

DISORDERED EATING BEHAVIORS

The Role of Perfectionism and Its' Dimensions in Predicting Disordered Eating Behaviors Among Students

Mohammad Reza Khodabakhsh

* PhD in Psychology, Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Mashhad Branch, Mashhad, Iran. (Corresponding Author)
Khodabakhsh@ut.ac.ir

Fariba Kiani

PhD in Psychology, Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, shahrekord Branch, shahrekord, Iran

Received: 23 July 2014

Accepted: 13 March 2015

ABSTRACT

Background and objective: Researches related to perfectionism have tried to investigate the negative relationship between this variable and its' dimensions with the various fields of physical and psychological hygiene and health. The aim of this study was to investigate the role of perfectionism and its' dimensions in predicting disordered eating behaviors among students.

Methods: This cross-sectional study was conducted among 477 students of AllamehTabataba'i University who was selected by multiple cluster sampling. Participants responded to the questionnaires of demographic characteristics, perfectionism of Besharat (1382), disordered eating behaviors of Garner et al. (1982). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise regression.

Results: There were significant positive correlations between perfectionism and its' dimensions (self-centered, other-centered, and community-centered) with disordered eating behaviors ($p < 0.01$). In other words, when perfectionism increases, the degree of disordered eating behaviors among students also increases. Stepwise regression analysis also indicated that in the interaction between the dimensions of perfectionism, the community-centered perfectionism and other-centered perfectionism significantly predicted, respectively, 11% and 9% of the variance of disordered eating behaviors among student ($p < 0.05$).

Conclusions: The results of this study suggest the importance of perfectionism and its' dimensions in predicting disordered eating behaviors. These factors can explain the high degree of variability of these behaviors.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Disordered eating behavior, Community-centered perfectionism, Other-centered perfectionism, Self-centered perfectionism, Students, AllamehTabataba'i Uni

► **Citation:** Khodabakhsh MR, Kiani F. The Role of Perfectionism and Its' Dimensions in Predicting Disordered Eating Behaviors Among Students. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. Spring 2015;3(1): 69-77.

رفتارهای خوردن آشفته

نقش کمال‌گرایی و ابعاد آن در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته بین دانشجویان

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش‌ها در حوزه کمال‌گرایی سعی کرده‌اند که رابطه منفی بین کمال‌گرایی و ابعادش را با زمینه‌های مختلف بهداشت و سلامت جسمی و روانی موردبررسی قرار دهند. هدف از پژوهش حاضر، تعیین نقش کمال‌گرایی و ابعاد آن در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته در میان دانشجویان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۷۷ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند، انجام گردید. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های خصوصیات جمعیت‌شناختی، کمال‌گرایی بشارت (۱۳۸۲) و رفتارهای خوردن آشفته گارنر و همکاران (۱۹۸۲) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین کمال‌گرایی و ابعاد آن (خویشتن‌مدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار) با رفتارهای خوردن آشفته همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). یعنی، هرچه کمال‌گرایی افزایش یابد، میزان رفتارهای خوردن آشفته در میان دانشجویان نیز افزایش می‌یافت. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز نشان داد که در تعامل بین ابعاد کمال‌گرایی، ابعاد کمال‌گرایی جامعه‌مدار و دیگرمدار به ترتیب ۱۱٪ و ۹٪ از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را به‌طور معناداری پیش‌بینی کردند ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش حاکی از اهمیت کمال‌گرایی و ابعاد آن در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته است و این عوامل می‌توانند میزان بالایی از تغییرپذیری این رفتارها را تبیین نمایند.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای خوردن آشفته، کمال‌گرایی جامعه‌مدار، کمال‌گرایی دیگرمدار، کمال‌گرایی خویشتن‌مدار، دانشجویان، دانشگاه علامه طباطبائی.

محمدرضا خدابخش

* دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

Khodabakhsh@ut.ac.ir

فریبا کیانی

دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، شهرکرد، ایران

◀ **استناد:** خدابخش م. ر. کیانی ف. نقش کمال‌گرایی و ابعاد آن در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته بین دانشجویان. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. بهار ۱۳۹۴؛ ۳(۱): ۶۹-۷۷.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۵/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۲

مقدمه

مطالعه علمی اختلالات خوردن^۱ به نسبت حوزه‌ی جدیدی است که در دهه‌ی ۱۹۶۰ شدت گرفت و گسترش فزاینده‌ای تاکنون داشته است. تحقیقات، شواهد نگران‌کننده‌ای را نشان می‌دهند؛ یعنی اختلالات خوردن می‌تواند هزینه‌های سنگینی را بر زندگی فرد تحمیل کند. این اختلال نیز می‌تواند افراد هر جنس و سنی را مبتلا کند. اختلالات خوردن به‌عنوان شرایط تهدیدکننده زندگی، آشفتگی‌های جدی در خوردن و تصویر بدن ایجاد می‌کند و در زنان بسیار شایع است (۱).

