Quarterly Journal of Health Psychology
Vol. 12, No. 2, (Series 46), Summer 2023
doi: 10.30473/HPJ.2023.64030.5546

نشریه علمی روانشناسی سلامت
سال دوازدهم، شماره دوم (پیاپی ۴۶)، تابستان ۱۴۰۲، (۹۲-۷۷)

بررسی رابطه کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن و نقش میانجی نارضایتی تصویر بدنی

نازنین حمیدی‌نژاد[۱]، *بهروز دولتشاهی[۲]، فریبرز باقری[۳]

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۵ ـ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۴)

Investigating the Relationship Between Perfectionism and Childhood Trauma with Disordered Eating Behaviors with the Mediating Role of Body Image Dissatisfaction

Nazanin hamidinejad[1], *Behrooz Dolatshahi[2], Fariborz Bagheri[3]

1. Ph.D Student, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: May. 15, 2022 - Accepted: Nov. 15, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Today, eating disorders are increasing among adults and their negative consequences have caused health concerns. Therefore, identifying the factors associated with these behaviors can help to prevent them. In this regard, the aim of this study was to investigate the relationship between perfectionism and childhood trauma with disordered Eating Behaviors and the mediating role of body image dissatisfaction. **Method:** among all students of Islamic Azad universities in Tehran 400 students were selected by available sampling method that 324 participants were entered in the analysis. The tools of this study include Eating Disordered Behavior Scale (EAT-26), Hill's Perfectionism Inventory (HPI), Body Image Concern (Littleton et al., 2005) and Childhood Trauma questionnaire (CTQ). **Findings:** The results of the path analysis showed that Body image dissatisfaction mediated the relationship between perfectionism and childhood trauma and eating disorders (P<0.05). **Conclusion:** it seems that people who have been traumatized, set high standards and compensatory measures, such as disturbed eating behaviors, because of the distorted image they may have of themselves. Body image dissatisfaction can also reinforce perfectionist efforts and intensify compensatory eating behaviors in order to idealize the body.

Keywords: Childhood Trauma, Disordered Eating Behaviors, Body Image Dissatisfaction, Perfectionism.

چکیده

مقدمه: امروزه رفتارهای آشفته‌خوردن در میان جوانان رو به افزایش هستند و به دلیل پیامدهای منفی‌شان، منجر به نگرانی‌های سلامتی شده‌اند. بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با این رفتارها، می‌تواند به پیشگیری از آن، کمک کند. در این راستا، هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن بر اساس کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با نقش میانجی نارضایتی از تصویر بدنی بود. **روش:** از میان تمامی دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی شهر تهران، ۴۰۰ دانشجو به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که ۳۲۴ شرکت‌کننده وارد تحلیل شدند. ابزارهای این مطالعه شامل مقیاس رفتار آشفته‌خوردن (EAT-۲۶)، کمال‌گرایی هیل (HPI) مقیاس ترومای دوران کودکی (CTQ)، نگرانی از تصویر بدنی (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵) و پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) بود. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل مسیر حاکی از آن بود که نارضایتی از تصویر بدنی در رابطه بین کمال-گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن نقش واسطه-ای دارد (P<۰/۰۵). **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد افرادی که در کودکی دچار تروما شده‌اند، به‌دلیل تصویر تحریف‌شده‌ای که احتمالا از خود دارند، به تعیین استانداردهای بالا و اقدامات جبرانی همچون رفتارهای آشفته‌خوردن می‌پردازند. نارضایتی از تصویر بدنی همچنین می‌تواند تلاش‌های کمال‌گرایانه را تقویت کرده و در جهت ایده‌آل‌سازی اندام، رفتارهای جبرانی خوردن را تشدید کند.

واژگان کلیدی: ترومای دوران کودکی، رفتارهای آشفته‌خوردن، نارضایتی تصویر بدنی، کمال‌گرایی.

*نویسنده مسئول: بهروز دولتشاهی

*Corresponding Author: Behrooz Dolatshahi

Email: dolatshahee@yahoo.com

مقدمه

اختلالات خوردن[1] (ED) اختلالات روانی هستند که با رفتارهای آشفته‌خوردن و عملکرد روانشناختی مختل تعریف شده (انجمن روانپزشکی آمریکا[2]، ۲۰۱۳) و جزء شایع‌ترین، شدیدترین و ناتوان‌کننده‌ترین سندرم های سلامت روان محسوب می‌شوند (چیتانبو ، استلی و هیویی[3]، ۲۰۱۷). اگرچه همه افرادی که دارای اختلالات خوردن هستند، مشکلاتی با وزن و سایز خود دارند، طبقات تشخیصی گوناگونی بر پایه نوع رفتارهای خوردن آشفته وجود دارد که شامل بی‌اشتهایی عصبی[4]، پراشتهایی عصبی[5]، اختلال پرخوری[6] و اختلالات خوردن نامعین هستند (پوتویلز، واندرهاسلت، وروائت[7]، ۲۰۱۹). یکی از موارد مرتبط با اختلالات خوردن، رفتارهای آشفته‌خوردن[8] است که به‌ویژه در میان جوانان دارای شیوعی رو به افزایش و با مشکلات بهداشتی و هیجانی همراه است و با رفتارهایی نامنظم و شدید در خوردن که با پیامدهای سلامتی و هیجانی مرتبط است، مشخص می‌شود (کوتینا، نصرالله، کیمل و خالد[9]، ۲۰۱۹). این رفتارها، اغلب به روش‌های گوناگونی همچون رژیم غذایی خفیف یا شدید با محدودیت کالری، رژیم غذایی ناسالم از طریق حذف وعده‌های غذایی، حملات پرخوری و رفتارهای جبران‌کننده برای کنترل وزن، مانند استفراغ عامدانه، ورزش بیش از حد و استفاده از محدودکننده‌های انسولین برای تصفیه عمدی کالری، بروز پیدا می‌کنند (ترونکون[10] و همکاران، ۲۰۲۰)

