



## Predicting Disordered Eating Behaviors Based on Perfectionism and Childhood Trauma: Presenting an Explanatory Model with Mediated Role of Internalized Shame

Nazanin Hamidinejad<sup>1</sup> , Behrooz Dolatshahi<sup>2\*</sup> , Fariborz Bagheri<sup>3</sup> 

1. PhD Candidate, Department of Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: [nazaninhn\\_52@yahoo.com](mailto:nazaninhn_52@yahoo.com)
2. Corresponding Author, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Sciences, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran. Email: [bdolatshahi@uswr.com](mailto:bdolatshahi@uswr.com)
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: [f.bagheri@srbiau.ac.ir](mailto:f.bagheri@srbiau.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**  
Received: 13 Oct 2021  
Revised: 10 Feb 2022  
Accepted: 23 Feb 2022  
Published Online: 23 Sep 2023

**Keywords:**  
*Childhood Trauma, Disordered Eating Behaviors, Internalized Shame, Perfectionism.*

### ABSTRACT

The aim of the present study was to predict disordered eating behavior via internalized shame as a mediator between perfectionism and childhood trauma. In order to accomplish this, a statistical population comprising all students enrolled in Islamic Azad Universities in Tehran during the academic year 2018-2019 was utilized to select five universities (Azad North, Center, South, Science and Research, and Medical Science). Subsequently, 400 students were selected as sample members using the available sampling method. Subsequently, 400 students were chosen using the available sampling procedure. They responded voluntarily to Eating Disordered Behavior Scale (EAT-26), Hill Perfectionism (HPI), Childhood Trauma Scale (CTQ), Internalized Shame (ISS). Finally, 324 questionnaires were incorporated. Analysis of the data was performed with SPSS-24 and Amos. The findings from the path analysis indicated that shame predicted eating disorders and mediated the relationship between childhood trauma, perfectionism, and eating disorders. Shame was identified as the mediating factor in this relationship. Individuals who experienced childhood traumatization appear to resort to compensatory behaviors, such as disordered eating, to regain a positive self-image and alleviate feelings of shame. An undesirable body image and feelings of shame can further exacerbate perfectionism, which may manifest as extreme behaviors like eating disorders as an attempt to attain an idealized appearance.

**Cite this article:** Hamidinejad, N., Dolatshahi, B., & Bagheri, F. (2023). Predicting Disordered Eating Behaviors Based on Perfectionism and Childhood Trauma: Presenting an Explanatory Model with Mediated Role of Internalized Shame. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(3), 239-256. doi: 10.22059/japr.2023.332315.644044.





## فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی

## پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن براساس کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی: ارائه الگوی تبیینی با نقش میانجی شرم درونی‌شده

نازنین حمیدی‌نژاد<sup>۱</sup>، بهروز دولتشاهی<sup>۲\*</sup>، فریبرز باقری<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: [nazaninhn\\_52@yahoo.com](mailto:nazaninhn_52@yahoo.com)
۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. رایانامه: [bdolatshahi@uswr.com](mailto:bdolatshahi@uswr.com)
۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: [f.bagheri@srbiau.ac.ir](mailto:f.bagheri@srbiau.ac.ir)

## اطلاعات مقاله

## چکیده

## نوع مقاله:

پژوهشی

## تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۱۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

## کلیدواژه‌ها:

ترومای دوران کودکی، رفتارهای آشفته‌خوردن، شرم درونی‌شده، کمال‌گرایی.

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن براساس کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با نقش میانجی شرم درونی‌شده بود. بدین‌منظور از میان جامعه آماری که شامل تمامی دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی شهر تهران بود، پنج دانشگاه (آزاد شمال، مرکز، جنوب، علوم و تحقیقات و علوم پزشکی) در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ انتخاب شدند. سپس ۴۰۰ دانشجو به شیوه نمونه‌گیری دردسترس به‌عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های دشواری مقیاس رفتار آشفته‌خوردن (EAT-26)، کمال‌گرایی هیل (HPI)، مقیاس ترومای دوران کودکی (CTQ)، شرم درونی‌شده (ISS) و پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) به‌صورت داوطلبانه پاسخ دادند. درنهایت ۳۲۴ پرسشنامه وارد تحلیل شدند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و نرم‌افزار Amos تحلیل شدند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد ترومای دوران کودکی و کمال‌گرایی به‌واسطه شرم درونی‌شده، رفتارهای آشفته‌خوردن را پیش‌بینی می‌کنند و نقش واسطه‌ای شرم درونی‌شده در ارتباط بین ترومای دوران کودکی، کمال‌گرایی و رفتارهای آشفته‌خوردن تأیید شد ( $P < 0.05$ )؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد افرادی که در کودکی دچار تروما شده‌اند، به‌دنبال احساس شرم و برای بازگشت به خودانگاره مثبت، دست به اقدامات جبرانی همچون رفتارهای آشفته‌خوردن می‌زنند. همچنین کمال‌گرایی می‌تواند از طریق داشتن تصویر بدنی نامطلوب و احساس شرم، تشدید شود و فرد را به‌سوی رفتارهای افراطی مانند رفتارهای آشفته‌خوردن، در جهت ایدئال‌سازی ظاهر و انجام هدایت کند.

استناد: حمیدی‌نژاد، ن.، دولتشاهی، ب.، و باقری، ف. (۱۴۰۲). پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن براساس کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی: ارائه الگوی تبیینی با نقش میانجی شرم درونی‌شده. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۴ (۳)، ۲۵۶-۲۳۹. doi: 10.22059/japr.2023.332315.644044

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.332315.644044>

© نویسندگان.



## ۱. مقدمه

رفتارهای آشفته‌خوردن<sup>۱</sup> با شیوعی در حال افزایش به‌خصوص در میان جوانان، به پدیده‌ای جهانی<sup>۲</sup> تبدیل شده‌اند و با مشکلات سلامتی و پیامدهای هیجانی همراه هستند (کوتینا و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). این رفتارها، رفتارهای ناهنجاری هستند که با اختلالات خوردن رابطه دارند (کاوه قهفرخی و تابع بردبار، ۱۳۹۶) و اغلب به روش‌های گوناگونی مانند 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 عمدانه، ورزش بیش‌ازحد و استفاده از محدودکننده‌های انسولین برای تصفیه عمده کالری بروز می‌کنند (ترونکون و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). اختلالات خوردن و رفتارهای آشفته‌خوردن، در دانشگاه‌ها مشکلی فراگیر هستند (وارد و هی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵) و رفتارهای غیرطبیعی خوردن، روش‌های ناسالم کنترل وزن و علائم اختلالات خوردن در میان دانشجویان افزایش یافته است (مؤمنی، قربانی و ارجینی<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). شیوع رفتارهای آشفته‌خوردن به‌مراتب بیشتر از اختلالات بالینی خوردن در محیط دانشگاه است (روزی‌طلب و همکاران، ۲۰۱۵) و طیف وسیعی از نگرش‌های آشفته‌خوردن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران ۹/۵ درصد (نعیمی و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶) و ۱۰ درصد (روزی‌طلب و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵) گزارش شده است. به‌طور کلی نیز رفتارهای آشفته‌خوردن و اختلالات خوردن میزان مرگ‌ومیر زیادی دارند؛ برای مثال ۴ درصد برای بی‌اشتهایی عصبی، ۳/۹ درصد برای پرخوری و ۵/۲ درصد برای اختلالات خوردن نامعین برآورد شده است (کارر و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). رفتارهای آشفته‌خوردن همچنین با افزایش خطر سایر رفتارهای آسیب‌رسان به سلامتی، از جمله مصرف الکل و مواد مخدر، استعمال سیگار، افسردگی و خودکشی همراه هستند (جونز و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱؛ مؤمنی، قربانی و ارجینی، ۲۰۲۰) و بنابراین بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های مهم آن ضروری است.

