

Comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies between obese and normal weight women

*Jafari A¹, Eskandari N², Ghandani M³

1- PhD, Faculty of Human Science, Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran (**Corresponding Author**)

Email: As_Jafari@sbu.ac.ir

2- MA Student in Faculty of Human Science, Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran.

3- MA Student in Department of Psychology, Islamic Azad University, Kashan Branch, Kashan, Iran.

Abstract

Introduction: Over the past years, due to the lifestyle modifications, obesity has widely been recognized as a major public health problem which affects societies worldwide. Recently, evidences have shown that early maladaptive schemas are strongly associated with eating psychopathology. Therefore, the present study aimed to investigate the differences in early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies between obese women and matched normal weight controls.

Methods: This research is a comparative (analytical), case control study. The cases were 110 obese women selected by random sampling method among those women who referred to Farhangian clinic in Kashan city. The same number of subjects with normal weight has also been considered as controls. Data was collected by the use of standard instruments: questionnaires of early maladaptive schemas questionnaire (Young, 1999), and cognitive emotion regulation strategies questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2001). The data were analyzed by t-test and SPSS 22 statistical method.

Results: Based on the results, obese women experienced significantly more severe emotional deprivation, distrust/ misbehavior, and social isolation. Furthermore, adaptive and maladaptive strategies in cognitive emotion regulation were significantly different between obese and normal weight women.

Conclusions: According to the results, both early maladaptive schemas and deficits in cognitive emotion regulation may potentially play roles in psychopathology of obesity. These findings suggest that applying interventions on early maladaptive schemas and adaptive emotion regulation strategies could be beneficial in obesity treatment.

Keywords: Schema, Emotion regulation, Obesity, Eating behavior.

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین زنان چاق و گروه همتا

*اصغر جعفری^۱، نجمه اسکندری^۲، مریم قندانی^۳

۱- استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: As_Jafari@sbu.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشان، کاشان، ایران.

چکیده

مقدمه: چاقی یکی از معضل های اساسی در حوزه سلامت زنان است که کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته بیشتر با آن روبه رو هستند، به طوری که مشکل چاقی به عنوان یک اپیدمی جهانی برای زنان محسوب می شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم شناختی هیجان بین زنان چاق و گروه همتا انجام شد. **روش کار:** روش پژوهش علی مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان چاق و گروه زنان همتا بودند که به درمانگاه فرهنگیان در شهر کاشان مراجعه کردند. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده ۱۱۰ شرکت کننده انتخاب شدند و پرسشنامه های طرحواره ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۹) و تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۱) را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از آزمون t استودنت و نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین طرحواره های محرومیت هیجانی، بی اعتمادی / بد رفتاری و انزوای اجتماعی / بیگانگی و همچنین راهبردهای سازش یافته و سازش نیافته تنظیم هیجان زنان چاق و زنان غیرچاق تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: طرحواره های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم شناختی هیجان نقش مؤثری در چاقی دارند. نتایج شواهدی را نشان می دهد که به کارگیری مداخلاتی در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم هیجان سازش نیافته می تواند در فرآیند درمان چاقی و کاهش رفتار خوردن در زنان مبتلا به چاقی مثر باشد.

کلیدواژه ها: طرحواره، تنظیم هیجان، چاقی، رفتار خوردن.

مقدمه

چاقی و اضافه وزن به عنوان اختلالی مزمن و بسیار شایع که به طور مستقیم و غیرمستقیم با بیماری های متعدد همراه است، یکی از زمینه های مهم مطالعاتی در روان شناسی سلامت محسوب می شود. این اختلال به دلیل تغییر در سبک زندگی، یعنی زندگی بدون تحرک و مصرف بیش از اندازه غذاهای چرب رو به فزونی است و با سرعت فزاینده ای در حال تبدیل شدن به تهدیدی بالقوه برای سلامتی در دنیای در حال پیشرفت امروزی است (۱). سازمان جهانی بهداشت نیز چاقی را به عنوان یکی از مشکلات عمده برای سلامتی در بسیاری از کشورهای جهان معرفی کرده است که خطر ابتلا به برخی بیماری ها از قبیل بیماری های قلبی - عروقی، انواع دیابت، فشارخون،

بیماری ای تنفسی و برخی از انواع سرطان ها را افزایش می دهد (۲). به علاوه، چاقی امید به زندگی را به میزان ۵/۸ سال برای بانوان و ۷/۱ سال برای مردان کاهش می دهد (۳).

