



The Role of Childhood Trauma on Obesity with Mediating Early Maladaptive Schema and Self-compassion

Neda Asemi Zavareh¹, Firoozeh Ghazanfari^{2*}, Fatemeh Rezaei³

1- PhD Student in Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

Corresponding Author: Firoozeh Ghazanfari, Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

Email: ghazanfari.f@lu.ac.ir

Received: 11 April 2023

Accepted: 13 Sep 2023

Abstract

Introduction: Obesity is a major health problem, and the physical and interpersonal limitations associated with it lead to significant psychological distress. Childhood injuries can play a role in the formation of early maladaptive schemas self-compassion and obesity in adulthood. The aim of the present study is to determine the role of childhood trauma on obesity through the mediation of early maladaptive schemas and self-compassion.

Methods: The design of the current research was descriptive-correlational and structural equation modeling. The statistical population of the current study included all obese patients who were referred to specialized diet therapy centers in Isfahan City in the Fall and winter of 2020 and spring of 2021, from which 376 people were selected voluntarily as a sample. Then a structured interview was conducted for Axis 1 and 2 disorders (SCID-I and SCID-II) were administered, body mass index (BMI) was measured, and the subjects were asked to fill in the Young schemas-short form questionnaires (YSQ-S), childhood trauma questionnaires (CTQ), self-compassion scale (SCS) answered. Then the collected data were analyzed using the structural equation modeling method.

Results: The results of the research showed that childhood trauma is directly and indirectly related to obesity through primary maladaptive schemas and self-pity. Also, the results showed that early maladaptive schemas and self-pity are directly related to obesity.

Conclusions: Based on the results of the present study, early maladaptive schemas and self-pity mediate the relationship between childhood trauma and obesity. To treat obesity, the role of childhood trauma, self-pity, and early maladaptive schemas should also be considered.

Keywords: Childhood Trauma, Early Maladaptive Schemas, Self-Compassion, Obesity.



نقش آسیب های دوران کودکی بر چاقی با میانجی گری طرحواره های ناسازگار اولیه و خودشفقتی

ندا عاصمی زواره^۱، فیروزه غضنفری^{۲*}، فاطمه رضایی^۳

۱- دانشجوی دکتری گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

۲- استاد گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

۳- دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

نویسنده مسئول: فیروزه غضنفری، استاد گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
ایمیل: ghazanfari.f@lu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۲۲

چکیده

مقدمه: چاقی یکی از مشکلات اساسی سلامتی است و محدودیت های جسمانی و بین فردی مرتبط با آن به پریشانی روانشناختی چشمگیری منتهی می شود. آسیب های دوران کودکی می توانند در شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه و خودشفقتی و ایجاد چاقی در بزرگسالی نقش داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش آسیب های دوران کودکی بر چاقی با میانجی گری طرحواره های ناسازگار اولیه و خودشفقتی انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش کنونی، توصیفی - همبستگی و از نوع مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مبتلایان به چاقی مراجعه کننده به مراکز تخصصی رژیم درمانی در شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ بوده است، که از بین آنها تعداد ۳۷۶ نفر به شکل در دسترس و داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو (SCID-I و SCID-II) اجرا شد، شاخص توده بدن (BMI) اندازه گیری شد و آزمودنیها به پرسشنامه های طرحواره های یانگ- فرم کوتاه (YSQ-S)، پرسشنامه آسیب های دوره کودکی (CTQ)، مقیاس خودشفقتی (SCS) پاسخ دادند. سپس داده های جمع آوری شده با استفاده از روش الگوسازی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که آسیب های دوران کودکی به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق طرحواره های ناسازگار اولیه و خودشفقتی با چاقی رابطه دارد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه و خودشفقتی به طور مستقیم با چاقی رابطه دارند.

نتیجه گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر طرحواره های ناسازگار اولیه و خودشفقتی رابطه بین آسیب های دوران کودکی و چاقی رامیانجی گری می کنند. برای درمان چاقی باید به نقش آسیب های دوران کودکی، خودشفقتی و طرحواره های ناسازگار اولیه نیز توجه کرد.

کلیدواژه ها: آسیب های دوران کودکی، طرحواره های ناسازگار اولیه، خودشفقتی، چاقی.

کودکی و اختلال های مرتبط با خوردن را نشان می دهند (۱۰-۱۲). همچنین نشان داده شده است که قرار گرفتن در معرض آسیب های دوران کودکی با افزایش خطر ابتلا به چاقی ($BMI < 30$) (۱۳) و چاقی شدید ($BMI < 40$) (۱۵) مرتبط است. به طور کلی نیز نتایج مطالعات نشان می دهد که بدرفتاری دوران کودکی (غفلت و سوء استفاده) با افزایش خطر چاقی در طول زندگی ارتباط دارد (۱۴، ۱۵). در این رابطه این فرضیه وجود دارد که افراد چاق یا دارای اضافه وزن ممکن است برای جلوگیری یا رها شدن از حالت های هیجانی به غذا روی بیاورند و یا به عبارتی پرخوری آنها واکنشی به اتفاقات پراسترس زندگی، مانند تجارب آسیب زای دوران کودکی است. و غذا خوردن را به عنوان راهی برای فرار از شرایط ناخوشایند و تنظیم حالات هیجانی خود به کار می گیرند (۱۶). آسیب های دوران کودکی در شکل گیری بسیاری از مشکلات و الگوهای شناختی، هیجانی و رفتاری دخیل هستند. از جمله مهمترین این الگوها طرحواره ها هستند (۱۷) این طرحواره ها سازه هایی شکل گرفته طبق واقعیت و تجربه هستند که پاسخ های رفتاری را تحت تأثیر قرار می دهند. طرحواره های اولیه، باورهایی هستند که اشخاص درباره ی خودشان، محیط و دیگران دارند؛ این طرحواره ها برخاسته از نیازهای اولیه و مخصوصاً نیازهای عاطفی دوران کودکی می باشند (۱۸) طرحواره های ناسازگار اولیه به پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تقسیم می شوند (۱۹). مطالعه ناتا، و همکاران (۲۰) شواهدی از باورهای بنیادین منفی در میان زنان چاق به ویژه آن هایی که دچار اختلال پرخوری مفرط بودند، یافته است. مطالعه ون هانسویک دجونگ و همکاران (۲۱). نیز نشان داده است که طرحواره های ناسازگار خاص در میان بیماران چاق با سابقه سو استفاده جنسی در کودکی نسبت به بیماران چاق فاقد چنین سابقه ای بالاتر است. در مطالعه آندرسون و همکاران (۲۰۰۶) بیماران چاق (پس از کنترل ویژگی های جمعیت شناختی و اختلال پرخوری) به گونه معناداری طرحواره های ناسازگار شدیدتری را نسبت به آزمودنی های گروه کنترل با وزن طبیعی تجربه کردند (۲۲).

