

## Research Paper

# The Casual Model of Eating Disorder based on Self-Objectification, Experiential Avoidance, and Perfectionism with Mediating Role of Body Image Concern in the Community of Overweight Women

Masoumeh Karkhanehei<sup>1</sup>, Hamzeh Ahmadian<sup>2\*</sup>, Omid Moradi<sup>3</sup>, Qumarth Karimi<sup>4</sup>.

1 Ph.D Student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

3 Assistant Professor, Department of Consulting, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

4 Assistant Professor, Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran.

Received: 2019/08/09

Revised: 2021/03/08

Accepted: 2021/05/12

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jzv.2021.25676.3329

### Keywords:

Eating Disorder, self-objectification, Experiential Avoidance, Perfectionism, Body Image Concern.

### Abstract

**Introduction:** Overweight are affected by biological and genetic factors. One of the variables associated with being overweight is eating disorder. The purpose of this study was to investigate the causal model of eating disorder based on self-objectification, experiential avoidance and perfectionism with the mediating role of body image concern in the community of overweight women.

**Methods:** The present study was descriptive correlation. The statistical population included overweight women with body mass index (BMI $\geq$ 28) of Kangavar city in 2019, they had referred to sports clubs and health centers. 450 people were selected by available sampling method. Standard Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS); Self-reported (SO); Acceptance and Action (AAQ-II); Tehran Multidimensional Perfectionism (TMPS). Structural Equation Modeling and Spss and Amos software were used to analyze the data.

**Findings:** Indicated that perfectionism, experiential avoidance, and self-objectification are exogenous variables that affect on the endogenous variable of eating disorder, both directly and indirectly. And the effect of other exogenous variables on the endogenous variable of eating disorder is only direct. Also, the mediating variable in the relationship between predictor and criterion variables has a significant partial effect.

**Conclusion:** Self-objectification, experiential avoidance and perfectionism can be a good predictor of eating disorder in women through concern about their body image.

**Citation:** Karkhanehei M, Ahmadian H, Moradi O, Karimi Q. The Casual Model of Eating Disorder based on Self-Objectification, Experiential Avoidance, and Perfectionism with Mediating Role of Body Image Concern in the Community of Overweight Women. . Quarterly Journal of Women and Society. 2021; 12 (47): 161-176.

**\*Corresponding author:** Hamzeh Ahmadian

**Address:** Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

**Tell:** 09123370781

**Email:** ahmadian2012@gmail.com

## Extended Abstract

### Introduction

The high prevalence of overweight and its negative consequences has been cited as one of the public health problems in most countries, as overweight and obesity are the fifth leading risk factors for death in the world (1). This problem is especially prevalent among young people (2) and women are one of the most vulnerable groups in this field. Although obesity and overweight are affected by a variety of biological and genetic factors, the impact of social, physical, and dietary factors should not be overlooked. One of the variables associated with overweight is eating disorder. Eating disorder is one of the most important mental disorders and the third leading cause of illness in young people after obesity and asthma (3).

According to the above, this study seeks to answer the question of whether the conceptual model of eating disorder based on self-objectification, experiential avoidance and perfectionism with the mediating role of body image concern fits with the experimental model?

Research objectives

1. Determining the direct effect of self-objectification on the eating disorder.
2. Determining the direct effect of experiential avoidance on the eating disorder.
3. Determining the direct effect of perfectionism on eating disorder.
4. Determining the direct effect of body image concern on the eating disorder.
5. Determine the direct effect of self-objectification on the body image concern.
6. Determine the direct effect of experiential avoidance on the body image concern.
7. Determining the direct effect of perfectionism on the body image concern.
8. Determining the effect of self-objectification on the eating disorder with the role Mediating body image concern.
9. Determining the effect of experiential avoidance on the eating disorder with the role Mediating body image concern.
10. Determining the effect of

perfectionism on the eating disorder with the role Mediating body image concern.

### Methods

The method of the present study was fundamental according its purpose and considering that no intervention was made in data generation, it is a descriptive correlational description. Also, this research is a model of structural equation and its purpose is to investigate the relationship between exogenous and endogenous structures in the model. The statistical population of the present study included overweight women with body mass index ( $BMI \geq 28$ ) of Kangavar city who had referred to sports clubs and health centers in 2019. In the present study, 450 people from the mentioned population were selected by available sampling method. Spss and Amos software were used to analyze the data. Measurement tools include Standard Eating Disorders Diagnostic scale (EDDS); Self-objectification questionnaire (SO); Acceptance and Action Questionnaire - Second Edition (AAQ-II); Tehran Multidimensional Perfectionism Scale (TMPS).

### Findings

According to the data in Table 3 t path of perfectionism to body image concern (2.921), perfectionism to eating disorder (2.872), experiential avoidance to body image concern (5.383). Experiential avoidance to eating disorder (4.447), self-objectification to body image concern (12.193), self-objectification to eating disorder (5.191), and body image concern to eating disorder (4.529) is. Considering that all t-quantities in the table (equal to or) are greater than 2.58, the coefficients of the mentioned paths are significant with 99% confidence.

Also, in examining the effect of mediating variable, considering the amount of (0.35) VAF in the path of the effect of self-objectification with the mediating role of body image concern on eating disorder, the value of (0.24) VAF in the path of the effect of experiential avoidance with the role Mediating body image concern on eating disorder and the amount of (0.32) VAF in the

path of perfectionism with the mediating role of body image concern on eating disorder, the results indicated that the mediating variable in the relationship between predictor and criterion variables Has a partial significant effect.

Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran). This research is not in conflict with personal or organizational interests.

### Discussion

In general, the results of the present study showed that self-objectification, experiential avoidance and perfectionism mediated by body image concern together could predict the risk of eating disorder in overweight women. In this model, the role of body image concern is more than there were other variables.

### Conclusion

It can be said self-objectification, experiential avoidance and perfectionism can be a good predictor of eating disorder in women through concern about their body image.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

All participants in the study participated in the study by filling out a consent form, and the researchers assured them that the results of the research were confidential.

### Funding

All financial resources and costs for research and publication of the article have been paid by the authors and no financial support has been received.

### Authors' contributions

The article is an excerpt from a Doctoral Thesis. The first author is a Ph.D. student of psychology; the Second author is the Supervisor and the responsible author; the third author is the first consultant and the fourth author is the second dissertation consultant.

### Conflicts of interest

This article is taken from the Doctoral Thesis entitled "Causal Model of Eating Disorder Based on Self-Objectification, Experiential avoidance and Perfectionism with mediating role of Body Image Concern in overweight women" (Department of Psychology,

## مقاله پژوهشی

## مدل علی اختلال خوردن براساس خودشیء انگاری، اجتناب تجربه ای و کمال گرای با نقش واسطه ای نگرانی از تصویر بدنی در جامعه زنان دارای اضافه وزن

معصومه کارخانه ای<sup>۱</sup>، حمزه احمدیان<sup>۲\*</sup>، امید مرادی<sup>۳</sup>، کیومرث کریمی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتر، گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲- استادیار، گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۳- استادیار، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۴- استادیار، گروه روان شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران

## چکیده

**هدف:** اضافه وزن تحت تاثیر عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی قرار دارد. یکی از متغیرهایی که با اضافه وزن در ارتباط می باشد، اختلال خوردن است. این مطالعه با هدف مدل علی اختلال خوردن براساس خودشیء انگاری، اجتناب تجربه ای و کمال گرای با نقش واسطه ای نگرانی از تصویر بدنی در جامعه زنان دارای اضافه وزن انجام شد.

**روش:** مطالعه‌ی حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل زنان دارای اضافه وزن با شاخص توده ی بدنی ( $BMI \geq 28$ ) شهرستان کنگاور بود که در سال ۱۳۹۸ به باشگاه های ورزشی و مراکز بهداشت مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار سنجش مقیاس های استاندارد اختلالات خوردن (EDDS)، خودشیء انگاری (SO)، پذیرش و عمل (AAQ-II) و کمال گرای چند بعدی تهران (TMPS) بود. برای تحلیل داده ها از آزمون مدلسازی معادلات ساختاری و نرم افزارهای SPSS و Amos استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که کمال گرای، اجتناب تجربه ای و خودشیء انگاری متغیرهای برونزادی هستند که هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم بر متغیر درونزاد اختلال خوردن اثر می گذارند و اثر سایر متغیرهای برونزاد بر متغیر درونزاد خوردن فقط به شکل مستقیم است. همچنین، متغیر میانجی در ارتباط بین متغیرهای پیش بین و ملاک دارای اثر جزئی معنی دار می باشد.

**نتیجه گیری:** خودشیء انگاری، اجتناب تجربه ای و کمال گرای می تواند پیش بینی مناسبی برای اختلال خوردن در زنان از طریق نگرانی از تصویر بدنی در آنها باشد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۹

تاریخ داوری: ۱۳۹۹/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۲

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jzv.2021.25676.3329

## واژه های کلیدی:

اختلال خوردن، خودشیء انگاری، اجتناب تجربه ای، کمال گرای، نگرانی از تصویر بدنی.

\* نویسنده مسئول: حمزه احمدیان

نشانی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

تلفن: ۰۹۱۲۳۳۷۰۷۸۱

پست الکترونیکی: ahmadian2012@gmail.com

## مقدمه

باشد. صفرزاده و مرعشیان (۲۰۱۴) (۱۴) نیز ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین تصویر ذهنی مثبت از بدن و اختلالات خوردن رابطه منفی و معنادار وجود داشت.