چاقی و اضافه وزن به عنوان بیماری های مزمن شناخته می شوند که درمان آنها با موفقیت پایینی همراه است؛ به طوری که برگشت وزن مشکل شایعی است که علت مشخصی برای آن ارائه نشده است (۴). با توجه به مزمن بودن چاقی، دیدگاه های روان شناختی که به طور اختصاصی برای مشکلات رفتاری شکل گرفته اند ممکن است در روشن سازی بیش تر عوامل روان شناختی مرتبط با چاقی سودمند باشند (۵). به عنوان نمونه، مدل طرحواره های ناسازگار اولیه توسط یانگ و همکاران به منظور ارائه

دیگری، فاجعه‌انگاری و تمرکز مجدد مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی کردن استفاده می‌کنند (۱۳) که باعث کاهش استرس، اضطراب و بهبود سلامت روانی آنها می‌شود. مفهوم تنظیم هیجان، یک مفهوم گسترده شامل فرآیندهای هشیار و ناهشیار روانی، فیزیولوژیکی و رفتاری پیچیده است (۱۴) که از طریق افکار و شناخت با زندگی افراد مرتبط بوده و به افراد در مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها همزمان یا بعد از رویدادهای استرس‌زا یا تهدیدکننده کمک می‌کند (۱۵). از سویی دیگر اگر تنظیم هیجان دچار آسیب شود تنظیم در زمینه‌های دیگر مانند کنترل رفتارهای خوردن را نیز می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد (۱۶).

در برخی از تحقیقات در زمینه علت شناسی چاقی و اختلالات خوردن به عوامل هیجانی چون اختلالات خلقی، اضطرابی و هیجانی اشاره شده است (۱۷). به عنوان مثال، دینجمناس (۱۸) در پژوهشی رابطه بین سرکوب هیجان‌های منفی و پرخوری را در افراد مبتلا به چاقی بررسی کردند. نتایج حاکی از این بود که سرکوب هیجان‌های منفی پس از القای خلق منفی با میزان مصرف کالری ارتباطی ندارد. اما افراد افسرده مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد مبتلا به پرخوری که افسرده نبودند پس از القای خلق منفی به طور معنی‌داری کالری بیش‌تری مصرف می‌کنند. انجلز، جان سنز و ون استرین (۱۹) نیز نشان دادند هیجان‌های چاق بر الگوی غذاخوردن آنها تأثیر منفی دارد. از آنجا که غذاخوردن هیجانی به عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان‌های منفی از قبیل استرس، تنهایی، کسالت، اضطراب تعریف می‌شود، مطالعات در حوزه غذاخوردن هیجانی در تلاش هستند تا چاقی را از این حوزه تبیین کنند، به طوری که نتایج نشان داد افراد چاق در پاسخ به حالات هیجانی منفی خیلی بیش‌تر از افراد دارای وزن بهنجار غذا می‌خورند (۲۰). نتایج دیگر پژوهش‌ها نیز در این زمینه نشان دادند خوردن هیجانی اغلب در جمعیت چاق اتفاق می‌افتد، به این ترتیب که افراد دارای اضافه‌وزن در مقایسه با افراد با وزن بهنجار بیش‌تر گزارش می‌کنند با غذاخوردن هیجانی درگیر هستند (۲۱). با در نظر گرفتن شیوع مشکل اضافه‌وزن و چاقی و عوارض نگران‌کننده سلامتی و روانی ناشی از آن، در این پژوهش شناسایی عوامل ایجادکننده رفتارهای خوردن و چاقی می‌تواند علاوه بر تعیین نقش برخی از عوامل پیش‌بینی‌کننده روان‌شناختی

