

## مدل ساختاری اختلال خوردن بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی با نقش واسطه ای اضطراب اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت

دکتر سیده مریم موسوی<sup>۱</sup>، فاطمه شهدادی<sup>۲</sup>، آرتا اخلاقی<sup>۳</sup>

۱-دکتری روانشناسی سلامت، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران

۲-کارشناس ارشد روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران

۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی اختلال خوردن براساس طرحواره های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی با نقش واسطه ای اضطراب اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رشت بر اساس مدل ساختاری انجام شده است. روش پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نوع پژوهشات، توصیفی-همبستگی است. روش نمونه گیری طبقه ای - تصادفی ساده از طبقات کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در رشته های علوم انسانی، نمونه گیری انجام شد. تعداد نمونه بر اساس جدول مورگان ۲۶۰ نفر در نظر گرفته شد و پاسخ دهندگان به پرسشنامه های اختلال خوردن استیک و همکاران (۲۰۰۱)، پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰) و پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنستاین (۲۰۰۳) پاسخ دادند. با استفاده از نرم افزارهای AMOS24 و spss26 تجزیه و تحلیل آماری انجام شد. نتایج تحلیل نشان داد اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجی دارد ( $p < 0/01$ )، همچنین اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجی دارد ( $p < 0/01$ ). از نتایج به دست آمده این طور نتیجه گرفته می شود که به منظور کنترل و یا کاهش اختلال خوردن دانشجویان لازم است که به آموزش هایی در خصوص کاهش اضطراب اجتماعی و درمان طرحواره های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در دانشجویان توجه شود.

واژگان کلیدی: اختلال خوردن، اضطراب اجتماعی، طرحواره های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی

## مقدمه

امروزه اختلالات خوردن یکی از مورد توجه‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌روند و شیوع آن در دهه‌های اخیر افزایش یافته است. به طوری که آمارهای جهانی در زمینه اختلال خوردن دانشجویان حاکی از این است که ۳۰ درصد دانشجویان به دلیل تجربیات منفی خانوادگی و یا دوستان در معرض این اختلال هستند (بیدونتو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳) در مطالعه‌ای که در زمینه شیوع اختلال خوردن در دانشجویان پزشکی در کشور هند انجام شده است، نتایج گویای این موضوع است که ۱۰/۴ درصد دانشجویان دچار این اختلال هستند (فکیه-رومدن، ۲۰۲۲).

اختلال خوردن به معنای رفتارها و نگرش‌های نادرست خوردن است که به صورت یک زنجیره اختلال در غذا خوردن است. این اختلال با ایجاد تغییر در الگوی غذایی و با دریافت نامطلوب مواد مغذی می‌تواند منجر به ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شود و سلامتی فرد را با مکانیسم‌های مختلفی تهدید کند (هودسان و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). از نظر روانشناسان این اختلال در افرادی به وجود می‌آید که دارای استرس و آشوب درونی هستند و برای رسیدن به احساس آرامش، به غذا خوردن پناه می‌برند. افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد چاق غیر مبتلا به اختلال پرخوری بیش‌تر احتمال دارد که بعد از تجربه هیجانات منفی برای تسکین هیجانات دست به اعمال تکانشی مانند پرخوری بزنند. چرا که پرخوری و اختلال در خوردن با نقص در سیستم پاداش مغز و سطوح پایین دوپامین و اعمال تکانشگری مرتبط است (بزرگی و همکاران، ۱۴۰۲). اختلال خوردن عوارض روانی متعددی را با خود به همراه دارد، مثال افراد مبتلا به پراشتهایی یا بی‌اشتهایی عصبی مشکلاتی در جنبه‌های روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند. افسردگی همراه با اختلالات خوردن شایع است و می‌تواند شدت اختلال خوردن را شدیدتر کند (رودیت و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱).

مرور مطالعات سیستماتیک در زمینه رابطه ترومای دوران کودکی و اختلال خوردن در دانشجویان در کشور استرالیا نشان داده است که از ۴۲۲ دانشجوی دختر که سابقه سو استفاده جنسی در کودکی را داشتند اضافه وزن داشتند و اختلال پرخوری در آنها دیده می‌شود. همین‌طور در مطالعه مشابه دیگر ۴۲ درصد از افرادی که مورد سو استفاده قرار گرفتند اپیزودهای خوردن و رفتارهایی که شامل عدم افزایش وزن و کنترل وزن هستند را از خود نشان می‌دهند (اوسن و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۳).

شیوع اختلالات خوردن در کشورهای آمریکای لاتین تا ۶/۱۳ درصد است و همراه با علائم روان پزشکی از جمله اضطراب و افسردگی همراه بوده است و سایر پیامدهای منفی مانند رفتارهای مرتبط با خودکشی در دانشجویان مشاهده شده است (مارگوا و همکاران، ۲۰۲۳).