از آنجا که صفات شخصیتی در شروع و ادامه اختلالات خوردن نقش دارند، بررسی آن‌ها اهمیت بسزایی دارد. به‌نظر می‌رسد کمال‌گرایی<sup>۱۱</sup> به‌عنوان یک صفت شخصیتی، قادر به پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن باشد (لو و ابوت<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). مفهوم‌سازی‌های اخیر، کمال‌گرایی را یک ویژگی شخصیتی چندبعدی در نظر می‌گیرند که با تلاش برای بی‌نقص‌بودن، تعیین استانداردهای بالا و ارزیابی‌های منتقدانه از خود یا دیگران مشخص می‌شود (فلت و هویت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲؛ واکا، بالزیو و لومباردو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۱) و می‌تواند عامل خطر مهمی برای ابتلا و گسترش اختلالات خوردن باشد (پوتوبلز، واندرهسلت و روائت<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۹). برای کمال‌گرایی، دسته‌بندی و ابعاد گوناگونی در نظر گرفته شده است. فراست و همکاران<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۰) در یک تحلیل‌عاملی، نه بعد از کمال‌گرایی را بررسی کردند و درنهایت به دو بعد تلاش‌های کمال‌گرایانه<sup>۱۷</sup> و نگرانی‌های کمال‌گرایانه<sup>۱۸</sup> رسیدند. بعد اول استانداردهای شخصی، سازمان‌دهی و خودجهت‌دهی کمال‌گرایانه را با هم ترکیب می‌کند و دومین بعد نگرانی از اشتباه‌کردن، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین، انتقادهای والدین و کمالی را که از نظر جامعه تعریف شده است، دربرمی‌گیرد. فراست و همکاران (۱۹۹۰) بعد اول را تلاش مثبت و بعد دوم را نگرانی از ارزیابی ناسازگار تلقی کردند و بدین ترتیب مدل دوعاملی

1. disordered eating behavior
2. Global
3. Qutteina et al.
4. Troncone et al.
5. Ward & Hay
6. Momeni, Ghorbani, & Arjeini
7. Naeimi et al.
8. Rouzitalab et al.
9. Karrer et al.
10. Jones et al.
11. Perfectionism
12. Lo & Abbott
13. Flett & Hewitt
14. Vacca, Ballesio & Lombardo, C.
15. Puttevils, Vanderhasselt & Vervae
16. Frost et al.
17. perfectionistic strivings
18. perfectionistic concerns

کمال‌گرایی متولد شد. به دنبال پیشنهاد فراست و همکاران (۱۹۹۰) مبنی بر اینکه کمال‌گرایی دارای ابعاد مثبت و ناسازگار است، محققان به برجسب‌گذاری این دو بعد با مفاهیم ارزشیابی مانند «تطبیقی» و «ناسازگار»<sup>۱</sup>، کمال‌گرایی «سالم» و «ناسالم»<sup>۲</sup>، «مثبت» و «منفی»<sup>۳</sup> «عملکردی» و «ناکارآمد»<sup>۴</sup> پرداختند. در نهایت اینکه مدل دوعاملی می‌تواند به‌عنوان چارچوبی مفهومی در درک روابط متفاوت و گاه مخالف که ابعاد کمال‌گرایی را با شاخص‌های تعدیل‌کننده روان‌شناختی و ناسازگاری نشان می‌دهند، راهنما باشد (استوبر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸).

به نظر می‌رسد کمال‌گرایی ناسازگارانه غالباً با پریشانی روان‌شناختی بالاتر همراه و بنابراین با شرایط روان‌شناختی گوناگون نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات خوردن همبسته است (پرنجاک، جوکیک و کوراجیلیجا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). بسیاری از مطالعات دریافته‌اند که کمال‌گرایی می‌تواند به‌عنوان پیش‌بینی‌کنندهٔ علائم اختلالات خوردن (مثل نارضایتی بدنی، نگرانی از وزن و سایز، ترس بیش‌ازحد از افزایش وزن و تلاش برای لاغری) عمل کند (ریوبر و دولیتز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). علاوه‌براین بعد از مداخلاتی که بر کمال‌گرایی تمرکز داشتند، نشانگان مرتبط با اختلالات خوردن<sup>۸</sup> در افرادی که در معرض این اختلالات بودند، به‌طور معناداری کاهش یافتند (ایگان، وید و شافران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). کزپیل و کوپمن<sup>۱۰</sup> (۲۰۲۱) در مطالعهٔ نمونه‌ای غیربالینی از زنان بزرگسال نشان دادند کمال‌گرایی ناسازگار قادر به پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن است. با وجود این در تحقیقی متفاوت، یافته‌های لمارنه و هریس<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۶) در بررسی اضطراب مرگ، کمال‌گرایی و رفتارهای آشفته‌خوردن، حاکی از آن بود که فقط اضطراب مرگ و عزت‌نفس پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل رفتارهای آشفته‌خوردن هستند و کمال‌گرایی فقط زمانی پیش‌بینی‌کنندهٔ رفتارهای آشفته‌خوردن است که اضطراب مرگ و حرمت خود در مدل قرار نگیرند؛ بنابراین کمال‌گرایی پیش‌بینی‌کنندهٔ معنادار رفتارهای آشفته‌خوردن نبود. نتایج مطالعه‌ای دیگر (دکانلیس، تیمکو، زنتی و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴) روی ۴۰۳ نفر از افراد بستری در مرکز مراقبت‌های ویژه در ایتالیا نشان داد کمال‌گرایی ناسازگار به‌عنوان واسطه‌ای میان دلبستگی ناایمن و نشانگان اختلالات خوردن عمل می‌کند.

در پیشینهٔ مطالعات اختلالات خوردن، یکی دیگر از موضوعات رایج مورد بحث این است که اغلب این افراد سابقهٔ آسیب (تروما)<sup>۱۳</sup> دارند. و می‌توان تصور کرد فردی که آسیبی در ارتباط با امنیت جسمانی و احساسی خود تجربه کرده، احتمالاً در بدن خود دچار اختلالاتی می‌شود (رابیتو-آلکون، بیل و واندربلیندن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۱؛ کونگ و برنشتاین<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹؛ رودریگز-کوییرا و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۱). در بررسی پیشینهٔ تروما، کنت، والر و دگان<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۰) مطالعات بسیاری ارتباط معنی‌دار بین تروما و پیشرفت نشانگان اختلالات خوردن را تأیید کردند. برخی از محققان معتقدند نوع خاصی از ترومای کودکی و سوءاستفاده<sup>۱۸</sup> مضر است و بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند تجربهٔ هرگونه سوءاستفاده و غفلت<sup>۱۹</sup>، با پیشرفت اختلالات خوردن ارتباط دارد (جانسون و همکاران<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۲؛ اشتایگر و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۰). ترومای کودکی<sup>۱</sup>، هرگونه سوءاستفاده و غفلت از کودک است که در اشکال

1. adaptive and maladaptive
2. healthy and unhealthy
3. positive and negative
4. functional and dysfunctional
5. Stoeber
6. Prnjak, Jukic, & Korajlija
7. Rivière & Douilliez
8. eating disorders
9. Egan, Wade, & Shafran
10. Czepiel & Koopman
11. Le Marne & Harris
12. Dakanalis et al.
13. Trauma
14. Rabito-Alcón, Baile & Vanderlinden.
15. Kong & Bernstein
16. Rodríguez-Quiroga et al.
17. Kent, Waller, & Dagnan
18. abuse
19. neglect
20. Johnson et al.
21. Steiger et al.