یک چارچوب نظری و کاربردی جهت تبیین، آسیب‌شناسی و درمان اختلالاتی از جمله چاقی و اضافه‌وزن صورت‌بندی شده است (۶). یانگ (۷) معتقد است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه یک زمینه یا الگوی وسیع و فراگیر است که از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها و احساسات بدنی درباره خود و رابطه با دیگران تشکیل شده است و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهر و برادر و همسالان در طی سال‌های اولیه زندگی بوجود می‌آید و این طرحواره‌های غیرشرطی، آسیب‌پذیری و اشکال نوروتیک اختلالات و مشکلات روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. در این راستا، برخی پژوهش‌ها از ارتباط طرحواره‌های ناسازگار مطرح شده توسط یانگ و چاقی حمایت می‌کند. مطالعات کوپر، رز و تورنو (۸) نشان داد که باورها و نگرش‌های ناکارآمد اهمیت خاصی در چاقی و رفتار پرخوری دارند. در مطالعه آندرسون و همکاران (۹) نیز افراد چاق به طور معنادار طرحواره‌های ناسازگار شدیدتری را نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل با وزن طبیعی گزارش کردند. در پژوهشی که مولودی و همکاران (۱۰) به منظور بررسی افکار ناخودآیند منفی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین زنان چاق مبتلا به رفتار پرخوری و زنان چاق فاقد اختلال پرخوری انجام دادند طرحواره‌های بی‌ثباتی/راه‌شدگی، خودانضباطی ناکافی و محرومیت هیجانی به طور معناداری در زنان چاق مبتلا به رفتار پرخوری در مقایسه با افراد چاق فاقد اختلال پرخوری بیشتر بود.

نگرش و رفتارها نسبت به خوردن توسط عوامل روان‌شناختی از جمله هیجانات و استرس نیز مشخص می‌شود و این عوامل در شکل‌گیری اضافه‌وزن و چاقی نقش بسیار مهمی دارد (۱۱). همچنین، فرآیندهای عصب-زیست‌شناختی در تنظیم رفتار خوردن از جمله کنترل رفتار خوردن نشان می‌دهد که رفتار خوردن به شدت تحت تأثیر هیجانات قرار دارد. براساس مباحث مطرح شده، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز از دیگر عواملی است که در چاقی و رفتارهای خوردن موثر هستند. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فرآیندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی به کار می‌گیرند و بر جنبه‌های شناختی مقابله تأکید می‌کنند (۱۲). افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای سازش‌یافته یا سازش‌نیافته متفاوتی مانند نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش

چاقی و برآورد میزان تاثیرگذاری آنها در برنامه‌های آتی کاهش وزن، رهنمودهای مناسبی را در بکارگیری برنامه‌های آموزشی پیشگیری و درمانی برای پرستاران و مدیران در حوزه سلامت ارائه کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به چاقی و گروه زنان هم‌تا انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود که با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بین زنان چاق و گروه زنان هم‌تا انجام شد. جامعه آماری کلیه زنان چاق و گروه زنان هم‌تا بودند که در شش ماه اول سال ۱۳۹۸ به درمانگاه فرهنگیان در شهر کاشان مراجعه کردند و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۵۰ نفر از زنان چاق (شاخص توده بدنی < ۳۵) و ۶۰ نفر از گروه زنان هم‌تا یا زنان غیر چاق (شاخص توده بدنی > ۲۵) (انتخاب و به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. ابزارهای پژوهش

برگ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان: اطلاعات فردی و جمعیت شناختی شرکت کنندگان شامل سن، طبقات اقتصادی-اجتماعی، وضعیت اشتغال و تأهل از طریق برگ اطلاعات جمع آوری شد.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ: این پرسشنامه ۷۵ گویه‌ای توسط یانگ (۲۲) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه طراحی شده است. این طرحواره‌ها شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، استحقاق/ بزرگ منشی، وابستگی/ بی‌کفایتی، اطاعت/ ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، خوشتن داری/ خود انضباطی ناکافی، آسیب‌پذیری در برابر صدمه یا بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتاری و شکست هستند. هر سؤال براساس مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً غلط = ۱، تقریباً غلط = ۲، بیش تر درست تا غلط = ۳، اندکی درست = ۴، تقریباً درست = ۵، کاملاً درست = ۶) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالای فرد در هر طرحواره نشان‌دهنده وجود آن طرحواره و ویژگی‌های آن طرحواره در فرد است و نمره پایین فرد در هر طرحواره نشان‌دهنده ضعیف بودن آن طرحواره در فرد است. در پژوهش شهامت، ثابتی و رضوانی (۲۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶

برای این پرسشنامه بدست آمده است. همچنین ضریب آلفای مربوط به هر یک از این طرحواره‌ها به شیوه زیر گزارش شده است: محرومیت هیجانی (۰/۸۶)، طرد/ بی‌ثباتی (۰/۷۰)، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری (۰/۸۱)، انزوای اجتماعی/ بیگانگی (۰/۷۹)، نقص/ شرم (۰/۸۹)، شکست (۰/۸۹)، وابستگی/ بی‌کفایتی (۰/۸۴)، آسیب‌پذیری نسبت بیماری (۰/۸۴)، خودتحول نیافته/ گرفتاری (۰/۷۷)، اطاعت (۰/۸۲)، فداکاری (۰/۸۲)، بازداری هیجانی (۰/۷۸)، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی (۰/۶۹)، استحقاق/ بزرگ منشی (۰/۷۸) و خود انضباطی ناکافی (۰/۷۱).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان پرسشنامه خودسنجی است که در سال ۲۰۰۱ توسط گرنفسکی و کرایچ طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی زای زندگی در مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری، فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری)، بازارزیایی مثبت، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و اتخاذ دیگران. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالا نشان‌دهنده استفاده بیش تر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نیافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی راهبردهای سازش یافته و زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری و فاجعه‌نمایی راهبردهای سازش نیافته را تشکیل می‌دهند. سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۱۰ نفر (۵۰ زن مبتلا به چاقی و ۶۰ زن غیرچاق) بودند که میانگین سنی آنان ۳۲ سال با دامنه ۲۱ تا ۴۵ سال و انحراف معیار ۳/۲ بود.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

زنان غیرچاق		زنان چاق		متغیرها	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۶/۶۶	۱۶	۲۸	۱۴	بالا	طبقات اقتصادی - اجتماعی
۳۸/۳۳	۲۳	۴۲	۲۱	متوسط	
۳۵	۲۱	۳۰	۱۵	پایین	
۵۸/۳۳	۳۵	۶۴	۳۲	شاغل	اشتغال
۴۱/۶۶	۲۵	۳۶	۱۸	غیر شاغل	
۳۱/۶۶	۱۹	۳۴	۱۷	مجرد	تاهل
۶۸/۳۳	۴۱	۶۴	۳۳	متاهل	

نتایج (جدول ۱)، ویژگی جمعیت شناختی شرکت کنندگان تاehl نشان می دهد. را بر حسب طبقات اقتصادی - اجتماعی، وضعیت اشتغال و

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه های طرحواره های ناسازگاری اولیه در زنان چاق و گروه همتا

انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	مؤلفه ها
۷/۱۶	۱۴/۰۲	۵۰	زنان چاق	محرومیت هیجانی
۶/۰۲	۱۰/۸۳	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۴۶	۱۴/۵۸	۵۰	زنان چاق	رهاشدگی بی ثباتی
۵/۶۸	۱۱/۹۳	۶۰	زنان غیرچاق	
۳/۴۸	۱۶/۴۷	۵۰	زنان چاق	بی اعتمادی / بد رفتاری
۲/۹۵	۱۴/۶۱	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۵۸	۱۴/۳۸	۵۰	زنان چاق	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۵/۲۲	۱۰/۶۳	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۸۳	۱۲/۹۴	۵۰	زنان چاق	نقص / شرم
۵/۹۰	۱۱/۵۰	۶۰	زنان غیرچاق	
۷/۳۸	۱۳/۵۲	۵۰	زنان چاق	شکست
۶/۲۷	۱۲/۳۶	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۹۳	۱۳/۰۰	۵۰	زنان چاق	وابستگی / بی کفایتی
۶/۲۰	۱۱/۷۵	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۸۵	۱۳/۷۶	۵۰	زنان چاق	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری
۶/۷۴	۱۳/۰۰	۶۰	زنان غیرچاق	
۷/۰۵	۱۴/۱۲	۵۰	زنان چاق	گرفتار / خویشتن تحول نیافته
۶/۱۸	۱۲/۶۳	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۷۲	۱۴/۳۸	۵۰	زنان چاق	اطاعت
۶/۱۹	۱۲/۷۶	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۲۵	۱۵/۹۶	۵۰	زنان چاق	ایثارگری
۶/۵۲	۱۵/۶۱	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۶۱	۱۵/۸۲	۵۰	زنان چاق	بازداری هیجانی
۵/۹۵	۱۲/۵۱	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۴۸	۱۵/۶۰	۵۰	زنان چاق	معیارهای سرسختانه
۵/۱۹	۱۴/۶۸	۶۰	زنان غیرچاق	
۷/۲۷	۱۵/۱۴	۵۰	زنان چاق	استحقاق / بزرگ منشی
۵/۸۲	۱۴/۳۵	۶۰	زنان غیرچاق	
۶/۵۱	۱۴/۷۶	۵۰	زنان چاق	خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی
۵/۹۸	۱۳/۸۰	۶۰	زنان غیرچاق	