فردریکسون و رابرتز (۱۹۹۷) (۱۵) نظریه‌ی خودشیء انگاری را به عنوان تبیینی برای نارضایتی تصویر بدنی و اهمیت ظاهر برای زنان مطرح کردند. آنها مدعی شدند که زنان و دختران براساس معیارهای اجتماعی می‌آموزند که خودشان را بر مبنای ظاهر فیزیکیشان به عنوان معیاری که دیگران به عنوان قضاوت بر آنها استفاده می‌کنند، ارزیابی کنند. بر مبنای این نظریه، بعضی از تأثیرات اجتماعی فرهنگی، زنان را به سمت شیء انگاری سوق می‌دهند، آرمانهای اجتماعی که به اهمیت ظاهر زنانه توجه می‌کنند و این تمایل که زن به عنوان یک شیء در نظر گرفته می‌شود نتایج منفی زیادی را به همراه دارد که یکی از پیامدهای آن دل مشغولی به ظاهر خود است. این تمرکز به ظاهر می‌تواند مشکل آفرین باشد؛ برای نمونه رابرتز و فردریکسون (۱۹۹۷) (۱۵) دریافته‌اند که خودشیء انگاری با مشکلات سلامت روان و فیزیکی مانند نارضایتی بدنی، عزت نفس پایین، افسردگی، اضطراب و اختلال‌های خوردن همراه است، لذا تحریف هشیاری بدن به عنوان یک شیء یا احساسات منفی به بدن می‌تواند در نتیجه‌ی نگرش ناهنجار خوردن باشد. بنابراین، نظریه‌ی خودشیء انگاری که دو متغیر عاطفی منفی، اضطراب ظاهری و شرم بدنی را به عنوان مکانیسم‌های زیربنایی زمینه ساز ارتباط بین خودشیء انگاری و رفتارهای خوردن آشفته مانند خوردن بیمارگون ارائه می‌دهد، چارچوب مفهومی مفیدی را برای بررسی نگرشهای خوردن آشفته فراهم می‌نماید (۵). مهاک، فریدمن و کاسین<sup>۲</sup> (۱۶) در تحقیق خود که بر روی گروه زنان جوان انجام شد، نشان دادند که زنانی که خودشیء انگاری و نگرشهای منفی درونی شده و مرتبط با وزن دارند، خوردن بیمارگون بیشتری را نشان می‌دهند که این فرآیندهای درونی سازی با عاطفه منفی در زنان جوان مشارکت دارند که به نوبه‌ی خود خوردن افراطی و بیمارگون را موجب می‌شود. همچنین در پژوهشی دیگر کلتوسو، آکانی و جیمز<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) (۵) دریافته‌اند که باورهای کنترل ظاهری در خودشیء انگاری مهمترین عامل در نگرشهای خوردن می‌باشد. اجتناب تجربه‌ای در سالهای اخیر به عنوان یک عامل فراتشخیصی حائز اهمیت که می‌تواند نقش مهمی را در شکل گیری و تداوم بسیاری از مشکلات مربوط به سلامت روانی ایفا کند بر نگرانی از تصویر بدنی تأثیر می‌گذارد و به عنوان تلاشهایی انعطاف ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی/روانشناختی سرکوب یا مهار آنها تعریف شده است (۱۷) و به ارزیابی‌های منفی افراطی از حس ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته و تمایل نداشتن به تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آنها به حساب می‌آید (۱۸). شواهد حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال خوردن به احتمال بیشتری از تجربه‌ی موقعیتهایی که ممکن است موجب عاطفه‌ی منفی شوند اجتناب می‌کنند و به احتمال کمتری توانایی پذیرش آشفستگی و برای مقابله با هیجانات غیرقابل تحمل استفاده می‌کنند (۱۹). این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول بی میلی نسبت به برقراری

شیوع بالای اضافه وزن و پیامدهای منفی آن، به عنوان یکی از مشکلات بهداشت عمومی در اغلب کشورها مطرح شده است، به صورتی که اضافه وزن و چاقی پنجمین عامل خطر مرگ و میر در جهان شناخته شده است (۱). این مشکل به ویژه در میان جوانان در حال گسترش است (۲) و زنان یکی از گروه‌های بسیار آسیب پذیر در این زمینه هستند. اگرچه چاقی و اضافه وزن تحت تاثیر عوامل متعدد بیولوژیکی و ژنتیکی قرار دارد، تاثیر عوامل اجتماعی، جسمانی و تاثیرات رژیم غذایی را نباید نادیده گرفت، به ویژه این که مسائل روانشناختی و عادات جوانانی که دچار اضافه وزن هستند، می‌تواند تا بزرگسالی باقی بماند؛ بنابراین، یکی از متغیرهایی که با اضافه وزن در ارتباط است، اختلال خوردن است. اختلال خوردن یکی از مهم ترین اختلالات روانی و سومین علت بیماری در افراد جوان بعد از چاقی و آسم می‌باشد (۳). اختلال خوردن یا اختلالات تغذیه با اختلال‌های پایدار در خوردن یا رفتارهای مرتبط با خوردن مشخص می‌شود که منجر به تغییر در مصرف، جذب غذا و آسیب قابل توجه به سلامت جسمانی و عملکرد روانی-اجتماعی می‌شود (۴). از دیدگاه روانشناختی اختلال خوردن در جوانانی ایجاد می‌شود که از آشوب و عذاب درونی رنج می‌برند و دلمشغولی آنان مسائل جسمانی است و برای احساس آرامش به غذا روی می‌آورند (۵). یکی از عوامل مرتبط با اختلال خوردن، نگرانی از تصویر بدنی است (۶). تصویر بدنی به معنای ارزیابی شناختی و رفتاری از اندازه، زیبایی، ظاهر، عملکرد، نامناسب بودن برجستگی‌ها و سالم بودن بخش‌های مختلف بدن می‌باشد (۷). تصویر بدنی یک سازه چندبعدی، پویا، ناپایدار و اساساً اجتماعی است که از ترکیب پیچیده‌ی نگرش‌ها، احساس‌ها و ارزشهای شکل گرفته و در بازنمایی‌ها و قالب‌هایی محکم شده است که اجتماع ارزشگذاری کرده و در طول زمان تغییر می‌کند (۸). تصویر تن از دو بخش ادراکی و احساسی تشکیل شده است. بخش ادراکی شامل ارزیابی فرد از اندازه بدن و بخش احساسی شامل نگرش فرد در مورد شکل بدن یا اندام‌ها می‌باشد (۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین نگرانی از تصویر بدنی و اختلال خوردن می‌باشد (۱۰) و (۱۱). برای مثال دورآتی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) (۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین ناراحتی از تصویر بدنی و اختلال خوردن رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین سیدصالحی و دشت بزرگی (۲۰۱۸) (۱۲) در مطالعه‌ی خود دریافته‌اند که بین ویژگی‌های شخصیتی، نگرانی از تصویر بدنی و ناگویی خلقی با اختلال خوردن رابطه معنادار وجود دارد و نتایج حاکی از اهمیت ویژگی‌های شخصیتی، نگرانی از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی اختلال خوردن دانشجویان پرستاری بودند. در پژوهش دیگر محقق، فرهادی و نبی زاده (۲۰۱۷) (۱۳) در مطالعه‌ی خود دریافته‌اند که نارضایتی تصویر بدنی با رفتارهای خوردن ارتباط مستقیم دارد و می‌تواند در کاهش تمایل به رفتارهای خوردن نقش مهمی داشته مدیریت آن از طریق راهبردهای رفتاری انطباقی را دارند؛ در نتیجه از راهبردهای رفتاری ناسازگارانه مثل پرخوری و استفراغ به عنوان روشی