مختلف اتفاق می‌افتد و انواع سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می‌شود (هامفریز و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). کودک‌آزاری جنسی<sup>۳</sup> اولین شکل از تروما بود که به‌عنوان یکی از عوامل اختلالات خوردن شناسایی شد (چن و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). برخی محققان، تروما را به‌عنوان عاملی خطرناک برای اختلالات خوردن بررسی کرده‌اند. بااین‌حال مانند بسیاری از مطالعات دیگر، بررسی شیوع آن بسته به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تشخیص اختلالات خوردن و ابزارهای سنجش، متفاوت گزارش شده است. میزان سوءاستفاده‌ها و تروماها در جمعیت افراد مبتلا به اختلالات خوردن آشفته، از ۱۸ تا ۹۰ درصد براساس نوع اختلال، سطوح مراقبت و نوع رویداد آسیب‌زا متفاوت است؛ برای مثال اشتایگر و همکاران (۲۰۱۰) به بررسی شیوع سوءاستفاده‌های جنسی در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی و سابقه سوءاستفاده‌های جنسی در آن‌ها پرداختند. ۳۰ درصد از این بیماران سوءاستفاده جنسی و ۵۰ درصد از آنان بدرفتاری‌های جسمانی را گزارش دادند. در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به کم‌اشتهایی عصبی<sup>۵</sup>، کونگ و برنشتاین (۲۰۰۹) ۶۶ درصد از افراد سوءاستفاده‌های هیجانی<sup>۶</sup>، ۵۳ درصد سوءاستفاده‌های جسمانی<sup>۷</sup>، ۳۰ درصد سوءاستفاده‌های جنسی<sup>۸</sup>، ۴۷ درصد غفلت هیجانی<sup>۹</sup> و ۷۴ درصد غفلت فیزیکی<sup>۱۰</sup> را در کودکی گزارش دادند. در تفاوت تأثیر تروماها بر رفتارهای آشفته‌خوردن، گویلامه و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که سوءاستفاده هیجانی، به‌تنهایی نگرانی‌های مربوط به غذا، شکل و وزن و کاهش عملکرد شخصی را پیش‌بینی می‌کند و سوءاستفاده جنسی و جسمی فقط عامل نگرانی زیاد درمورد خوردن است. همچنین سوءاستفاده هیجانی خاص‌ترین تأثیر را در علائم اختلالات خوردن دارد. نتایج این تحقیق نشان داد همه زیرگروه‌های ترومای کودکی تأثیر یکسانی ندارند، اما همگی به افزایش رفتارهای بالینی خوردن منجر می‌شوند. یافته‌های بهار و همکاران<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۶) نیز مشخص کرد ۳۰ درصد مبتلایان به اختلالات خوردن، در دوران کودکی آزار جنسی دیده‌اند و بیشتر این افراد اختلال پرخوری دارند.

یکی از واکنش‌های متداول به تروماها و سوءاستفاده‌های کودکی، احساسات ناخوشایندی مانند شرم<sup>۱۳</sup> و گناه<sup>۱۴</sup> است (ویستر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳). شرم معمولاً با ارزیابی‌های منفی درباره کلیت خود یا احساس فرومایگی و بی‌ارزشی و میل به فرار یا پنهان‌کردن خود همراه است. درجات بهنجاری از این احساس، کارکردی است، اما اگر متناسب با شرایط نباشد، گسترش یابد و افزایش پیدا کند، به راه‌حلی غالب و غیرانطباقی برای پاسخگویی هیجانی تبدیل می‌شود (تانگنی و تریسی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۲). وقتی شرم متناسب با موقعیت نباشد یا به‌راحتی در زمینه‌های گوناگون تحریک شود، راه غالب پاسخگویی هیجانی می‌شود که می‌تواند مشکل‌ساز باشد (زنتاگوتای-تاتار و میو<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۶).

نظریه پردازان بسیاری به سازوکار ظهور احساساتی نظیر شرم و گناه در تروماهای کودکی پرداخته‌اند؛ برای مثال فیربیرن<sup>۱۸</sup> (۱۹۵۲) ادعان می‌کند کودکانی که دچار تروما شده‌اند، دچار نوعی «دفاع اخلاقی»<sup>۱۹</sup> می‌شوند که به‌موجب آن، به‌طور ضمنی مسئولیت غفلت و یا سوءاستفاده مراقبان را به‌عهده می‌گیرند و در نتیجه احساس شرم برای دفاع در برابر این واقعیت دردناک به‌وجود می‌آید. در حقیقت کودک ممکن است استنباط کند که باید احساس بدی داشته باشد؛ نه فقط برای اینکه سزاوار آن است،

1. Childhood trauma
2. Humphreys et al.
3. sexual child abuse
4. Chen et al.
5. Anorexia nervosa
6. emotional abuse
7. physical abuse
8. sexual abuse
9. emotional neglect
10. Physical neglect
11. Guillaume et al.
12. Behar et al.
13. Shame
14. Guilt
15. Webster
16. Tangney & Tracy
17. Szentágotai-Táatar & Miu
18. Fairbairn
19. moral defense

بلکه به‌خاطر اینکه نیاز به عشق و مراقبت والدینی دارد که به‌طور مداوم او را می‌پذیرند و از او سوءاستفاده می‌کنند. علاوه‌براین پیام‌های مستقیمی که سوءاستفاده‌گران اغلب به کودک می‌دهند که او بد است، به کودک انتقال می‌یابد (کیلی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). تعداد روزافزونی از تحقیقات، ارتباط میان تروماهای کودکی و احساساتی نظیر شرم و گناه را تأیید می‌کنند (سکووسکی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰؛ آکواگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ کلاسون و شولبرگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ وب و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ کیلی و همکاران، ۲۰۱۸؛ استوتز و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). به‌علاوه به‌نظر می‌رسد کمال‌گرایی ناسازگارانه نیز با شرم ارتباط دارد. رایس و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) معتقد است افراد دارای کمال‌گرایی منفی، نگران اشتباه‌کردن هستند و دارای سطح بالایی از خودباوری و انتقاد از خود هستند. این عوامل، مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، عدم عزت‌نفس و شرم درونی‌شده ایجاد می‌کنند؛ بنابراین شواهد پژوهشی بیانگر آن است که کمال‌گرایی منفی با پریشانی روان‌شناختی ارتباط مثبت و با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط منفی معنادار دارد (گرانمایه‌پور و بشارت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). در نتیجه به‌نظر می‌رسد کمال‌گرایی با احساسات ناخوشایندی مانند شرم نیز ارتباط داشته باشد؛ برای مثال نتایج مطالعه داکانالیس، کلریچی، کاسلینی و همکاران<sup>۹</sup> (۲۰۱۴) نشان داد درونی‌سازی آرمان‌های رسانه‌ای، به نظارت بر بدن منجر می‌شود که این به‌نوبه خود، شرم بدنی و اضطراب اجتماعی را افزایش می‌دهد و هر دوی این‌ها، رفتارهای آشفته‌خوردن در زنان را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین شرم بدنی، ارتباط بین درونی‌سازی و نظارت بر بدن را با رفتارهای آشفته‌خوردن واسطه‌گری می‌کند. سکووسکی و همکاران (۲۰۲۰) نیز در بررسی رابطه بین بدرفتاری در دوران کودکی، شرم، گناه و افسردگی با خودکشی در نوجوانان بستری، اثرات منفی غیرمستقیم سوءاستفاده جسمانی بر افکار خودکشی از طریق احساس گناه، شرم و افسردگی عمومی مشاهده کردند.

از آنجا که رفتارهای آشفته‌خوردن با افزایش خطر سایر رفتارهای ناسازگار با سلامتی، از جمله مصرف الکل و مواد مخدر، استعمال سیگار، افسردگی و خودکشی همراه هستند (جونز و همکاران، ۲۰۰۱؛ مومنی، قربانی و ارجینی، ۲۰۲۰)، نگرانی‌های بهداشت عمومی درباره اختلالات مرتبط با خوردن روزبه‌روز در حال افزایش است. با وجود این، علی‌رغم تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده است، همچنان رابطه روان و مشکلات خوردن جای بررسی دارد (هی و میتچیسون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹). همچنین رفتارهای آشفته‌خوردن در میان اختلالات خوردن، کمترین توجه پژوهشی را معطوف داشته و با توجه به اهمیت رفتارهای آشفته‌خوردن در کاهش عزت‌نفس و رفتارهای خودتخریبی و در نتیجه تقویت چرخه معیوب تلاش برای بدنی ایدئال و شکست در رسیدن به آن، ضرورت انجام مطالعات در این زمینه احساس می‌شود. به این ترتیب هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن براساس کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با ارائه مدل تبیینی با نقش میانجی شرم درونی‌شده است. فرضیه‌های این مطالعه عبارت‌اند از:

رفتارهای آشفته‌خوردن براساس کمال‌گرایی پیش‌بینی می‌شوند.