شرم در زنان چاق برابر با ۱۲/۹۴ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۱/۵۰، شکست در زنان چاق برابر با ۱۳/۵۲ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۲/۳۶، وابستگی / بی کفایتی در زنان چاق برابر با ۱۳/۰۰ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۱/۷۵، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری در زنان چاق برابر با ۱۳/۷۶ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۳/۰۰، گرفتاری / خویشتن تحول نیافته در زنان چاق برابر با ۱۴/۱۲ و در زنان غیرچاق برابر با

نتایج (جدول ۲) نشان می دهد که میانگین نمرات مؤلفه محرومیت هیجانی در زنان چاق برابر با ۱۴/۰۲ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۰/۸۳، رهاشدگی بی ثباتی در زنان چاق برابر با ۱۴/۵۸ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۱/۹۳، بی اعتمادی / بد رفتاری در زنان چاق برابر با ۱۶/۴۷ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۴/۶۱، انزوای اجتماعی / بیگانگی در زنان چاق برابر با ۱۴/۳۸ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۰/۶۳، نقص / شرم در زنان چاق برابر با ۱۲/۹۴ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۱/۵۰، شکست در زنان چاق برابر با ۱۳/۵۲ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۲/۳۶، وابستگی / بی کفایتی در زنان چاق برابر با ۱۳/۰۰ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۱/۷۵، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری در زنان چاق برابر با ۱۳/۷۶ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۳/۰۰، گرفتاری / خویشتن تحول نیافته در زنان چاق برابر با ۱۴/۱۲ و در زنان غیرچاق برابر با

داری/خود انضباطی ناکافی در زنان چاق برابر با ۱۴/۷۶ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۳/۷۰ است. قبل از تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها، مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و یکسانی واریانس‌ها بوسیله آزمون‌های کالموگروف-اسمیرنوف و لون مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج نشان داد این مفروضه‌ها در مورد توزیع داده‌های پژوهش حاضر برقرار می‌باشند.

۱۲/۶۳، اطاعت در زنان چاق برابر با ۱۴/۳۸ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۲/۷۶، ایثارگری در زنان چاق برابر با ۱۵/۹۶ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۵/۶۱، بازداری هیجانی در زنان چاق برابر با ۱۵/۸۲ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۲/۵۱، معیارهای سرسختانه در زنان چاق برابر با ۱۵/۶۰ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۴/۶۸، استحقاق/بزرگ منشی در زنان چاق برابر با ۱۵/۱۴ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۴/۳۵ و میانگین خویشتن

جدول ۳: نتایج آزمون t برای مقایسه مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگاری اولیه بین زنان چاق و غیرچاق

آزمون t برای مقایسه میانگین‌ها					متغیرها
خطای استاندارد میانگین	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	df	T	
۰/۱۱	۳/۱۹	۰/۰۰۱	۱۰۸	-۲/۵۳	محرومیت هیجانی
۰/۱۱	۲/۵۶	۰/۱۵	۱۰۸	-۱/۲۸	رهاشدگی بی ثباتی
۰/۰۵	۱/۸۶	۰/۰۰۱	۱۰۸	-۲/۲۸	بی اعتمادی/بد رفتاری
۰/۱۰	۳/۷۵	۰/۰۰۱	۱۰۸	-۳/۳۳	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۱۱	۱/۴۴	۰/۲۳	۱۰۸	-۱/۱۸	نقص/شرم
۰/۱۲	۱/۱۶	۰/۳۷	۱۰۸	-۰/۸۸	شکست
۰/۱۱	۱/۲۵	۰/۳۲	۱۰۸	-۰/۹۹	وابستگی/بی کفایتی
۰/۱۲	۰/۷۶	۰/۵۶	۱۰۸	۰/۵۸	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری
۰/۱۲	۱/۴۹	۰/۲۵	۱۰۸	-۱/۱۳	گرفتار/خویشتن تحول نیافته
۰/۱۱	۱/۶۲	۰/۱۹	۱۰۸	-۱/۳۱	اطاعت
۰/۱۱	۰/۳۵	۰/۷۸	۱۰۸	-۰/۲۸	ایثارگری
۰/۱۱	۳/۳۱	۰/۱۰	۱۰۸	-۲/۵۵	بازداری هیجانی
۰/۱۰	۰/۹۲	۰/۴۱	۱۰۸	-۰/۸۲	معیارهای سرسختانه
۰/۱۱	۰/۷۹	۰/۵۳	۱۰۸	-۰/۶۳	استحقاق/بزرگ منشی
۰/۱۱	۰/۴۱	۰/۱۰	۱۰۸	-۰/۷۴	خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی

وجود دارد، اما در سایر مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگاری اولیه تفاوت معنی داری بین زنان چاق و غیرچاق وجود ندارد.