<sup>2</sup> Mehak, Friedman & Cassin

<sup>3</sup> Koleoso, Akanni & James

<sup>1</sup> Duarte & et al

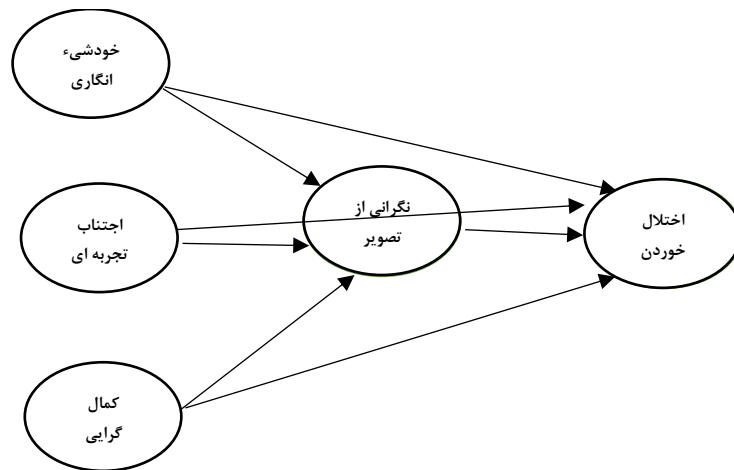
فردی دشوار منتهی گردد. (ج) کمال گرایی جامعه مدار: باور فردی است که افراد مهم در زندگی‌شان آنها را برای رسیدن به استانداردهای فوق العاده بالا و در نتیجه فشار آنها برای کامل و بی نقص بودن نگه می دارند (۲۳). در جامعترین تقسیم بندی از کمال گرایی هشت بعد را معرفی کرده‌اند که عبارتند از: تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تایید، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدمندی، نشخوار فکر، تلاش برای عالی بودن. همچنین کمال گرایی در چارچوب انواع متداول قبلی یعنی کمال گرایی سازگار-ناسازگار (بهنجار-ناهنجار یا مثبت-منفی) قابل بحث است و بین جنبه‌های سازگارانه و ناسازگارانه کمال گرایی تمایز روشن تری قائل شده است، بدین ترتیب که از مجموع ابعاد نظم و سازماندهی، هدمندی، تلاش برای عالی بودن، معیارهای بالا برای دیگران جنبه سازگار و از مجموع ابعاد تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تایید، ادراک فشار از سوی والدین، نشخوار فکر، جنبه ناسازگار کمال گرایی حاصل می‌شود. براساس نظر هویت و فلت<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) (۲۴) کمال گرایی جامعه مدار بطور قویتری با مشکلات روانشناختی که اختلال خوردن را نیز در بر می‌گیرد همراه شده است. افرادی که سطوح بالاتری در کمال گرایی را نشان می‌دهند به طور کلی تمایل بیشتری به انجام رفتارهای خوردن، به عنوان تلاش برای داشتن تصویر بدنی ایده آل دارند (۲۵). محقق، فرهادی و نبی زاده (۲۰۱۷) (۱۳) در پژوهش خود بر روی دختران دانشجو دریافته‌اند که کمال گرایی به طور مستقیم با نارضایتی بدنی و رفتارهای خوردن ارتباط مستقیم دارد و از طریق نارضایتی بدنی با رفتارهای خوردن ارتباط غیرمستقیم دارد. نارضایتی بدنی نیز با رفتارهای خوردن ارتباط مستقیم دارد. رضایی، افلاک سیر، محمدی، یوری و غبور (۲۰۱۵) (۲۶) ضمن پژوهشی در دانشجویان دختر نشان دادند که نارضایتی بدنی در رابطه بین کمال گرایی، شاخص توده ی بدنی و اختلالات خوردن نقش واسطه‌ای دارد و کمال گرایی و شاخص توده‌ی بدنی پیشایندهای مناسبی برای اختلالات خوردن در دانشجویان دختر می‌باشد. در مطالعه‌ی انجام شده توسط خدابخش و کیانی (۲۰۱۴) (۲۲) نیز این نتایج بدست آمد که تصویر بدنی آشفته و کمال گرایی، رفتارهای خوردن آشفته را در بین دانشجویان زن می‌تواند پیش بینی کند. با توجه به مطالب مطرح شده، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا مدل مفهومی اختلال خوردن براساس خودشیء‌انگاری، اجتناب تجربه‌ای و کمال گرایی با نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی با مدل تجربی برازش دارد؟ با توجه به مطالعه پژوهش‌های اخیر در زمینه‌ی اختلال خوردن، پژوهشگران پژوهش حاضر به یک مدل مفهومی پیشنهادی دست یافتند که در نمودار (۱) قابل مشاهده است.

تماس با تجارب شخصی (احساس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و رفتارها) و دوم تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند؛ لذا مفهومی کلی است که انواعی از اجتناب‌ها را در بر می‌گیرد. اجتناب شناختی (پرت کردن حواس از نگرانی)، اجتناب هیجانی (تلاش برای سرکوب ناراحتی و غمگینی) و اجتناب رفتاری، مثلاً از موقعیتهایی که باعث برانگیختگی فیزیولوژیکی همراه با حواس بدنی ناراحت کننده می‌شوند، نمونه‌هایی از اجتناب‌ها هستند که به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه در نظر گرفته می‌شود؛ در واقع کسانی که از تصویر بدنی خود نگرانی دارند، از رویدادها، موقعیت‌ها، حسها، افکار خصوصی ناخواسته یا فعالیتهای برانگیزاننده‌ی این افکار و احساسات اجتناب می‌کنند. براین اساس می‌توان گفت عملکرد اجتناب، تجربه‌ای کنترل‌گر/تعدیل‌کننده‌ی تأثیرات تجارب آزارنده است که منجر به تلاش برای سرکوب احساسات، افکار و دیگر تجربه‌های درونی می‌شود و زمینه ساز اختلالات عاطفی می‌گردد (۲۰).

نقص در تشخیص و اجرای پیامهای عاطفی طی اختلال خوردن تسهیل می‌گردد و ویژگی‌های شخصیتی اجتنابی نیز در اختلالات خوردن شایع بوده و تجربه‌ی شروع و ایجاد الگوهای غیرطبیعی خوردن را منجر می‌شود (۲۱). حتی شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد خوردن بیمارگون ممکن است یک کارکرد اجتنابی نیز داشته باشد. نظریه‌های مختلفی نیز کمال گرایی را به عنوان یک عامل خطر برای نارضایتی بدنی پیشنهاد کرده‌اند زیرا افراد با کمال گرایی بالا ملاک‌های ارزیابی بالاتری برای خودشان قرار می‌دهند. افراد کمال گرا همواره از کارکرد خود ناراضی بوده و باور دارند که نمی‌توانند به آنچه که می‌خواهند برسند.

تمایلات کمال گرایانه به خود ارزیابی متکی است که به پیگیری مداوم معیارهای شخصی و توانایی حمایت به لحاظ فردی از استانداردهای خواسته شده وابسته است (۲۲). مشخصه‌های کمال گرایی را در سه بعد تعریف می‌کنند: الف) کمال گرایی خویشتن مدار (فردمدار) که یک مؤلفه‌ی انگیزشی است که شامل کوشش‌های فرد برای دستیابی به خویشتن کامل می‌باشد و به عنوان مجموعه‌ای از انتظارات غیرواقع بینانه و استانداردهایی برای خود فرد تعریف شده است. ب) کمال گرایی دیگرمدار: در این بعد افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، معیارهای بالای غیرواقعی، کوشش اجباری و دارای تفکر همه یا هیچ در رابطه با نتایج به صورت موفقیت‌های تام یا شکست‌های تام می‌باشند. کمال گرایی دیگر مدار یک بعد میان فردی است که شامل تمایل به داشتن معیارهای کمال گرایانه برای اشخاصی است که برای فرد اهمیت بسیاری دارند. از این رو این نوع کمال گرایی ممکن است به روابط بین

<sup>1</sup>Hewitt & Flett



نمودار (۱) مدل فرضی پژوهشگر در مورد روابط میان متغیرها

### اهداف پژوهش

۱. تعیین میزان اثر مستقیم خودشیء انگاری بر اختلال خوردن
۲. تعیین میزان اثر مستقیم اجتناب تجربه ای بر اختلال خوردن
۳. تعیین میزان اثر مستقیم کمال گرایی بر اختلال خوردن
۴. تعیین میزان اثر مستقیم نگرانی از تصویر بدنی بر اختلال خوردن
۵. تعیین میزان اثر مستقیم خودشیء انگاری بر نگرانی از تصویر بدنی
۶. تعیین میزان اثر مستقیم اجتناب تجربه ای بر نگرانی از تصویر بدنی
۷. تعیین میزان اثر مستقیم کمال گرایی بر نگرانی از تصویر بدنی
۸. تعیین میزان اثر خودشیء انگاری بر اختلال خوردن از طریق نگرانی از تصویر بدنی
۹. تعیین میزان اثر اجتناب تجربه ای بر اختلال خوردن از طریق نگرانی از تصویر بدنی
۱۰. تعیین میزان اثر کمال گرایی بر اختلال خوردن از طریق نگرانی از تصویر بدنی

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر با در نظر گرفتن هدف آن، بنیادی می باشد و با توجه به این که مداخله ای در ایجاد داده ها صورت نگرفته، توصیفی از نوع همبستگی است. همچنین این پژوهش از نوع مدل یابی معادلات ساختاری می باشد و هدف آن بررسی رابطه سازه های برونزاد و درونزاد موجود در مدل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان دارای اضافه وزن با شاخص توده ای بدنی ( $BMI \geq 28$ ) شهرستان کنگاور بود که در سال ۹۸-۹۹ به باشگاه های ورزشی و مراکز بهداشت مراجعه کرده بودند. به گفته ی هیرو و همکاران (۱۹۹۵) در تحلیل رگرسیون چندمتغیره، نسبت تعداد نمونه به متغیرهای مستقل نباید از ۵ کمتر باشد. پس به طور کلی در روش شناسی مدل یابی معادلات ساختاری تعیین

حجم نمونه می تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه گیری شده (یا سؤال) تعیین شود. بنابراین با توجه به ۸۸ سؤال پنج پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش حاضر، از جامعه ی مذکور ۴۵۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تحلیل داده ها از دو نرم افزار SPSS و Amos استفاده شد. ابزار سنجش شامل مقیاس استاندارد تشخیصی اختلالات خوردن<sup>۱</sup> (EDDS)، پرسشنامه خودشیء انگاری<sup>۲</sup> (SO)، پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه ی دوم (AAQ-II)، مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران (TMPS) بود.

### ابزارهای پژوهش

مقیاس استاندارد تشخیصی اختلالات خوردن توسط استیس و همکاران (۲۰۰۲) (۲۷) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ آیتم می باشد که بی اشتباهی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال پرخوری را بر اساس ملاک های DSM اندازه گیری می کند. این مقیاس شامل ترکیبی از نمرات لیکرتی، نمرات دو بخشی، نمرات فراوانی و سؤالات باز پاسخ مثل قد و وزن می باشد. اولین آیتم ۴ سوالی مقیاسهای نگرشی بی اشتباهی عصبی، پرخوری عصبی در سه ماه گذشته مثل ترس از چاقی و بیش ارزیابی وزن بر روی یک مقیاس هفت نقطه ای می باشد که از صفر (اصلا) تا (۶) به مقدار زیاد درجه بندی شده است. چهار آیتم بعدی فراوانی مصرف مقدار زیادی غذا با تمرکز بر تعداد روزها در هر هفته در طول ۶ ماه گذشته (اختلال پرخوری) و تعداد روزهای هر هفته در طول ۳ ماه گذشته (پرخوری عصبی) را اندازه گیری می کند. نتایج این ۴ آیتم، فراوانی رفتارهایی را که به عنوان اجزای پر خوری در طول ۳ ماه گذشته استفاده می شوند، ارزیابی می کند که شامل استفراغ کردن، استفاده از ملین ها و مسهل ها، روزه گرفتن و تمرینات شدید می باشد. مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن شامل یک مقیاس تشخیصی و یک مقیاس نشانه های ترکیبی می باشد، مقیاس تشخیصی برای بی اشتباهی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال پرخوری استفاده می شود.