به زعم فلامنت[11] و همکاران (۲۰۱۲) متغیرهای گوناگونی با سبب‌شناسی رفتارهای آشفته‌خوردن، به ویژه، نارضایتی بدنی[12] مرتبط هستند. مطابق با الگوی سه جانبه برای رفتارهای آشفته‌خوردن، نارضایتی بدن، در ارتباط میان فشارهای فرهنگی اجتماعی (والدین، رسانه‌ها و دوستان) و رفتارهای غذایی مختل به عنوان واسطه عمل می‌کند. با این حال خصوصیات شخصیتی همچون عزت نفس، خلق‌وخو، علائم افسردگی و کمال‌گرایی نیز می‌توانند به رفتارهای آشفته‌خوردن مرتبط گردند. (فورتس، فیلیگویرز، اولیورا، آلمیدا و فریرا[13]، ۲۰۱۶). کمال‌گرایی[14] به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان ترکیبی از استانداردهای شخصی بیش از حد بالا و ارزیابی‌های انتقادی از خود تعریف می‌شود (کوران و هیل[15]، ۲۰۱۹) و می‌تواند عامل خطر مهمی برای ابتلا و گسترش اختلالات خوردن باشد (پوتوبلز، واندرهسلت، وروائت[16]، ۲۰۱۹). برای کمال‌گرایی دسته‌بندی و ابعاد گوناگونی در نظر گرفته شده است. فراست، مارتین، لاهارت و روزنبلیت[17] (۱۹۹۰) در یک تحلیل عاملی ۹ بعد از کمال‌گرایی را بررسی

1. Eating disorders
2. American Psychiatric Association (APA)
3. Chithambo, and Stanley & Huey
4. anorexia nervosa
5. bulimia nervosa
6. binge eating disorder
7. Puttevils, Vanderhasselt & Vervaet
8. disordered eating behavior
9. Qutteina, Nasrallah, Kimmel, & Khaled
10. Troncone
11. Flament
12. body dissatisfaction
13. Fortes, Filgueiras, Oliveira, Almeida & Ferreira
14. Perfectionism
15. Curran & Hill
16. Puttevils, Vanderhasselt & Vervaet
17. Frost, Marten, Lahart & Rosenblate

کردند و نهایتا به دو بعد تلاش‌های کمال‌گرایالانه[1] و نگرانی‌های کمال‌گرایانه[2] رسیدند. بعد اول استانداردهای شخصی، سازمان‌دهی و خودجهت‌دهی کمال‌گرایانه را با هم ترکیب می‌کند و دومین بعد نگرانی از اشتباه کردن، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین، انتقادهای والدین و کمالی که از نظر جامعه تعریف شده است را در بر می‌گیرد. فراست و همکاران (۱۹۹۰) بعد اول را تلاش مثبت و بعد دوم را نگرانی از ارزیابی ناسازگار تلقی کردند و بدین ترتیب مدل دو عاملی کمال‌گرایی متولد شد. مدل دو عاملی می‌تواند به‌عنوان یک چهارچوب مفهومی برای درک روابط متفاوت و گاه مخالف که ابعاد کمال‌گرایی را با شاخص‌های تعدیل کننده روانشناختی و ناسازگاری نشان می‌دهند؛ راهنمایی کند (استوبر[3]، ۲۰۱۸).

برخی از مطالعات دریافتند که کمال‌گرایی می‌تواند به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده هسته علائم اختلالات خوردن (مثل نارضایتی بدنی، نگرانی از وزن و سایز، ترس بیش از حد از افزایش وزن و تلاش برای لاغری) عمل می‌کند (ریویر و دولیتز[4]، ۲۰۱۷).علاوه بر این بعد از مداخلاتی که بر روی کمال‌گرایی تمرکز داشتند، نشانگان مرتبط با احتلالات خوردن در افرادی که در معرض این اختلالات بودند، به‌طور معناداری کاهش یافتند (ایگان، وید و شافران[5]، ۲۰۱۱).در مطالعه‌ای بارنت و شارپ[6] (۲۰۱۶) نشان دادند که میان کمال‌گرایی ناسازگار و تصویر بدنی و رفتارهای خوردن آشفته رابطه وجود دارد و البته خودشفقت‌گری و مولفه خودقضاوت‌گری این متغیر، میان کمال‌گرایی و رفتارهای آشفته‌خوردن نقش واسطه‌ای دارد. داکانلیس[7] و همکاران (۲۰۱۴) نیز با بررسی ۴۰۳ نفر از افراد بستری در مرکز مراقبت‌های ویژه ایتالیا دریافتند که کمال‌گرایی ناسازگار بین دلبستگی ناایمن و نشانگان اختلالات خوردن نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. یک مطالعه بر روی نمونه‌ای غیربالینی از زنان نیز نشان داد کمال‌گرایی ناسازگار رفتارهای آشفته‌خوردن را پیش‌بینی می‌کند (کزپیل و کوپمن[8]، ۲۰۲۱). با این وجود، برخی مطالعات نیز نشان دادند که کمال‌گرایی پیش‌بینی‌کننده معنادار رفتارهای آشفته‌خوردن نیست (لمارنه و هریس[9]، ۲۰۱۷).

اگرچه کمال‌گرایی ممکن است با یک تمایل قوی دستیابی به بدن عالی فرد را میسر کند، اما احتمال کمی وجود دارد که فرد از این نتیجه به رضایت برسد، که این مساله موجب نارضایتی بدنی[10] و آسیب‌پذیری بعدی فرد به علائم اختلال خوردن می‌شود. از طرف دیگر، نارضایتی بدنی می تواند میانجی ارتباط بین کمال‌گرایی و علائم اختلال خوردن باشد. این مدل تعاملی بیشتر در نوع کمال‌گرایی با استداردهای بالای شخصی دیده می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که این بعد از کمال‌گرایی اگر در ارتباط با نارضایتی بدنی قرار بگیرد می‌تواند منجر به اختلالات خوردن شود

1. Perfectionistic Strivings
2. Perfectionistic Concerns
3. Stoeber
4. Rivière & Douilliez
5. Egan, Wade, & Shafran
6. Barnett & Sharp
7. Dakanalis
8. Czepiel & Koopman
9. Le Marne & Harris
10. Body dissatisfaction

زیرا افرادی که استانداردهای بالای شخصی دارند در یک حوزه خاص زندگی سرمایه گذاری افراطی می‌کنند (شفران، کوپر و فیربیرن[1]، ۲۰۰۲).