رفتارهای آشفته‌خوردن براساس تروماهای دوران کودکی پیش‌بینی می‌شوند.

رفتارهای آشفته‌خوردن براساس کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با نقش میانجی شرم درونی‌شده پیش‌بینی می‌شوند.

## ۲. روش

### ۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که با طرح همبستگی و تحلیل مسیر انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه شامل

1. Kealy et al.
2. Sekowski et al.
3. Aakvaag et al.
4. Claesson & Sohlberg
5. Webb et al.
6. Stotz et al.
7. Rice et al.
8. Geranmayepour & Besharat
9. Dakanalis et al.
10. Hey & Mitchison

تمامی دانشجویان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ و نمونه شامل ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی شهر تهران است. به‌نظر می‌رسد در تحلیل‌عاملی اکتشافی، برای هر عامل ده یا بیست نمونه لازم است، اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل‌دفاع است. در مدل‌یابی معادلات ساختاری نیز ۲۰ نمونه برای هر عامل لازم است (کلاين<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). بدین‌ترتیب و با در نظر گرفتن عامل‌های پرسشنامه‌ها، حجم نمونه ۳۷۵ برآورد شد، اما برای جلوگیری از ریزش نمونه، تعداد ۴۰۰ نفر برآورد شد. از آنجا که امکان انتخاب تصادفی و دسترسی به فهرست تمامی دانشگاه‌ها بسیار دشوار بود، نمونه‌گیری به شیوه غیرتصادفی و در دسترس صورت گرفت. همچنین به‌دلیل شرایط همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ و عدم دسترسی به دانشجویان در دانشگاه‌ها، لینک پرسشنامه‌ها به‌صورت برخط<sup>۲</sup> در دسترس گروه‌های دانشجویی دانشگاه‌های آزاد تهران قرار گرفت و اعضای نمونه از این طریق و به‌صورت داوطلبانه به تکمیل پرسشنامه‌ها مبادرت ورزیدند. به‌دلیل دسترسی به گروه‌های دانشجویی دانشگاه‌های آزاد (واحد تهران مرکز، شمال، جنوب، علوم تحقیقات و علوم پزشکی)، داده‌ها از این دانشجویان به‌دست آمد. معیارهای ورود نمونه در این مطالعه عبارت بودند از: دانشجوی بودن، محل تحصیل در دانشگاه‌های آزاد شهر تهران، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال و معیارهای خروج شامل این موارد بود: مخدوش بودن اطلاعات، ترک تحصیل، سابقه اختلالات جسمانی مانند دیابت و تحصیل در رشته روان‌شناسی. درنهایت با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، ۳۲۴ پرسشنامه تجزیه و تحلیل آماری شدند.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، آزمودنی‌ها در جریان کامل کار پژوهشی قرار گرفتند. بدین‌منظور در ابتدای پرسشنامه‌ها توضیحاتی در این خصوص داده شد؛ بنابراین آزمودنی‌ها با رضایت و به‌صورت آگاهانه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی محرمانه خواهد ماند. به این ترتیب، هیچ اسم و فامیلی از افراد درخواست نشد و درنهایت داده‌ها به‌صورت تصادفی چیدمان شدند. ضمناً برای سپاسگزاری از زمانی که اعضای نمونه صرف پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها کرده بودند، شارژ هدیه برای سیم‌کارت یا بسته اینترنتی اهدا شد.

داده‌ها به دو روش مطالعات نظری و بررسی‌های میدانی جمع‌آوری شدند. بدین‌صورت که مطالعات نظری، بیشتر به روش کتابخانه‌ای صورت پذیرفت و در این راستا منابع علمی، پژوهش‌ها، کتب و مقالات مربوط به تفصیل بررسی شدند. در مرحله میدانی نیز به روش توصیفی-پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه، مطالعه و بررسی موضوع، اهداف و سؤالات پژوهش صورت گرفت. از میان تمامی دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی شهر تهران، پنج دانشگاه (آزاد شمال، مرکز، جنوب، علوم و تحقیقات و علوم پزشکی) انتخاب شدند و سپس ۴۰۰ دانشجو که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، به پرسشنامه‌های دشواری مقیاس رفتار آشفته‌خوردن، کمال‌گرایی هیل و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۴)، مقیاس ترومای دوران کودکی، شرم درونی‌شده کوک (۱۹۹۳) و مقیاس تنظیم هیجان پاسخ دادند. همچنین به‌دلیل شرایط همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ و عدم دسترسی به دانشجویان در دانشگاه‌ها، لینک پرسشنامه‌ها به‌صورت برخط در دسترس گروه‌های دانشجویی دانشگاه‌های آزاد تهران قرار گرفت و اعضای نمونه از این طریق به تکمیل پرسشنامه‌ها مبادرت ورزیدند. درنهایت با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، ۳۲۴ پرسشنامه تجزیه و تحلیل آماری شدند.

شایان ذکر است اگرچه نمونه‌گیری به‌صورت غیرتصادفی بود، برای کاهش برخی عوامل مزاحم و مداخله‌کننده در نتایج نهایی، توزیع پرسشنامه‌ها در هر دانشگاه به‌صورت تصادفی دو روز در هفته انجام شد. بدین‌صورت که ابتدا پرسشنامه‌ها در سایت [digisurvey.com](http://digisurvey.com) ساخته شد و لینک نهایی پرسشنامه‌ها با هماهنگی آموزش و مسئولان، در روزهای مشخص شده در گروه‌های دانشجویی قرار گرفت. برای همکاری بیشتر و ترغیب اعضای نمونه به تکمیل پرسشنامه‌ها، شارژ سیم‌کارت و بسته اینترنتی به‌عنوان هدیه در نظر گرفته شده بود. همچنین به‌دلیل دسترسی به گروه‌های دانشجویی دانشگاه‌های آزاد (واحد تهران مرکز، شمال، جنوب، علوم تحقیقات و علوم پزشکی)، داده‌ها از این دانشجویان به‌دست آمد. درنهایت، داده‌های به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها وارد نرم‌افزار SPSS-24 و ایموس شدند و با روش‌های آماری مناسب، در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. در بخش توصیفی، از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، از آزمون‌های آماری نظیر

1. Kleine  
2. online  
3. Hill et al.

رگرسیون گام‌به‌گام و تحلیل مسیر استفاده شد.

برای رعایت اخلاق پژوهشی، شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش قرار گرفتند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. بدین ترتیب تمامی شرکت‌کنندگان کاملاً داوطلبانه و با رضایت کامل در جریان مطالعه قرار گرفتند.

## ۲-۲. ابزارهای پژوهش

### ۲-۲-۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی

به منظور کنترل برخی متغیرهای مزاحم و سنجش اطلاعات شخصی اعضای نمونه، پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای تهیه شد. این پرسشنامه دارای پنج سؤال بود که جنسیت، سن، میزان تحصیلات، نام دانشگاه محل تحصیل و سابقه اختلالات جسمانی مانند دیابت را می‌سنجید.