<sup>1</sup>.Eating disorder diagnostic scale

<sup>2</sup>.Self-Objectification Questionnaire

مقیاس کمال گرایي چند بعدی تهران (TMPS) یک آزمون ۳۰ سوالی است و بر اساس مقیاس‌های قبلی (۳۰، ۳۱، ۳۴) توسط بشارت به فارسی ساخته شده است که ۱۰ ماده آن کمال گرایي خویشتن مدار، ۱۰ ماده کمال گرایي دیگر مدار و ۱۰ ماده آخر کمال گرایي جامعه مدار را در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی (از نمره ۱ تا ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های ۳ گانه به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است؛ یعنی کسی که نمره ۱۰ را بدست آورد دارای کمترین میزان کمال گرایي و کسی که نمره ۵۰ بدست آورد دارای بیشترین میزان کمال گرایي در هر یک از ۳ بعد کمال گرایي می‌باشد. روش نمره گذاری مقیاس برای تمام داده‌ها به صورت معکوس می‌باشد؛ یعنی به گزینه «کاملاً موافقم» نمره ۵ و به گزینه «کاملاً مخالفم» نمره ۱ تعلق خواهد گرفت. در اعتبار یابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس روی یک نمونه ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشکده‌های مختلف تهران، آلفای کرونباخ بدست آمده برای کمال گرایي خویشتن مدار ۰/۹۰ و برای کمال گرایي دیگر مدار ۰/۹۱ و برای کمال گرایي جامعه مدار ۰/۸۱ بوده که نشان دهنده ی همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین ۷۸ نفر از دانشجویان در دو نوبت با فاصله ۲ تا ۴ هفته، برای سنجش باز آزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای کمال گرایي خویشتن مدار ۰/۸۵، برای کمال گرایي دیگر مدار ۰/۷۹ و برای کمال گرایي جامعه مدار ۰/۸۴ در سطح  $p < 0.01$  معنادار بود که نشانه‌ی پایایی باز آزمایی بالای فرم ایرانی مقیاس است. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BIC) توسط لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) (۳۲) ساخته شد. این ابزار دارای ۱۹ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱=هرگز تا ۵=همیشه) نمره گذاری می‌شود و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها بدست می‌آید، لذا دامنه تغییرات بین ۱۹ تا ۹۵ می‌باشد و نمره‌ی بیشتر به معنای نگرانی بیشتر از تصویر بدنی است. آنان روایی همزمان ابزار را با پرسشنامه علائم بدشکلی بدنی تایید و پایایی آنرا با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند. پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ۰/۹۱ می‌باشد.

### ۱- یافته‌های پژوهش

نمونه‌ی آماري پژوهش حاضر، در مطالعه‌ی اول شامل ۴۵۰ نفر از زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به باشگاه‌های ورزشی و مراکز بهداشتی شهرستان کنگاور بود که در سال ۹۸-۹۹ به این مراکز مراجعه کرده بودند. میانگین و انحراف معیار سن کل زنان شرکت کننده در پژوهش به ترتیب ۳۶/۴۲ و ۶/۸۹ بود.

**سوال پژوهش:** آیا مدل مفهومی اختلال خوردن براساس خودشیء‌انگاری، اجتناب تجربه‌ای و کمال گرایي با نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی با مدل تجربی برازش دارد؟  
اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرها اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای اندازه‌گیری شده در جدول شماره ۱ آورده شده است.

نمرات نشانه‌های ترکیبی سطوح کلی آسیب شناسی خوردن را نشان می‌دهد و نمرات برش برای تفکیک افراد با آسیب شناسی خوردن از گروه کنترل به کار می‌رود. نمرات نشانه‌های ترکیبی اختلالات خوردن به وسیله استاندارد سازی و جمع بندی نمرات تمام آیتم‌ها محاسبه می‌گردد (به جز آیتم‌هایی که در مورد وزن، قد و مصرف قرص‌های ضد بارداری سؤال می‌نماید). حدود تغییرات نمرات افراد از ۰ تا ۹۵ می‌باشد. پایایی مقیاس تشخیصی اختلال خوردن از آلفای کرونباخ به دست آمده است و این نتیجه حاصل می‌شود که سؤالات این مقیاس از پایایی لازم برخوردار بوده و آلفای کرونباخ به مقدار مطلوب ۰/۸۸ می‌باشد. این مقیاس دارای روایی ملاکی، پیش بین و همگرایی قوی است. روایی نیز به روش تحلیل عامل تأییدی، همبستگی هر گویه با نمره کل و روایی ملاک و تشخیص آزمون به روش همبستگی با مصاحبه بالینی مطلوب گزارش شد. پرسشنامه خودشیء‌انگاری (SO) بر مبنای نظریه شیء گرایي است (۱۵) و شامل ۱۰ سؤال در ۲ طبقه است: ظاهر مدار و صلاحیت مدار. سؤالات ظاهر مدار بر ویژگی‌های قابل مشاهده بدنی تمرکز می‌کند و سؤالات صلاحیت مدار بر ویژگی‌های غیرقابل مشاهده تمرکز می‌کند. از شرکت کنندگان خواسته می‌شود ۱۰ صفت بدنی را به این صورت که صفت دارای بیشترین اثر بر خودپنداره‌ی فیزیکی آنها با نمره ۱ تا صفتی که کمترین اثر را بر خودپنداره‌ی فیزیکی آن‌ها دارد با نمره ۵ صفر درجه بندی کنند. نمره‌ها به صورت جداگانه از مجموع دو طبقه بدست آمده و سپس تفاضل مجموع سؤالات صلاحیت مدار غیرقابل مشاهده از مجموع سؤالات ظاهر مدار قابل مشاهده محاسبه می‌شود. طیف نمره‌ها ممکن است از ۲۵- تا ۲۵ باشد، نمره‌های بالاتر نشان دهنده جهت گیری ظاهری و خودشیء‌انگاری بیشتر است (۲۸). این پرسشنامه اعتبار سازه رضایت بخشی دارد و نمرات آن با دیگر ابزارهای اندازه گیری آشفتگی فکری با ظاهر و ناراضایی بدنی همبستگی دارد. فیتزسیمونس-کرافت، تیلور و ویلفلی (۲۹) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌های ظاهر مدار و صلاحیت مدار به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۱ بود. روایی نیز به روش تحلیل عامل تأییدی بیانگر برازش مطلوب مدل دو عاملی این ابزار بود. پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه ی دوم (AAQ-II) این پرسشنامه ۱۰ ماده‌ای سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف ناپذیری روانشناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی انعطاف پذیری روانی بیشتر است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۴ و اعتبار بازآزمایی آن در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین روایی سازه با روش تحلیل عاملی تأییدی و روایی افتراقی آن مناسب گزارش شد. نمرات بالاتر در این پرسشنامه با علائم افسردگی، اضطراب و استرس، سرکوب افکار و آشفتگی روان شناختی همبسته است. در ایران نیز ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد. به این ترتیب از این پرسشنامه جهت سنجش گرایش به اجتناب تجربه‌ای در افراد استفاده شد.

<sup>1</sup> Fitzsimmons-Craft, Taylor & Wilfley



جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و همبستگی متغیرهای بررسی شده

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
۱- کمال گرایی	۶۳/۵۹	۸/۳۷	۱			
۲- اجتناب تجربه ای	۴۵/۱۹	۶/۹۳	*۰/۴۶۶	۱		
۳- خودشیء انگاری	۴۰/۳۷	۶/۶۱	*۰/۴۲۲	*۰/۴۳۵	۱	
۴- نگرانی از تصویر بدن	۳۷/۳۱	۵/۰۲	*۰/۵۵۷	*۰/۴۶۲	*۰/۶۸۶	۱
۵- اختلال خوردن	۵۱/۱۹	۷/۳۶	*۰/۶۲۹	*۰/۵۶۹	*۰/۶۸۱	*۰/۷۳۲

نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شد. نتایج نشان داد که مؤلفه‌های خویشتن مدار با آماره (۰/۱۲۹) و سطح معنی داری (۰/۰۹۲)؛ دیگرمدار با آماره (۰/۹۴) و سطح معنی داری (۰/۲۰۰)؛ جامعه مدار با آماره (۰/۱۲۶) و سطح معنی داری (۰/۲۰۰)؛ اجتناب شناختی با آماره (۰/۱۱۲) و سطح معنی داری (۰/۲۰۰)؛ اجتناب رفتاری با آماره (۰/۱۲۴) و سطح معنی داری (۰/۲۰۰)؛ ظاهرمدار با آماره (۰/۱۴۲) و سطح معنی داری (۰/۰۶۸)؛ صلاحیت مدار با آماره (۰/۱۳۷) و سطح معنی داری (۰/۰۷۲)؛ نارضایتی و خجالت از ظاهر با آماره (۰/۱۰۵) و سطح معنی داری (۰/۲۰۰)؛ تداخل در عملکرد اجتماعی با آماره (۰/۱۱۲) و سطح معنی داری (۰/۲۰۰)؛ پراشتهایی عصبی با آماره (۰/۱۲۲) و سطح معنی داری (۰/۲۰۰)؛ بی‌اشتهایی عصبی با آماره (۰/۱۲۶) و سطح معنی داری (۰/۰۹۸)؛ خوردن مفرط با آماره (۰/۱۳۹) و سطح معنی داری (۰/۰۷۶) بود. در تمام مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش مقدار Z به دست آمده معنادار نمی‌باشد ( $P > 0.05$ )؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. اطلاعات توصیفی مربوط به مؤلفه‌های متغیرهای اندازه‌گیری شده شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین ماتریس واریانس-کوواریانس مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

مطابق جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمال گرایی به ترتیب ۶۳/۵۹ (۸/۳۷)، اجتناب تجربه‌ای ۴۵/۱۹ (۶/۹۳)، خودشیء انگاری ۴۰/۳۷ (۶/۶۱)، نگرانی از تصویر بدن ۳۷/۳۱ (۵/۰۲) و برای اختلال خوردن ۵۱/۱۹ (۷/۳۶) می‌باشد. همچنین در این جدول مشاهده می‌شود که همبستگی مثبت و معناداری میان کمال گرایی با اجتناب تجربه‌ای (۰/۴۶۶)، خودشیء انگاری (۰/۴۲۲)، نگرانی از تصویر بدن (۰/۵۵۷) و اختلال خوردن (۰/۶۲۹) وجود دارد. به علاوه میان اجتناب تجربه‌ای با خودشیء انگاری (۰/۴۳۵)، نگرانی از تصویر بدن (۰/۴۶۲)، اختلال خوردن (۰/۵۶۹) و میان خودشیء انگاری با نگرانی از تصویر بدن (۰/۶۸۶) و اختلال خوردن (۰/۶۸۱) و همچنین میان نگرانی از تصویر بدن با اختلال خوردن (۰/۷۳۲) همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد.

