مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال شانزدهم، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۰، صفحات ۱۴۰-۱۳۱

نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در پیش بینی اختلال پرخوری با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه

زهرا السادات حاجی سیدتقیاتقوی[۱]، حمیدپورشریفی[۲]، فرحناز مسچی[۳]، حمیدرضا حسن‌آبادی[۴]، منصور رضایی[۵]

۱- گروه روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲- نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. پست الکترونیکی: poursharifih@gmail.com
۳- استادیار گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۴- استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۵- استادیار مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۹/۶/۱ تاریخ پذیرش: ۹۹/۷/۲۱

چکیده

سابقه و هدف: نرخ شیوع نسبتاً بالای اختلال پرخوری و پیامدهای منفی آن، مانند کاهش کیفیت زندگی و اختلال در عملکرد فردی و اجتماعی موجب شده است این اختلال و پیشگیری از آن به یک مسئله مهم در نظام سلامت کشورهای مختلف از جمله ایران تبدیل شود. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در پیش بینی اختلال پرخوری با میانجی‌گری طرحواره های ناسازگار اوّلیه بود.

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش پژوهش همبستگی، از میان جامعه آماری زنان و مردان ۲۳ تا ۶۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در شهر تهران و کاربران اینترنتی این مراکز و رسانه‌های اجتماعی مرتبط، تعداد ۴۰۹ نفر، به عنوان نمونهٔ در دسترس، به ابزارهای پژوهش شامل مقیاس پرخوری گورمالی و همکاران (۱۹۸۲)، پرسشنامه طرح واره‌های ناسازگار اوّلیه یانگ (۱۹۹۴) و چک لیست تجارب آسیب‌زای دوران کودکی (۱۹۹۹) پاسخ دادند. تجریه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزارهای تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۵ و AMOS نسخه ۲۴ و با استفاده از مدل‌یابی معادله ساختاری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تجارب آسیب‌زای اولیه با اندازه اثر ۰/۱۹ به صورت مستقیم و با اندازه اثر ۰/۲۳ به واسطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اختلال پرخوری اثر معنی‌داری ($p<۰/۰۱$) دارد.

نتیجه‌گیری: توجه به اقدامات پیشگیرانه از تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و همچنین استفاده از مداخلات آموزشی و روان درمانی می‌تواند منجر به کاهش میزان اختلال پرخوری و آثار منفی آن شود.

واژگان کلیدی: تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، اختلال پرخوری، طرحواره ناسازگار اولیه

• مقدمه

نسخه جدید کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders) با طبقه‌بندی اختلال پرخوری BED (Bing eating disorder) به عنوان یک اختلال خوردن خاص و مجزا، اهمیت این اختلال را تشخیص داده است. این اختلال از شایع ترین اختلالات خوردن است که در بین گروه های قومی و نژادی، در مردان و زنان و در بزرگسالان در هر سنی رخ می دهد و با سطوح بالایی از پریشانی، اختلال روانی، اجتماعی و اجزای تشکیل دهنده سندرم متابولیک همراه است، اما از برخی جنبه های تظاهر نیز ناهمگن است (۱). در حالی که چاقی یک نیاز تشخیصی برای BED نیست، این اختلال قویاً با شدت چاقی مرتبط است و اکثر کسانی که به دنبال درمان BED هستند دارای اضافه وزن یا چاقی می-باشند. به همین ترتیب، بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی، برای BED مورد نیاز نیست، اما تقریباً در ۵۰٪ افراد مبتلا به این اختلال رخ می‌دهد (۲، ۱).

از جمله مشخصه‌های دیگر این اختلال ولع در خوردن، خوردن هیجانی، غذا خوردن برای مقابله با شرایط بحرانی و

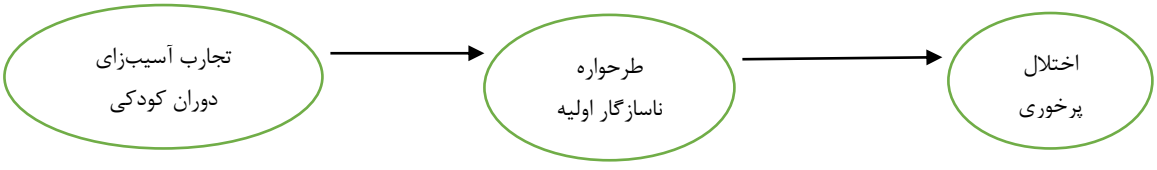
[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

خوردن لذت جویانه است، که انگیزه آن بیشتر برای کسب لذت و یا یک روش خود تسکین دهی به جای نیاز بدن به جذب کالری است (۲). نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از شیوع ۳ تا ۱۵/۷ درصدی شیوع BED در جمعیت ایرانی است (۴، ۳). این آمارها نگران کننده هستند، چرا که که نتایج BED منجر به کاهش قابل توجهی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و اختلال در عملکرد اجتماعی می شود (۶، ۵). همچنین با توجه به شدت این اختلال، BED با افزایش مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های مربوطه همراه است و اغلب سالها قبل از اینکه BED تشخیص داده شود عوارض آن شروع می‌شود (۷).