اختلالات خوردن به‌عنوان نشانگان چندعاملی ناهمگونی است که نتیجه کارکرد عوامل نوروبیولوژی، روان‌شناختی و اجتماعی فرهنگی است (۲). برای مثال، شیوع بیشتر اختلالات خوردن در زنان می‌تواند به‌واسطه تاکید فرهنگی بر روی لاغری زنان باشد (۳). پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند اختلالات خوردن را می‌توان به‌عنوان اختلال در فرایند خودتنظیمی یا نقص در ظرفیت پردازش و تنظیم هیجانات مفهوم‌سازی نمود (۴). در سال‌های اخیر، اختلالات خوردن، رفتارها و باورهای خوردن مشکل‌ساز به‌گونه‌ای فزاینده شایع شده‌اند (۵). بی‌اشتهایی عصبی^۲ و پرخوری عصبی^۳ حدود ۰/۳٪ تا ۱٪ از زنان را مبتلا می‌کند و میزان شیوع بیشتری در زنان سنین بین ۱۵ تا ۲۴ سال دارد (۶). رفتارهای خوردن آشفته^۴ مشکلی متداول در میان نوجوانان است و می‌تواند پیش‌درآمد اختلالات خوردن باشد (۵). تحقیقات نشان می‌دهند افرادی با اختلالات هیجانی چون افسردگی^۵ و اضطراب^۶ (۷)، اختلال وسواس بی‌اختیاری^۸، اضطراب اجتماعی و حساسیت بین شخصی (۹) خطر بیشتری در ایجاد اختلالات خوردن دارند. شواهد تجربی یک پیوستار آسیب‌شناسی اختلال‌های خوردن

را نشان می‌دهد. اصطلاح خوردن آشفته^۸ برای افرادی استفاده می‌شود که در میانه پیوستار قرار دارند. این افراد نوع خاصی از رفتار خوردن آشفته دارند که دلالت بر اختلال خوردن خاص مانند بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی ندارند. افرادی که این نوع از الگوهای خوردن آشفته را دارند، در گروه اختلال‌های خوردن تصریح نشده (NOS)^۹ قرار می‌گیرند و در برخی موارد علائمی از هر دو نوع اختلال را نشان داده و پیش‌زمینه‌ای برای ابتلا به اختلال خوردن بالینی خواهند داشت (۱۰). در واقع، رفتارهای خوردن آشفته شامل استفاده از مکانیسم‌های جبرانی برای کنترل وزن و خوردن است؛ که شامل محدودیت‌های تغذیه‌ای، رفتارهای جبرانی نامناسب و افکار تحریف‌شده درباره اهمیت وزن و شکل بدن، ترس از چاق شدن، رفتارهای کنترل وزن نامناسب و اشتغال ذهنی با غذا هستند. این رفتارها پیامدهای مخربی بر سلامت دارند (۱۱). تحقیقات نشان می‌دهند شیوع رفتارهای خوردن آشفته در حال افزایش بوده و حتی فراتر از شیوع ثبت‌شده برای اختلالات خوردن به‌ویژه در میان جوانان است (۱۲).

تحقیقات اخیر، توجه خود را به نقش شخصیت و ساختارهای آن در ایجاد بیماری معطوف کرده‌اند (۱۳). افرادی با اختلالات خوردن به‌طور متداول ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات شخصیت را نیز دارا هستند (۱۴). از دیدگاه درمانی، وجود همزمان اختلالات خوردن با اختلالات شخصیت در فرایند درمان تداخل ایجاد می‌کند (۱۵). تحقیقات نشان می‌دهد کمال‌گرایی^{۱۰} با نشانگان اختلالات خوردن و باورهای خوردن غیرانطباقی در جمعیت بالینی رابطه دارد (۱۶-۱۷). تحقیقات اندکی بر رابطه بین کمال‌گرایی و اختلالات خوردن در نمونه‌های غیربالینی پرداخته‌اند و این نوع از تحقیقات بدون شک مهم هستند؛ به‌خصوص نمونه‌های غیربالینی که ترکیبی از دانشجویان دختری هستند که اختلالات خوردن در میان آن‌ها شایع‌تر است (۱۸). شناسایی عواملی که در رفتارهای خوردن آشفته سهم هستند