نتایج (جدول ۳) نشان می‌دهد که در طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی اعتمادی/بد رفتاری و انزوای اجتماعی/بیگانگی بین زنان چاق و غیرچاق تفاوت معناداری

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان چاق و گروه همتا

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای سازش یافته	چاق	۵۰	۱۶/۴۵	۳/۹۶
	غیرچاق	۶۰	۲۵/۵۹	۴/۲۳
راهبردهای سازش نیافتده	چاق	۵۰	۴۱/۱۸	۴/۵۵
	غیرچاق	۶۰	۲۳/۳۴	۴/۱۹

غیرچاق است و میانگین راهبردهای سازش نیافتده تنظیم هیجان در زنان چاق بیش تر از زنان غیرچاق است.

نتایج (جدول ۴) نشان می‌دهد که میانگین راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان در زنان چاق کمتر از زنان

جدول ۵: نتایج آزمون t برای مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان بین زنان چاق و غیرچاق

متغیرها	t	df	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین
راهبردهای سازش یافته	-۶/۵۹	۱۰۸	۰/۰۰۱	-۹/۱۴	۰/۱۸
راهبردهای سازش نیافتده	۹/۲۸	۱۰۸	۰/۰۰۱	۱۷/۸۴	۰/۳۱

زنان غیرچاق تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج (جدول ۵) نشان می‌دهد که بین راهبردهای سازش یافته و سازش نیافتده تنظیم هیجان زنان چاق و

بحث

همکاران (۳۳) همسو است. در تبیین این پژوهش می توان اشاره نمود افرادی که درباره هیجان‌های خود، باورها و شناخت منفی دارند مانند این باور که هیجان‌هایشان بی معنی هستند، تا ابد ادامه می یابند و آنان را از پای درمی آورند، مایه شرمندگی هستند، فقط مختص خود آنهاست و قابل بیان نیستند، به احتمال بیش تری در برابر آنها احساس درماندگی می کنند و بیش تر دچار استرس می شوند. تنظیم شناختی هیجان منفی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان و مدیریت آنهاست باعث می شود افراد چاق به جای زندگی در زمان حال و لذت بردن از آن، یا در حسرت گذشته باشند و یا در آینده غوطه ور باشند و در نتیجه نارضایتی و سطح بالای از استرس را تجربه نمایند. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سبب افزایش پرخاشگری و یا افسردگی و افزایش مشکلات بین فردی در افراد چاق می شود. در مقابل، توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می شود که فرد در روابط بین فردی و هنگام بروز مشکلات از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند و روابط بهتری با دیگران داشته باشد و روابط مناسب با دیگران به کنترل سطح استرس و اضطراب در افراد چاق کمک می کند. همچنین، در افراد چاق دشواری در تنظیم هیجان می تواند کنش وری مؤثر در محیط اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. در نتیجه فرد را در معرض خطر بروز جنبه‌های مختلف، آسیب شناختی روانی و جسمانی و دیگر عوارض وابسته قرار دهد. بنابراین، وقتی افراد از رفتارهای ناکارآمد از جمله پرخوری برای تنظیم هیجان‌هایشان استفاده کنند، تکرار این رفتارها باعث افزایش وزن و رو به رو شدن با عوارض خطرناک مرتبط با چاقی می شوند و بسیاری از افرادی که از وزن زیاد رنج می برند و یا دچار یک اختلال خوردن هستند، از خود رفتارهای ناسازگارانه غذا خوردن هیجان محور (خوردن در پاسخ به احساسات) نشان می دهند (۳۴-۳۵).

