



The Modeling of Trauma relationship and Eating Disorder by mediating Meaning in Life and Experiential Avoidance in students

Hadi Kheirabadi, PhD Student

Department of counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Mahmoud Jajarmi, Ph.D

Assistant Professor, Department of counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Abolfazl Bakhshi poor, Ph.D

Assistant Professor, Department of counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Abstract

The purpose of this study was to model the relationship of trauma and eating disorder by mediating meaning in life and experiential avoidance in students. The research method was descriptive and type of Structural Correlation Modeling. The statistical population of this study was all studying students at Mashhad Ferdowsi University. For this study, 387 people were selected from the studying students of Mashhad Ferdowsi University that were studying in academic Year 2019-2020. The participants answered to Eating Attitudes Test (Garner & Garfinkel, 1979), Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (Gamez et al., 2011), Meaning in Life Questionnaire (Steger & Shin, 2010) and Traumatic Life Events Questionnaire (Kubany et al., 2000). Data were analyzed by SPSS-23 and AMOS-23 statistical software. P-value in the Total Effect Model analysis and Mediation Effect Model analysis was meaningful (smaller than 0.01). The results of Total Effect Model analysis showed that the Trauma was directly and positively related to Eating Disorder. Also, the results of the Mediation Effect Model analysis showed that the Experiential Avoidance mediates positively and partially between Trauma and Eating Disorder. The Meaning in Life mediates negatively and partially between Trauma and Eating Disorder.

Keywords: students, trauma, experiential avoidance, meaning in life, eating disorder.

مدل‌یابی رابطه تروما و اختلال خوردن با میانجی‌گری معنای زندگی و اجتناب تجربه‌ای در دانشجویان

هادی خیرآبادی

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

*محمود جاجرمی

استادیار، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

ابوالفضل بخشی پور

استادیار، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

چکیده

هدف این پژوهش، مدل‌یابی رابطه تروما و اختلال خوردن با میانجی‌گری معنای زندگی و اجتناب تجربه‌ای در دانشجویان بود. روش تحقیق توصیفی از نوع مدل‌های ساختاری همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان در حال تحصیل دانشگاه فردوسی مشهد بود. برای انجام این پژوهش از بین شاغلین به تحصیل در سال ۲۰۲۰-۲۰۱۹ دانشگاه فردوسی مشهد با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۳۸۷ نفر انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های استاندارد نگرش به خوردن (Garner & Garfinkel, 1979)، اجتناب تجربه‌ای چندبعدی (Gamez et al., 2011)، پرسش‌نامه معنای زندگی (Steger & Shin, 2010) و رویدادهای زندگی تروماتیک (Kubany et al., 2000) را تکمیل نمودند. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS-23 و AMOS-23 تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری در تحلیل مدل اثر کامل و مدل اثر میانجی معنی‌دار بود (کوچکتر از ۰/۰۱). نتایج تحلیل مدل اثر کامل نشان داد که متغیر تروما به صورت مستقیم و در جهت مثبت با متغیر اختلال خوردن رابطه دارد. همچنین نتایج تحلیل مدل اثر میانجی نشان داد که در رابطه تروما با اختلال خوردن، اجتناب تجربه‌ای در جهت مثبت و به صورت جزئی و معنای زندگی در جهت منفی و به صورت جزئی میانجی‌گری می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: دانشجویان، تروما، اجتناب تجربه‌ای، معنای زندگی، اختلال خوردن.

مقدمه

به طور معمول تصویری اشتباه وجود دارد که اختلال خوردن (Eating Disorder) را نوعی انتخاب در شیوه زندگی می‌داند. اختلال خوردن در واقع یکی از بیماری‌های جدی و اغلب مرگبار است که با اختلالات شدید در رفتار خوردن و افکار و احساسات افراد مرتبط است. اشتغال و درگیری ذهنی با غذا، وزن بدن و شکل اندام نیز ممکن است اختلال خوردن را نشان دهد (National Institute of Mental Health, 2014). اختلالات تغذیه و خوردن با اختلال مداوم در خوردن و رفتار مرتبط با خوردن مشخص می‌شوند که به تغییر مصرف یا جذب غذا، منجر می‌شوند و سلامت جسمانی یا عملکرد روانی اجتماعی را مختل می‌کنند. علائم اختلالات خوردن عبارتند از پر خوری مزمن یا گرسنگی کشیدن، جبران کردن پر خوری با ایجاد محدودیت در مصرف مواد غذایی، استفراغ، استفاده از ملین‌ها و کنترل سفت و سخت بر نوع مواد غذایی و مقدار مصرف آن (American Psychiatric Association, 2013). اختلال خوردن در جهان و به ویژه کشورهای غربی در حال افزایش می‌باشد و به مرز هشدار رسیده است. در ایالات متحده آمریکا حدود ۲۴ میلیون نفر از بی‌اشتهایی عصبی، پر خوری عصبی، اختلال پر خوری و یا اختلالات خوردن نامشخص، رنج می‌برند. بررسی‌های آماری میزان شیوع فعلی اختلال خوردن، حاکی از آن است که میلیون‌ها نفر از اختلال خوردن تشخیص داده شده، رنج می‌برند؛ با وجود اینکه در این آمار کسانی که تجربه اختلال خوردن آنها با علائم زیرآستانه بوده است، محاسبه نشده‌اند. علائم زیرآستانه اختلال خوردن عبارتند از رژیم‌های غذایی مکرر و ثابت، نارضایتی از وزن و سایز بدن و رفتارهای ناسالم به منظور سرکوب کردن اشتها و یا کاهش وزن. این گونه رفتارها در کودکان، نوجوانان و جوانان به طور فزاینده‌ای رایج است (Eating Disorders Coalition, 2014).

