



Original Article

Investigating the Relationship Between Body Composition and Early Maladaptive Schemas in Physically Active Individuals

Alireza Aghababa¹, Zahede Rahmanian², Ali Mostafaloo*³

1. Assistant Professor, Department of Sport Psychology, Sport Science Research Institute (SSRI), Tehran, Iran.

2. Assistant professor, Fatemeh Al-Zahra Campus, Department of Psychology and Counselling Education, Farhangian University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Physical Education, GKM.C, Islamic Azad University, Gonbad kavooos, Iran.

Received: 7-Jan-2025 | Accepted: 8-Aug-2025 | Online Published: 19-Aug-2025

*Corresponding Author: Ali Mostafaloo, E-mail: AliMostafaloo@iau.ac.ir

How to Cite: Aghababa, A.R; Rahmanian, Z; & Mostafaloo, A. (2025). Investigating the Relationship Between Body Composition and Early Maladaptive Schemas in Physically Active Individuals. *Sport Physiology*, 17(65):114-134. (In Persian). Doi: 10.22089/spj.2025.17619.2348

Extended Abstract

Background and Purpose

Body composition is increasingly recognized as a multidimensional construct that interacts not only with physiological parameters but also with psychological factors. Among these, early maladaptive schemas—deeply ingrained emotional-cognitive patterns originating in childhood—play a significant role in shaping health-related behaviors, including exercise participation and dietary regulation. Another salient psychological construct is self-control, which directly influences an individual's ability to initiate and maintain healthy lifestyle practices.

While research examining psychological dimensions of physical health is expanding, few studies have explored how variations in body composition are associated with early maladaptive schemas and self-regulatory capacity, particularly in physically active populations. Given the global prevalence of obesity and the complex biopsychosocial determinants of weight management, understanding these interrelationships could inform more holistic health and fitness interventions. Accordingly, this study sought to examine the associations between body composition (categorized by BMI into obese, overweight, normal, and underweight groups), early maladaptive schemas, and self-control levels among physically active men and women. It further aimed to explore the moderating effects of gender and BMI category on the interplay between cognitive-emotional patterns and physical health behaviors.

Materials and Methods

This descriptive-correlational study involved a sample of 400 physically active individuals from Golestan Province, Iran. The sample size was determined using Morgan's table, and participants



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND: No Derivatives) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

were selected via convenience sampling from various sports venues, including gyms, sports clubs, federations, and university sports facilities. The final sample consisted of 270 men, 103 women, and 27 individuals who did not disclose their gender.

Participants were included if they met the following criteria: (1) regular engagement in physical activity, defined as a minimum of three sessions per week; (2) at least a middle school education; and (3) a minimum of one year of competitive sports experience at the provincial level or higher. Individuals were excluded if they had any diagnosed psychiatric disorder or a chronic physical illness that could interfere with participation.

All participants completed the following assessments: **Early Maladaptive Schemas (EMS) Questionnaire:** This instrument assesses maladaptive schemas using five items per schema rated on a six-point Likert scale (1 = completely untrue of me to 6 = completely true of me). Higher scores indicate greater schema activation. **Tangney's Self-Control Scale (SCS):** This 13-item self-report measure evaluates self-control across emotional, behavioral, and cognitive domains. Items are rated on a five-point Likert scale, with total scores ranging from 13 to 65. Higher scores reflect greater self-control. **Body Mass Index (BMI):** BMI was calculated from direct measurements of height and weight. Participants were categorized into four groups: underweight ($\text{BMI} < 18.5$), normal ($18.5 \leq \text{BMI} < 25$), overweight ($25 \leq \text{BMI} < 30$), or obese ($\text{BMI} \geq 30$).

Data analysis was performed using SPSS version 26. The Kolmogorov–Smirnov test evaluated the normality of score distributions. Pearson's correlation coefficients were then computed to examine relationships between BMI, maladaptive schema scores, and self-control scores. An alpha level of $p < 0.05$ was adopted for statistical significance.

Results

Kolmogorov–Smirnov tests indicated significant departures from normality in schema and self-control score distributions across BMI categories ($p < 0.05$). Subsequent correlational analyses revealed distinct patterns:

- In obese and overweight groups, maladaptive schemas were positively correlated with self-control ($p < 0.01$). This counterintuitive association may reflect compensatory regulation, wherein heightened awareness of maladaptive patterns prompts increased self-regulatory effort.
- In normal and underweight groups, maladaptive schemas were negatively correlated with self-control ($p < 0.01$), consistent with the expectation that fewer maladaptive schemas accompany higher self-regulation.

Additional BMI-based analyses further clarified these relationships:

- In obese and underweight groups: BMI was positively correlated with both maladaptive schemas and self-control.
- In overweight individuals: BMI was negatively correlated with self-control but positively correlated with schemas.
- In normal individuals: BMI was negatively correlated with maladaptive schemas but positively correlated with self-control.

These findings indicate that psychological regulation and body composition are not linearly related; rather, associations may be contingent on psychosocial, behavioral, and possibly physiological factors.

Gender differences were also noteworthy: women, on average, reported higher self-control than men across all BMI categories. This finding aligns with previous literature suggesting women may develop more robust self-regulatory strategies in response to social and emotional demands.

Conclusion

The results reinforce the interconnectedness of psychological constructs—specifically early maladaptive schemas and self-control—with physical health measures such as BMI. They demonstrate that BMI alone does not fully account for patterns in health behaviors; deeply rooted cognitive–emotional frameworks significantly shape engagement in activities such as exercise and healthy eating.

Physically active individuals in the normal and underweight categories tended to show a more favorable psychological profile, with lower schema activation and higher self-control. Conversely, participants in obese and overweight groups exhibited more complex psychological patterns, marked by elevated schema activation and variable self-control levels. These observations suggest that tailored psychological interventions, including schema-focused therapy and self-regulation training, may be particularly beneficial for individuals with higher BMI.

Furthermore, gender-specific differences in self-control point to the value of gender-sensitive health promotion strategies, as men and women may differ both in their internalization of early life experiences and in their approaches to managing the emotional and behavioral challenges associated with body weight and fitness.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, Self-Control, Body Composition, BMI, Physically Active Individuals

Article Message

This research highlights the importance of incorporating psychological assessment into physical fitness and weight management programs. Elevated maladaptive schemas in individuals with higher BMI may undermine consistent adherence to health-promoting routines, while those with lower BMI and higher self-control appear more likely to maintain such routines over time. Integrating schema-focused therapy and strategies to enhance self-control into exercise and nutrition programs—particularly for overweight and obese individuals—could address underlying psychological barriers and improve the effectiveness and sustainability of lifestyle interventions. The evidence supports a multidisciplinary approach, combining physical training, psychological counseling, and educational support to promote long-term well-being and reduce relapse into unhealthy patterns.

Ethical Considerations

This study was approved by the Ethics Committee of the Sport Science Research Institute (Code: IR.SSRI.REC.1401.1868). All participants provided informed consent and were assured that their data would remain confidential.

Authors' Contributions

All authors contributed equally to study design, data collection, statistical analysis, and manuscript preparation.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors gratefully acknowledge the cooperation of the sports clubs, coaches, federations, and athletes who participated in the data collection phase.



بررسی ارتباط ترکیب بدن با طرحواره ناسازگار اولیه در افراد فعال

علیرضا آقابابا^۱، زاهده رحمانیان^۲، علی مصطفی‌لو^{۳*}

۱. استادیار، گروه جامعه‌شناسی و روان‌شناسی ورزشی پژوهشگاه تربیت بدنی و علوم ورزشی، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، پردیس فاطمه الزهرا، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه تربیت بدنی، واحد گنبدکاووس، دانشگاه آزاد اسلامی، گنبدکاووس، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸ | تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۷ | تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۵/۱۸

*نویسنده مسئول: علی مصطفی‌لو، ایمیل: AliMostafaloo@iau.ac.ir

نحوه ارجاع دهی: آقابابا، علیرضا، رحمانیان، زاهده و مصطفی‌لو، علی. (۱۴۰۴). بررسی ارتباط ترکیب بدن با طرحواره ناسازگار اولیه در افراد فعال. فیزیولوژی ورزشی، ۱۷(۶۵): ۱۱۴-۱۳۴.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط ترکیب بدن با طرحواره ناسازگار اولیه در افراد فعال انجام شد. روش پژوهش: روش اجرای این پژوهش، از نوع توصیفی-همبستگی بود. همه ورزشکاران زن و مرد رشته‌های مختلف ورزشی با ترکیب بدنی متفاوت در استان گلستان جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند که با استفاده از جدول مورگان ۴۰۰ نفر (مرد: ۲۷۰ نفر، زن: ۱۳۰ نفر و تمایل به بیان جنسیت نداشتند: ۲۷ نفر) به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه طرح‌واره یانگ فرم کوتاه (YSQ-S) (۱۹۹۸)، پرسشنامه خودکنترلی تانجی (۲۰۰۴) و شاخص توده بدنی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج: خودکنترلی و طرحواره غالب افراد فعال با ترکیب بدن مختلف نسبت به توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$). بین طرحواره ناسازگار اولیه با خودکنترلی و شاخص توده بدنی متفاوت (چاق، اضافه‌وزن، متناسب و لاغر) رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0.01$)؛ با این حال، رابطه بین طرحواره و خودکنترلی در افراد چاق و اضافه‌وزن مثبت بود، ولی در افراد متناسب و لاغر منفی به دست آمد ($P < 0.01$). همچنین بین شاخص توده بدنی با طرحواره و خودکنترلی افراد چاق و لاغر رابطه مثبت وجود داشت؛ در حالی که بین شاخص توده بدنی با خودکنترلی افراد دارای اضافه‌وزن و نیز بین شاخص توده بدنی و طرحواره افراد متناسب رابطه منفی مشاهده شد ($P < 0.01$). نتیجه‌گیری: تحلیل کلی این نتایج اهمیت مداخلات روان‌شناختی در مدیریت وزن را برجسته می‌کند. همچنین تشویق به رفتارهای سالم و ارتقای اعتماد به نفس می‌تواند تأثیر مثبت بر وضعیت بدنی و روانی افراد داشته باشد؛ لذا محرک‌های روانی و اجتماعی مختلف می‌توانند بر خودکنترلی افراد تأثیر بگذارند. به طور خاص، تفاوت‌های جنسیتی و وضعیت ترکیب بدنی نقش مهمی در نحوه تعامل افراد با ورزش به عنوان یک فعالیت برای سلامتی دارند.