1. eating disorders
2. anorexia nervosa
3. bulimia nervosa
4. disordered eating behaviors
5. depression
6. anxiety
7. obsessive compulsive disorder

8. disordered eating
9. Not Otherwise Specified (NOS)
10. perfectionism

می‌تواند به فهم ما از این اختلال کمک کرده و مداخلات، ارزیابی‌ها و برنامه‌های پیشگیری هدفمند را گسترش دهد. کمال‌گرایی به‌عنوان ساختاری چندبعدی (۱۹) که دربرگیرنده ابعاد درون شخصی و بین شخصی است تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر انطباق روان‌شناختی دارد (۲۰). کمال‌گرایی، ساختاری شخصیتی است که نشان‌دهنده تلاش برای دستیابی به استانداردهای بالا برای عملکرد و تمایل به ارزیابی خود به شیوه انتقادی است (۲۱). این تلاش برای دستیابی به موفقیت به‌طور مثبت با افزایش خطر برای اختلالات خوردن رابطه دارد (۲۲). تحقیقات نشان می‌دهد کمال‌گراییا پریشانی روان‌شناختی و خودکشی (۲۳)، آشفتگی (۲۴)، اضطراب و افسردگی (۱۶) و اختلالات روان‌تنی (سایکوسوماتیک) (۲۵) رابطه دارد.

با توجه به اینکه دانشجویان، گروه هدف مهمی برای ترغیب سبک زندگی سالم در جمعیت بزرگسال هستند (۲۶) و تحقیقات انجام‌شده در داخل و خارج از ایران نشان می‌دهد این جمعیت در این گروه سنی به‌ویژه در قشر زنان بیشترین میزان خطر را برای آغاز اختلالات خوردن دارند (۲۷ و ۲۸)؛ هدف از پژوهش حاضر، تعیین نقش کمال‌گرایی و ابعاد آن (خویشتن‌مدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار) در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته دانشجویان است. با توجه به وجود مطالعات اندکی که موضوع پژوهش حاضر را به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار داده باشند و عدم وجود سابقه انجام چنین مطالعه‌ای در ایران، این مطالعه در نوع خود کم‌نظیر بوده و دارای نوآوری‌های خاص خود از نظر موضوع و تبیین نتایج است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی ۴۷۷ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی تهران (۲۶۷ دانشجوی دختر و ۲۱۰ دانشجوی پسر) که در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بوده‌و به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و براساس فرمول مورگان انتخاب شدند، انجام گردید. ابتدا از بین دانشکده‌های

دانشگاه علامه طباطبائی پنج دانشکده و از هر دانشکده نیز ۱۰۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند و از هر کلاس نیز ۲۵ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. تعداد ۲۳ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شدند. معیار ورود به پژوهش اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش و تمایل دانشجویان به شرکت در تحقیق بود. معیار خروج از پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش و مشغول به تحصیل نبودن در دانشگاه در زمان پژوهش بود. در ابتدا با اخذ مجوز از دانشگاه پژوهشگر وارد محیط پژوهش شده و سپس پرسشنامه‌های طراحی‌شده مطابق روش نمونه‌گیری در اختیار دانشجویان قرار داده‌شده و تکمیل شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش کاملاً توجیه شدند که شرکت در پژوهش برای کلیه افراد اختیاری بوده و هیچ‌گونه نام و نشانی از آن‌ها خواسته نمی‌شود و مسئله رازداری کاملاً رعایت خواهد شد و اطلاعات تنها به‌صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت. ضمناً شرکت‌کنندگان به‌صورت شفاهی رضایت خود را در مورد شرکت در پژوهش اعلام کردند و همچنین سعی بر آن شد تا در تدوین سؤالات پرسشنامه، از عبارت ارزشی استفاده نشود که باعث شود حساسیت شرکت‌کنندگان را برانگیزد و در نتیجه موجب سوگیری در پاسخ‌دهی به سؤالات شود.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها: داده‌ها توسط ۳ پرسشنامه زیر جمع‌آوری گردید:

الف) پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی. شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی بود.