وجود انگیزه‌هایی مانند مقابله با موقعیت های استرس زا و لذّت‌طلبی، در کنار وجود مولفه هیجانی در BED زمینه‌ای فرآهم آورده است که به نقش تجارب آسیب‌زای قبلی و تاریخچه زندگی افراد مبتلا به این اختلال توجه شود و تا حدوی نیز شواهد علمی برای آن تایید شود (۹، ۸). تجارب آسیب‌زای دوران کودکی اصطلاحی کلی است که می‌تواند مواردی همچون آزار جسمی و خشونت، سوء استفاده جنسی و آسیب‌های عاطفی را شامل شود (۱۱، ۱۰). در افراد با تجارب آسیب‌زای کودکی، پرخوری به نوعی مکانیزم دفاعی در پاسخ به تروما در نظر گرفته می شود، که تا حدودی بیانگر تمایل افراد آسیب دیده برای تغییر آگاهی احتمالی آنها است که می‌تواند شامل روش‌های مبتنی بر حساسیت زدایی، غیر واقعی سازی، فراموشی و جذب شدن باشد (۸). سطح بیشتری از این روش‌ها در افراد مبتلا به اختلال خوردن همراه با آسیب روانی شدید گزارش شده است (۱۳، ۱۲). طبق این دیدگاه اختلال پرخوری می‌تواند به عنوان ابزاری برای جدا کردن اثرات مربوط به تروما مورد استفاده قرار گیرد (۱۴).

این تفکرات و یافته‌ها تا حدودی بیانگر این است که تجارب آسیب‌زای کودکی به صورت پویا و با مکانیزم‌های خاصی بر پرخوری اثر می‌گذارد. در همین رابطه نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه Young بیانگر این است که آسیب‌های اوّلیه کودکی با ایجاد و گسترش طرحواره‌های ناسازگار اولیه EMS (early maladaptive schemas)، می‌تواند منجر به رفتارها و هیجان‌های مختل‌کننده شود (۱۵). EMS ساختارهای ذهنی سفت و سختی هستند که شامل احساسات، شناخت ها، احساسات بدنی و خاطراتی است که با الگوهای مداوم تجربیات آسیب رسان شکل گرفته و حفظ می شوند. طرحواره‌های ناسازگار از اوایل کودکی شروع به شکل گیری می کنند و به یک راهنما برای سازماندهی اطلاعات ورودی، با جزئیات بیشتر و کسب ثبات در طول زندگی تبدیل می-شوند (۱۶). طبق این دیدگاه برای اینکه فرد به یک بزرگسال سالم تبدیل شود، مهم است که نیازهای اصلی توسط والدین/مراقبان در دوران کودکی به اندازه کافی برآورده شود. در موارد بی توجهی والدین و آسیب در ارضای این نیازها، احتمال ابتلای کودک به طرحواره های ناسازگار اوّلیه بیشتر است (۱۷). علاوه بر این دیدگاه‌های نظری، برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که EMS واسطه‌ای برای برقراری مجدد روابط بین تجربیات نامطلوب کودکی و آسیب روانی بعدی هستند (۱۹، ۱۸). از سویی دیگر نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که EMS با انواع مختلفی از رفتارها و اختلال‌های خوردن رابطه معنی‌داری دارد (۲۳-۲۰).

در مجموع با توجه به آنچه که بیان شد، می‌توان گفت که شیوع نسبتاً بالا و روافزون اختلال پرخوری و نقش آن در بروز چاقی و همچنین افزایش هزینه‌های بهداشتی برای جامعه، اختلال پرخوری را به مسئله‌ای قابل توجه و انکارناپذیر تبدیل کرده است و ضرورت بررسی متغیرهای مرتبط و تبیین کننده آن، جهت تنظیم مداخلات مناسب یک اولویت اساسی است. به همین جهت و با توجه به نظریه ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و نتایج پژوهش‌ها، پژوهش حاضر با این سوال روبرو است که آیا طرحواره های ناسازگار اولیه در رابطه میان تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با اختلال پرخوری نقش میانجی دارد؟