اختلال خوردن مادام‌العمر در حدود ۵ درصد از جمعیت عمومی در میان جوامع توسعه یافته تشکیل می‌دهد در حال حاضر در سراسر جهان در حال افزایش است، به طوری که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ بیش از دو برابر

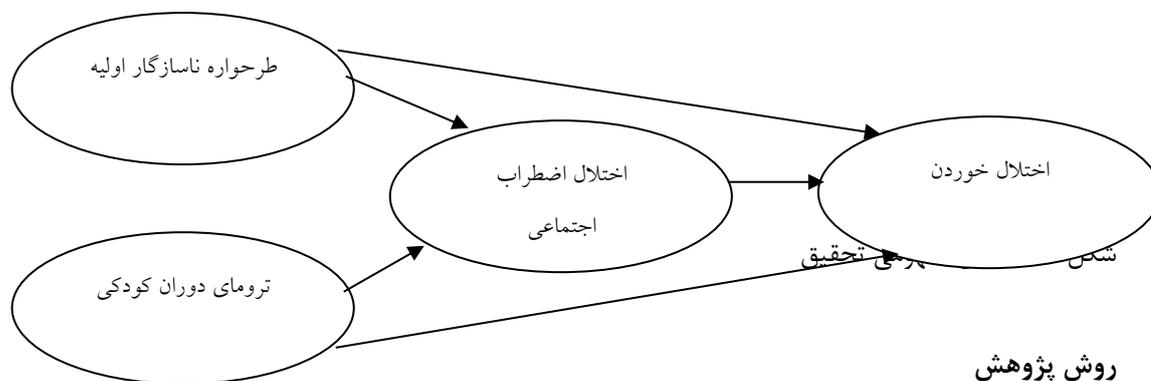
<sup>1</sup> Budhiwianto et al.,

<sup>2</sup> Hudson

<sup>3</sup> Ridout

<sup>4</sup> Evşen

شدن این ابتلا در سراسر جهان، نیاز به مطالعات جدید برای ارزیابی علت و مکانیسم‌های اساسی آن وجود دارد (فرناندز-آندرا و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳) علاوه بر طرحواره ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی، اختلال اضطراب اجتماعی یکی دیگر از متغیرهای مورد توجه برخی محققین مثل لوینسون و همکاران (۲۰۱۸)، جین و همکاران (۲۰۲۲)، ندیری و همکاران (۱۴۰۱) در زمینه اختلال خوردن بوده است. اختلال اضطراب اجتماعی که به عنوان فوبیای اجتماعی نیز شناخته می‌شود، یک ترس مداوم از قرار گرفتن در معرض افراد غریبه در یک یا چند موقعیت اجتماعی یا حرفه‌ای است که در آن افراد ممکن است احساس کنند توسط دیگران مشاهده می‌شوند و با ترس از تعامل مشخص می‌شود. این اختلال در جوانان شایع است و می‌تواند به شدت عملکرد اجتماعی آنها را مختل کند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی زمانی که صحبت از ظاهرشان به میان می‌آید، مستعد ارزیابی منفی از خود هستند. این نقص در ادراک ظاهری می‌تواند باعث تشدید تصویر بدنی ضعیف از خود شود. اضطراب ظاهری به افرادی اطلاق می‌شود که به دلیل معیارهای اجتماعی ادراک شده و ادراک از ارزیابی‌های دیگران، بیش از حد به ظاهر خود توجه می‌کنند که در نتیجه باعث ایجاد ناامنی، شک و اضطراب در مورد ظاهر خود می‌شود. چندین مطالعه نشان داده‌اند که اضطراب ظاهری، ارتباط زیادی با اختلالات خوردن مانند بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی دارد و نظرات مربوط به ظاهر می‌تواند اضطراب ظاهری را افزایش داده و به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر اختلالات خوردن تأثیر بگذارد (جین و همکاران، ۲۰۲۲) در سال‌های اولیه، اختلال اضطراب اجتماعی مقدم بر اختلال خوردن است. به دلیل وجوه مشترک در نگرانی‌هایی مثل گرایش به تناسب اندام یا اجتناب از عدم کفایت اجتماعی، اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند خطری جدی برای اختلال‌های خوردن باشد افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به ویژه زنان، با احتمال بیشتری فشارهای اجتماعی مانند آرمان لاغری را دنبال می‌کنند، مخصوصاً اگر باور داشته باشند که این هدف آنها را از پیامدهای منفی اجتماعی محافظت می‌کند. بنابراین، درونی کردن آرمان لاغری و پذیرش فشارهای اجتماعی برای لاغر شدن به نارضایتی بدنی، عاطفه منفی، رفتارهای حیرت آور پرهیز از غذا خوردن و همچنین رفتارهای غیرمعمول خوردن منجر می‌شود (بلپینگا و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به اهمیت متغیرهای ذکر شده و نقش آنها در اختلال خوردن در این تحقیق به سوال پاسخ داده می‌شود آیا اختلال اضطراب اجتماعی، رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی با اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت را میانجی‌گری می‌کند؟



### روش پژوهش

روش پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی است. پژوهش حاضر از نوع پژوهشات توصیفی-همبستگی است.

<sup>5</sup> Fernández-Aranda

<sup>6</sup> Bellapigna

جامعه آماری این تحقیق، دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد واحد رشت به تعداد ۱۵۰۰۰ نفر بوده است. روش نمونه گیری طبقه ای - تصادفی ساده از طبقات کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در رشته های علوم انسانی نمونه گیری انجام شد. تعداد نمونه بر اساس جدول مورگان ۲۶۰ نفر در نظر گرفته شد معیارهای ورود مطالعه: دانشجو دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت بودن، محدوده سنی ۱۸ تا ۳۸ سال، رضایت کامل به منظور شرکت در مطالعه، داشتن اضافه وزن.

