



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>



The Relationship Between Parental Bonding and Eating Disorders in Female High School Students: The Mediating Role of Perfectionism

Kowsar Hosseini¹, Abbas Bakhshipour², Mahsa Pishkar Ahrab³, Farid Neshat Gharamaleki⁴

1. Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: hosseini@tabriz.ac.ir

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: bakhshipour@tabriz.ac.ir

3. Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Madani University, Azarshahr, Iran. E-mail: Mahsapishkar@gmail.com

4. M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: farid.neshat@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 12 April 2025
Received in revised form: 11 July 2025
Accepted: 14 July 2025
Published Online: 31 December 2025

Keywords:
Eating disorders,
Parental bonding,
Perfectionism

ABSTRACT

Background: Eating disorders are among the most common psychological problems in adolescents, especially girls. Investigating the underlying and explanatory factors is of particular importance. The present study aimed to examine the relationship between parental bonding and eating disorders in female high school students, considering the mediating role of perfectionism.

Method: This research was descriptive-correlational in design. The statistical population included all female high school students (second level) in Babolsar during the 2023–2024 academic year. A sample of 215 students was selected using multistage cluster random sampling. The data collection tools were the Parental Bonding Instrument (Parker, 1979), the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (Frost, 1990), and the Eating Disorder Diagnostic Scale (Stice, 2000). The data were first analyzed in SPSS 24 for descriptive statistics and data preparation, and then structural equation modeling (SEM) was conducted using AMOS 24.

Results: Maternal bonding ($\beta = -0.59$) and paternal bonding ($\beta = -0.22$) had significant negative effects on maladaptive perfectionism. In turn, maladaptive perfectionism had a significant positive effect on eating disorders ($\beta = 0.25$). The direct effects of maternal ($\beta = -0.13$) and paternal bonding ($\beta = -0.03$) on eating disorders were not significant. However, the indirect effects of maternal ($\beta = -0.15$) and paternal bonding ($\beta = -0.06$) on eating disorders through maladaptive perfectionism were statistically significant.

Conclusion: Designing intervention programs and empowerment initiatives for parents and at-risk individuals is essential, as perfectionism can lead to eating disorders. These interventions can help reduce eating disorder-related problems and improve the mental health of students.

Citation: Hosseini, K., Bakhshipour, A., Pishkar Ahrab, M., & Neshat Gharamaleki, F. (2025). The Relationship Between Parental Bonding and Eating Disorders in Female High School Students: The Mediating Role of Perfectionism. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 17(4), 1-17.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37347.3157>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Kowsar Hosseini, Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
E-mail: hosseini@tabriz.ac.ir, Tel: (+98) 9388332278

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is accompanied by significant changes in body image perceptions and eating patterns and is therefore considered a critical period for the emergence of eating disorders. Research has shown that various individual and interpersonal factors contribute to explaining these disorders. One important interpersonal factor is the parent–child relationship, particularly the construct of parental bonding, which is defined through the dimensions of care and control. Unhealthy bonds can play a crucial role in the development of maladaptive personality traits such as negative perfectionism. On the other hand, perfectionism—especially its negative form—is recognized as a significant risk factor in the formation and persistence of eating disorders. From the perspective of cognitive-behavioral theories and schema therapy, it is expected that adverse parental experiences lead to the formation of maladaptive cognitive patterns such as perfectionism, which in turn make individuals vulnerable to eating disorders. Considering inconsistent evidence regarding the direct relationship between parental bonding and eating disorders, investigating the mediating role of perfectionism in this relationship is important. The present study aims to examine a model in which weak parental bonding is related to eating disorder symptoms in adolescents through the mediation of negative perfectionism.

Method

This descriptive-correlational study utilized structural equation modeling (SEM). The statistical population consisted of female high school students in Babolsar County during the 2023–2024 academic year. Sampling was performed using multistage cluster random sampling. Initially, several girls' schools were randomly selected, and then several classes were randomly chosen within each school. Based on Klein's (2011) recommendation for SEM (20 participants

per parameter) and considering potential dropout, 250 participants were selected, with data from 215 ultimately analyzed. Inclusion criteria included being a female high school student and providing informed consent to participate. Exclusion criteria included incomplete questionnaires, withdrawal during data collection, or severe psychological disorders. Data were collected using three validated questionnaires: the Parental Bonding Instrument (Parker, 1979), Frost's Multidimensional Perfectionism Scale (1990), and the Eating Disorder Diagnostic Scale (Stice, 2000). The validity and reliability of these instruments have been confirmed in previous domestic and international studies, and Cronbach's alpha coefficients in the current study were acceptable. After obtaining necessary permissions from the Department of Education, the study was conducted in schools with informed consent from participants. Data analysis was performed using SPSS version 24 and SEM with AMOS version 24.

Results

The final analysis included data from 210 female students. Normality of variables was confirmed through skewness and kurtosis indices. Statistical assumptions such as absence of multicollinearity and independence of errors were examined and confirmed using variance inflation factor (VIF), tolerance index, and Durbin-Watson test. Descriptive and correlational findings indicated a significant negative relationship between parental bonding (both mother and father) and negative perfectionism. Negative perfectionism was positively and significantly correlated with eating disorder symptoms, whereas parental bonding did not have a significant direct relationship with eating disorders. Structural equation modeling via AMOS was used to test the conceptual model. Initially, the model showed weaker fit indices, but after model modification and adding covariance between some error terms, model fit improved. Fit

indices such as GFI = 0.90, AGFI = 0.82, CFI = 0.91, and NFI = 0.90 were all within acceptable ranges, although the AGFI index (0.82) remained slightly above the ideal cutoff. Path analysis revealed that bonding with mother and father negatively and significantly predicted negative perfectionism. Negative perfectionism, in turn, had a significant positive effect on eating disorders. However, parental bonding did not have a significant direct effect on eating disorder symptoms. Bootstrap analysis confirmed that negative perfectionism significantly mediated the relationship between parental bonding and eating disorders. Specifically, weak parental bonds can increase negative perfectionism, which in turn may lead to heightened eating disorder symptoms in adolescent girls.

Conclusion

Findings of the present study demonstrated that weak parental bonding does not have a significant direct effect on eating disorder symptoms but may play an indirect role via negative perfectionism. This finding aligns with theoretical models such as social expectations, social learning, and schema therapy that emphasize the role of dysfunctional parenting styles in the formation of schemas like harsh standards, defectiveness, and shame, which lead to maladaptive perfectionism. Adolescents raised in such environments may resort to unhealthy eating behaviors to seek approval or a sense of control. These results highlight the importance of the mediating role of cognitive constructs in the pathway from parenting to eating disorders. Nevertheless, limitations such as the cross-sectional

design, exclusive focus on individual psychological variables, reliance on self-report instruments, and restriction of the sample to non-clinical female adolescents should be considered. To increase external validity, future research is recommended to include more diverse populations and employ longitudinal designs. Practically, training parents in supportive parenting styles and organizing school-based workshops for adolescents focusing on self-acceptance and emotion regulation could be effective in early prevention of eating disorders.

Ethical Considerations

Ethics Code: This study was conducted with official approvals from the Babolsar Department of Education, after providing comprehensive explanations to school principals, counselors, and students and obtaining informed consent from participants. Throughout all stages, ethical principles including confidentiality, anonymity, and voluntary participation were strictly observed.

Financial support: This study received no financial support.

Authors' Contributions: First author: Conceptualization, manuscript writing (introduction, discussion, conclusion), editing, project management.

Second author: Project supervision, final manuscript editing.

Third author: Methodology, data collection.

Fourth author: Statistical analyses, software, validation.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments: We sincerely thank all the students, principals, and school counselors of Babolsar County for their kind cooperation in conducting this research.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

دانشگاه سمنان

رابطه پیوند والدینی با اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دختر: نقش میانجی کمال‌گرایی

کوثر حسینیان^۱، عباس بخشی‌پور^۲، مهسا پیشکار اهراب^۳، فرید نشاط قراملکی^۴۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: hosseinian@tabriz.ac.ir۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: bakhsipour@tabriz.ac.ir۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی، آذرشهر، ایران. ایمیل: Mahsapishkar@gmail.com۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: farid.neshat@yahoo.com

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۳

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۰/۱۰

کلیدواژه‌ها:

اختلالات خوردن،

پیوند والدینی،

کمال‌گرایی

زمینه: اختلالات خوردن از جمله مشکلات شایع روانشناختی در میان نوجوانان، به‌ویژه دختران، محسوب می‌شوند که بررسی عوامل زمینه‌ساز و تبیین‌کننده آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه پیوند والدینی با اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دختر، با توجه به نقش میانجی کمال‌گرایی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. بر اساس توصیه کلاین برای مدل‌یابی معادلات ساختاری، برای هر زیرمؤلفه باید حداقل ۲۰ نمونه در نظر گرفته شود و حجم نمونه باید حداقل ۲۰۰ نفر باشد. بنابراین، نمونه اولیه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۲۶۰ نفر انتخاب شد تا با در نظر گرفتن احتمال ریزش داده‌ها، در نهایت ۲۱۵ نفر وارد تحلیل‌ها شوند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه پیوند والدینی پارکر (۱۹۷۹)، کمال‌گرایی چندبعدی فراست (۱۹۹۰)، و مقیاس تشخیص اختلال خوردن استیس (۲۰۰۰) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده ابتدا با نرم‌افزار SPSS24 برای آماده‌سازی و تحلیل‌های توصیفی بررسی شد و سپس با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS24 تحلیل گردید.