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

• مواد و روش‌ها

نوع مطالعه و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ نحوۀ جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل زنان و مردان ۲۳ تا ۶۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در شهر تهران، کاربران اینترنتی این مراکز و رسانه‌های اجتماعی مرتبط با آن ها بود نحوۀ نمونه‌گیری در پژوهش حاضر نمونه گیری در دسترس می باشد. ملاک ورود به پژوهش کسب نمره حد نصاب تشخیص اختلال پرخوری در پاسخ به مقیاس پرخوری (نمره بالاتر از ۱۷)، عدم سابقه ی ابتلا به پرخوری بر اساس عوامل فیزیولوژیک، بیولوژیک، اختلالات درون‌ریز، اختلال کم کاری غده تیرویید و بیماری جسمانی(مطابق اظهار نظر شرکت کنندگان) در نظر گرفته شد. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل عدم رضایت شرکت کنندگان، عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از سوالات پرسشنامه ها، اعتیاد به مواد مخدر و الکل (مطابق اظهار نظر شرکت کنندگان)، ابتلا به اختلالات روانی و اختلالات شخصیتی(مطابق اظهار نظر شرکت کنندگان) بود. در خصوص تعداد نمونه‌های پژوهش در مدل معادلات ساختاری به طور کلی حداقل ۲۰۰ نمونه توصیه شده است. برخی از منابع اظهار داشته اند که در تحلیل عاملی تاییدی و مدل ساختاری، حداقل حجم نمونه براساس متغیرهای پنهان تعیین می‌شود نه متغیرهای مشاهده‌پذیر. متغیرهای پنهان همان عامل‌ها یا ابعاد مدل هستند و متغیرهای مشاهده پذیر نیز همان سوالات پرسشنامه می‌باشند و برای هر متغیر پنهان بین ۱۰ تا ۲۰ نمونه لازم است. بر این اساس در این پژوهش با در نظر گرفتن ۱۰ نمونه برای هر عامل (متغیر پنهان) ۲۳۰ نمونه لازم است و با احتساب ۲۰ نمونه برای هر متغیر پنهان ۴۶۰ نمونه لازم است. بر اساس ملاک‌های ورود و صحت پرسشنامه‌های تکمیل شده، در نهایت تعداد ۷۲۳ پرسش نامه تکمیل گردید و ۴۰۹ نفر به عنوان نمونه در تحلیل‌های آماری قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

مقیاس پرخوری (Bing Eating Scale) (گورمالی، بلک، دستون و راردین، ۱۹۸۲). مقیاس پرخوری به منظور اندازه گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی شده، از ۱۶ ماده تشکیل شده و ماده های آن از سه یا چهارجمله تشکیل شده است. از شرکت‌کنندگان خواسته می شود، جمله ای را انتخاب کنند که آنها را به بهترین وجه توصیف می کند. ماده‌ها از صفر تا سه درجه بندی می شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. در این مقیاس نمرات پایین‌تر از ۱۷ نشان دهنده عدم ابتلا به اختلال پرخوری است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است (۲۴). مولودی و همکاران (۲۵) در مطالعه‌ای خصوصیات روان‌سنجی نسخه ایرانی مقیاس پرخوری را بررسی کردند. این نویسندگان در باب روایی میزان حساسیت آزمون را ۰/۸۵ و برای پایایی مقدار آن را با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲، روش دو نیمه‌سازی ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش داده‌اند.

پرسشنامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ: پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ در سال ۱۹۹۰ توسط یانگ تدوین شد. این پرسشنامه ۲۰۵ ماده‌ای بسیار وقت گیر است و از این رو استفاده از آن توام با مشکلاتی می باشد. به منظور سهولت کاربرد، فرم کوتاه این پرسشنامه (۷۵ سوالی) مورد استفاده قرار می‌گیرد که ۱۵ طرحواره را با ۵ حوزه را بر روی لیکرت ۶ گزینه‌ای می‌سنجد که عبارتند از: ۱- حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی: گویه های ۱ تا ۵، رهاشدگی بی ثباتی: گویه‌های ۶ تا ۱۰، بی اعتمادی بدرفتاری: گویه های ۱۱ تا ۱۵، انزوای اجتماعی بیگانگی: گویه های ۱۶ تا ۲۰، نقص/ شرم: گویه های ۲۱ تا ۲۵)، ۲- خودگردانی و عملکرد مختل (شکست: گویه‌های ۲۶ تا ۳۰، وابستگی/ بی کفایتی: گویه‌های ۳۱ تا ۳۵، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری: گویه‌های ۳۶ تا ۴۰، گرفتاری/ خویشتن تحول نیافته: گویه‌های ۴۱ تا ۴۵)، ۳- دیگر جهت‌مندی (اطاعت: گویه‌های ۴۶ تا۵۰، ایثارگری: گویه‌های ۵۱ تا ۵۵)، ۴- گوش بزنگی بیش از حد و بازداری (باز داری هیجانی:گویه‌های ۵۶ تا ۶۰، معیارهای سرسختانه: گویه‌های ۶۱ تا ۶۵) و ۵- محدودیت‌های مختل (استحقاق /بزرگ منشی: گویه‌های ۶۶ تا ۷۰ و خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی: گویه‌های۷۱ تا ۷۵). برای پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۹۶بدست آمده است. همچنین پرسشنامه روایی همگرایی معنی‌داری با مقیاس اندازه گیری آسیب شناسی روانی و روایی واگرایی معنی‌داری با خودکارآمدی و خوش بینی دارد (۲۶). در ایران پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۵۴تا ۰/۷۳ و نمره کل آن ۰/۸۶ بدست آمده است. همچنین در تایید روایی همگرا و واگرا، ضرایب همبستگی این پرسشنامه با عزت نفس، درماندگی‌های روانشناختی، اختلالات شخصیتی و نگرشهای ناکارآمد، همگی معنی‌دار بوده‌اند (۲۷).