با در نظر گرفتن هدف پژوهش حاضر که تدوین مدل است و مدل سازی نیازمند رعایت پیشفرض‌های آن می‌باشد، لذا در ادامه با استفاده از آزمون کلموگراف-اسمیرنوف، نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد. همچنین لازم به ذکر است با توجه به اینکه حجم نمونه لازم برای مدل سازی حداقل ۵ و حداکثر ۱۵ نمونه در ازای هر مشاهده یا سوال می‌باشد (۳۳) و در پرسشنامه‌های این پژوهش در مجموع ۸۸ سوال وجود داشت، بنابراین حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۴۴۰ نفر بود که در نهایت ۴۵۰ نفر، مورد پژوهش قرار گرفت.

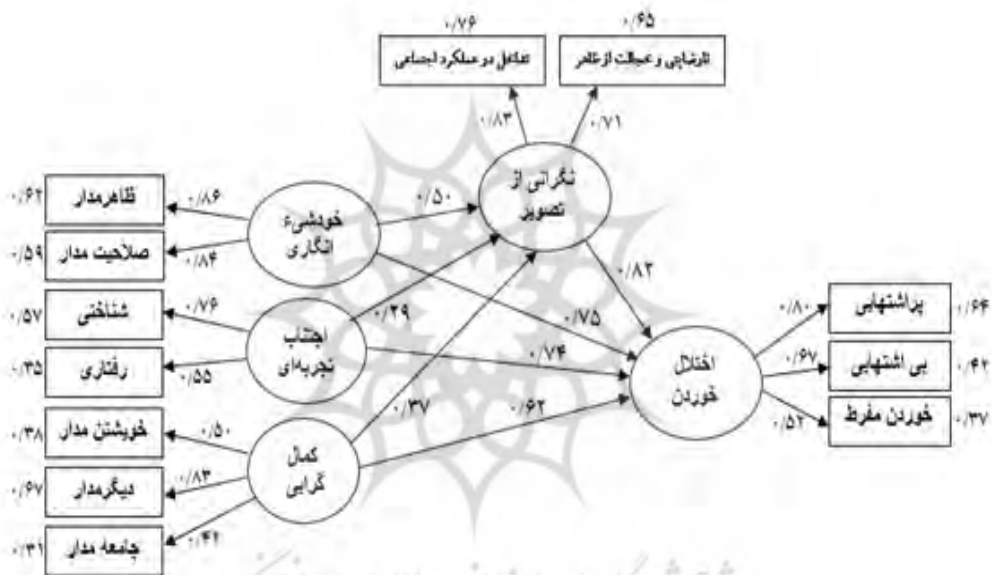
جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و ماتریس واریانس کوواریانس مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- خویشتن مدار	۱۸/۴۱	۳/۰۷	۸/۶۵۵											
۲- دیگرمدار	۱۹/۶۲	۳/۴۱	۹/۱۹۴	۹/۳۵۶										
۳- جامعه مدار	۲۵/۵۶	۴/۲۴	۱۱/۰۸۲	۱۰/۲۱۱	۱۱/۴۵۰									
۴- اجتناب شناختی	۲۲/۴۴	۳/۳۹	۱۴/۱۸۳	۱۳/۰۰۳	۱۳/۰۴۹	۱۴/۸۱۸								
۵- اجتناب رفتاری	۲۲/۷۵	۴/۴۵	۱۵/۷۳۹	۶/۰۸۴	۱۵/۶۲۶	۱۳/۰۸۸	۱۰/۲۳۷							
۶- ظاهرمدار	۱۹/۳۱	۳/۲۱	۱۸/۶۷۷	۱۲/۴۵۸	۱۲/۹۳۹	۱۳/۴۵۰	۱۲/۴۴۱	۱۱/۵۴۴						
۷- صلاحیت مدار	۲۱/۰۶	۳/۵۴	۱۸/۳۹۶	۱۳/۳۹۹	۱۳/۱۲۰	۱۴/۸۵۰	۱۳/۰۹۰	۱۲/۶۲۸						
۸- نارضایتی و خجالت از ظاهر	۱۷/۴۳	۲/۱۹	۱۷/۶۵۱	۱۲/۷۶۸	۱۲/۰۶۵	۱۴/۱۹۸	۱۳/۷۹۳	۸/۵۵۵	۱۳/۸۸۲	۱۰/۱۶۱				

۹- تداخل در عملکرد اجتماعی	۲/۷۸	۱۹/۸۸	۱۷/۲۶۳	۱۲/۵۵۰	۱۱/۴۳۸	۱۳/۸۴۲	۱۲/۰۶۷	۱۰/۴۳۵	۱۴/۸۷۹	۹/۱۱۱	۹/۰۳۱
۱۰- پراشتهایی عصبی	۳/۴۹	۱۹/۰۲	۸/۵۶۷	۶/۲۶۴	۹/۵۱۹	۱۱/۳۳۳	۱۰/۸۳۴	۹/۸۴۷	۷/۵۲۲	۱۰/۸۱۶	۱۰/۹۲۱
۱۱- بی اشتها عصبی	۲/۵۵	۱۵/۲۱	۱۴/۰۶۴	۱۲/۳۳۲	۱۰/۷۰۲	۱۱/۷۷۳	۱۲/۶۵۴	۱۳/۷۸۳	۱۴/۷۰۷	۱۴/۱۵۷	۱۳/۸۸۶
۱۲- خوردن مفرط	۲/۶۰	۱۶/۹۸	۷/۷۸۰	۱۱/۳۴۷	۱۰/۱۱۴	۱۲/۶۰۰	۸/۴۰۱	۱۰/۱۴۳	۹/۸۹۶	۸/۴۷۱	۱۱/۰۳۷

معیار (۲/۵۵) می‌باشد. در نمودار ۱ مدل معادلات ساختاری برای متغیرهای پژوهش به همراه ضرایب مسیر استاندارد شده، ارائه شده است.

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، مؤلفه‌ی کمال‌گرایی جامعه مدار دارای بیشترین میانگین (۲۵/۵۶) با انحراف معیار (۴/۲۴) و مؤلفه‌ی بی‌اشتهایی عصبی دارای کمترین میانگین (۱۵/۲۱) با انحراف



نمودار ۱ مدل معادلات ساختاری برای متغیرهای پژوهش به همراه ضرایب مسیر استاندارد شده

به طور مستقیم بر متغیر اختلال خوردن (۰/۸۲) اثر می‌گذارد. لازم به ذکر است که در مدل بالا تمام مسیرهای کوواریانس نیز معنادار است ( $P < 0.05$ ). از بین خرده مقیاس‌های متغیر کمال‌گرایی، مؤلفه‌ی دیگرمدار (۰/۸۳) بیشترین تأثیر را بر روی این متغیر گذاشته است. به علاوه از میان خرده مقیاس‌های متغیر اجتناب تجربی، مؤلفه‌ی ظاهرمدار اجتناب شناختی (۰/۷۶)؛ در متغیر خودشیء انگاری، مؤلفه‌ی ظاهرمدار (۰/۸۶)؛ در متغیر نگرانی از تصویر بدن، مؤلفه‌ی تداخل در عملکرد اجتماعی (۰/۸۳) و در متغیر اختلال خوردن، مؤلفه‌ی پراشتهایی عصبی (۰/۸۰) بیشترین تأثیر را بر روی متغیر مربوطه گذاشته‌اند.