پژوهش ها ارتباط معنادار بین باورهای ناسازگار با باورهای خوردن (۲۳) و شناخت های ناکارآمد با رفتارهای خوردن ناسالم و اعتیاد به غذا (۲۴، ۲۵) را تایید کرده اند. بنابراین

چاقی را می توان حالتی دانست که با تجمع بیش از حد چربی در بدن مشخص می شود. با توجه به طبقه بندی مصوب سازمان بهداشت جهانی (WHO) رایج ترین شاخص براس سنجش چاقی، شاخص توده ی بدنی (BMI) است (۱) اگر شاخص توده ی بدنی مساوی و یا بزرگ تر از ۲۵ باشد، فرد مبتلا به اضافه وزن است. و اگر مساوی یا بزرگتر از ۳۰ باشد فرد مبتلا به چاقی است (۲). چاقی با مرگ و میر زودرس مرتبط است و یک تهدید جدی برای سلامت عمومی است که بخش بزرگی از بار بیماری های غیرواگیر در سراسر جهان را شامل می شود، از جمله دیابت نوع دوم، بیماری های قلبی عروقی، فشار خون بالا و برخی سرطان ها (۳).

در سال های اخیر، شیوع اضافه وزن و چاقی افزایش چشمگیری در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه داشته است (۴).

در ایران نیز چاقی از مشکلات اپیدمی و در حال رشد است (۵). چاقی یک وضعیت چند عاملی است و عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیکی، محیطی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و شناختی در سبب شناسی آن دخیل اند (۶). عوامل روانشناختی باعث تفاوت های فردی در میزان اثرگذاری این عوامل بر شاخص توده ی بدنی می شوند. بنابراین شناسایی عوامل روانشناختی که می توانند خطر ژنتیک و محیط را تشدید کرده یا تقلیل دهند حائز اهمیت است (۷). از جمله عوامل روانشناختی که به عنوان یکی از عوامل اصلی خطر برای تعداد زیادی از اختلالات، از جمله اختلالات خوردن و چاقی بزرگسالی مورد توجه قرار گرفته است، آسیب های دوران کودکی است (۸).

آسیب های کودکی به انواع مختلفی تقسیم می شوند که مهمترین آنها عبارت اند از سوء استفاده (هیجانی، جنسی و فیزیکی) و غفلت (هیجانی و فیزیکی) (۸). سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۷ با انتشار گزارشی تحت عنوان بدرفتاری با کودکان، اعلام کرده است که در سراسر جهان از هر ۴ کودک ۱ کودک قربانی خشونت است که از ۲۳ درصد از آنها خشونت فیزیکی و ضرب و شتم، ۳۶ درصد از کودکان نیز با آزارهایی نظیر تهدید، تحقیر، توییح، اعمال فشار عاطفی و ۲۶ درصد از این کودکان مورد استثمار جنسی قرار گرفته اند (۹).

نتایج پژوهش ها ارتباط معنادار بین آسیب های دوران

هرچه عمیق‌ترین سطوح شناخت که در دوران کودکی به وجود می‌آیند و به زندگی بزرگسالی راه می‌یابد ناکارآمدتر باشند، میزان بازخوردها و رفتارهای بیمارگون خوردن (از جمله اجتناب از خوردن غذاهای چاق‌کننده و اشتغال ذهنی نسبت به آن و پرخوری) افزایش می‌یابد (۲۶).

از سویی دیگر، ارزش‌های اجتماعی معیارهای روشنی برای ظاهر جسمانی فرد ارائه می‌دهند (۲۷، ۲۸). افراد دارای وزن بالا بدنی دارند که، متفاوت از بدنی است که اجتماع آن را ارزشمند قلمداد می‌کند و حتی ممکن است از نظر دیگران انزجارآور باشد. این حالت می‌تواند از سوی افراد چاق درونی شده و منجر به احساس‌های منفی از قبیل شرم و انزجار از خود شود. در مقابل رفتارهای خودتخریبگر و سرزنش‌آمیز، رفتار مهربانانه همراه با درک خود، یک عامل محافظتی برای زنان است که در جوامعی که لاغری ارزشمند تلقی می‌شود، پیامدهای نامطلوب ناشی از نمایه توده بدنی بالا را جبران می‌کند (۲۹). یکی از سازه‌های مبتنی بر رفتار مهربانانه، خودشفقتی (self-compassion) است. خودشفقتی به عنوان تمایل شخص به رفتار مهربانانه و محافظت‌کننده از خود هنگام مواجهه با اندوه و پریشانی تعریف می‌شود. خودشفقتی از مکتب بودیسم آمده و ارتباط قوی با سلامت روانی دارد. خودشفقتی دارای سه مولفه مهربانی با خود، احساسات مشترک انسانی و ذهن آگاهی است (۳۰). اولین مولفه خودشفقتی، شامل مهربان بودن با خود و درک خویش به جای قضاوت شدید خود است (مولفه مهربانی با خود). یک نگرش همراه با خودشفقتی می‌تواند به افراد کمک کند تا بفهمند که همه انسان‌ها ناقص هستند و ممکن است اشتباه کنند، شکست بخورند، با چالش‌های زیادی مواجه شوند و ناکارایی‌های مرتبط با بدن را تا حدودی تجربه کنند. این نگرش، برخلاف احساس انزوا است که فرد در آن حس می‌کند تنها انسانی است که شرایط سختی را تجربه می‌کند (مولفه احساسات مشترک انسانی). مولفه سوم شامل هشیار بودن نسبت به افکار و احساسات منفی خود به شکلی متعادل و به دور از بزرگ‌نمایی است (مولفه ذهن آگاهی) (۳۱).

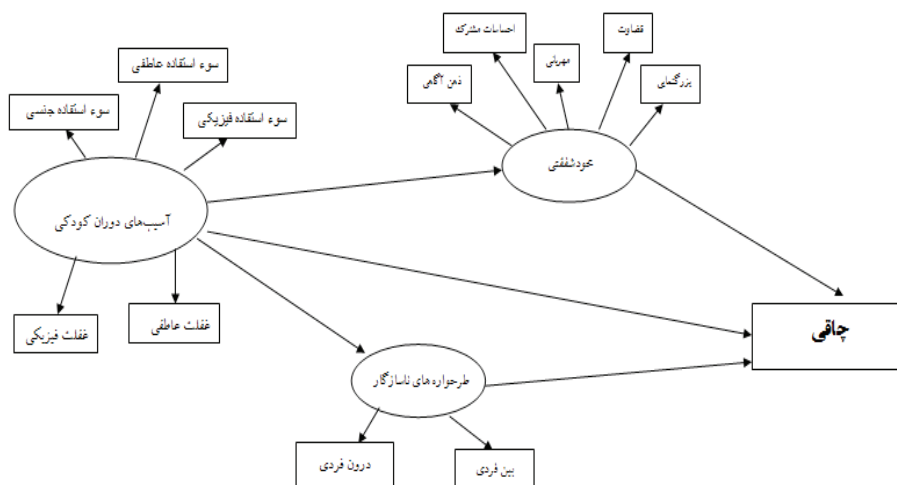
مطالعات گوناگون تأکید دارند که توانایی‌های خودشفقتی منبع بسیار مهمی برای اتخاذ رفتارهای سالم هستند (۳۲) پژوهش‌های کچویی و همکاران، نشان داد که خودشفقتی در افراد دارای شاخص توده بدنی بالا کمتر از افراد با وزن طبیعی است (۳۳). پژوهش دیگری نشان داد که خودشفقتی

