SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.1/ 2026;13(1):1-12
DOI: 10.22034/13.1.1
https://shenakht.muk.ac.ir/

Original Article

Predicting Symptoms of Bulimia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder Based on Childhood Trauma: The Mediating Role of Psychological Flexibility and Self-Compassion

Motahhareh Kargar Shooroki[1], Azadeh Choobforoush Zadeh[2*], Azra Mohammadpanah Ardakan[3]

[1] Ph.D. Candidate in General Psychology, Department of Psychology, University of Ardakan, Ardakan, Iran.
[2] Associate Professor, Department of Psychology, University of Ardakan, Ardakan, Iran.
[3] Associate Professor, Department of Psychology, University of Ardakan, Ardakan, Iran.

Article History:

Received: 22 July 2025
Revised: 2 November 2025
Accepted: 17 April 2026

***Corresponding Author:** Azadeh Choobforoush Zadeh, Associate Professor, Department of Psychology, University of Ardakan, Ardakan, Iran.

E-mail: azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

Abstract

Background and Aims: Adolescents with childhood trauma are at high risk of developing psychiatric disorders, such as bulimia nervosa and body dysmorphic disorder. The present study aimed to predict symptoms of bulimia nervosa and body dysmorphic disorder based on childhood trauma mediated by psychological flexibility and self-compassion in girls aged 16 to 24 years.

Materials and Methods: The research employed a descriptive and correlational approach, using structural equation modeling. The statistical population comprised girls aged 16 to 24 years in the cities of Meybod and Ardakan who were studying during the academic year 2023-2024. A convenience sample of 300 individuals was selected. To collect data, the Childhood Trauma Scales (CTQ) Bernstein (2003), the Gormali Binge Eating Severity Questionnaire (1982), the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire (BDD_YBOCS), and the Bond et al. Psychological Flexibility Scale (2007) and the Reese Self-Compassion Scale (2011) were used. The collected data were analyzed using SPSS (version 26) and AMOS (version 24).

Results: Structural equation modeling showed that childhood trauma has a positive, direct effect on bulimia nervosa and body dysmorphic disorder. Indirect effects showed that self-compassion mediates the relationship between childhood trauma and body dysmorphic disorder (P=0.001, β=0.27) and between childhood trauma and bulimia nervosa (P=0.001, β=0.13). Psychological flexibility also mediates the relationship between childhood trauma and body dysmorphic disorder (P=0.001, β=0.28).

Conclusion: The results showed that increasing psychological flexibility and improving self-compassion play an important mediating role in reducing symptoms of bulimia nervosa and body dysmorphic disorder resulting from childhood trauma. Therefore, it is suggested that workshops be held to increase self-compassion and psychological flexibility among youth and adolescents.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, Bulimia Nervosa, Childhood Trauma, Psychological Resilience, Self-Compassion

Please cite this article as follows: Kargar Shooroki M, Choobforoush Zadeh A, Mohammadpanah Ardakan, A. Predicting Symptoms of Bulimia Nervosa and Body Dysmorphic Disorder Based on Childhood Trauma: The Mediating Role of Psychological Flexibility and Self-Compassion. SJPP. 2026;13(1):1-12.

Copyright © 2026 Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted copying and redistribution of the material for non-commercial purposes, provided that the original work is properly cited.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۵، صفحات: ۱۲-۱
DOI: 10.22034/13.1.1
https://sjku.muk.ac.ir



مقاله پژوهشی

پیش‌بینی نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی و بدریخت‌انگاری بدن براساس ترومای دوران کودکی نقش واسطه: انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت‌ورزی به خود

مطهره کارگر شورکی[۱]، آزاده چوب‌فروش‌زاده[۲*]، عذرا محمدپناه اردکان[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان دارای تجربه تروما در زمان کودکی، در معرض خطر زیاد ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، مانند اختلالات پرخوری عصبی و بدریخت‌انگاری بدنی هستند. مطالعهٔ حاضر با هدف پیش‌بینی نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی و بدریخت‌انگاری بدن براساس ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت‌ورزی به خود در دختران ۱۶ تا ۲۴ سال انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش توصیفی و از نوع هم‌بستگی و با تکیه بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری شامل دختران مقطع سنی ۱۶ تا ۲۴ سال شهرهای میبد و اردکان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ مشغول‌به‌تحصیل بودند و از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۳۰۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس‌های ترومای دوران کودکی (CTQ) برنشتاین (۲۰۰۳)، پرسش‌نامهٔ شدت پرخوری یا شکم‌بارگی گورمالی (۱۹۸۲)، پرسش‌نامهٔ وسواس فکری ـ عملی ییل براون (BDD_YBOCS)، مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بوند و همکاران (۲۰۰۷) و مقیاس خودشفقتی ریس (۲۰۱۱) استفاده شد. داده‌های گردآوری‌شده با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ و نرم‌افزار Amos نسخهٔ ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج معادلات ساختاری نشان داد که ترومای دوران کودکی در اختلال پرخوری عصبی و بدریخت‌انگاری بدنی اثر مثبت و مستقیم دارد. آثار نتایج غیرمستقیم نشان داد که خودشفقت‌ورزی در رابطهٔ ترومای کودکی و اختلال بدریخت‌انگاری بدن (P=۰/۰۰۱، β=۰/۲۷) و پرخوری عصبی (P=۰/۰۰۱، β=۰/۱۳) نقش میانجی ایفا می‌کند همچنین، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ارتباط با ترومای دوران کودکی و بدریخت‌انگاری بدنی نقش میانجی ایفا می‌کند (P=۰/۰۰۱، β=۰/۲۸).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهبود خودشفقت‌ورزی نقش واسطه‌ای مهمی در کاهش نشانه‌های اختلالات پرخوری عصبی و بدریخت‌انگاری بدن ناشی از تجربهٔ ترومای دوران کودکی دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌هایی با هدف افزایش خودشفقت‌ورزی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در میان جوانان و نوجوانان برگزار شود.

واژگان کلیدی: اختلال بدریخت‌انگاری بدن، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پرخوری عصبی، ترومای دوران کودکی، شفقت‌ورزی به خود

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۳۱
ویرایش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۱
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۲۸

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** آزاده چوب‌فروش‌زاده، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

ایمیل:
Azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

استناد: کارگر شورکی، مطهره؛ چوب‌فروش‌زاده، آزاده؛ محمدپناه اردکان، عذرا. پیش‌بینی نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی و بدریخت‌انگاری بدن براساس ترومای دوران کودکی نقش واسطه: انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت‌ورزی به خود. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، بهار ۱۴۰۵؛۱۳(۱):۱-۱۲

مقدمه

سلامتی به‌عنوان یکی از اهداف اصلی زندگی انسان همواره دستخوش مشکلات بسیاری بوده است (وان استرین[1]، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، توجه به شکل ظاهری به‌طور متعادل، موضوعی بهنجار و نشان‌دهندهٔ سلامت روان است؛ ظاهر با عواملی مانند اعتمادبه‌نفس، پذیرش اجتماعی و کیفیت عملکرد فردی مرتبط است. از طرفی، در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری برای اختلالات روانی[2]، اختلال وسواس فکری ـ عملی[3] از اختلالات اضطرابی به دستهٔ جدیدی به نام وسواس فکری ـ عملی و اختلالات مرتبط منتقل شد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۳۹۳).

براساس تحقیقات کنونی، که نشان می‌دهند بسیاری از اختلالات روانی شامل وسواس و اجبار هستند، OCD تحت عنوان اختلال بدریخت‌انگاری بدن[4]، اختلال احتکار، تریکوتیلومانیا و اختلال چیدن پوست به آن اضافه شد. علاوه‌بر این، به‌طور خاص، دو اختلال طبقه‌بندی‌شده به‌عنوان اختلالات تغذیه و خوردن در DSM-5 ، بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی، همبودی بالایی با OCD و BDDنشان داده‌اند (گوربیس[5] و همکاران، ۲۰۲۲).