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

چک لیست تجارب آسیب‌زای دوران کودکی (TEC) (Traumatic Experiences Checklist): این چک‌لیست که دامنهٔ متنوعی از تجارب بالقوه آسیب‌زا را ارزیابی می‌کند در سال ۱۹۹۹ توسط Nijenhuis ، Van der Hart و Vanderlinden (۲۸)، ساخته شد. این چک‌لیست شامل ۲۹ سوال است که دو سوال آن مربوط به بزرگسالی و ۲۷ سوال آن مربوط به دوران کودکی است و پاسخگویی به آن به صورت خیر و بله است. بنابراین بدون احتساب دو سوال مربوط به بزرگسالی دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۷ است. Nijenhuis ، Van der Hart و Kruger (۲۹) روایی همگرا پرسشنامه را با پرسشنامه تجربه‌های استرس زای زندگی، و اقدامات خودآزمایی تفکیک بدن تایید کردند و مقدار آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. اگرچه این چک‌لیست در ایران در پژوهش‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است ولی مقاله‌ای در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی آن منتشر نشده است. به همین منظور در ابتدا پرسشنامه به طور مجدد به زبان فارسی ترجمه و صحت ترجمه آن توسط ۵ فرد مسلط به ترجمه زبان انگلیسی مورد تایید قرار گرفت. در پژوهش حاضر روایی همگرای پرسشنامه با پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مورد بررسی قرار گرفت که میزان همبستگی بین ۰/۲۴ تا ۰/۴۵ برای پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بدست آمد و در سطح ۰/۰۱معنی‌دار بودند. همچنین پایایی ابزار با روش الفای کرونباخ ۰/۹۱ بود.

شیوه اجرای پژوهش

در فرآیند اجرای پژوهش به دو صورت اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شد. یک بخش از جمع‌آوری اطلاعات به صورت حضوری صورت گرفت که با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مراجعه کنندگان به چندین مرکز درمان چاقی خصوصی و ارائه فرم معرفی‌نامه از طرف دانشگاه و کسب اجازه از طرف آنها جهت اجرای پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد مراجعه کننده به مراکز مورد نظر قرار گرفت. با تاکید بر اختیاری بودن شرکت در پژوهش و همچنین محرمانه بودن اطلاعات، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش جلب شد. در این بخش اطلاعات به صورت فردی از شرکت کنندگان جمع‌آوری شد. همچنین بخش دیگری از اطلاعات از عموم افراد (به وسیله پرسش نامه اینترنتی که در صدا و سیمای استان تهران، کارکنان آموزش و پرورش منطقه ۱، ۳،۴،۵ ، کارمندان رادیو سلامت، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی) جمع‌آوری شد. در این بخش فرم آنلاین پرسشنامه‌ها طراحی و از طریق شبکه‌های اجتماعی اطلاع‌رسان (واتساپ، تلگرام و اینستاگرام) لینک پاسخگویی در اختیار افراد قرار گرفت. در قسمت توضیحات لینک، هدف پژوهش و همچنین اختیاری بودن و محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شد. در مجموع و از هر دو طریق تعداد ۷۲۳ نفر در مطالعه شرکت کردند که بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش تعداد ۴۰۹ نفر به عنوان حجم نهایی نمونه که نمره بالاتر از ۱۷ در مقیاس پرخوری کسب کرده بودند و فاقد ملاک‌های خروج از پژوهش بودند، انتخاب شدند. فرآیند اجرای پژوهش از پاییز ۱۳۹۸ تا تابستان ۱۳۹۹ به طول انجامید. تجریه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۵ و AMOS نسخه ۲۴ با استفاده از آماره‌های توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون، ضریب آلفای کرونباخ و تحلیل معادلات ساختاری صورت گرفت.

• یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی برای نمونه مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی نمونه پژوهش

متغیر		فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۱۴۵	۳۵/۵
	زن	۲۶۴	۶۴/۵
وضعیت تاهل	مجرد	۱۳۶	۳۳/۳
	متاهل	۲۷۳	۶۶/۷
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۷۴	۱۸/۱
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۹۹	۴۸/۷
	کارشناسی ارشد	۹۶	۲۳/۵
	دکتری و بالاتر	۴۰	۹/۸

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که اکثریت شرکت کنندگان زن، متأهل و با سطح تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس هستند. علاوه بر نتایج جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در پژوهش به ترتیب ۳۴/۸۴ و ۷/۴۷ بود. در ادامه و در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

مطابق با جدول ۲ با توجه به اینکه شاخص‌های کجی و کشیدگی تقریبا برای متغیرهای پژوهش بین ۱+ تا ۱- قرار دارد و یا نزدیک به این محدوده است، بنابراین می‌توان توزیع تقریبا نرمالی برای متغیرهای پژوهش در نظر گرفت. در ادامه و در جدول ۳ نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه میان متغیرها ارائه شده است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر		کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
طرحواره	بریدگی و طرد	۲۷	۱۳۲	۶۳/۴۲	۲۲/۰۹	۰/۳۷	-۰/۴۹
ناسازگار	خودگردانی و عملکرد مختل	۲۰	۹۸	۴۵/۴۷	۱۹/۴۵	۰/۷۰	-۰/۲۵
اولیه	دیگر جهت مندی	۱۰	۵۸	۳۱/۴۵	۹/۸۷	۰/۳۱	-/۰۳
	گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	۱۰	۲۷	۳۲/۴۰	۹/۸۹	۰/۲۰	۰/۱۰
	محدودیت‌های مختل	۱۰	۶۰	۳۱/۳۲	۹/۵۰	۰/۲۱	-۰/۱۵
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی		۲	۲۷	۷/۲۷	۵/۸۴	۱/۰۵	۱/۸۸
اختلال پرخوری		۱۸	۴۵	۲۸/۹۳	۹/۱۹	۰/۵۰	-۱/۲۰