به عنوان یک فرایند تنظیم هیجانی عمل می‌کند که می‌تواند رابطه‌ی بین تجربه‌های منفی مرتبط با بدن و کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۳۴). مطالعات نشان داد که نمره ذهن آگاهی خود شفقتی در گروه با توده بدنی بالا، کمتر از گروه طبیعی است (۳۵، ۳۶). پژوهش‌های میرن و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که خود شفقتی تحت تأثیر پیامدهای مکرر بدرفتاری در دوران کودکی قرار دارد (۳۷). نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودشفقتی در بسیاری از پژوهش‌ها به عنوان عامل میانجی بین متغیرهای مختلف تأیید شده است. پژوهش کایاو ایدین (۳۸)، در زمینه رابطه بین دلبستگی و سلامت روانشناختی، استیوز، اوزریجورگ، هرو و جاروگی (۳۹). رابطه بین سو استفاده جنسی دوران کودکی و تکانشگری زنان، ابراهیمی، غضنفری، مشهدی فر و رحیمی (۴۰) در زمینه ارتباط ترومای دوران کودکی و خودکشی نقش میانجی گرایانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تأیید کرده‌اند. همچنین نقش خودشفقتی در پژوهش‌ها به عنوان عامل میانجی بین متغیرهای مختلف تأیید شده است. بارنت و شارپ نقش واسطه‌ای شفقت به خود را در کمال‌گرایی ناسازگار، نارضایتی از تصویر بدنی و رفتار نامناسب خوردن در بین دانشجویان آمریکا بررسی و تأیید کردند (۴۱). همچنین شفقت به خود میانجی رابطه بین شاخص توده بدنی و اختلال خوردن پاتولوژی و نیز انعطاف‌پذیری تصویر بدنی است (۴۲). نتایج پژوهش‌های تهران‌ی و همکاران نشان داد که سبک‌های دلبستگی با نقش میانجی احساس تنهایی و شفقت به خود می‌توانند مدل مطلوبی برای تبیین رفتارهای خوردن باشد (۴۳).

بنابراین، با توجه به پژوهش‌های انجام شده در زمینه چاقی هنوز ابهامات گوناگونی پیرامون متغیر مذکور وجود دارد که به عنوان منبع مسیله مطرح می‌شود. با توجه به اهمیت طرحواره‌های ناسازگار و خودشفقتی در رابطه با آسیب‌های دوران کودکی و چاقی پژوهش حاضر به دنبال رابطه چاقی بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با نقش میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودشفقتی در زنان می‌باشد. به نظر می‌رسد که متغیر آسیب‌های دوران کودکی از جمله عوامل دخیل در ایجاد چاقی است. و به نظر می‌رسد علاوه بر روابط مستقیم این متغیر، متغیرهای دیگری مانند طرحواره‌های ناسازگار و خودشفقتی به عنوان متغیرهای واسطه‌ای بین آسیب‌های دوران کودکی، متغیر چاقی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. لذا پژوهش حاضر به

خودشفتی می توانند متغییر چاقی را پیش بینی کنند؟

دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا آسیب های دوران کودکی به واسطه ی طرحواره های ناسازگار اولیه و



شکل ۱: مدل ساختاری رابطه آسیب های دوران کودکی با چاقی

اختلالات روانی محور یک (SCID-I)

شرکت کنندگان طی یک جلسه به صورت انفرادی به پرسشنامه ها پاسخ دادند. برای جلوگیری از اثر ترتیب اجرای پرسشنامه آن ها در ترکیب های متفاوتی اجرا شد. درباره ی دلایل انجام پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات توضیحات لازم داده شد. جهت جمع آوری داده ها از ابزارهای ذیل استفاده گردید.

۱. فرم جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته شامل سوالاتی خواهد بود که موارد زیر را مورد سنجش قرار می دهد: سن، وزن، قد، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل.
۲. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو (SCID-I و DSM-IV-TR- SCID-I): برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر (SCID-CV) و نسخه پژوهشی می باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده خواهد گردید. این نسخه، اختلال هایی که در کلینیک ها شایع تر هستند را پوشش می دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاهتر است و با یک مصاحبه باز درباره بیماری فعلی و دوره های قبلی بیماری آغاز می گردد. در این نسخه هر کدام از ماده ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت گذاری می گردند و شش حوزه اختلالات (دوره های خلقی، نشانگان روان پریشی،

روش کار

طرح پژوهش کنونی، توصیفی - همبستگی و از نوع مدل یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز تخصصی رژیم درمانی شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ بود که برای اولین بار به این مراکز مراجعه کرده بودند. با توجه به اینکه تهیه ی فهرستی از افراد جامعه برای انتخاب تصادفی امکان پذیر نبود، و به دلیل شرایط همه گیری بیماری کرونا، تعداد ۳۷۶ نفر به شکل نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

ملاکهای ورود شامل موارد زیر هستند: مونث بودن، باردار نبودن، تکمیل نمودن فرم رضایت آگاهانه، قادر به شرکت در مطالعه طبق جدول زمانی ارائه شده، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دریافت تشخیص چاقی بر اساس اندازه گیری نمایه توده بدن (BMI)، نداشتن رژیم غذایی و عدم استفاده از دارو درمانی و روان درمانی در ۶ ماه گذشته. ملاک های خروج نیز شامل موارد زیر هستند: داشتن بیماری جسمی زمینه ای مرتبط با چاقی مانند مشکلات تیروئیدی، وجود نشانه های روان پریشی، اعتیاد به مواد، وجود نشانه های شدید کندی روانی حرکتی، وجود خطر بالای خودکشی، ابتلا یا سابقه وجود دوره های خلقی شیدایی بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای

اختلال های روان پریشی، اختلال های خلقی، اختلال های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می دهد (۴۴). شریفی و همکاران، به نقل از حسنی، تاج الدینی، قاعدنیای جهرمی و فرامانی شهرضا، توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص متوسط تا خوب (ضریب آورده اند. آن ها همچنین کاپای کل تشخیص های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده اند (۴۵). SCID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) بکار می رود و تمامی اختلالات مربوطه را پوشش می دهد. در این ابزار نشانه ها با چهار علامت ؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین تر از حد آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامتگذاری می شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص های مقوله ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص های درون طبقه ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است). همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (۴۶).

۳. شاخص توده بدن (BMI): شاخص توده ی بدن از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه می شود. وزن با استفاده از ترازو و قد نیز با استفاده از یک متر غیر قابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه گیری شد.

۴. پرسشنامه ی طرحواره های یانگ- فرم کوتاه (YSQ-S): این ابزار برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ی ناسازگار اولیه و فراهم نمودن یک نمره ی کلی که سطح هر طرحواره ی ناسازگار اولیه را منعکس می سازد طراحی شده است (۴۷). این پرسشنامه دارای ۷۵ سوال است. ۱۵ زیرمقیاس آن 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/ خودانضباطی ناکافی، آسیب پذیری در برابر صدمه یا بیماری، خود تحول نیافتگی و شکست است. هر ماده به کمک شش گزینه درجه بندی می شود. عدد ۱ به معنای «کاملا در مورد من نادرست است» و عدد ۶ به معنای «کاملا مرا توصیف می کند» می باشد. فرم کوتاه این پرسشنامه با فرم بلندتر آن قابل مقایسه است و از ویژگیهای روانسنجی مطلوبی برخوردار است (۴۸). این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد هنجاریابی قرار گرفته است و از روایی بین فرهنگی مطلوبی برخوردار است (۴۹).