در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه استفاده شده است:

- پرسشنامه اختلال خوردن  
مقیاس تشخیص اختلال خوردن، نشانه های اختلال خوردن را می سنجد. این ابزار توسط استیک و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شد. این مقیاس شامل ۳ زیر مقیاس است که برای آزمودن نشانه های اختلال کم اشتهاهی عصبی، اختلال پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن مفرط طراحی شده و تشخیص را برای این اختلالها در دو سطح بالینی و غیربالینی فراهم می کند. بنابراین امکان تفکیک هفت طبقه تشخیصی کم اشتهاهی عصبی، پراشتهایی عصبی، خوردن مفرط، حد زیرآستانه های کم اشتهاهی عصبی، حد زیرآستانه ای پراشتهایی عصبی، حد زیرآستانه ای خوردن مفرط و بدون تشخیص را فراهم می کند.  
نمره گذاری سؤالات ۳، ۲، ۱، ۴ به صورت لیکرت و ۸ امتیازی بین ۷-۰ است. این سؤالات نگرش فرد را در مورد تصویر بدنی وی می سنجد. نمرات بالاتر نشان دهنده نگرش ضعیفتر فرد به بدن خود است. سؤال ۵ به صورت بله یا خیر پاسخ داده می شود. همچنین سؤالات ۱۴ و ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۶ به صوت بله، خیر و نمیدانم پاسخ داده می شود.  
این مقیاس دارای روایی ملاکی، پیشبین و همگرای قوی است. همچنین پایایی این ابزار بر اساس روش آزمون- بازآزمایی تأیید شده و همسانی درونی قابل پذیرشی دارد (استیس و همکاران، ۲۰۰۴).  
ضریب کاپای آزمون- بازآزمایی برای تشخیص اختلال خوردن از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ است (پایک و همکاران، ۲۰۰۹). آلفای کرونباخ در تحقیق واگنر (۲۰۱۱) ۰/۸۷ برای نمونه با وزن نرمال و ۰/۸۳ برای نمونه دارای اضافه وزن گزارش شده است. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه توسط خبیر و همکاران (۱۳۹۳) با ضریب آلفای ۰/۸۴ مورد تایید قرار گرفت.

- پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی  
پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (SPI) (۲۰۰۰) یک مقیاس خودسنجی شامل ۱۷ ماده است و از سه زیر مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) تشکیل می شود. نمره گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای بوده و امتیاز هر کدام از گزینه ها از ۰ تا ۴ تعریف گردیده است.  
اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴۰ توسط کانور (۲۰۰۰) گزارش شده است. در پژوهش سلاجقه و بخشانی (۱۳۹۳) مولفه های ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد

که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالای آن است (سلاجقه و بخشانی، ۱۳۹۳).

- پرسشنامه ترومای دوران کودکی

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) توسط برنستاین، استین، نیوکمپ، والکر، پوگ و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شده است. این پرسشنامه پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد و ۲۸ سوال دارد که ۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سوال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود.

همچنین روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنج گانه آن گزارش کرده‌اند. نمره گذاری پرسشنامه:

قبل از نمره گذاری مولفه‌های پرسشنامه ابتدا باید نمره گذاری سوال های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ معکوس شود.

نمرات بالا در پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است.

- پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه

این پرسشنامه را یانگ (۲۰۰۳) ساخته است که ۷۵ ماده دارد. پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ-SF) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شد. این طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، (سوالات ۱ تا ۵) رهاشدگی/بی‌ثباتی (سوالات ۶ تا ۱۰)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (سوالات ۱۱ تا ۱۵)، انزوای اجتماعی (سوالات ۱۶ تا ۲۰)، نقص/شرم (سوالات ۲۱ تا ۲۵)، شکست (سوالات ۲۶ تا ۳۰)، وابستگی/بی‌کفایتی (سوالات ۳۱ تا ۳۵)، آسیب‌پذیری به ضرر (سوالات ۳۶ تا ۴۰)، گرفتاری/در دام افتادگی (سوالات ۴۱ تا ۴۵)، اطاعت (سوالات ۴۶ تا ۵۰)، از خود گذشتگی (سوالات ۵۱ تا ۵۵)، بازداری هیجانی (سوالات ۵۶ تا ۶۰)، معیارهای سرسختانه/عیبجویی افراطی (سوالات ۶۱ تا ۶۵)، استحقاق (سوالات ۶۶ تا ۷۰)، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی (سوالات ۷۱ تا ۷۵) هر آیت‌م در یک مقیاس درجه بندی ۶ تایی کاملاً درست=۷ تا کاملاً غلط=۱ نمره گذاری می‌شود. هر مقیاس ۵ ماده دارد که نوع طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. کمینه و بیشینه نمره اندازه گیری طرحواره بین ۵ تا ۳۰ است که نمره بالا حاکی از میزان بالا طرحواره ناسازگار در آزمودنی است.

روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیق یانگ (۲۰۰۳) ۰/۷۸ به دست آمد. روایی و اعتبار این پرسشنامه را در ایران مهدوی و آزادی (۱۴۰۰) بررسی کرده‌اند. تحلیل یافته‌ها نشان داد پرسشنامه به غیر از حوزه دگرجهت مندی که اعتبار متوسط (۰/۶۷) داشت، در بقیه حوزه‌ها مطلوب بالاتر از ۰/۷۰ است. همچنین، با حذف برخی گویه‌ها پرسشنامه از روایی کافی بالاتر از ۰/۳۰ برخوردار بود

به منظور انجام این پژوهش پس از تدوین پرسشنامه به کسب مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت اقدام شد. پرسشنامه‌ها در بین دانشجویان مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در رشته‌های علوم انسانی شامل روانشناسی، علوم سیاسی، جغرافیا و ادبیات توزیع شد. ۱۵۰ پرسشنامه به مقطع کارشناسی، ۸۰ پرسشنامه به مقطع کارشناسی ارشد و ۳۰ پرسشنامه به مقطع دکتری اختصاص یافت و به صورت تصادفی ساده توزیع شد. ضمن این که به پاسخ دهندگان در زمینه موضوع و اهمیت طرح توضیحاتی ارائه داده شد. در صورت تمایل و دارا بودن شرایط ورود به مطالعه نمونه‌ها انتخاب شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی به وسیله نرم افزار SPSS23 انجام شد. در بخش توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی، میانگین، واریانس، انحراف معیار، استفاده خواهد شد. در بخش استنباطی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق استفاده شد و جهت آزمون فرضیه‌ها از روش معادلات ساختاری و نرم افزار Amos24 استفاده شد. همچنین برای بررسی اثر غیرمستقیم یا میانجی گرایانه‌ی متغیر از آزمون بوت استرپ استفاده گردیده است.

یافته‌های پژوهش

در رابطه با متغیرهای جمعیت شناختی تحقیق، ۲۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت مورد بررسی قرار گرفت که میانگین سنی دانشجویان مورد مطالعه  $22/44 \pm 4/62$  سال و در دامنه ۱۹ تا ۲۷ سال بود.

همچنین نتایج نشان می‌دهد بیشتر دانشجویان مورد مطالعه از نظر جنسیت ۱۵۲ نفر (۵۸/۴) دختر، از نظر وضعیت سطح تحصیلات ۱۷۷ نفر (۶۸/۱ درصد) لیسانس و از نظر شاخص توده بدنی ۲۴۳ نفر (۹۳/۵ درصد) ۲۵-۳۰ بود.

جدول ۱-۲. متغیرهای جمعیت شناختی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رشت (n= ۲۶۰)

متغیر جمعیت شناختی	سطح	تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۱۵۲	۵۸/۴
	پسر	۱۰۸	۴۱/۶
	لیسانس	۱۷۷	۶۸/۱
سطح تحصیلات	فوق لیسانس	۵۵	۲۱/۲
	دکتری	۲۸	۱۰/۷
	وضعیت شاخص توده بدنی	۲۵-۳۰	۲۴۳
	بالتر از ۳۰	۱۷	۶/۵

جدول ۱-۳. اطلاعات توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی) مربوط به متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ترومای دوران کودکی، اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن گزارش شده است.

جدول ۱-۳. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رشت

متغیر	میانگین	انحراف معیار	بیشینه-کمینه	کجی	کشیدگی
بریدگی و طرد	۶۴/۸۰	۲۵/۰۳	۳۳-۱۰۱	۰/۱۳	-۱/۵۲

۰/۰۵	۰/۰۵	۲۲-۱۰۱	۲۷/۳۳	۶۲/۱۵	خودگردانی و عملکرد مختل
-۱/۰۴	-۰/۴۳	۱۳-۵۸	۱۴/۰۷	۳۵/۹۵	جهت مندی
-۱/۰۸	۰/۲۲	۱۴-۵۸	۱۳/۷۳	۳۳/۴۸	گوش بزنگی بیش از حد و بازداری
-۱/۲۳	-۰/۴۹	۱۲-۵۸	۱۵/۴۹	۳۷/۹۹	محدودیت های مختل
-۰/۹۹	-۰/۲۸	۲۹-۱۰۱	۲۳/۱۹	۶۸/۰۸	ترومای دوران کودکی
-۱/۳۶	-۰/۰۶	۱۴-۵۹	۱۵/۱۳	۳۷/۶۱	اضطراب اجتماعی
-۰/۷۷	۰/۱۲	۱۳-۲۰	۲/۷۸	۱۶/۴۰	اختلال خوردن

میانگین متغیر اختلال خوردن در دانشجویان ۱۶/۴۰ و انحراف معیار ۲/۷۸ بود. هم‌چنین میانگین متغیر اضطراب اجتماعی در دانشجویان ۳۷/۶۱ و انحراف معیار ۱۵/۱۳ بود. جدول ۴-۱ اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ترومای دوران کودکی، اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن را نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پیش بین، واسطه‌ای و وابسته مدل پیشنهادی

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
							۱	۱. بریدگی و طرد
						۱	۱۱۸**	۲. خودگردانی و عملکرد مختل
							۱۴۰**	۳. جهت مندی
					۱	۰/۰۹	۱۴۲**	۴. گوش بزنگی بیش از حد و بازداری
				۱	۱/۲۲**	۰/۱۳*	۱۴۳**	۵. محدودیت های مختل
			۱	۰/۱۵*	۰/۱۴*	۱/۳۳**	۱۴۳**	۶. ترومای دوران کودکی
		۱	۰/۱۳*	۱/۳۶**	۱/۱۷**	۱/۲۷**	۱/۳۳**	۷. اضطراب اجتماعی
	۱	۱/۲۸**	۱/۳۸**	۱/۵۷**	۱/۵۲**	۰/۱۵*	۱/۴۸**	۸. اختلال خوردن
۱	۱/۵۴**	۱/۳۹**	۱/۳۳**	۱/۵۲**	۱/۳۸**	۰/۱۶*	۱/۲۴**	

$P < 0.05^*$ ,  $P < 0.01^{**}$

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، ارتباط مثبت و معناداری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی با اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی وجود داشت. هم‌چنین ارتباط مثبت و معناداری بین اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی وجود داشت.

