منظور حمایت از خودمختاری، والدین باید نوجوانان خود را تشویق کنند براساس علایق تأییدشده و شخصی خود عمل کنند و در عین حال دیدگاه نوجوانان را نیز در نظر بگیرند؛ همچنین از سبک‌های فرزندپروری مستبدانه و کنترل‌گری در برخورد با نوجوان خود دوری کنند. روان‌شناسان بالینی، روان‌شناسان کودک و نوجوان و روان‌پزشکان نیز می‌توانند از نتایج پژوهش حاضر برای بررسی سبب‌شناسی و درمان اختلالات خوردن در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال

استفاده کنند. این متخصصان می‌توانند در درمان اختلالات خوردن در نوجوانان مذکور، به عوامل خانوادگی نظیر حمایت از خودمختاری و کنترل روان‌شناختی از جانب والدین توجه ویژه داشته باشند.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتیجه گرفته می‌شود، محیط حمایت‌کننده از خودمختاری در خانواده، نقش سیری در برابر بروز اختلالات خوردن در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال از طریق ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی دارد؛ در مقابل، محیطی با ماهیت کنترل روان‌شناختی در خانواده که باعث ناکامی از نیازهای بنیادین روان‌شناختی در نوجوان ۱۳ تا ۱۸ سال می‌شود، در بروز سطوح بالاتری از علائم اختلالات خوردن در نوجوانان نقش دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی دانش‌آموزانی که در این مطالعه مشارکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی صورت می‌گیرد. همچنین از مدیران و مسئولان مدارس امام‌مهدی (عج)، ۲۲ بهمن، عفاف، جوادالائمه (ع)، خضرا، کوشیار، سیمای فرهنگ و بهنام که محققان را در انجام پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در پژوهش حاضر اصول اخلاق در پژوهش رعایت شد. این اصول شامل کسب کد اخلاق از مؤسسه ملی تحقیقات سلامت - تهران

IR.NIOHR.TEHRAN.1402.041 و حفظ رازداری بود. همچنین شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در پژوهش و رضایت خود را مبنی بر انتشار نتایج مطالعه بدون ذکر نام و مشخصات آن‌ها به‌صورت کتبی اعلام کردند. افزون‌براین، درحین اجرای پژوهش، آزمودنی‌ها در هر زمان مختار بودند از پرکردن پرسش‌نامه‌ها منصرف شوند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در اختیار تمامی نویسندگان قرار دارد و از طریق ارتباط با نویسنده دوم مقاله در دسترس است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش از هیچ سازمان و مؤسسه‌ای حمایت مالی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و طراحی و اجرای پژوهش را غزال جمشیدی به‌عهده داشت. جمع‌آوری منابع، مطالعه منابع، اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نگارش و تهیه پیش‌نویس مقاله و اصلاحات نهایی را سینا غلامی انجام داد. مطالعه منابع و همکاری در نگارش مقاله توسط سحر قربان پور و هدیه قربان‌پور صورت گرفت. لازم به‌ذکر است، همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را بازبینی و تأیید کردند.

References

1. Shua Kazemi M, Mirmohammadi MS, Mohammadi F. Investigating the relationship between mental health and eating disorders and body checking behaviors in girl students. The Women and Families Cultural-Educational. 2023;18(62):271-93. [Persian] https://cwfs.ihu.ac.ir/article_207848.html?lang=en
2. Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. The impact of the covid -19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. Intl J Eat Disord. 2020;53(7):1166-70. <https://doi.org/10.1002/eat.23318>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Keel PK. Eating disorders. In: Butcher JN, Hooley JM; editors. APA handbook of psychopathology: Psychopathology: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders (Vol 1). Washington: American Psychological Association; 2018. <https://doi.org/10.1037/0000064-021>
5. Mitchison D, Mond J, Bussey K, Griffiths S, Trompeter N, Loneragan A, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. Psychol Med. 2020;50(6):981-90. <https://doi.org/10.1017/s0033291719000898>
6. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, National Eating Disorder Research Consortium, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. J Eat Disord. 2023;11(1):8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
7. Knopf A. Eating disorders: focus on the family. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter. 2021;37(11):9-10. <https://doi.org/10.1002/cbl.30587>
8. Wilksch SM. Toward a more comprehensive understanding and support of parents with a child experiencing an eating disorder. Intl J Eat Disord. 2023;56(7):1275-85. <https://doi.org/10.1002/eat.23938>
9. Mansurnejad Z, Malekpour M, Ghamarani A. Effectiveness of parental autonomy support training on school student's' externalized behavior. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2020;18(3):275-88. [Persian] <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5921-en.html>
10. Deci EL, Ryan RM. The "What" and "Why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry. 2000;11(4):227-68. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