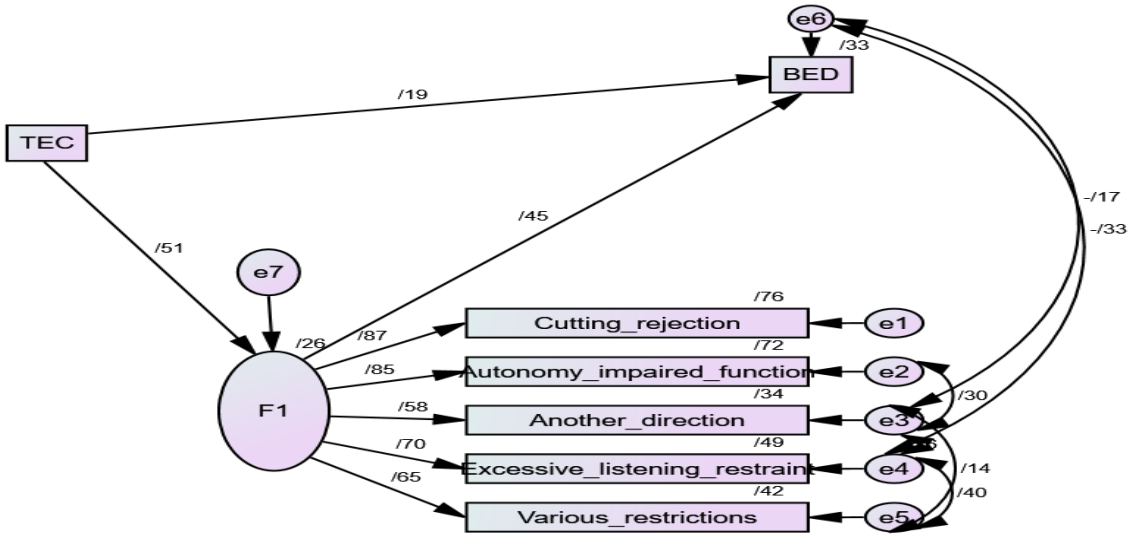
جدول ۳. نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه میان متغیرهای پژوهش

متغیر		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
طرحواره	۱-حوزه بریدگی و طرد	۱						
ناسازگار	۲-خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۷۴**	۱					
اولیه	۳-دیگر جهت مندی	۰/۵۳**	۰/۶۱**	۱				
	۴-گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	۰/۶۳**	۰/۵۷**	۰/۶۱**	۱			
	۵-محدودیت_های مختل	۰/۵۸**	۰/۵۵**	۰/۴۶**	۰/۶۷**	۱		
۶-تجارب آسیب‌زای دوران کودکی		۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۲۴**	۰/۳۵**	۰/۲۵**	۱	
۷-اختلال پرخوری		۰/۴۶**	۰/۴۹**	۰/۲۱**	۰/۲۰**	۰/۳۶**	۰/۴۱**	۱

**p<۰/۰۱ و *p<۰/۰۵

نتایج بدست آمده در جدول ۳ بیانگر این است که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و اختلال پرخوری رابطه مثبت و معنی‌داری با هر ۵ حوزه طرحوارهای ناسازگار اولیه در سطح ۰/۰۱ دارند. در شکل ۲ نگاره مدل برازش شده در پژوهش حاضر ارائه شده است. برای بررسی برازندگی مدل، شاخص‌های برازش مدل بررسی گردید که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج جدول ۴ نشان می دهد که مدل اولیه پژوهش تقریبا از برازش مطلوبی برخوردار است. در جدول ۵ میزان اثرات استاندارد شده ارائه شده است.

نتایج بدست آمده در جدول ۵ نشان می دهد که تجارب آسیب‌زای اولیه با اندازه اثر ۰/۱۹ به صورت مستقیم و با اندازه اثر ۰/۲۳ به واسطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اختلال پرخوری اثر معنی‌داری دارد (p<۰/۰۱).