ب) مقیاس کمال‌گرایی: این مقیاس که توسط بشارت (۲۹) ایرانی شده است، یک آزمون ۳۰ سؤالی است که سه بعد کمال‌گرایی خویشتن‌مدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار را براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه‌گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. پایایی مقیاس توسط بشارت (۲۹) برای زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی به روش آلفای کرونباخ برای بعد کمال‌گرایی خویشتن‌مدار ۰/۹۲، برای بعد کمال‌گرایی

از SPSS20 و روش‌های آماری توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (رگرسیون گام‌به‌گام و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۲۲ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۳ سال و انحراف استاندارد ۶/۱۳، میانگین سن مردان ۲۵ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۳ سال و انحراف استاندارد ۵/۹۵ و میانگین سن زنان ۲۳ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۰ سال و انحراف استاندارد ۶/۲۲ بود. از بین آن‌ها ۳۹۵ نفر (۸۳٪) مجرد و ۴۲ نفر (۹٪) متأهل بودند و تعداد ۴۰ نفر (۸٪) وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده بودند. تحصیلات ۳۱۰ نفر (۶۵٪) کارشناسی، ۱۱۹ نفر (۲۵٪) کارشناسی‌ارشد و تعداد ۴۸ نفر (۱۰٪) دکترا بودند. در جدول ۱، شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	حد اقل نمره	حد اکثر نمره
رفتارهای خوردن آشفته	۳۴/۵۴	۸/۵۲	۲۵/۳۴	۶۳/۱۱
کمال‌گرایی	۷۴/۴۹	۱۰/۵۷	۳۳/۴۳	۹۴/۷۴
بعد خویشتن‌مدار	۳۱/۵۹	۶/۸۶	۱۲/۳۹	۳۸/۵۱
بعد دیگرمدار	۳۱/۶۵	۵/۳۱	۱۲/۱۱	۳۹/۶۳
بعد جامعه‌مدار	۳۲/۸۹	۶/۱۳	۱۴/۳۳	۴۳/۳۱

برای به‌دست آوردن میزان رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج همبستگی‌های محاسبه شده نشان داد که بین کمال‌گرایی و رفتارهای خوردن آشفته ($n=477$, $r=0/32$, $p>0/001$)، بین کمال‌گرایی خودمدار و رفتارهای خوردن آشفته ($n=477$, $r=0/33$ ، $p>0/001$)، بین کمال‌گرایی دیگرمدار و رفتارهای خوردن آشفته ($n=477$, $r=0/37$ ، $p>0/001$) و بین کمال‌گرایی جامعه‌مدار و رفتارهای خوردن آشفته ($n=477$, $r=0/37$ ، $p>0/001$) رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به‌منظور پی بردن به اینکه در تعامل بین ابعاد کمال‌گرایی، کدام یک پیش‌بینی

دیگرمدار ۰/۸۷ و برای بعد کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۴ گزارش شده است. برای به‌دست آمدن روایی همزمان، مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی همزمان با مقیاس مشکلات بین شخصی، مقیاس سلامت‌روانی و زیرمقیاس‌های روان رنجور خوبی^۱ و برون‌گرایی مقیاس NEOPI-R مورد استفاده قرار گرفت که همبستگی‌های معنادار، این روایی را تأیید کرد. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به‌دست آمد.

ج) مقیاس رفتارهای خوردن آشفته: این مقیاس ۲۶ گویه‌ای از گرنر، اولمستد، بوهر و گرفینکل^۲ (۳۰)، یک پرسشنامه غربالگری است که به‌منظور کمک به اینکه آیا رفتار غذا خوردن و نگرش پاسخ‌دهندگان نیازمند ارزیابی بیشتر است، ساخته شده است. این پرسشنامه یک تشخیص را ارائه نمی‌دهد بلکه در عوض، نشانه‌هایی را شناسایی می‌کند که سازگار با هر کدام از اختلال‌های خوردن است. دو نمونه سؤال این مقیاس «دائماً به غذا فکر می‌کنم» و «وقتی غذا می‌خورم، احساس می‌کنم قادر به متوقف کردن خود نیستم.» بر مبنای مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای است از ۱ (همیشه) تا ۶ (هرگز). مطالعه ریواز و همکاران (۳۱) نشان دادند که این پرسشنامه دارای همسانی درونی بالایی است. همچنین این پژوهشگران نشان دادند که این مقیاس دارای قابلیت تشخیص بین آزمودنی‌ها با اختلال خوردن (ED)، علامت‌دار و بدون علامت به‌وسیله میانگین تحلیل‌های ROC و با استفاده از نتایج پرسشنامه برای تشخیص اختلال خوردن^۳ (۳۲) به‌عنوان ملاک است. این مطالعه توانست آزمودنی‌ها با اختلالات ED و بدون ED را شناسایی کند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس رفتارهای خوردن آشفته برابر با ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و کدگذاری آن‌ها، اطلاعات به‌دست آمده وارد نرم‌افزار شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها

1. neuroticism
2. Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel
3. eating disorder diagnoses

را نشان داد ولی در تعامل با ابعاد دیگر کمال‌گرایی معنادار نبود.

بحث

نتایج مطالعه حاضر رابطه خطی بین کمال‌گرایی و ابعاد آن با میزان رفتارهای خوردن آشفته را تأیید کرد و مشخص شد که این رابطه از نوع مستقیم است؛ یعنی با افزایش کمال‌گرایی و ابعاد آن، رفتارهای خوردن آشفته افزایش می‌یابد؛ که با نتایج پژوهش‌های قبلی (۳۳) همسوس است. این یافته‌ها را می‌توان بر حسب احتمالات مختلفی تفسیر کرد. تحقیقات نشان داده است کمال‌گرایی نقش اساسی در اختلالات خوردن دارد اگرچه ماهیت دقیق این رابطه نامشخص باقی‌مانده است (۳۴). تمایلات کمال‌گرایانه به خودارزیابی متکی است که به پیگیری مداوم معیارهای شخصی و توانایی حمایت به لحاظ فردی از استانداردهای خواسته‌شده وابسته است. نگرانی بیش‌ازحد بر روی اشتباهات که در افرادی با ویژگی کمال‌گرایی مشاهده می‌شود، با رفتارهای خوردن آشفته رابطه دارد (۳۵). زمانی که رفتارهای خوردن آشفته در افراد کمال‌گرا وجود دارد، مشاهده شده است که به‌طور خاص این افراد معیارهای بالایی را در حوزه 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 (۳۶). در اختلالات خوردن افراد تمایل شدیدی را در به‌دست‌آوردن معیارهای بالا برای لاغری و کنترل از خود نشان می‌دهند (۳۷). در واقع، می‌توان گفت رفتارهای خوردن آشفته به‌نوعی بیان کمال‌گرایی است که بر روی خوردن متمرکز شده است (۳۸). افراد دارای ویژگی کمال‌گرایی ممکن است به دلیل به دست آوردن کنترل بر روی زندگی خودشان تمایلات مفرطی به کنترل کردن وزن و شکل بدن شان از خود نشان دهند و ملاک‌های سخت‌گیرانه‌ای را در حوزه‌ی غذا خوردن خود اعمال نمایند.

کمال‌گرایی به‌عنوان ساختاری مهم در سبب‌شناسی و حفظ انواع گوناگونی از اختلالات روانی و اختلالات خوردن

کننده بهتری برای رفتارهای خوردن آشفته هستند، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. خلاصه مدل تحلیل رگرسیون

Sig	F Δ	R Δ	R Δ^2	R	
۰/۰۰۰	۶۸/۹۴	۰/۱۳	۰/۱۴	۰/۳۷	گام اول: بعد جامعه‌مدار
۰/۰۲۲	۵/۲۶	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۳۸	گام دوم: بعد جامعه‌مدار و دیگرمدار

نتایج این دو مدل تحلیل رگرسیون برای تبیین رفتارهای خوردن آشفته از روی ابعاد کمال‌گرایی جامعه‌مدار و دیگرمدار نشان داد که ضریب F مربوط به هر دو مدل از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین، امکان تبیین رفتارهای خوردن آشفته بر اساس این دو بعد وجود دارد. بعد کمال‌گرایی خودمدار به دلیل اینکه در معادله تحلیل رگرسیون معنادار نبود، از معادله حذف شد.