11. Du W, Li Z, Xu Y, Chen C. The effect of parental autonomy support on grit: the mediating role of basic psychological needs and the moderating role of achievement motivation. *Psychol Res Behav Manag.* 2023;16:939–48. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S401667>
12. Benoit Allen K, Silk JS, Meller S, Tan PZ, Ladouceur CD, Sheeber LB, et al. Parental autonomy granting and child perceived control: effects on the everyday emotional experience of anxious youth. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(7):835–42. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12482>
13. Costa S, Gugliandolo MC, Barberis N, Cuzzocrea F, Liga F. Antecedents and consequences of parental psychological control and autonomy support: The role of psychological basic needs. *Journal of Social and Personal Relationships.* 2019;36(4):1168–89. <https://doi.org/10.1177/0265407518756778>
14. Ryan RM, Deci EL. *Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness.* Guilford Press; 2017. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
15. Gholami S, Rad S, Gholami L, Diba M. Normalizing the source of general causality questionnaire in teachers and investigating the role of satisfying basic psychological needs on it. In: *The 5th National School Psychology Conference [Internet].* Tehran; 2018. [Persian]
16. Mercader-Rubio I, Ángel NG, Silva S, Brito-Costa S. Levels of somatic anxiety, cognitive anxiety, and self-efficacy in university athletes from a Spanish public university and their relationship with basic psychological needs. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):2415. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032415>
17. Esmaili A, Gholami S. Predicting corona stress based on cognitive distortions and basic psychological needs in a sample of Iranian women. In: *18th International Conference of Modern Researches in Psychology, Counseling and Educational Sciences [Internet].* Ghods City: Azad University; 2023. [Persian]
18. Jamshidi G, Shokouhi Amirabadi L, Ghasemi M. The structural relationship between body dysmorphic disorder and satisfaction of basic psychological needs: the mediating role of body image and mindfulness. *Razavi International Journal of Medicine.* 2023;11(4):57–64. [Persian] https://journal.razavihospital.ir/article_118532.html
19. Šakan D, Žuljević D, Rokvić N. The role of basic psychological needs in well-being during the covid-19 outbreak: a self-determination theory perspective. *Front Public Health.* 2020;8:583181. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.583181>
20. Tóth-Király I, Gajdos P, Román N, Vass N, Rigó A. The associations between orthorexia nervosa and the sociocultural attitudes: the mediating role of basic psychological needs and health anxiety. *Eat Weight Disord.* 2021;26(1):125–34. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00826-1>
21. Souesme G, Martinent G, Ferrand C. Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;65:70–8. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.001>
22. Barberis N, Cannavò M, Cuzzocrea F, Verrastro V. Alexithymia in a self determination theory framework: the interplay of psychological basic needs, parental autonomy support and psychological control. *J Child Fam Stud.* 2023;32(9):2652–64. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-022-02303-3>
23. Francis SE, Roemhild E. Adolescent perceptions of maternal and paternal autonomy granting and psychological control in predicting anxiety and depression. *Marriage & Family Review.* 2022;58(8):781–810. <https://doi.org/10.1080/01494929.2022.2125481>
24. Steiger H, Sansfaçon J, Thaler L, Leonard N, Cottier D, Kahan E, et al. Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2017;50(9):1058–66. <https://doi.org/10.1002/eat.22734>
25. Fatemi M, Bakhtiarpour S, Pasha R, Hafezi F. Model for predicting social anxiety based on perfectionism, social self-efficacy, and cognitive distortions in male and female adolescents. *Journal of Applied Psychological Research.* 2022;13(4):187–202. [Persian] https://japr.ut.ac.ir/article_91197.html?lang=en
26. Eghdami Z, Fouladchang M. Predicting suicidal thoughts based on parental psychological control: the mediating role of mindfulness. *Journal of Psychology.* 2022;26(1):1–11. [Persian] <http://www.iranapsy.ir/en/Article/22281/FullText>
27. Depestele L, Soenens B, Lemmens GM, Dierckx E, Schoevaerts K, Claes L. Parental autonomy-support and psychological control in eating disorder patients with and without binge-eating/purging behavior and non-suicidal self-injury. *J Soc Clin Psychol.* 2017;36(2):126–41. <https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.2.126>
28. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.* 11th edition. LWW; 2014.
29. Safarzade S, Mahmoodi Khorandi Z. Survey on eating disorders (mental anorexia, bulimia) among 13-18-year-old adolescents of Gonabad city in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences.* 2015;14(5):393–404. [Persian] <https://journal.rums.ac.ir/article-1-2457-en.html>
30. Eftekhari MH, Ahmadi A, Khezri H, Hassanzadeh J. The prevalence of weight – controlling attitude and eating disorders and their association with anthropometric indices in female adolescent students. *Yafte.* 2015;16(3):78–84. [Persian] <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-1746-en.html>