جز کمال‌گرایی، پیش‌بینی‌کننده‌های گوناگونی از ژنتیک تا ارزش‌های فرهنگی، شناسایی شده است که می‌توانند بر رفتارهای خوردن آشفته تأثیرگذار باشند (ریکانی[2] و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از این پیش‌بینی‌کننده‌ها، تجارب کودکی و از آن جمله، تروماهای کودکی[3] است که به یک یا چند رویداد آسیب‌زا در دوران کودکی (زیر سن ۱۸ سالگی)، با عواقب بلندمدت است و ترومای دوران کودکی[4] نامیده می‌شود (ماسچی، بیر، موریسی و مورنو[5]، ۲۰۱۲). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که تروماهای دوران کودکی در ابتلا و یا حفظ اختلالات خوردن نقش دارند. به عنوان مثال نتایج مطالعه گویلامه[6] و همکاران (۲۰۱۶) حاکی از آن بود که سوء استفاده‌های هیجانی دوران کودکی، به‌طور مستقل نگرانی‌های مربوط به غذا، شکل و وزن و اختلال در عملکرد شخصی را پیش‌بینی کرده و سوء استفاده جنسی و جسمی تنها سطوح بالای نگرانی در مورد خوردن را پیش‌بینی می‌کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که اگرچه زیرگروه‌های آسیب‌های دوران کودکی آثار مشابهی نداشتند، اما همه آنها به افزایش رفتارهای بالینی خوردن منجر می‌شدند.

دیگر تاثیر بسیار مهم و اغلب نادیده گرفته‌شده قرار گرفتن در معرض تروماهای کودکی، تاثیر بسیار زیاد آن بر رابطه فرد با بدن خویش است (واندرکولک[7]، ۲۰۱۴). چنانچه پیشتر اشاره شد، کمال‌گرایی می‌تواند با نارضایتی از بدن ارتباط داشته باشد؛ این ارتباط با تروماهای کودکی نیز صادق است. موضوع اصلی در افراد آسیب‌دیده از تروماها، معمولا مالکیت بدن آنها است. تجربه «بدن من» در اوایل کودکی و بر اساس تجربیات جسمانی و تعاریف واضح از حد و مرزهای بین خود و دیگران به‌دست می‌آید. از آنجایی که فرایندهای بین فردی میان کودکان و محیط زندگی آنها شرایط را برای ساختن یک تصویر بدنی منسجم فراهم می‌کند، کودکانی که در معرض تروما قرار دارند، ممکن است به‌دلیل تهدید تمامیت بدنی و یا نقض حریم خصوصی بدن، دچار تصویر بدنی به شدت مختل گردند (ساک، بروسکه‌لاینر و لامن[8]، ۲۰۱۰). علاوه بر این خاطرات تجربیات آسیب‌زا، که غالبا مربوط به بدن هستند، منجر به طرد بدن و کاهش ارتباط با بدن خود می‌گردند. در نتیجه افراد آسیب‌دیده غالبا توجه به احساسات و ادراکات درونی‌شان را دشوار دیده و هرگونه آگاهی جسمانی را انکار می‌کنند، علاوه بر این قربانیان حوادث آسیب‌زا اغلب نگرش‌های منفی نسبت به بدن و احساساتی نظیر شرم را تجربه می‌کنند. احساس انزجار نسبت به بدن و یا بخش هایی از آن، نارضایتی از بدن و کمبود عزت نفس با ترمای کودکی مرتبط است (شفرز، هوک، بشر، واندوجین،شوورز و وان‌بوشباخ[9]، ۲۰۱۷). بسیاری از تحقیقات

1. Shafran, Kooper & Firebiren
2. Rikani
3. Childhood trauma
4. childhood trauma
5. Maschi, Baer, Morrissey & Moreno
6. Guillaume
7. Van der Kolk
8. Sack, Boroske-Leiner, & Lahmann
9. Scheffers, Hoek, Bosscher, van Duijn, Schoevers & van Busschbach

حاکی از آن بوده‌اند که سطوح تروماها و سوءاستفاده‌های دوران کودکی با عدم رضایت از تصویر بدن در دوره‌های بعدی زندگی ارتباط دارد و همچنین رابطه‌ای قوی بین عزت نفس پایین و نارضایتی از تصویر بدن وجود دارد (ورتمن و برینک[1]، ۲۰۱۲؛ شیک[2] و همکاران، ۲۰۱۰). در همین راستا، آراباسی، ارسلان، داگلی و تاس[3] (۲۰۲۱) در بررسی خود دریافتند که دانشجویانی که سابقه ترومای کودکی داشتند، با تهدیدها و مشکلات مربوط به تصویر بدن بیشتر روبرو می‌شدند و تمایل بیشتری به اجتناب از آنها داشتند. همچنین نگرش‌های منفی‌تر نسبت به تغذیه داشتند.

از آنجا که رفتارهای آشفته‌خوردن با پیامدهای منفی بهداشتی و روانشناختی همچون سوءمصرف مصرف الکل و مواد مخدر، استعمال سیگار، افسردگی و خودکشی همراه هستند (مومنی، قربانی و ارجینی، ۲۰۲۰)، در زمینه اختلالات خوردن نگرانی‌های رو به افزایشی وجود دارد. با این حال، علی‌رغم مطالعات انجام شده در این زمینه، نیاز به بررسی بیشتر وجود دارد (هی و میتچیسون[4]، ۲۰۱۹). به ویژه رفتارهای آشفته‌خوردن به عنوان دسته ای اختلالات خوردن که مشخص نیستند (NOS)، کمتر از سایر اختلالات مورد توجه پژوهشی و بالینی بوده‌اند. چنانچه ذکر شد، تروماهای دوران کودکی احساسات منجر به نارضایتی شخص از بدن خویش شده و این نارضایتی در رفتارهای جبرانی و نگرانی‌های کمال‌گرایانه در مورد اندام، ساز و وزن تبلور یابد. در این راستا و با توجه به اهمیت رفتارهای آشفته‌خوردن در تقویت چرخه معیوب تلاش برای بدنی ایده‌آل و شکست در رسیدن به آن، ضرورت انجام مطالعات در این زمینه احساس می‌گردد. لذا هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن بر اساس کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با نقش میانجی نارضایتی تصویر بدنی بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - بنیادی و از نوع مقطعی بود که با طرح همبستگی و تحلیل مسیر انجام گرفت. جامعه مورد نظر مطالعه حاضر شامل تمامی دانشجویان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود و نمونه شامل ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی بود. کلاین نیز معتقد است در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر عامل ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است. در مدل‌یابی نیز حدود ۲۰ نمونه برای هر عامل لازم است (کلاین، ۲۰۱۵). بدین ترتیب و با در نظر گرفتن عامل‌های پرسشنامه‌ها، حجم نمونه ۳۷۵ برآورد شد اما برای جلوگیری از ریزش نمونه، تعداد نمونه ۴۰۰ نفر برآورد شد. از آنجایی که امکان انتخاب تصادفی و دسترسی به لیست تمامی دانشگاه‌ها بسیار دشوار بود، نمونه گیری به شیوه غیرتصادفی و در دسترس صورت گرفت. همچنین به‌دلیل شرایط همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ و عدم دسترسی به دانشجویان در دانشگاه‌ها،