بر اساس فرضیه ی نقش میانجی اضطراب اجتماعی در رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی با اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد رشت ، مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی الگوی پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت. همانطور که نتایج مندرج در جدول ۱-۵ نشان می‌دهد، شاخص‌های برازش  $PNFI=0/529$ ,  $PCFI=0/591$ ,  $GFI=0/954$  و  $CFI=0/929$  حاکی از برازش خوب مدل پیشنهادی با داده‌هاست. بنابراین مدل پیشنهادی از برازندگی مطلوبی برخوردار است. شاخص‌های برازندگی الگوی ساختاری مدل پیشنهادی پژوهش در جدول ۱-۵ نشان داده شده‌اند.

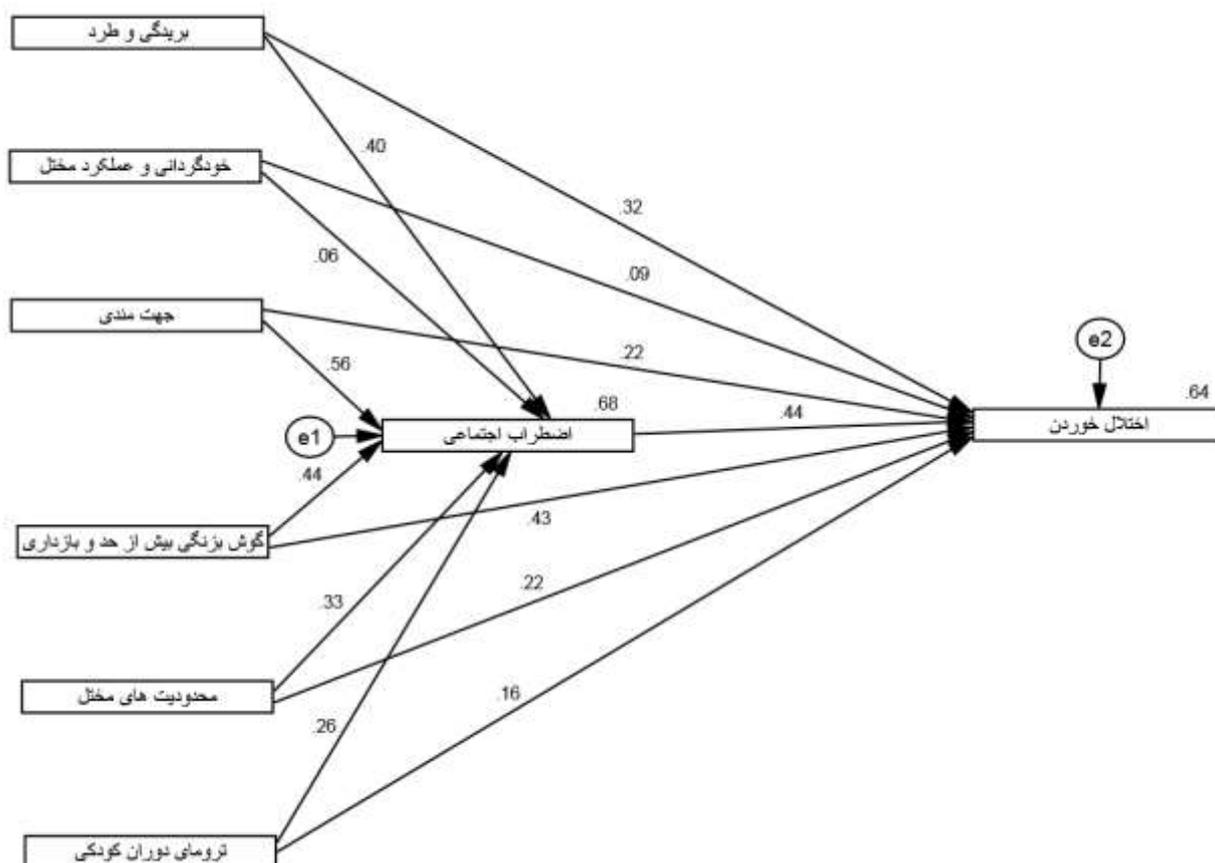
جدول ۱-۵. شاخص‌های برازندگی الگوی ساختاری مدل پیشنهادی پژوهش

GFI	IFI	PCFI	CFI	PNFI	RMSEA (CL90 %)	CMIN/df	P-value	Df	$\chi^2$	شاخص‌های برازندگی
0/954	0/931	0/591	0/929	0/529	0/050 (0/03 - 0/07)	1/65	0/052	15	24/83	الگوی پیشنهادی

\*میزان قابل قبول شاخص‌ها RMSEA, ( $>0.08$ ) CFI, GFI, IFI, ( $>0.5$ ) PNFI, PCFI, ( $<0.08$ ) CMIN/DF ( $<0.05$  خوب،  $<0.08$  قابل قبول) (کلین، ۲۰۱۶).

\*Abbreviations; CMIN/DF: Chi-square/degree-of-freedom ratio; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; PCFI: Parsimonious Comparative Fit Index; GFI: Goodness of Fit Index; PNFI: Parsimonious Normed Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; CFI: Comparative Fit Index.