جدول ۳. خلاصه تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته بر اساس ابعاد کمال‌گرایی جامعه‌مدار و دیگرمدار

Sig	R Δ	T	SE B	B	β	
۰/۰۱۲	۰/۱۱	۲/۵۱	۰/۲۲	-۰/۵۶	۰/۲۱	بعد جامعه‌مدار
۰/۰۲۲	۰/۰۹	۲/۹۳	۰/۲۱	-۰/۵۰	۰/۱۹	بعد دیگرمدار

در جدول ۳، ضرایب رگرسیون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بعد کمال‌گرایی جامعه‌مدار با بتای ۰/۲۱ قادر است ۱۱٪ از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین کند. در خصوص پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته از طریق بعد کمال‌گرایی دیگرمدار، نتایج نشان داد مدل استفاده‌شده معنادار است و بعد دیگرمدار با بتای ۰/۱۹، ۹٪ از واریانس رفتارهای خوردن آشفته را تبیین می‌کند. در نتیجه، در تعامل ابعاد کمال‌گرایی، کمال‌گرایی جامعه‌مدار و سپس کمال‌گرایی دیگرمدار بیشترین سهم را در تعیین رفتارهای خوردن آشفته دانشجویان داشتند و بعد دیگر یعنی کمال‌گرایی خویش‌مدار گرچه به‌تنهایی با رفتارهای خوردن آشفته همبستگی

را در نمونه غیربالینی متشکل از مردان و زنان را مورد تایید قرار می‌دهد و همسو با تحقیقات گذشته (۱۶، ۴۰) در بهبود فهم ما از نقش ویژگی‌های شخصیتی که سبب‌شناسی، روند و حفظ رفتارهای خوردن آشفته را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نقش به‌سزایی دارد. بر این اساس، می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، میزان بروز اختلالات خوردن در میان دانشجویان به‌عنوان یک مشکل اجتماعی رو به فزونی است. دانشجویان زن به‌عنوان یک گروه در معرض خطر برای ایجاد اختلالات خوردن هستند و برنامه‌های پیشگیری اولیه و ثانویه به‌منظور مقابله با این شرایط در میان دانشجویان زن ضروری است (۴۵). استفاده از راهبرد اطلاع‌رسانی به دختران جوان بعد اصلی برنامه‌های پیشگیری است. این برنامه‌ها از بروز موارد جدید جلوگیری کرده و افرادی را که از پیش این اختلال را دارند ترغیب می‌کنند که به دنبال مراجعه به متخصصین باشند. به‌منظور فهم سبب‌شناسی و درمان رفتارهای خوردن آشفته باید شبکه ارتباطات بیمار نیز در نظر گرفته شود. این شبکه نباید تنها بر روی بیماران متمرکز شود. توجه به ویژگی‌های شخصیتی سطح بالا می‌تواند بخشی از رابطه کمال‌گرایی با رفتارهای خوردن آشفته را تبیین نماید. فهم نقش ویژگی‌های شخصیتی سطح بالا در رابطه بین کمال‌گرایی با رفتارهای خوردن آشفته در بهبود درک ما از عوامل خطر ساز اختلالات خوردن نقش مهمی خواهد داشت. پژوهشگران این حوزه باید به فراتر از عوامل سطح فردی تمرکز کنند و عوامل سطح ارتباطی را به‌عنوان رفتارهایی که سلامت را در معرض خطر قرار می‌دهند، در نظر بگیرند. افرادی با اختلالات خوردن تمایل دارند تا محدودیت‌های غذایی و یا کنترل بر وزن بدن خود را به‌عنوان یک شیوه خودارزیابی، علی‌رغم پیامدهای خطرناک آن تحمیل کنند. بنابراین، اختلالات خوردن ممکن است به‌نوعی بیان کمال‌گرایی مربوط به غذا خوردن یا شکل بدن باشد. البته بازشناسی تمایز بین کمال‌گرایی فردمدار و جامعه‌مدار برای ارزیابی دقیق اختلالات خوردن و همین‌طور نیاز به ارزیابی‌های چندبعدی در این زمینه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