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روان‌شناختی به شمار می‌روند که به مشکلات زیادی در سلامت جسمی و عملکرد روانی فرد منجر می‌شوند. همچنین، کیفیت زندگی افراد مبتلا را مختل می‌کنند و به مرگ آن‌ها منجر می‌شوند (احمدی، ۱۳۹۷). به‌طور کلی، اختلالات خوردن به‌عنوان اختلال روان‌پزشکی با آشفتگی در الگوی خوردن مشخص می‌شود و شامل مجموعه‌ای پیچیده و همگون از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی است که به آشفتگی و آسیب‌های قابل‌ملاحظه‌ای در فرد منجر می‌شود (هال و لیگرنگ[6]، ۲۰۱۸). در این میان، پرخوری عصبی نوعی اختلال شایع خوردن است که براساس آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، عبارت است از دوره‌های پرخوری و رفتارهای جبرانی نامناسبی که به‌طور متوسط حداقل یک‌بار در هفته و به‌مدت حداقل سه ماه روی دهد (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۴۰۰).

افرادی که از پرخوری عصبی رنج می‌برند، به‌شدت خود را به‌خاطر پرخوری و ظاهر فیزیکی‌شان سرزنش می‌کنند. به همین دلیل، سعی می‌کنند غذای خورده‌شده را به هر ترتیبی از بین ببرند. اختلالات خوردن فقط یک علت ندارند. به احتمال زیاد، بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی ناشی از تعامل پیچیدهٔ متغیرهای بیولوژیکی، فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و فردی است (آزادی، ۱۳۹۸).

از سوی دیگر، تصویر منفی از بدن که ترکیبی از علائم نارضایتی از بدن با چک‌کردن بدن، رفتار اجتنابی و آشفته است، یکی از مهم‌ترین و برجسته‌ترین عوامل خطر در ارتباط با سبب‌شناسی، تداوم و عود اختلال پرخوری عصبی است (ایرانی، ۱۳۹۹). امروزه، با توجه به گسترش وسایل ارتباط جمعی و ایجاد فرصت برای مقایسهٔ افراد با یکدیگر، یکی از دغدغه‌ها و نگرانی‌های افراد مربوط به ظاهر و فرم بدنشان است و به‌نوعی، به وضعیت ظاهری خود توجه، دقت و رسیدگی می‌کنند. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که افراد با شاخص تودهٔ بدنی بالا از تصویر بدنی خود رضایت ندارند و بین این شاخص با تصویر بدنی و خودپنداره رابطه وجود دارد (ایرانی، ۱۳۹۹). اختلال بدریخت‌انگاری بدن نوعی بیماری شدید، مزمن و ناتوان‌کننده است که براساس مشغله‌ای ناراحت‌کننده با نقصی خیالی یا خفیف در ظاهر فیزیکی طبقه‌بندی می‌شود.

مطالعات گودرزی و همکاران (۲۰۲۲)، نشان داده‌اند که عوامل مختلفی در آسیب‌پذیری افراد به درون‌سازی، مقایسه و نارضایتی از بدن تأثیر می‌گذارند. مراقبت والدین و دلبستگی‌های ناایمن عوامل محافظتی برای رابطه بین درونی‌سازی تصاویر رسانه‌ای ایدئال و تصویر بدن هستند و فقدان مراقبت و حمایت عاطفی ممکن است با نقص در تنظیم اضطراب و شک به خود همراه باشد که به استفادهٔ بیشتر از درونی‌سازی و مقایسه منجر می‌شود. از سوی دیگر، تجربهٔ سوءاستفاده یا بی‌توجهی به این معنی است که کودکان به‌اندازهٔ کافی محبت، احساس تعلق و حمایت از مراقبان اصلی خود دریافت نمی‌کنند. در این شرایط، کودکان احتمالاً نگرش‌های والدین را دربارهٔ خود درونی می‌کنند و به خود نسبت می‌دهند (گودرزی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین سولمی[7] و همکاران (۲۰۲۰)، در یک بررسی چتری که داده‌های طولی را دربارهٔ عوامل خطر بیماری‌زا ارزیابی می‌کند، نشان داد که در میان عوامل روانی ـ اجتماعی، سوءاستفادهٔ جنسی در دوران کودکی و قربانی‌شدن با طعنه‌های ظاهری عواملی هستند که به‌طور قابل‌توجهی با پرخوری عصبی (BN) و هر نوع اختلال خوردن مرتبط هستند.

تجارب تروماتیک دوران کودکی اصطلاحی کلی است که می‌تواند شامل مواردی مانند آزار و خشونت فیزیکی، سوءاستفادهٔ جنسی و آسیب‌های عاطفی باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). آسیب‌های دوران کودکی عبارت‌اند از: آسیب‌های جسمی یا روانی، آزار یا سوءاستفادهٔ جنسی یا رفتار غفلت‌آمیز در برابر کودک توسط فردی که مسئول رفاه و آسایش کودک است. این بدرفتاری خود شامل انواع آزارهای جسمی، جنسی، عاطفی یا غفلت فیزیکی و عاطفی می‌شود که می‌تواند به‌تنهایی یا همراه با موارد دیگر اتفاق بیفتد. در افراد با تجارب آسیب‌زای کودکی، پرخوری به‌نوعی مکانیسم دفاعی در پاسخ به تروما در نظر گرفته می‌شود که تاحدودی بیانگر تمایل افراد آسیب‌دیده برای تغییر آگاهی احتمالی آن‌هاست و می‌تواند شامل روش‌های مبتنی‌بر حساسیت‌زدایی،

1. Van Strien
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
3. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
4. Body Deformity Disorder (BDD)
5. Gorbis
6. Hail & Le-Grange

غیرواقعی‌سازی، فراموشی و جذب‌شدن باشد (حاجی سیدتقیانقوی و همکاران، ۱۴۰۰).

برای مثال، نتایج مطالعهٔ گویلامه[1] و همکاران (۲۰۱۶) حاکی از آن بود که سوءاستفاده‌های هیجانی دوران کودکی به‌طور مستقل نگرانی‌های مربوط به غذا، شکل و وزن و اختلال در عملکرد شخصی را پیش‌بینی و سوءاستفادهٔ جنسی و جسمی تنها سطوح بالای نگرانی را دربارهٔ خوردن پیش‌بینی می‌کردند. دیگر تأثیر بسیار مهم و اغلب نادیده‌گرفته‌شده، قرارگرفتن در معرض ترومای کودکی و تأثیر بسیار زیاد آن در رابطهٔ فرد با بدن خویش است (حمیدی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲). این فرضیه وجود دارد که تجارب سوءاستفاده‌کننده ممکن است به نارضایتی از بدن، احساس شدید شرم بدن و تحریف تصویر بدن منجر شود. ازآنجاکه BDD شامل اختلال در تصویر بدنی است، تحقیقات دربارهٔ ارتباط بدرفتاری دوران کودکی با ایجاد تصویر بدن ممکن است آموزنده باشد (فالون و آکارد[2]، ۲۰۰۲).