### ۲-۲-۲. آزمون نگرش به تغذیه<sup>۱</sup> (EAT-26) برای سنجش رفتار آشفته خوردن

نسخه اولیه آزمون نگرش به تغذیه (EAT-26) توسط گارنر و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) به عنوان یک ابزار غربال‌گری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن و با ۲۶ عبارت تهیه شد. کارآمدی این مقیاس در شناسایی بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی تأیید شده است. این مقیاس 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) و شامل عباراتی در مورد نگرش‌های خوردن و رفتارهای خوردن است. پرسشنامه دارای سه مؤلفه است: ۱. رژیم لاغری (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 اثر افزایش وزن درک می‌کند). نمره‌گذاری در این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت درجه‌بندی می‌شود و آزمودنی برای پاسخ همیشه ۳ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره و خیلی اوقات ۱ نمره می‌گیرد و سه گزینه باقی‌مانده شامل گاهی اوقات، به ندرت و هرگز، نمره صفر می‌گیرند؛ بنابراین نمره کل این پرسشنامه از صفر 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 اختلال خوردن بیشتر است. نمره ۲۰ و بالاتر احتمال وجود اختلالات تغذیه‌ای را نشان می‌دهد. گارنر و همکاران (۱۹۸۲) ضریب پایایی را به روش همسانی<sup>۳</sup> درونی ۰/۹۴ و پایایی به روش بازآزمایی<sup>۴</sup> ۰/۸۴ گزارش دادند. در مطالعه نوبخت (۱۳۷۷) روایی محتوایی<sup>۵</sup> این مقیاس بررسی شد و نتایج حاکی از روایی محتوایی مطلوب بود. همچنین پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی ۰/۹۱ به دست آمد (نوبخت، ۱۳۷۷).

### ۲-۲-۳. مقیاس کمال‌گرایی هیل<sup>۶</sup> (HPI)

مقیاس کمال‌گرایی هیل توسط هیل و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس بیشتر رویکردهای پیشین کمال‌گرایی را دربرمی‌گیرد و با تعاریف دوبعدی و چندبعدی از کمال‌گرایی هماهنگ است. پرسشنامه دارای ۵۹ پرسش و هشت خرده‌مقیاس است: ۱. تمرکز بر اشتباهات؛ ۲. نیاز به تأیید؛ ۳. نشخوار فکری؛ ۴. ادراک فشار از سوی والدین؛ ۵. نظم و سازمان‌دهی؛ ۶. هدفمندی؛ ۷. استانداردهای بالا برای دیگران و ۸. تلاش برای عالی بودن. همچنین از دیدگاه هیل و همکاران، ابعاد یک تا چهار جزو جنبه‌های منفی و ابعاد پنج تا هشت جزو جنبه‌های مثبت کمال‌گرایی به‌شمار می‌روند. این مقیاس بر پایه مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای از کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، موافق (۳) و کاملاً موافق (۴) قرار می‌گیرد. نمره‌های بالا معرف کمال‌گرایی زیاد و نمره‌های پایین نشان‌دهنده کمال‌گرایی اندک است. هیل و همکاران (۲۰۰۴) ضریب پایایی همسانی درونی و بازآزمایی این مقیاس را بین ۰/۷۱ و ۰/۹۱ محاسبه کردند. در ایران نیز پاشا شریفی و همکاران (۱۳۹۰) این ابزار را هنجاریابی و آلفای کرونباخ

1. Eating Attitude Test (EAT)

2. Garner et al.

3. Internal similarity

4. Test - retest

5. Content validity

6. Hill's Perfectionism Inventory (HPI)



آن را ۰/۹۲ گزارش کردند.

### ۲-۲-۴. مقیاس ترومای دوران کودکی<sup>۱</sup> (CTQ)

این پرسشنامه به‌وسیله برنستاین و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) طراحی شد. در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ گویه‌ای آن ارائه و در نهایت در سال ۱۹۹۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه‌ای تنظیم شد. پرسشنامه ترومای دوران کودکی، آزاردیدگی را در پنج خرده‌مقیاس می‌سنجد که عبارت‌اند از: ۱. سوءاستفاده جسمانی؛ ۲. سوءاستفاده هیجانی؛ ۳. غفلت یا نادیده‌گرفتن جسمانی؛ ۴. غفلت یا نادیده‌گرفتن هیجانی و ۵. سوءاستفاده جنسی. در نهایت یک نمره کل از این مقیاس به‌دست می‌آید. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت صورت می‌گیرد و هرکدام از سوالات در پنج سطح (هرگز، به‌ندرت، گاهی، اغلب و همیشه) طبقه‌بندی شده‌اند. برنستاین و همکاران (۱۹۹۴) پایایی عوامل مختلف پرسشنامه را به دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ، بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز در پژوهش ابراهیمی، دژکام و یوسفی (۱۳۹۲) نتایج ضریب آلفای کرونباخ، پایایی نمره کل آزمون و خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند.

### ۲-۲-۵. مقیاس شرم درونی‌شده<sup>۳</sup> (ISS)

این مقیاس توسط کوک<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) در جهت سنجش شرم درونی‌شده افراد، طراحی و اعتباریابی شد. این پرسشنامه دارای دو خرده‌مقیاس کم‌رویی (۲۴ ماده) و عزت‌نفس (۶ ماده) است. پرسشنامه شرم درونی‌شده دارای ۳۰ گویه است و پاسخ به هر گویه به‌صورت لیکرتی پنج‌درجه‌ای از هرگز (صفر) تا همیشه (۴) است. نمره‌گذاری به‌صورت معکوس صورت می‌گیرد. نمره‌های بالا در این مقیاس نشانگر بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس پوچی و تنهایی است. نمره‌های بالا نیز نشانه اعتمادبه‌نفس بالا است. کوک (۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های کم‌رویی و عزت‌نفس به‌ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ است. یافته‌های دلروزیرو و وایت<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) برای دانشجویان نیز ضریب پایایی ۰/۸۸ تا ۰/۹۶ را به‌دست داد. همچنین در مطالعه رجیبی و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی‌شده در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ به‌دست آمد.

### ۲-۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌ها از پرسشنامه‌ها وارد نرم‌افزار SPSS-24 و Amos و در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. در بخش توصیفی، از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، از آزمون‌های آماری نظیر رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر استفاده شد.

### ۳. یافته‌ها

#### ۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

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

#### ۳-۲. توصیف شاخص‌ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره، حداکثر نمره، کجی و کشیدگی هریک از متغیرهای مورد مطالعه (رفتارهای

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)  
2. Bernstein et al.  
3. internalized shame scale  
4. cook  
5. Del Rosario & White

آشفتة خوردن، کمال‌گرایی، ترومای دوران کودکی و شرم درونی‌شده) را نشان می‌دهد. با توجه به نمرات این جدول، اندازه کجی و کشیدگی در همه متغیرها در دامنه‌ای میان ۲+ و ۲- قرار گرفته است که فرض نرمال بودن توزیع نمرات را نشان می‌دهد. فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به‌دست‌آمده (۱/۷۳) بیانگر برقراری این مفروضه است. علاوه بر آن، آماره تحمل و عامل تورم واریانس به‌منظور بررسی هم‌خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد هیچ‌کدام از مقادیر آماره تحمل کوچک‌تر از حد مجاز ۱ و هیچ‌کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نیستند؛ بنابراین براساس دو شاخص ذکرشده، هم‌خطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	کجی	کشیدگی
رفتارهای آشفتة خوردن	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
شرم درونی‌شده	۵۹/۶۶	۱۷/۹۹	۲۷	۱۳۱	۰/۶۵	۰/۲۲