شناسایی شده و تحقیقات بسیاری پیرامون آن انجام شده است (۳۹). کمال‌گرایی در افرادی با اختلالات خوردن در مقایسه با گروه کنترل بیشتر است (۴۰). کمال‌گرایی مانع درمان اختلالات خوردن و عاملی مهم در عود اختلالات خوردن است (۴۱). تحقیقات نشان می‌دهند سطوح بالایی از کمال‌گرایی با شکست درمان در افرادی با بی‌اشتهایی عصبی همراه است (۴۲). رابطه میان ابعاد مختلف کمال‌گرایی با نشانگان اختلالات خوردن در مطالعات گوناگون (برای مثال ارتباط بی‌اشتهایی عصبی با تلاش برای دست یافتن به موفقیت) مورد بررسی قرار گرفته است (۴۳). کمال‌گرایی می‌تواند در ایجاد موقعیت‌ها و شرایط یا تجربیاتی که به‌عنوان راه‌انداز شناخته می‌شوند در رفتارهای خوردن آشفته سهیم باشد. این راه‌اندازها مشکلات بین شخصی (نگریستن به خود به‌عنوان بخشی از انتظارات دیگران)، عزت نفس بین شخصی پایین (احساس نپذیرفته شدن به‌وسیله دیگران، ناآرامی و موردتفر قرار گرفتن به‌وسیله دیگران)، عواطف افسرده (احساس بدبختی و غمگینی) و محدودیت‌های مربوط به رژیم غذایی هستند. شواهد تحقیقاتی از نقش این راه‌اندازها در تبیین اینکه چرا افرادی که در کمال‌گرایی بالا هستند به رفتارهای خوردن آشفته روی می‌آورند، حمایت می‌کند. افراد کمال‌گرایی که تلاش بسیاری برای دستیابی به معیارهای سطح بالا در حوزه‌های دیگر زندگی انجام می‌دهند، ممکن است این تفکر را درباره وزن و شکل بدن بکار برند (۴۴).

در هنگام بررسی تعامل ابعاد کمال‌گرایی در تحلیل رگرسیون، مشخص شد که بعد کمال‌گرایی جامعه‌مدار و سپس بعد کمال‌گرایی دیگرمدار، اهمیت بیشتری در تبیین واریانس رفتارهای خوردن آشفته در میان دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر داشتند. این امر شاید به دلیل شایع بودن ملاحظات اجتماعی و توجه به نظرات رسانه‌ها و دیگران در بین دانشجویان بوده باشد.

به‌طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر یافته‌های تحقیقاتی گذشته در زمینه ارتباط کمال‌گرایی با نشانگان اختلالات خوردن

- comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31(5):810-8. [Abstract](#)
6. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2006;19(4):389-94. [Abstract](#)
7. Wade TD, Bergin JL, Martin NG, Gillespie NA, Fairburn CG. A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2006;194(7):510-7. [Abstract](#)
8. Murphy R, Nutzinger D, Paul T, Leplow B. Conditional-associative learning in eating disorders: a comparison with OCD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2004;26(2):190-9. [Abstract](#)
9. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RG. Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment*. 2008;15(1):48-59. [Abstract](#)
10. Turner H, Bryant-Waugh R. Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): Profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review*. 2004;12(1):18-26. [Abstract](#)
11. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(2):97-103. [Abstract](#)
12. White S, Reynolds-Malear JB, Cordero E. Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating disorders*. 2011;19(4):323-34. [Abstract](#)
13. Zarei F, Taghdisi MH, Tehrani H. Normalizing health values in the socialization process. *J Research Health*. 2012;2(2):169-71. [Abstract/FREE Full Text](#)
14. Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating disorders*. 2004;13(1):7-21. [Abstract](#)
15. Dennis AB, Sansone RA. Treatment of patients with personality disorders. 1997. [Abstract/FREE Full Text](#)
16. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, et al. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical psychology review*. 2007;27(3):384-405. [Abstract/FREE Full Text](#)
17. Sassaroli S, Ruggiero GM. The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;37(2):135-41. [Abstract](#)
18. Cohen DL, Petrie TA. An examination of psychosocial correlates of disordered eating among undergraduate women. *Sex Roles*. 2005;52(1-2):29-42. [Abstract/FREE Full Text](#)
19. Sherry SB, Hewitt PL, Besser A, McGee BJ, Flett GL. Self-oriented and socially prescribed perfectionism in the Eating Disorder Inventory Perfectionism subscale. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;35(1):69-79. [Abstract](#)

در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به شخصیت و نشانگان اختلالات خوردن کمک کند. پژوهش حاضر، به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین‌طور، نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و تبیین‌های علت‌شناختی متغیرهای موردبررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به‌علاوه، مشکلات و محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد کمال‌گرایی به‌عنوان یک ساختار شخصیتی، که دربرگیرنده معیارهای بالا است، می‌تواند با رفتارهای خوردن آشفته، که درواقع به‌نوعی بیان کمال‌گرایی معطوف به بدن است، ارتباط داشته باشد. لذا با توجه به نتایج این مطالعه، توصیه می‌شود در درمان افرادی با رفتارهای خوردن آشفته توجه همه‌جانبه‌ای به عوامل شخصیتی (برای مثال کمال‌گرایی) و عوامل هیجانی-اجتماعی مبذول گردد.