شکل۲. نگاره مدل برازش شده پژوهش

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

جدول ۴. شاخص های برازش مدل پژوهش

شاخص	χ^2/df	RMSEA	NFI	IFI	CFI	GFI	AGFI
ملاک برازش	*≥ ۳	*≥۰/۱۰	*≥۰/۹۰	*≥۰/۹۰	*≥۰/۹۰	*≥۰/۹۰	*≥۰/۹۰
آمارهٔ پژوهش حاضر	۲/۵۷	۰/۰۶	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۵

جدول ۵. میزان اثرات مستقیم و غیر مستقیم استاندارد شده تجارب آسیب زای اولیه بر اختلال پرخوری

متغیر	اثر مستقیم استاندارد شده				اثر غیر مستقیم استاندارد شده			
	اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	p	اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	p
تجارب آسیب زای دوران کودکی	۰/۱۹	۰/۱۲	۰/۲۹	۰/۰۰۴	۰/۲۳	۰/۱۸	۰/۲۹	۰/۰۱

• بحث

شیوع ۳ تا ۱۵/۷ درصدی برای اختلال BED (۴، ۳) آن را به یک مشکل بهداشتی در جمعیت ایرانی تبدیل کرده که منجر به کاهش کیفیت زندگی و مختل کردن عملکردهای فردی و اجتماعی شده است، بنابراین توجه به متغیرهای تبیین کننده این اختلال جهت تسریع خدمات اجرایی ضرورت دارد. در همین راستا هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در پیش بینی اختلال پرخوری با میانجی گری طرحواره های ناسازگار اولیه بود. نتایج بدست آمده از تحلیل معادلات ساختاری با استفاده از تحلیل مسیر نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی هم به صورت مستقیم و هم به واسطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثر معنی‌داری بر اختلال پرخوری دارد. این یافته ی پژوهش حاضر با نتایج بدست آمده از سایر پژوهش‌ها (۲۳،۲۰، ۱۴، ۹، ۸) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان به این مورد اشاره کرد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی منجر به بدکارکردی در سیستم‌های پردازش و خودتنظیمی مانند هیجان‌ها می‌شود. به عبارتی می‌توان گفت که تجارب آسیب‌زا با اختلال و آسیبی که در ساختار روان‌شناختی فرد مانند خودنظم بخشی و سازگاری بوجود می‌آورد، باعث می‌شود افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و اضطراب انگیز و همچنین یادآوری رویدادهای ناخوشایند قبلی ناشی از آسیب، از رفتارهای پرخوری به عنوان راهبرد و مکانیزمی جهت مقابله و کاهش اضطراب و هیجانات ناخوشایند مرتبط استفاده کنند (۸).

در همین رابطه نشان داده شده که اغلب هدف از پرخوری جذب کالری و رفع کمبودهای بدنی نیست، بلکه هدف مقابله با هیجان‌های ناخوشایند و مقابله با شرایط چالش‌انگیز به ویژه تصویرهای ناخوشایند از تجارب قبلی است (۹، ۸). به عبارتی دیگر، در افراد با تجارب آسیب‌زای کودکی، پرخوری بیشتر به عنوان مکانیزمی عمل می‌کند که آگاهی فرد نسبت به آسیب وارده را کمتر می‌کند و پرخوری رفتاری در جهت مقابله با این آگاهی ناخوشایند است. بنابراین می‌توان گفت اختلال پرخوری می تواند به عنوان ابزاری برای واپس‌راندن و اجتناب از خاطرات و تصاویر ذهنی آسیب‌های اولیه مورد استفاده قرار گیرد (۱۴).

با این حال این اثرگذاری آسیب‌های اولیه بر اختلال پرخوری همیشه به صورت مستقیم صورت نمی‌گیرد و به واسطه برخی مکانیزم‌ها و سازه های روان‌شناختی دیگر اعمال می‌گردد (۱۴، ۱۳). در همین راستا پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند چنین نقشی داشته باشند. به عبارتی عدم ارضای نیازهای اساسی و تجارب آسیب‌زای عاطفی و جسمی که توسط مراقبین بر کودک وارد می‌شود منجر به شکل‌گیری طرحواره های ناسازگاری می‌شوند که شامل احساسات و شناخت‌های انعطاف‌ناپذیری هستند که در سازماندهی و پاسخگویی به محیط و نیازهای فرد نقش اساسی دارد (۱۷، ۱۶). به عبارتی وجود شناخت‌ها و باورهای معیوب در بنیاد طرحواره‌های ناسازگار منجر به بروز اختلال و آسیب روانی می‌گردد. در همین رابطه نشان داده شده است که بین باورها و نگرش‌های نامعقول در طرحواره‌ها با رفتارهای خوردن و باورهای غلط پیرامون رفتارهای افراطی خوردن رابطه وجود دارد (۳۱، ۳۰).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسان هستند که حاصل برآورده نشدن نیازهای اساسی در محیط اولیه کودک در ارتباط با مراقبین است که در تحول زندگی تکرار می‌شوند و بر نحوه تعبیر و تفسیر

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

تجارب تاثیر می‌گذارند. براین اساس می‌توان گفت وجود تجارب آسیب‌زا که همراه با نقص و نادیده گرفتن نیازهای اساسی کودک است، منجر به شکل گیری طرحوارهای هیجانی متمرکز بر شناخت‌ها و پردازش‌های هیجانی می‌شود که عموما غیر انطباقی هستند و بیشتر از اینکه کمک کننده باشند، خود آسیب‌رسان هستند. نمونه‌ای از این شناخت‌های معیوب در اختلال خوردن شامل باورهای غلط و آسیب‌رسان در مورد تصویر بدنی، نگرش‌های غلط در مورد ولع خوردن، خوردن هیجانی، غذا خوردن برای مقابله با شرایط استرس زا و خوردن لذت جویانه می‌باشد (۲).