نمودار شماره ۱ الگوی تایید شده معادلات ساختاری برای پنج متغیر کمال‌گرایی، اجتناب تجربی، خودشیء انگاری، نگرانی از تصویر بدن و اختلال خوردن را نشان می‌دهد. مدل تایید شده در نمودار ۱ نشان دهنده این است که کمال‌گرایی، اجتناب تجربی و خودشیء انگاری در زنان دارای اضافه وزن با میانجی‌گیری نگرانی از تصویر بدن بر اختلال خوردن آنها اثر می‌گذارد. به عبارت دیگر، این متغیرها توانایی پیش‌بینی اختلال خوردن در زنان را دارند. مطابق نمودار بالا کمال-گرایی، اجتناب تجربی و خودشیء انگاری بر نگرانی از تصویر بدن به ترتیب (۰/۳۷)، (۰/۲۹) و (۰/۵۰)؛ و بر اختلال خوردن (۰/۶۲)، (۰/۷۴) و (۰/۷۵) اثر مستقیم می‌گذارند. همچنین متغیر نگرانی از تصویر بدن

### جدول ۳- برآوردها و مشخصات کلی مدل

مسیرها	کمیت های t	برآوردهای استاندارد	برآوردهای غیر استاندارد
--------	------------	---------------------	-------------------------

۲/۴۴۶	۰/۳۶۷	۲/۹۲۱	کمال گرایی ← نگرانی از تصویر بدن
۱/۲۸۴	۰/۶۲۳	۲/۸۷۲	کمال گرایی ← اختلال خوردن
۰/۳۱۴	۰/۲۸۶	۵/۳۸۳	اجتناب تجربه ای ← نگرانی از تصویر بدن
۰/۲۴۵	۰/۷۴۱	۴/۴۴۷	اجتناب تجربه ای ← اختلال خوردن
۰/۴۲۲	۰/۵۰۲	۱۲/۱۹۳	خودشیء انگاری ← نگرانی از تصویر بدن
۰/۲۱۳	۰/۷۵۳	۵/۱۹۱	خودشیء انگاری ← اختلال خوردن
۰/۲۴۶	۰/۸۲۰	۴/۵۲۹	نگرانی از تصویر بدن ← اختلال خوردن

تصویر بدن به اختلال خوردن (۴/۵۲۹) است. با در نظر گرفتن اینکه همه کمیت‌های t جدول (برابر یا بیشتر از ۲/۵۸ می‌باشد، ضرایب مسیرهای مذکور با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار است. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل در جدول ۴ نشان داده شده است.

با توجه به داده‌های جدول شماره ۳ مقدار t مسیر کمال گرایی به نگرانی از تصویر بدن (۲/۹۲۱)، کمال گرایی به اختلال خوردن (۲/۸۷۲)، اجتناب تجربه ای به نگرانی از تصویر بدن (۵/۳۸۳)، اجتناب تجربه ای به اختلال خوردن (۴/۴۴۷)، خودشیء انگاری به نگرانی از تصویر بدن (۱۲/۱۹۳)، خودشیء انگاری به اختلال خوردن (۵/۱۹۱)، و نگرانی از

جدول ۴- اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل

متغیر	اثرات	کمال گرایی	اجتناب تجربه ای	خودشیء انگاری	نگرانی از تصویر بدن
نگرانی از تصویر بدن	مستقیم	۰/۳۶۷	۰/۲۸۶	۰/۵۰۲	---
	غیرمستقیم	---	---	---	---
	کل	۰/۳۶۷	۰/۲۸۶	۰/۵۰۲	---
اختلال خوردن	مستقیم	۰/۶۲۳	۰/۷۴۱	۰/۷۵۳	۰/۸۲۰
	غیرمستقیم	۰/۲۳۷	۰/۱۵۴	۰/۱۶۳	---
	کل	۰/۸۶۰	۰/۸۹۵	۰/۹۱۶	۰/۸۲۰

لازم به ذکر است که در این پژوهش با استناد به منبع مدلسازی معادلات ساختاری کمترین مربعات جزئی (PLS-SEM) آذر و غلامزاده در خصوص حضور بیش از دو مشاهده برای متغیر مکنون در مدل ساختاری می‌توان اظهار داشت که نسبت به استفاده از آیت‌های چندگانه برای سنجش یک سازه برخی مواقع محققان استفاده از یک آیت را به دلیل مزایای عملی مثل سادگی کاربرد، نرخ پاسخگویی بالاتر به دلیل سادگی و تسریع پاسخ به سوالات، اختصار و هزینه‌های پایین تر مرتبط با استفاده از آن انتخاب می‌کنند که در روش آماری این پژوهش نیز مورد استفاده قرار گرفته است. در جدول شماره ۵ شاخص‌های برازش مربوط به مدل پیشنهادی بیان شده است.

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، کمال گرایی، اجتناب تجربه ای و خودشیء انگاری متغیرهای برونزادی هستند که هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم بر متغیر درونزاد اختلال خوردن اثر می‌گذارند و اثر سایر متغیرهای برونزاد بر متغیر درونزاد خوردن فقط به شکل مستقیم است و همه ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. همچنین در بررسی تاثیر متغیر میانجی، با توجه به مقدار VAF (۰/۳۵) در مسیر تاثیر خود شیء انگاری با نقش واسطه ای نگرانی از تصویر بدنی بر اختلال خوردن، مقدار VAF (۰/۲۴) در مسیر تاثیر اجتناب تجربه ای با نقش واسطه ای نگرانی از تصویر بدنی بر اختلال خوردن و مقدار VAF (۰/۳۲) در مسیر تاثیر کمال گرایی با نقش واسطه ای نگرانی از تصویر بدنی بر اختلال خوردن، نتایج حاکی از این است که متغیر میانجی در ارتباط بین متغیرهای پیش بین و ملاک دارای اثر جزئی معنی دار می‌باشد.

جدول ۵- شاخص‌های برازش مربوط به مدل پیشنهادی

شاخص برازش	DF	CMIN	CMIN/DF	GFI	AGFI	PNFI	CFI	RMSEA
مدل تدوین شده	۱۲۲	۳۸۰/۰۱۹	۳/۱۱۴	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۶۸	۰/۹۵	۰/۰۵۸

بین ۲ تا ۵ است، برازش قابل قبولی را نشان می‌دهد. از شاخص‌های مهم دیگر، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار CMIN (۰/۱۹/۳۸۰) با درجه آزادی (۱۲۲) مقدار مطلوبی را نشان می‌دهد. مقدار مجذور کا نسبت به درجه آزادی (۱۱۴/۳) CMIN/DF می‌باشد که با توجه اینکه

<sup>1</sup> Goodness of Fit Index

کاهش دادن شدت هیجانات منفی به پرخوری منجر می‌شود (۱۶). در واقع به طور قویتری می‌توان گرفت که به طور مستقیم با ادراک افراد و میزان ناراضی با بدن هایشان مرتبط است. این تجربیات عاطفی منفی مرتبط با بدن، در رابطه با پیامدهای خوردن آشفته نشان دهنده‌ی ارزیابی بیش از اندازه شکل و وزن تصور می‌شود که در علت و نگهداری اختلالات خوردن تعیین کننده است. بنابراین خودشیء انگاری به وسیله‌ی دیده بانی عادی بدن در زنان جوان تر منجر به تجارب منفی بدنی و به عبارتی اختلالات خوردن می‌گردد. همچنین یافته‌های حاصل از مدل نشان داد که اجتناب تجربه‌ای به طور مستقیم بر نگرانی از تصویر بدنی تأثیر مستقیم می‌گذارد که با توجه به پژوهشهای انجام شده در داخل و خارج از کشور، پژوهشی که دقیقاً نقش این متغیر را در پیش بینی نگرانی از تصویر بدنی بررسی کند. پژوهش گل محمدیان، مروتی و رشیدی (۲۰۱۸) (۲۰) بود. به نزدیکترین پژوهشهایی که با پژوهش حاضر همخوانی دارد، می‌توان به پژوهشهای زکیه و همکاران (۲۰۱۷) (۳۵)، فولتون و همکاران (۲۰۱۲) (۳۶)، براون، رانس و وارن (۲۰۱۵) (۸) اشاره کرد. در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌توان گفت کسانی که از تصویر بدنی خود نگرانی دارند، از رویدادها، موقعیتهای، حسها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته یا فعالیتهای برانگیزاننده‌ی این افکار و احساسات اجتناب می‌کنند. این اجتناب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای است که فرد را دچار سرزنش و سرخوردگی می‌کند و اثرات ناخواسته‌ی جدیدی ایجاد می‌کند که سبب می‌شود فرد را از مسائل پراهمیتی مثل سلامتی، روابط میان فردی، تحصیل و خانواده دوری کند. کسی که از تصویر بدنی و همجوشی با افکاری مثل "من ظاهر مناسبی ندارم"، "من زشت هستم" یا "جذاب و دوست داشتنی نیستم" نگرانی دارد، سعی می‌کند با کنترل این افکار و با قرار ندادن خود در موقعیتهای به آرامش دست یابد؛ ولی این آرامش موقتی است، چون فرد به طور مداوم با چنین افکاری درگیر است و همین موضوع باعث تشدید ناراضی بدنی در وی می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت عملکرد اجتناب تجربه‌ای، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت کند. اجتناب تجربی نیز براساس نتایج حاصل از تحلیل مدل به صورت مستقیم بر اختلال خوردن تأثیر مستقیم دارد که با نتایج پژوهشهای کچوی و همکاران (۲۰۱۹) (۱۹) و مکوندی (۲۰۱۷) (۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که تمایل عمومی به اجتناب از افکار و تجربه‌های درونی به طور معکوسی باعث افزایش افکار و هیجانات ناخواسته می‌شود و در نتیجه بیشتر احتمال دارد که فردی که به دنبال اجتناب از تجربه‌ها است به راهبردهای ناسازگارانه‌ای نظیر خوردن بیمارگون متوسل شود تا از طریق آن‌ها با شکست تلاش‌های اجتنابی خود مقابله کند.