یافته‌ها: پیوند با مادر ($\beta = -0.59$) و پیوند با پدر ($\beta = -0.22$) اثر منفی معناداری بر کمال‌گرایی منفی داشتند. همچنین، کمال‌گرایی منفی اثر مثبت معناداری بر اختلالات خوردن داشت ($\beta = 0.25$). اثر مستقیم پیوند والدینی (با مادر $\beta = -0.13$ ؛ با پدر $\beta = -0.03$) بر اختلالات خوردن معنادار نبود. اثر غیرمستقیم پیوند با مادر ($\beta = -0.15$) و پدر ($\beta = -0.06$) از طریق کمال‌گرایی منفی معنادار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، طراحی مداخلات برای کاهش کمال‌گرایی در والدین و دانش‌آموزان دختر و افراد در معرض خطر اختلالات خوردن ضروری است. این مداخلات باید شامل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و روان‌درمانی برای کاهش انتظارات غیرواقعی و فشارهای کمال‌گرایانه باشد. این اقدامات می‌توانند به پیشگیری از اختلالات خوردن و بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان کمک کنند. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی بر روی تأثیر مداخلات هدفمند در کاهش کمال‌گرایی در میان دانش‌آموزان دختر که در معرض خطر ابتلا به اختلالات خوردن قرار دارند، متمرکز شوند. این رویکرد می‌تواند به درک بهتر و بهبود استراتژی‌های پیشگیرانه و درمانی در راستای ارتقاء سلامت روان و جسمی این گروه از دانش‌آموزان کمک کند.

استناد: حسینیان، کوثر؛ بخشی‌پور، عباس؛ پیشکار اهراب، مهسا؛ و نشاط قراملکی، فرید (۱۴۰۴). رابطه پیوند والدینی با اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دختر: نقش میانجی کمال‌گرایی. روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۷(۴)، ۱-۱۷.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37347.3157>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: کوثر حسینیان، دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رایانامه: hosseinian@tabriz.ac.ir; تلفن: ۰۹۳۸۸۳۳۲۲۷۸

مقدمه

دوره نوجوانی با تحولات چشم‌گیری در الگوهای خوردن و نگرش نسبت به وزن و تصویر بدنی همراه است؛ به گونه‌ای که بسیاری از نوجوانان در این مرحله با نگرانی‌هایی درباره وزن، شکل بدن و درجاتی از نارضایتی از تصویر بدنی مواجه می‌شوند (۱). این تغییرات جسمی و روانی در دوران بلوغ، می‌تواند عاملی برای بروز اختلالات خوردن^۱ در نوجوانان باشد (۲).

اختلالات خوردن یک طبقه از شرایط بالینی بسیار پیچیده را نشان می‌دهد که با الگوهای غذا خوردن غیرعادی، نگرانی بیش از حد برای شکل بدن و ادراک غیرطبیعی تصویر بدن مشخص می‌شود و نقص قابل توجهی را در عملکرد جسمی و روانشناختی فرد ایجاد می‌کند (۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، توصیف و درک عمیق اختلال خوردن را از طریق گنجاندن آن در سه طبقه تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی^۲ (محدودیت در مصرف غذا و کاهش وزن قابل توجه)، پراشتهایی عصبی^۳ (مصرف زیاد غذا در مدت زمان کوتاه و رفتار جبرانی نامناسب) و پرخوری عصبی^۴ (مصرف زیاد غذا بدون رفتار جبرانی نامناسب و علاقه کمتر به وزن و شکل بدن) افزایش داد. این اختلال عمدتاً بر روی جمعیت دختران نوجوان و زنان جوان، از سن ۱۳ تا ۲۵-۳۰ سال تأثیر می‌گذارد (۳). ۵/۷ درصد از دختران و ۱/۲ درصد از پسران نوجوان در نمونه‌های غیربالینی اختلالات خوردن را نشان دادند که شیوع بالاتر این اختلال را در بین دختران تأیید می‌کند (۴). بنابراین بررسی عوامل خطر اختلال خوردن که به طور بالقوه می‌تواند نگرانی‌های مربوط به وزن و شکل بدن را در طول این دوره حساس رشد به وجود آورد، می‌تواند برای بسیاری از جوانان که با این مسائل بهداشت عمومی درگیرند، سودمند واقع شود. به نظر می‌رسد که اختلالات خوردن در بین نوجوانان، با آسیب‌پذیری فردی مرتبط است، اما از سوی دیگر تأثیر خانواده نیز باید به عنوان یک عنصر مهم مرتبط با شروع و حفظ آسیب‌شناسی مورد بررسی قرار گیرد (۵). عوامل خانوادگی در ارتباط با پیدایش، سیر و درمان اختلالات خوردن به طور گسترده در ادبیات تحقیق مطالعه و گزارش شده است (۶). از

جمله جنبه‌های مهم‌تر در این زمینه، روابط بین فرزندان و والدین آن‌ها است که اغلب بر اساس نظریه دلبستگی یا سازه پیوند والدینی مورد مطالعه قرار می‌گیرد (۷). پیوند (دلبستگی) به عنوان مجموعه‌ای از رفتارهای تعاملی بین مراقب و کودک در نظر گرفته می‌شود که در خدمت کارکردهای کلی آموزش، کاهش استرس، ارتقای ایمنی و تسهیل بقا است (۸) و نقش مهمی در رشد شخصیت و عملکردهای روانی در بزرگسالی دارد. سهم والدین در روابط والد-فرزند معمولاً با استفاده از ابزار پیوند والدینی^۵ ارزیابی می‌شود (۹). پارکر سهم مادر و پدر در پیوند والدینی را در دو بعد یعنی مراقبت^۶ و حفاظت^۷ تعریف می‌کند. بعد مراقبت: محبت، صمیمیت، همدلی تا سردی عاطفی، بی‌تفاوتی و غفلت را در بر می‌گیرد. بعد حفاظت/کنترل بیش از حد: کنترل، حفاظت بیش از حد، نفوذ، ماندن در دوران شیرخوارگی و پیشگیری از رفتار مستقل تا اجازه استقلال و خودمختاری را شامل می‌شود. روانشناسان رشد، رابطه بین فرایندهای دلبستگی و رشد خود را مورد مطالعه قرار دادند (۱۰). کودکان از طریق تجارب مکرر یاد می‌گیرند تا رفتار افراد را درک کنند. آن‌ها مدل‌های کاری درونی از رفتارها و احساسات خود/دیگران را ایجاد می‌کنند که می‌توانند برای پاسخ به تراکنش‌های بین فردی خاص فعال شوند (۱۰). اگر مراقب نیاز کودک به آسایش و حفاظت را پذیرفته باشد و همچنین به نیاز به کاوش مستقل در محیط احترام بگذارد، احتمالاً کودک یک الگوی درونی از خود به عنوان ارزشمند و متکی به خود را ایجاد می‌کند. اما اگر مراقب نیاز کودک به اکتشاف را رد کند، در این صورت، الگوی درونی کودک متشکل از خود نالایق خواهد بود (۱۱). سطح بالای کنترل/حمایت به همراه خود درونی نالایق ممکن است موجب گردد فرد احساس کند برای دست‌کاری مستقلانه مسئولیت‌های زندگی خود شایستگی کافی را ندارد، لذا از طریق علائم اختلال خوردن می‌خواهد نوعی کنترل و خود تأییدی را به دست آورد؛ اما از سوی دیگر سبب تنهایی و وابستگی بیشتر او و در نتیجه عدم تغییر می‌گردد (۱۲). همچنین مراقبت ناکافی نیز ممکن است موجب شود که فرد نتیجه بگیرد که او ذاتاً دارای نقص و عیب است (۱۳) و برای افراد مهم زندگی‌اش

5. Parental Bonding Instrument

6. care

7. protection

1. Eating Disorders

2. Anorexia Nervosa

3. Bulimia Nervosa

4. Bing-Eating

ارزشی ندارد؛ لذا برای اجتناب از هیجانات منفی ناشی از آن به راه‌های غیر سالم برای مدیریت استرس و احساسات منفی خود از جمله تغییرات در الگوهای خوردن روی می‌آورد (۱۲). تحقیقات اخیر نیز در مورد اختلالات خوردن و الگوهای دلبستگی (پیوند) نشان داده است که الگوهای ناسالم دلبستگی (پیوند) ممکن است در ایجاد اختلالات خوردن نقش داشته باشد (۲۱-۷).