۵. پرسشنامه آسیب های دوره کودکی (CTQ): این پرسشنامه

در سال ۱۹۹۴ توسط برنشتاین و همکاران طراحی گردید و در سال ۱۹۹۵ نسخه ۵۳ گویه ای آن ارایه و در نهایت در سال ۱۹۹۸ نسخه ۳۴ گویه آن طراحی گردید. اما اخیرا فرم ۲۸ سوالی آن را ساخته شده که پنج حوزه آسیبهای کودکی را به ترتیب زیر پوشش می دهد: سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، سوء استفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی. این مقیاس در طیف ۵ درجه ای لیکرت (هرگز رخ نداده=۱، اکثر اوقات رخ داده=۵) نمره گذاری می شود. دامنه نمرات برای هر کدام از زیر مقیاس ها از ۵ تا ۲۵ می باشد و دامنه نمرات برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ می باشد (۵۰). پایایی این آزمون به دو روش آزمون- بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ قرار دارد (۵۱). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه الاسلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ آن را برا زیر مقیاس ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برآورد کرده که نشان می دهد از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ آن محاسبه خواهد گردید.

۶. مقیاس خودشفقتی (SCS): این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی ۲۶ ماده ای است که به منظور سنجش میزان خودشفقتی ساخته شده است. این مقیاس به صورت لیکرت (از نمره ۱ برای «تقریبا هرگز» تا نمره ۵ برای «تقریبا همیشه») نمره گذاری می شود. دامنه ی نمرات مقیاس بین ۲۶ تا ۱۳۰ قرار دارد. سوال های این مقیاس سه مولفه دوقطبی را در قالب شش خرده مقیاس اندازه گیری می کنند. خرده مقیاس ها عبارتند از: مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود (معکوس)، احساسات مشترک انسانی، منزوی سازی (معکوس)، ذهن آگاهی و بزرگ نمایی (معکوس). میانگین نمرات شش خرده مقیاس باهم جمع شده و یک نمره خودشفقتی کل حاصل می شود. این مقیاس کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می سنجد. این مقیاس از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. پایایی کلی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. هم چنین هر دام از خرده مقیاس ها از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این، پایایی بازآزمایی به فاصله ی زمانی دوهفته ۰/۹۳ گزارش شده است. مقیاس مذکور روایی همگرا و افتراقی نسبتا بالایی دارد (۵۲) ویژگی های روانسنجی این مقیاس در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته است. روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق اجرای مقیاس حرمت خود و پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک محاسبه شد و

ندا عاصمی زواره و همکاران

نتایج معنادار بود. همچنین همسانی درونی مقیاس براساس آلفای کرونباخ محاسبه شد و با ضریب همبستگی ۰/۷۰ مورد تایید قرار گرفت (۵۳). این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه لرستان تصویب شد (کد اخلاق: IR.LUMS.REC.1398.274).

یافته‌ها

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار، ضرایب چولگی، کشیدگی و ضرایب همبستگی

جدول ۱: یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴
آسیب‌های دوره کودکی	۸۳/۳۱	۳۱/۶	-۰/۴۷	-۱/۳۴	۱			
خودشفتی	۶۳/۹۰	۲۹/۵۸	۰/۷۳	-۱/۰۷	-۰/۶۴**	۱		
طرحواره ناسازگار	۱۸۸/۱۰	۸۲/۵۴	-۰/۴۲	-۱/۴۱	۰/۷۹**	-۰/۵۷**	۱	
چاقی	۵۱/۲۶	۸/۸۳	-۰/۱۰	-۱/۰۶	۰/۸۱**	-۰/۶۷**	۰/۷۵**	۱

می‌شود، در پژوهش حاضر تمامی متغیرها توزیع بهنجاری دارند.

همچنین جهت بررسی مفروضه سوم یعنی هم خطی بودن چندگانه، از آماره تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. آماره تحمل نسبتی از واریانس کل است که به وسیله متغیرهای دیگر تبیین می‌شود، ارزش‌های تحمل کمتر از ۰/۱۰ نشان دهنده هم خطی چندگانه بین متغیرها است. از دیگر مشکلات هم خطی چندگانه آن است که همبستگی بالای متغیرهای پیش بین خطای استاندارد ضرایب آنها را افزایش می‌دهد، به این معنی که ارزش‌های این متغیرها از مطالعه‌ای به مطالعه دیگر نوسان بسیار زیادی دارد. این پدیده به عنوان عامل تورم واریانس شناخته می‌شود، ارزش‌های عامل تورم واریانس بزرگتر از ۱۰ نشانگر اضافی بودن آن متغیر و وجود هم خطی چندگانه است. جدول ۲ نتایج بررسی هم خطی چندگانه را گزارش می‌کند.

پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها برای اطمینان یافتن از این که داده‌های پژوهش حاضر، مفروضه‌های مدل یابی معادلات ساختاری را برآورده می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. به این منظور سه مفروضه شامل داده‌های گمشده، نرمال بودن و هم خطی بودن چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند که به ترتیب ذکر شده‌اند: در مورد مفروضه اول یعنی داده‌های گمشده، پژوهش حاضر به دلیل استفاده از پرسشنامه‌ی آنلاین و تنظیم پرسشنامه به گونه‌ای که باید تمام آیتم‌های پاسخ داشته باشد، داده مفقود نداشتیم. یکی از مفروضه‌های مهم مدل یابی معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است، برای آزمون نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش از دو شاخص چولگی و کشیدگی استفاده شد. براساس پیشنهاد کلاین (۲۰۱۱) قدرمطلق ضریب چولگی کمتر از ۳ و ضریب کشیدگی کمتر از ۱۰ نشاندهنده توزیع بهنجار است (۵۴). همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده

جدول ۲: نتایج بررسی هم خطی چندگانه متغیرهای پژوهش

شاخص‌های همخطی چندگانه	آسیب‌های دوره کودکی	خودشفتی	طرحواره ناسازگار
آماره تحمل	۰/۳۲	۰/۵۷	۰/۳۶
عامل تورم واریانس	۳/۱۰	۱/۷۳	۲/۷۴

برای بررسی فرضیه های پژوهش از روش مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد و داده ها به وسیله نرم افزار ایموس (نسخه ۲۴) و با استفاده از روش حداکثر درست نمایی تجزیه و تحلیل شدند. جدول ۳ شاخص های برازش مدل را قبل و بعد از اصلاح نشان می دهد.

همان طور که نتایج جدول نشان می دهد، ارزش های تحمل به دست آمده برای متغیرها، بالای ۰/۱۰ است؛ همچنین، مقادیر عامل تورم واریانس به دست آمده برای همه متغیرها کوچکتر از ۱۰ است و این نشان می دهد که بین متغیرها هم خطی چندگانه وجود ندارد.