1. Woertman & Brink
2. Schick
3. Arabaci, Arslan, Dagli & Tas
4. Hey & Mitchison

لینک پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در دسترس گروه‌های دانشجویی دانشگاه‌های آزاد تهران قرار گرفت و اعضای نمونه از این طریق به تکمیل پرسشنامه‌ها مبادرت ورزیدند. به دلیل دسترسی به گروه‌های دانشجویی دانشگاه‌های آزاد (واحد تهران مرکز، شمال، جنوب، علوم تحقیقات و علوم‌پزشکی)، داده‌ها از این دانشجویان به دست آمد. معیارهای ورود نمونه در این مطالعه عبارت بودند از: دانشجو بودن، محل تحصیل در دانشگاه‌های آزاد شهر تهران، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال و معیارهای خروج شامل این موارد بودند: مخدوش بودن اطلاعات، ترک تحصیل، سابقه اختلالات جسمانی همچون دیابت، دانشجوی رشته روانشناسی بودن. در نهایت داده‌های به دست آمده از ۳۲۴ پرسش‌نامه وارد نرم‌افزار SPSS-۲۴ و ایموس شدند و با استفاده از روش‌های آماری مناسب، داده‌های حاصل از این پرسشنامه‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی، مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. در بخش توصیفی، از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، از آزمون‌های آماری همچون رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه نگرش‌های خوردن گارنر و همکاران (۱۹۸۲): پرسشنامه نگرش‌های خوردن در سال ۱۹۸۲ توسط گارنر و همکاران به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن و با ۲۶ گویه تهیه شد. کارآمدی این مقیاس در شناسایی بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی تأیید شده است. این مقایس می‌تواند به عنوان مناسب‌ترین ابزار برای ارزیابی نتیجه در گروه‌های بالینی یا ابزار غربالگری در گروه‌های غیربالینی به کار برده شود (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲). این ابزار شامل عباراتی در مورد نگرش‌های خوردن و رفتارهای خوردن است. این پرسشنامه دارای سه مؤلفه: ۱- رژیم لاغری (مربوط به اجتناب از غذاهای چاق‌کننده و اشتغال ذهنی با لاغرتر بودن)؛ ۲- پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا (افکار مربوط غذا و به همان نسبت بررسی پراشتهایی)؛ ۳- کنترل دهانی: کنترل خوردن و فشاری که فرد از سوی دیگران بر افزایش وزن درک می‌کند)، می‌باشد. نمره‌گذاری در این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت درجه‌بندی می‌شود و آزمودنی برای هر پاسخ همیشه ۳ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره و خیلی اوقات ۱ نمره می‌گیرد و سه گزینه باقی‌مانده شامل گاهی اوقات، به‌ندرت و هرگز، صفر نمره می‌گیرند. بنابراین نمره حاصل از این پرسشنامه از ۰ تا ۷۸ است. نمره غربال‌کننده از حاصل جمع تعداد عباراتی که به صورت «همیشه»، «بیشتر اوقات» و «خیلی اوقات» پاسخ داده شده‌اند، به دست می‌آید. هرچه نمره شخص بیشتر باشد، احتمال وجود اختلال خوردن بیشتر وجود دارد. نمره برش ۲۰ و بالاتر احتمال وجود اختلالات تغذیه‌ای را نشان می‌دهد. گارنر و همکاران (۱۹۸۲) ضریب پایایی را به روش همسانی درونی ۰/۹۴و به روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش دادند. اعتبار محتوای فرم فارسی مطلوب و پایایی آن نیز با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شد

(نوبخت و دژکام، ۲۰۰۰).

مقیاس کمال‌گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴): مقیاس کمال‌گرایی هیل توسط هیل و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس بیشتر رویکردهای پیشین کمال‌گرایی را در بر گرفته و با تعاریف دو بعدی و چندبعدی از کمال‌گرایی هماهنگ است. این پرسشنامه دارای ۵۹ پرسش و هشت خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: ۱) تمرکز بر اشتباهات؛ ۲) نیاز به تأیید؛ ۳) نشخوار فکر؛ ۴) ادراک فشار از سوی والدین؛ ۵) نظم و سازماندهی؛ ۶) هدفمندی؛ ۷) استانداردهای بالا برای دیگران و ۸) تلاش برای عالی‌بودن. همچنین از دیدگاه هیل و همکاران ابعاد یک تا چهار جزء جنبه‌های منفی و ابعاد پنج تا هشت جزء جنبه‌های مثبت کمال‌گرایی به شمار می‌روند. این مقیاس بر پایه مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای از کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲) و موافق (۳) و کاملاً موافق (۴) قرار می‌گیرد. نمره‌های بالا معرف کمال‌گرایی بالا و نمره‌های پایین نشان‌دهنده کمال‌گرایی پایین است. هیل و همکاران (۲۰۰۴) ضریب پایایی همسانی درونی و باز آزمایی این مقیاس را بین ۰/۷۱ و ۰/۹۱ محاسبه کرده‌اند. در ایران و در اولین کار پژوهشی جمشیدی (۱۳۸۸) در مورد ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه، ضریب پایایی همسانی درونی ۰/۹۰ و روایی آن از طریق همبستگی با شاخصه‌های سلامت عمومی و حالت‌های مرضی، مطلوب گزارش شده است. بنابراین ضریب آلفای کرونباخ حاکی از پایایی قابل قبول ابزار بود و انتظارات اولیه از وجود رابطه بین ابعاد منفی کمال‌گرایی و سلامت روانی تأیید شد. نتایج ساختار عاملی این پژوهش نیز حاکی از وجود ۶ عامل (سه عامل مثبت و سه عامل منفی) بود که جمعاً ۴۳٪ از واریانس کل را تبیین می‌کرد.