مردم، در بعضی موقعیت‌های زندگی خود یک رویداد آسیب‌زا را تجربه می‌کنند. انجمن روانشناسی آمریکا، تروما (Trauma) را به عنوان «یک پاسخ هیجانی به رویدادی وحشت‌انگیز مثل تصادف، تجاوز، و یا بلایای طبیعی» توصیف کرده است (American Psychological Association, 2014). مواجهه با حوادث تروماتیک پدیده‌ای متداول می‌باشد، به طوری که میزان شیوع آن در مطالعات مختلف از ۲۶ تا ۹۲/۲ درصد برای مردان و ۱۷/۷ تا ۸۷/۱ درصد برای زنان گزارش شده است (Norris, 1992)، (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993)، (McFarlane, 2001)، (Kilpatrick et al, 2013). در پژوهشی که توسط (Kilpatrick et al, 2013) انجام شد، گزارش شده است که بیشتر جمعیت عمومی آمریکای شمالی (۵۰ تا ۹۰ درصد) در طول عمر خود در معرض یک یا چند رویداد به طور بالقوه آسیب‌زا قرار گرفته‌اند. در مقایسه با بررسی‌های که بر روی افراد سالم صورت گرفته است، افرادی که تجربه شروع اختلالات خوردن را به صورت آسیب‌زا از دوره کودکی داشته‌اند، میزان بالاتری از قرار گرفتن در معرض تروما و استرس پس از سانحه را تایید کرده‌اند (Brewerton, Rance, Dansky, O'Neil & Kilpatrick, 2014). افراد مبتلا به اختلالات خوردن به طور قابل توجهی دفعات بیشتری از حوادث تروماتیک، تروماهای مکرر و تروما در دوران کودکی را گزارش کرده‌اند (Lejonclou, Nilsson & Holmqvist, 2014). یک مطالعه اخیر نشان داد که ۲۵ درصد از زنان مبتلا به اختلال خوردن نیز دارای معیارهای تشخیصی کاملی از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بودند. هر دو عامل یعنی فراوانی تروما و شدت علائم PTSD، با شدت اختلال خوردن در ارتباط بوده است (Tagay, Schlottbohm, Reyes, Rodriguez, Repic & Senf, 2014). زمانی که برخی تروماهای خاص، که شیوع پیدا کرده‌اند مورد نظر قرار گیرند، مشاهده می‌شود که افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به طور معناداری، میزان بالاتری از داشتن تجربه روابط جنسی ناخوشایند و ضربه‌های روحی جنسی را گزارش کرده‌اند (Rosario, 2009). ارتباط معنی‌داری بین استرس پس از سانحه و آسیب‌های جنسی با اختلال خوردن در بین کهنه

عوامل سبب ساز متعددی، از جمله، تجربه حوادث تروماتیک با اختلال خوردن در ارتباط هستند که نشان می‌دهد، نیاز به درک فرایندهای روانی خاص که ممکن است در میان افراد دارای اختلال خوردن موثر باشد، وجود دارد. بیشتر

انجام شد، نتایج پژوهش نشان داد که اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک پیش‌بینی کننده‌ی قوی برای تروما می‌باشد. همچنین در پژوهش‌های متعدد دیگری (Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006)، (Kashdan & Breen, 2008) و (Kashdan & Kane, 2011) اجتناب تجربه‌ای به عنوان واسطه میان تروما و اختلالات روانی از جمله اختلال خوردن، شناسایی شده است. در یکی از مطالعات اخیر مشخص شده است که اجتناب تجربه‌ای به طور کامل در رابطه میان تهاجم جنسی و اختلال خوردن در میان زنان دانشجوی کارشناسی، میانجیگری می‌کند. در این نمونه، تجربه تهاجم جنسی، اتکا به اجتناب تجربه‌ای را افزایش داده بود که به نوبه خود شدت اختلال خوردن را افزایش داده بود (Collins, Fischer, Stojek & Becker, 2014). مطالعات نشان داده اند که اگر چه شدت رویدادهای آسیب‌زا پیش‌بینی کننده‌ی اختلالات روانشناختی است؛ اما شدت رویدادهای آسیب‌زا پیش‌بینی کننده معنی‌دار واریانس اجتناب تجربه‌ای است (Smith, 2019). از آنجایی که اجتناب تجربه‌ای مانع پاسخ‌دهی انعطاف‌پذیر و انطباق می‌شود (Hayes et al., 2012)، ممکن است که اجتناب تجربه‌ای به پیامدهای منفی در میان بازماندگان تروما منجر شود.

(Yalom, 1980) بیان می‌کند که معنای زندگی، اعتقاد به جهان در یک الگوی هدفمند است که می‌تواند از مذهب یا معنویت سرچشمه بگیرد. معنی زندگی به احساسی از یکپارچگی وجودی اشاره می‌کند که به دنبال پاسخ دادن به فلسفه زندگی، پی بردن به هدف زندگی و دست یافتن به اهداف ارزنده و در نتیجه رسیدن به حس کامل بودن و مفید بودن است (Ho, Cheung & Cheung, 2010). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجربه تروما در هر مرحله‌ای از دوران حیات به کاهش حس معنا در زندگی مربوط است (Krause, 2005). سربازان کهنه کاری که به PTSD مبتلا هستند، فقدان معنای عمومی و روحی در زندگی را تجربه می‌کنند (Fontana & Rosenheck, 2005). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که وجود معنا در زندگی می‌تواند تا حدی در رابطه میان سابقه تروما و آشفتگی روان‌شناختی، از جمله علائم افسردگی (Krause, 2007)، (Owens, Steger, Whitesell & Herrera, 2007)

سربازهای زن ثبت شده است و به طور ویژه، صدمات جنسی دوره سربازی در مقایسه با صدمات جنسی دوره کودکی با سطوح بالاتری از اختلالات خوردن همبستگی داشت (Aoun et al., 2013). همچنین در پژوهش‌های مختلفی مشخص شده است که وقایع آسیب‌زا و PTSD در بیماران مبتلا به اختلال خوردن در هر دو جنس رایج است (Mitchell, Mazzeo, Schlesinger, Brewerton & Smith, 2012)، (Tagay, Schlegl & Senf, 2010).

از سویی دیگر، اجتناب تجربه‌ای (Experiential Avoidance) در توسعه‌ی انواع رفتارهایی که می‌تواند برای سلامتی خطرناک باشند، دخیل بوده است؛ از جمله اختلال خوردن (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012)، (Juarascio et al., 2014). اجتناب تجربه‌ای در بسیاری از مطالعات با آسیب‌شناسی اختلال خوردن مرتبط دانسته شده است (Cusack, 2014)، (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996)، (Juarascio et al., 2014). اجتناب تجربه‌ای عبارت است از عدم تمایل برای تجربه‌ی رویدادهای خصوصی دردناک و آزار دهنده، همراه با تلاش‌هایی برای کنترل، سرکوب و بازسازی شکل و فراوانی این رویدادهای خصوصی و زمینه‌هایی که این موقعیت‌ها را ایجاد می‌کنند (Hayes et al., 2012). در پژوهشی که بر روی دانشجویان و افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی انجام شده است؛ ارتباط معناداری بین اجتناب تجربه‌ای و اختلال خوردن به دست آمده است (Cowdrey & Park, 2012)، (Rawal, Park & Williams, 2010). در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه جندی شاپور اهواز، یافته‌ها نشان داد که هر چه اجتناب تجربه‌ای دانشجویان افزایش می‌یابد، علائم اختلال خوردن آنان نیز روند صعودی پیدا می‌کند. به طوری که این فرآیند در دانشجویان دختر به طور مشهودتری نمود پیدا می‌کند (McVandy & McVandy, 2016). همچنین رابطه بین تروما و اجتناب تجربه‌ای در پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است (Plumb, Orsillo & Luterek, 2004)، (Reddy, Pickett & Orcutt, 2006)، (Marx & Sloan, 2005)، (Rosenthal, Hall, Palm, Batten & Follette, 2005). به عنوان مثال، در پژوهش که توسط (Lewis & Naugle, 2017)