جدول ۳: شاخص های برازش مدل

شاخص های برازش	X ²	Df	df/X ²	GFI	AGFI	IFI	CFI	NFI	TLI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۲۴۷/۰۶	۷۳	۳/۸۴	۰/۹۱	۰/۸۷	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۰۸
مدل اصلاحی	۱۹۷/۷۱	۷۰	۲/۸۲	۰/۹۲	۰/۸۹	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۰۷
ارزش قابل قبول	-	-	< ۵	۰/۹۰≥	۰/۹۰≥	۰/۹۰≥	۰/۹۰≥	۰/۹۰≥	۰/۹۰≥	≤ ۰/۱

نتایج بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر چاقی در جدول ۴ ارائه شده است. همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، ضرایب استاندارد تمامی مسیرها معنادار شده است. اثر مستقیم آسیب های دوران کودکی بر چاقی با مقدار $\beta = ۰/۶۵$ ، خودشفقتی بر چاقی با مقدار $\beta = -۰/۴۸$ و طرحواره های ناسازگار بر چاقی با مقدار $\beta = ۰/۰۴$ در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار است.

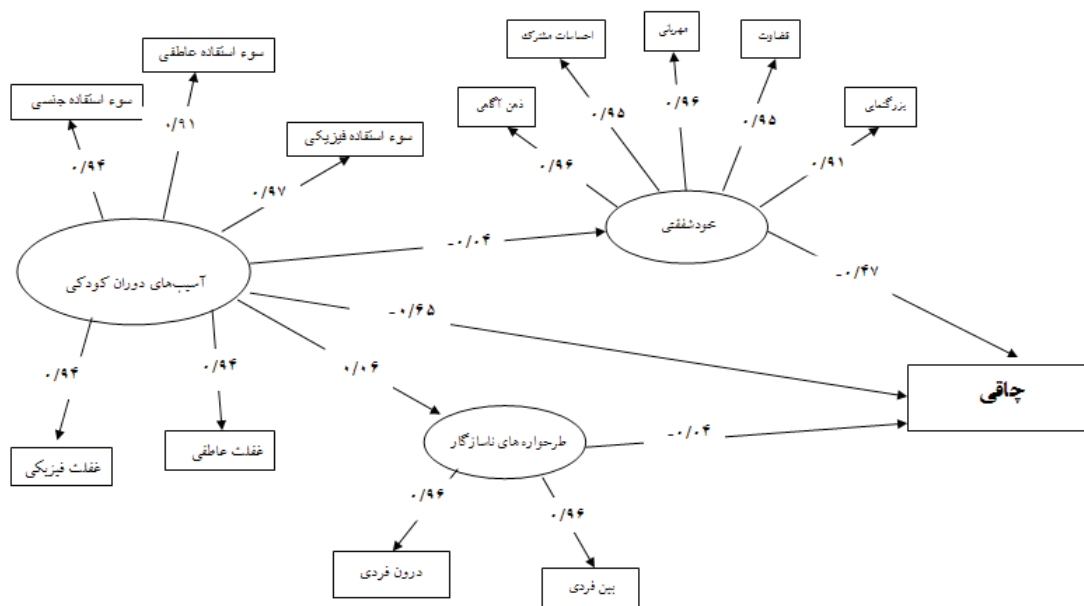
با توجه به دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۱۶)، که مقدار بیشتر از ۳ برای شاخص و مقدار کمتر از ۰/۹۰ برای شاخص AGFI را نیازمند اصلاح می دانند (۵۵)؛ برای بهبود برازش مدل، از بین شاخص های پیشنهادی AMOS، کوواریانس خطای سواستفاده فیزیکی و غفلت عاطفی، سواستفاده عاطفی و بزرگنمایی و خطای احساسات مشترک به چاقی همبسته شدند. بررسی شاخص های برازش نشان می دهد که مدل با داده های جمع آوری شده برازش مطلوبی دارد.

جدول ۴: اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش

اثر کل	اثر غیرمستقیم		اثر مستقیم		متغیر وابسته	متغیر میانجی	متغیر مستقل
	سطح معنی داری	β	سطح معنی داری	β			
آسیبهای دوران کودکی	-	-	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	چاقی	-	آسیبهای دوران کودکی
خودشفقتی	-	-	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۸	چاقی	-	خودشفقتی
طرحواره های ناسازگار	-	-	۰/۰۰۰۱	۰/۰۴	چاقی	-	طرحواره های ناسازگار
آسیب های دوران کودکی	۰/۰۰۰۱	۰/۰۴	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۷	چاقی	خودشفقتی	آسیب های دوران کودکی
آسیب های دوران کودکی	۰/۰۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۰۰۱	۷/۶۸	چاقی	طرحواره های ناسازگار	آسیب های دوران کودکی

همچنین برای آزمون فرضیه های مربوط به روابط غیرمستقیم متغیرها از روش بوت استرپ پروسس هیز (۲۰۱۸) با سطح اطمینان ۹۵٪ و ۵۰۰۰ مرتبه نمونه گیری مجدد استفاده شد. با توجه به نتایج، اثر غیرمستقیم

همچنین برای آزمون فرضیه های مربوط به روابط غیرمستقیم متغیرها از روش بوت استرپ پروسس هیز (۲۰۱۸) با سطح اطمینان ۹۵٪ و ۵۰۰۰ مرتبه نمونه گیری مجدد استفاده شد. با توجه به نتایج، اثر غیرمستقیم



شکل ۲: مدل برازش شده از ضرایب استاندارد

بحث

در نتیجه، آسیب‌های دوران کودکی ممکن است یک عامل خطر مهم برای توسعه چندین رفتار ناکارآمد غذایی باشد که با تغییر در مسیرهای پاداش/انگیزه مغزی باعث ابتلا به چاقی می‌شوند (۱۵).

تغییرات متعددی در مسیرهای پاداش/انگیزه مغز در میان بیماران چاق و دارای اضافه وزن در پاسخ به نشانه‌های غذایی نشان داده شده است در واقع غذاهای خوشمزه به عنوان یک پاداش طبیعی عمل می‌کند که فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و تولید کورتیزول را کاهش می‌دهد. تکرار مداوم این الگو می‌تواند منجر به سازگاری‌های عصبی و رفتاری می‌شود که باعث افزایش پرخوری اجباری و ابتلا به چاقی می‌شود (۱۴، ۱۵).

بنابراین، بیماران مبتلا چاقی ممکن است از غذا برای جلوگیری یا تسکین هیجانات منفی استفاده کنند. حالاتی که از علائم ترک و/یا واکنش به رویدادهای استرس‌زا زندگی، مانند تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی ناشی می‌شوند. این افراد استراتژی مقابله‌ای ناکارآمدی شامل استفاده از «غذا» را برای فرار از حالت ناخوشایند و/یا برای خودتنظیمی احساسات به کار می‌گیرند. که این یکی از پیامدهای چندگانه و پیچیده ناشی از آسیب‌های دوران کودکی است. از طرفی آسیب‌های دوران کودکی (سوء استفاده‌های جنسی و غیرجنسی و غفلت‌ها) همگی سبب بروز علائم PTSD در افراد می‌شوند، که این نشانه‌ها باعث بیش فعال شدن محور HPA، و متعاقب آن افزایش

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی به طور مستقیم با چاقی در ارتباط است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ویس و بروتن (۲۰۲۰)، بلی، آکیوداک و ساگالتی (۲۰۱۹) و پالمیزانو، ایناموراتی و واندرلیندن (۲۰۱۶) هماهنگ است.