واژگان کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودکنترلی، ترکیب بدن، شاخص توده بدنی، افراد فعال.



مقدمه

امروزه به دلایل متعددی مربیان ورزشی مجبورند به طور مرتب وضعیت جسمانی و ترکیب بدنی ورزشکاران را با شیوه‌های متفاوتی بررسی کنند (۱). در سال‌های اخیر، همواره ورزشکاران، مربیان و روان‌شناسان ورزشی در جستجوی شناسایی عوامل تأثیرگذار بر عملکرد ورزشکاران بوده‌اند (۲). ترکیب بدنی عامل مهمی در سلامتی و آمادگی جسمانی در ورزشکاران است. عوامل ترکیب بدنی شامل مایعات بدن، مواد معدنی، پروتئین و چربی است که به توده چربی و توده بدون چربی تقسیم می‌شوند (۳). امروزه، اضافه‌وزن موجب نگرانی شده و چاقی^۱ بیماری همه‌گیر در جهان شده است. از عوامل اصلی گسترش اضافه‌وزن و چاقی می‌توان به سبک زندگی و رژیم غذایی نامناسب و کاهش فعالیت بدنی اشاره کرد (۴). چاقی و اضافه‌وزن اختلالی مزمن و بسیار شایع بوده که با بیماری‌های متعددی همراه است و این موضوع یکی از زمینه‌های مهم مطالعاتی در روان‌شناسی سلامت به حساب می‌آید. به طور معمول، شاخص توده بدنی^۲ برای طبقه‌بندی اضافه‌وزن و چاقی در افراد بزرگسال استفاده می‌شود (۵). در همین راستا، یکی از روش‌های مؤثر در کاهش مشکلات افراد دارای اضافه‌وزن و چاق بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (۶). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به الگوها یا باورهای عمیق و فراگیری گفته می‌شوند که در دوران کودکی شکل می‌گیرند و در سنین بزرگسالی تداوم می‌یابند و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می‌شوند که پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد منحرف می‌کنند (۷). بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری پنج حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند (۸). یانگ (۱۹۹۸) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را به‌منظور ارائه چارچوب نظری برای تبیین، آسیب‌شناسی و درمان اختلالاتی از جمله چاقی و اضافه‌وزن دسته‌بندی کرد (۹).

خودکنترلی به تعدیل و کاهش واکنش‌ها و همچنین به توانایی اصلاح گفته می‌شود. این کار برای جلوگیری از رفتارهای نامطلوب و در زندگی برای رسیدن به اهداف بلندمدت کمک می‌کند. در نظریه یادگیری اجتماعی^۳ بندورا^۴، مفهوم خودکنترلی بیانگر یادگیری و آموزش است. در دوره انتقال از کودکی به نوجوانی، از عوامل محافظت‌کننده در برابر اضافه‌وزن می‌توان به خودکنترلی اشاره کرد. خودکنترلی به ظرفیت فرد برای غلبه و مهار تکانه‌های ناپذیرفتی و نامطلوب، نظم دادن به رفتارها، تفکرات و هیجانات اشاره دارد (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای اضافه‌وزن و چاق از خودکنترلی سطح پایین‌تری دارند و خودکنترلی بالاتر با تغییرات در رژیم غذایی و شاخص توده بدنی همراه است (۱۱). در همین راستا، نتایج مطالعات تجربی در زمینه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ترکیب بدن مبهم هستند؛ به طور مثال، جعفری و همکاران مطالعه‌ای با هدف مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین زنان چاق و گروه هم‌تا انجام دادند. آن‌ها گزارش کردند، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم شناختی هیجان نقش مؤثری در چاقی دارند (۱۲). عاصمی‌زواره و همکاران گزارش کردند، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و خودشفقتی رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و چاقی را میانجی‌گری می‌کنند و برای درمان چاقی باید به نقش آسیب‌های دوران کودکی، خودشفقتی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نیز توجه کرد (۴). دوس‌علی‌وند و همکاران دریافته‌اند، برخی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر با چاقی مرتبط هستند و لازم است به مفهوم‌پردازی‌های نظری و

1. Obesity

2. Body Mass Index (BMI)

3. Social Learning Theory

4. Bandura

مداخلات روان‌شناختی این متغیرها را توجه شود (۱۳). پاک‌اندیش و همکاران گزارش کردند، طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان یک روش درمانی مکمل، در کنار سایر روش‌های درمانی، در جهت بهبود تنظیم هیجان و کاهش شاخص توده بدنی استفاده می‌شود (۵).

درخصوص رابطه خودکنترلی و طرح‌واره، باتر^۱ و همکاران در یک پژوهش موردی نشان دادند که طرح‌واره درمانی با کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های طرح‌واره ناکارآمد منجر به بهبود اختلال شخصیت، اختلال مصرف مواد و چندین اختلال شناختی ناشی از بیماری عروق مغزی مثل شکایت از تنهایی، اعتماد به نفس ضعیف، مشکلات خواب، پریشانی روانی موقعیتی و کنترل خشم می‌شود (۱۵). برترامز^۲ در پژوهشی دیگر نشان دادند، فرایندهایی که باعث کاهش خودکنترلی پس از یک کار خودکنترلی نامربوط اولیه می‌شوند، حول فعال شدن طرح‌واره خستگی/کاهش سرزندگی رخ می‌دهند. این طرح‌واره از طریق ثبت تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک مربوط به اعمال خودکنترلی فعال می‌شود. فعال سازی طرح‌واره باید انگیزه صرفه‌جویی در انرژی را برانگیزد و در نتیجه باعث کاهش تلاش و کاهش عملکرد در یک کار خودکنترلی بعدی شود. متغیرهای تعدیل‌کننده (به عنوان مثال، تأمین انرژی) باید بر (عدم) فعال شدن طرح‌واره خستگی/کاهش نشاط یا پیامدهای آن تأثیر بگذارند (۱۶). برترامز نشان داد، مفاهیم تلاش خودکنترلی و کاهش طرح‌واره سرزندگی در ساختار شناختی با یکدیگر مرتبط هستند (۱۷). پشنگیان و همکاران در پژوهشی نشان دادند، تغییر یا اصلاح طرح‌واره‌های ناکارآمد ممکن است بر بهبود خودکنترلی تأثیرگذار باشد (۱۴). سریواستاوا و شرما^۳ در بررسی تأثیر والدین بر طرح‌واره‌های ناسازگارانه و تنظیم هیجان در نوجوانان مبتلا به رفتار آسیب‌رسان به خود در یک بیمارستان مراقبت‌های عالی شمال هند اظهار کردند که جنسیت نقش تعدیل‌گر مهمی در ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و خودکنترلی دارد. در زنان، طرح‌واره‌هایی چون خودتنبیهی، انتقاد درونی و مهار هیجانی که اغلب ناشی از کنترل زیاد و محبت کم والدین به‌ویژه مادران هستند، با کاهش خودکنترلی و افزایش آسیب‌پذیری هیجانی همراه‌اند. این گروه بیش از مردان مستعد رفتارهای خودآزارانه و افکار خودکشی‌اند. در مقابل، مردانی که در فضایی با محبت مادری زیاد و کنترل کم رشد کرده‌اند، سطح بالاتری از خودکنترلی و هیجانات مثبت را نشان می‌دهند، اما محدودیت در خودمختاری و کنترل والدینی بیشتر در آنان با افزایش طرح‌واره‌های منفی مانند بدبینی و مهار هیجانی همراه است؛ در نتیجه نحوه فرزندپروری و محیط هیجانی دوران کودکی بسته به جنسیت، نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و رشد توانایی‌های خودتنظیمی در آینده دارد (۱۸).

با جستجو‌هایی که انجام گرفت مشخص شد، مطالعات اندکی در زمینه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و خودکنترلی ورزشکاران با ترکیب بدنی متفاوت صورت گرفته است. پژوهش حاضر به صورت سیستماتیک رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ترکیب بدنی (چاق، اضافه‌وزن، متناسب، لاغر) را بررسی کرد. این نوآوری در اتصال مفاهیم روان‌شناسی و ویژگی‌های جسمانی، زمینه‌ای بین‌رشته‌ای را ایجاد می‌کند که تاکنون کمتر به آن پرداخته شده است. همچنین رویکرد چندبعدی و جامع این مطالعه، پیچیدگی روابط میان متغیرها را روشن‌تر می‌کند و تصویری عمیق‌تر از رفتارها و ویژگی‌های افراد ارائه می‌دهد. از طرف دیگر، توجه به تفاوت‌های جنسیتی در طرح‌واره‌ها و خودکنترلی یکی از جنبه‌های نوآورانه این پژوهش، تحلیل تفکیکی داده‌ها براساس جنسیت است. این رویکرد می‌تواند نشان دهد که چگونه جنسیت

-
1. Botter
 2. Bertrams
 3. Srivastava and Sharma

در شکل‌دهی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودکنترلی در افراد با ترکیب بدنی متفاوت نقش دارد که کمتر در مطالعات قبلی بررسی شده است. به طور خاص، نتایج می‌توانند در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای شخصی‌سازی شده برای افراد با ترکیب بدنی متفاوت استفاده شوند.