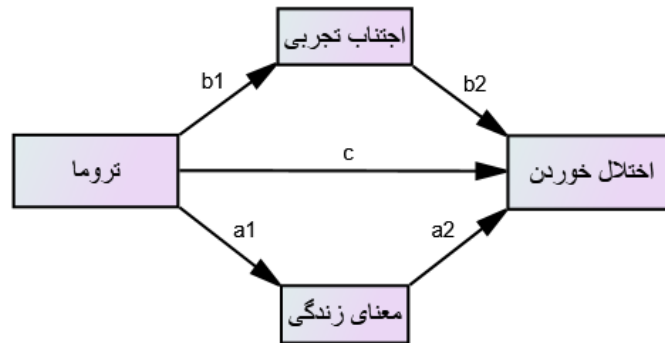
جهت اجتناب از افکار و احساسات رنج آور می‌تواند مانع بهبود از تروما و رشد فردی شود. سایر اختلالات ایجاد شده در فرآیند ایجاد معنا، شامل رویدادهای آسیب‌زا (Breen & Kashdan, 2011)، می‌توانند موجب اتکا به استراتژی‌های اجتناب رفتاری شوند (Bramford & Sly, 2009)، (Calhoun et al., 2000)، (Fox & Leung, 2009) و مانع فرآیند شناسایی ارزش‌های بنیادین شوند. کاوش در شیوه‌هایی که مطابق آنها استراتژی‌های اجتناب رفتاری، از جمله اختلال خوردن، با ارزش‌های بنیادین ناسازگار است، منطقی برای مطالعه رابطه بین معنای زندگی و اختلال خوردن به دست می‌دهند. قابل توجه آن که، با وجود آثار بالقوه زیان آور تروما، بسیاری از افراد رشد فردی در نتیجه تروما را گزارش داده‌اند. فرایند روان‌شناختی منتفع شدن از رویدادهای آسیب‌زا در زندگی، در آثار مربوطه عموماً «رشد پس از تروما» نامیده می‌شوند (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998)، (Frazier et al., 2006). مثال‌هایی که به طور مکرر از رشد پس از تروما ذکر شده‌اند عبارتند از تغییر اولویت ارزش‌ها و روابط، افزایش صمیمیت با افراد مورد علاقه، و حس‌ی بهبود یافته از امتنان (Tedeschi et al., 1998). واکنش‌های غیر متجانس نسبت به تروما از جمله پریشانی روان‌شناختی، ایجاد مشکلات سلامت ذهنی، و رشد پس از تروما، اهمیت شناسایی عوامل مربوط به آثار مختلف بلند مدت تروما را نشان می‌دهد. شناسایی واسطه‌های بالقوه میان تروما و پیامدهای روان‌شناختی بلند مدت یکی از گام‌های مهم در ایجاد درکی بهتر از واکنش‌های غیر متجانس نسبت به تروما است. به عبارت دیگر، چرا پاسخ برخی انسان‌ها به ضربه روحی، به رشد فردی و انتفاع منجر می‌شود و حال آنکه سایر پاسخ‌ها عواقب منفی روان‌شناختی را تسهیل می‌کنند؟ تعیین عوامل میانجی‌گرانه میان تروما و پیامدهای سلامت ذهن، به منظور بررسی این مسئله لازم است. با عنایت به آنچه که تا کنون بیان گردید اختلال خوردن به عنوان مسئله‌ای جدی در زندگی افراد و جامعه، با متغیرهای متعددی همچون تروما، معنای زندگی و اجتناب تجربه‌ای در ارتباط می‌باشد. شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده این اختلالات، همچنین شناسایی عواملی که به صورت واسطه‌ای، در ایجاد یا تقویت آن‌ها نقش ایفاء نموده و باعث تداوم اختلال

(2009) و علائم PTSD (Owens & et al., 2009) میانجی‌گری کنند. مشخص شده است که افرادی که درک زیادی از معنا در زندگی ندارند، در مقایسه با افرادی که درکی قوی از معنا در زندگی دارند، سطوح بالاتری از افسردگی را تجربه می‌کنند (Krause, 2007). نتایج مشابهی در میان کهنه سربازان ارتش که با رویدادهای آسیب‌زا مواجه شده‌اند، به دست آمده است و سطوح پایین معنا، پیش‌بینی‌کننده سطوح بالای آشفتگی روان‌شناختی بوده است (Owens et al., 2009). به علاوه در میان نمونه‌ای از دانشجویان کارشناسی که مدت کوتاهی پس از حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر تحت مطالعه قرار گرفتند، افراد دارای سطوح بالای معنا در زندگی، رشد پس از تروما را گزارش دادند و حال آنکه افرادی که دارای سطوح پایین معنا بودند، آشفتگی پس از تروما را تجربه کرده بودند (Steger, Frazier & Zacchanini, 2008). همچنین آثار مربوط به رشد پس از تروما نشان می‌دهند، افرادی که تروما را تجربه کرده و تعبیری انعطاف‌پذیر نسبت به آن داشته‌اند، امکان بازسازی سیستم‌های معنایی را به عنوان یک مزیت به دست آورده‌اند (Frazier, Conlon, Steger, Tashiro & Glaser, 2006)، (Kashdan & Kane, 2011). بازماندگان تروما که قابلیت تفسیر مجدد ضربه روحی را نشان داده‌اند، عموماً کاهش آشفتگی روان‌شناختی، روابط قوی، تصریح اهداف و اولویت‌ها، اتکا به قدرت‌های فردی و درکی متحول شده از معنویت را گزارش داده‌اند. در مقابل، افرادی که نمی‌توانند درکی قدرتمند از معنا را پس از تروما بازسازی کنند با ریسک افزایش آشفتگی روان‌شناختی مواجهند (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2000).