در تبیین رابطه مستقیم آسیب‌های دوران کودکی با چاقی می‌توان گفت: براساس یک مدل آسیب‌شناختی روانی رشدی، تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی ممکن است بر رشد مغز و چندین عملکرد ذهنی از طریق مکانیسم‌های بیماری‌زا مختلف تأثیر منفی بگذارد (به عنوان مثال، اختلال در فرآیندهای تنظیمی هیپوتالاموس هیپوفیز لیمبیک-هیپوتالاموس-هیپوفیز-محور آدرنال). این فرضیه وجود دارد که بدرفتاری در دوران کودکی مانع توسعه مدار شناختی اجتماعی و کنترل اجرایی در مغز می‌شود «این مدار توانایی افراد را برای تفکر، تنظیم حس خود، انگیزه‌ها و رفتارهای آنها را ایجاد می‌کند». در واقع، بدرفتاری در دوران کودکی با رشد نامطلوب نواحی مغزی درگیر در شناسایی احساسات و محرک‌های اجتماعی، خطر رفتارهای مخرب و اختلالات اعتیادآور (مانند پرخوری) را افزایش می‌دهد (۱۵).

همچنین رویدادهای استرس‌زای غیرقابل کنترل و استرس‌های مزمن ممکن است رفتارهای خوردن را تغییر داده و بر مسیرهای پاداش/انگیزه مغزی تأثیر بگذارد.

کورتیزول محیطی می شود و افزایش کورتیزول محیطی به نوبه خود با تجمع چربی در بافت چربی و افزایش چاقی شکمی می شود (۱۱).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه به طور مستقیم با چاقی در ارتباط هستند. این یافته با نتایج پژوهش های میرزاحسینی، ارجمند و لاجوردی (۲۰۱۶)، باسیل، تنور و مان سینی (۲۰۱۹) و یانگ، کلسکو و ویشار (۲۰۱۰) هم خوان است. در تبیین رابطه مستقیم بین طرحواره های ناسازگار اولیه و چاقی می توان گفت: طرحواره های ناسازگار اولیه، به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه، به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند (۲۰). در رویکرد متمرکز بر طرحواره ها، طرحواره های ناسازگار اولیه در توسعه و حفظ نشانه های روانشناختی نقش اصلی را ایفا می کنند. بزرگسالانی که به صورت ناخودآگاه، اتفاقات زمان حال زندگی شان را مانند تجربه های آسیب رسان دوران کودکی درک کنند، دچار برانگیختگی طرحواره می شوند. در نتیجه این برانگیختگی، هیجانات منفی ایجاد می شود. و فرد برای مقابله با آن به رفتارهایی مانند پرخوری روی می آورد (۲۶). پژوهش های قبلی نشان داده است، افراد چاق بعد از کنترل ویژگیهای جمعیت شناختی و اختلالات خوردن، به گونه ای معنادار طرحواره های ناسازگار شدیدتری را نسبت به آزمودنی های گروه کنترل با وزن طبیعی گزارش کردند (۲۱).

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، نشان دادن رابطه مستقیم خودشفقتی با چاقی است. این یافته با نتایج پژوهش های کوچویی و تقی زاده (۲۰۲۱)، رحیمی اردبیلی و همکاران (۲۰۱۸)، جردن و همکاران (۲۰۱۴) و لوکس و همکاران (۲۰۱۶) به نوعی هماهنگ است. در تبیین رابطه مستقیم بین خودشفقتی با چاقی می توان گفت: سه مؤلفه ی خودشفقتی یعنی ذهن آگاهی، مهربانی با خود و احساسات مشترک انسانی می توانند بر رفتار خوردن تأثیرگذار باشند. این یافته همسو با مطالعاتی است که نشان می دهند ذهن آگاهی با شاخص توده بدنی طبیعی (۳۶) رفتارهای خوردن سالم و مصرف کالری کمتر (۳۵) مرتبط است. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که برخورداری از ذهن آگاهی میتواند واکنشهای خودکار و بدون توجه به غذا را به حداقل برساند، همچنین راه اندازهای هیجانی که منجر به خوردن هیجانی میشوند و مصرف غیرضروری غذا را کاهش دهد. مطالعات

نشان می دهند که خوردن خودکار رفتار رایجی است، که به موجب آن افراد اقدام به خوردن میکنند چون زمان وعده غذایی است و نه به این دلیل که احساس گرسنگی می کنند. بعلاوه، دیدن غذا و وجود آن در دم دست میتواند بهطور خودکار مصرف غذا را افزایش دهد (۳۳). با این حال، ذهن آگاهی تمرکز فرد را به آنچه در حال خوردنش هست بر می گرداند. در حقیقت، یافته ها نشان میدهند که ذهن آگاهی خوردن را از حالت خودکار درمی آورد غذایی را بهبود و از این طریق به مدیریت وزن کمک می کند (۳۶).

چهارمین و مهمترین یافته پژوهش حاضر نشان داد طرحواره های ناسازگار و خودشفقتی نقش واسطه گر در رابطه بین آسیب های دوران کودکی و چاقی دارند. در مطالعات پیشین این متغیرها به عنوان متغیر واسطه ای در ارتباط بین چاقی و آسیب های دوران کودکی مورد مطالعه قرار نگرفته اند. در تبیین این یافته می توان گفت: بک و یانگ تأکید کرده اند که طرحواره ها توانایی شکل دهی تعاملات فرد در برخورد با محرک های بیرونی را دارند (۱۸). بنابراین، اگر آسیب های دوران کودکی در فرد منجر به شکل گیری طرحواره های ناسازگار شوند، این طرحواره های ناکارآمد با تحت تأثیر قراردادن رفتارهای فرد و شیوه های تعاملی فرد با محیط و محرک ها منجر به به کارگیری راهکارهای ناکارآمد در برابر رویدادهای پراسترس زندگی می شوند و یکی از این راهکارهای ناکارآمد پرخوری کردن برای مقابله با هیجانات است که باعث بروز چاقی و یا اختلالات خوردن می شود. هرچه عمیق ترین سطوح شناخت یعنی طرحواره های هر فرد که در دوران کودکی به وجود می آیند و به زندگی بزرگسالی راه می یابد ناکارآمدتر باشند، میزان بازخوردها و رفتارهای بیمارگون خوردن از جمله اجتناب از خوردن غذاهای چاق کننده و اشتغال ذهنی نسبت به آن و پرخوری افزایش می یابد (۲۶).