اثر پیوند والدینی بر روی عوامل خطر فردی مرتبط با اختلالات خوردن در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. کمال‌گرایی^۱ یکی از این عوامل است و تحت بررسی‌های بالینی و نظری بسیاری قرار گرفته است (۱۹، ۲۰). کمال‌گرایی ارتباط نزدیک و دیرینه‌ای با پویایی خانواده دارد که از مدت‌ها پیش به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در بروز اختلالات خوردن شناخته شده است. به عبارت دیگر، کمال‌گرایی می‌تواند نقش خانواده را در ایجاد، توسعه و تداوم اختلالات خوردن تقویت کند (۲۲، ۲۴).

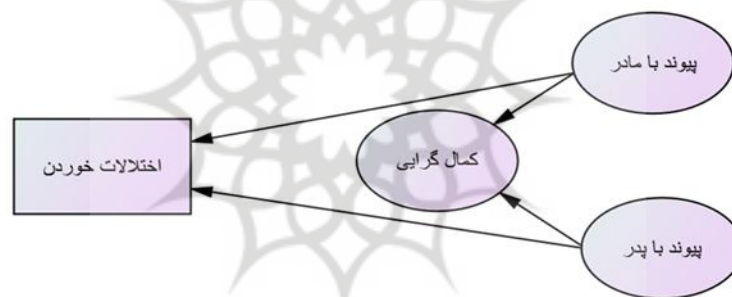
با وجود اینکه پیوند والدینی یکی از عوامل مورد توجه در زمینه اختلالات خوردن بوده است، یافته‌های پژوهش مونتلثونه و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که این متغیر به‌صورت مستقیم موجب بروز اختلالات خوردن نمی‌شود. این نتیجه حاکی از آن است که رابطه بین پیوند والدینی و اختلالات خوردن احتمالاً از طریق متغیرهای میانجی‌گر صورت می‌گیرد (۷). یکی از این متغیرهای میانجی‌گر که در پژوهش‌ها مطرح شده، کمال‌گرایی است. در این زمینه، کورتس-گارسیا و همکاران (۲۰۲۲) با تکیه بر چارچوب‌های نظری مربوط به رشد شخصیت، نشان دادند که کمال‌گرایی می‌تواند نقش میانجی را در این مسیر ایفا کند. به عبارت دیگر، پیوند والدینی ناکارآمد می‌تواند زمینه‌ساز رشد ویژگی‌های کمال‌گرایانه در نوجوانان شود، که این ویژگی‌ها به‌نوبه خود، آن‌ها را در برابر اختلالات خوردن آسیب‌پذیرتر می‌سازد. این تبیین با نظریه‌های شناختی-رفتاری نیز همخوانی دارد، که بر نقش باورهای ناکارآمد و معیارهای غیرواقع‌بینانه در بروز اختلالات خوردن تأکید دارند (۲۵، ۲۶).

باتوجه به اینکه ویژگی‌های کمال‌گرایی را می‌توان پیش از بزرگسالی مشاهده کرد و ویژگی‌های کمال‌گرایی ریشه در دوران کودکی دارد، علاقه فزاینده‌ای به مطالعه کمال‌گرایی

در کودکان و نوجوانان وجود دارد. در مورد کمال‌گرایی، شواهد نشان می‌دهد که سبک‌های فرزندپروری مستبدانه و خشن به‌شدت با کمال‌گرایی ناکارآمد یا ناسازگار مرتبط است تا کمال‌گرایی انطباقی (۲۷). والدین ممکن است آشکارا انتقادی و سخت‌گیرانه باشند و انتظارات و استانداردها ممکن است بیش از حد بالا باشد. والدین کمال‌گرا ممکن است به‌عنوان الگویی برای نگرش‌ها و رفتارهای مشابه عمل کنند. تأیید رفتار فرزندان از سوی والدینشان به میزان تحقق مجموعه خواسته‌های والدین برای عملکرد و رفتار بستگی دارد. شکست در چنین موفقیتی باعث ایجاد یک الگوی پایدار از انتقاد والدین و القای گناه می‌شود و کودک را به پذیرش و درونی کردن آن استانداردهای خشن و سخت ترغیب می‌کند (۲۸). این، به نوبه خود، کودکان را مستعد خودارزیابی‌های منفی در زمینه‌هایی می‌کند که نمی‌توانند چنین استانداردهای بیرونی و خود تحمیلی را برآورده کنند (۲۹). کلام این است که وقتی والدین نمی‌توانند یا نمی‌خواهند نیازهای کودک خود را برای محبت، خودمختاری و امنیت عاطفی برآورده کنند، کودک صفات و رفتارهای کمال‌گرایانه را به‌عنوان تلاشی برای برآورده کردن این نیازهای برآورده نشده ایجاد می‌کند. به عنوان مثال، والدین خشن که فاقد مراقبت یا صمیمیت کافی هستند، از جمله والدین غفلت‌آمیز و آزاردهنده، ممکن است کودک را به کمال‌گرایی به‌عنوان راهی برای فرار یا به‌حداقل رساندن سوءاستفاده یا بی‌توجهی بیشتر سوق دهد (۳۰). علاوه بر این، والدینی که بیش از حد نگران مرتکب شدن اشتباه هستند، ممکن است این نگرانی را به شکل محافظت بیش از حد و تثبیت بر عیوب درک شده به فرزندان منتقل کنند، بنابراین انتقال بین‌نسلی ذهنیت کمال‌گرا را تسهیل می‌کنند (۲۹). مطالعات انجام شده نیز حاکی از آن است که پیوند والدینی می‌تواند کمال‌گرایی را پیش‌بینی کند (۲۹-۴۰). اگر تمایلات کمال‌گرایانه به شکل تردید و نگرانی و یا تطابق شدید با قوانین و انتظارات سفت‌وسخت پیرامون غذا، وزن و شکل ظاهر شود، ممکن است به‌عنوان یک عامل خطر برای اختلالات خوردن عمل کند (۲۳، ۴۱-۴۳). به‌طور کلی، ادبیات موجود از رابطه بین کمال‌گرایی و آسیب‌شناسی خوردن حمایت می‌کند. به نظر می‌رسد کمال‌گرایی شروع و حفظ اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کند (۲۳، ۴۳-۴۱، ۴۶، ۴۷، ۴۸).

1. Perfectionism

مورد اختلالات خوردن، ادبیات تحقیق روابط بین اعضاء خانواده را به‌عنوان عنصری که می‌تواند نقش مهمی در پیدایش و حفظ اختلالات خوردن ایفا کند، شناسایی می‌کند. پیوند والدینی به طور گسترده به‌عنوان عامل خطر برای اختلالات خوردن شناخته شده است. با این حال، تأثیر آن در تعیین آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن به‌خوبی مورد بررسی قرار نگرفته است. در نتیجه، در این پژوهش تعامل آن را با علائم اختلالات خوردن ارزیابی خواهیم کرد. همچنین مطالعات محدودی از نقش میانجی کمال‌گرایی در رابطه محیط خانواده با علائم اختلالات خوردن حمایت می‌کنند. بنابراین پژوهش حاضر می‌تواند نقش میانجی کمال‌گرایی را در رابطه پیوند والدینی و علائم اختلالات خوردن روشن سازد. لذا مسئله اصلی این پژوهش تدوین مدلی برای تعیین این است که آیا پیوند والدینی ضعیف می‌تواند منجر به کمال‌گرایی منفی گردد و به‌واسطه نقص در کمال‌گرایی اختلالات خوردن را در نوجوانی پیش‌بینی کند یا خیر؟



معادلات ساختاری را ۲۰۰ نفر می‌داند، توصیه می‌کند به ازای هر پارامتری که باید تخمین زده شود ۲۰ شرکت‌کننده در نظر گرفته شود. لذا با توجه به این توصیه و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی شرکت‌کنندگان و افزایش دقت، نمونه‌ای متشکل از ۲۵۰ آزمودنی انتخاب شد که با حذف پرسشنامه‌های ناقص، داده‌های حاصل از ۲۱۵ نفر وارد تحلیل شد.

ابزار

۱. پرسشنامه پیوند والدینی پارکر (PBI): این پرسشنامه ۲۵ ماده‌ای توسط پارکر و همکاران (۱۹۷۹) طراحی شده و برداشت نوجوانان از سبک‌های والدینی را تا پیش از ۱۶ سالگی در دو فرم مجزای پدر و مادر می‌سنجد (۹). مقیاس مذکور

(۴۹). افراد با سطوح بالای کمال‌گرایی ممکن است در معرض خطر طولانی‌مدت بیماری و پیش‌آگهی ضعیف باشند (۴۴). (۴۵). یک مطالعه تجربی نشان داده است که کمال‌گرایی یک عامل خطر علی برای آسیب‌شناسی اختلالات خوردن است (۴۶). اما نتایج پژوهش سلطانی و همکاران (۱۳۹۹) و دربرگر و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که بین کمال‌گرایی با علائم خوردن رابطه‌ای وجود ندارد (۵۰، ۵۱).