در مجموع می‌توان گفت که با توجه به نرخ شیوع نسبتا بالای اختلال پرخوری در ایران و همچنین پیامدهای منفی آن مانند کاهش کیفیت زندگی، اختلال در عملکرد فردی و اجتماعی، اختلال پرخوری یک مسئله اساسی در نظام سلامت و بهداشت جامعه ایران محسوب می‌شود که نیازمند تبیین و بررسی متغیرهای مرتبط و اثرگذار بر آن می‌باشد. در همین راستا نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی علاوه بر اینکه به صورت مستقیم بر اختلال پرخوری اثرگذار می‌گذارند، همچنین به واسطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز بر آن تاثیرگذار است. بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت در نظر گرفتن اقدامات اجرایی در مداخلات روان‌شناختی پیرامون تجارب آسیب‌زای اولیه و همچنین استفاده از طرحواره درمانی و آموزش‌های آن می‌تواند زمینه‌ای را برای بهبود اختلال پرخوری فراهم آورد. البته چنین ادعایی نیازمند بررسی و پژوهش‌های بیشتری به ویژه در قالب پژوهش‌های آزمایشی می‌باشد. در پژوهش حاضر با توجه به پراکندگی و گستردگی جامعه مورد مطالعه امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی میسر نبود، بنابراین استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و به صورت دردسترس محدودیت عمده پژوهش حاضر بود، محدودیت دیگر این پژوهش چالشی بود که روند نمونه گیری با توجه به شرایط همه گیری ویروس کوید-۱۹ با آن مواجه شد و قسمتی از نمونه گیری به صورت حضوری و بخشی دیگر به صورت غیرحضوری و اینترنتی انجام گرفت.

نقاط قوت پژوهش: مطابق با دیدگاه زیستی- روانی- اجتماعی انسان موجودی چند بعدی است و موارد مربوط به سلامت و بیماری در چهارچوب تمام این عوامل قابل بررسی و درمان می باشد. نگاه صرفا زیستی به مسایل سلامت و بی توجهی به سایر ابعاد وجودی انسان، تقلیل پیچیدگی های چندبعدی به یک بعد است. این پژوهش با نگاهی ساختاری و تحولی سعی دارد تا بستر زمینه ساز اختلال پرخوری را شناسایی نماید. پژوهش حاضر با نگاهی تحولی و بر مبنای مدل معادلات ساختاری به تبیین علل روان شناختی اختلال پرخوری پرداخته است.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی برای نویسندگان پژوهش وجود ندارد.

سپاس‌گذاری: نویسندگان پژوهش از تمامی کسانی که در پژوهش مشارکت داشتند نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

References

1. Cooper Z, Calugi S, Dalle Grave R. Controlling binge eating and weight: a treatment for binge eating disorder worth researching?. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2019 Jun 18:1-5.
2. Espel-Huynh HM, Muratore AF, Lowe MR. A narrative review of the construct of hedonic hunger and its measurement by the Power of Food Scale. Obesity science & practice. 2018 Jun;4(3):238-49.
3. Safarzade S, Mahmoody Khorandi Z. Survey on Eating Disorders (Mental Anorexia , Bulimia) among 13-18-Year- Old Adolescents of Gonabad City in 2014. JRUMS. 2015; 14 (5) :393-404 {In Persian}.
4. Rezaei M, Aflakseir A, Ghayour M. Prevalence of eating disorders and obesity in female student of shiraz university. IJNR. 2015; 10 (3) :36-42 {In Persian}.
5. Agh T, Kovács G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Vokó Z, Sheehan DV. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2016 Sep 1;21(3):353-64.
6. Udo T, Grilo CM. Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. Biological psychiatry. 2018 Sep 1;84(5):345-54.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

7. Watson HJ, Jangmo A, Smith T, Thornton LM, von Hausswolff-Juhlin Y, Madhoo M, Norring C, Welch E, Wiklund C, Larsson H, Bulik CM. A register-based case-control study of health care utilization and costs in binge-eating disorder. Journal of psychosomatic research. 2018 May 1;108:47-53.

8. 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 Nov 17;73(8):527-31.

9. Arthur-Cameselle J, Sossin K, Quatromoni P. A qualitative analysis of factors related to eating disorder onset in female collegiate athletes and non-athletes. Eating Disorders. 2017 May 27;25(3):199-215.

10. World Health Organization. Adverse childhood experiences international questionnaire. Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ). 2018.

11. Ho GW, Chan AC, Chien WT, Bressington DT, Karatzias T. Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences—International Questionnaire (ACE-IQ). Child abuse & neglect. 2019 Feb 1;88:179-88.

12. Vanderlinden J, Vandereycken W, Claes L. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol: Lessons from the eating disorders field. In E. Vermetten, M. Dorahy, & D. Spiegel (Eds.), Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment; American Psychiatric Publishing, Inc: (p. 317–331) 2007.