در ادامه در تبیین رابطه آسیب های دوران کودکی با چاقی با واسطه خودشفقتی میتوان گفت: به اعتقاد روانشناسان شفقت به خود از سیستم دل بستگی شخص نشأت می گیرد؛ افرادی که در محیطهای امن رشد کرده اند و مورد حمایت قرار گرفته اند با خود به صورت خوددلسوزانه رفتار کرده و برعکس، افرادی که در محیطهای ناایمن رشد کرده و مورد پرخشگری قرار گرفته اند نسبت به خود رفتار انتقادی داشته (۴۳). پژوهش میرن و همکاران، نشان داد، قرار گرفتن در معرض آسیب های دوران کودکی به طور

داشتن طرحواره های ناسازگار اولیه و خود شفقتی پایین راه را برای بروز علائم آسیب روانی مانند چاقی هموار کرده اند. بنابراین می توان با در نظر گرفتن نقش این متغیرها در ابتلا به چاقی در روان درمانی مبتلایان به چاقی از رویکردهای مرتبط استفاده کرد. با این حال این پژوهش با محدودیت هایی همراه بود از جمله اینکه به دلیل شرایط کرونایی و تعطیلی باشگاه ها، و همچنین مراجعه کمتر افراد به مراکز درمان چاقی، نمونه گیری با چالش های زیادی روبرو شد و نهایتاً مجبوره نمونه گیری به شکل در دسترس شدیم. از طرف دیگر در پژوهش حاضر از ابزارهای خودسنجی برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد که می تواند موجب افزایش احتمال سوگیری در گزارش اطلاعات شده و روایی درونی را تهدید کند، بنابراین پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی برای کاهش تأثیر آزمودنی از روش هایی مانند مصاحبه بالینی و سایر مقیاس های سنجش متغیرها استفاده شود. همچنین این پژوهش ماهیت همبستگی داشت و نمی توان روابط علی را از آن استنتاج کرد، پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی در قالب مطالعات طولی نیز روابط علی بین متغیرها مطالعه شود. در این پژوهش چاقی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است، در تحقیقات آتی می توان پیامدهای این متغیر را بر سایر متغیرها همچون حالات روانشناختی، روابط بین فردی و خودپنداره مطالعه کرد. در پژوهش حاضر برای اندازه گیری هر متغیر تنها از یک مقیاس استفاده شد، برای کسب نتایج دقیق تر بهتر است در مطالعات بعدی از مقیاس های دیگر نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی متغیرهای این پژوهش برای جنس مذکر نیز مورد بررسی قرار بگیرد و روابط مشاهده شده با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی علاوه بر متغیرهای مطرح شده در این پژوهش به بررسی رابطه متغیرهای دیگری همچون هوش هیجانی، تاب آوری و شیوه های فرزند پروری با چاقی پرداخته شود.

سپاسگزارى

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه همکاری داشته اند، اعلام می دارند.

معناداری باعث کاهش سطح خودشفقتی در افراد می شود. خود شفقتی تحت تأثیر پیامدهای مکرر بدرفتاری در دوران کودکی قرار دارد و افراد با سابقه ی سوء استفاده دوران کودکی در مقایسه با افرادی که سابقه ی سوء استفاده دوران کودکی ندارند، سطوح پایین تری از خودشفقتی را نشان می دهند. برطبق مدل خود شفقتی (خود-دلسوزی)، تجارب افراد در دوران کودکی با والدین یا مراقب کننده ی اصلی، طوری که شکل گیری یک سبک دلبستگی ایمن را نوید دهد باعث شکل گیری و رشد دیدگاه دلسوزانه نسبت به خود می شود (۳۷). بنابراین کودکانی که مورد سوء استفاده یا غفلت قرار می گیرند، نگرش های منفی و منتقدانه ای نسبت به خود شکل می دهند و سطوح پایین تری از خودشفقتی را نشان می دهند چرا که مطالعات نشان می دهند که خودشفقتی با هیجان منفی کمتر و پذیرش خود بیشتر ارتباط دارد (۴۳) در واقع خودشفقتی که در اثر یک سبک دلبستگی ایمن و عدم آسیب های جسمی و جنسی در کودکی شکل می گیرد به فرد با نمابه توده بدنی بالا کمک می کند تا خود را با مهربانی بپذیرد، کمتر به انتقاد خود پردازد و بدون نادیده گرفتن تجربه خود از اضافه وزن یا چاقی، تلاش کند تا احساسات خود را به دور از بزرگنمایی بشناسد و با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب کند (۴۳) سطوح پایین خودشفقتی منجر به نگرش خودانتقادی و سرزنش گر می شود و فرد به در مواقع مواجه با رویدادهای استرس زا به راهبردهای کنترل استرس ناکارآمد مانند پرخوری کردن روی می آوردند.

به طور کلی به نظرمی رسد خودشفقتی با راهبردهای تنظیم هیجانی مشکل ساز، ارتباط معکوس دارد و از این طریق می تواند مانع از نشانه شناسی اختلال های خوردن شود (۳۲).

نتیجه گیری

با توجه به یافته های بدست آمده از پژوهش حاضر آسیب های دوران کودکی در تعامل با نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه و خودشفقتی در تبیین چاقی نقش داشتند. همچنین اثر مستقیم آسیب های دوران کودکی، طرحواره ناسازگار اولیه و خودشفقتی بر چاقی تأیید گردید. به این ترتیب افراد با تجربه آسیب های دوران کودکی با

References

1. WHO CO. World health organization. Diabetes. 2020.
2. Kwok S, Adam S, Ho JH, Iqbal Z, Turkington P, Razvi S, et al. Obesity: a critical risk factor in the COVID-19 pandemic. *Clinical obesity*. 2020;10(6):e12403. <https://doi.org/10.1111/cob.12403>
3. Loos RJ, Yeo GS. The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nature Reviews Genetics*. 2022;23(2):120-33. <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00414-z>
4. Janssen F, Bardoutsos A, Vidra N. Obesity prevalence in the long-term future in 18 European countries and in the USA. *Obesity facts*. 2020;13(5):514-27. <https://doi.org/10.1159/000511023>
5. Elahedost s, ansaripour m, rabbani a, hojati m. A Review of Behavioral Factors Affecting Obesity and Control Them. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2022;20(3):468-82. <https://doi.org/10.52547/rbs.20.3.468>
6. Haeri F, Shariatpanahi SP, Kafeshani M. Prevalence of Obesity in the First Grade Primary School Children in Mehriz, Iran, based on Different References of Body Mass Index. *Health System Research*. 2022;17(4):269-74.
7. Serbis A, Giapros V, Kotanidou EP, Galli-Tsinopoulou A, Siomou E. Diagnosis, treatment and prevention of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *World Journal of Diabetes*. 2021;12(4):344. <https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i4.344>
8. Imperatori C, Fabbriatore M, Vumbaca V, Innamorati M, Contardi A, Farina B. Food addiction: definition, measurement and prevalence in healthy subjects and in patients with eating disorders. *Rivista di psichiatria*. 2016;51(2):60-5.
9. Hoare E, Crooks N, Hayward J, Allender S, Strugnell C. Associations between combined overweight and obesity, lifestyle behavioural risk and quality of life among Australian regional school children: baseline findings of the Goulburn Valley health behaviours monitoring study. *Health and quality of life outcomes*. 2019;17:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1086-0>
10. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child abuse & neglect*. 2015;39:167-74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>
11. Rabito-Alcon MF, Baile JI, Vanderlinden J. Mediating factors between childhood traumatic experiences and eating disorders development: a systematic review. *Children*. 2021;8(2):114. <https://doi.org/10.3390/children8020114>
12. Brustiengh F, Fiore Mezzetti FA, Di Sarno C, Giulietti C, Moretti P, Tortorella A. Eating disorders: the role of childhood trauma and the emotion dysregulation. *Psychiatria Danubina*. 2019;31(suppl 3):509-11.
13. Wiss DA, Brewerton TD. Adverse childhood experiences and adult obesity: a systematic review of plausible mechanisms and meta-analysis of cross-sectional studies. *Physiology & Behavior*. 2020;223:112964. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112964>
14. Belli H, Ural C, Akbudak M, Sagaltıcı E. Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in extremely obese patients with and without binge eating disorder. *Nordic journal of psychiatry*. 2019;73(8):527-31. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1662085>
15. Palamisano GL, Innamorati M, Vanderlinden J. Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addiction* 2016;5(1). 11-31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>
16. Casagrande M, Boncompagni I, Forte G, Guarino A, Favieri F. Emotion and overeating behavior: Effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020;25:1333-45. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>
17. Başer Baykal N, Erden Çınar S. (2022). Understanding early maladaptive schemas formation with traumatic experiences in childhood: A qualitative study. *Journal of Aggression, Maltreatment/Trauma*. 2022; 1-19.
18. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254.
19. Peeters N, Van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology* 2021;25 (6): 321-31.
20. Mirzahoseini H, Arjmand S, Lajvardi H. The