شناسایی اولیه اختلالات خوردن مهم است. طول مدت طولانی‌تر بیماری درمان‌نشده می‌تواند منجر به پیامدهای شدیدتر، از جمله بستری طولانی‌مدت در بیمارستان و کاهش نرخ بهبودی شود. بنابراین بررسی عوامل مؤثر در شکل‌گیری این اختلال به‌منظور اقدامات مداخله‌ای و پیشگیرانه مبرهن است. در واقع، در یک دوره معمولی از چرخه زندگی مانند نوجوانی، روابط خانوادگی بین والدین و فرزندان می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر جنبه‌های مختلف زندگی روزمره از جمله رابطه با وزن و رژیم غذایی فرزندان داشته باشد. به طور خاص، در

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان بابلسر در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۰۲ تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین مدارس شهرستان بابلسر انتخاب شد. بعد از ارائه توضیحاتی در مورد موضوع و اهمیت پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از دانش‌آموزان جهت شرکت در پژوهش پرسشنامه‌ها در اختیارشان قرار گرفت. با توجه به اینکه کالاین (۵۲) حداقل حجم نمونه برای استفاده از روش مدل‌یابی

شامل چهار زیرمقیاس رابطه صمیمانه، تلاش برای وابستگی، بی‌تفاوتی و تشویق به استقلال است و با طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشانگر والدین حمایت‌گر و نمرات پایین‌تر بیانگر سبک‌های سرد و کنترل‌گر هستند. مطالعات داخلی و خارجی از پایایی و روایی مناسب این ابزار حمایت کرده‌اند. در مطالعه پارکر و همکاران (۹) پایایی به روش دو نیمه کردن برای مقیاس مراقبت ۰/۸۸ و برای مقیاس حفاظتی در نمونه غیربالینی ۰/۷۴ بود و نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار خوبی برخوردار است. ضریب همبستگی بین دو عامل در نمونه‌های غیربالینی بین $r = -0.25$ تا $r = -0.40$ گزارش شده که نشانگر روایی افتراقی خوب است (۹). پژوهش بهزادی و همکاران (۱۳۹۴) در ایران نیز که به منظور اعتبار سنجی این پرسشنامه صورت گرفت نشان داد که این ابزار از پایایی و روایی همگرایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش بهزادی و همکاران (۱۳۹۴)، آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش شد. روایی سازه پرسشنامه پیوند والدینی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. نتایج نشان داد که شاخص‌های برازش مدل در سطح مطلوب قرار دارند ($RMSEA = 0.06$ ، $CFI = 0.91$ ، $GFI = 0.90$) که بیانگر برخورداری این ابزار از روایی سازه مناسب در جامعه ایرانی است (۵۳). در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای فرم مادر بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ و برای فرم پدر بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب ابزار است.

۲. مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست (FMPS): این مقیاس ۳۵ ماده‌ای توسط فراست و همکاران (۱۹۹۰) بر اساس مدل چندبعدی کمال‌گرایی تدوین شده است (۵۴) و شش مؤلفه شامل نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، استانداردهای شخصی و سازماندهی را می‌سنجد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) انجام می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از کمال‌گرایی هستند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه، ضریب همسانی درونی برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های ۰/۴۷ تا ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب بازآزمایی

با فاصله یک هفته نیز برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس‌ها ۰/۵۳ تا ۰/۸۵ بود. همچنین روایی همگرا بر اساس رابطه با پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی مناسب تأیید شده است (۵۵). لیاقت و قاسمی (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۸۱ و روایی همگرایی آن را از طریق همبستگی با پرسشنامه اضطراب امتحان ۰/۲۸ گزارش کردند که این همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود (۵۶). فراست و همکاران (۱۹۹۰) میزان همسانی درونی زیرمقیاس‌های پرسشنامه را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی کل پرسشنامه را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. اعتبار همگرا و افتراقی مقیاس چندبعدی کمال‌گرایی فراست ثابت شده است (۵۴). در مطالعه فراست و همکاران (۱۹۹۰)، روایی سازه این پرسشنامه با بارهای عاملی بین ۰/۴۹ تا ۰/۸۲ تأیید شد و روایی همگرایی آن نیز از طریق همبستگی معنادار با مقیاس افسردگی ($r = 0.54$)، اضطراب ($r = 0.51$) و نگرانی شناختی ($r = 0.60$) گزارش گردید (۵۴). در این پژوهش نیز مقدار آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین برای مقیاس کلی کمال‌گرایی منفی مقدار همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ است که نشان از پایایی مطلوب این ابزار در این پژوهش است.

۳. مقیاس تشخیص اختلال خوردن (EDDS): مقیاس تشخیص اختلال خوردن، نشانه‌های اختلال خوردن را اندازه‌گیری می‌کند. این ابزار در سال ۲۰۰۰ توسط استیس و همکاران (۵۷) ساخته شد. این مقیاس دارای ۳ زیرمقیاس است که برای آزمودن نشانه‌های اختلال کم‌اشتهایی عصبی، اختلال پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن مفرط طراحی شده و تشخیص را برای این اختلال‌ها هم در سطح بالینی و هم غیربالینی فراهم می‌کند. طبق پژوهش استیک و همکاران (۲۰۰۴) این مقیاس دارای روایی ملاکی، پیش‌بین و همگرایی قوی است. همچنین پایایی این ابزار بر اساس روش آزمون-بازآزمایی تأیید شده و همسانی درونی قابل‌پذیرشی دارد (۵۸). ضریب کاپای آزمون-بازآزمایی برای تشخیص اختلال خوردن از ۰/۸۰-۰/۹۰ است (۵۷). در پژوهش استیس و همکاران (۲۰۰۰)، روایی محتوایی مقیاس EDDS با تأیید خبرگان احراز شد و روایی معیار آن نیز با تطابق ۰/۹۹ برای بی‌اشتهایی عصبی، ۰/۹۶ برای پرخوری عصبی و ۰/۹۳ برای پرخوری

کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و فقط در قالب نتایج پژوهش به صورت گروهی گزارش می‌شود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دانش آموز بودن در دوره متوسطه دوم، جنسیت مؤنث و تمایل و رضایت آگاهانه فرد برای شرکت در مطالعه بود. همچنین، پاسخ‌نامه‌های ناقص، انصراف در حین اجرای پرسشنامه، و اطلاع از وجود اختلال روانشناختی شدید یا بستری قبلی در مراکز روان پزشکی به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و در زمان تعیین شده توسط مدارس، در محیط مدرسه، به صورت انفرادی و تحت نظارت پژوهشگر و مشاور مدرسه اجرا شد. پس از جمع‌آوری، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS24 وارد و برای تحلیل‌های مقدماتی و بررسی فرضیه‌ها آماده‌سازی شدند. در ادامه، مدلیابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS24 برای بررسی روابط بین متغیرها به کار گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۱۵ دانش‌آموز در این پژوهش مورد تحلیل قرار گرفتند که از این تعداد ۵ نفر طی فرایند پالایش داده‌ها (به منظور احقاق فرض نرمال بودن چند متغیره) کنار گذاشته شدند؛ بنابراین ۲۱۰ نفر به عنوان نمونه نهایی پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند. از این تعداد ۱۳۶ نفر در پایه دهم، ۵۶ نفر در پایه یازدهم و ۱۸ نفر در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد نمونه نیز $16/30 \pm 0/81$ بود. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، کشیدگی، چولگی و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه در حد بهینه بوده و امکان تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری پارامتریک میسر است. همچنین داده‌های جدول حاکی از آن است که بین تمامی متغیرهای پژوهش (به جز بین پیوند با مادر و پدر با اختلالات خوردن) همبستگی معناداری وجود دارد.

افراطی، در سطح مطلوب گزارش گردید (۵۷). در ایران نیز خبیر و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی گزارش کردند ضرایب همسانی درونی و همبستگی دونیمه‌سازی اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب، ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ برآورد گردید (۵۹). نتایج میزان توافق این ابزار با تشخیص متخصص بالینی، تحلیل عامل تأییدی و همبستگی هر گویه با نمره کل مطلوب بود. در بررسی روایی سازه مقیاس تشخیص اختلال خوردن از طریق تحلیل عاملی تأییدی، بارهای عاملی گویه‌ها مناسب گزارش شد و شاخص‌های برازش مدل مانند AGFI، GFI، NFI، CFI، IFI و TLI بالاتر از ۰/۹۰ و RMSEA برابر با ۰/۰۶ بود که نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل و همسویی گویه‌ها با سازه موردنظر است (۵۹). بنابراین مقیاس تشخیص اختلال خوردن از پایایی و روایی مطلوبی در ایران برخوردار است و می‌توان از این ابزار در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی برای ارزیابی اختلال خوردن استفاده کرد. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد که نشان می‌دهد از پایایی مناسبی برخوردار بوده است.