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می توان نتیجه گرفت که هر دو عامل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم شناختی هیجان به طور معنی داری سبب افزایش چاقی و اضافه وزن در زنان می شوند. به نظر می رسد زنان مبتلا به چاقی در مقایسه با زنان عادی

نتایج پژوهش نشان داد از میان مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه طرد و بریدگی که شامل طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی اعتمادی / بدرفتاری و انزوای اجتماعی / بیگانگی است بین زنان چاق و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌ها لوز و همکاران (۲۴)، امپراتوری و همکاران (۲۵)؛ پوق (۲۶)؛ دامیانو و همکاران (۲۷) و بونوکا (۲۸) همسو است. طبق نتایج پژوهش‌های علمی در حوزه اختلالات روانی، نارسایی‌های شناختی در بیش تر اختلالات روانی نقش اصلی را بر عهده دارند و براساس نظریه‌های شناختی بسیاری از نشانگان اختلالات خوردن و چاقی با افکار خودآیند منفی نسبت به خود، ارزیابی‌های غیرواقع بینانه و طرحواره‌های ناسازگار مرتبط هستند. افرادی که اختلالات خوردن و چاقی را گزارش می کنند مبنای احساسات مثبت نسبت به خود را بر تصویری از شکل بدنی و توانایی خود در کنترل آن در کل زندگی قرار می دهند. با توجه به نظریه یانگ (۷) نیز، بنیاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسان هستند که حاصل برآورده نشدن نیازهای اساسی در محیط اولیه کودک در ارتباط با پدر و مادر است که در سیر زندگی تکرار می شوند و بر نحوه تعبیر و تفسیر تجارب و رابطه با دیگران تأثیر می گذارند. در تبیین این یافته‌ها می توان گفت افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه طرد و بریدگی قرار دارد، شاید به این دلیل که نیاز به دلبستگی ایمن آن‌ها ناکام شده است قادر به برقراری دلبستگی‌های ایمن و ارضاکنده با دیگران نیستند. زیرا ممکن است خانواده‌های این افراد ناپایدار، آزار دهنده، طردکننده و منزوی از دنیای اطراف خود باشند. علاوه بر این، حوزه طرد و بریدگی، به گونه‌ای معمول در خانواده‌هایی بوجود می آید که بی عاطفه، سرد، مضایقه‌گر، تندخو، غیرقابل پیش بینی و بدرفتار هستند و چنین افرادی معتقدند که نیاز آن‌ها به ثبات، امنیت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد (۲۹).

همان طور که نتایج آماری فرضیه دوم نشان می دهد تفاوت معناداری میان تمام مؤلفه‌های تنظیم هیجان شناختی در دو گروه از زنان چاق و عادی وجود دارد. نتایج پژوهش با یافته‌های شهسواری و همکاران (۳۰)؛ کچویی و همکاران (۳۱)؛ گلدجمیدت و همکاران (۳۲)، و کوک و

است و مردان در این پژوهش حضور نداشتند و نمونه مورد مطالعه شامل یک درمانگاه بوده است تعمیم این نتایج را با محدودیت و احتیاط مواجه می کند. لذا پیشنهاد می شود مداخله این پژوهش روی دو گروه زنان و مردان اجرا شود و بین دو گروه مقایسه صورت گیرد. مداخله این پژوهش روی نمونه های بیش تر، سایر گروه های سنی (نظیر کودکان و نوجوانان) و افراد چاق و دارای اضافه وزنی که با سایر مشکلات سلامتی (روانی - جسمی) هم ابتلایی دارند، نیز اجرا شود تا قابلیت تعمیم پذیری نتایج این پژوهش از این حیث بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه زنان مبتلا به چاقی و با وزن طبیعی در درمانگاه فرهنگیان کاشان و مسئولین این مرکز که در تکمیل پرسشنامه ها ما را یاری رساندند، تشکر و سپاسگزاری به عمل می آید.

تعارض در منافع

هیچ گونه تعارضی در منافع و فرآیند ارزیابی مقاله از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

Reference

1. Santonja FJ, Morales A, Villanueva RJ, Cortés JC. Analyzing the effect of public health campaigns on reducing excess weight: A modelling approach for the Spanish Autonomous Region of the Community of Valencia. Evaluation and program planning. 2012 Feb 1; 35 (1): 34-9.
2. Sabol-Goldberg S, Rabinowitz J. Association of childhood and teen school performance and obesity in young adulthood in the US National Longitudinal Survey of Youth. Preventive medicine. 2016 Aug 1; 89: 57-63.
3. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, Overweight, and obesity. Jama. 2005 Apr 20; 293 (15): 1861-7.
4. Klatt IM. Treating the Obese---Binge Eating Disorder and Food Addiction: A Model Program. ProQuest; 2008.
5. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. Journal of psychosomatic research. 2006 Mar 1; 60 (3): 245-52.
6. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2003 Mar 28.
7. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
8. Cooper MJ, Rose KS, Turner H. The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. Eating behaviors. 2006 Jan 1; 7 (1): 27-35.
9. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. Journal of psychosomatic research. 2006 Mar 1; 60 (3): 245-52.
10. Mouloudi R, Dezhkam M, Moutabi F, Omidvar N. Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. J Res Behav Sci 2010; 4 (2): 9-10. (Persian).
11. Sim LA, Calpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and