در شکل ۱-۶ ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی رابطه ساختاری نقش میانجی اضطراب اجتماعی در رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی با اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد رشت نشان داده شده است.



شکل ۶-۱

بنابراین با توجه به شاخص‌های برآورد شده، نتایج نشان می‌دهد رابطه ساختاری پیشنهادی نقش میانجی اضطراب اجتماعی در رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی با اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت برآزش دارد.

در شکل ۶-۱، اعداد روی مسیرها، وزن‌های مسیر یا بتاها هستند. از میان این ضرایب، بالاترین ضریب (۰/۵۶۳) به مسیر جهت مندی و اضطراب اجتماعی اختصاص دارد و ضعیف‌ترین ضریب (۰/۰۶۰) به مسیر خودگردانی و عملکرد مختل و اضطراب اجتماعی مربوط می‌شود.

**فرضیه ۱: اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجی دارد.**

نتایج آزمون بوت استرپ در جدول ۷-۱ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم بریدگی و طرد ( $\beta = 0.11760, P < 0.001$ )، جهت مندی ( $\beta = 0.24664, P < 0.001$ )، گوش بزنگی بیش از حد و بازداری ( $\beta = 0.19336, P < 0.001$ ) و محدودیت‌های مختل ( $\beta = 0.1452, P < 0.001$ ) بر اختلال خوردن از طریق اختلال اضطراب اجتماعی مثبت و معنادار است. اما اثر غیرمستقیم خودگردانی و عملکرد مختل بر اختلال خوردن از طریق اضطراب اجتماعی معنادار نیست ( $\beta = 0.0264, P = 0.450$ ).

بنابراین اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه (به غیر از خودگردانی و عملکرد مختل) و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجی‌گری دارد. فرضیه اول تأیید شد.

فرضیه ۲: اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجی دارد.

نتایج آزمون بوت استرپ در جدول ۷-۱ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر اختلال خوردن از طریق اختلال اضطراب اجتماعی مثبت و معنادار است ( $\beta = 0.1144, P < 0.001$ ). بنابراین اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجیگری دارد. فرضیه دوم تأیید شد.

جدول ۷-۱. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیر مستقیم الگوی پیشنهادی

شاخص				مسیر	
مقدار احتمال	حد بالا	حد پایین	خطا غیرمستقیم	اثر	
<0.001	0.2430	0.1278	0.0540	0.1760	بریدگی و طرد به اختلال خوردن از طریق اضطراب اجتماعی
0.450	0.634	0.137	0.125	0.264	خودگردانی و عملکرد مختل به اختلال خوردن از طریق اضطراب اجتماعی
<0.001	0.3560	0.1734	0.0840	0.2464	جهت مندی به اختلال خوردن از طریق اضطراب اجتماعی
<0.001	0.2642	0.1325	0.0688	0.1936	گوش بزنگی بیش از حد و بازداری به اختلال خوردن از طریق اضطراب اجتماعی
<0.001	0.1990	0.0972	0.0485	0.1452	محدودیت های مختل به اختلال خوردن از طریق اضطراب اجتماعی
<0.001	0.1847	0.0632	0.0420	0.1144	ترومای دوران کودکی به اختلال خوردن از طریق اضطراب اجتماعی

### بحث و نتیجه گیری

یکی از مهم ترین نتایج مطالعه ی ما این است که :

## اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجی دارد.

با توجه به معنادار بودن فرضیه فوق در تبیین این یافته می‌توان گفت که این نتیجه همسو با تحقیقاتی مثل کاوه قهفرخی و تابع بردبار (۱۳۹۶) است.

در تبیین این یافته براساس نظر بک و همکاران (۱۹۸۵) مدل شناختی مربوط به واکنش به تهدید را ارائه دادند: طبق این مدل افراد مضطرب در روبه رو شدن با موقعیت بالقوه خطرناک تصمیم می‌گیرند بر کدام جنبه و بعد آن تمرکز کنند. پردازش شناختی آنها بر ابعاد محدود موقعیت از دست رفته و ایجاد تصویر تحریف شده تمرکز دارد. اضطراب به وسیله این تحریف‌ها یا ارزیابی بد عملکردی موقعیت‌های متفاوت حفظ می‌شود. افراد دارای اضطراب شدید در تفسیر تجاربشان مرتکب خطاهای سیستماتیک می‌شوند (تحریف شناختی) که اغلب مورد چالش قرار نمی‌گیرد و به پریشانی روان‌شناختی قابل توجه منجر می‌شود. بنابراین روش پردازش اطلاعات از نظر شناختی، هم از منظر سبب‌شناختی و هم در حفظ و درمان اختلال اضطراب، مهم و حیاتی است. پژوهش‌ها در این حوزه‌ها از چهار نوع سوداری یا تحریف شناختی در کودکان و بزرگسالان دارای اضطراب و تمام افرادی که درگیر موضوعات مربوط به تهدید شخصی می‌شوند، خبر می‌دهند: تحریف حافظه (مثلا یادآوری اطلاعات تهدیدآمیز و منفی)، تحریف توجه (توجه انتخابی به محرک‌های تهدیدآمیز یا غیرتهدیدآمیز در محیط)، قضاوت تحریف‌شده (تمایل به ادراک نقص در توانایی‌های مقابله‌ای) و تفسیر تحریف‌شده (تفسیر وقایع خنثی یا مبهم به صورت تهدیدآمیز) افراد مضطرب، اشتغال فکری با موقعیت‌های ایجادکننده اضطراب نشان می‌دهند. اختلال هیجانی ممکن است گوش‌به‌زنگی نسبت به وقایع استرس‌آمیز یا فراوانی فراخوانی وقایع استرس‌آمیز را افزایش دهند (نادرزاده و همکاران، ۱۳۹۸).