روند اجرای پژوهش: روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش شهرستان بابلسر، فهرست مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه دریافت گردید. در مرحله بعد، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ابتدا چند مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس در هر مدرسه، تعدادی کلاس به صورت تصادفی گزینش و تمام دانش‌آموزان آن کلاس‌ها به عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. قبل از اجرای پژوهش، اهداف کلی مطالعه برای مدیران، مشاوران مدارس و سپس برای دانش‌آموزان به طور شفاهی و کتبی تشریح شد. برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه از دانش‌آموزان اخذ گردید. تأکید شد که شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است و افراد می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخ‌گویی انصراف دهند. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان

جدول ۱) میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	چولگی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴
پیوند با مادر	۴۱/۲۳	۶/۳۷	-۰/۵۳	۲/۸۰	۱			
پیوند با پدر	۳۸/۴۸	۷/۱۳	-۰/۴۸	۰/۹۱	۰/۲۰**	۱		
کمال‌گرایی منفی	۶۴/۶۶	۱۴/۹۷	۰/۰۲	-۰/۱۱	-۰/۴۲**	-۰/۶۱**	۱	
اختلال خوردن	۲۲/۳۶	۱۳/۸۹	۰/۸۷	۰/۱۴	-۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۳۵**	۱

** $p < 0/01$

خطای متغیرهای پیش‌بین با استفاده از آزمون دوربین-واتسون مورد آزمون قرار گرفت و از آنجا که مقدار آزمون دوربین-واتسون (۱/۶۶) بین دو حد بحرانی (۱/۵ - ۲/۵) قرار گرفت، این پیش‌فرض نیز تأیید شد.

در ابتدا، شاخص‌های برازش مدل اولیه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مدل اولیه از برازش مطلوبی برخوردار نبود؛ بنابراین، به منظور بهبود برازش، روابط کوواریانسی میان برخی خطاهای همبسته ترسیم گردید. پس از اعمال این اصلاحات، شاخص‌های برازش مجدداً بررسی شدند و نشان‌دهنده بهبود قابل‌توجه در برازش مدل بودند. شاخص‌های برازش مدل اولیه و مدل اصلاح‌شده در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

در ادامه به‌منظور بررسی رابطه پیوند با مادر و پیوند با پدر با اختلالات خوردن بواسطه کمال‌گرایی منفی از روش معادلات ساختاری استفاده شد که در این راستا ابتدا پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها بین دو حد بحرانی +۳ و -۳ قرار داشت، بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن مورد تأیید قرار گرفت. پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین نیز تأیید شد، چرا که مقادیر عامل تورم واریانس^۱ پیوند با مادر، پیوند با پدر و تصویر بدنی به ترتیب ۱/۰۴، ۱/۰۴ و ۱/۰۱ بوده و از حد بحرانی ۲ کمتر بود و مقادیر شاخص تحمل^۲ این متغیرها به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۶ و ۰/۹۹ بوده و به حد مطلوب ۱ نزدیک بود. در ادامه پیش‌فرض استقلال منابع

جدول ۲) شاخص‌های برازش مدل

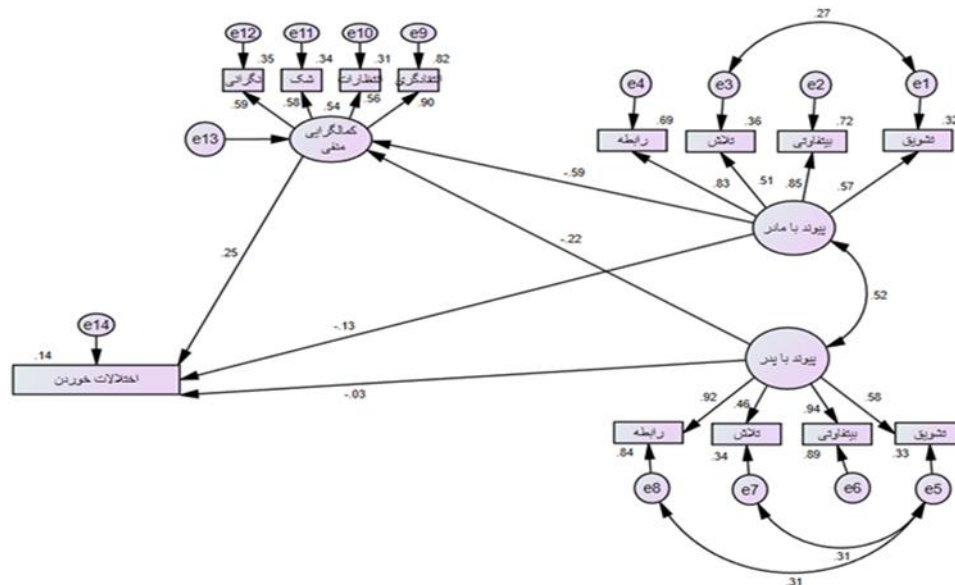
IFI	NFI	CFI	AGFI	GFI	χ^2/DF	RMSEA	شاخص
۰/۷۲	۰/۷۸	۰/۸۱	۰/۷۴	۰/۸۲	۴/۷۵	۰/۱۳	مدل اولیه
۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۸۲	۰/۹۰	۳/۰۹	۰/۱۰	مدل اصلاح شده
>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۳	<۰/۰۸	بازه قابل قبول

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد اثر مستقیم پیوند با مادر بر کمال‌گرایی منفی ($\beta = -۰/۵۹$ ، $p < ۰/۰۱$) و همچنین اثر مستقیم پیوند با پدر بر کمال‌گرایی منفی ($\beta = -۰/۳۲$ ، $p < ۰/۰۱$) منفی و از نظر آماری معنادار است. از طرفی اثر مستقیم کمال‌گرایی منفی بر اختلالات خوردن ($\beta = ۰/۲۵$ ، $p < ۰/۰۵$) مثبت و از نظر آماری معنادار است. بالاین‌حال اثر مستقیم پیوند با مادر بر اختلالات خوردن ($\beta = -۰/۱۳$ ، $p > ۰/۰۵$) و همچنین اثر مستقیم پیوند با پدر بر اختلالات خوردن ($\beta = -۰/۰۳$ ، $p > ۰/۰۵$) از نظر آماری معنادار نیست. در جدول ۴ نتایج مربوط به بررسی اثرات غیرمستقیم متغیر پیش‌بین بر متغیر ملاک بواسطه متغیرهای میانجی با استفاده از روش بوت استرپ ارائه شده است.

شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده که در جدول ۲ ارائه شده است، برازش نسبتاً مناسب این مدل را نشان می‌دهد؛ چرا که مقادیر شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) به‌عنوان شاخص‌های برازش مطلق و مقادیر شاخص نیکویی برازش تطبیقی (CFI)، شاخص نیکویی برازش افزایشی (IFI) و شاخص نیکویی برازش هنجار شده (NFI) به‌عنوان شاخص‌های برازش تطبیقی همگی در حد مطلوب قرار دارند. بالاین‌حال مقدار نسبت خی‌دو بر درجه‌آزادی (χ^2/df) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریبی (RMSEA) به‌عنوان شاخص‌های برازش مقتصد در سطح مطلوب قرار ندارند که نشان می‌دهد اقتصاد مدل رعایت نشده است.

شکل ۱ مدل آزمون شده پژوهش را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد.

در جدول ۳ نتایج مربوط به بررسی اثر مستقیم متغیر پیش‌بین بر متغیرهای میانجی و ملاک ارائه شده است.



شکل ۱) مدل آزمون شده پژوهش

جدول ۳) اثرات مستقیم متغیرهای پیش‌بین در متغیرهای میانجی و ملاک

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	t	p
پیوند با مادر	کمال‌گرایی منفی	-۰/۵۹	-۰/۷۸	-۵/۸۰	<۰/۰۰۱
	اختلالات خوردن	-۰/۱۳	-۰/۵۵	-۱/۱۴	۰/۲۵۳
پیوند با پدر	کمال‌گرایی منفی	-۰/۲۲	-۰/۲۱	-۲/۸۹	۰/۰۰۴
	اختلالات خوردن	-۰/۰۳	-۰/۱۰	-۰/۴۱	۰/۶۷۹
کمال‌گرایی منفی	اختلالات خوردن	۰/۲۵	۰/۷۷	۲/۰۶	۰/۰۳۹

جدول ۴) اثرات غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استرپ

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حدود بوت استرپ		مقدار اثر	سطح معناداری
			حد پایین - حد بالا	حد پایین - حد بالا		
پیوند با مادر	کمال‌گرایی منفی	اختلالات خوردن	-۰/۳۲۵	-۰/۰۰۴	-۰/۱۵	۰/۰۴۷
پیوند با پدر	کمال‌گرایی منفی	اختلالات خوردن	-۰/۱۷۸	-۰/۰۰۱	-۰/۰۶	۰/۰۳۸

خوردن نیز اثر مستقیمی مشاهده نشد. این نتایج در تضاد با برخی پژوهش‌های پیشین است (۱۴-۲۴)، اما با یافته‌های برخی دیگر مانند لوت و همکاران (۱۸)، کر و همکاران (۱۵)، مونتلئون و همکاران (۷) هم‌راستا است. برای مثال، کر و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که تنها پذیرش پایین از سوی مادر با علائم اختلال خوردن ارتباط دارد، درحالی‌که پذیرش پایین پدر نقش معناداری ایفا نمی‌کرد (۱۵). همچنین در مطالعه مونتلئون و همکاران (۲۰۱۹) مشخص شد که بیماران مبتلا به اختلال خوردن، در مقایسه با افراد سالم، ادراک پایین‌تری از مراقبت والدینی و ادراک بالاتری از کنترل والدینی دارند. با این حال، این سبک پیوند به‌تنهایی پیش‌بینی‌کننده معناداری

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر غیر مستقیم پیوند با مادر بر اختلالات خوردن به‌واسطه کمال‌گرایی منفی با ضریب تأثیر (-۰/۱۵) و همچنین اثر غیرمستقیم پیوند با پدر بر اختلالات خوردن به‌واسطه کمال‌گرایی منفی با ضریب تأثیر (-۰/۰۶) از نظر آماری معنادار است؛ لذا کمال‌گرایی منفی روابط بین پیوند با مادر و پیوند با پدر با اختلالات خوردن را میانجی‌گری می‌کند.