بنابراین پژوهش حاضر به بررسی مستقیم رابطه خودکنترلی و شاخص توده بدنی پرداخته است. این جنبه جدید می‌تواند به درک عمیق‌تر از نقش روان‌شناسی در مدیریت وزن و بهبود سبک زندگی کمک کند. برجسته کردن اهمیت مطالعه برای جامعه علمی و کاربردی یافته‌های این تحقیق می‌تواند به ارتقای برنامه‌های آموزشی، روان‌شناختی و ورزشی کمک کند و چارچوبی نوین برای تحقیقات آینده در حوزه روان‌شناسی سلامت ارائه کند؛ بنابراین با توجه به اهمیت خودکنترلی و شاخص توده بدنی در زندگی افراد و همچنین کمبود مطالعات در زمینه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ورزشکاران با ترکیب بدنی متفاوت، مطالعه حاضر به طور مشخص در صدد پاسخ‌گویی به سؤالات زیر است: ۱- آیا طرحواره ناسازگار اولیه در افرادی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند و ترکیب بدنی متفاوت (چاق، اضافه‌وزن، متناسب و لاغر) دارند، اثر دارد؟ ۲- طرحواره ناسازگار اولیه در افراد فعال و با ترکیب بدنی متفاوت به تفکیک جنسیت چگونه است؟ ۳- آیا ارتباطی بین طرحواره ناسازگار اولیه با خودکنترلی و شاخص توده بدنی متفاوت (چاق، اضافه‌وزن، متناسب و لاغر) وجود دارد؟ ۴- خودکنترلی افرادی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند و ترکیب بدنی مختلف دارند، به تفکیک جنسیت چگونه است؟ هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط ترکیب بدن با طرحواره ناسازگار اولیه در افراد فعال بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. همه ورزشکاران زن و مرد در استان گلستان جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. براساس جدول مورگان از جامعه حاضر ۴۰۰ نفر به صورت داوطلبانه و با مراجعه به سالن‌های ورزشی، هیئت‌های ورزشی مختلف و ادارات ورزش و جوانان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه پژوهش شامل ۶۷ درصد مرد (۲۷۰ نفر)، ۲۵ درصد زن (۱۰۳ نفر) بود و ۶ درصد تمایل به بیان جنسیت (۲۷ نفر) نداشتند. با میانگین سنی 24 ± 8 سال و میانگین وزنی ۷۱ کیلوگرم (۳۵-۱۶۵ کیلوگرم) و میانگین قدی 174 ± 9 سانتی‌متر در ۵۰ رشته تحصیلی دارای سابقه 7 ± 9 سال در رشته‌های مختلف ورزشی در سمت‌های ورزشکار (۳۴۶ نفر) ۸۶ درصد، مربی (۱۶ نفر) ۴ درصد، داور (۴ نفر) ۱ درصد، ورزشکار/مربی (۵ نفر) ۱ درصد، ورزشکار، مربی و داور (۶ نفر) ۱ درصد، مدیر ورزشی (۲۲ نفر) ۵ درصد، در مقاطع تحصیلی دیپلم (۲۰ نفر) ۵ درصد، کاردانی (۴۴ نفر) ۱۱ درصد، کارشناسی (۲۶۹ نفر) ۶۷ درصد، کارشناسی ارشد (۴۱ نفر) ۱۰ درصد، دکتری (۲۵ نفر) ۶ درصد با وضعیت متأهل (۷۲ نفر) ۱۸ درصد، مجرد (۳۱۴ نفر) ۷۸ درصد، نامزد (۵ نفر) ۱ درصد، مطلقه (۸ نفر) ۲ درصد بود. ۵۵ درصد صرفاً برای سلامتی ورزش می‌کردند (۲۲۰ نفر)، ۲۶ درصد ورزشکار مبتدی (۱۰۴ نفر)، ۱۲ درصد ورزشکار نیمه حرفه‌ای (۵۱ نفر)، ۶ درصد ورزشکار حرفه‌ای (۲۴ نفر) بودند.

براساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت (۱۹)، برای حفظ سلامت عمومی، بزرگسالان باید حداقل ۱۵۰ تا ۳۰۰ دقیقه فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط یا ۷۵ تا ۱۵۰ دقیقه با شدت بالا در هفته انجام دهند. این سطح فعالیت بدنی معمولاً توسط «ورزشکاران سلامت‌محور» رعایت می‌شود که با هدف ارتقای سلامت، نشاط و پیشگیری از بیماری‌ها ورزش می‌کنند، بدون آنکه نیت رقابتی یا حرفه‌ای داشته باشند. «ورزشکاران مبتدی» نیز به طور منظم تمرین می‌کنند،

ولی با تمرکز بر یادگیری مهارت‌های اولیه و افزایش آمادگی جسمانی پایه. تمرینات آن‌ها معمولاً دو تا چهار جلسه در هفته به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه است (۲۰). در سطح بالاتر، «ورزشکاران نیمه حرفه‌ای» که در رقابت‌های منطقه‌ای یا باشگاهی شرکت می‌کنند، حدود چهار تا شش روز در هفته و هر جلسه یک تا سه ساعت تمرین می‌کنند. آن‌ها هنوز از لحاظ مالی وابسته به ورزش نیستند، اما تمرینات ساختاریافته و هدف‌محور دارند (۲۱). در نهایت «ورزشکاران حرفه‌ای» به طور کامل متعهد به تمرین هستند و معمولاً روزانه دو جلسه تمرین انجام می‌دهند. میزان تمرین آن‌ها ممکن است به بیش از ۳۰ ساعت در هفته برسد؛ چراکه هدف اصلی آن‌ها کسب عملکرد ورزشی حداکثری و موفقیت در رقابت‌های سطوح ملی و بین‌المللی است (۲۲).

ملاک‌های ورود و خروج داوطلبان به گونه‌ای تعیین شد که تنها افرادی واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند که به طور منظم و هدفمند به ورزش می‌پرداختند. آن‌ها دست‌کم دارای مدرک تحصیلی سیکل بودند و حداقل یک سال سابقه رقابت در سطح استانی یا بالاتر داشتند. همچنین داوطلبانی که دارای بیماری‌های زمینه‌ای یا اختلالات بارز روانی بودند، از شرکت در مطالعه کنار گذاشته شدند.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب مجوزهای لازم از ادارات ورزش و جوانان و باشگاه‌ها و هیئت‌های ورزشی، از افراد داوطلب و در دسترس که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، دعوت شد تا پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، طرحواره یانگ و خودکنترلی تانجی را به صورت آنلاین تکمیل کنند. ابتدا رضایت‌نامه‌ای به ورزشکاران داده شد و هدف و محتوای تحقیق برای آن‌ها شرح و به آن‌ها اطمینان داده شد که هر زمان تمایل به ادامه همکاری نداشتند، می‌توانند از پژوهش خارج شوند. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار داوطلبان قرار داده شد تا تکمیل کنند.

برای جمع‌آوری اطلاعات، در ابتدا از پرسشنامه دموگرافیک شامل سؤالاتی درباره سن، جنسیت، مدت زمان اشتغال به ورزش و نوع فعالیت ورزشی استفاده شد. پس از آن، دو پرسشنامه طرحواره و خودکنترلی به کار گرفته شد. برای سنجش طرحواره‌ها از پرسشنامه چندبعدی طرحواره یانگ (YSQ-SF، ۱۹۹۸) و برای ارزیابی خودکنترلی از پرسشنامه خودکنترلی تانجی (۲۰۰۴) بهره گرفته شد (۲۳، ۹). پرسشنامه طرحواره یانگ شامل ۷۵ سؤال بود که برای سنجش ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه تدوین شده است. این طرحواره‌ها عبارت‌اند از: ۱. ره‌اشدگی/بی‌ثباتی؛ ۲. بی‌اعتمادی/بدرفتاری؛ ۳. انزوای اجتماعی/بیگانگی؛ ۴. نقص/شرم؛ ۵. محرومیت هیجانی؛ ۶. وابستگی/بی‌کفایتی؛ ۷. آسیب‌پذیری نسبت به بیماری؛ ۸. خود تحول‌نیافته/گرفتار؛ ۹. شکست؛ ۱۰. استحقاق/بزرگ‌منشی؛ ۱۱. خودکنترلی ناکافی؛ ۱۲. اطاعت؛ ۱۳. فداکاری؛ ۱۴. بازداری هیجانی؛ ۱۵. معیارهای سرسختانه/بیش‌انتقادی. هر مقیاس (طرحواره) از پنج سؤال تشکیل شده است. آزمودنی‌ها براساس توصیف هر جمله، خود را در یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای (از «کاملاً غلط» تا «کاملاً درست») ارزیابی کردند. به هر گزینه نمره‌ای بین ۱ تا ۶ تعلق گرفت؛ بنابراین دامنه نمرات از حداقل ۷۵ تا حداکثر ۴۵۰ متغیر بود. نمره بیشتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده میزان بیشتر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تلقی شد. دیوانداری و همکاران روایی این پرسشنامه را بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ و پایایی کلی آن را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ گزارش کردند (۲۴). همچنین نتایج پژوهش‌های بارانف و اویی (۲۰۰۷) و مهدوی و آزادی (۱۴۰۰) ساختار عاملی و روایی سازه این ابزار را تأیید کردند. در مطالعه مهدوی و آزادی، ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. این ضریب برای حوزه‌های مختلف طرحواره، در دامنه‌ای بین ۶۷/۰ تا ۸۶/۰ قرار داشت. برای سنجش خودکنترلی، از نسخه کوتاه‌شده ۱۳ سؤالی پرسشنامه تانجی استفاده شد که هدف آن ارزیابی میزان کنترل فرد بر رفتارهایش بود. طیف پاسخ‌دهی در این پرسشنامه از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای (هرگز، به‌ندرت، گاهیگاهی، زیاد، بسیار زیاد)

طراحی شده بود و به هر گزینه نمره‌ای بین ۱ تا ۵ اختصاص یافت؛ در نتیجه مجموع امتیازات ممکن بین ۱۳ تا ۶۵ بود؛ به گونه‌ای که نمره بیشتر بیانگر سطح بالاتر خودکنترلی محسوب شد (۲۵). شاخص توده بدنی (BMI) نیز با تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب متر) محاسبه شد (۲۶). وزن افراد با استفاده از ترازوی دیجیتال و قد با استفاده از قدسنج دیواری اندازه‌گیری شد.