تاثیرات تروما از جمله اختلال در فرآیندهای تنظیم هیجان‌ات (Juarascio et al., 2014)، سیستم‌های معنا را به چالش کشیده و فرضیات مربوط به خویشتن، جهان و سایرین را نابود می‌کند (Kashdan & Kane, 2011). یکی دیگر از آثار تروما عبارت است از توسعه استراتژی‌های اجتناب رفتاری به عنوان شیوه‌ای برای مقابله (Hayes, 2004)، (Juarascio et al., 2014) و نیز، یک رابطه معنی‌دار و منفی میان اجتناب تجربه‌ای و وجود معنا در میان بازماندگان تروما ذکر شده است (Kashdan & Kane, 2011)، که نشان می‌دهد، تلاش در

درون زاد (Endogenous) و تروما به عنوان متغیر برون زاد (Exogenous) و اجتناب تجربه ای و معنای زندگی به عنوان متغیرهای میانجی (Mediator) در نظر گرفته شده اند. روابط بین متغیرها در قالب یک مدل مفهومی در شکل ۱ ترسیم شده‌اند.

و مانعی برای درمان محسوب می‌گردند؛ نقش به سزایی در کاهش این آسیب خواهد داشت. این پژوهش به دنبال آن بود تا تاثیر تروما بر اختلال خوردن با میانجیگری اجتناب تجربه ای و معنای زندگی را در قالب یک مدل بررسی نماید. اختلال خوردن به عنوان متغیر



شکل ۱. مدل مفهومی روابط بین متغیر

در حال تحصیل دانشگاه فردوسی مشهد بود. بر اساس فرمول و جدول (Morgan & Krejcie, 1970) تعداد ۳۸۷ نفر نمونه آماری از بین شاغلین به تحصیل در سال ۲۰۱۹-۲۰۲۰ دانشگاه فردوسی مشهد با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. در ابتدا با کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش صحبت و رضایت آن‌ها برای شرکت در این پژوهش کسب گردید و سپس شرکت کنندگان به پرسش نامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

ابزار سنجش

پرسشنامه استاندارد نگرش به خوردن (Eating Attitudes Test): این پرسشنامه توسط (Garner & Garfinkel, 1979) برای سنجش نشانگان اختلالات تغذیه و نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن و شناسایی بی‌اشتهایی عصبی و پر اشتهایی عصبی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه یکی از پرکاربردترین معیارها برای غربالگری رفتارهای اختلال خوردن در میان دانش آموزان دبیرستان و دانشجویان است (Garner, Rosen & Barry, 1998). به علاوه در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در سطح پیشینه‌های فرهنگی مختلف (اروپای شرقی/غربی، آمریکای جنوبی، خاورمیانه، آسیا) هم

بر اساس مدل پیش بینی، در پژوهش حاضر به بررسی فرضیات زیر پرداخته شد.

۱. تروما به طور مستقیم با اختلال خوردن رابطه دارد.
۲. تروما به طور مستقیم با اجتناب تجربه ای رابطه دارد.
۳. تروما به طور مستقیم با معنای زندگی رابطه دارد.
۴. اجتناب تجربه ای به طور مستقیم با اختلال خوردن رابطه دارد.
۵. معنای زندگی به طور مستقیم با اختلال خوردن رابطه دارد.
۶. تروما با میانجیگری اجتناب تجربه ای با اختلال خوردن رابطه دارد.
۷. تروما با میانجیگری معنای زندگی با اختلال خوردن رابطه دارد.

روش

این پژوهش توصیفی از نوع مدل‌های ساختاری همبستگی می‌باشد که به منظور مدل یابی ارتباط ساختاری تروما و اختلال خوردن با میانجی گری اجتناب تجربه ای و معنای زندگی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کل دانشجویان

آسیب دیده با دقت آزمایش شده است و مشخص گردید که ویژگی‌های روانشناختی را به صورت عالی آشکار می‌نماید. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد. دو نمونه از سوالات پرسشنامه: (آیا شما تا به حال رویدادهای زیر را در زندگی تجربه کرده اید؟ ۱-بلاای طبیعی مانند زلزله، سیل، طوفان، صاعقه، رانش زمین، آتشفشان، گردباد ۲- تصادف با وسیله نقلیه موتوری).

پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای چندبعدی (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire): این پرسش‌نامه توسط (Gamez, Chmielewski, Kotov, Ruggero & Watson, 2011) تدوین شده است. دارای ۶۲ سوال در طیف لیکرت شش درجه ای می‌باشد که از نمره صفر برای گزینه «شدیدا مخالفم» تا نمره پنج برای گزینه «شدیدا موافقم» نمره داده می‌شود و حداکثر نمره ۳۱۰ و حداقل آن صفر می‌باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده اجتناب تجربه ای بیشتر می‌باشد. همچنین شش خرده مقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی گریزی، تعویق، حواس پرتی / فرونشانی، انکار / سرکوبی و تحمل پریشانی دارد. ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه‌های مختلف از ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه تعهد و عمل (Hayes, 2004) برابر ۰/۷۴ گزارش شد (Gamez et al., 2011). ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی گریزی، تعویق، حواس پرتی / فرونشانی، انکار / سرکوبی و تحمل پریشانی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۰ و ۰/۵۵ و ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین در پژوهش دیگری به دست آمد که نسخه فارسی پرسش‌نامه چند بعدی اجتناب تجربه ای در جامعه دانشجویان و افراد بالینی از خصوصیات روانسنجی قابل قبولی برخوردار است و می‌توان از آن به عنوان ابزاری معتبر در پژوهش‌های روانشناختی استفاده کرد (Moradi et al., 2017). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای تمامی زیر مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷۰ به دست آمد. دو نمونه از سوالات پرسشنامه: (۱-اگر فکر کنم چیزی باعث ناراحتی من می‌شود آنرا انجام نمی‌دهم. ۲-اگر بتوانم همه خاطرات رنج آورم را با جادو حذف کنم، حتماً انجام می‌دهم).

اعتبارسنجی شده است (Garfinkel & Newman, 2001). در پژوهش (Mollazadeh Esfanjani, Arazi, Rohi & Mohammadi, 2012) ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد و روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. این مقیاس از ۲۶ پرسش تشکیل شده است که بین سه زیر مقیاس ذیل تقسیم شده اند: رژیم غذایی گرفتن، کنترل دهانی و پرخوری عصبی / شیفتگی نسبت به غذا. سوالات این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس شش نقطه ای لیکرت رتبه بندی می‌شود که بر مبنای میزان پرداختن فرد به رفتارهای خاص، از نمره یک برای گزینه ی (هرگز) تا نمره شش برای گزینه ی (همواره) متغیر است. حداکثر نمره این پرسش‌نامه ۱۵۶ و حداقل نمره ۲۶ می‌باشد. نمره‌های بالا منعکس کننده آسیب شناسی اختلال خوردن شدیدتر هستند. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای زیر مقیاس رژیم غذایی گرفتن، ۰/۷۱ و کنترل دهانی، ۰/۷۴ و پرخوری عصبی، ۰/۷۰ به دست آمد. دو نمونه از سوالات پرسشنامه: (۱- از اضافه وزن پیدا کردن وحشت زده می‌شوم ۲- وقتی گرسنه هستم از خوردن اجتناب می‌کنم).