سپاسگزاری

از تمام دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش که ما را یاری فرمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Agras WS. *The Oxford handbook of eating disorders*: Oxford University Press; 2010. [View Link](#)
2. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003;361(9355):407-16. [Abstract/FREE Full Text](#)
3. Wiseman CV, Gray JJ, Mosimann JE, Ahrens AH. Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*. 1992;11(1):85-9. [Abstract/FREE Full Text](#)
4. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*: Cambridge University Press; 1999. [View Link](#)
5. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. *Psychiatric*

- Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM—IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*. 1997;44(1):63. [Abstract/FREE Full Text](#)
33. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical psychology review*. 2009;29(7):638-46. [Abstract/FREE Full Text](#)
34. Franco-Paredes K, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R, López-Aguilar X, Álvarez-Rayón G. Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*. 2005;13(1):61-70. [Abstract](#)
35. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(2):366-8. [Abstract/FREE Full Text](#)
36. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*: Guilford press; 2004. [View Link](#)
37. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*. 2002;40(7):773-91. [Abstract/FREE Full Text](#)
38. Pearson CA, Gleaves DH. The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*. 2006;41(2):225-35. [Abstract/FREE Full Text](#)
39. Flett GL, Hewitt PL. *Perfectionism: Theory, research, and treatment*: American Psychological Association; 2002. [View Link](#)
40. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*. 2011;31(2):203-12. [Abstract/FREE Full Text](#)
41. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41(5):509-28. [Abstract/FREE Full Text](#)
42. Sutandar-Pinnock K, Blake Woodside D, Carter JC, Olmsted MP, Kaplan AS. Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33(2):225-9. [Abstract/FREE Full Text](#)
43. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(11):1799-805. [Abstract/FREE Full Text](#)
44. Lethbridge J, Watson HJ, Egan SJ, Street H, Nathan PR. The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating behaviors*. 2011;12(3):200-6. [Abstract/FREE Full Text](#)
45. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertility and sterility*. 2010;93(1):72-8. [Abstract/FREE Full Text](#)
20. Rice KG, Vergara DT, Aldea MA. Cognitive-affective mediators of perfectionism and college student adjustment. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(3):463-73. [Abstract/FREE Full Text](#)
21. Flett GL, Hewitt PL. Positive Versus Negative Perfectionism in Psychopathology A Comment on Slade and Owens’s Dual Process Model. *Behavior modification*. 2006;30(4):472-95. [Abstract](#)
22. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2002;31(3):290-9. [Abstract](#)
23. Huggins L, Davis MC, Rooney R, Kane R. Socially prescribed and self-oriented perfectionism as predictors of depressive diagnosis in preadolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling*. 2008;18(02):182-94. [Abstract/FREE Full Text](#)
24. Bieling PJ, Israeli AL, Antony MM. Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*. 2004;36(6):1373-85. [Abstract/FREE Full Text](#)
25. Forman MA, Tosi DJ, Rudy DR. Common irrational beliefs associated with the psychophysiological conditions of low back pain, peptic ulcers and migraine headache: A multivariate study. *Journal of rational emotive therapy*. 1987;5(4):255-65. [Abstract/FREE Full Text](#)
26. Chourdakis M, Tzellos T, Papazisis G, Toulis K, Kouvelas D. Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece. *Appetite*. 2010;55(3):722-5. [Abstract/FREE Full Text](#)
27. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*. 2007;61(3):348-58. [Abstract/FREE Full Text](#)
28. PourghassemGargari B, Kooshavar D, SeyedSajadi N, KaramiS, HamedBehzad M, Shahrokhi H. Disordered eatingattitudes and their correlates among Iranian high school girls. *Health PromotPerspect* 2001; 1(1):41–9. [Abstract/FREE Full Text](#)
29. Besharat MA. An examination of the relationship between perfectionism and self-esteem in a sample of student athletes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:1265-71. [Abstract/FREE Full Text](#)
30. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*. 1982;12(04):871-8. [Abstract/FREE Full Text](#)
31. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish journal of psychology*. 2010;13(02):1044-56. [Abstract/FREE Full Text](#)
32. Mintz LB, O’Halloran MS, Mulholland AM, Schneider PA.