یکی از متغیرهای متأثر از تروما، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که فالکنر[3] و همکاران (۲۰۲۰) آن را به‌عنوان مکانیسم روان‌شناختی مؤثری در بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه و تجربهٔ رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به آسیب مغزی معرفی کرده‌اند و معتقدند که این متغیر تأثیر مثبت معناداری در مدیریت و توسعهٔ راهبردهای مقابله‌ای با تروما دارد (پائیزی، ۱۴۰۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی سازگاری با موقعیت‌ها از طریق پذیرش و تجربهٔ کامل همهٔ افکار و احساسات و درگیرشدن در رفتار مبتنی‌بر ارزش، با هدف ارتقای سلامت و رفاه روانی مثبت و کاهش پریشانی روانی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تنها ثبات در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه مشارکت فعال و سازندهٔ فرد در محیط است. همچنین می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری پاسخ توانمندی برای فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک است و به‌عبارتی، از همدلی و حالت‌های عاطفی مثبت و منفی تأثیر می‌پذیرد و ویژگی‌های شخصیتی همچون خودپندارهٔ مثبت، اجتماعی‌بودن، هوش، موفقیت در کار آموزشی، خودمختاری، عزت‌نفس، ارتباط خوب اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله و سلامت روانی و جسمانی، از مجموعهٔ عوامل مؤثر در افزایش آن در یک فرد به شمار می‌روند (عبادی، ۱۴۰۰). به‌طور خلاصه، ارتباط بین شرم بدنی و نگرش‌ها و رفتارهای خوردن آشفته با انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، هم در نمونه‌های بالینی و هم در نمونه‌های بزرگ‌سالان جامعه به‌خوبی مستند شده است (مندس[4] و همکاران، ۲۰۲۱).

مطالعات تجربی همچنین نشان داده‌اند که بدرفتاری در دوران کودکی می‌تواند شفقت به خود را پیش‌بینی کند و سطح بالای سوءاستفاده با سطح پایینی از شفقت به خود همراه است (تئو[5] و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که در دوران کودکی آزار و اذیت شده‌اند، در مقایسه با افرادی که در دوران کودکی آزار ندیده‌اند، سطح کمتری از خود شفقت نشان می‌دهند و بیشتر مستعد سرزنش خود هستند (تئو و همکاران، ۲۰۲۱). نف در سال ۲۰۰۳ مفهومی به‌عنوان شفقت‌ورزی به خود را بیان کرد. او معتقد بود همان‌طور که شفقت به دیگران اهمیت زیادی دارد، شفقت به خود نیز مهم است. شفقت به خود نیز شبیه شفقت به دیگران است؛ با این تفاوت که تمام احساسات و افکاری که فرد در شفقت به دیگران ابراز می‌کند باید به خودش هم انجام دهد. مراقب خودش باشد، با خود مهربان باشد و تجربیات خود را بخشی از تجربهٔ انسانی بداند (نف[6]، ۲۰۰۳). شواهد قابل‌توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد ایجاد احساس مراقبت به‌جای نادیده‌گرفته‌شدن، آثار مهمی در شرایط ذهنی و روان‌شناختی فرد می‌گذارد (هارونی و خوش‌اخلاق، ۱۴۰۲). تحقیقات نشان می‌دهند که در میان بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، سطوح پایین‌تر خودشفقت ورزی با نارضایتی بیشتر از تصویر بدن و اختلال خوردن مرتبط است (قابل و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین ترک و والر[7] (۲۰۲۰) نقش شفقت در درک و رفع نگرانی‌های مربوط به غذا و تصویر بدن را تأیید کردند و به‌عنوان راهبرد تنظیم هیجان سازگار در اختلالات تصویر بدن در نظر گرفتند. به عبارت دیگر، خودشفقت‌ورزی نگرانی‌های کمتری از تصویر بدن را پیش‌بینی می‌کند.

در نهایت، شناسایی و پرداختن به محرک‌های زمینه‌ای و موثر در اختلالات خوردن و بدریخت‌انگاری بدن می‌تواند شرایط لازم را برای مهار روند رشد این اختلالات فراهم کند. بنابراین، پژوهش حاضر در چهارچوب مدل‌یابی، به‌طور هم‌زمان مؤلفه‌های چندگانهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت‌ورزی به خود را به‌عنوان سازوکارهای توضیح‌دهندهٔ پیوند ترومای دوران کودکی با اختلال پرخوری عصبی و اختلال بدریخت‌انگاری بدن بررسی خواهد کرد تا به این سؤال پاسخ داده شود که آیا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت‌ورزی به خود، ارتباط ترومای دوران کودکی با نشانه‌های اختلال خوردن و اختلال بدریخت‌انگاری بدن را پیش‌بینی می‌کند.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع هم‌بستگی چندگانه است که در آن از رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شده است. جامعهٔ آماری آن شامل دختران مقطع سنی ۱۶ تا ۲۴ سال

2. Guillaume
3. Fallon and Arcade
4. Faulkner
1. Mendes

2. Tao
3. Neff
4. Turk & Waller

شهرستان‌های میبد و اردکان است که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ مشغول‌به‌تحصیل بودند.

حجم نمونه در این پژوهش براساس تعداد گویه‌های پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده (۷۸ گویه) مشخص شد. به‌ازای هر گویهٔ پرسش‌نامه، بین ۳ تا ۱۰ نمونه نیاز است و این یعنی حجم نمونهٔ مناسب برای این پژوهش عددی بین ۲۳۴ تا ۷۸۰ نفر است که با توجه به نظر کلاین (۲۰۰۵) در پژوهش‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه بهتر است ۲۰۰ عدد باشد. در این پژوهش، ۳۰۰ نفر به‌عنوان نمونه از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه، تمایل پاسخ‌دهندگان برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل ۱۶ و حداکثر ۲۴ سال سن، مبتلانبودن به بیماری‌های روانی و مصرف‌نکردن مواد و داروهای روان‌پزشکی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل تمایل‌نداشتن به همکاری و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود.

پس از دریافت کد اخلاق و مجوزهای ادارهٔ آموزش‌وپرورش شهرستان‌های میبد و اردکان، نمونه‌گیری در فاصلهٔ زمانی سه تا چهار ماه در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها تنها پس از کسب رضایت آگاهانه از همهٔ شرکت‌کنندگان انجام شد. به دانش‌آموزان درخصوص هدف پژوهش توضیحات لازم داده شد. دربارهٔ محرمانه‌بودن اطلاعات، آزادی شرکت در مطالعه و ناشناس‌بودن اطلاعات هویتی، اطمینان لازم به دانش‌آموزان داده شد. همچنین به دانش‌آموزان حق انصراف از پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد. همچنین رویهٔ اجرا و توضیحات لازم دربارهٔ پژوهش و تکمیل پرسش‌نامه‌ها در همهٔ مدارس و کلاس‌ها یکسان بود. در طول تکمیل پرسش‌نامه‌ها، پژوهش‌گر برای پاسخ به سؤال‌های احتمالی دانش‌آموزان در دسترس بود.