پرسشنامه رویدادهای آسیب زا در زندگی (Traumatic Life Events Questionnaire): این پرسش‌نامه توسط (Kubany, 1995) ساخته شد و فهرستی از وقایع و حوادث استرس زای زندگی را که ممکن است در زندگی افراد اتفاق افتاده باشد نشان می‌دهد و شامل ارزیابی فراوانی‌های مختلف و شدت تجربیات تروماتیک در بزرگسالی می‌شود. این پرسش‌نامه چند سال بعد، توسط کوبانی مورد بازبینی قرار گرفت و تعداد سوالات آن از ۱۷ به ۲۳ افزایش یافت و همچنین اعتبار و روایی آن مورد بررسی قرار گرفت و نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی مناسبی بود (Kubany et al., 2000). نمره بندی این پرسش‌نامه به این صورت است که برای گزینه «برای خودم اتفاق افتاد» نمره پنج، گزینه «برای یک فرد نزدیک اتفاق افتاد» نمره چهار، گزینه «در مورد آن مطلع شدم» نمره دو، گزینه «مطمئن نیستم» نمره یک و گزینه «برایم اتفاق نیفتاده است» نمره صفر می‌گیرد. حداکثر نمره این پرسش‌نامه ۱۱۵ و حداقل نمره آن صفر می‌باشد. این ابزار خود اظهاری در مطالعات متعدد بر روی دانشجویان کالج، جانبازان جنگ، زنان

مخدوش، نمرات آزمودنی‌ها در هر متغیر به تفکیک به دست آمد و این داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS-23 و AMOS-23 و آزمون همبستگی پیرسون و آزمون مدل یابی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

برای پاسخ به این پرسش که آیا مدل پیشنهادی با داده‌های تجربی برازش دارد، شاخص‌های نیکویی برازش حاصل از نتایج تحلیل‌ها بررسی شد. شاخص نیکویی برازش کای دو ($Gof X^2$) معمولاً به دلیل حساسیت به حجم نمونه‌ها، به طور معمول، فارغ از خوب یا بد بودن برازش مدل، معنی دار می‌شود که به معنی برازش ضعیف و نامطلوب است. زمانی که حجم نمونه کوچک است اغلب اختلاف بین دو مدل را حتی اگر برازش مدل خوب نباشد، تشخیص نمی‌دهد و زمانی که حجم نمونه بزرگ باشد، حتی کوچک‌ترین اختلاف بین مدل پیشنهادی و مدل واقعی مشاهدات را معنادار نشان می‌دهد. به همین جهت برای ارزیابی برازش مدل از شاخص‌های دیگری که به همین منظور طراحی شده‌اند، استفاده می‌شود. به طور کلی زمانی که حداقل سه شاخص، مقادیری در بازه قابل قبول داشته باشند، می‌توانیم ادعا کنیم که برازش مدل خوب و قابل قبول است (Pahlevan Sharif & Mahdavian, 2018). شاخص‌های برازش مدل در جدول ۱ آمده است که نشان دهنده ی برازش مناسب مدل با داده‌ها است.

پرسشنامه معنای زندگی (Meaning Life Questionnaire): این پرسش‌نامه دو بعد معنا در زندگی، یعنی حضور معنا و جستجوی معنا را با بهره‌گیری از ۱۰ ماده بر مبنای مقیاس هفت درجه ای لیکرت از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۷) می‌سنجد. بیشترین نمره این پرسش‌نامه ۷۰ و کمترین نمره ۱۰ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده معنای زندگی بالاتر می‌باشد. پژوهش‌ها نشان دهنده قابلیت اعتماد و ثبات نمره‌های پرسشنامه و درست آزمایی همگرا و افتراقی آن هستند (Steger & Shin, 2010)، (Steger, Kashdan, 2007)، (Kashdan, Sullivan & Steger, 2008)، (Lorentz, Steger, Kawabata, Shimai & Otake, 2008). برای مثال، برای هر دو مقیاس، همسانی درونی بسیار خوبی (ضرایب آلفا بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷) گزارش شده است و در فاصله زمانی یک ماهه قابلیت اعتماد بازآزمایی مناسب (۰/۷۰) برای زیرمقیاس حضور و ۰/۷۳ برای زیرمقیاس جستجو) به دست آمده است (Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006). پژوهش مصرآبادی و همکاران نشان داد که اعتبار ساختاری این ابزار برای نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی قابل قبول است (Mesrabadi, Jafariyan & Ostovar, 2013). در مطالعه حاضر، به منظور ارزیابی پایایی، ضرایب آلفای کرونباخ در دو بعد جستجوی معنی و حضور معنی به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۹ بدست آمد. دو نمونه از سوالات پرسشنامه: (۱-معنای زندگی ام را می‌شناسم. ۲-در جستجوی چیزی هستم که زندگی ام را با معنا سازد).

پس از استخراج پرسش‌نامه‌ها، داده‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و پس از رسیدگی به داده‌های مفقود و

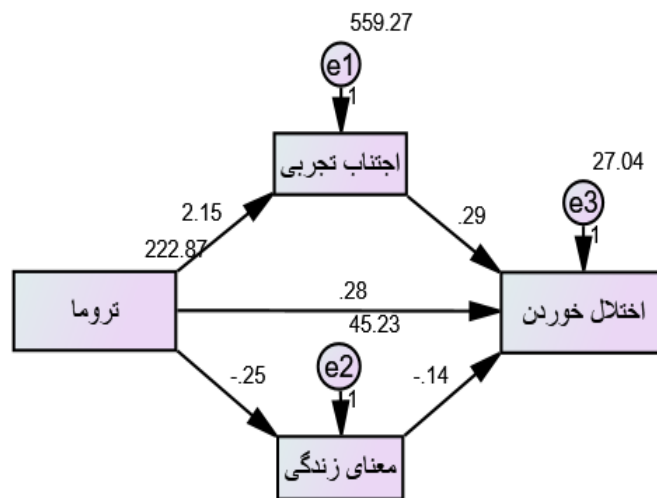
جدول ۱. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقدار	حد مجاز
شاخص نیکویی برازش کای دو X^2	۰/۰۰۰	p-value > ۰/۰۵
ریشه میانگین خطای برآورد RMSEA	۰/۰۶۱۴	کمتر از ۰/۱
شاخص برازش تطبیقی CFI	۰/۹۰۱	بالاتر از ۰/۹
شاخص برازش نرم شده NFI	۰/۹۰۱	بالاتر از ۰/۹
شاخص برازش افزایشی IFI	۰/۹۰۱	بالاتر از ۰/۹
شاخص نیکویی برازش GFI	۰/۹۴۵	بالاتر از ۰/۹