- treatment of eating disorders in the primary care setting. In Mayo Clinic Proceedings 2010 Aug 1 (Vol. 85, No. 8, pp. 746-751). Elsevier.
12. Duarte AC, Matos AP, Marques C. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: gender's moderating effect. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015 Jan 6; 165: 275-83.
 13. Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DT. Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2010 Jun; 36 (6): 792-804.
 14. Adolescents caught between fires Cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *J Adoles*. 2007; 30:655-669.
 15. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of personality and social psychology*. 2000 Jan; 78 (1): 136-157.
 16. Heatherton TF, Wagner DD. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in cognitive sciences*. 2011 Mar 1; 15 (3): 132-9.
 17. Khodabakhshi MR, Kiani F. The role of anxiety and mood disorder in predicting disordered eating behaviors in college students: Implications for health promotion. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry* 2014; 1 (3):63-67. (Persian).
 18. Dingmans AE, Martin C, Jansen AT, van Furth EF. The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder. *Appetite*. 2009 Feb 1; 52 (1): 51-7.
 19. Snoek HM, Engels RC, Janssen JM, van Strien T. Parental behavior and adolescents' emotional eating. *Appetite*. 2007 Jul 1; 49 (1): 223-30.
 20. Dogan T, Tekin EG, Katrancioğlu A. Feeding your feelings: A self-report measure of emotional eating. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011 Jan 1; 15: 2074-7.
 21. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating behaviors*. 2003 Jan 1; 3 (4): 341-7.
 22. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
 23. Shahamat F, Sabeti AR, Rezvani S. The relationship between parenting styles and early maladaptive schemas. *Educational and Psychological Studies* 2010, 11 (2): 239-254. (Persian)
 24. da Luz F, Sainsbury A, Hay P, Roekenes J, Swinbourne J, da Silva D, et al. Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: Relationships with mental health status. *Behavioral Sciences*. 2017; 7 (1): 10.
 25. Imperatori C, Innamorati M, Lester D, Continisio M, Balsamo M, Saggino A, et al. The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: A preliminary investigation. *Nutrients*. 2017 Nov 17; 9 (11): 1259.
 26. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 2015 Jul 1; 39:30-41.
 27. Damiano SR, Reece J, Reid S, Atkins L, Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating behaviors*. 2015 Jan 1; 16:64-71.
 28. Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P, Simon L. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2010 Jun 1; 198 (6):425-431.
 29. Andarzgo Z, Hamid poor H. Investigating the relationship between maladaptive schemas and attachment styles and marital adjustment. Paper presented at the Second Congress of Family Pathology in Iran, Shahid Beheshti University, 2005. (Persian).
 30. Shahsavari M, Fathi Ashtiani A, Rasoolzadeh Tabatabae K. Body mass index: comparison of emotion regulation and eating behavior. *Yafte*. 2016 Dec 10; 18 (3): 104-13. (Persian).
 31. Kachooei M, Moradi A, Kazemi AS, Ghanbari Z. The discriminative role of emotion regulation and impulsivity in different unhealthy eating patterns. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2016 Oct 10; 20 (4): 383-90. (Persian).
 32. Goldschmidt AB, Lavender JM, Hipwell AE, Stepp SD, Keenan K. Emotion regulation and loss of control eating in community-based adolescents. *Journal of abnormal child psychology*. 2017 Jan 1; 45 (1): 183-91.
 33. Kukk K, Ackermann K. Fluctuations in negative emotions predict binge eating both in women

- and men: An experience sampling study. *Eating disorders*. 2017 Jan 1; 25 (1): 65-79.
34. Goossens L, Braet C, Van Vleirberghe L, Mel's S. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2009 Jan; 17 (1): 68-78.
35. Rica V, Castellini G, Sauro CL, Ravaldi C, Lapi F, Mannuccu E, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*. 2009 Dec 1; 53 (3): 418-21.