در این پژوهش، به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش آمار توصیفی، آزمون هم‌بستگی پیرسون و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ و نرم‌افزار Amosنسخه ۲۴ استفاده شد. همچنین، قبل از تجزیه‌وتحلیل مدل‌یابی روی داده‌ها، پیش‌فرض‌های لازم بررسی شد که شامل نرمال‌بودن از طریق بررسی کجی و کشیدگی و بررسی عدم هم‌خطی بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد زیر بود:

ابزار

پرسش‌نامهٔ ترومای دوران کودکی (CTQ)[1]: مصاحبهٔ این پرسش‌نامه را برنشتاین[2] و همکارانش در سال ۲۰۰۳ تنظیم کردند. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسش‌نامه به کار می‌رود و سه سؤال آن برای تشخیص افرادی به کار می‌رود که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند. پرسش‌نامهٔ ترومای دوران کودکی شامل پنج خرده‌مقیاس است که عبارتند از: سوءاستفادهٔ فیزیکی (۵ گویه)، سوءاستفادهٔ هیجانی (۵ گویه) و سوءاستفادهٔ جنسی (۵ گویه)، غفلت هیجانی (۵ گویه) و غفلت فیزیکی (۵ گویه). سه گویه نیز برای سنجش انکار در نظر گرفته شده است. پاسخ‌های سؤالات در دامنهٔ پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ (۱ هرگز) تا (۵ همیشه) سنجیده می‌شوند. نمرهٔ کلی به‌دست‌آمده از این پرسش‌نامه، مقیاس بدرفتاری کلی نامیده می‌شود. قبل از نمره‌گذاری مؤلفه‌های پرسش‌نامه، ابتدا باید نمره‌گذاری سؤال‌های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانهٔ آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنهٔ نمرات برای هریک از زیرمقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسش‌نامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. پایایی عوامل مختلف این پرسش‌نامه با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ و روایی آن با استفاده از روش تحلیل عوامل مطلوب گزارش شده است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی و همکاران آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای مؤلفه‌های پنج‌گانهٔ آن از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند (ابراهیمی و همکاران،۱۳۹۲). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسش‌نامهٔ پرخوری عصبی[3]: پرسش‌نامهٔ شدت پرخوری یا شکم‌بارگی را گورمالی، بلاک، داستون و راردین (۱۹۸۲) به‌منظور سنجش شدت پرخوری طراحی و تدوین کرده‌اند. پرسش‌نامهٔ شدت پرخوری شانزده سؤال دارد و ابعاد شناختی عاطفی (مانند احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (مانند غذاخوردن سریع، تنها غذاخوردن سریع، تنها غذاخوردن) اختلال پرخوری را می‌سنجند و براساس طیف لیکرت با سؤالاتی مانند «دربارهٔ وزنم خیلی نگرانم»، «دائماً دربارهٔ خودم احساس شرم و تنفر شدیدی می‌کنم» و «سعی می‌کنم به‌خاطر نگرانی‌هایم از معاشرت‌های اجتماعی اجتناب کنم.» به سنجش شدت پرخوری می‌پردازد. ماده‌های این مقیاس از سه یا چهار جمله و از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شوند و نمرهٔ کلی از ۰ تا ۴۶ متغیر است. نمره‌های بالاتر حاکی از شدت اختلال پرخوری هستند. در این مقیاس نمرات پایین‌تر از ۱۷ نشان‌دهندهٔ مبتلانبودن به اختلال پرخوری عصبی، نمرات بین ۱۸ تا ۲۶ نشان‌دهندهٔ پرخوری با شدت متوسط و نمرات بالاتر از ۲۷ نشان‌دهندهٔ پرخوری شدید هستند. دژکام و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای خصوصیات روان‌سنجی نسخهٔ ایرانی مقیاس پرخوری را بررسی کردند. روایی محتوایی این مقیاس را دو روان‌شناس و یک متخصص تغذیه تأیید کردند. آنان پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲، روش دونیمه‌سازی ۰/۶۷ و آلفای

1. Childhood Trauma Questionnaire
2. Bernstein
3. Binge Eating Severity Questionnaire

کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین ضریب حساسیت و ضریب ویژگی نسخه فارسی مقیاس پرخوری با استفاده از نقطهٔ برش ۱۷ به‌ترتیب ۸۴/۶، ۰/۸ و ۰/۸ بود. ارتباط بین حساسیت و ویژگی مقیاس پرخوری عصبی ۰/۸۵ برآورده شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۵ محاسبه شد.

مقیاس بدریخت‌انگاری بدن[1]: مقیاس اصلاح‌شدهٔ وسواس فکری ـ عملی ییل براون (BDD_YBOCS) برای اختلال بدریخت‌انگاری بدنی، نوعی ابزار خودسنجی دوازده‌پرسشی است که شدت علائم بدشکلی بدن را می‌سنجد. این مقیاس ساختار مرتبه‌ای دوعاملی و دو پرسش اضافی دارد. این عوامل عبارت‌اند از: ۱. وسواس‌های فکری، ۲. وسواس عملی، ۳. دو پرسش اضافی در زمینهٔ بینش و اجتناب که مجموعاً ۵۶ درصد از واریانس این مقیاس را تبیین می‌کند. دامنهٔ نمرات این پرسش‌نامه بین ۰ تا ۴۸ است و نمرهٔ بالاتر از ۲۰ به‌عنوان معیار تشخیص در نظر گرفته شده است. همچنین، این آزمون روایی و پایایی مناسبی دارد (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷). هنجاریابی ایرانی (BBD_YBOCS) را ربیعی و همکاران (۱۳۸۸) انجام دادند که در آن، عوامل به‌دست‌آمده ۱. وسواس فکری ـ عملی دربارهٔ ظاهر، ۲. نیروی کنترل افکار نامیده می‌شود و درمجموع ۶۶ درصد از واریانس این مقیاس را تبیین می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و همسانی درونی به‌ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۰ است. ضرایب پایایی از نوع دونیمه‌سازی و ضریب گاتمن به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد. این مقیاس در نمونهٔ ایرانی نیز روایی و پایایی مناسبی دارد و می‌توان آن را در موارد تشخیصی و درمانی به کار برد (ربیعی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[2]: این پرسش‌نامه را بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته‌اند. یک نسخهٔ دوازده‌ماده‌ای از پرسش‌نامهٔ اصلی (AAQ-I) که هیز (۲۰۰۰) ساخته بود. این پرسش‌نامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. تحقیقات حاکی از این است که این پرسش‌نامه، پایایی، روایی و اعتبار سازهٔ رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴(۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصلهٔ ۳ و ۱۲ ماه به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد.

نتایج نشان داد که پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل نسخهٔ دوم به‌صورت هم‌زمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریهٔ زیربنایی‌اش است. این ابزار هم‌چنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می‌گیرد، اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۷ محاسبه شد.

مقیاس خودشفقتی[3]: مقیاس خودشفقتی ریس و همکاران شامل دوازده ماده در یک طیف مدرج پنج‌درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در سال ۲۰۱۱ طراحی شده است. این مقیاس سه مؤلفهٔ دوقطبی را در قالب شش زیرمقیاس مهربانی با خود (سؤالات ۲ و ۴) در مقابل قضاوت خود (سؤالات ۱۱ و ۱۲) و ذهن‌آگاهی (سؤالات ۳ و ۷) در مقابل همانندسازی افراطی (سؤالات ۱ و ۹) و تجارب مشترک انسانی (سؤالات ۵ و ۱۰) در مقابل انزوا اندازه‌گیری می‌کند. ریس و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعهٔ خود، همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۶ و ضریب پایایی مقیاس را برای نمرهٔ کل و زیر مقیاس‌ها بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۵ گزارش دادند. در ایران، شهبازی، رجبی، مقامی و جلوداری (۲۰۱۵) این مقیاس را اعتباریابی و آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت‌کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲، ۰/۷۷ گزارش کردند (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۸ محاسبه شد.

نتایج

در این پژوهش از میان ۳۰۰ نفر شرکت‌کننده، ۲۲۶ نفر مجرد و میانگین و انحراف استاندارد سن آن‌ها برابر با ۲/۹۱ ± ۱۸/۶۵، کمترین سن ۱۶ و بیشترین سن ۲۴ بود. همچنین، ۷۴ نفر از شرکت‌کنندگان متأهل بودند و میانگین و انحراف استاندارد سن آن‌ها ۲/۳۸ ± ۲۲/۷۲ بود. .

از نظر تحصیلات، ۶۴/۳ درصد از شرکت‌کنندگان دبیرستانی، ۲۱ درصد کارشناسی و ۱۴/۷ درصد کارشناسی ارشد بودند.