مقدار معناداری برای تمام مسیرها، تا سه رقم اعشار بعد از ممیز، صفر بوده و این بدین معنی است که متغیر برون زاد به طور مستقیم با متغیرهای میانجی رابطه دارد و همچنین متغیرهای میانجی به طور مستقیم با متغیر درون زاد رابطه دارند. بنابراین فرض‌های ۲ و ۳ و ۴ و ۵ پژوهش تایید می‌گردد. حال ممکن است این میانجی‌گری به صورت جزئی یا به طور کامل باشد. این موضوع بستگی به این دارد که آیا با حضور متغیرهای میانجی، باز هم متغیر برون زاد به صورت مستقیم با متغیر درون زاد رابطه دارد یا خیر. اگر رابطه دارد میانجی‌گری به صورت جزئی و در غیر این صورت میانجی‌گری به طور کامل است. پس در گام سوم مسیر مستقیم بین متغیر برون زاد و درون زاد و همچنین مسیرهای غیرمستقیم با حضور متغیرهای میانجی، همزمان پردازش می‌گردد تا نشان دهد متغیرهای میانجی چه نقشی را ایفاء می‌کنند. به این مدل، مدل اثر میانجی (Mediation effect model) می‌گویند. پس از پردازش مدل اثر میانجی نتایج آماری در جدول ۲ آمده است که نشان می‌دهد، مقدار معناداری برای همه مسیرها تا سه رقم اعشار بعد از ممیز صفر می‌باشد. این بدان معنی است که متغیرهای میانجی پژوهش به صورت جزئی میانجی‌گری می‌کنند. بنابراین فرض‌های ۶ و ۷ پژوهش تایید می‌گردد. در شکل ۲ مدل نهایی پژوهش، نمایش داده شده است.

برای بررسی فرضیه‌ها و آزمون میانجی‌گری از روش بارون و کنی (Baron & Kenny) استفاده شد. ابتدا با استفاده از مدل اثر کامل (Total effect model)، تاثیر مستقیم متغیر برون زاد بر متغیر درون زاد، بدون حضور متغیر میانجی، بررسی شد. بدین منظور به مسیرهای غیرمستقیم در این مدل نمره صفر داده شد تا مسیرهای غیرمستقیم یا همان متغیر میانجی از مدل حذف گردد و سپس مدل اجرا گردید. نتایج آماری تحلیل در جدول ۲ آمده است که نشان می‌دهد مقدار معناداری برای مسیر مستقیم تا سه رقم اعشار بعد از ممیز صفر و بدان معنی است که فرض یک پژوهش گر تایید می‌گردد. به عبارتی دیگر، تروما به طور مستقیم با اختلال خوردن رابطه دارد. زمانی که ضریب رگرسیونی مسیر بین دو متغیر مثبت است، بدین معنی است که با افزایش متغیر برون زاد، متغیر درون زاد افزایش می‌یابد و با کاهش متغیر برون زاد، متغیر درون زاد نیز کاهش می‌یابد.

در گام دوم میانجی‌گری آزمایش می‌گردد؛ بدین منظور به مسیر مستقیم در مدل، نمره صفر داده شد تا مسیر مستقیم حذف و فقط مسیرهای غیر مستقیم اثر متغیر برون زاد بر متغیرهای میانجی و اثر متغیرهای میانجی بر متغیر درون زاد، آزمون گردد. به این مدل، مدل اثر غیر مستقیم (Indirect effect model) می‌گویند. پس از پردازش مدل اثر غیرمستقیم، نتایج آماری در جدول ۲ آمده است که این نتایج نشان می‌دهد،



شکل ۲. مدل نهایی اثر میانجی

جدول ۲. آماره‌های مدل‌های اثر کامل، غیر مستقیم و میانجی

برچسب مسیر (Label)	P- مقدار معناداری (value)	(C.R) ضریب بحرانی	(S.E) خطای استاندارد	ضریب رگرسیونی مسیر (Estimate)	
c	۰/۰۰۰	۳۱/۱۴۷	۰/۰۳۰	۰/۹۴۸	رابطه تروما با اختلال خوردن
b1	۰/۰۰۰	۲۶/۶۶۹	۰/۰۸۱	۲/۱۵۰	رابطه تروما با اجتناب تجربه ای
b2	۰/۰۰۰	۴۶/۷۰۸	۰/۰۰۸	۰/۳۷۴	رابطه اجتناب تجربه ای با اختلال خوردن
a1	۰/۰۰۰	-۱۱/۱۱۸	۰/۰۲۳	-۰/۲۵۵	رابطه تروما با معنای زندگی
a2	۰/۰۰۰	-۴/۵۳۴	۰/۰۴۱	-۰/۱۸۷	رابطه معنای زندگی با اختلال خوردن
c	۰/۰۰۰	۸/۸۷۴	۰/۰۳۲	۰/۲۸۰	رابطه تروما با اختلال خوردن
b1	۰/۰۰۰	۲۶/۶۶۹	۰/۰۸۱	۲/۱۵۰	رابطه تروما با اجتناب تجربه ای
b2	۰/۰۰۰	۲۶/۲۹۶	۰/۰۱۱	۰/۲۹۴	رابطه اجتناب تجربه ای با اختلال خوردن
a1	۰/۰۰۰	-۱۱/۱۱۸	۰/۰۲۳	-۰/۲۵۵	رابطه تروما با معنای زندگی
a2	۰/۰۰۰	-۳/۴۸۱	۰/۰۳۹	-۰/۱۳۷	رابطه معنای زندگی با اختلال خوردن

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به دنبال آن بود که رابطه تروما با اختلال خوردن را نشان دهد. همچنین نشان دهد که اجتناب تجربه ای و معنای زندگی، بین تروما و اختلال خوردن، نقش میانجی را ایفا می‌کنند. تحلیل مدل اثر کامل نشان داد که تروما به طور مستقیم و بدون حضور متغیرهای میانجی با اختلال خوردن رابطه مثبت دارد. به عبارت ساده تر، بالا رفتن تروما، می‌تواند افزایش اختلال خوردن را پیش بینی کند. همچنین با انجام تحلیل اثر میانجی و در حضور متغیرهای میانجی نیز تروما با اختلال خوردن رابطه مستقیم و مثبت داشت. این یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های (Brewerton et al., 2014)، (Lejonclou et al., 2014)، (Tagay et al., 2014)، (Aoun et al., 2013) و (Rosario, 2009) هماهنگ می‌باشد.