31. Ghasemi V. Estimation of optimum sample size in structural equation modeling assessing its adequacy for social researchers. Iranian Sociological Association. 2011;12(4):126–47. [Persian] http://www.jsi-isa.ir/article_24095.html?lang=en
32. Mageau GA, Ranger F, Joussemet M, Koestner R, Moreau E, Forest J. Validation of the perceived parental autonomy support scale (P-PASS). Canadian Journal of Behavioural Science. 2015;47(3):251–62. <https://doi.org/10.1037/a0039325>
33. Rouhi F. Examining the psychometric properties of the P-PASS Perceived Parental Self-Adherence (Autonomy) Support Scale in Iran. In: The First National Conference of Interdisciplinary Research in Management and Humanities [Internet]. Tehran; 2020. [Persian]
34. Reeve J, Sickenius B. Development and validation of a brief measure of the three psychological needs underlying intrinsic motivation: The Afs Scales. Educ Psychol Meas. 1994;54(2):506–15. <https://doi.org/10.1177/0013164494054002025>
35. Jang H, Kim EJ, Reeve J. Why students become more engaged or more disengaged during the semester: a self-determination theory dual-process model. Learning and Instruction. 2016;43:27–38. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2016.01.002>
36. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12(4):871–8. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
37. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. Int J Eat Disord. 2000;28(3):265–71. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200011\)28:3<265::aid-eat3>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200011)28:3<265::aid-eat3>3.0.co;2-1)
38. Kaveh Ghahfarrokhi M, Tabe Bordbar F. The relationship between disordered eating behavior with early maladaptive schemas and anxiety in adolescent female. Psychology of Exceptional Individuals. 2017;7(27):161–83. [Persian] https://jpe.atu.ac.ir/article_8239.html?lang=en
39. Weston R, Gore PA. A brief guide to structural equation modeling. The Counseling Psychologist. 2006;34(5):719–51. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000006286345>
40. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Struct Equ Modeling. 1999;6(1):1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
41. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023.
42. Costa S, Cuzzocrea F, Gugliandolo MC, Larcan R. Associations between parental psychological control and autonomy support, and psychological outcomes in adolescents: the mediating role of need satisfaction and need frustration. Child Indic Res. 2016;9(4):1059–76. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9353-z>
43. Soenens B, Vansteenkiste M. A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: proposing new insights on the basis of self-determination theory. Developmental Review. 2010;30(1):74–99. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.11.001>