تجزیه و تحلیل آماری

آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) برای توصیف داده‌ها به کار رفت. از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای تعیین طبیعی بودن توزیع داده‌ها و بررسی طرحواره ناسازگار اولیه و خودکنترلی افراد فعال با ترکیب بدن مختلف و به‌منظور بررسی رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه با خودکنترلی و شاخص توده بدنی متفاوت (چاق، اضافه‌وزن، متناسب و لاغر) از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. همه عملیات آماری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها $P \leq 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

آزمون چولگی نشان داد، داده‌های پژوهش دارای توزیع نرمال هستند. در جدول (۱) به بررسی طرحواره ناسازگار اولیه و خودکنترلی افراد چاق و دارای اضافه‌وزن پرداخته شده است. همان‌طور که جدول (۱) نشان می‌دهد، طرحواره غالب افراد چاقی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است. طرحواره غالب افراد دارای اضافه‌وزنی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، خود تحول‌یافته و شکست است. به‌علاوه میانگین خودکنترلی افراد چاق، ۴۳ و افراد دارای اضافه‌وزن، ۴۲ بود. آزمون لیلی‌فورس (کلموگروف-اسمیرنوف) نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد چاقی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، به‌جز در محدودیت‌های مختل، خویش‌ن‌داری و خودانضباطی ناکافی. همچنین آزمون لیلی‌فورس (کلموگروف-اسمیرنوف) نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد دارای اضافه‌وزنی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). طرحواره غالب افراد متناسبی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است. طرحواره غالب افراد لاغری که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، انزوای اجتماعی/بیگانگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است. به‌علاوه میانگین خودکنترلی افراد متناسبی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، ۴۲ و افراد لاغر، ۴۳ است. آزمون لیلی‌فورس (کلموگروف-اسمیرنوف) نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد متناسبی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین این آزمون نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد لاغری که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، به‌جز در محدودیت‌های مختل، خویش‌ن‌داری و خود-انضباطی ناکافی، بازدارنده هیجانی.

جدول ۱- مقایسه طرحواره ناسازگار اولیه و خودکنترلی افراد چاق، دارای اضافه وزن، متناسب و لاغر با توزیع نرمال
Table 1- Comparison of initial maladaptive schema and self-control of obese, overweight, normal and underweight individuals with normal distribution

کلی	الف	ب	ج	د	هـ	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
total	A	B	C	D	H																
چاق Obesity																					
میانگین	4.00	5.03	4.06	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	43.00
Mean																					
لیلیفورس	0.09	0.097	0.069	0.079	0.064	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.064	0.001	0.057	0.080	0.086	0.001
Lilliefors																					
p	0.003	0.001	0.001	0.055	0.015	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.099	0.001	0.014	0.005	0.001
اضافه وزن Overweight																					
میانگین	4.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.02	5.02	0.001	3.00	3.00	3.00	4.00	42.00
Mean																					
لیلیفورس	0.066	0.084	0.050	0.048	0.042	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.058	0.001	0.070	0.064	0.093	0.001
Lilliefors																					
p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
متناسب Normal																					
میانگین	4.00	4.00	5.07	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	42.00
Mean																					
لیلیفورس	0.046	0.084	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.047	0.001	0.051	0.052	0.083	0.001
Lilliefors																					
p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
لاغر Underweight																					
میانگین	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.06	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	43.00
Mean																					
لیلیفورس	0.056	0.089	0.001	0.052	0.043	0.048	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.053	0.001	0.072	0.055	0.088	0.001
Lilliefors																					
p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

الف = بریدگی و طرد (۱ = رهاشدگی/بی‌ثباتی، ۲ = بی‌اعتمادی/سوءرفتار، ۳ = محرومیت هیجانی، ۴ = نقص/شرم، ۵ = انزوای اجتماعی/ایبگانگی)، ب = خودمختاری و عملکرد مختل (۶ = وابستگی/بی‌کفایتی، ۷ = آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، ۸ = خود تحول‌یافته، ۹ = شکست)، ج = محدودیت‌های مختل (۱۰ = استحقاق/بزرگ‌منشی، ۱۱ = خویش‌نماداری و خودانضباطی ناکافی)، د = دیگر جهت‌مندی (۱۲ = اطاعت، ۱۳ = ایثار)، ه = گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۱۴ = بازداری هیجانی، ۱۵ = معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی)، ۱۶ = خودکنترلی.

A = Disconnection & Rejection (1 = Abandonment/Instability, 2 = Mistrust/Abuse, 3 = Emotional Deprivation, 4 = Defectiveness/Shame, 5 = Social Isolation/Alienation), B = Impaired Autonomy & Performance (6 = Dependence/Incompetence, 7 = Vulnerability to Harm or Illness, 8 = Enmeshment/Undeveloped Self, 9 = Failure), C = Impaired Limits (10 = Entitlement/Grandiosity, 11 = Insufficient Self-Control/Self-Discipline), D = Other Directedness (12 = Subjugation, 13 = Self-Sacrifice), E = Overvigilance & Inhibition (14 = Emotional Inhibition, 15 = Unrelenting Standards/Hypercriticalness), 16 = Self-Control.

همان‌طور که جدول (۲) نشان می‌دهد، طرحواره غالب بانوان چاقی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/ایبگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، شکست است. طرحواره غالب مردان چاقی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، انزوای اجتماعی/ایبگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است. طرحواره غالب افراد چاقی که تمایل به بیان جنسیت خود ندارند و ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، بریدگی و طرد، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/سوءرفتار، محرومیت هیجانی، نقص/شرم است. میانگین خودکنترلی بانوان، مردان و افراد نامتمایل به بیان جنسیت خود و چاقی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، به ترتیب ۴۵، ۴۲ و ۳۵ است. آزمون لیلیفورس (کلموگروف-اسمیرنوف) نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی بانوان چاقی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، به جز بازداری هیجانی. همچنین

این آزمون نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی مردان چاقی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، به‌جز در خودمختاری و عملکرد مختل، ره‌اشدگی/بی‌ثباتی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی. به‌علاوه این آزمون نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد چاقی که تمایل به بیان جنسیت خود ندارند و ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). طرحواره غالب بانوان دارای اضافه‌وزنی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، خود تحول‌یافته، شکست است. طرحواره غالب مردان دارای اضافه‌وزنی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، خود تحول‌یافته، شکست است. طرحواره غالب افراد دارای اضافه‌وزنی که تمایل به بیان جنسیت خود ندارند و ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، یافت نشد. به‌علاوه میانگین خودکنترلی بانوان، مردان و افراد نامتمایل به بیان جنسیت خود و متناسب که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، به ترتیب ۴۲، ۴۰ و ۴۶ است. آزمون لیلیفورس (کلموگروف اسمیرنوف) نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی بانوان دارای اضافه‌وزنی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، به‌جز گوش به زنگی بیش از حد و بازداری. همچنین این آزمون نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی مردان دارای اضافه‌وزنی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). به‌علاوه این آزمون نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد دارای اضافه‌وزنی که تمایل به بیان جنسیت خود ندارند و ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، به‌جز ره‌اشدگی/بی‌ثباتی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری. در جدول (۳) به بررسی طرحواره ناسازگار اولیه و خودکنترلی افراد متناسب به تفکیک جنسیت پرداخته شد است.

همان‌طور که جدول (۳) نشان می‌دهد، طرحواره غالب بانوان متناسبی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است. طرحواره غالب مردان متناسبی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، خود تحول‌یافته است. طرحواره غالبی برای افراد متناسبی که تمایل به بیان جنسیت خود ندارند و ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، یافت نشد. به‌علاوه میانگین خودکنترلی بانوان، مردان و افراد نامتمایل به بیان جنسیت خود و متناسبی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، به ترتیب ۴۲، ۴۳ و ۴۵ است. آزمون لیلی‌فورس (کلموگروف-اسمیرنوف) نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی بانوان و مردان متناسبی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). به‌علاوه این آزمون نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد متناسبی که تمایل به بیان جنسیت خود ندارند و ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، به‌جز معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی. به‌علاوه طرحواره غالب بانوان لاغری که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است.