بررسی نتایج جدول ۲ و توضیحات ارائه شده، نشان داد که تمامی فرضیه‌های پژوهش تایید شد و بنابراین این پژوهش بیان می‌کند:

۱. تروما به طور مستقیم با اختلال خوردن رابطه دارد.
۲. تروما به طور مستقیم با اجتناب تجربه ای رابطه دارد.
۳. تروما به طور مستقیم با معنای زندگی رابطه دارد.
۴. اجتناب تجربه ای به طور مستقیم با اختلال خوردن رابطه دارد.
۵. معنای زندگی به طور مستقیم با اختلال خوردن رابطه دارد.
۶. تروما با میانجیگری اجتناب تجربه ای با اختلال خوردن رابطه دارد.
۷. تروما با میانجیگری معنای زندگی با اختلال خوردن رابطه دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر را تایید می‌نمایند. هدف ذاتی مطالعه حاضر بررسی پرسش‌هایی است که پژوهش‌گران در زمینه رشد یا آسیب پس از تروما می‌پرسند، به عبارت دیگر، چه عواملی وجود دارند که پس از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا، سلامت ذهنی را افزایش یا کاهش می‌دهند؟ اگر چنین عواملی وجود دارند، متخصصان سلامت ذهن چگونه می‌توانند به کارآمدترین وجه این عوامل را مدنظر قرار دهند تا پریشانی روان‌شاختی را کاهش داده و سلامت روان را افزایش دهند؟ هدف مطالعه حاضر درک بهتر مکانیسم‌هایی بود که تروما به وسیله آن‌ها، ریسک ابتلا به اختلال خوردن را ایجاد می‌کند. این هدف تا حدی تامین شد، زیرا تمام مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مفروض از تروما به اجتناب تجربه‌ای، معنای زندگی و اختلال خوردن، معنی دار بودند. مطالعه حاضر علاوه بر ایفای نقشی در مجموعه آثار مربوط به اختلال خوردن، از تحقیقاتی که عوامل سبب شناختی متداول مربوط به اختلال خوردن را شناسایی می‌کنند نیز پشتیبانی می‌کند. نتایج مطالعه حاضر از نظریاتی پشتیبانی می‌کند که به مفهوم سازی اختلال خوردن می‌پردازند و شناسایی معنای زندگی و اجتناب تجربه‌ای را به عنوان عوامل مرتبطی که هنگام درمان اختلال خوردن، باید مد نظر قرار گیرند، گسترش می‌دهند. همچنین مطالعه حاضر، نشان داد که اختلال خوردن خود می‌تواند، به نوعی، یک رفتار اجتنابی در میان افرادی باشد که پیشینه قابل توجهی از رویدادهای آسیب‌زا را در زندگی دارند. نقش اصلی اجتناب تجربه‌ای در آسیب‌شناسی اختلال خوردن در میان هواداران نظریه ACT مورد پذیرش گسترده است (Hayes et al., 2012)، اما معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال خوردن به طور کامل بر نظریاتی مبتنی است که اختلال خوردن را به طور عمده، به قائل شدن ارزش بیش از حد برای وزن و شکل مرتبط می‌دانند (American Psychiatric Association, 2013). بنابراین، نظریات غالب و معیارهای تشخیصی، درکی به نسبت سطحی از اختلالات خوردن را ترویج می‌کنند که در سوء تعبیر عمومی در مورد کم‌اهمیت شمردن اختلال خوردن نقش دارد. از آنجایی که نرخ مرگ و میر در اختلالات خوردن از هر اختلال ذهنی دیگری بیشتر است (Arcelus, Mitchell, Wales &

در تحلیل مدل اثر غیرمستقیم و همچنین تحلیل مدل اثر میانجی، نتایج به دست آمده حاکی از این بود که اجتناب تجربه‌ای بین تروما و اختلال خوردن، در جهت مثبت و به صورت جزئی میانجی‌گری می‌کند. به عبارت ساده‌تر، تجربه تروما می‌تواند با افزایش اجتناب تجربه‌ای، ریسک اختلال خوردن را افزایش دهد. همچنین می‌توان گفت که تروما با اختلال خوردن، هم به صورت مستقیم یعنی بدون حضور اجتناب تجربه‌ای و هم با میانجی‌گری اجتناب تجربه‌ای، رابطه دارد. این یافته‌ها، توسط نتایج پژوهش‌های (Juarascio et al., 2014)، (Cusack, 2014)، (Hayes et al., 2012)، (Cowdrey, 2012)، (& Park, 2012)، (Rawal et al., 2010) و (McVandy & McVandy, 2016) که رابطه اجتناب تجربه‌ای با اختلال خوردن را نشان داده‌اند و پژوهش‌های (Lewis & Naugle, 2017)، (Reddy et al., 2006)، (Marx & Sloan, 2005) و (Plumb et al., 2004) که رابطه تروما با اجتناب تجربه‌ای را بیان کرده‌اند و همچنین پژوهش‌های (Collins et al., 2014)، (Kashdan & Kane, 2011) و (Kashdan & Breen, 2008) که اجتناب تجربه‌ای را به عنوان میانجی‌گر بین تروما و اختلال خوردن نشان داده‌اند، تایید می‌گردد.

مدل اثر غیر مستقیم و مدل اثر میانجی نشان داد که تروما با معنای زندگی در جهت منفی و همچنین معنای زندگی نیز با اختلال خوردن در جهت منفی رابطه دارد و میانجی‌گری معنای زندگی بین تروما و اختلال خوردن به صورت جزئی می‌باشد. یعنی، تجربه تروما در افراد می‌تواند کاهش معنای زندگی را پیش‌بینی کند و کاهش معنای زندگی می‌تواند افزایش ریسک ابتلا به اختلال خوردن را پیش‌بینی کند. همچنین میانجی‌گری جزئی نشان می‌دهد که تروما با اختلال خوردن هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری معنای زندگی رابطه دارد. این نتایج، هم سو با نتایج پژوهش‌های (Krause, 2005) و (Fontana & Rosenheck, 2005) که نشان دادند، تروما می‌تواند باعث کاهش حس معنا در زندگی شود، همسو بود. همچنین نتایج پژوهش‌های (Owens et al., 2009)، (Steger et al., 2008)، (Krause, 2007) و (Calhoun et al., 2000) که معنای زندگی را واسطه‌ای بین تروما و آشفتگی‌های روانشناختی از جمله، اختلال خوردن دانسته‌اند؛

