Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Original Article

Volume 8, Issue 4, Winter 2020

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

***Jafari A[1], Eskandari N[2], Ghandani M[3]**

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 questionarie (Young, 1999), and cognitive emotion regulation strategies questionarie (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.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸

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 توسعه‌یافته 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. داده‌ها 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 سازش‌یافته و سازش نایافته تنظیم هیجان زنان چاق و زنان غیرچاق تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: طرحواره های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم شناختی هیجان نقش مؤثری در چاقی دارند. نتایج شواهدی را نشان می‌دهد که به کارگیری مداخلاتی در تعدیل طرحوارههای ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم هیجان سازش نایافته می‌تواند 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 روان‌شناسی 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 تنفّسی و برخی از انواع سرطان ها را افزایش می دهد (۲). به علاوه، چاقی امید به زندگی را به میزان۵/۸ 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 موفقیّت پایینی همراه است؛ به طوری که برگشت وزن مشکل شایعی است که علّت مشخّصی برای آن ارائه نشده است (۴). با توجه به مزمن بودن چاقی، دیدگاه‌های روان‌شناختی که به طور اختصاصی برای مشکلات رفتاری شکل گرفته اند ممکن است در روشن سازی بیش تر عوامل روان‌شناختی مرتبط با چاقی سودمند باشند (۵). به عنوان نمونه، مدل طرحواره های ناسازگار اولیه توسط یانگ و همکاران به منظور ارائه

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

یک چارچوب نظری و کاربردی جهت تبیین، آسیب شناسی و درمان اختلالاتی از جمله چاقی و اضافه وزن صورت بندی شده است (۶). یانگ (۷) معتقد است که طرحواره های ناسازگار اولیه یک زمینه یا الگوی وسیع و فراگیر است که از خاطرات، هیجانات، شناخت ها 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 سال های اولیه زندگی بوجود می آید و این طرحواره های غیرشرطی، آسیب پذیری و اشکال نوروتیک اختلالات و مشکلات روان‌شناختی را افزایش می دهد. در این راستا، برخی پژوهش ها از ارتباط طرحواره های ناسازگار مطرح شده توسط یانگ و چاقی حمایت می کند. مطالعات کوپر، رز و تورنو (۸) نشان داد که باورها و نگرش های ناکارآمد اهمیت خاصی در چاقی و رفتار پرخوری دارند. در مطالعه آندرسون و همکاران (۹) نیز افراد چاق به طور معنادار طرحواره های ناسازگار شدیدتری را نسبت به آزمودنی های گروه کنترل با وزن طبیعی گزارش کردند. در پژوهشی که مولودی و همکاران (۱۰) به منظور بررسی افکار ناخودآیند منفی و طرحواره های ناسازگار اولیه در بین زنان چاق مبتلا به رفتار پرخوری و زنان چاق فاقد اختلال پرخوری انجام دادند طرحواره های بی ثباتی/ رهاشدگی، 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 می شود و این عوامل در شکل‌گیری اضافه وزن و چاقی نقش بسیار مهمی دارد (۱۱). همچنین، فرآیندهای عصب-زیست شناختی در تنظیم رفتارخوردن از جمله کنترل رفتار خوردن نشان می دهد که رفتار خوردن به شدت تحت تاثیر 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 می گیرند و بر جنبه های شناختی مقابله تاکید می کنند (۱۲). افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی زا از راهبردهای سازش‌یافته یا سازش‌نایافته متفاوتی مانند نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگری، فاجعه انگاری و تمرکز مجدد مثبت، پذیرش و برنامه ریزی کردن استفاده می کنند (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 هیجان ها همزمان یا بعد از رویدادهای استرس زا یا تهدیدکننده کمک می کند (۱۵). از سویی دیگر اگر تنظیم هیجان دچار آسیب شود تنظیم در زمینه های دیگر مانند کنترل رفتارهای خوردن را نیز می تواند 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، دینجمانس (۱۸) در پژوهشی رابطه بین سرکوب هیجان های منفی و پرخوری را در افراد مبتلا به چاقی بررسی کردند. نتایج حاکی از این بود که سرکوب هیجان های 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 معنی داری کالری بیش تری مصرف می کنند. انجلز، جان سنز و ون استرین (۱۹) نیز نشان دادند هیجان افراد چاق بر الگوی غذاخوردن آنها تاثیر منفی دارد. از آنجا که غذاخوردن هیجانی به عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان های منفی از قبیل استرس، تنهایی، کسالت، اضطراب تعریف می شود، 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 بیش تر از افراد دارای وزن بهنجار غذا می خورند (۲۰). نتایج دیگر پژوهش‌ها نیز در این زمینه نشان دادند خوردن هیجانی اغلب در جمعیت چاق اتفاق می افتد، به این ترتیب که افراد دارای اضافه وزن در مقایسه با افراد با وزن بهنجار بیش تر گزارش می کنند با غذاخوردن هیجانی درگیر هستند (۲۱). با در نظر گرفتن شیوع مشکل اضافه وزن و چاقی و عوارض نگران‌کننده سلامتی و روانی ناشی از آن، در این پژوهش شناسایی عوامل ایجادکننده رفتارهای خوردن و چاقی می تواند علاوه بر تعیین نقش برخی از عوامل پیش بینی‌کننده روان‌شناختی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