جدول ۲- مقایسه طرحواره ناسازگار اولیه و خودکنترلی افراد چاق و دارای اضافه وزن به تفکیک جنسیت

Table 2 - Comparison of initial maladaptive schema and self-control of obese & overweight individuals by gender

کل	الف	ب	ج	د	هـ	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
total	A	B	C	D	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
چاق Obesity female زن																					
میانگین	4.00	4.07	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.02	5.00	5.00	4.00	5.07	4.00	3.00	4.00	3.00	4.05	4.00	43.00
Mean	0.001	0.001	0.001	0.092	0.001	0.068	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.092	0.001	0.079	0.082	0.077	0.001
Lilliefors p	0.010	.001	.001	.092	.001	.068	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.038	.001	.001	.098	.001	.001
مرد male																					
میانگین	4.00	4.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	44.00
Mean	0.092	0.091	0.001	0.082	0.091	0.097	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	.091	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Lilliefors p	0.001	.063	0.001	0.001	0.001	0.001	.092	.007	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	.032	.002	0.001	.029	0.001	0.001	.095	0.001
جنسیت ذکر نکرده Gender undisclosed																					
میانگین	4.00	5.06	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.05	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	5.05	4.00	43.01
Mean	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Lilliefors p	0.010	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	.022	0.001	0.001	0.001	0.001	.045	.049
اضافه وزن Overweight female زن																					
میانگین	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.05	5.00	5.00	5.00	5.02	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	42.00
Mean	0.066	.084	.001	.050	.048	.042	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	.058	.070	.064	.093	0.001
Lilliefors p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	.0006	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
مرد male																					
میانگین	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.06	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	43.00
Mean	0.062	0.001	0.001	0.073	0.044	0.048	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	.004	0.001	.019	.012	.001	0.001
Lilliefors p	0.013	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
جنسیت ذکر نکرده Gender undisclosed																					
میانگین	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.02	4.00	46.00
Mean	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Lilliefors p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

الف = برپدگی و طرد (۱ = رهاشدگی/بی‌ثباتی، ۲ = بی‌اعتمادی/سوءرفتار، ۳ = محرومیت هیجانی، ۴ = نقص/شرم، ۵ = انزوای اجتماعی/ایزگانی)، ب = خودمختاری و عملکرد مختل (۶ = وابستگی/بی‌کفایتی، ۷ = آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، ۸ = خود تحول‌یافته، ۹ = شکست)، ج = محدودیت‌های مختل (۱۰ = استحقاق/بزرگ‌منشی، ۱۱ = خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی)، د = دیگر جهت‌مندی (۱۲ = اطاعت، ۱۳ = ایثار)، ه = گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۱۴ = بازداری هیجانی، ۱۵ = معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی)، ۱۶ = خودکنترلی

A = Disconnection & Rejection (1 = Abandonment/Instability, 2 = Mistrust/Abuse, 3 = Emotional Deprivation, 4 = Defectiveness/Shame, 5 = Social Isolation/Alienation), B = Impaired Autonomy & Performance (6 = Dependence/Incompetence, 7 = Vulnerability to Harm or Illness, 8 = Enmeshment/Undeveloped Self, 9 = Failure), C = Impaired Limits (10 = Entitlement/Grandiosity, 11 = Insufficient Self-Control/Self-Discipline), D = Other Directedness (12 = Subjugation, 13 = Self-Sacrifice), E = Overvigilance & Inhibition (14 = Emotional Inhibition, 15 = Unrelenting Standards/Hypercriticalness), 16 = Self-Control.

جدول ۳- طرحواره ناسازگار اولیه و خودکنترلی افراد طبیعی و لاغر به تفکیک جنسیت

Table 3 - Initial maladaptive schema and self-control of normal weight and underweight individuals by gender

16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	هـ	د	ج	ب	الف	کلی
H																	D	C	B	A	total
Normal weight طبیعی																					
female زن																					
42.00	4.00	4.08	3.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.08	4.00	4.00
0.001	.076	.048	.049	0.001	.049	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.040	0.040	0.039	0.001	0.079	0.045
0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
male مرد																					
43.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	4.00	5.07	5.00	5.09	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.07	4.00	4.00
0.001	0.001	0.076	0.069	0.001	0.069	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.070	0.060	0.061	0.001	0.094	0.060
0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Gender undisclosed جنسیت ذکر نکرده																					
45.00	4.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
0.001	0.001	0.074	0.087	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.062	0.072	0.001	0.001	0.001	0.001
0.005	0.059	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.002	0.016	0.001	0.011	0.009	0.005	0.001	0.001	0.001	0.001	0.016	0.001
Underweight لاغر																					
female زن																					
43.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.02	4.00	4.00
0.001	0.100	0.053	0.078	0.001	.073	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.044	0.048	0.051	0.001	0.089	0.050
0.001	0.001	0.001	0.012	0.001	0.025	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.002	0.001
male مرد																					
43.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	5.04	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.01	4.00	4.00	4.00	4.00
0.001	0.093	0.086	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.067	0.062	0.079	0.001	0.096	0.073
0.001	0.001	0.001	0.056	0.027	0.038	0.024	0.002	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.012	0.001	0.002	0.001	0.001	0.001	0.004	0.089	0.001
Gender undisclosed جنسیت ذکر نکرده																					
48.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	5.00	4.00	5.00	5.00	4.00	4.00	5.05	4.00	5.05	4.00	4.00	4.00	5.04	4.00	4.00
0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.071	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
0.049	0.045	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.022	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

الف = بریدگی و طرد (۱ = رهاشدگی/بی‌ثباتی، ۲ = بی‌اعتمادی/سوءفکار، ۳ = محرومیت هیجانی، ۴ = نقص/شرم، ۵ = انزوای اجتماعی/بیگانگی)، ب = خودمختاری و عملکرد مختل (۶ = وابستگی/بی‌کفایتی، ۷ = آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، ۸ = خود تحول یافته، ۹ = شکست)، ج = محدودیت‌های مختل (۱۰ = استحقاق/بزرگ‌منشی، ۱۱ = خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی)، د = دیگر جهت‌مندی (۱۲ = اطاعت، ۱۳ = ایثار)، ه = گوش به زنگی بیش از حد و بازداري (۱۴ = بازداري هیجانی، ۱۵ = معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی)، ۱۶ = خودکنترلی

A = Disconnection & Rejection (1 = Abandonment/Instability, 2 = Mistrust/Abuse, 3 = Emotional Deprivation, 4 = Defectiveness/Shame, 5 = Social Isolation/Alienation), B = Impaired Autonomy & Performance (6 = Dependence/Incompetence, 7 = Vulnerability to Harm or Illness, 8 = Enmeshment/Undeveloped Self, 9 = Failure), C = Impaired Limits (10 = Entitlement/Grandiosity, 11 = Insufficient Self-Control/Self-Discipline), D = Other Directedness (12 = Subjugation, 13 = Self-Sacrifice), E = Overvigilance & Inhibition (14 = Emotional Inhibition, 15 = Unrelenting Standards/Hypercriticalness). 16 = Self-Control.

طرحواره غالب مردان لاغری که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است. طرحواره غالب افراد لاغری که تمایل به بیان جنسیت خود ندارند و ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، خودمختاری و عملکرد مختل، رهاسدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، شکست است. میانگین خودکنترلی بانوان، مردان و افراد نامتمایل به بیان جنسیت خود و لاغری که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، به ترتیب ۴۳، ۴۳ و ۳۸ است. آزمون لیلی فورس (کلموگروف-اسمیرنوف) نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی بانوان لاغری که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین این آزمون نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی مردان لاغری که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، به جز در بریدگی و طرد، و ایثار. به علاوه این آزمون نشان داد، بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد لاغری که تمایل به بیان جنسیت خود ندارند و ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$).

جدول ۴- رابطه بین طرحواره ناسازگار اولیه با خودکنترلی و شاخص توده بدنی

Table 4- Relationship between early maladaptive schema with self-control and BMI

Underweight لاغر			Normal طبیعی			Overweight اضافه وزن			Obesity چاق			
BMI	خودکنترلی Self-control	طرحواره schema	BMI	خودکنترلی Self-control	طرحواره schema	BMI	خودکنترلی Self-control	طرحواره schema	BMI	خودکنترلی Self-control	طرحواره schema	
0.0001	-0.013	1	-0.061	-0.093	1	0.0001	0.0001	1	0.0001	0.0001	1	R طرحواره
0.0001	0.0001		0.0001	0.0001		0.0001	0.0001		0.0001	0.0001		Sig. Schema
26	26	26	255	255	255	97	97	97	21	21	21	n
0.0001	1	-0.013	0.020	1	-0.093	-0.007	1	0.0001	0.033	1	0.0001	R خودکنترلی
0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.001	0.0001	0.0001	0.0001	Sig. Self-Control
26	26	26	255	255	255	97	97	97	21	21	21	n
1	0.0001	0.0001	1	0.020	-0.061	1	-0.007	0.0001	1	.033	0.0001	R BMI
0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	Sig.
26	26	26	255	255	255	97	97	97	21	21	21	n

همان طور که جدول (۴) نشان می‌دهد، بین طرحواره ناسازگار اولیه با خودکنترلی و شاخص توده بدنی متفاوت (چاق، اضافه وزن، متناسب و لاغر) رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). رابطه بین طرحواره و خودکنترلی در افراد چاق و اضافه وزن مثبت است، ولی در افراد متناسب و لاغر منفی به دست آمده است ($P < 0.01$). همچنین بین شاخص توده بدنی با طرحواره و خودکنترلی افراد چاق و لاغر رابطه مثبت وجود دارد؛ در حالی که بین شاخص توده بدنی با خودکنترلی افراد دارای اضافه وزن و نیز بین شاخص توده بدنی و طرحواره افراد متناسب رابطه منفی وجود دارد؛ با این حال، بین شاخص توده بدنی و طرحواره افراد دارای اضافه وزن و شاخص توده بدنی با خودکنترلی افراد متناسب رابطه مثبت وجود دارد ($P < 0.01$).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اثرات چاقی بر سلامتی و اهمیت بررسی عوامل مؤثر بر آن، هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط ترکیب بدن با طرحواره ناسازگار اولیه در افراد فعال بود. نتایج این پژوهش نشان داد، ترکیب بدنی افراد (چاق، دارای اضافه وزن، متناسب و لاغر) بر نوع طرحواره‌های غالب آن‌ها و سطح خودکنترلی‌شان تأثیرگذار است. در گروه افراد چاق، طرحواره‌های غالب