مقیاس ترومای دوران کودکی برنشتاین و همکاران (۱۹۹۴): این پرسشنامه به وسیله برنشتاین[1] و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ گوی‌های آن ارائه و درنهایت در سال ۱۹۹۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه ای تنظیم شد. این پرسشنامه آزاردیدگی را در پنج خرده مقیاس می‌سنجد. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: ۱) سوءاستفاده جسمانی؛ ۲) سوءاستفاده هیجانی؛ ۳) غفلت یا نادیده گرفتن جسمانی؛ ۴) غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی و ۵) سوءاستفاده جنسی. همچنین در نهایت یک نمره سوء استفاده کلی از این مقیاس به دست می‌آید. نمره گذاری براساس طیف لیکرت صورت می‌گیرد و هر کدام از سؤالات در پنج سطح (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) طبقه‌بندی شده‌اند. برنشتاین و همکاران (۱۹۹۴) پایایی عوامل مختلف پرسشنامه را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز در پژوهش ابراهیمی، دژکام و ثقه الاسلام (۱۳۹۲) نتایج ضریب آلفای کرونباخ پایایی نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند.

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (۲۰۰۵): این پرسشنامه توسط لیتلتون، آکسوم و پوری در سال

1. Bernsein

۲۰۰۵ ساخته شد. این پرسشنامه حاوی ۱۹ پرسش است که هر پرسش دارای پنج گزینه است که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. ۲۹ حد پایین نمره، ۵۷ حد متوسط و ۹۵ حد بالای نمرات در نظر گرفته می‌شود. نمره بین ۱۹ تا ۳۸ نشان‌دهنده میزان پایین ترس از تصویر ظاهر و اندام؛ نمره بین ۳۸ تا ۵۷ ترس از تصویر ظاهر و اندام خود متوسط و نمره بالاتر از ۵۷ نشانگر ترس از تصویر ظاهر و اندام خود بالا است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی و روایی مطلوبی برای این ابزار گزارش کرده‌اند، پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل از ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ متغیر و میانگین همبستگی ۰/۶۲ بوده است. روایی همگرای این مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه اختلالات خوردن و پرسشنامه وسواس اجباری به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴۰ به دست آمده است. در ایران نیز در پژوهش بساک پور و غفاری (۱۳۸۶) پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۸/۰۳ و انحراف معیار آن ۹/۸۱ بود. ۹۳ نفر از آن‌ها مرد (۲۸/۷۵ درصد) و ۲۳۱ نفر زن (۷۱/۲۵ درصد) بودند. ۲۱۱ نفر (۶۵/۲۵ درصد) از شرکت‌کنندگان در پژوهش مجرد و ۱۱۳ نفر (۳۴/۷۵ درصد) متأهل بودند. ۶۲ نفر (۱۹/۲۵ درصد) از شرکت‌کنندگان در پژوهش در مقطع تحصیلی کاردانی، ۱۴۱ نفر (۴۳/۵۰ درصد) در مقطع تحصیلی کارشناسی، ۱۰۷ نفر (۳۳ درصد) در مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد و ۱۴ نفر (۴/۲۵ درصد) در مقطع تحصیلی دکتری بودند. ۷۶ نفر (۲۳/۵۰ درصد) از شرکت‌کنندگان در پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، ۵۰ نفر (۱۵/۲۵ درصد) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، ۱۰۴ نفر (۳۲ درصد) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، ۵۳ نفر (۱۶/۵۰ درصد) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات و ۴۱ نفر (۱۲/۷۵) در دانشگاه علوم پزشکی مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره، حداکثر نمره، کجی و کشیدگی هر یک از متغیرهای مورد مطالعه (رفتارهای آشفته‌خوردن، کمال‌گرایی، ترومای دوران کودکی و نارضایتی تصویر بدنی) را نشان می‌دهد. با توجه به نمرات این جدول اندازه کجی و کشیدگی در همه متغیرها در دامنه‌ای میان ۲+ و ۲ـ قرار گرفته است، لذا فرض نرمال بودن توزیع نمرات را نشان می‌دهد. فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به‌دست‌آمده (۱/۸۴) بیانگر برقراری این مفروضه بود. علاوه بر آن آماره تحمل و عامل تورم واریانس به‌منظور بررسی هم خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد مقادیر آماره تحمل در بازه مجاز بین صفر و یک می‌باشند و هیچ‌کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز

۱۰ نمی‌باشند؛ بنابراین بر اساس دو شاخص ذکرشده وجود هم‌خطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	کجی	کشیدگی
رفتارهای آشفته‌خوردن	۳۶/۷۱	۱۲/۴۴	۸	۷۰	۰/۰۱	۰/۰۸
کمال‌گرایی	۱۵۸/۳۴	۲۹/۴۴	۸۷	۲۲۹	۰/۰۱	−۰/۴۵
ترومای دوران کودکی	۷۰/۶۰	۵/۴۶	۵۸	۹۵	۰/۶۷	۱/۲۲
نارضایتی تصویر بدنی	۴۲/۱۷	۱۴/۵۱	۱۹	۹۳	۱/۰۸	۱/۴۷

جدول ۲. ماتریس‌های همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. رفتارهای آشفته‌خوردن	۱			
۲. کمال‌گرایی	۰/۱۸**	۱		
۳. ترومای دوران کودکی	۰/۲۲**	۰/۰۱	۱	
۴. نارضایتی تصویر بدنی	۰/۴۴**	۰/۱۶**	۰/۲۲**	۱