- predictive model of eating behaviour based on early maladaptive schema, personality disorders, and coping styles. *J Res Behav Sci* 2016; 14(4): 479-85.
21. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schemamode model. *J heliyon*.2019;5(9):1-9. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
 22. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Trans. Hamidpour H, Andooz Z. Tehran, Iran:Arjmand Publications; 2010. 27-51.
 23. Palmieri S, Mansueto G, Ruggiero GM, Caselli G, Sassaroli S, Spada MM. Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(5):1254-65. <https://doi.org/10.1002/cpp.2573>
 24. Glasofer DR, Haaga DA, Hannallah L, Field SE, Kozlosky M, Reynolds J, et al. Self-efficacy beliefs and eating behavior in adolescent girls at-risk for excess weight gain and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46(7):663-8. <https://doi.org/10.1002/eat.22160>
 25. De Paoli T, Fuller-Tyszkiewicz M, Krug I. Insecure attachment and maladaptive schema in disordered eating: The mediating role of rejection sensitivity. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(6):1273-84. <https://doi.org/10.1002/cpp.2092>
 26. Kadriu F, Claes L, Witteman C, Woelk M, Krans J. The effect of imagery rescripting on core beliefs and eating disorder symptoms in a subclinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2023;78:101804. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101804>
 27. De Brún A, McCarthy M, McKenzie K, McGloin A. Weight stigma and narrative resistance evident in online discussions of obesity. *Appetite*. 2014;72:73-81. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.022>
 28. Sikorski C, Luppá M, Brähler E, König H-H, Riedel-Heller SG. Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: results of a representative study on stigma and causation of obesity. 2012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046924>
 29. Homan KJ, Tylka TL. Self-compassion moderates bodycomparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image* 2015;15: 1-7.
 30. .Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*. 2023;74:193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
 31. Biber DD, Ellis R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of health psychology*. 2019;24(14):2060-71. <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>
 32. Duarte C, Ferreira C, Trindade IA, Pinto-Gouveia J. Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*. 2015;20(6):754-64. <https://doi.org/10.1177/1359105315573438>
 33. Kachooi H, J, Taghizadeh, F. Comparison of effectiveness of cognitive reappraisal and mindfulness based interventions in modulating body mass index (BMI), Food craving and binge eating in overweight women. *Fayz*. 2021;25(3):951-62.
 34. Rahimi-Ardabili H, Reynolds R, Vartanian LR, McLeodLVD, Zwar N. A systematic review of the efficacy of interventions that aim to increase self-compassion on nutrition habits, eating behaviours, body weight and body image. *Mindfulness* 2018; 9: 388-400. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0804-0>
 35. Jordan CH, Wang W, Donatoni L, & Meier BP. Mindful Eating: Trait and State Mindfulness Predict Healthier Eating Behavior. *Personality and Individual Differences* 2014; 68: 107-111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.013>
 36. Loucs EB, Britton, WB, Howe CJ, Gutman R, Gilman SE, Brewer J, ... & Buka SL. Associations of Dispositional Mindfulness With Obesity and Central Adiposity: the New England Family Study. *International journal of Behavioral Medicine* 2016; 23(2): 224-233.. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9513-z>
 37. Miron, L., R., Seligowski, A., V., Boykin, D., M, Orcutt, H., K. (2016). The potential indirect effect of childhood abuse on posttrauma pathology through self-compassion and fear. *Mindfulness*,7(1), 1-292 <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0493-0>
 38. Kaya Y, Aydin A. The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between attachment and mental health

- symptoms of university students. *Journal of Adult Development*. 2021 ;28(1): 15-24. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09352-2>
39. Estévez A, Ozerinjauregi N, Herrero-Fernández D, Jauregui P. The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019; 34(4): 763-784.
 40. Eebrahimi G, Ghazanfari A, Mashhadizadeh S, Rahimi S. The relationship between childhood trauma and suicidal thoughts with the mediating role of maladaptive schemas. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2023;11(1):95-105.
 41. Barnett MD, Sharp KJ. Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*. 2016; 99:225-34. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.004>
 42. Kelly AC, Vimalakanthan K, Miller KE. Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body image*. 2014; 11(4):446-53. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.005>
 43. Assadi Tehrani L, Salehi M, Amiri Majd M, Baghdasarian A, Farokhi N. Developing a Structural Model of Eating Behaviors Based on Attachment Styles With the Mediating Role of Self-Compassion and Loneliness in Students. *MEJDS*. 2020.10:1-9.
 44. Mohamadkhani P, Jokar, M, . Structured clinical interview for DSM-IV-TR disorders. 1, editor. Tehran: Danjheh; 2013. 125 p.
 45. Shahreza JHATA-DAQJSF. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in the spouses of drug abusers and normal individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(21):91-101.
 46. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of personality disorders*. 1997;11(3):279-84. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.279>
 47. Lee CW, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive therapy and Research*. 1999;23(4):441-51. <https://doi.org/10.1023/A:1018712202933>
 48. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive therapy and research*. 2001;25:137-47. <https://doi.org/10.1023/A:1026487018110>
 49. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor Analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a Nonclinical Iranian Sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):214-9.
 50. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003;27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
 51. Georgieva S, Tomas JM, Navarro-Pérez JJ. Systematic review and critical appraisal of childhoodtraumaquestionnaire-Shortform(CTQ-SF). *Child Abuse & Neglect*. 2021;120:105223. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105223>
 52. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*. 2012;32(6):545-52. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
 53. Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS). *Contemporary psychology*. 2013;8(2):27-40.
 54. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling (3. Baski). New York, NY: Guilford. 2011.
 55. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation: Sage publications; 2016.