در تبیین یافته می‌توان اظهار داشت که مفهوم سازی‌های نظری از رفتارهای خوردن آشفته، می‌تواند در مدل‌های تنظیم هیجان خلاصه شود. یکی از این مدل‌ها، نظریه‌ی فرار است. این نظریه بیان می‌کند رفتارهای خوردن آشفته، سازوکاری است که از طریق آن، افراد تلاش می‌کنند تا از حالت‌های هیجانی نامطلوب اجتناب کنند. به طور ویژه غذا، حواس پرتی لذت بخش و عینی از آشفتگی‌های هیجانی و نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن فراهم می‌کند بنابراین اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجی دارد. دانشجویان می‌توانند دلیلی بر این باشد که از این رفتارها برای فرار از اضطراب‌های خود استفاده می‌کنند و رفتارهای خوردن آشفته را به عنوان مکانیسمی دفاعی در مقابل اضطراب خود به کار می‌گیرند

از دیگر یافته‌های مهم مطالعه‌ی ما این است که :

## اختلال اضطراب اجتماعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه آزاد رشت نقش میانجی دارد.

با توجه به معنادار بودن فرضیه فوق در تبیین این یافته می‌توان گفت که این نتیجه همسو با تحقیقاتی مثل حمیدی نژاد و همکاران (۱۴۰۲)، و کیلی و همکاران (۱۳۹۹) است.

هنگامی که آسیبی در دوران کودکی رخ می‌دهد، توجه متمرکز بر خود که مبتنی بر بی‌ارزشی، شرم و ناکارآمدی است، افزایش می‌یابد. این خودمشاهده‌گری افراطی، منجر به مشغولیت حول محور بدن می‌گردد در این زمینه اینگونه نظریه پرداز شده است که تجربه سوءاستفاده و تروما، منجر به تشدید احساسات منفی و احساس بیگانگی نسبت به بدن می‌شود، و این امر فرد را وحشت‌زده کرده و باعث اضطراب و نفرت در او می‌گردد. همچنین ممکن است افراد از خودزنی و آسیب به خود به عنوان شکنجه‌ای که منبع رنج آنهاست،

استفاده کنند در چنین شرایطی جسمی که در حال آسیب دیدن است، به‌عنوان آبه‌جایگزین عمل می‌کند و تمام احساسات منفی را که قربانی نسبت به شخص آسیب‌زننده ابراز می‌کند، تجسم می‌بخشد. بنابراین آسیب و تروما، می‌تواند علت ادراک تحریف بدن تلقی شود، که از طریق آن، احساس از دست دادن کنترل و یا گسستگی مرزهای بدنی، نمایان می‌شود مطابق با مدل واکنش اجتماعی کمال‌گرایی مشکلات یا بدرفتاری کودکان یک عامل آسیب‌پذیری مهم برای رشد صفات و رفتارهای کمال‌گرایانه در بزرگسالی است. به عبارت دیگر مطابق با این دو مدل، کمال‌گرایی تا حدی در پاسخ به رفتارهای نامطلوب والدین و تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی که در گذشته باعث ایجاد احساس ناامیدی، شرم / نقص، ناتوانی و عدم احساس امنیت می‌شد، ایجاد می‌شود. طبق این مدل‌ها افراد برای رسیدن به عشق و پذیرش دیگران، برای به‌دست آوردن مجدد احساس کنترل پس از حوادث ناگوار یا آسیب‌زا، برای رفع احساس ناامیدی، شرم و درماندگی و جلوگیری از بدرفتاری بیشتر، برای کامل‌بودن تلاش می‌کنند (حمیدی نژاد و همکاران، ۱۴۰۲).

محقق از این موضوع این‌طور برداشت کرده است که افراد تمایلات و رفتارهای کمال‌گرایانه را به‌عنوان وسیله‌ای برای بازیابی احساس کنترل شخصی پس از وقایع آسیب‌زا یا غیر قابل کنترل و جلوگیری از تکرار تجربیات مشابه به‌دست می‌آورند (به‌عنوان مثال: اگر من عالی یا عیب و نقص باشم، مجازات نخواهم شد / مورد تمسخر / سوء استفاده / رد / رها شدگی قرار نخواهم گرفت) بدین ترتیب می‌توان گفت که آسیبهای دوران کودکی، با ایجاد احساسات ناخوشایند و شدید، منجر به خدشه دار شدن احساس ارزشمندی اشخاص می‌گردد و بنابراین، افراد برای بازیابی ارزشمندی خویش، دست به رفتارهای جبرانی می‌زنند و کمال‌گرایی یکی از این اقدامات است. به علاوه این احساسات ناخوشایند در دوران کودکی و روبرو شدن با حوادثی که شخص به دلیل ضعف و ناتوانی و سن کم، قادر به مقابله و کنترل آنها نبوده، منجر به از دست دادن احساس کنترل شخصی می‌شود و بنابراین کمال‌گرایی به‌عنوان عملی جبرانی، موجب بازگشت احساس کنترل در فرد می‌شود. بنابراین افرادی تحت تاثیر تروما به دلیل اضطراب اجتماعی گاهی به کمال‌گرایی روی می‌آورند که به جای متعادل شدن ظاهر به دلیل اضطراب منجر به افزایش اختلال خوردن در افراد می‌شود.