بحث

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که پیوند ضعیف با مادر نمی‌تواند علائم اختلال خوردن را به‌طور مستقیم پیش‌بینی کند؛ همچنین، در رابطه پیوند پدر-دختر با اختلال

برای علائم اختلال خوردن نبود. این یافته‌ها در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که رابطه بین پیوند والدینی و اختلال خوردن احتمالاً ساده و خطی نیست، بلکه تحت تأثیر عوامل تعدیل‌گر و زمینه‌ای قرار دارد. همچنین نتایج مطالعه مونتلتونه و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که تأثیر سبک‌های پیوند والدینی، به‌ویژه کنترل بالا از سوی مادر، زمانی معنادار می‌شود که فرد در دوران کودکی سطوح پایینی از مراقبت عاطفی یا تجارب هیجانی منفی را تجربه کرده باشد. این امر مؤید این نکته است که پیوندهای والدینی ناسالم، زمانی به عاملی خطر ساز برای بروز آسیب‌های روانی تبدیل می‌شوند که با سایر تجارب آسیب‌زای دوران رشد همراه باشند. بر این اساس، عدم مشاهده رابطه مستقیم بین پیوند والدینی و اختلالات خوردن در پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از وجود عوامل میانجی یا تعدیل‌گری مانند سبک دلبستگی، تجارب هیجانی، یا متغیرهای زمینه‌ای دیگر باشد. این نتایج، ضرورت اتخاذ رویکردی چندعاملی و تعاملی در تبیین اختلالات خوردن را برجسته می‌سازد (۷).

نتایج پژوهش نشان داد که پیوند والدینی ضعیف می‌تواند به‌صورت مستقیم کمال‌گرایی منفی را پیش‌بینی نماید. این نتیجه با پژوهش‌های دیگر همسو است (۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳). دو مدل نظری مهم در تبیین منشأ کمال‌گرایی، شامل مدل انتظارات اجتماعی و مدل یادگیری اجتماعی هستند که نقش والدین را در شکل‌گیری کمال‌گرایی در فرزندان برجسته می‌کنند (۳۲). نظریه انتظارات اجتماعی که توسط فلت و همکاران (۲۰۰۲) مطرح شده است بیان می‌کند که کمال‌گرایی در پاسخ به تجربه پذیرش مشروط از سوی والدین شکل می‌گیرد. در این چارچوب، والدینی که استانداردهای بالایی را برای فرزندان خود تعیین می‌کنند و صرفاً در صورت برآورده شدن این انتظارات محبت یا تأیید خود را ابراز می‌دارند، زمینه‌ساز رشد باورهای کمال‌گرایانه در کودکان می‌شوند (۳۰). این نظریه ریشه در دیدگاه میسیلدین (۱۹۶۳) دارد که معتقد بود والدین افراد کمال‌گرا، به‌جای تحسین پیشرفت‌های آنان، دائماً خواهان عملکرد بهتر و استانداردهای بالاتر هستند. این فرایند می‌تواند به درونی‌سازی انتقاد والدینی و شکل‌گیری الگوهای شناختی ناسازگار همچون خودسرزنی، حساسیت نسبت به شکست و استانداردهای افراطی منجر شود (۲۸). مطالعاتی مانند آنز و همکاران (۲۰۰۲) و دامیان و همکاران

(۲۰۱۳) نیز شواهدی برای این دیدگاه ارائه داده‌اند و نشان داده‌اند که انتظارات والدینی عمدتاً با ابعاد سازگار کمال‌گرایی و انتقاد والدینی با ابعاد ناسازگار آن ارتباط دارد (۳۹، ۴۰). بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، کمال‌گرایی از طریق مشاهده و تقلید رفتار والدین توسعه می‌یابد. در این مدل، فرض بر آن است که والدینی که رفتارهای کمال‌گرایانه از خود نشان می‌دهند مانند ارزیابی سخت‌گیرانه عملکرد، پاداش‌دهی فقط پس از موفقیت کامل، یا اضطراب بالا در قبال اشتباه، الگوهایی قدرتمند برای فرزندان خود می‌سازند. کودکان با مشاهده چنین رفتارهایی، این نگرش‌ها و راهبردها را یاد می‌گیرند و به تدریج درونی می‌کنند. اگرچه نقش عوامل ژنتیکی نیز در رشد ویژگی‌های شخصیتی همچون کمال‌گرایی مطرح است، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بخش عمده‌ای از تفاوت‌های شخصیتی ناشی از عوامل محیطی، به‌ویژه یادگیری اجتماعی، است (۳۰). مطالعاتی مانند ووکاسوویچ و براتکو (۲۰۱۵)، کووران و همکاران (۲۰۲۰)، اپلتون و همکاران (۲۰۱۰) و هیویت و همکاران (۲۰۱۷) نیز همبستگی میان ابعاد کمال‌گرایی در والدین و فرزندان را تأیید کرده‌اند (۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶).

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود رابطه معنادار بین کمال‌گرایی منفی و علائم اختلال خوردن با بسیاری از مطالعات پیشین همسوست (۲۳، ۴۱-۴۳، ۴۶-۴۹) اما با نتایج برخی دیگر از جمله سلطانی و همکاران (۱۳۹۹) و دربرگ و همکاران (۲۰۱۹) ناهمسوایی نشان می‌دهد (۵۰، ۵۱). در پژوهش دربرگ، رابطه مستقیم بین کمال‌گرایی و اختلال خوردن مشاهده نشد و نقش این متغیر به‌صورت غیرمستقیم و از طریق اضطراب و افسردگی توجیه شده است. همچنین، در پژوهش سلطانی نیز ممکن است نوع نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری یا ساختار آماری مورد استفاده منجر به تفاوت در نتایج شده باشد. این ناهمسوایی‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع کمال‌گرایی مورد بررسی (مثلاً تمایز بین ابعاد سازگار و ناسازگار)، ویژگی‌های نمونه (بالینی یا غیربالینی)، یا تفاوت‌های فرهنگی در تعریف و تجربه فشارهای عملکردی باشد. در پژوهش حاضر تمرکز بر کمال‌گرایی منفی به‌عنوان سازه‌ای ناسازگار با ویژگی‌هایی چون خودانتقادی مفرط، نگرانی از اشتباه و استانداردهای غیرواقعی بوده که بر اساس شواهد نظری و تجربی نقش بارزی در شکل‌گیری اختلالات

خوردن ایفا می‌کند (۴۶). نقش کمال‌گرایی منفی در رابطه با اختلالات خوردن را می‌توان با استفاده از نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ تبیین کرد. سبک‌های فرزندپروری کنترل‌گر و غیرحمایتی می‌توانند منجر به شکل‌گیری طرحواره‌هایی چون «استانداردهای سخت‌گیرانه»، «نقص و شرم» و «موفقیت‌گرایی افراطی» شوند. این طرحواره‌ها پایه‌های کمال‌گرایی منفی را شکل می‌دهند و فرد را به پذیرش استانداردهای غیرواقع‌بینانه و خودانتقادی مزمن سوق می‌دهند (۴۲). در چنین شرایطی، نوجوان ممکن است برای کسب کنترل و تأیید، رفتارهای ناسالم غذایی مانند پرهیز افراطی، رژیم‌های سخت‌گیرانه یا اشتغال ذهنی با شکل بدن را تجربه کند (۴۲، ۴۶).