در نمونه‌هایی با حجم بزرگ، آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف با افزایش اندازهٔ نمونه حساس‌تر می‌شود و حتی انحرافات جزئی از نرمالیتی را نیز به‌عنوان عدم نرمالیتی گزارش می‌کند. در چنین مواردی توصیه می‌شود از مقادیر کجی و کشیدگی استفاده شود که نتایج آن در جدول ۱ گزارش شده است.

مقدار کجی بیانگر عدم تقارن توزیع است. معمولاً اگر مقدار کجی بین ۱- تا ۱+ باشد، داده‌ها به میزان قابل‌قبولی نرمال در نظر گرفته می‌شوند. مقدار کشیدگی بیانگر پهنی یا تیزی توزیع در مقایسه با توزیع نرمال است. معمولاً اگر مقدار کشیدگی بین ۲- تا ۲+ باشد، داده‌ها به میزان قابل‌قبولی نرمال در نظر گرفته می‌شوند. یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد مقادیر کشیدگی و چولگی در بازهٔ مجاز قرار دارد. این مفروضه تأیید شد.

1. Body Dysmorphic Disorder Questionnaire
2. Psychological Flexibility Scale
3. Self-Compassion Scale

در مدل‌سازی معادلات ساختاری وجود هم‌خطی بین متغیرها ازجمله عوامل مشکل‌ساز در انجام تحلیل رگرسیون است. برای اطمینان از رعایت این مفروضه از شاخص‌های تورم واریانس و شاخص تحمل استفاده شده که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

در بررسی هم‌خطی، اگر شاخص تحمل کمتر از ۰/۱ و عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ باشد، نشان از وجود هم‌خطی زیاد دارد.

بررسی یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین از حد مجاز بیشتر نیست و پیش‌فرض عدم هم‌خطی تأیید شد. در ادامه، در جدول ۳، ماتریس هم‌بستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش آورده شده است

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	کشیدگی	خطای استاندارد کشیدگی	چولگی	خطای استاندارد چولگی
ترومای دوران کودکی	۰/۸۱۱	۰/۱۴۱	۰/۶۸۹	۰/۲۸۱
انعطاف روان‌شناختی	-۰/۶۱۹	۰/۱۴۱	۰/۴۷۹	۰/۲۸۱
شفقت به خود	-۰/۱۰۳	۰/۱۴۱	-۰/۳۷۸	۰/۲۸۱
بدریخت‌انگاری بدن	۰/۹۳۱	۰/۱۴۱	۰/۹۳۲	۰/۲۸۱
پرخوری عصبی	۰/۹۰۱	۰/۱۴۱	۰/۸۲۴	۰/۲۸۱

جدول ۲. عامل تورم واریانس و شاخص تحمیل برای بررسی میزان هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین

متغیر	شاخص تحمل	شاخص تورم واریانس (VIF)
ترومای دوران کودکی	۰/۸۹۷	۱/۸۹۳
شفقت به خود	۰/۵۵۶	۱/۷۹۹
انعطاف روان‌شناختی	۰/۵۲۸	۱/۱۳۸

جدول ۳. ماتریس هم‌بستگی متغیرهای پژوهش

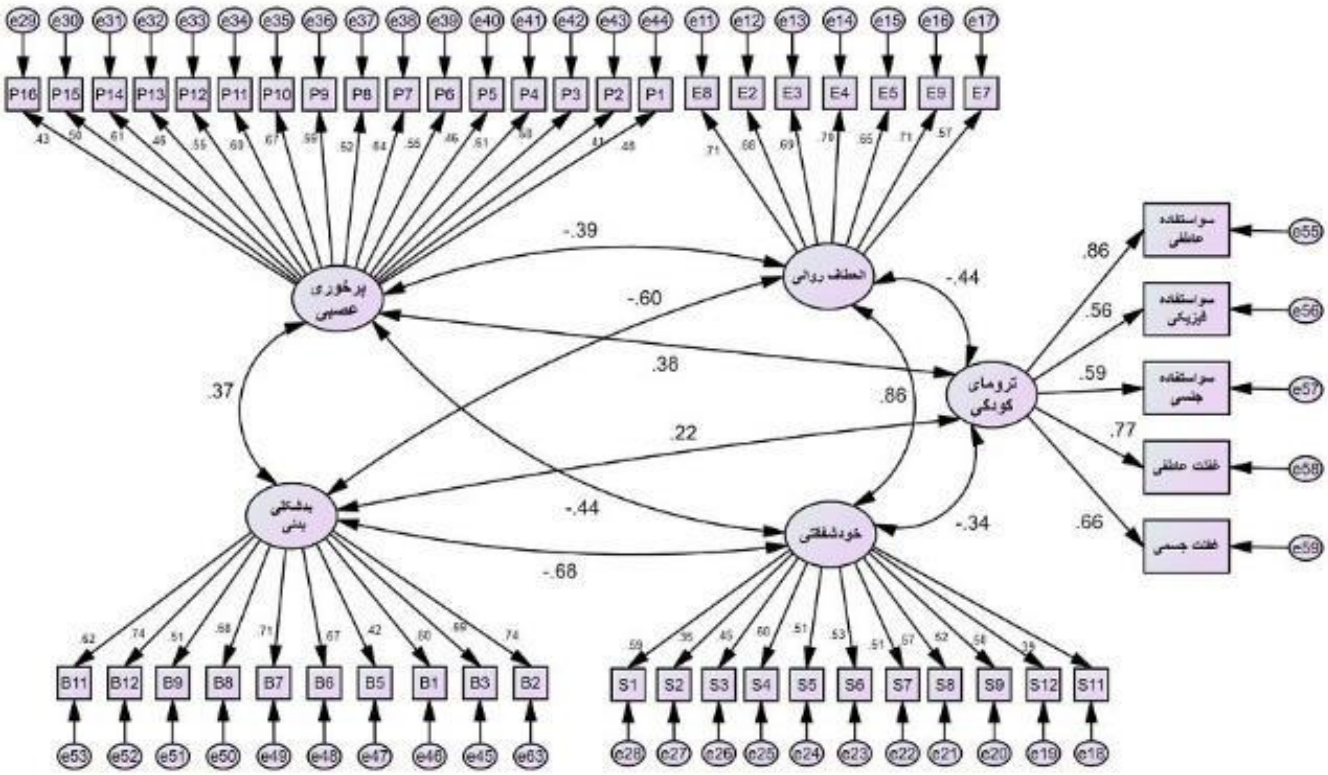
ردیف	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱	ترومای دوران کودکی	۱				
۲	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	-۰/۳۴۴**	۱			
۳	شفقت به خود	-۰/۲۶۹**	۰/۶۶۵**	۱		
۴	بدریخت‌انگاری بدن	۰/۱۷۱**	-۰/۵۶۰**	-۰/۵۴۲**	۱	
۵	پرخوری عصبی	۰/۳۰۶**	-۰/۳۵۰**	-۰/۳۶۵**	۰/۳۴۹**	۱

*P < 0.05, **P < 0.01

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد از بین متغیرهای وابستهٔ پژوهش، پرخوری عصبی با ترومای دوران کودکی هم‌بستگی مثبت و با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود هم‌بستگی منفی و در سطح P<۰/۰۱ معنی‌دار داشته است.

همچنین، بدریخت‌انگاری به‌عنوان دیگر متغیر وابستهٔ پژوهش با ترومای دوران کودکی هم‌بستگی مثبت و با شفقت به خود و انعطاف روان‌شناختی، هم‌بستگی منفی و در سطح P< ۰/۰۱ معنی‌دار داشته است. دیگر روابط و هم‌بستگی‌های بین متغیرها در جدول ۳ قابل مشاهده است.