چاقی و برآورد میزان تاثیرگذاری آنها در برنامه‌های آتی کاهش وزن، رهنمودهای مناسبی را در بکارگیری برنامه های آموزشی پیشگیری و درمانی برای پرستاران و مدیران در حوزه سلامت ارائه کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره های 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–مقایسه ای بود که با هدف مقایسه طرحواره های 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 نمونه گیری 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 سؤالات پرسشنامه ها 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 طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ: این پرسشنامه ۷۵ گویه ای توسط یانگ (۲۲) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه طراحی شده است. این طرحواره ها شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی ثباتی، بی اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، استحقاق/ بزرگ منشی، وابستگی/ بی کفایتی، اطاعت/ ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی، آسیب پذیری در برابر صدمه یا بیماری، خود تحول نایافته/ گرفتاری و شکست هستند. هر سؤال براساس مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً غلط =۱، تقریباً غلط =۲، بیش تر درست تا غلط =۳، اندکی درست =۴، تقریباً درست =۵، کاملاً درست =۶) نمره گذاری می شود. نمره بالای فرد در هر طرحواره نشان‌دهنده وجود آن طرحواره و ویژگی‌های آن طرحواره در فرد است و نمره پایین فرد در هر طرحواره نشان دهنده 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 طرحواره ها به شیوه زیر گزارش شده است: محرومیت هیجانی (۰/۸۶)، طرد/ بی ثباتی (۰/۷۰)، بی اعتمادی/ بدرفتاری (۰/۸۱)، انزوای اجتماعی/ بیگانگی (۰/۷۹)، نقص/ شرم (۰/۸۹)، شکست (۰/۸۹)، وابستگی / بی کفایتی (۰/۸۴)، آسیب پذیری نسبت بیماری (۰/۸۴)، خودتحول نیافته/ گرفتاری (۰/۷۷)، اطاعت (۰/۸۲)، فداکاری (۰/۸۲)، بازداری هیجانی (۹/۷۸)، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی (۰/۶۹)، استحقاق/ بزرگ منشی (۰/۷۸) و خود انضباطی ناکافی (۰/۷۱).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان پرسشنامه خودسنجی است که در سال ۲۰۰۱ توسط گرنفسکی و کرایج 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 درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب ۹ زیر مقیاس به این شرح می سنجد: خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری، فاجعه نمایی (فاجعه آمیز پنداری)، بازارزیابی مثبت، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و اتخاذ دیگران. حداقل و حداکثر نمره در هر زیر مقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالا نشان دهنده استفاده بیش تر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نایافته) تقسیم می شوند. زیر مقیاس های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی راهبردهای سازش یافته و زیرمقیاس های خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، تمرکز بر فکر / نشخوارگری و فاجعه نمایی راهبردهای سازش نایافته را تشکیل می دهند. سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرنباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷و کل پرسشنامه۰/۹۳ محاسبه کرده اند.

یافته ها

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.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

جدول۱: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

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

نتایج (جدول۱)، ویژگی جمعیت شناختی شرکت کنندگان را بر حسب طبقات اقتصادی- اجتماعی، وضعیت اشتغال و تأهل نشان می دهد.

جدول۲: میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه های طرحواره های ناسازگاری اولیه در زنان چاق و گروه همتا

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

نتایج (جدول۲) نشان می دهد که میانگین نمرات مؤلفه محرومیت هیجانی در زنان چاق برابر با ۱۴/۰۲و در زنان غیرچاق برابر با ۱۰/۸۳، رهاشدگی بی ثباتی در زنان چاق برابربا ۱۴/۵۸و 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 ۱۴/۳۸۴ و در زنان غیرچاق برابر با ۱۰/۵۳، 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

۱۲/۶۳، اطاعت در زنان چاق برابر با ۱۴/۳۸و 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 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- اسمیرنف و لون مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج نشان داد این مفروضه‌ها در مورد توزیع داده‌های پژوهش حاضر برقرار می باشند.

جدول۳: نتایج آزمون t برای مقایسه مؤلفه های طرحواره های ناسازگاری اولیه بین زنان چاق و غیرچاق

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

نتایج (جدول۳) نشان می دهد که در طرحواره های محرومیت هیجانی، بی اعتمادی/ بد رفتاری و انزوای اجتماعی/ بیگانگی بین زنان چاق و غیرچاق تفاوت معناداری وجود دارد، اما در سایر مؤلفه های طرحواره‌های ناسازگاری اولیه تفاوت معنی داری بین زنان چاق و غیرچاق وجود ندارد.