شامل «خودمختاری و عملکرد مختل»، «انزوای اجتماعی/بیگانگی»، «وابستگی/بی‌کفایتی» و «آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری» بود. این گروه میانگین خودکنترلی معادل ۴۳ داشتند. آزمون لیلی‌فورس نشان داد که بین خرده‌مقیاس‌های طرحواره و خودکنترلی این افراد با توزیع نرمال تفاوت معناداری وجود دارد، به جز در خرده‌مقیاس‌های «محدودیت‌های مختل» و «خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی». در افراد دارای اضافه‌وزن نیز طرحواره‌های مشابهی مشاهده شد؛ با این تفاوت که طرحواره‌های «خود تحول‌یافته» و «شکست» نیز به آن‌ها افزوده شدند. میانگین خودکنترلی این گروه ۴۲ بود و آزمون لیلی‌فورس نشان داد که در تمامی خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معناداری با توزیع نرمال وجود دارد. در گروه افراد متناسب، طرحواره‌های غالب شامل «خودمختاری و عملکرد مختل»، «انزوای اجتماعی/بیگانگی»، «وابستگی/بی‌کفایتی» و «آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری» بود. این افراد نیز میانگین خودکنترلی ۴۲ داشتند و تفاوت معناداری در تمام خرده‌مقیاس‌های طرحواره و خودکنترلی نسبت به توزیع نرمال مشاهده شد. در نهایت، افراد لاغر بیشتر دارای طرحواره‌های «انزوای اجتماعی/بیگانگی» و «آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری» بودند و میانگین خودکنترلی آن‌ها ۴۳ گزارش شد. آزمون لیلی‌فورس نیز نشان داد که در بیشتر خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معناداری با توزیع نرمال وجود دارد، به جز در خرده‌مقیاس‌های «محدودیت‌های مختل»، «خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی» و «بازداری هیجانی». در مجموع، یافته‌ها بیانگر آن است که نوع طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سطح خودکنترلی در افراد با ترکیب بدنی مختلف که با هدف حفظ سلامت ورزش می‌کنند، تفاوت معناداری دارد. این تفاوت‌ها بیشتر در ابعاد عملکرد، روابط اجتماعی، احساس امنیت و کفایت فردی قابل مشاهده است. این مطلب هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های دوس‌علی‌وند و همکاران و پاک‌اندیش و همکاران است (۵، ۱۳). طرحواره‌ها در روان‌شناسی شناختی به الگوهای فکری و احساسی اشاره دارند که در دوران کودکی یا تجربیات اولیه زندگی شکل می‌گیرند. در افراد چاق، این طرحواره‌ها ممکن است شامل احساس عدم کفایت، ترس از طرد شدن یا بی‌ارزشی باشند. چنین طرحواره‌هایی می‌توانند موجب شوند که این افراد به ورزش صرفاً به‌عنوان ابزاری برای کسب تأیید اجتماعی یا رفع احساس گناه نگاه کنند و نه برای لذت یا بهبود سلامت جسمی و روانی (۱۱). این نگرش معمولاً از طرحواره‌های ناکارآمد ناشی می‌شود؛ جایی که فرد به جای تمرکز بر نیازهای جسمی و روانی خود، تحت فشار انتظارات اجتماعی یا احساس گناه مرتبط با چاقی قرار می‌گیرد. این وضعیت می‌تواند بر خودکنترلی و عملکرد افراد چاق تأثیر بگذارد؛ به طوری که در تصمیم‌گیری‌های مستقل دچار مشکل شوند. احساس ناتوانی یا فشار اجتماعی ممکن است به وابستگی بیشتر به دیگران برای تأیید یا هدایت منجر شود. این موضوع، به‌ویژه زمانی که ورزش تنها به صورت مقطعی و اجباری دنبال شود و به بخشی از زندگی روزمره تبدیل نشود، بر عملکرد کلی آن‌ها تأثیر منفی خواهد داشت (۲۰). انزوای اجتماعی چاقی اغلب با احساس شرم و ترس از قضاوت دیگران همراه است که این امر می‌تواند به انزوای اجتماعی منجر شود. افراد ممکن است از حضور در مکان‌هایی مانند باشگاه‌های ورزشی یا گروه‌های فعالیت اجتناب کنند؛ زیرا از دیده شدن یا قضاوت شدن هراس دارند. این انزوا، انگیزه آن‌ها برای تغییر سبک زندگی را کاهش می‌دهد و چرخه‌ای از دوری بیشتر از محیط‌های اجتماعی ایجاد می‌کند. وابستگی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر افرادی که طرحواره وابستگی را تجربه می‌کنند، معمولاً برای تأیید، کمک یا حتی انگیزه، به دیگران وابسته هستند. این وابستگی آن‌ها را در برابر ضررهای روانی و جسمی آسیب‌پذیرتر می‌کند؛ به عنوان مثال، اگر حمایت اجتماعی از بین برود یا افراد اطرافشان رفتار انتقادی داشته باشند، احتمالاً ورزش را رها می‌کنند و به عادات ناسالم پیشین بازمی‌گردند (۱۲). همچنین میانگین خودکنترلی پایین در افراد دارای اضافه‌وزن یا چاق نشان می‌دهد که این افراد در تنظیم هیجانات، مدیریت

خواسته‌ها و رفتارهای خود دچار مشکل هستند. این ضعف در خودکنترلی می‌تواند باعث ناتوانی در پایبندی به برنامه‌های ورزشی شود؛ چرا که عواملی مانند خستگی یا بی‌حوصلگی ممکن است باعث ترک فعالیت شوند (۲۷).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که ورزش را صرفاً به منظور حفظ سلامت انجام می‌دهند، براساس جنسیت و ترکیب بدنی (چاق، دارای اضافه‌وزن، متناسب، لاغر) تفاوت‌های معناداری دارند. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که نحوه تجربه و ادراک افراد از خود، دیگران و جهان پیرامون، به شدت تحت تأثیر ویژگی‌های بدنی و جنسیتی آن‌ها قرار دارد و می‌تواند رفتارهای ورزشی و روان‌شناختی آنان را شکل دهد. در گروه افراد چاق، بانوان عمدتاً با طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای چون خودمختاری و عملکرد مختل، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری و شکست مواجه بودند. مردان چاق نیز بیشتر دارای طرحواره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری بودند. افرادی که تمایل به بیان جنسیت خود نداشتند و چاق بودند، عمدتاً طرحواره‌هایی مانند بریدگی و طرد، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/سوءرفتار، محرومیت هیجانی و نقص/شرم را تجربه می‌کردند. در گروه دارای اضافه‌وزن نیز، بانوان و مردان هر دو با طرحواره‌هایی مشابه شامل خودمختاری و عملکرد مختل، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، خود تحول‌یافته و شکست روبه‌رو بودند؛ با این تفاوت که مردان بیشتر به طرحواره خود تحول‌یافته گرایش داشتند. برای افراد دارای اضافه‌وزن که تمایلی به بیان جنسیت خود نداشتند، طرحواره غالب مشخصی یافت نشد. در گروه متناسب‌ها نیز الگوی مشابهی مشاهده شد. بانوان متناسب بیشتر با طرحواره‌های خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری مواجه بودند؛ در حالی که مردان متناسب، علاوه بر این موارد، طرحواره خود تحول‌یافته را نیز بیشتر نشان دادند. در میان افراد متناسبی که تمایلی به بیان جنسیت نداشتند، هیچ طرحواره غالبی مشاهده نشد. در نهایت، در گروه افراد لاغر، بانوان بیشتر دارای طرحواره‌های خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری بودند؛ در حالی که مردان لاغر عمدتاً فقط با طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری مواجه بودند؛ اما در افراد لاغری که تمایل به بیان جنسیت نداشتند، طرحواره‌های خودمختاری و عملکرد مختل، رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری و شکست، بیشتر مشاهده شد.

از سوی دیگر، نتایج آزمون لیلی فورس نیز نشان داد که میان خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و میزان خودکنترلی افراد، در بیشتر گروه‌ها تفاوت معناداری با توزیع نرمال وجود دارد؛ البته در برخی موارد استثنایی مشاهده شد؛ برای مثال، در بانوان چاق تفاوت معناداری در خرده‌مقیاس بازداری هیجانی وجود نداشت، در مردان چاق این نبود تفاوت در خرده‌مقیاس‌های خودمختاری و عملکرد مختل، رهاشدگی/بی‌ثباتی و معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی دیده شد. در گروه بی‌بیان جنسیت با اضافه‌وزن، تفاوت معناداری در برخی خرده‌مقیاس‌ها مانند رهاشدگی/بی‌ثباتی، وابستگی/بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری مشاهده نشد. همچنین در مردان لاغر خرده‌مقیاس‌های بریدگی و طرد و ایثار تفاوت معناداری با توزیع نرمال نداشتند. در میان افراد متناسب بی‌بیان جنسیت، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی نیز چنین وضعیتی داشتند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش به روشنی نشان می‌دهد که الگوهای ذهنی ناسازگار و میزان خودکنترلی، در ارتباطی پیچیده با جنسیت و ترکیب بدنی افراد قرار دارند. این ویژگی‌ها می‌توانند بر رفتارهای ورزشی، نگرش نسبت به خود و سلامت روانی افراد تأثیر بگذارند. این مطلب با نتایج پژوهش‌های عاصمی زواره‌ای و همکاران (۴) و پورعابد (۲۵) هم‌راستا است.