یافته‌های جدول ۲ نشان داد بین ترومای دوران کودکی و رفتارهای آشفتة خوردن ( $r = ۰/۲۲$ ;  $p < ۰/۰۱$ )، بین ترومای دوران کودکی و شرم درونی‌شده ( $r = ۰/۴۳$ ;  $p < ۰/۰۱$ )، بین کمال‌گرایی و رفتارهای آشفتة خوردن ( $r = ۰/۱۸$ ;  $p < ۰/۰۱$ )، بین کمال‌گرایی و شرم درونی‌شده ( $r = ۰/۱۱$ ;  $p < ۰/۰۵$ ) و بین شرم درونی‌شده و رفتارهای آشفتة خوردن ( $r = ۰/۳۲$ ;  $p < ۰/۰۱$ ) رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۲. ماتریس‌های همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	رفتارهای آشفتة خوردن	کمال‌گرایی	ترومای دوران کودکی	شرم درونی‌شده
رفتارهای آشفتة خوردن	۱			
کمال‌گرایی	۰/۱۸**	۱		
ترومای دوران کودکی	۰/۲۲**	۰/۰۱	۱	
شرم درونی‌شده	۰/۳۲**	۰/۱۱*	۰/۴۳**	۱

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

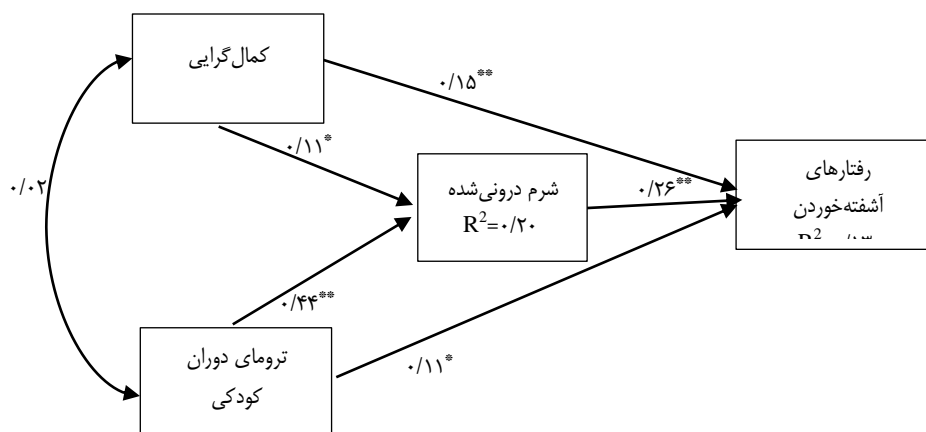
### ۳-۳. تحلیل مسیر

جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد. بنا به پیشنهاد تامپسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) (به نقل از میرز، گامست و گارینو<sup>۲</sup>، ۱۳۹۱) زیرمجموعه‌ای از شاخص‌های برازش کلی شامل خی‌دو، شاخص برازش نرم‌شده<sup>۳</sup> (NFI)، شاخص برازش تطبیقی<sup>۴</sup> (CFI) و ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب<sup>۵</sup> (RMSEA) مهم‌ترین شاخص‌های برازش هستند. برای پژوهش حاضر، نتایج شاخص‌های برازش مدل نشان داد مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	RMSEA	CFI	IFI	NFI	GFI	X <sup>2</sup> /df
مقدار به‌دست‌آمده	۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۱/۶۷
مقدار قابل قبول	< ۰/۰۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۳

1. Thompson, B
2. Meyers, Gamst, & Guarino
3. normed fit index
4. comparative fit index
5. Root Mean Square Error of Approximation



شکل ۱. مدل آزمون‌شده نقش واسطه‌گری شرم درونی‌شده در رابطه بین کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن

جدول ۴. برآورد ضرایب معیارشده اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل

مسیرها	برآوردها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
کمال‌گرایی	کمال‌گرایی	۰/۱۵**	۰/۰۲*	۰/۱۷**
به رفتارهای آشفته‌خوردن	ترومای دوران کودکی	۰/۱۰*	۰/۱۱**	۰/۲۱**
شرم درونی‌شده	شرم درونی‌شده	۰/۲۵**	-	۰/۲۵**
به شرم درونی‌شده	کمال‌گرایی	۰/۱۰*	-	۰/۱۰*
ترومای دوران کودکی	ترومای دوران کودکی	۰/۴۳**	-	۰/۴۳**

در جدول ۴ اثرات مستقیم، اثرات غیرمستقیم و کل متغیرهای مدل پژوهش آمده است. مطابق نتایج جدول ۴ متغیرهای پیش‌بین، کمال‌گرایی ( $\beta = 0/10$ ;  $p < 0/05$ ) و ترومای دوران کودکی ( $\beta = 0/43$ ;  $p < 0/01$ ) به‌طور مثبت و معنی‌داری شرم درونی‌شده را پیش‌بینی می‌کنند. در ادامه جدول نشان داده شده است که شرم درونی‌شده پیش‌بین مثبت و معنی‌دار رفتارهای آشفته‌خوردن است ( $\beta = 0/25$ ;  $p < 0/01$ ). به‌منظور بررسی معنی‌داری اثر غیرمستقیم، از روش بوت‌استرپ استفاده شد. همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی به‌واسطه شرم درونی‌شده بر رفتارهای آشفته‌خوردن مثبت و معنی‌دار است. همچنین اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی به‌واسطه شرم درونی‌شده بر رفتارهای آشفته‌خوردن مثبت و معنی‌دار است. این یافته‌ها نشان می‌دهد شرم درونی‌شده دارای نقش واسطه‌گری در رابطه بین کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن است.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه، بررسی نقش واسطه‌ای شرم درونی‌شده در رابطه بین رفتارهای آشفته‌خوردن، کمال‌گرایی و ترومای کودکی بود. نتایج نشان داد شرم درونی‌شده دارای نقش واسطه‌گری در رابطه بین کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن است. این یافته همسو با غالب مطالعات پیشین است (رایس و همکاران، ۲۰۰۳؛ گرانمایه‌پور و بشارت، ۲۰۱۰؛ داکانالیس، کلریچی، کاسلینی و همکاران، ۲۰۱۴؛ سکوسکی و همکاران، ۲۰۲۰). به‌طور کلی و در تبیین نقش واسطه‌ای شرم درونی‌شده می‌توان از مدل انگیزه دوگانه شرم بهره جست. طبق این مدل، زمانی که اتفاقی ناخوشایند، آسیب‌زا و دربردارنده پیام بی‌ارزشی، حقارت و صدمه‌دیدن رخ می‌دهد، شرم با ایجاد دو انگیزه محافظت از خود و برگرداندن خود به حالت اول (پیش از تهدید)، سعی در دستیابی به خودانگاره مثبت دارد (دی‌هوگ و همکاران، ۲۰۱۱). بدین ترتیب زمانی که کودک در معرض تروماها و حوادث آسیب‌زایی قرار دارد که خارج از توان و مکانیسم‌های دفاعی او است، دچار احساس صدمه و تحقیر خود می‌شود و در نتیجه برای کاستن از این احساسات ناخوشایند و ناگوار و برای به‌دست‌آوردن احساس کنترل و خودانگاره مثبت، دست به اقداماتی می‌زند. طبق این مدل، برای محافظت از خود، چندین گزینه دارد: کناره‌گیری می‌کند، پنهان می‌شود و از اقدام کردن

اجتناب می‌ورزد تا مبدا آسیب بیشتری ببیند یا فرصت‌هایی را جست‌وجو می‌کند تا ثابت کند از لحاظ اخلاقی خوب و باکفایت است؛ بنابراین اگر بازگرداندن خود به حال اول امکان‌پذیر باشد، انگیزه ایجاد شده توسط شرم برای بازگرداندن خود به حال اول، به رفتاری منجر می‌شود که برای اصلاحات و برگرداندن خودانگاره مثبت تدارک دیده شده‌اند (ریو<sup>۱</sup>، ۱۳۹۵). پژوهشگران در آزمایش‌های تجربی مدل انگیزه دوگانه شرم معلوم کرده‌اند که انگیزه برگرداندن خود به حال اول، از انگیزه محافظت از خود نیرومندتر است (دی‌هوگ و همکاران، ۲۰۱۱) و این احتمالاً به این علت است که شرم عمدتاً انگیزه‌ای را برای بازپس‌گیری خودانگاره مثبت که فرد از دست داده، به وجود می‌آورد. بدین ترتیب می‌توان گفت افرادی که در کودکی دچار تروما و آسیب شده‌اند، به دنبال احساس شرم و برای بازگشت به خودانگاره مثبت، دست به اقدامات جبرانی مانند رفتارهای آشفته‌خوردن می‌پردازند و از این طریق سعی در بازیابی حرمت خود آسیب‌دیده دارند.