** معناداری در سطح ۰/۰۱ *معناداری در سطح ۰/۰۵

یافته‌های جدول ۲ نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و رفتاهای آشفته‌خوردن (r=۰/۲۲, p<۰/۰۱)، بین ترومای دوران کودکی و نارضایتی تصویر بدنی (r =۰/۲۲, p<۰/۰۱)، بین کمال‌گرایی و رفتارهای آشفته‌خوردن (r=۰/۱۸, p<۰/۰۱)، بین کمال‌گرایی و نارضایتی تصویر بدنی (r=۰/۱۶, p<۰/۰۵) و بین نارضایتی تصویر بدنی و رفتارهای آشفته‌خوردن (r=۰/۴۴, p<۰/۰۱) رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	RMSEA	CFI	IFI	NFI	GFI	X^2/df
مقادیر به‌دست آمده	۰/۰۵	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۶	۲/۳۷
مقادیر قابل قبول	<۰/۰۸	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۳

جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد. زیرمجموعه‌ای از شاخص‌های برازش کلی شامل خی‌دو، شاخص برازش نرم‌شده (NFI)، شاخص برازش مقایس‌های (CFI) و ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) از مهم‌ترین شاخص‌های برازش گزارش شدند. نتایج شاخص‌های برازش مدل نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است.

در جدول ۴ اثرات مستقیم، اثرات غیرمستقیم و کل متغیرهای مدل پژوهش آورده شد. مطابق با نتایج جدول ۴ متغیرهای کمال‌گرایی (p<۰/۰۱؛

β= ۰/۱۶) و ترومای دوران کودکی (p<۰/۰۱؛ β=۰/۲۲) رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری با نارضایتی تصویر بدنی دارند. در ادامهٔ جدول نشان داده شده است که نارضایتی تصویر بدنی رابطه مثبت و معنی‌داری با رفتارهای آشفته‌خوردن دارد (β= ۰/۳۹ ؛p<۰/۰۱).

شکل ۱. مدل آزمون شده نقش واسطه‌گری نارضایتی تصویر بدن در رابطه بین کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن

جدول ۴. برآورد ضرایب معیار شده اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل

مسیرها	برآوردها	اثرمستقیم	اثرغیرمستقیم	اثرکل
به رفتارهای آشفته‌خوردن	کمال گرایی	۰/۱۱*	۰/۰۶**	۰/۱۷**
	ترومای دوران کودکی	۰/۱۳**	۰/۰۸**	۰/۲۲**
	نارضایتی تصویر بدنی	۰/۳۹**	–	۰/۳۹**
نارضایتی تصویر بدنی	کمال گرایی	۰/۱۶**	–	۰/۱۶**
	ترومای دوران کودکی	۰/۲۲**	–	۰/۲۲**

جهت بررسی معنی‌داری اثر غیرمستقیم از روش بوت‌استراپ استفاده شد که همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی به واسطه نارضایتی تصویر بدنی بر رفتارهای آشفته‌خوردن مثبت و معنی‌دار است. همچنین اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی به واسطه نارضایتی تصویر بدنی بر رفتارهای آشفته‌خوردن مثبت و معنی‌دار است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که نارضایتی تصویر بدنی دارای نقش واسطه‌گری در رابطه بین کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن است.

نتیجه‌گیری و بحث

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که نارضایتی از تصویر بدنی بین کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. این یافته با مطالعات شارپ و همکاران (۲۰۱۶)؛ کزپیل و کوپمن (۲۰۲۱)؛ گویلامه و همکاران (۲۰۱۶) و شفرز و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. به‌نظر می‌رسد

آگاهی، افکار، ارزش‌ها و باورها در مورد بدن، میزان راحتی فرد در مورد جسمش را مدیریت می‌کند. بدن دائما در کانون توجه است، چراکه بخش مشهود در روابط اجتماعی است که افراد به قضاوت در مورد آن علاقه‌مندند (نیگار و نقوی[1]، ۲۰۱۹). بنابراین نحوه تفکر، احساس و باور افراد در مورد بدنشان عواقب حیاتی بر زندگی‌شان دارند. به این ترتیب، تصویر بدنی مطلوب برای بهبود عزت نفس امری ضروری است (رز[2]، ۲۰۱۴). هنگامی که آسیبی در دوران کودکی رخ می‌دهد، توجه متمرکز بر خود که مبتنی بر بی‌ارزشی، شرم و ناکارآمدی است، افزایش می‌یابد. این خودمشاهده‌گری افراطی، منجر به مشغولیت حول محور بدن می‌گردد (فیروزی و همکاران، ۲۰۱۶). در این زمینه اینگونه نظریه‌پردازی شده است که تجربه سوءاستفاده و تروما، منجر به تشدید احساسات منفی و احساس بیگانگی نسبت به بدن می‌شود، و این امر فرد را وحشت‌زده کرده و باعث اضطراب و نفرت در او می‌گردد. همچنین ممکن است افراد از خودزنی و آسیب به خود به‌عنوان شکنجه‌ای که منبع رنج آنهاست، استفاده کنند (یونیت[3]، ۲۰۱۷) در چنین شرایطی جسمی که در حال آسیب‌دیدن است، به‌عنوان آبژه جایگزین عمل می‌کند و تمام احساسات منفی را که قربانی نسبت به شخص آسیب‌زننده ابراز می‌کند، تجسم می‌بخشد. بنابراین آسیب و تروما، می‌تواند علت ادراک تحریف بدن تلقی شود، که از طریق آن، احساس از دست دادن کنترل و یا گسستگی مرزهای بدنی، نمایان می‌شود (ساکسون‌اوبادا[4]، ۲۰۰۹).