این طرحواره‌ها نشان‌دهنده احساس ضعف و ترس از نبود کنترل در زندگی فردی هستند که ممکن است باعث کاهش خودکنترلی و انگیزه برای ورزش شود و در گروه مردان چاق، طرحواره‌های غالب شامل انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بیکفایتی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است. این افراد ممکن است در تلاش برای پیدا کردن هویت اجتماعی و بهبود سلامت خود، از ورزش استفاده کنند (۱۳). همچنین طرحواره‌های ناسازگار بر خودکنترلی نشان داد که بین انواع خرده‌مقیاس‌های طرحواره غالب و خودکنترلی افراد تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌ویژه در برخی از مقیاس‌ها مانند بازدارنده هیجانی و گوش به زنگی بیش از حد. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که افراد با طرحواره‌های ناسازگار ممکن است در کنترل احساسات و رفتارهای خود مشکلات بیشتری داشته باشند که می‌تواند بر ورزش کردن به‌عنوان ابزاری برای حفظ سلامت تأثیر بگذارد. این دو گروه به طور مشابه از طرحواره‌های مشابهی رنج می‌برند که می‌تواند تأثیرات روانی در خورتوجهی بر رفتارهای ورزشی آن‌ها داشته باشد. زنان چاق ممکن است بیشتر تحت تأثیر طرحواره‌های مربوط به نقص و شرم قرار گیرند؛ در حالی که مردان چاق بیشتر با مشکلات اجتماعی و آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌ها مواجه هستند. در گروه افراد متناسب و لاغر، طرحواره‌های غالب همچنان خودمختاری و عملکرد مختل، انزوای اجتماعی/بیگانگی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری است، اما این گروه‌ها به طور کلی توانایی بیشتری در کنترل رفتارهای خود و حفظ انگیزه برای ورزش دارند.

در نهایت نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به‌طور مستقیم بر خودکنترلی و انگیزه افراد برای ورزش تأثیر بگذارند؛ به‌ویژه افرادی که ترکیب بدنی چاق یا دارای اضافه‌وزن دارند، ممکن است به دلیل طرحواره‌های ناسازگار خود، در مدیریت رفتارهای ورزشی و به‌طور کلی در کنترل سلامت خود با چالش‌های بیشتری روبه‌رو شوند؛ بنابراین ارائه مداخلات روان‌شناختی مانند طرحواره‌درمانی و برنامه‌های تقویت خودکنترلی می‌تواند برای این گروه‌ها مؤثر باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد، بین طرحواره ناسازگار اولیه با خودکنترلی و شاخص توده بدنی متفاوت (چاق، اضافه‌وزن، متناسب و لاغر) رابطه وجود دارد؛ به طوری که بین طرحواره ناسازگار اولیه با خودکنترلی و شاخص توده بدنی متفاوت (چاق، اضافه‌وزن، متناسب و لاغر) رابطه معناداری مشاهده می‌شود؛ البته رابطه بین طرحواره و خودکنترلی در افراد چاق و اضافه‌وزن مثبت است، ولی در افراد متناسب و لاغر منفی به دست آمد. همچنین بین شاخص توده بدنی با طرحواره و خودکنترلی افراد چاق و لاغر رابطه مثبت وجود دارد؛ درحالی که بین شاخص توده بدنی با خودکنترلی افراد دارای اضافه‌وزن و نیز بین شاخص توده بدنی و طرحواره افراد متناسب رابطه منفی مشاهده می‌شود؛ با این حال، بین شاخص توده بدنی و طرحواره افراد دارای اضافه‌وزن و شاخص توده بدنی با خودکنترلی افراد متناسب رابطه مثبت وجود دارد.

موضوع رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودکنترلی و شاخص توده بدنی یکی از حوزه‌های مهم در روان‌شناسی و مطالعات مرتبط با سلامت جسمی و روانی است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که شخصیت و الگوهای فکری افراد می‌توانند بر رفتارهای خودکنترلی و وضعیت بدنی تأثیر بگذارند. این مطلب با نتایج پژوهش‌های پاک‌اندیش و همکاران (۵) و نجار کاخکی و همکاران (۲۸) هم‌راستا است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورها و الگوهای فکری عمیقی هستند که در دوران کودکی شکل می‌گیرند و بر رفتارها و تصمیمات فرد تأثیر می‌گذارند. این طرحواره‌ها می‌توانند باعث رفتارهای ناسالم غذایی و کاهش خودکنترلی در برخی افراد شوند (۷). در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن، رابطه مثبت میان طرحواره‌های ناسازگار و خودکنترلی می‌تواند به این معنا باشد که این افراد برای مدیریت وزن خود تلاش می‌کنند، اما باورهای ناسازگارشان باعث می‌شود این تلاش‌ها به نتیجه مطلوب نرسد. در افراد متناسب و لاغر رابطه منفی میان

طرحواره و خودکنترلی ممکن است نشان دهد که این افراد به دلیل باورهای مثبت‌تر یا نبود طرحواره‌های ناسازگار، توانایی بیشتری در مدیریت رفتارهای خود دارند (۲۵). رابطه مثبت بین شاخص توده بدنی و طرحواره در افراد چاق و لاغر می‌تواند نشان دهد که وزن بدن با باورهای ناسازگار اولیه مرتبط است؛ به‌ویژه افراد چاق ممکن است طرحواره‌هایی مرتبط با طرد اجتماعی یا بی‌کفایتی را تجربه کنند و افراد لاغر ممکن است احساس ضعف یا بی‌کفایتی در برخی زمینه‌ها داشته باشند. شاخص توده بدنی و خودکنترلی نیز در افراد چاق و لاغر، رابطه مثبت می‌تواند نشان‌دهنده تلاش این افراد برای مدیریت وزن باشد؛ حتی اگر گاهی به دلیل باورهای ناسازگار به نتیجه مطلوب نرسد و همچنین در افراد دارای اضافه‌وزن و دارای وزن متناسب، رابطه منفی می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که این افراد به دلیل سطح بالاتر خودکنترلی یا فشارهای اجتماعی توانسته‌اند وزن خود را بهتر مدیریت کنند (۲۶)؛ بنابراین تحلیل کلی این نتایج اهمیت مداخلات روان‌شناختی در مدیریت وزن را برجسته می‌کند. درمان‌هایی مانند طرحواره‌درمانی و آموزش خودکنترلی می‌توانند به افراد کمک کنند تا باورهای ناسازگار خود را شناسایی و مدیریت کنند. همچنین تشویق به رفتارهای سالم و ارتقای اعتمادبه‌نفس می‌تواند تأثیر مثبت بر وضعیت بدنی و روانی افراد داشته باشد. علاوه بر این، نتایج پژوهشی نشان داد، خودکنترلی افرادی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند و ترکیب بدنی مختلف دارند، به تفکیک جنسیت متفاوت است. به‌علاوه میانگین خودکنترلی بانوان، مردان و افراد نامتمایل به بیان جنسیت خود و چاقی که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، به ترتیب ۴۵، ۴۲ و ۳۵ است. میانگین خودکنترلی بانوان، مردان و افراد نامتمایل به بیان جنسیت خود و متناسب که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، به ترتیب ۴۲، ۴۰ و ۴۶ است. میانگین خودکنترلی بانوان، مردان و افراد نامتمایل به بیان جنسیت خود و متناسب که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، به ترتیب ۴۲، ۴۳ و ۴۵ است. میانگین خودکنترلی بانوان، مردان و افراد نامتمایل به بیان جنسیت خود و لاغری که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، به ترتیب ۴۳، ۴۳ و ۳۸ است. در این بخش از پژوهش، نتایج نشان می‌دهد که تفاوت‌های معناداری در سطح خودکنترلی افراد براساس جنسیت و وضعیت ترکیب بدنی (چاق، متناسب، لاغر) وجود دارد. میانگین خودکنترلی بانوان بیشتر از مردان است. به نظر می‌رسد، بانوان تمایل بیشتری به مدیریت رفتارهای خود دارند؛ به‌ویژه زمانی که ورزش را به‌عنوان فعالیتی برای سلامتی در نظر می‌گیرند و مردان نیز خودکنترلی درخور توجهی دارند، اما به طور کلی میانگین خودکنترلی آنان نسبت به بانوان کمی کمتر است. همچنین در افرادی که تمایلی به بیان جنسیت خود ندارند، میانگین خودکنترلی کمی کمتر از دو گروه قبل است که ممکن است به تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و روانی مرتبط با هویت جنسیتی این افراد ارتباط داشته باشد. تفاوت‌های خودکنترلی براساس وضعیت ترکیب بدنی در گروه چاق که ورزش را صرفاً برای سلامتی انجام می‌دهند، میانگین خودکنترلی آن‌ها کمتر از سایر گروه‌ها است. این مطلب می‌تواند به این معنا باشد که افراد چاق ممکن است چالش‌های بیشتری در زمینه کنترل رفتارهای غذایی و ورزشی خود داشته باشند (۲۸). در گروه متناسب، میانگین خودکنترلی بیشتر از گروه‌های چاق و لاغر است. این گروه به احتمال زیاد در حفظ تعادل میان ورزش و سایر جنبه‌های زندگی خود موفق‌تر عمل می‌کنند. همچنین در گروه لاغر، خودکنترلی به اندازه افراد متناسب است که نشان می‌دهد افرادی که لاغر هستند نیز توانایی خوبی در مدیریت رفتارهای خود دارند؛ حتی اگر فشارهای اجتماعی و فردی ممکن است بر آن‌ها تأثیر بگذارد.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌های مواجه بود که کنترل‌شدنی نبودند. از این محدودیت‌ها می‌توان به حالات روحی و روانی آزمودنی‌ها در زمان پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به جمع‌آوری داده‌ها از افراد با ترکیب بدنی مختلف اشاره کرد که ممکن است به سؤالات مربوط به طرحواره‌ها به‌طور متفاوت پاسخ

دهند. این تفاوت‌ها ممکن است ناشی از عوامل روانی-اجتماعی مرتبط با ترکیب بدنی مانند شرم از بدن باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود استفاده از ابزارهای استاندارد برای ارزیابی ترکیب بدن و تنظیم تحلیل‌ها براساس متغیرها و انجام مصاحبه‌های مکمل برای درک عمیق‌تر این ارتباط‌ها صورت پذیرد. با رعایت این موارد، می‌توان نتایج دقیق‌تر و قابل‌اعتمادتری به دست آورد؛ از این‌رو نتایج کلی نشان می‌دهد که محرک‌های روانی و اجتماعی مختلف می‌توانند بر خودکنترلی افراد تأثیر بگذارند. به طور خاص، تفاوت‌های جنسیتی و وضعیت ترکیب بدنی نقش مهمی در نحوه تعامل افراد با ورزش به عنوان یک فعالیت برای سلامتی دارند. افراد چاق، به‌ویژه بانوان ممکن است نیاز به مداخلات خاص برای تقویت خودکنترلی و ارتقای انگیزه برای ورزش داشته باشند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود طراحی برنامه‌های ورزشی که تأکید بیشتری بر روان‌شناسی خودکنترلی دارد، می‌تواند کمک‌کننده باشد و همچنین برای افراد متناسب و لاغر تمرکز بر حفظ و تقویت خودکنترلی در این گروه‌ها می‌تواند به تثبیت عادات سالم کمک کند.