به‌دلیل وجود متغیرهای متعدد در مدل پیشنهادی، قبل از آنکه مدل پیشنهادی در همان گام اول برآورده و آزموده شود، مدل اندازه‌گیری پژوهش برآورد و آزمون می‌شود؛ زیرا بررسی روابط ساختاری بین متغیرهای پنهان هنگامی منطقی‌تر و بامعناتر تفسیر می‌شود که اندازه‌گیری سازه‌های پنهان با توجه به معیارهای علمی قابل قبول باشند. در مدل اندازه‌گیری سؤالاتی که بار عاملی کمتر از ۰/۳ داشتند حذف شدند. شکل ۱، مدل اندازه‌گیری پژوهش را پس از حذف گویه‌های دارای بار عاملی پایین نشان می‌دهد. در ادامه، در جدول ۴، شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری پژوهش بررسی شده است.



شکل ۱. مدل اندازه‌گیری پژوهش

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری پژوهش

	CMIN/DF	CFI	PCFI	RMSEA	شاخص هلتر (۰/۰۱)
مدل اندازه گیری پژوهش	۲/۰۲۲	۰/۷۸۸	۰/۷۴۹	۰/۰۵۸	۱۶۳

می‌توان به این مورد اشاره کرد که آسیب‌های دوران کودکی و خودشفقت‌ورزی در قالب یک الگو، می‌توانند اختلال خوردن را پیش‌بینی کنند. مدل تدوین‌شده در پژوهش برازش مطلوبی با داده‌های تجربی دارد و خودشفقت‌ورزی میانجی‌گر ارتباط آسیب‌های دوران کودکی و اختلال خوردن است. براساس پشتوانهٔ نظری و تجربی فوق می‌توان گفت که این رابطه قابل تبیین است. بدین صورت که از یک‌طرف، تروماهای دوران کودکی باعث نقص در شفقت خود و افزایش احساس شرم در فرد می‌شود و از طرف

دیگر، نقص در شفقت خود، پیش‌آیند بروز اختلالات روانی ازجمله اختلالات خوردن هستند. نتایج بررسی بازماندگان سواستفادهٔ دوران کودکی نشان می‌دهد که این افراد دارای خودپنداره‌هایی مانند «بی‌اهمیت‌بودن» و «شایسته‌نبودن» هستند که ارزیابی انتقادی آن‌ها از خود به تجربهٔ هیجان شرم زیاد و فقدان شفقت به خود منجر می‌شود. سوآنل و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند یکی از پیامدهای تجربهٔ تروما در دوران کودکی، خودسرزنشی و انتقاد از خود و همدلی‌نکردن در دوران بزرگ‌سالی است. این انتقاد و همدلی‌نکردن با خود زمینهٔ شکل‌گیری باورهای منفی همانند کنترل‌ناپذیری و نگرانی دربارهٔ افکار و رفتار خود می‌شود که این نگرانی و ناتوانی در کنترل آن در آسیب‌شناسی روانی نقش مهمی بازی می‌کند.

در نتیجه، در تبیین نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در ارتباط آسیب‌های دوران کودکی و اختلال پرخوری عصبی می‌توان گفت که خودشفقت‌ورزی از یک‌سو با ایجاد نگاهی دلسوزانه به خود و درک مشکلات زندگی به‌عنوان تجاربی همگانی، موجب کاهش تجربهٔ شرم ناشی از ترومای دوان کودکی می‌شود و از سویی دیگر، در پژوهش حاضر از شاخص‌های کای اسکوئر بهنجار (CMIN/DF)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI)، ریشهٔ دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) و شاخص هلتر استفاده شد که اغلب مقادیر زیر ۵ را برای این شاخص قابل‌قبول می دانند و در حالت ایدئال کمتر از ۳. همچنین، برای شاخص برازش تطبیقی (CFI) مقادیر بالای ۰/۹ مورد قبول است که این شاخص در این مدل کمتر از مقدار ۰/۹ بود.

در شاخص برازش تطبیقی مقصد نیز حداقل مقدار ۰/۵ مورد توافق است. دربارهٔ شاخص ریشهٔ دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) می‌توان گفت اگر این شاخص کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد، مدل تدوین‌شده به واقعیت جامعهٔ آماری نزدیک تلقی می‌شود. همچنین در شاخص هلتر، اگر مقدار متناظر با الفای ۰/۰۱ از ۷۵ بیشتر باشد، نشان از برازش مناسب مدل دارد. با توجه به جدول ۴، می توان گفت مدل اندازه‌گیری در مجموع برازش خوبی دارد.

بحث

اولین یافتهٔ پژوهش به ما نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی بر پرخوری عصبی از طریق متغیر میانجی شفقت به خود معنادار است (P<۰/۰۱). بنابراین، این فرضیه تأیید می‌شود که ترومای دوران کودکی علاوه‌بر اینکه در پرخوری عصبی تأثیر مستقیم دارد، به‌سبب شفقت به خود، در متغیر پرخوری عصبی تأثیر غیرمستقیم نیز دارد. این مدل پژوهش تاکنون در پژوهشی بررسی نشده بود، اما با بعضی مطالعات مشابه مانند پژوهش‌های تدین (۱۴۰۱) و سوآنل و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده شفقت به خود می‌تواند موجب همدلی و مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی بیشتر دربارهٔ وقایع و احساسات و درنتیجه افزایش ظرفیت روانی فرد شود که مجموع این موارد پیش‌بینی‌کنندهٔ کاهش اختلالات روان‌شناختی، ازجمله اختلال بدریخت‌انگاری بدن است.

سومین یافتهٔ پژوهش نشان می‌دهد که اثر ترومای دوران کودکی در تغییرات ناشی از اختلال پرخوری عصبی از طریق متغیر میانجی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنادار نیست (P<۰/۰۱). بنابراین، این فرضیه رد می‌شود که ترومای دوران کودکی، به‌واسطهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، در متغیر پرخوری عصبی تأثیر غیرمستقیم دارد. این مدل پژوهش تاکنون در مطالعه‌ای بررسی نشده بود، اما با بعضی مطالعات مشابه، مانند پژوهش‌های محمدی‌مقدم (۱۴۰۰)، خوش‌سرور و میکائیلی (۱۴۰۰)، بلوت و همکاران (۲۰۱۶)، ناهمسو است.

با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض‌های تحلیل مسیر رعایت نشده است و متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با اختلال پرخوری عصبی رابطهٔ معناداری ندارد. بنابراین، امکان بررسی و آزمون مدل با روش تحلیل مسیر میسر نیست و فرضیهٔ حاضر رد می‌شود. تبیین ردشدن این فرضیه این‌گونه است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ارتباط میان ترومای دوران کودکی و اختلال پرخوری عصبی را میانجی‌گری نمی‌کند و ارتباط میانجی‌گری را میان این دو متغیر نمی‌توان برقرار دانست.

در نهایت، آخرین یافتهٔ پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اثر متغیر ترومای دوران کودکی بر تغییرات ناشی از اختلال بدریخت‌انگاری بدن از طریق متغیر میانجی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنادار است (P<۰/۰۱). با افزایش شفقت به خود موجب شکل‌گیری تمرکز و آگاهی بیشتر در فرد، مخصوصاً در رفتارهایی از جمله رفتارهای خوردن می‌شود.