- Brewerton, T. D., Rance, S. J., Dansky, B. S., O'Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (2014). A comparison of women with child/adolescent versus adult onset binge eating: Results from the national women's study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 836-843.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*(3), 521-527.
- Collins, B., Fischer, S., Stojek, M., & Becker, K. (2014). The relationship of thought suppression and recent rape to disordered eating in emerging adulthood. *Journal of Adolescence, 37*(2), 113-121.
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating behaviors, 13*(2), 100-105.
- Creamer, M., Burgess, P.M., & McFarlane, A.C. 2001. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian national survey of mental health and wellbeing. *Psychological Medicine, 31*(7): 1237-1247.
- Cusack, A. (2014). The relationship between acceptance, thought suppression, and eating disordered behavior in an adult eating disorders population. *Dissertation Abstracts International, 74*, 8-B (E).
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (2005). The role of loss of meaning in the pursuit of treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*(2), 133-136.
- Fox, A. P., & Leung, N. (2009). Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa – A preliminary investigation. *European Eating Disorders Review, 17*, 24-30.
- Frazier, P., Conlon, A., Steger, M., Tashiro, T., & Glaser, T. (2006). Positive life changes following sexual assault: A replication and extension. In G. D. Kume (Ed.), *Posttraumatic stress: New research* (pp. 1-22).
- Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance.
- Garfinkel P. E., & Newman, A. (2001). The Eating
- (Nielsen, 2011)، عدم درمان آن‌ها به عنوان بیماری‌های جدی و ناتوان کننده، مشکل آفرین خواهد بود.
- انجام این پژوهش با محدودیتی‌هایی همراه بود از جمله تعداد سوالات زیاد پرسشنامه‌ها که احتمال خستگی پاسخ دهندگان را افزایش داده و باعث بالا رفتن امکان خطای احتمالی آنان می‌گردد. همچنین این پژوهش در بین دانشجویان که نمونه ای بهنجار می‌باشد، انجام شده است. لذا در مورد تعمیم نتایج حاصل از مدل یابی مذکور به گروه‌های بالینی باید محتاط بود. پیشنهاد می‌گردد، در صورت امکان، این پژوهش بر روی نمونه‌های بالینی تکرار گردد و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد. و پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بیشتری بر روی سایر مکانیسم‌های روان شناختی که زیربنای اختلال خوردن را تشکیل می‌دهند، انجام گردد. این تحقیقات می‌توانند برای مفهوم‌سازی و درمان این اختلال مفید باشند.

منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2014). Trauma. Retrieved from: <http://www.apa.org/topics/trauma/index.aspx>. Archives of Suicide Research, 9, 147-151.
- Aoun, A., Garcia, F. D., Mounzer, C., Hlais, S., Grigioni, S., Honein, K., & Dechelotte, P. (2013). War stress may be another risk factor for eating disorders in civilians: A study in Lebanese University Students. *General Hospital Psychiatry, 35*(4), 393-397.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry, 68*(7), 724-731.
- Bramford, B., & Sly, Richard. (2009). Exploring quality of life in the eating disorders. Advance online publication. *Wiley InterScience*
- Breen, W. E., & Kashdan, T. B. (2011). Anger suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety. *Journal of anxiety disorders, 25*(7), 879-887.

- psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 537-547.
- Krause, N. (2005). Traumatic events and meaning in life: Exploring variations in three age cohorts. *Ageing & Society*, 25(4), 501-524.
- Kubany, e. (1995). The traumatic life events questionnaire (TLEQ): a brief measure of prior trauma exposure. Unpublished scale.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Watson, S. B., Haynes, S. N., Owens, J. A., & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological assessment*, 12(2), 210.
- Lejonclou, A., Nilsson, D., & Holmqvist, R. (2014). Variants of potentially traumatizing life events in eating disorder patients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 661-667.
- Lewis, M., & Naugle, A. (2017). Measuring experiential avoidance: Evidence toward multidimensional predictors of trauma sequelae. *Behavioral Sciences*, 7(1), 9.
- Marx, B., & Sloan, D. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 569-583.
- McVandy, M., & McVandy, b. (2016). The Relationship between Experimental Avoidance and Symptoms of Eating Disorders in Students of Ahwaz Jundishapur University of Medical Sciences. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 14 (6), 681-689. [Persian].
- Mesrabadi, J., Jafariyan, S., & Ostovar, N. (2013). Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(1), 83-90.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders*, 6, 1-24.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279.
- Garner, D. M., Rosen, L. W., & Barry, D. (1998). Eating disorders among athletes: Research and recommendations. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 7(4), 839-857.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)* New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and Optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(1), 658-663.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., & Lowe, M. (2014). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489.
- Kashdan, T. B., & Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, 39(1), 1-12.
- Kashdan, T. B., & Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 84-89.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized

- avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*, 6, 67-85.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 984-991.
- Rosario, W. B. (2009). Estimating the development of risk factors associated with the co-occurrence of eating disorders and substance abuse in military personnel. *Dissertation Abstracts International Section A*, 70, 486.
- Rosenthal, M., Hall, M., Palm, K., Batten, S., & Follette, V. (2005). Chronic avoidance helps explain the relationship between severity of childhood sexual abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 25-41.
- Smith, J. M. (2019). *Depressive rumination as experiential avoidance* (Doctoral dissertation, Temple University Libraries).
- Steger, M.F., Frazier, P.A., & Zacchanini, J.L. (2008). Terrorism in two cultures: Stress and growth following September 11 and the Madrid train bombings. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 511-527.
- Tagay, S., Schlegl, S., & Senf, W. (2010). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review: the Journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), 124-132. doi: 10.1002/erv.972.
- Tagay, S., Schlotzbohm, E., Reyes-Rodriguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 22(1), 33-49.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge.
- Yalom ID. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic books.
- of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 307-315. doi: 10.1002/eat.20965
- Mollazadeh Esfanjani R, Arazi H, Rohi S, Mohammadi M. (2012). Effects of Aerobic Training on Eating Disorders in Non-athlete Female Students. *JSSU*, 20 (3), 322-31. [Persian].
- Moradi, A., Barghi Irani, Z., Begian Koule Marz, M., Kariminejad, K. & Zabet M. (2017). Determining the Factor Structure and Psychometric Properties of a Multidimensional experiential Avoidance Questionnaire. *Journal of Social Cognition*, 6(2). [Persian].
- National Institute of Mental Health (NIMH) Eating disorders: About more than food (No. 11-4901) (2014) Available at: www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/eating-disorders.pdf
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 409.
- Owens, G. P., Steger, M. F., Whitesell, A. A., & Herrera, C. J. (2009). Posttraumatic stress disorder, guilt, depression, and meaning in life among military veterans. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(6), 654-657.
- Pahlevan Sharif, S., Mahdavian, V. (2018). *Modeling structural equations with AMOS*. Tehran: Bisheh Publications. [Persian].
- Plumb, J. C., Orsillo, S. M., & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 35(3), 245-257.
- Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, 48(9), 851-859.
- Reddy, M., Pickett, S., & Orcutt, H. (2006). Experiential