مطابق با مدل واکنش اجتماعی کمال‌گرایی[5] (فلت، هویت، اولیور و مک‌دونالد[6]، ۲۰۰۲) مشکلات یا بدرفتاری کودکان یک عامل آسیب‌پذیری مهم برای رشد صفات و رفتارهای کمال‌گرایانه در بزرگسالی است. به عبارت دیگر مطابق با این دو مدل، کمال‌گرایی تا حدی در پاسخ به رفتارهای نامطلوب والدین و تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی که در گذشته باعث ایجاد احساس ناامیدی، شرم / نقص، ناتوانی و عدم احساس امنیت می‌شد، ایجاد می‌شود. طبق این مدل‌ها افراد برای رسیدن به عشق و پذیرش دیگران، برای به‌دست آوردن مجدد احساس کنترل پس از حوادث ناگوار یا آسیب‌زا، برای رفع احساس ناامیدی، شرم و درماندگی و جلوگیری از بدرفتاری بیشتر، برای کامل‌بودن تلاش می‌کنند (فلت و همکاران، ۲۰۰۲؛ هویت و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین به‌طور خاص، افراد تمایلات و رفتارهای کمال‌گرایانه را به عنوان وسیله‌ای برای بازیابی احساس کنترل شخصی پس از وقایع آسیب‌زا یا غیر قابل کنترل و جلوگیری از تکرار تجربیات مشابه به‌دست می‌آورند (به عنوان مثال: اگر من عالی یا عیب و نقص باشم، مجازات نخواهم شد / مورد تمسخر / سوء استفاده/ رد / رها شدگی قرار نخواهم گرفت) (چن، هویت و فلت[7]، ۲۰۱۹). بدین ترتیب می‌توان گفت که

1. Nigar & Naqvi
2. Roze
3. Unit
4. Sakson-Obada
5. the Social Reaction Model of Perfectionism
6. Flett, Hewitt, Oliver, & MacDonald
7. Chen, Hewitt & Flett

آسیب‌های دوران کودکی، با ایجاد احساسات ناخوشایند و شدید، منجر به خدشه‌دارشدن احساس ارزشمندی اشخاص می‌گردد و بنابراین، افراد برای بازیابی ارزشمندی خویش، دست به رفتارهای جبرانی می‌زنند و کمال‌گرایی یکی از این اقدامات است. به علاوه این احساسات ناخوشایند در دوران کودکی و روبرو شدن با حوادثی که شخص به دلیل ضعف و ناتوانی و سن کم، قادر به مقابله و کنترل آنها نبوده، منجر به از دست دادن احساس کنترل شخصی می‌شود و بنابراین کمال‌گرایی به عنوان عملی جبرانی، موجب بازگشت احساس کنترل در فرد می‌شود.

داشتن استانداردهای غیرمنطقی بسیار بالا در اهداف و انتظارات شخصی، افراد را به سوی ارزیابی نادرست از وزن بدن و شکل ظاهری سوق می‌دهد و آنها را وادار به رفتارهایی در قالب رژیم‌های غذایی نامناسب و ورزش‌های سخت‌گیرانه برای کاهش وزن می‌کند. جاذبه جسمانی، به خصوص برای افرادی که جذابیت جسمانی کمتری دارند و یا اینگونه فکر می‌کنند (به‌عنوان مثال کسانی که تجربه ترومای کودکی داشته‌اند)، دارای اهمیت بالاتری است و این تصویر ذهنی منفی از خود، فرد را به سوی رژیم‌های غذایی که میزان بروز و شدت علائم اختلالات خوردن را افزایش می‌دهند، سوق می‌دهد (کیانی‌شیخ‌آبادی، بیگی و محبی‌دهنوازی، ۲۰۱۹). بدین ترتیب داشتن ویژگی کمال‌گرایی بالا و میل به بی‌عیب و نقص و کامل‌بودن، از طریق داشتن تصویر بدنی نامطلوب، تشدید شده و فرد را به‌سوی رفتارهای افراطی در جهت ایده‌آل‌سازی ظاهر و اندام، هدایت می‌کند. بدین ترتیب افراد کمال‌گرا که اغلب باورهای غیرمنطقی در زمینه کامل‌بودن دارند، به‌احتمال بیشتری از ظاهر خود ناراضی هستند، لذا درصدد رفع این عیوب واقعی و یا خیالی برآمده و دست به رفتارهای آسیب‌زای خوردن می‌زنند. این در حالی است که رسانه‌ها نیز با تاکید بر ایده‌آل‌های ظاهری و بدنی از طریق فرایندهایی همچون همبستگی اجتماعی[1] و مقایسه اجتماعی[2] و نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن، بر نارضایتی از ظاهر دامن می‌زنند (وید و تیگمن[3]، ۲۰۱۳) و بدین ترتیب شخص خود را غیر جذاب حس می‌کند مگرآن که به آن «ایده‌آل‌های ظاهری» جامعه دست یابد و زمانی که فرد خود را در سطح پایین‌تری با دیگران مقایسه می‌کند، هیجانات منفی گوناگونی همچون شرم و یا تنفر از خود را احساس می‌کند (مشعل‌پورفرد، نادری، عسگری، حیدری و مهرابی‌زاده، ۱۳۹۳).

بنابراین می‌توان دریافت که تصویر ذهنی تحریف شده از بدن و نارضایتی حاصل از این تصویر، منجر به تعیین استاندارهای بالا و غیر واقعی برای ظاهر و اندام می‌شود که این استانداردهای بالا و کمال‌گرایانه نیز به خودی خود می‌توانند شخص را به سوی رفتارهای جبرانی خوردن هدایت کنند. از سویی دیگر، تروماهای دوران کودکی می‌توانند با ایجاد احساس شرم و نارضایتی از بدن، به تلاش‌های کمال‌گرایانه و ناسالم در راستای تغییر اندام و

1. social correlation process
2. social comparison
3. Wade & Tiggemann

ظاهر منجر شوند. لذا نارضایتی از تصویر بدنی واسطه‌ای بین کمال‌گرایی، تروماهای دوران کودکی و رفتارهای آشفته‌خوردن در نظر گرفته می‌شود. با این وجود، باید توجه داشت که نتایج این مطالعه در سطح همبستگی و توسیفی انجام شده و رابطه‌ای علی به دست نمی‌دهد. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه به دلیل انتخاب نمونه دانشجو و غیربالینی، قابل تعمیم به سایر جوامع نیست. از سویی، نمونه‌گیری به شیوه غیرتصادفی و در دسترس، قابلیت تعمیم نتایج را می‌کاهد. بنابراین به‌نظر می‌رسد که تکرار این مطالعه در سایر جوامع و به ویژه جوامع بالینی، همراه با کنترل متغیرهای تاثیرگذار و نمونه‌گیری تصادفی، دارای اهمیت باشد. درنهایت به درمانگران بالینی پیشنهاد می‌شود با توجه به نقش تصویر بدنی در رابطه بین کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن، در ارزیابی بالینی مراجعین مبتلا به اختلالات خوردن، به بررسی رضایت از تصویر بدنی مراجعین پرداخته و در طراحی پکیج‌های درمانی مناسب آن را درنظر گیرند.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

منابع

ابراهیمی، ح. ا.، دژکام، م.، و ثقه‌الاسلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵.