جدول۴: 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 نایافته	چاق	۵۰	۴۱/۱۸	۴/۵۵
	غیرچاق	۶۰	۲۳/۳۴	۴/۱۹

نتایج (جدول۴) نشان می‌دهد که میانگین راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان در زنان چاق کمتر از زنان غیرچاق است و میانگین راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان در زنان چاق بیش تر از زنان غیرچاق است.

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 نایافته	۹/۲۸	۱۰۸	۰/۰۰۱	۱۷/۸۴	۰/۳۱

نتایج (جدول ۵) نشان می‌دهد که بین راهبردهای سازش‌یافته و سازش نایافته تنظیم هیجان زنان چاق و زنان غیرچاق تفاوت معناداری وجود دارد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

بحث

نتایج پژوهش نشان داد از میان مؤلفه های طرحواره های ناسازگار اولیه در حوزه طرد و بریدگی که شامل طرحواره های محرومیت هیجانی، بی اعتمادی / بدرفتاری و انزوای اجتماعی/ بیگانگی است بین زنان چاق و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته ها با پژوهش دا لوز و همکاران (۲۴)، امپراتوری و همکاران (۲۵)؛ پوق (۲۶)؛ دامیانو و همکاران (۲۷)و یونوکا (۲۸) همسو است. طبق نتایج پژوهش های علمی در حوزه اختلالات روانی، نارسایی های شناختی در بیش تر اختلالات روانی نقش اصلی را بر عهده دارند و براساس نظریه های شناختی بسیاری از نشانگان اختلالات خوردن و چاقی با افکار خودآیند منفی نسبت به خود، ارزیابی های غیرواقع بینانه و طرحواره های ناسازگار مرتبط هستند. افرادی که اختلالات خوردن و چاقی را گزارش می کنند مبنای احساسات مثبت نسبت به خود را بر تصوری از شکل بدنی و توانایی خود در کنترل آن در کل زندگی قرار می دهند. با توجه به نظریه یانگ (۷) نیز، بنیاد طرحواره های 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 یافته ها می توان گفت افرادی که طرحواره هایشان در حوزه طرد و بریدگی قرار دارد، شاید به این دلیل که نیاز به دلبستگی ایمن آن ها ناکام شده است قادر به برقراری دلبستگی های ایمن و ارضاکننده با دیگران نیستند. زیرا ممکن است خانواده های این افراد ناپایدار، آزار دهنده، طردکننده و منزوی از دنیای اطراف خود باشند. علاوه براین، حوزه طرد و بریدگی، به گونه ای معمول در خانواده هایی بوجود می آیند که بی عاطفه، سرد، مضایقه گر، تندخو، غیرقابل پیش بینی و بدرفتار هستند و چنین افرادی معتقدند که نیاز آن ها 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 مؤلفه های تنظیم هیجان شناختی در دو گروه از زنان چاق و عادی وجود دارد. نتایج پژوهش با یافته های شهسواری و همکاران (۳۰)؛ کچویی و همکاران (۳۱)؛ گلدچمیدت و همکاران (۳۲)، و کوک و 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 هیجان هایشان 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 هیجان ها باعث می شود که فرد در روابط بین فردی و هنگام بروز مشکلات از راهبردهای مقابله ای 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 جنبه های مختلف، آسیب شناختی روانی و جسمانی و دیگر عوارض وابسته قرار دهد. بنابراین، وقتی افراد از رفتارهای ناکارآمد از جمله پرخوری برای تنظیم هیجاناتشان 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 یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که هر دو عامل طرحواره های 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،

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

طرحواره های ناسازگارتری درباره خود، جهان و دیگران دارند. همچنین رفتارهای خوردن ناکارآمد رابطه نزدیکی با عدم تنظیم هیجان‌ها دارد و در افراد چاق این رفتارها به شکل تلاشی برای تنظیم کردن یا فرار از هیجان‌های منفی انجام می شوند. بنابراین می توان گفت وقتی افراد چاق در تنظیم هیجانات ناتوان می شوند در کنترل رفتارهای خوردن دچار مشکل می شوند؛ یعنی نمی توانند رفتار خوردن را در موقعیت های هیجانی منفی مدیریت کنند و خلق منفی بیش تری مانند اضطراب و افسردگی را در موقعیت های همراه با پرخوری نشان می دهند. از این رو پرستارانی که در حوزه پیشگیری و درمان چاقی فعالیت می‌کنند، شایسته است که در فرآیند مدیریت خدمات پرستاری در کنار سایر روش‌های درمان چاقی به نقش متغیرهای روان‌شناختی طرحواره های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی و راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان به عنوان برخی از عوامل تاثیرگذار در رفتارهای خوردن و مشکل چاقی توجه شود و برنامه‌های آموزشی لازم و مناسب را برای تغییر، اصلاح و کارآمدسازی این عوامل اتخاذ کنند. با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی زنان مبتلا به چاقی و عادی درمانگاه فرهنگیان شهر کاشان انجام شده 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 گروه‌های 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 تعمیم‌پذیری 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 پرسشنامه‌ها 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 نویسنده 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

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, Katrancioglu 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

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.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]