دومین یافتهٔ پژوهش نیز نشان‌دهندهٔ این است که ترومای دوران کودکی بر تغییرات بدریخت‌انگاری بدنی از طریق متغیر میانجی شفقت به خود معنادار است (P<۰/۰۱). بنابراین، این فرضیه تأیید می‌شود که ترومای دوران کودکی، به واسطهٔ شفقت به خود، در متغیر بدریخت‌انگاری بدن تأثیر غیرمستقیم دارد. این مدل پژوهش تاکنون در پژوهشی بررسی نشده بود، اما با بعضی مطالعات مشابه مانند تدین (۱۴۰۳)، گرمر و نف (۲۰۱۵) و لاثرن و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سوءاستفادهٔ عاطفی با انتقاد از خود در اختلال بدریخت‌انگاری بدن همراه است و سوءاستفادهٔ فیزیکی یا جنسی هم به شرم متمرکز بر بدن مربوط شود (کوپرا و همکاران، ۲۰۲۰)، اما رابطه

بین تروما و اختلال بدریخت‌انگاری بدن رابطهٔ خطی ساده‌ای نیست (همان‌طور که یافته‌های ما این را نشان داد)، بلکه تروما از طریق مکانیسم‌های پردازش‌های شناختی و عاطفی تغییریافته به آسیب‌شناسی روانی مانند اختلال بدریخت‌انگاری بدن کمک می‌کند. یکی از این مکانیسم ها خودشفقت‌ورزی است. به عبارت دیگر، فقدان مراقبت‌های کودکی، عدم حمایت عاطفی و طرد با نقص در مؤلفه‌های مربوط به شفقت خود همراه است (فانی محمدآبادی و همکاران، ۱۴۰۲).

در نهایت، برای تبیین این فرضیه می‌توان گفت شفقت‌ورزی به خود با تلطیف هیجان‌ها و احساسات ناخوشایند ناشی از تجارب بیماران تروما‌زده می‌تواند به کاهش رنج عاطفی کلی آن‌ها کمک کند. در واقع، دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابلهٔ جایگزین پیدا کنند. تجربهٔ تروما در دوران کودکی، به دلیل آنکه اغلب از توانایی کودک در ارزیابی یا مقابله فراتر است، به کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود. این عوامل استرس‌زای اولیه به احتمال زیاد کنترل‌ناپذیر تلقی می‌شوند و ازاین‌رو، ناتوان‌کننده هستند (آرنستن، ۲۰۱۵). در واقع، شواهد همگرا نشان می‌دهد که پیشرفت عصبی در پاسخ به تروما ممکن است مکانیزیمی باشد که به اختلالات شناختی و عاطفی منجر می‌شود. در نتیجه، خطر ابتلا به انواع مشکلات روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (داب و همکاران، ۲۰۰۱).

نتیجه‌گیری

در نهایت، پس از تحلیل و بررسی داده‌های پژوهش، می‌توان گفت که ترومای دوران کودکی، خودشفقت‌ورزی را کاهش می‌دهد. همچنین، میزان خودشفقت‌ورزی با اختلالات پرخوری عصبی و بدریخت‌انگاری بدن رابطه منفی و معناداری دارد؛ به‌گونه‌ای که هرچند با افزایش ترومای کودکی میزان شفقت خود کاهش پیدا می‌کند، خودشفقت‌ورزی در اثرگذاری این مؤلفه در اختلالات ذکرشده می‌کاهد و نقش تعدیل‌کننده‌ای میان ترومای کودکی و اختلالات پرخوری عصبی و بدریخت‌انگاری بدن ایفا می‌کند. همچنین، نتایج حاصل نشان‌دهندهٔ این بود که ترومای دوران کودکی به‌واسطهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن تأثیرگذار است، به‌طوری که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطهٔ این دو متغیر نقش تعدیل‌کننده‌ای دارد، اما متأسفانه نتایج پژوهش دربارهٔ نقش تعدیل‌کنندهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی میان اختلالات ترومای دوران کودکی و اختلالات بنابراین، این فرضیه تأیید می‌شود که ترومای دوران کودکی، به‌واسطهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، در متغیر بدریخت‌انگاری بدن تأثیر غیرمستقیم دارد. این مدل پژوهش تاکنون در مطالعه‌ای بررسی نشده بود، اما با بعضی مطالعات مشابه، مانند پژوهش‌های میری و حسینیایی (۱۴۰۲)، تدین (۱۴۰۱) و اسکابرت و همکاران (۲۰۲۲)، همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه میان ترومای دوران کودکی و بدریخت‌انگاری بدن نقش میانجی را دارد. مطالعاتی که تا به امروز انجام شده است نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به‌عنوان عامل محافظت‌کننده بررسی کرده‌اند، اما در بررسی پیشینهٔ پژوهشی تاکنون هیچ مطالعه‌ای روی ترومای دوران کودکی متمرکز نبوده است. در تبیین فرضیهٔ اصلی پژوهش می‌توان بیان کرد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد برای تمرکز کامل بر لحظهٔ کنونی و ایجاد توانایی در انتخاب عملی بوده که در بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر باشد و نه انجام کاری که فقط برای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده است (میری و حسینیائی، ۱۴۰۲). افراد دارای توانایی تفکر انعطاف‌پذیر، توجیه‌های جایگزین را به کار می‌گیرند و به‌صورت مثبت چهارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و نیز موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای اضطراب‌آور را می‌پذیرند (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲). این سبک از انعطاف‌پذیری می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات وضعیت محیطی سازگار کند. اشخاص بدون این انعطاف‌پذیری، به هنگام احساس غم به‌سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابد؛ ازجمله نشخوارهای فکری متمرکز بر بدن؛ زیرا به پرخوری عصبی به‌دلیل معنادارنبودن رابطه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با متغیر پرخوری عصبی، معنادار نشد و این رابطه تأیید نشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. یکی از محدودیت‌های مطالعه این بود که یادآوری تجربیات نامطلوب کودکی در گذشته، ممکن است برای افراد سخت باشد. بااین‌حال گاهی تجربیات نامطلوب کودکی این‌قدر آسیب‌زننده است که احتمال به‌خاطرنیاوردن آن کم می‌شود. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، جامعهٔ آماری متشکل از افراد عادی (دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان شهرهای اردکان و میبد) بود که یک جمعیت غیربالینی و محدود را تشکیل می‌دهد و تعمیم نتایج باید با دقت انجام شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده داده‌ها از چند منبع جمع‌آوری شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام کسانی که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافع مالی یا ارتباط شخصی که بتواند بر نتایج گزارش‌شده در این مقاله تأثیر بگذارد، وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش، مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی از دانشگاه اردکان است و کد اخلاق

به شمارهٔ IR.YAZD.REC.1403.041دارد. رضایت آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه اخذ گردید. با توجه به سن شرکت‌کنندگان، در صورت زیر ۱۸ سال بودن، رضایت‌نامه کتبی از والدین/سرپرستان قانونی آن‌ها نیز دریافت شده است.

سهم نویسندگان

نویسنده اول: مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، اجرای پژوهش (گردآوری داده‌ها)، تحلیل داده‌ها (تحلیل آماری)، نگارش پیش‌نویس اصلی. نویسنده دوم: نظارت بر کل پروژه، هدایت علمی، بازبینی و ویرایش متن نهایی، تأیید نسخه نهایی. نویسنده سوم: اعتبارسنجی علمی، ارائه مشاوره در روش‌شناسی، بازبینی و اصلاح بخش‌های علمی.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی مشخصی از سوی سازمان‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