بساک‌نژاد، سودابه.، و غفاری، مجید. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بدریختی بدنی و اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان، *نشریه بین المللی علوم رفتاری*، ۱(۲)، ۱۷۹.

Arabaci, L. B., Arslan, A. B., Dagli, D. A., & Tas, G. (2021). The relationship between university students' childhood traumas and their body image coping strategies as well as eating attitudes. *Archives of psychiatric nursing*, 35(1), 66-72.

جمشیدی، بهنام.، حسین چاری، مسعود.، حقیقت، شهربانو.، و رزمی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس جدید کمال گرایی. *مجله علوم رفتاری*، ۳(۱)، ۴۳-۳۵.

مشعل‌پور، م، نادری، ف، حیدرئی، ع. ر، مهرابیزاده هنرمند، م. (۱۳۹۳). رابطه اضطراب اجتماعی، ادراک تصویر بدنی کمال‌گرایی و افسردگی با اختلالات خوردن در جوانان. *روانشناسی اجتماعی*، ۹ (۳۰): ۳۵-۴۹.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* [Database record]. APA PsycTests.

Chen, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2019). Adverse childhood experiences and multidimensional perfectionism in young adults. *Personality and Individual Differences*, 146, 53-57.

Chen, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2019). Adverse childhood experiences and multidimensional perfectionism in young adults. *Personality and Individual Differences*, 146, 53-57.

Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410.

Dakanalis, A., Clerici, M., Caslini, M., Favagrossa, L., Prunas, A., Volpato, C., ... & Zanetti, M. A. (2014). Internalization of sociocultural standards of beauty and disordered eating behaviours: the role of body surveillance, shame and social anxiety. *Journal of Psychopathology*, 20, 33-37.

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. Clinical Psychology Review, 31(2), 203–212.

Firuzi, H., Amiri, F., Saadati, N., & Rostami, M. (2016). The effects of childhood abuse on women's body image and sexual function. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *18*(6), 313-320.

Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A., & Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. *Body image*, 9(1), 68-75.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis.

Fortes, L. D. S., Filgueiras, J. F., Oliveira, F. D. C., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2016). Etiological model of disordered eating behaviors in Brazilian adolescent girls. *Cadernos de saude publica*, 32(4).

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. Cognitive Therapy and Research, 14, 449-468.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.

Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., ... & Courtet, P. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific reports*, 6(1), 1-7.

Hay, P., & Mitchison, D. (2019). Eating Disorders and Obesity: The Challenge for Our Times.

Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of personality assessment*, 82(1), 80-91.

Kiani-Sheikhabadi, M., Beigi, M., & Mohebbi-Dehnavi, Z. (2019). The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy. *Journal of education and health promotion*, 8.

Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications.

Le Marne, K. M., & Harris, L. M. (2016). Death anxiety, perfectionism and disordered eating. *Behaviour Change*, 33(4), 193-211.

Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229-241.

Maschi, T., Baer, J., Morrissey, M. B., & Moreno, C. (2013). The aftermath of childhood trauma on late life mental and physical health: A review of the literature. *Traumatology*, 19(1), 49-64.

Momeni, M., Ghorbani, A., & Arjeini, Z. (2020). Disordered eating attitudes among Iranian university students of medical sciences: The role of body image perception. *Nutrition and health*, 26(2), 127-133.

Nigar, A., & Naqvi, I. (2019). Body dissatisfaction, perfectionism, and media exposure among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 57-77.

Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *The International journal of eating disorders*, 28(3), 265–271.

Puttevils, L., Vanderhasselt, M. A., & Vervaet, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms?. *European Eating Disorders Review*.

Puttevils, L., Vanderhasselt, M. A., & Vervaet, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms?. *European Eating Disorders Review*.

Qutteina, Y., Nasrallah, C., Kimmel, L., & Khaled, S. M. (2019). Relationship between social media use and disordered eating behavior among female university students in Qatar. *Journal of Health and Social Sciences*, 4(1), 59-72.

Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., ... & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences*, 20(4), 157.

Rivière, J., & Douilliez, C. (2017). Perfectionism, rumination, and gender are related to symptoms of

eating disorders: A moderated mediation model. Personality and Individual Differences, 116, 63–68.

Sack, M., Boroske-Leiner, K., & Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 315-320.

Sakson-Obada, O. (2009). Trauma jako czynnik ryzyka dla zaburzeń Ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 52(3), 309-326.

Sakson-Obada, O. (2009). Trauma jako czynnik ryzyka dla zaburzeń Ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 52(3), 309-326.

Scheffers, M., Hoek, M., Bosscher, R. J., van Duijn, M. A., Schoevers, R. A., & van Busschbach, J. T. (2017). Negative body experience in women with early childhood trauma: associations with trauma severity and dissociation. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1322892.

Schick, V. R., Calabrese, S. K., Rima, B. N., & Zucker, A. N. (2010). Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 394-404.

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy, 40(7), 773–791.

Stoeber, J. (2018). The psychology of perfectionism: An introduction. In J. Stoeber (Ed.), The psychology of perfectionism: Theory, research, applications (pp. 3-16). London: Routledge.

Troncone, A., Cascella, C., Chianese, A., Zanfardino, A., Piscopo, A., Borriello, A., ... & Iafusco, D. (2020). Body image problems and disordered eating behaviors in Italian adolescents with and without type 1 diabetes: an examination with a gender-specific body image measure. *Frontiers in Psychology*, 11, 2547.

Unit, A. D. T. (2017). From traumatic events and dissociation to body image and depression symptoms–in search of self-destruction syndrome in adolescents who engage in nonsuicidal self-injury. *Psychiatr. Pol*, 51(2), 283-301.

van der Kolk Laura, B. A., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(6), 22573.

Woertman, L., & Van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of sex research*, 49(2-3), 184-211.