همین رویکرد در مورد سازوکار تأثیر شرم در ارتباط کمال‌گرایی و رفتارهای آشفته‌خوردن نیز صادق است. از آنجا که افرادی که کمال‌گرایی زیادی دارند استانداردهای غیرمنطقی و بالایی برای خود مشخص می‌کنند، در صورتی که به اهدافشان نرسند، به سرزنش و انتقاد خود می‌پردازند و در نتیجه شرمگین می‌شوند (کزپیل و کوپمن، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، کمال‌گرایی و دستیابی به موفقیت‌ها و استانداردهای بالا، احساس دردناک انتقاد از خود، عدم کفایت یا حقارت را سرکوب و احساس شرمندگی را پنهان می‌کند (دیمایو و آتینو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، شرم هم می‌تواند نتیجه کمال‌گرایی و هم عامل آن باشد. بدین ترتیب، شرم با ایجاد انگیزه برای بازگشت به حالت اول و ایجاد خودانگاره مثبت، فرد را به سوی رفتارهای کمال‌گرایانه برای سرکوب احساس شرم سوق می‌دهد و با ایجاد انگیزه جبران، رفتارهای کمال‌گرایانه را برمی‌انگیزاند. برانگیختگی رفتارهای کمال‌گرایانه، به تعیین استانداردهای بالا در جنبه‌های گوناگون زندگی و از آن جمله جنبه‌های جسمانی می‌انجامد و این سخت‌گیری‌های جسمانی به رفتارهای آسیب‌زای خوردن منجر می‌شود.

از سوی دیگر، 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 رژیم‌های غذایی نامناسب و ورزش‌های سختگیرانه برای کاهش وزن می‌کند. جاذبه جسمانی، به خصوص برای افرادی که جذابیت جسمانی کمتری دارند یا این‌گونه فکر می‌کنند، دارای اهمیت بیشتری است و این تصویر ذهنی منفی از خود، فرد را به سوی رژیم‌های غذایی ای سوق می‌دهد که میزان بروز و شدت علائم اختلالات خوردن را افزایش می‌دهند (کیانی شیخ‌آبادی، بیگی و محبی‌دهنوی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). بدین ترتیب داشتن ویژگی کمال‌گرایی بالا و میل به بی‌عیب و نقص و کامل بودن، از طریق داشتن تصویر بدنی نامطلوب، تشدید می‌شود و فرد را به سوی رفتارهای افراطی در جهت ایدئال‌سازی ظاهر و اندام هدایت می‌کند. بدین ترتیب افراد کمال‌گرا که اغلب باورهای غیرمنطقی در زمینه کامل بودن دارند، به احتمال بیشتری از ظاهر خود ناراضی هستند؛ بنابراین درصد رف این عیوب واقعی یا خیالی برمی‌آیند و دست به رفتارهای آسیب‌زای خوردن می‌زنند.

اگرچه نتایج این مطالعه نقش شرم را به عنوان واسطه بین رفتارهای آشفته‌خوردن، ترومای کودکی و کمال‌گرایی تأیید کرد، محدودیت‌هایی وجود داشت که در مطالعات آینده باید برطرف شود. نمونه‌گیری در مطالعه حاضر به شیوه غیرتصادفی و در دسترس بود و امکان کنترل بسیاری از متغیرهای مداخله‌گر وجود نداشت. همچنین بسیاری از متغیرهای بالقوه تأثیرگذار مانند پایگاه اقتصادی و اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی و... کنترل نشدند. از آنجا که نمونه این مطالعه از جامعه‌ای غیربالیینی انتخاب شده و شیوع رفتارهای آشفته‌خوردن در نمونه‌های غیربالیینی کمتر است، به نظر می‌رسد تکرار این مطالعه در جوامع بالیینی حائز اهمیت باشد. از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به گستردگی دامنه سنی اعضای نمونه اشاره کرد. این عامل می‌تواند بر اعتبار درونی مطالعه اثر بگذارد و تعمیم‌پذیری نتایج را خدشه‌دار سازد. علاوه‌براین، به درمانگران بالیینی پیشنهاد می‌شود با توجه به معنی‌داری نقش شرم درونی‌شده در رابطه بین کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن، در ارزیابی بالیینی مراجعان مبتلا به اختلالات خوردن، به بررسی مسائل هیجانی مانند شرم مراجعان بپردازند و پکیج‌های درمانی

1. Reeve, J. M.

2. Dimaggio & Attina

3. Kiani-Sheikhabadi, Beigi, & Mohebbi-Dehnavi

مناسب آن را در نظر گیرند.

### ۵. ملاحظات اخلاقی

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، شرکت‌کنندگان در این مطالعه، در جریان هدف پژوهش قرار گرفتند و با رضایت کامل و به‌صورت آگاهانه و داوطلبانه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی‌شان محرمانه خواهد ماند.

### ۶. حمایت مالی و سیاست‌گذاری

در این مطالعه هیچ‌گونه حمایت مالی‌ای دریافت نشده است. پژوهشگران خود را ملزم می‌دانند تا از تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه قدردانی کنند.

### ۷. تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### منابع

- ابراهیمی، ح. ا.، دژکام، م.، و یوسفی، س. (۱۳۹۲). رابطه تروماهای دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی با رفتار اقدام به خودکشی در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم در مقایسه با جمعیت عمومی. *فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده*. ۷(۲۳)، ۴۸-۶۹.  
<http://ensani.ir/file/download/article/20151011144909-9999-2.pdf>
- پاشا شریفی، ح.، صالحی، م.، امامی، س.، و بشردوست، س. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه کمال‌گرایی هیل در دانشجویان. *فصلنامه تازه‌های روان‌شناسی صنعتی/سازمانی*. ۲(۷)، ۹-۱۹.  
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.28222476.1390.2.7.1.4>
- رجبی، غ.، و عباسی، ق. ا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی‌شده در دانشجویان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. ۱(۲)، ۱۷۱-۱۸۲.  
<https://doi.org/10.22067/ijap.v1i2.9837>
- ریو، جی. ام. (۱۳۹۵). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سیدمحمدی. ویراست ششم. تهران: ویرایش.
- کاوه قهفرخی، م.، و تابع بردبار، ف. (۱۳۹۶). رابطه بین رفتار خوردن آشفته با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در دختران نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*. ۷(۲۷)، ۱۶۱-۱۸۳.  
<https://doi.org/10.22054/jpe.2018.23683.1598>
- مایرز، ال. اس. (۱۳۹۱). پژوهش چندمتغیری کاربردی (طرح و تفسیر). ترجمه سیمین دخت رضاخانی، بلال ایزانلو، ولی‌الله فرزاد، حمیدرضا حسن‌آبادی، مجتبی حبیبی و حسن پاشا شریفی. تهران: رشد.
- نویخت، م. (۱۳۷۷). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های خوردن در دانش‌آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی*. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

### References

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E., & Olff, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204, 16-23.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>
- Behar, R., Arancibia, M., Sepúlveda, E., & Muga, A. (2016). Child sexual abuse as a risk factor in eating disorders. *Eating Disorders* (1<sup>st</sup> ed.). New York: Nova Science Publishers Inc, 149-171.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t02080-000>
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... &

- Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Claesson, K., & Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(4), 277-284. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/cpp.331>
- Cook, D. R. (1993). Internalized shame scale manual. Menomonee, WI: Channel Press. <https://www.worldcat.org/title/internalized-shame-scale-professional-manual/oclc/31622196>
- Czepiel, D., & Koopman, H. M. (2023). Does physical appearance perfectionism predict disordered dieting? *Current Psychology*, 42, 24-34. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12144-020-01308-9>
- 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(1), 33-37. <https://psycnet.apa.org/record/2014-24558-005>
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., ... & Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Research*, 215(1), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.039>
- De Hooge, I. E., Nelissen, R., Breugelmans, S. M., & Zeelenberg, M. (2011). What is moral about guilt? Acting “prosocially” at the disadvantage of others. *Journal of personality and social psychology*, 100(3), 462. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0021459>
- Del Rosario, P. M., & White, R. M. (2006). The Internalized Shame Scale: Temporal stability, internal consistency, and principal components analysis. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 95-103. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.026>
- Dimaggio, G., & Attinà, G. (2012). Metacognitive interpersonal therapy for narcissistic personality disorder and associated perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 68(8), 922-934. <https://doi.org/10.1002/jclp.21896>
- Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Yousefi, S. (2013). The relationship between childhood traumas and attachment styles with suicidal behavior in women referred to Luqman Hakim Hospital compared to the general population. *Cultural and Educational Quarterly for Women*, 7(23), 48-69. (In Persian)
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Fairbairn, W. R., (1952). Psychological Studies of the Personality. Routledge and Kegan Paul, London. <https://doi.org/10.4324/9780203129449>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5-31). Washington, DC: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10458-001>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01172967>
- 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. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Geranmayepour, S., & Besharat, M. A. (2010). Perfectionism and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 643-647. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.158>

- 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, 35761. <https://doi.org/10.1038/srep35761>
- Hay, P., & Mitchison, D. (2019). Eating disorders and obesity: the challenge for our times. *Nutrients*, 11(5), 1055. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31083490/>
- 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. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13)
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.394>
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552. <https://www.cmaj.ca/content/165/5/547.short>
- Karrer, Y., Halioua, R., Mötteli, S., Iff, S., Seifritz, E., Jäger, M., & Claussen, M. C. (2020). Disordered eating and eating disorders in male elite athletes: a scoping review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 6(1), e000801. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000801>
- Kaveh, M., & Tabe Bordbar, F. (2017). The relationship between disordered eating behavior with early maladaptive schemas and anxiety in adolescent female. *Psychology of Exceptional Individuals*, 7(27), 161-183. <https://doi.org/10.22054/jpe.2018.23683.1598> (In Persian)
- Kealy, D., Rice, S. M., Ogradniczuk, J. S., & Spidel, A. (2018). Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry Research*, 268, 169-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.072>
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (2000). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 159-167. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199903\)25:2%3C159::aid-eat5%3E3.0.co;2-f](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199903)25:2%3C159::aid-eat5%3E3.0.co;2-f)
- 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, 242. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_58\\_19](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_58_19)
- Kleine, L. L. (2010). Computational Biology: a Statistical Mechanics Perspective. *Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society*, 173(2), 462-463. [https://doi.org/10.1111/j.1467-985X.2009.00634\\_3.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-985X.2009.00634_3.x)
- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897-1907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x>
- Le Marne, K. M., & Harris, L. M. (2016). Death anxiety, perfectionism and disordered eating. *Behaviour Change*, 33(4), 193-211. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/bec.2016.11>
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2013). Review of the theoretical, empirical, and clinical status of adaptive and maladaptive perfectionism. *Behaviour Change*, 30(2), 96-116. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.9>
- Meyers, L. S. (2012). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Translated by: S. D. Rezakhani, B. Izanlo, V. Farzad, H. R. Hassanabadi, M. Habibi, & H. Pasha Sharifi. Tehran: Roshd. (In Persian)

- 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. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0260106020912657>
- Naeimi, A. F., Haghghighian, H. K., Gargari, B. P., Alizadeh, M., & Rouzitalab, T. (2016). Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 21*, 597-605. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-016-0283-7>
- Nobakht, M. (1998). Survey of the prevalence of eating disorders in female students of the second year of high school in Tehran. *Master's Thesis in Psychology*. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian)
- Pasha Sharifi, H., Salehi, M., Emamipour, S., & Bashardoust, S. (2011). An Investigation into Psychometric Properties of Hill's Perfectionism Inventory. *Journal of Modern Industrial/Organization Psychology, 2*(7), 9-19. (In Persian)
- Prnjak, K., Jukic, I., & Korajlija, A. L. (2019). How Perfectionism and Eating Disorder Symptoms Contribute to Searching Weight-Loss Information on the Internet? *Medicina, 55*(10), 621. <https://doi.org/10.3390/medicina55100621>
- 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: The Journal of the Eating Disorders Association, 27*(4), 381-390. <https://doi.org/10.1002/erv.2666>
- 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. <http://dx.doi.org/10.19204/2019/rltn7>
- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I., & Vanderlinden, J. (2021). Mediating factors between childhood traumatic experiences and eating disorders development: a systematic review. *Children, 8*(2), 114. <https://doi.org/10.3390/children8020114>
- Rajabi, G., & Abasi, G. (2011). Examining the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with shyness in college students. *Research in Clinical Psychology and Counseling, 1*(2), 171-182. <https://doi.org/10.22067/ijap.v1i2.9837> (In Persian)
- Reeve, Johnmarshall. (2016). Understanding motivation and emotion (6<sup>th</sup> edition). Translated by Y. Seyedmohammadi. Tehran: Virayesh. (In Persian)
- Rice, K. G., Bair, C. J., Castro, J. R., Cohen, B. N., & Hood, C. A. (2003). Meanings of perfectionism: A quantitative and qualitative analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*(1), 39-58. <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.17.1.39.58266>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.041>
- Rodríguez-Quiroga, A., MacDowell, K. S., Leza, J. C., Carrasco, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2021). Childhood trauma determines different clinical and biological manifestations in patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders, 26*(3), 847-857. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00922-7>
- Rouzitalab, T., Gargari, B. P., Amirsasan, R., Jafarabadi, M. A., Naeimi, A. F., & Sanoobar, M. (2015). The relationship of disordered eating attitudes with body composition and anthropometric indices in physical education students. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 17*(11). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4698139/>
- Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P., & Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in



- inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 276, 667-677.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.056>
- Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K., & Gauvin, L. (2010). Trait-defined eating-disorder subtypes and history of child abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 428-432. <https://doi.org/10.1002/eat.20711>
- 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.
- Stotz, S. J., Elbert, T., Müller, V., & Schauer, M. (2015). The relationship between trauma, shame, and guilt: Findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 25863. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25863>
- Szentágotai-Táatar, A., & Miu, A. C. (2016). Individual differences in emotion regulation, childhood trauma and proneness to shame and guilt in adolescence. *PloS One*, 11(11), e0167299.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167299>
- Tangney, J. P. E., & Tracy, J. L. (2012). Self-conscious emotions. In: Leary M, Tangney JP, editors. *Handbook of self and identity* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford; 2012. p. 446-78.
- Thompson, B. (1988). Misuse of chi-square contingency-table test statistics. *Educational & Psychological Research*. <https://psycnet.apa.org/record/1989-14227-001>
- Tronccone, 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, 556520. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.556520>
- Vacca, M., Ballesio, A., & Lombardo, C. (2021). The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 32-51. <https://doi.org/10.1002/erv.2793>
- Ward, R. M., & Hay, M. C. (2015) Depression, coping, hassles, and body dissatisfaction: Factors associated with disordered eating. *Eating Behaviors*, 17, 14-18.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.002>
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., & Colburn, T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1143-1153. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.003>
- Webster, T. N. (2013). Shame not the same for different styles of blame: Shame as a mediating variable for severity of childhood sexual abuse and trauma symptoms in three attribution of blame groups. *Thesis for MSc*. Department of Family, Home, and Social Sciences; Family Life, Marriage and Family Therapy, Brigham Young University. <https://scholarsarchive.byu.edu/etd/4046>