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که پیوند والدینی ضعیف به‌صورت مستقیم تأثیر معناداری بر بروز علائم اختلالات خوردن ندارد، اما از طریق میانجی‌گری کمال‌گرایی منفی می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری این علائم در نوجوانان باشد. این نتیجه همسو با مدل‌های نظری و یافته‌های پژوهشی پیشین است که نقش سازوکارهای شناختی واسطه در مسیر تأثیرگذاری تجارب والدینی بر آسیب‌شناسی روانی را مورد تأکید قرار داده‌اند (۷، ۲۲، ۲۴، ۴۲). بر اساس یافته‌های دیاتس و همکاران (۲۰۱۰)، ادراک از سبک‌های والدگری منفی به‌ویژه کنترل بالا و مراقبت پایین از سوی مادران با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از جمله استانداردهای سخت‌گیرانه، نقص و شرم و شکست، رابطه معنادار دارد. این طرحواره‌ها مؤلفه‌های اصلی کمال‌گرایی منفی را تشکیل می‌دهند که با ویژگی‌هایی چون خودانتقادی مفرط، ترس از شکست، و نیاز به برآورده ساختن معیارهای غیرواقعی همراه‌اند. در این شرایط، نوجوانان یاد می‌گیرند که تنها در صورت رسیدن به استانداردهای بالا ارزشمند هستند و هرگونه شکست یا اشتباه به معنای بی‌ارزشی آن‌هاست. این نوع کمال‌گرایی ناسازگار که با نگرانی مفرط از اشتباه، شک در اعمال و انتظارات اجتماعی بالا همراه است، می‌تواند با رفتارهایی مانند رژیم‌های سخت‌گیرانه، پرخوری عصبی یا اجتناب از غذا خوردن برای رسیدن به تصویری «ایده‌آل» از بدن همراه شود و در مواجهه با محرک‌هایی چون تصویر بدن، تغذیه، یا وزن، به‌صورت رفتارهای جبرانی، پرهیز از خوردن، یا کنترل افراطی تغذیه ظاهر شوند. در واقع، مسیر شکل‌گیری

چنین الگوهایی را می‌توان از طریق مدل‌های نظری همچون نظریه طرحواره‌درمانی یانگ و مدل شناختی اختلالات خوردن توضیح داد (۲۲، ۴۲). در تأیید این مسیر مفهومی، پژوهش کورتس-گارسیا و همکاران (۲۰۲۲) در یک نمونه بالینی نشان داد که رابطه بین دلبستگی ناایمن با مادر و علائم اختلالات خوردن، از طریق سازوکارهایی چون کمال‌گرایی منفی، نشخوار ذهنی و عزت‌نفس پایین میانجی‌گری می‌شود. در این مطالعه، کمال‌گرایی ناسازگار قوی‌ترین متغیر میانجی شناخته شد که نشان می‌دهد تأثیر سبک‌های والدینی ناسالم بر اختلالات خوردن، بیش از هر چیز از طریق شکل‌گیری انتظارات غیرواقع‌گرایانه و خودانتقادی مزمن در نوجوانان اتفاق می‌افتد (۲۵).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که پیوند والدینی ضعیف به‌طور مستقیم پیش‌بینی‌کننده علائم اختلال خوردن نیست، اما از طریق کمال‌گرایی منفی می‌تواند نقش معناداری ایفا کند. این نتایج از مدل‌های نظری چون «انتظارات اجتماعی» و «یادگیری اجتماعی» حمایت می‌کنند و با رویکرد طرحواره‌درمانی نیز هم‌راستا است. به‌ویژه، سبک‌های فرزندپروری کنترل‌گر و ناکارآمد می‌توانند زمینه‌ساز شکل‌گیری طرحواره‌هایی همچون «استانداردهای سخت‌گیرانه» و «نقص و شرم» شوند که خود پایه‌گذار کمال‌گرایی منفی و در نهایت، آسیب‌پذیری در برابر اختلالات خوردن هستند. بر این اساس، توجه به نقش واسطه این سازه‌های شناختی می‌تواند به طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی اثربخش برای نوجوانان منجر شود.

با وجود یافته‌های ارزشمند پژوهش حاضر، برخی محدودیت‌ها وجود دارد که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مدنظر قرار گیرند. نخست، طراحی پژوهش به‌صورت مقطعی بوده است؛ بنابراین، استنتاج روابط علی میان متغیرها با احتیاط باید صورت گیرد و توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از طراحی‌های طولی یا آزمایشی برای بررسی مسیرهای علی استفاده شود. تمرکز اصلی این مطالعه بر متغیرهای روانشناختی در سطح فردی بود، درحالی‌که عوامل بین‌فردی، فرهنگی و اجتماعی، از جمله فشار رسانه‌ای، نقش شبکه‌های اجتماعی، هنجارهای فرهنگی درباره بدن ایده‌آل، و حتی متغیرهای اقتصادی-اجتماعی، می‌توانند نقش‌های تعدیل‌گر یا زمینه‌ساز مهمی در شکل‌گیری اختلالات خوردن داشته باشند که در این پژوهش مورد بررسی

3. American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association DS. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
4. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
5. Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology?. *Psychiatry Research*. 2011 May 30;187(3):401-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.028>
6. Cerniglia L, Cimino S, Tafa M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*. 2017 Oct 3:305-12. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>
7. Monteleone AM, Ruzzi V, Patriciello G, Pellegrino F, Cascino G, Castellini G, Steardo L, Monteleone P, Maj M. Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: an investigation of their interactions. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020 Jun;25:577-89. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00649-0>
8. Bowlby J. The origins of attachment theory: john bowlby and mary ainsworth. *Developmental Psychology*. 1978;28(5):327. DOI:10.1037/0012-1649.28.5.759
9. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology*. 1979 Mar. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
10. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*. 1997 Dec;9(4):679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
11. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In *Attachment theory* 2013 Apr 15 (pp. 45-84). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203728017-4/origins-attachment-theory-ingebretherton>
12. Cooper MJ, Wells A, Todd G. A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*. 2004 Mar;43(1):1-6. <https://doi.org/10.1348/014466504772812931>
13. Cella S, Iannaccone M, Cotrufo P. How perceived parental bonding affects self-concept and drive for thinness: a community-based study. *Eating Behaviors*. 2014 Jan 1;15(1):110-5. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.024>

قرار نگرفتند. بررسی این عوامل در مدل‌های آینده می‌تواند به درک جامع‌تری از سازوکارهای روانی و اجتماعی اختلالات خوردن منجر شود. نمونه پژوهش محدود به دانش‌آموزان دختر غیرکلینیکی در یک شهر خاص بود. این محدودیت موجب می‌شود تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی، جنسیتی (مانند پسران نوجوان) و جمعیت‌های بالینی (مانند نوجوانان دارای تشخیص رسمی اختلال خوردن) با احتیاط همراه باشد. در نتیجه، اجرای پژوهش‌های مشابه در جمعیت‌های متنوع از نظر سن، جنس، فرهنگ و شرایط بالینی، می‌تواند به آزمون استحکام مدل ارائه‌شده در زمینه‌های مختلف کمک کند. کلیه متغیرها با روش خودگزارشی اندازه‌گیری شدند که احتمال سوگیری پاسخ از جمله تمایل به پاسخ‌های مطلوب اجتماعی را افزایش می‌دهد. استفاده از ارزیابی‌های چندمنبعی یا روش‌های مصاحبه‌ای ساختاریافته در پژوهش‌های آینده می‌تواند دقت اندازه‌گیری را افزایش دهد. از منظر کاربردی، با توجه به نقش میانجی‌گرانه کمال‌گرایی منفی در مسیر بین پیوند والدینی و اختلالات خوردن، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی برای والدین طراحی شود که در آن بر ایجاد سبک‌های فرزندپروری حمایتی، غیرانتقادی و پذیرنده تأکید گردد. آموزش والدین در زمینه پیامدهای منفی انتظارات بالا و کمال‌گرایی افراطی، می‌تواند به کاهش زمینه‌سازی اختلالات روانشناختی مانند اختلالات خوردن کمک کند. همچنین، اجرای کارگاه‌های مدرسه‌محور برای نوجوانان با تمرکز بر افزایش پذیرش خود، کاهش استانداردهای افراطی و ارتقاء تنظیم هیجان، از دیگر مداخلات مؤثر در راستای پیشگیری زودهنگام محسوب می‌شود.

منابع

1. Bornioli A, Lewis-Smith H, Slater A, Bray I. Body dissatisfaction predicts the onset of depression among adolescent females and males: a prospective study. *J Epidemiol Community Health*. 2021 Apr 1;75(4):343-8. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213033>
2. Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, Agerbo E, Birgegård A, Norring C, Yao S, Råstam M, Larsson H, Lichtenstein P, Bulik CM. Sex-and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete Swedish 1979–2001 birth cohort. *International Journal of Eating Disorders*. 2015 Dec;48(8):1070-81. <https://doi.org/10.1002/eat.22467>