REFERENCES

1. Ahmad S. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2023. Link
2. Ahmadi S. The Effectiveness of Mindfulness and Relaxation on the Treatment of Bulimia Nervosa/Anorma Psychotica [dissertation], [Hamadan]: Payamenoor University: 2018. Link
3. Arnsten A F. Stress Weakens Prefrontal Networks: Molecular Insults to Higher Cognition. Nat. Neurosci. 2015;*18*(10), 1376-1385. DOI: 10.1038/nn.4087
4. Azadi H, Chinvae M, Shahsavari E. The Effectiveness of self-hypnosis Treatment on Reducing Signs of Bulimia Nervosa Disorders. Fifth National Conference on Psychology; 2019. Link
5. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge, D, Ahluvalia T, et.al. Development and Validation of a Brief Screening Version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2003;27(2):169-90. DOI: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
6. Bluett EJ, Lee EB, Simone M, Lockhart G, Twohig MP, Lensegrav-Benson T, Quakenbush-Roberts B. The Role of Body Image and Psychological Flexibility on the Treatment of Eating Disorders in a Residential Facility. Eat. Behav. 2016;23:150-5. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.10.002
7. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. Behav. Ther. 2011;42(4):676-88. DOI: 10.1016/j.beth.2011.03.007
8. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. Jama. 2001;286(24):3089-96. DOI: 10.1001/jama.286.24.3089
9. Ebadi, M. Predicting emotional divorce based on psychological flexibility, compassion, and responsibility in women with marital conflict in Karaj [dissertation]. [Hamadan]: Payamenoor University: 2020. Link
10. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in Adulthood. Iran. J. Psychiatry Clin. Psychol. 2014. Link
11. Ewert C, Vater A, Schröder-Abé M. Self-Compassion and Coping: A Meta-Analysis. Mindfulness. 2021;12(5):1063-77. DOI: 10.1007/s12671-020-01563-8
12. Faulkner JW, Theadom A, Mahon S, Snell DL, Barker-Collo S, Cunningham K. Psychological Flexibility: A Psychological Mechanism That Contributes to Persistent Symptoms Following Mild Traumatic Brain Injury?. Med. Hypotheses. 2020;143:110141. DOI: 10.1016/j.mehy.2020.110141
13. Ghabel Z, Shafiee Tabar M, Bahrami A. Self-Compassion and Cognitive Flexibility in People With Body Dysmorphic Disorder Syndrome. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2023;10(2):67-79. DOI: 10.32598/shenakht.10.2.67
14. Goodarzi, M., Noori, M., Aslzakerlighvan, M., & Abasi, I. The Relationship Between Childhood Traumas With Social Appearance Anxiety and Symptoms of Body Dysmorphic Disorder: the Mediating Role of Sociocultural Attitudes Toward Appearance. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 2022;*16*(1):e113064. DOI: 10.5812/ijpbs.113064
15. Gorbis E, Gorbis A, Braverman R, O'Neill J. Investigating the Multidimensional Comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorder, Body Dysmorphic Disorders, and Eating Disorders: Theoretical and Practical Approaches to Treatment. J. Med. Healthc. SRC/JMHC-234. 2022;200. DOI: 10.47363/JMHC/2022 (4)
16. Guillaume SI, Jaussent I, Maïmoun L, Ryst A, Seneque M, Villain L, et.al. Associations Between Adverse Childhood Experiences and Clinical Characteristics of Eating Disorders. Sci. Rep. 2016;6(1):35761. DOI: 10.1038/srep35761
17. Hail L, Le Grange D. Bulimia Nervosa in Adolescents: Prevalence and Treatment Challenges. Adolescent Health, Medicine, and Therapeutics. Adolesc. Health Med. Ther. 2018:11-6. DOI: 10.2147/AHMT.S135326
18. Hamidinejad N, Dolatshahi B, Bagheri F. Investigating the Relationship Between Perfectionism and Childhood Trauma with Disordered Eating Behaviors with the Mediating Role of Body Image Dissatisfaction. Health Psychol. 2023;12(46):77-92. DOI: 10.30473/hpj.2023.64030.5546
19. Harouni B. The Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship Between Self-Concept and Body Image and Social Anxiety in Female Students of Isfahan University of Technology. Res. WomeN. 2023;10(1):67. DOI: 20.1001.1.27831175.1401.4.1.4.0
20. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. Behav. Res. Ther. 2006;44(1):1-25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.00
21. Irani, S. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Diet Therapy Based on Behavioral Models and Body Image, Emotional Regulation, and Weight Loss in Obese Individuals with Bulimia Nervosa. [dissertation], [Rasht]: Azad University: 2020.Link
22. Khoshsorour S, Mikaeili N. The Role of Social Comparison, Interpersonal Sensitivity, and Cognitive Flexibility in Predicting Disordered Eating Attitudes iFemale Students. Soc. Psychol. Res. 2021;11(43):141-66. DOI: 10.22034/spr.2021.277112.1629
23. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Guilford publications; 2023. Link
24. Kopera M, Zaorska J, Trucco EM, Suszek H, Kobyliński P, Zucker RA, et.al. Childhood Trauma, Alexithymia, and Mental States Recognition among Individuals with Alcohol Use Disorder and Healthy Controls. Drug Alcohol Depend. 2020;217:108301. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108301
25. Lathren CR, Rao SS, Park J, Bluth K. Self-Compassion and Current Close Interpersonal Relationships: A Scoping Literature Review. Mindfulness. 2021;12(5):1078-93. DOI: 10.1007/s12671-020-01566-5
26. Lewis G. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. By the American Psychiatric Association. (Pp. 886;£ 34.95.) APA: Washington, DC.

1994. Psychol. Med. 1996;26(3):651-2. DOI: 10.1017/S0033291700033817
27. Mendes AL, Canavarro MC, Ferreira C. How Psychological Inflexibility Mediates the Association Between General Feelings of Shame with Body Image-Related Shame and Eating Psychopathology Severity?. Appetite. 2021;163:105228. DOI: 10.1016/j.appet.2021.105228
28. Miri, P., Hosseinaei, A. The Effect of Childhood Trauma on Psychological Symptoms Mediated by Psychological Flexibility in Female Students, 20-29 years. Knowl. Res. Appl. Psychol. 2023;24(3),218-228. DOI: 10.30486/jsrp.2021.1920521.2807
29. Mohammadabady MF, Karami S, Shahheydari A, Kamkar M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Alexithymia, Experiential Avoidance, and Self-Compassion in Adults with Childhood Trauma Experience. Iran. J. Psychiatr. Nurs. 2023;11(4):96-107. DOI: 10.22034/IJPN.11.4.95
30. Mohammadi Moghadam, M. Predicting binge eating disorder in people with type 2 diabetes based on depressive symptoms, emotion regulation, and psychological flexibility [dissertation]. [Shiraz]: Shiraz University: 2021. Link
31. Hamedi Rostami FZ, Mohammadian Akerdi E, Dehrouyeh Sh, Andalib Sahnesaraee M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Deformity and Psychological Well-Being in Women Seeking Cosmetic Surgery: A Quasi-Experimental Study. J. Rafsanjan Univ. Med. Sci. Health Serv. 2022;20(12):1323-1338. Link
32. Neff KD. The Development and Validation of A Scale to Measure Self-Compassion. Self Identity. 2003;2(3):223-50. DOI: 10.1080/15298860309027
33. Phillips KA, Bonnie R, Aronowitz PD, DeCaria C, Goodman WK. Compulsive Scale¹. Psychopharmacology bulletin. 1966;33(1-2):17-22. Link
34. Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor Structure, Validity and Reliability of the Modified Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder in Students. Iran. J. Psychiatry Clin. Psychol. 2010;15(4):343-50. Link
35. Rabiei, M. Body dysmorphic disorder: nature, causes and treatment. Tehran: Arjmand; 2011. Link
36. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and Factorial Validation of A Short Form of the Self-Compassion Scale. Clin. Psychol. Psychother. 2011;18(3):250-5. DOI: 10.1002/cpp.702
37. Schubert C, Hilbert S, Favreau M, Wolstein J, Voderholzer U. Psychological Flexibility as A Potential Change Factor in Cognitive Behavioral Therapy of OCD. Behav. Cogn. Psychother. 2022;50(4):381-91. DOI: 10.1017/S1352465822000091