## منابع

- ابراهیمی حجت‌الله، دژکام محمود، ثقه الاسلام طاهره (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران؛ ۱۹ (۴): ۲۸۲-۲۷۵.
- بزرگی، معصومه، زربخش، محمدرضا. (۱۴۰۲). نقش میانجی سبک خوردن در رابطه بین افسردگی، اضطراب، استرس و تکانشگری با اختلال خوردن افراد چاق. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۱۴(۵۲)، ۶۲-۷۶.
- حمیدی نژاد، نازنین، دولتشاهی، بهروز، باقری، فریبرز. (۱۴۰۲). بررسی رابطه کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته‌خوردن و نقش میانجی نارضایتی تصویر بدنی. روانشناسی سلامت، ۱۲(۴۶)، ۷۷-۹۲.
- خبیر، لیلا، محمدی، نوراله، رحیمی، چنگیز (۱۳۹۳) اعتباریابی مقیاس تشخیص اختلال خوردن، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۸(۲): ۱۰۷-۱۰۰.
- سلاجقه، صادق، بخشانی، نورمحمد (۱۳۹۳) اثربخشی ترکیب مواجهه درمانی گروهی و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان، ۱۵(۲): ۹۶-۱۰۴.
- کاوه قهفرخی، منیژه، تابع بردبار، فریبا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین رفتار خوردن آشفته با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در دختران نوجوان. روانشناسی افراد استثنایی، ۷(۲۷)، ۱۶۱-۱۸۳.



نادرزاده هیمن، صالحی مهدیه، جعفری روشن مرجان، کوچک انتظار رویا (۱۳۹۸). مدل یابی معادلات ساختاری رابطه علایم اختلال اضطراب اجتماعی با طرح واره های ناسازگار اولیه و تحریف های شناختی در نوجوانان. عنوان نشریه: ۱۳ (۱) ۴۰-۵۷.

ندری، مجتبی، صادقی، مسعود، رضایی، فاطمه. (۱۴۰۱). ارائه مدل علی اختلال اضطراب اجتماعی براساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با نقش واسطه‌ای راهبرد مقابله هیجان‌مدار. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱۲(۲)، ۴۹-۷۲.

Bellapigna, C., & Kalibatseva, Z. (2023). Psychosocial risk factors associated with social anxiety, depressive and disordered eating symptoms during COVID-19. *AIMS Public Health*, 10(1), 18.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 169-190.

Bottera, A. R., & De Young, K. P. (2024). Loss of control eating exhibits an evening diurnal shift among females with bulimia nervosa and binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 32(1), 56-65.

Budhiwianto, S., Bennett, C. J., Bristow, C. A., & Dart, J. (2023). Global Prevalence of Eating Disorders in Nutrition and Dietetic University Students: A Systematic Scoping Review. *Nutrients*, 15(10), 2317.

Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.

Evşen, Ö. R. G. E., & Volkan, E. (2023). Effect of Childhood Traumas on Eating Disorders: Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(4), 652-664.  
Fekih-Romdhane, F., Daher-Nashif, S., Alhuwailah, A. H., Al Gahtani, H. M. S., Hubail, S. A.,

Fernández-Aranda, F., Granero, R., & Jiménez-Murcia, S. (2023). Eating Disorders and Addictive Behaviors: Implications for Human Health. *Nutrients*, 15(17), 3718.

Hudson, T. A., Soare-Amaral, A. C., Stice, E., Gau, J., Caputo-Ferreira, M. E. (2021). Dissonance-based eating disorder prevention among Brazilian young women: A randomized efficacy trail of the body project, *Body Image*, 36, 1-9.

Jin, Y., Xu, S., Chen, C., Wilson, A., Gao, D., Ji, Y., ... & Wang, Y. (2022). Symptom association between social anxiety disorder, appearance anxiety, and eating disorders among Chinese University students: A network analysis to conceptualize comorbidity. *Frontiers in Public Health*, 10, 1044081.

Levinson, Cheri A., Leigh C. Brosos, Irina Vanzhula, Caroline Christian, Payton Jones, Thomas L. Rodebaugh, Julia K. Langer et al. "Social anxiety and eating disorder comorbidity and underlying vulnerabilities: Using network analysis to



conceptualize comorbidity." *International Journal of Eating Disorders* 51, no. 7 (2018): 693-709.

Murga, C., Cabezas, R., Mora, C., Campos, S., & Núñez, D. (2023). Examining associations between symptoms of eating disorders and symptoms of anxiety, depression, suicidal ideation, and perceived family functioning in university students: A brief report. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4), 783-789.

Romdhane, F., Daher-Nashif, S., Alhuwailah, A. H., Al Gahtani, H. M. S., Hubail, S. A., Shuwiekh, H. A. M., ... & Jahrami, H. (2022). The prevalence of feeding and eating disorders symptomology in medical students: an updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(6), 1991-2010.

Ridout, S., Ridout, K., Kole, J., Fitzgerald, K., Donaldson, A., Alverson, B. (2021). Comparison of eating of eating disorder characteristics and depression comorbidity in adolescent males and females: An observational study, *Psychiatry Research*. 296, 1-10.

Yang, J. E, Klosko, J. S, Wishar, M. E.(2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254, 653-658.