- Apr 1;27(3):384-405.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
24. Soenens B, Vansteenkiste M, Vandereycken W, Luyten P, Sierens E, Goossens L. Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: Maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008 Feb 1;196(2):144-52.
<https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318162aabf>
25. Cortés-García L, Martínez Calvo C, Senra C. Mediation effect of Fairburn's transdiagnostic mechanisms between attachment to the mother and eating disorder symptoms in a clinical sample. *Frontiers in Psychology*. 2022 Apr 18;13:852977.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.852977>
26. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*. 2002 Jul 1;40(7):773-91.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
27. Craddock AE, Church W, Sands A. Family of origin characteristics as predictors of perfectionism. *Australian Journal of Psychology*. 2009 Sep;61(3):136-44.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/00049530802239326>
28. Missildine WH. Perfectionism—if you must strive to “do better”. In: Missildine WH, editor. *Your inner child of the past*. New York: Pocket Books; 1963. p. 75–90.
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2016173>
29. Flett GL, Hewitt PL, Nepon T, Sherry SB, Smith M. The destructiveness and public health significance of socially prescribed perfectionism: A review, analysis, and conceptual extension. *Clinical Psychology Review*. 2022 Apr 1;93:102130.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102130>
30. Erickson J, Forsberg O, Schmidt M. Parental Influence on Adolescent Perfectionism. *BYU Studies Quarterly*. 2024;63(4):6.
<https://scholarsarchive.byu.edu/byusq/vol63/iss4/6>
31. Carmo C, Oliveira D, Brás M, Faísca L. The influence of parental perfectionism and parenting styles on child perfectionism. *Children*. 2021 Sep 4;8(9):777.
<https://doi.org/10.3390/children8090777>
32. Smith MM, Hewitt PL, Sherry SB, Flett GL, Ray C. Parenting behaviors and trait perfectionism: A meta-analytic test of the social expectations and social learning models. *Journal of Research in Personality*. 2022 Feb 1;96:104180.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104180>
33. Curran T, Hill AP, Madigan DJ, Stornæs AV. A test of social learning and parent socialization perspectives on the development of perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 2020 Jul 1;160:109925.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109925>
14. Cella S, Iannaccone M, Cotrufo P. Does body shame mediate the relationship between parental bonding, self-esteem, maladaptive perfectionism, body mass index and eating disorders? A structural equation model. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020 Jun;25:667-78.
<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00670-3>
15. Kerr KL, Ralph-Nearman C, Colaizzi JM, DeVille DC, Breslin FJ, Aupperle RL, Paulus MP, Morris AS. Gastric symptoms and low perceived maternal warmth are associated with eating disorder symptoms in young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 2021 Jun;54(6):1009-18.
<https://doi.org/10.1002/eat.23516>
16. Asghari A, Rafieinia P. Canonical Analysis of Relationships between Coping Strategies and Parental Bonding with Eating Disorders among University Students. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2023 Aug 23;6(3):81-8. [in Persian]
<https://doi.org/10.30473/ijohp.2023.62432.1225>
17. Hazzard VM, Miller AL, Bauer KW, Mukherjee B, Sonnevile KR. Mother-child and father-child connectedness in adolescence and disordered eating symptoms in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2020 Mar 1;66(3):366-71.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.019>
18. Loth KA, MacLehose RF, Fulkerson JA, Crow S, Neumark-Sztainer D. Are food restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent disordered eating behaviors?. *International Journal of Eating Disorders*. 2014 Apr;47(3):310-4.
<https://doi.org/10.1002/eat.22189>
19. Martini MG, Yim SH, Eisler I, Micali N, Schmidt U. Bonding and parent-child quality of interaction in parents with eating disorder: a scoping review. *European Eating Disorders Review*. 2025 Mar;33(2):221-38.
<https://doi.org/10.1002/erv.3144>
20. Lydecker JA, Zhang Z, Larson N, Loth KA, Wall M, Neumark-Sztainer D. Parental Binge Eating and Child Binge Eating and Weight-Control Behaviors: Cross-Sectional and Longitudinal Findings From the EAT 2010–2018 Study. *International Journal of Eating Disorders*. 2024 Nov;57(11):2260-8.
<https://doi.org/10.1002/eat.24284>
21. Hampshire C, Mahoney B, Davis SK. Parenting styles and disordered eating among youths: A rapid scoping review. *Frontiers in Psychology*. 2022 Jan 27;12:802567.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.802567>
22. Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review*. 2001 Aug 1;21(6):879-906.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)
23. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, Simonich H. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical psychology review*. 2007

- 1999 May 1;56(5):468-76. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205036>
44. Curran T, Hill AP, Williams LJ. The relationships between parental conditional regard and adolescents' self-critical and narcissistic perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 2017 Apr 15;109:17-22. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.12.035>
45. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*. 2011 Mar 1;31(2):203-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
46. Livet A, Navarri X, Pomerleau PP, Champagne S, Yunus FM, Chadi N, McVey G, Conrod P. Perfectionism in children and adolescents with eating-related symptoms: a systematic review and a Meta-analysis of Effect estimates. *Adolescents*. 2023 Apr 25;3(2):305-29. <https://doi.org/10.3390/adolescents3020022>
47. Vacca M, Ballesio A, Lombardo C. The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *European Eating Disorders Review*. 2021 Jan;29(1):32-51. <https://doi.org/10.1002/erv.2793>
48. Vatankhah, S., Bakhshipour Roodsari, A., Hashemi Nosratabad, T., Shalchi, B. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) on Body Image Dissatisfaction, Cognitive Emotion Regulation and Impulsivity in Women with Bulimia Nervosa: A Single Case Study. *Journal of Clinical Psychology*, 2025; 17(1): 1-19. [in Persian] DOI:10.22075/jcp.2025.36949.3133
49. Ghadampour S, Mohammadkhani S, Hasani J. Discriminative role of the fear of positive and negative evaluation, perfectionism and self-focused attention in social anxiety disorder, bulimia nervosa disorder and normal individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2019 May 22;11(1):1-2. [in Persian] DOI:10.22075/jcp.2019.9505
50. Soltani M, Salehi B, Bastami Katuli M. The mediating role of adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies on perfectionism and symptoms of binge eating disorder in female college students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2020 Sep 22;15(57):17-5. [in Persian] <https://sid.ir/paper/961639/fa>
51. Drieberg H, McEvoy PM, Hoiles KJ, Shu CY, Egan SJ. An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating behaviors*. 2019 Jan 1;32:53-9. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.002>
52. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023 May 24. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=t2CvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Kline+RB.+P>
34. Vukasović T, Bratko D. Heritability of personality: A meta-analysis of behavior genetic studies. *Psychological bulletin*. 2015 Jul;141(4):769. DOI:10.1037/bul0000017
35. Hewitt PL, Flett GL, Mikail SF. Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment. Guilford Publications; 2017 Mar 29. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Nj4DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Hewitt+PL,+Flett+GL,+Mikail+SF.+Perfectionism:+A+relational+approach+to+conceptualization,+assessment,+and+treatment.+Guilford+Publications%3B+2017+Mar+29.+&ots=CI30lZgtoA&sig=kj5TJlzM9nsF_-CuicUcRLqLPiU#v=onepage&q&f=false
36. Appleton PR, Hall HK, Hill AP. Family patterns of perfectionism: An examination of elite junior athletes and their parents. *Psychology of Sport and Exercise*. 2010 Sep 1;11(5):363-71. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.04.005>
37. Reis Soares, F.H., Neufeld, C.B. & Mansur-Alves, M. Multidimensional Perfectionism Predicted by Personality Traits and Parental Bonding: An Empirical Study with a Brazilian Sample. *Trends in Psychol.* 28, 622–639 (2020). <https://doi.org/10.1007/s43076-020-00042-2>
38. Ge S, Chen C, Hewitt PL, Flett GL. Father-daughter and mother-son relationships: Parental bonding behaviours and socially prescribed perfectionism in young adults. *Personality and Individual Differences*. 2023 Mar 1;203:112007. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.112007>
39. Enns MW, Cox BJ, Clara I. Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Personality and individual differences*. 2002 Oct 19;33(6):921-35. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00202-](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00202-)
40. Damian LE, Stoeber J, Negru O, Băban A. On the development of perfectionism in adolescence: Perceived parental expectations predict longitudinal increases in socially prescribed perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 2013 Oct 1;55(6):688-93. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.021>
41. Rezaei S, DashtBozorgi Z. The Role of Perfectionism, Cognitive Emotion Regulation Strategies and Sleep Quality in Predicting Nursing Students' Eating Disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2018 Aug 10;4(4):1-9. <http://ijrn.ir/article-1-359-en.html>
42. Deas S, Power K, Collin P, Yellowlees A, Grierson D. The relationship between disordered eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive Therapy and Research*. 2011 Oct;35:414-24. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9319-x>
43. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*.

principles+and+practice+of+structural+equation+mod
eling.+Guilford+publications%3B+2023+May+24.&
ots=sWUDV49_iK&sig=Emfnzb5_t6PR8rdbU3gQ
N1_ZbU0#v=onepage&q&f=false

53. Behzadi B, Sarvghad S, Samani S. Confirmatory factor analysis on Persian version of the Parker's Parental Bonding Instrument. *J Psychol Models Methods*. 2012;2(6):81–98. [in Persian]

<https://sid.ir/paper/227404/en>

54. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. Cognitive therapy and research. 1990 Oct;14:449–68.

<https://psycnet.apa.org/record/1991-06256-001>

55. Bitaraf S, Shaeeri MR, Hakim Javadi M. Social phobia, parenting styles, and perfectionism. *Dev Psychol (J Iran Psychol)*. 2010;7(25):75–83. [in Persian] <https://sid.ir/paper/101451/en>

56. Liaghat R, Ghasemi F. The examination of psychometric properties of Frost Perfectionism Questionnaire and its relationship with examination anxiety: case study of Tehran high schools. *J Psychol Res*. 2014;23(6):60–76.

<http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.1.87>

57. Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychol Assess*. 2000;12(2):123–31. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.2.123>

58. Stice E, Fisher M, Martinez E. Eating Disorder Diagnostic Scale: additional evidence of reliability and validity. *Psychol Assess*. 2004;16(1):60–71. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.1.60>

59. Khabir L, Mohammadi N, Rahimi Ch. Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS). *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014;18(2):100–107. [in Persian] <https://sid.ir/paper/497774/fa>