یافته‌ی دیگر پژوهش، تأثیر مستقیم و معنادار کمال گرایی بر نگرانی از تصویر بدنی بود که با نتایج پژوهش‌های سیکمیل و الی (۲۰۱۴) (۳۷) هیل و دیویدس (۲۰۱۴) (۳۸) دلا لانگا و یانگ (۲۰۱۷) (۳۹) معیارهای

اصلاح شده (AGFI<sup>۱</sup>)، و شاخص برازش تطبیقی (CFI<sup>۲</sup>) هستند که به دلیل نزدیک بودن به یک نشان دهنده برازش مطلوب مدل می‌باشند. همچنین شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI<sup>۳</sup>) نیز به دلیل اینکه مقدار آن از ۰/۵ بیشتر است، نشان می‌دهد که اقتصاد مدل رعایت شده است. ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب (RMSEA<sup>۴</sup>) برای فواصل اطمینان مختلف قابل محاسبه است و شاخصی است که اغلب به عنوان نقطه برش برای مدل‌های خوب و بد شناخته می‌شود. برازش مدل‌هایی که دارای مقادیر بالاتر از ۰/۱۰ هستند، ضعیف تلقی می‌شوند (۳۳) و بنابراین مقدار این شاخص برای مدل حاضر (۰/۰۵۸) در حد قابل قبول می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تدوین مدل علی اختلال خوردن براساس خودشیء‌انگاری، اجتناب تجربه‌ای و کمال گرایی با نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی بود. با توجه به شاخص‌های نیکویی برازش در جدول شماره (۶) و نمودار شماره (۲)، می‌توان گفت اختلال خوردن با متغیر خودشیء‌انگاری، اجتناب تجربه‌ای و کمال گرایی و با میانجی‌گری نگرانی از تصویر بدنی قابل پیش‌بینی می‌باشد. نتایج حاصل از تحلیل مدل نشان داد که خودشیء‌انگاری می‌تواند به صورت مستقیم و معناداری بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان دارای اضافه وزن اثر بگذارد. طبق نظریه‌ی شیء‌انگاری فردریکسون و رابرتز (۱۹۹۷) (۱۵)، زنان و دختران براساس معیارهای اجتماعی می‌آموزند که خودشان را بر مبنای ظاهر فیزیکیشان (همان معیارهایی که دیگران برای قضاوت آنان به کار می‌بندند) ارزیابی کنند. بر مبنای این نظریه، بعضی از تأثیرات اجتماعی فرهنگی، زنان را به سمت شیء‌انگاری سوق می‌دهند. تحقیقات تجربی و غیرتجربی از رابطه‌ی بین خودشیء‌انگاری و نگرانی از تصویر بدنی در اختلالات خوردن حمایت کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان همسو با فردریکسون و رابرتز (۱۹۹۷) (۱۵) بیان کرد که نظام‌های گسترده‌ای از پاداش و تنبیه وجود دارند که بر زیبا بودن فیزیکی و لاغری به عنوان معیاری برای جذابیت تأکید می‌کنند. به خاطر شیوع شیء‌انگاری جنسی زنان، آنها به این سمت می‌روند که به بدن خود به عنوان یک شیء بنگرند که بیش از هر چیز بر مبنای ظاهر فیزیکی ارزش گذاری می‌شود. این دیدگاه نسبت به خود باعث می‌شود افراد خودشان را به جای صفات درونی مانند هوش و ویژگی‌های شخصیتی طبق ویژگی‌های بیرونی توصیف کنند. همچنین یافته‌های حاصل از مدل نشان داد که خودشیء‌انگاری به طور مستقیم بر اختلال خوردن اثر مستقیم می‌گذارد که با پژوهش‌های مهاک و همکاران (۲۰۱۸) (۱۶) و درایدن و اندرسون (۲۰۱۹) (۳۴) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که خودشیء‌انگاری از طریق دو مؤلفه شرم بدنی و اضطراب ظاهری به اختلال خوردن (پرخوری) می‌انجامد. خودشیء‌انگاری، حالات هیجانی منفی (شرم بدنی و اضطراب ظاهری) را در میان زنان جوان پرورش می‌دهد که به نوبه‌ی خود در تلاش برای

<sup>3</sup> Parsimonious Normed Fit Index

<sup>4</sup> Root Mean Square Error of Approximation

<sup>1</sup> Adjusted Goodness of Fit Index

<sup>2</sup> Comparative Fit Index

محدودیت‌های این پژوهش، تعداد تقریباً زیاد سوالات پرسشنامه‌های مورد استفاده بود که به صورت خودگزارشی تکمیل شدند، لذا ممکن است تعدادی از زنان دقت کافی در پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها را نداشته‌اند؛ در نتیجه در تعمیم یافته‌های این پژوهش باید احتیاط نمود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی با تهیه پرسشنامه‌هایی با تعداد سوالات کمتر و همچنین اضافه کردن عامل‌های دیگر به مدل، کیفیت پژوهش را بالا برده و متغیرهای دیگر تأثیرگذار بر اختلال خوردن زنان دارای اضافه وزن نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از مدل تایید شده در این پژوهش برای پیش‌بینی و مداخله در اختلال خوردن مردان استفاده شود. با توجه به مرور پژوهش‌های گذشته و یافته‌های به دست آمده و تایید شدن مدل فرضی پژوهشگران در این پژوهش، به لحاظ کاربردی می‌توان پیشنهاد کرد که مشاوران و درمانگران با توجه به اهمیت اختلال خوردن در زنان به عنوان قشر آسیب پذیر در جامعه به منظور مراقبت از سلامت روان آنها باید به نشانه‌های متغیرهای مذکور توجه کرد و بر اساس آنها برای اجرای برنامه‌های طراحی شده (مانند کارگاه‌ها و سمینارهای آموزشی، اقدامات و آموزشهای لازم از طریق کارشناسان و مسئولان تغذیه، برنامه آموزش همگانی، رسانه جمعی و استفاده از وسایل کمک آموزشی همچون فیلم، پمفلت و پوستر) جهت افزایش آگاهی این قشر مهم جامعه در جهت پیشگیری از ابتلاء به اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به نگرشهای مختل خوردن اقدام کرد. انجام این پژوهش در این زمینه که با در نظر گرفتن عوامل اثرگذار بر آن و همچنین خوردن بیمارگون که تاکنون به صورت همزمان تأثیر سه متغیر خودشیء انگاری، اجتناب تجربه‌ای و کمال گرایی را بر اختلال خوردن بر زنان دارای اضافه وزن مورد بررسی قرار نداده است، می‌تواند بر نوع برنامه‌ی مداخله‌ای مؤثر بر کاهش اختلال خوردن تأثیر داشته باشد و ضروری است که در دستور کار مشاوران و درمانگران قرار گیرد. به طور کلی یافته‌های این پژوهش می‌تواند حساسیت بیشتر پژوهشگران را در خصوص متغیرهای دیگری که ممکن است نقش واسطه‌ای یا تعدیل کننده در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و اجتناب تجربه‌ای برانگیزد. در سطح عملی، از یافته‌های این پژوهش می‌توان برای طراحی، آموزش و تعیین مدل علی اختلال خوردن برای والدین و فرزندان، جهت کاهش نشانه‌های نگرانی از تصویر بدنی در افراد کمال‌گرا استفاده کرد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پیش از اجرای پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد و تمام شرکت‌کنندگان با رضایت خود در پژوهش شرکت داشتند و محققان به آنها اطمینان دادند که نتایج تحقیق محرمانه خواهد بود.

### حامی مالی

تمام منابع مالی و هزینه پژوهش و انتشار مقاله تماماً برعهده نویسندگان بوده و هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

### مشارکت نویسندگان

شخصی غیرواقعی برای خودشان تعیین می‌کنند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان اینطور بیان کرد که فرد کمال‌گرا از خود و تصویر بدن خود ناراضی است. افراد با سطح کمال گرایی بالا ملاکهای ارزیابی سختی برای خود قرار می‌دهند، آنها بی رحمانه یک لاغری غیرواقع بینانه ایده آل را دنبال می‌کنند که خطر ناراضی‌تبی بدنی را افزایش می‌دهد. مطالعه‌ی بیرن و همکاران (۲۰۱۶) (۲۹) نشان داده است که نگرانی از تصویر بدن اندازه‌گیری شده به وسیله تست نگرش بدن، به صورت مثبتی با کمال گرایی سازگارانه و ناسازگارانه مرتبط می‌باشد.

نتایج نشان داد که سازه‌ی کمال گرایی با اختلال خوردن رابطه‌ی مثبت معنادار دارد. این یافته با مطالعات خدابخش و کیانی (۲۰۱۵) (۲۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد که نگرانی بیش از حد بر روی اشتباهات در افراد کمال‌گرا مشاهده شده است که به طور خاص این افراد معیارهای بالایی را در حوزه‌ی کنترل بر روی خوردن، شکل و وزن خود قرار داده‌اند. در واقع، احساس کنترل داشتن شیوه‌ای است که موجب افزایش احساس شایستگی شخصی و خودکارآمدی در ارتباط با رفتارهای خوردن آشفته می‌شود. در اختلالات خوردن، افراد تمایل شدیدی را در بدست آوردن معیارهای بالا برای لاغری و کنترل از خود نشان می‌دهند. در واقع، می‌توان گفت اختلالات خوردن به نوعی بیان کمال گرایی است که بر روی خوردن متمرکز شده است و افراد دارای ویژگی کمال گرایی ممکن است به دلیل بدست آوردن کنترل بر روی زندگی خودشان تمایلات مفرطی به کنترل کردن وزن و شکل بدنشان از خود نشان دهند و ملاکهای سختگیرانه‌ای را در حوزه‌ی غذا خوردن خود اعمال نمایند؛ همین امر باعث می‌شود که آنان علائم اختلال خوردن از جمله بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی را داشته باشند. همانطور که نتایج تحلیل مدل نشان داد نگرانی از تصویر بدنی نیز تأثیر مستقیم معنادار بر روی اختلالات خوردن دارد که با نتایج پژوهش‌های اسپل، گولدستین، مانیس و جیباراسکیو (۲۰۱۶) (۴۰) تیگمن و اسلاتر (۲۰۱۵) (۴۱) شوک و همکاران (۲۰۱۸) (۱۰) شریفی و محمدی (۲۰۱۷) (۴۲) همسو است. این یافته را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تفسیر کرد: اختلالات خوردن، گروهی از شرایط روانشناختی هستند که با شناخت مرتبط با بدن و آشفتگی خوردن، خودتنظیمی ضعیف و رفتارهای خوردن غیرکارکردی مشخص می‌شوند. تصویر بدنی منفی با بیش ارزیابی وزن و شکل (به میزانی که یک فرد درباره‌ی ارزش خود بر حسب وزن و شکل قضاوت می‌کند) که هسته‌ی آسیب‌شناسی اختلالات خوردن محسوب می‌شود، رابطه دارد (۴۳) و افرادی که از اختلالات خوردن رنج می‌برند، سطوح بالایی از ناراضی‌تبی از تصویر بدن خود را به دلیل درون‌سازی ایده آل لاغری نشان می‌دهند (۷). به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد خودشیء انگاری، اجتناب تجربه‌ای و کمال گرایی با میانجی‌گری نگرانی از تصویر بدنی با هم توانستند خطر اختلال خوردن در زنان دارای اضافه وزن را پیش‌بینی کنند که در این مدل نقش نگرانی از تصویر بدنی بیشتر از سایر متغیرها بود. لازم به ذکر است که آزمودنی‌های این پژوهش، جامعه زنان دارای اضافه وزن شهرستان کنگاور بود که در سال ۹۹-۹۸ به باشگاه‌های ورزشی و مراکز بهداشت مراجعه کرده بودند، لذا این مسئله تعمیم نتایج به جوامع دیگر را با محدودیت مواجه می‌کند. از دیگر