پیام مقاله

افراد با شاخص توده بدنی مختلف، طرحواره‌های ذهنی متفاوتی دارند که بر رفتارهای روانی و ورزشی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. افراد چاق بیشتر با طرحواره‌های منفی و خودکنترلی پایین‌تری روبه‌رو هستند، در حالی که افراد لاغر و متناسب، خودکنترلی بالاتری دارند. همچنین زنان معمولاً از خودکنترلی بیشتری نسبت به مردان برخوردارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ترکیب بدنی و جنسیت با طرحواره‌ها و خودکنترلی مرتبط‌اند و بر مشارکت در فعالیت‌های ورزشی اثر می‌گذارند؛ بنابراین مداخلات روان‌شناختی مانند طرحواره‌درمانی و آموزش خودکنترلی برای بهبود سبک زندگی به‌ویژه در افراد چاق توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش علاوه بر نوشتن راهنما در ابتدای پرسشنامه، در اجرای پژوهش هدف از اجرا به‌روشنی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که یافته‌های آنان محرمانه است و در مقاله بدون ذکر اطلاعات شخصی آن‌ها به چاپ خواهد رسید. سپس شرکت‌کنندگان فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. علاوه بر این، در تمام متن مقاله امانت‌داری در استفاده از منابع داخلی و خارجی و دقت در استناددهی رعایت شده است. پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی اصیل با کد اخلاق IR.SSRI.REC.1401.1868 است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان سهمی مساوی در ایده‌پردازی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نوشتن مقاله، بازبینی و ویرایش، مرور ادبیات و مدیریت پروژه بر عهده داشتند. این مطالعه با هزینه شخصی پژوهشگران انجام گرفت و در هیچ‌یک از مراحل انجام این پژوهش هیچ‌گونه منابع مالی دریافت نشد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر از همه ورزشکاران و افرادی که به عنوان نمونه در این مطالعه شرکت کردند و موجبات انجام تحقیق را فراهم نمودند، کمال تشکر و قدردانی دارند.

منابع

1. Mostafaloo A. The effect of one session massage in the lower limb muscle on flexibility, power and agility tests performance in soccer players. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2022;10(2):17-24. doi: [10.29252/jmj.10.2.17](https://doi.org/10.29252/jmj.10.2.17)
2. Esfahani N, Ghezelsofloo H.R, Mostafaloo A. The effect of behavioral characteristics and pre-competition anxiety on self-confidence and success of elite individual athletes. *Journal of Contemporary Research in Sports Management*. 2012; 3(2): 117-128. https://jcr.sbu.ac.ir/article_99595.html
3. Homan KJ, Tylka TL. Self-compassion moderates bodycomparison and appearance symptoms of university students. *Journal of Adult Development*. 2021; 28(1): 15-24. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09352-2>.
4. Asemi Zavareh N, Ghazanfari F, Rezaei F. The Role of Childhood Trauma on Obesity with Mediating Early Maladaptive Schema and Self-compassion. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*. 2023; 11(4): 55-68. <https://doi.org/10.22034/IJP.11.4.55>.
5. Pak Andish S, Kraskian A, Jamhari F. The Effectiveness of Schema Therapy in Emotional Regulation and Band on Body Mass Index of obese Women. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2023; 10(3): 10-19. <https://doi.org/10.22034/IJRN.9.3.2>.
6. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*. 2015; 39: 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>.
7. Turner, M. J., Aspin, G., & Gillman, J. Maladaptive schemas as a potential mechanism through which irrational beliefs relate to psychological distress in athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 2019; 44: 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.04.015>.
8. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2005. https://books.google.com/books/about/Schema_Therapy.html?id=vScjGGgJEZgC
9. Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P. et al. The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 26, 519–530 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1016231902020>
10. Achtziger A, Hubert M, Kenning P, Raab G, Reisch L. Debt out of control: The links between self-control, compulsive buying, and real debts. *Journal of economic psychology*. 2015; 49: 141-9. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2015.04.003>
11. Zahiri, M; Tahmasebi Boroujeni, Sh; Shahbazi, M; & Saemi, E. The Effect of Self-Control of Task Difficulty During the Early and Late Practice on Motor Learning. *Motor Behavior*, 2023; 15(53): 49-68. doi: [10.22089/MBJ.2022.11137.1999](https://doi.org/10.22089/MBJ.2022.11137.1999).
12. Jafari A, Eskandari N, Ghandani M. Comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies between obese and normal weight women. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2020; 8(4):31-40. <http://ijnv.ir/article-1-672-en.html>
13. Khademloo M, Mahmudi G, Shafiee S. Comparison of primary maladaptive Schema in patients under methadone maintenance treatment and healthy people in MMT clinics. *J Emerg Health Care* 2018; 7 (1) :14-22. <http://intjmi.com/article-1-297-en.html>
14. Pashangian, N., Keykhosrovani, M., Amini, N., & Abbasi, M. Intervention in Impulsivity and Self-Control of Adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Effectiveness and Effectiveness of Schema Modes Therapy and Impulse Control Training. *Journal of School Psychology*. 2022; 11(2): 21-38. doi: [10.22098/jsp.2022.1722](https://doi.org/10.22098/jsp.2022.1722).

15. Botter, L., Gerritsen, D. L., & Oude Voshaar, R. C. Schema Therapy in the Nursing Home Setting: A Case Study of a Cognitively Impaired Patient. *Clinical Case Studies*, 2022; 21(6): 552-570. <https://doi.org/10.1177/15346501221091790>.
16. Bertrams A. The Cognitive Association Between Effortful Self-Control and Decreased Vitality. *Front. Psychol.* 2021; 12: 63-72. doi: [10.3389/fpsyg.2021.631914](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631914).
17. Bertrams, Alex. A Schema-Activation Approach to Failure and Success in Self-Control. *Front. Psychol., Sec. Theoretical and Philosophical Psychology*, 2020; 11: 2256-2268. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02256>.
18. Shrivastava O, Sharma P. Influence of parenting on maladaptive schemas and emotion regulation in adolescents presenting with self-injurious behavior in a tertiary care hospital of North India. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health*. 2022; 18: 70-81. doi:[10.1177/09731342221120714](https://doi.org/10.1177/09731342221120714).
19. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, Carty C, Chaput JP, Chastin S, Chou R, Dempsey PC. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*. 2020; 54(24): 1451-62. doi: [10.1136/bjsports-2020-102955](https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955)
20. da Silveira Castanheira LF, Penna EM, Franco EC, Coswig VS. Training load monitoring and physiological responses to RX CrossFit training. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023; 23(5): 1076-85. doi: [10.7752/jpes.2023.05134](https://doi.org/10.7752/jpes.2023.05134).
21. Jayanthi N, Pinkham C, Dugas L, Patrick B, Labella C. Sports specialization in young athletes: evidence-based recommendations. *Sports Health*. 2013; 5(3): 251–257. doi: [10.1177/1941738112464626](https://doi.org/10.1177/1941738112464626)
22. Gabbett T, Sancho I, Dingenen B, Willy RW. When progressing training loads, what are the considerations for healthy and injured athletes?. *British Journal of Sports Medicine*. 2021; 55(17): 947-8. doi: [10.1136/bjsports-2020-103769](https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103769)
23. Tangney, J., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*. 2004; 72: 271–324. doi: [10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x](https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x)
24. Divandari, H., Ahi, G. H., Akbari, H., Mahdian, H. Young Schengen Questionnaire (SQ-SF): A Survey of Psychometric Properties and Factor Structure among Students of Islamic Azad University. Kashmar Branch: *Scientific Journal of Education Research*. 2009; 5(20): 103-133. <https://sanad.iau.ir/Journal/educ/Article/941160>
25. Poorabed, H, Bahrami, F. Relationship between Early Maladaptive Schemas and Social Anxiety among Athletes: The Mediating Role of Physical Self-Concept. *Sport Psychology Studies*. 2022; 10(38): 157-68. doi: [10.22089/SPSYJ.2021.10332.2142](https://doi.org/10.22089/SPSYJ.2021.10332.2142).
26. Ranjbar Noushari F, Basharpour S, Hajloo N, Narimani M. The Effect of Emotion Regulation Skills' Training on Self-Control, Eating Styles and Body Mass Index in Overweight Students. *Iran Journal Health Educ Health Promot* 2018; 6(2): 125-133. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-820-en.html>
27. Ghorbanzadeh, B., and Lotfi, M. The Effect of Physical Exercise on Self-Control Skills and Aggression among Addicted Women. *Journal of Sport Psychology Studies*. 2017; 21: 43-60. doi: [10.22089/spsyj.2017.3830.1388](https://doi.org/10.22089/spsyj.2017.3830.1388).
28. Najjar Kakhki, I, Kalhornia Golkar, M, Nezhadmohamad Nameghi, A, Mohammadi Shirmahaleh F, Valizadeh, M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023; 10(1): 75-89. doi: [10.22059/JAPR.2023.323269.643831](https://doi.org/10.22059/JAPR.2023.323269.643831).