13. Palmisano GL, Innamorati M, Susca G, Traetta D, Sarracino D, Vanderlinden J. Childhood traumatic experiences and dissociative phenomena in eating disorders: Level and association with the severity of binge eating symptoms. Journal of Trauma & Dissociation. 2018 Jan 1;19(1):88-107.

14. Brewerton TD. Food addiction as a proxy for eating disorder and obesity severity, trauma history, PTSD symptoms, and comorbidity. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2017 Jun 1;22(2):241-7.

15. Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. Child abuse & neglect. 2020 Jan 1;99:104235.

16. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Artmed Editora; 2009.

17. Janovsky T, Rock AJ, Thorsteinsson EB, Clark GI, Murray CV. The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta- analytic review. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2020 May;27(3):408-47.

18. Farazmand S, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A, Dolatshahee B. The role of sources of childhood emotional maltreatment in predicting conditional and unconditional maladaptive schemas in adulthood. Jun 2017; 11 (44): 37-46 {In Persian}.

19. Farokhzadian AA, R Rezaei F, Sadeghi M. Mediating role of emotional schemas in the relationship between childhood traumas and generalized anxiety disorder. CPAP. 2019; 17 (2) :89-101 {In Persian}.

20. Mirzahoseini H, Arjmand S, Lajevardi H. The Predictive Model of Eating Behaviour Based on Early Maladaptive Schemas, Personality Disorders, and Coping Styles. RBS. 2017; 14 (4) :479-485 {In Persian}.

21. kaveh, M., Tabe Bordbar, F. The relationship between disordered eating behavior with early maladaptive schemas and anxiety in adolescent female. Psychology of Exceptional Individuals, 2017; 7(27): 161-183 {In Persian}.

22. Meneguzzo P, Collantoni E, Bonello E, Busetto P, Tenconi E, Favaro A. The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. European Eating Disorders Review. 2020 May;28(3):318-31.

23. Aloi M, Rania M, Caroleo M, Carbone EA, Fazia G, Calabrò G, Segura- Garcia C. How are early maladaptive schemas and DSM- 5 personality traits associated with the severity of binge eating?. Journal of Clinical Psychology. 2020 Mar;76(3):539-48.

24. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addictive behaviors. 1982 Jan 1;7(1):47-55.

25. Mouloudi R, Dezhkam M, Moutabi F, Omidvar N. Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters.2010;4(2): 109-114 {In Persian}.

26. Oettingen J, Chodkiewicz J, Mącik D, Gruszczyńska E. Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3-PL). Psychiatria Polska. 2017;82:1-2.

27. Naamy A, pormeydany S. Prediction of makeup usage based on early maladaptive schemas in women and girls in Isfahan city. Social Psychology Research, 2017; 7(27): 67-78{ In Persian}.

28. Nijenhuis ER, Van der Hart O, Vanderlinden J. The traumatic experiences checklist (TEC). Somatoform dissociation: Phenomena, measure-ment, and theoretical issues. 1999:188-93.

29. Nijenhuis ER, Van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. Clinical Psychology &

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2002 May;9(3):200-10.

30. 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 Nov;24(6):1273-84.

31. Imperatori C, Innamorati M, Lester D, Continisio M, Balsamo M, Saggino A, Fabbricatore M. The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: a preliminary investigation. Nutrients. 2017 Nov;9(11):1259.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]

Roles of Traumatic Childhood Experiences in Predicting Binge Eating Disorder Mediated by Early Maladaptive Schemas

Haji Seyed Taghiataghavi Z[1], Poursharifi H[2], Meschi F[3], Hassanabadi H.R[4], Rezaei M[5]*

1- Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

*2- *Corresponding author: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. Email: poursharifih@gmail.com*

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

4- Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Chronic Respiratory Disease Research Center, National Research institute of Tuberculosis and lung Diseases (NRITLD), Masih Daneshvari Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received 22 Aug, 2020 **Accepted 12 Oct, 2020**

Background and Objectives: The relatively high prevalence of binge eating disorder and its negative effects such as decreased quality of life and impaired individual and social functions have made this disorder an important issue in health systems of various countries, including Iran. The aim of this study was to investigate roles of traumatic childhood experiences in predicting binge eating disorder mediated by early maladaptive schemas.

Materials & Methods: The present study was a correlational study. Statistical population of the study included men and women aged 23–65 years, who referred to health centers in Tehran as well as Internet users of these centers and their associated social media, 2019–2020. Totally, 409 people were selected using convenience sampling method. Bing eating scale, Yang's early maladaptive schemas questionnaire and childhood traumatic experiences checklist were used to collect data. Data analysis was carried out using SPSS Statistical Analysis Software v.25, AMOS Software v.24 and structural equation analysis.

Results: Results showed that primary traumatic experiences with direct effect size of 0.19 and effect size of 0.23 due to early maladaptive schemas included significant effects on binge eating disorder ($p < 0.01$).

Conclusion: Results of this study demonstrated that prevention of traumatic childhood experiences and use of educational and therapeutic interventions based on schema therapy can decrease the rate of binge eating disorder and its negative effects.

Keywords: Childhood traumatic experiences, Binge eating disorder, Early maladaptive schema

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/nsft.16.2.131]