این نوشتار برگرفته از پایان‌نامه دکترتیا تحت عنوان «مدل علی اختلال خوردن براساس خودشیء‌انگاری، اجتناب تجربه‌ای و کمال‌گرایی با نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی در زنان دارای اضافه وزن» است (گروه روان‌شناسی، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران) است و با منافع شخصی یا سازمانی منافات ندارد.

مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتراست. نویسنده اول دانشجوی مقطع دکتری، نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده مسئول است، نویسنده سوم استاد مشاور اول و نویسنده چهارم استاد مشاور دوم پایان‌نامه می‌باشند.

### تعارض منافع

### References

- Rizzuto, D., & Fratiglioni, L. (2014). Lifestyle factors related to mortality and survival: a mini-review. *Gerontology*, 60(4), 327-335. <https://doi.org/10.1159/000356771>.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Jama*, 311(8), 806-814. doi:10.1001/jama.2014.732.
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Calogero, R. M., Menzel, J. E., Krawczyk, R., & Thompson, J. K. (2018). Self-objectification, body shame, and disordered eating: Testing a core mediational model of objectification theory among White, Black, and Hispanic women. *Body image*, 24, 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.005>.
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current opinion in psychology*, 22, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.023>.
- Koleoso, O. N., Akanni, O. O., & James, J. O. (2018). Body Image Objectification and Disordered Eating Attitudes Among Secondary School Students of South-West Nigeria. *International Journal of School Health*, 5(2), 1-5. Doi: 10.5812/intjsh.66891.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs, R. J. (2017). The prospective associations between bullying experiences, body image shame and disordered eating in a sample of adolescent girls. *Personality and Individual Differences*, 116, 319-325. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.003>.
- Pona, A. A., Heinberg, L. J., Lavery, M., Ben-Porath, Y. S., & Rish, J. M. (2016). Psychological predictors of body image concerns 3 months after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(1), 188-193. <https://doi.org/10.1016/j.soard>.
- Brown, A., Rance, J., & Warren, L. (2015). Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast feeding duration. *Midwifery*, 31(1), 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.003>.
- Brignardello-Petersen, R. (2017). Adolescents with body image concerns and a propensity for somatization reported more frequent temporomandibular joint clicking. *The Journal of the American Dental Association*, 148(8), e123. <http://dx.doi.org/10.1111/joor.12514>.
- Schuck, K., Munsch, S., & Schneider, S. (2018). Body image perceptions and symptoms of disturbed eating behavior among children and adolescents in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0216-5>.
- Swami, V. (2017). Negative body image and eating disorder symptomatology among young women identifying with goth subculture. *Body image*, 21, 30-33. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.001>.
- SeyyedSalehi, S. F., & DashtBozorgi, Z. (2018). The Relationship between Personality Characteristics, Body Image Concern and Alexithymia with Eating Disorder of Nursing Students. *Iranian Journal of Nursing Research*, 13(4), 1-8.
- Mohagheghi, H., Farhadi, M., & Nabizadeh, S. (2017). Perfectionism and body dissatisfaction. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 11(45), 37-46.
- Safarzadeh, S., & Marashian, F. (2014). The Relationship Between Body Image Concern, Self-Concept, Self-Esteem with

- Eating Disorders in Female Students of Islamic Azad University Ahvaz Branch. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*, 6(19), 73-9.
15. Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, 21(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>.
  16. Mehak, A., Friedman, A., & Cassin, S. E. (2018). Self-objectification, weight bias internalization, and binge eating in young women: testing a mediational model. *Body image*, 24, 111-115. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.01.002>.
  17. Yarollahi, N. A., & Shairi, M. R. (2018). Investigation the role of experiential avoidance on anticipation general health in non-clinical samples. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*, 5(3), 1-11. Doi: 10.29252/shenakht.5.3.1.
  18. Ferreira, C., Palmeira, L., Trindade, I. A., & Catarino, F. (2015). When thought suppression backfires: its moderator effect on eating psychopathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(3), 355-362.
  19. Kachooei, M., Ashrafi, E., Momeni Rouchi, M., Hosseinpour, A., & Hafezi, P. (2019). Prediction of eating disorder symptoms among female students based on experiential avoidance and mindfulness. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 29(1), 92-99.
  20. Golmohammadian, M., Morovati, F., & Rashidi, A. (2018). To predict the concern of body image based on mindfulness, experiential avoidance and metacognition beliefs in high school students. *Iran J Health Educ Health Promot*, 6(2), 168-178.
  21. Makvandi, B. (2017). The Relationship between Experimental Avoidance and Eating Disorders among Students of Ahvaz Jundishapour University of Medical Science. *Journal of Jundishapour Medical Science*, 14(6), 682-689.
  22. Khodabakhsh, M. R., & Kiani, F. (2015). The Role of Perfectionism and Its' Dimensions in Predicting Disordered Eating Behaviors Among Students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 3(1), 69-77.
  23. Julie Prud'homme, B.A.(2017). Perfectionism and daily emotion and well-being: An experience sampling study. Master of science in psychiatry thesis, McGill university.
  24. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>.
  25. Blakey, S. M., Reuman, L., Buchholz, J. L., & Abramowitz, J. S. (2017). Experiential avoidance and dysfunctional beliefs in the prediction of body image disturbance in a nonclinical sample of women. *Body image*, 22, 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim>.
  26. Rezaei, M., Aflakseir, A., Mohammadi, N., Yavari, A. H., & Ghayour, M. (2015). Study of the perfectionism role and Body Mass Index in prediction of eating disorders with mediating the role of body dissatisfaction among female students of university. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 14(3), 223-234.
  27. Stice, E., Cameron, R. P., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1999). Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 967.
  28. Noll, S. M., & Fredrickson, B. L. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of women quarterly*, 22(4), 623-636. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1998.tb00181.x>.
  29. Byrne, M. E., Eichen, D. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2016). Perfectionism, emotion

- dysregulation, and affective disturbance in relation to clinical impairment in college-age women at high risk for or with eating disorders. *Eating behaviors*, 23, 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.09.004>.
30. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). *Perfectionism and stress processes in psychopathology*. Washington, D.C: American Psychology association. <https://doi.org/10.1037>.
  31. Frost, R. O., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1991). The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive therapy and research*, 15(6), 469-489.
  32. Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>.
  33. Hooman, H.A. (2016). *Structural equation modeling using LISREL software (with modifications)*. Samt Publications.
  34. Dryden, C., & Anderson, J. (2019). The dark triad, trait-based self-objectification, and body image concerns in young women. *Personality and Individual Differences*, 145, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.03.015>.
  35. Zakiei, A., Ghasemi, S. R., Gilan, N. R., Reshadat, S., Sharifi, K., & Mohammadi, O. (2017). Mediator role of experiential avoidance in relationship of perceived stress and alexithymia with mental health. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(5), 335-341.
  36. Fulton, J. J., Lavender, J. M., Tull, M. T., Klein, A. S., Muehlenkamp, J. J., & Gratz, K. L. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and disordered eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eating behaviors*, 13(2), 166-169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.12.003>.
  37. Cicmil, N., & Eli, K. (2014). Body image among eating disorder patients with disabilities: A review of published case studies. *Body image*, 11(3), 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.04.001>.
  38. Hill, A. P., & Davis, P. A. (2014). Perfectionism and emotion regulation in coaches: A test of the 2× 2 model of dispositional perfectionism. *Motivation and Emotion*, 38(5), 715-726.
  39. Della Longa, N. M., & De Young, K. P. (2018). Experiential avoidance, eating expectancies, and binge eating: A preliminary test of an adaption of the Acquired Preparedness model of eating disorder risk. *Appetite*, 120, 423-430. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.022>.
  40. Espel, H. M., Goldstein, S. P., Manasse, S. M., & Juarascio, A. S. (2016). Experiential acceptance, motivation for recovery, and treatment outcome in eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(2), 205-210.
  41. Tiggemann, M., & Slater, A. (2015). The role of self-objectification in the mental health of early adolescent girls: Predictors and consequences. *Journal of pediatric psychology*, 40(7), 704-711. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv021>.
  42. Sharifi, K., & Mohammadi, O. (2017). Mediator role experiential avoidance in relationship of perceived stress and alexithymia with mental health. *East Mediterr Health J*, 23(5), 335-341. <https://doi.org/10.26719/2017.23.5.335>.
  43. Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body image*, 14, 158-167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>.