

بررسی رابطه ی نگرش خوردن و خود تنظیمی با سبک زندگی در زنان چاق و عادی

آذرمیدخت رضایی^۱، فریبا اسفندیاری تشویه*^۲ و سیروس سروقد^۳

چکیده

چاقی اصطلاحی پزشکی است که حالتی از افزایش وزن بدن (بافت چرب) را توصیف می کند که می تواند پیامدهای ناخوشایندی برای سلامتی داشته باشد. هدف از این پژوهش بررسی رابطه ی بین نگرش خوردن، خود تنظیمی با ابعاد سبک زندگی در زنان چاق و عادی شهر شیراز بود. جامعه ی آماری شامل کلیه ی زنان شهر شیراز بود که تعداد ۲۰۲ نفر از آن ها (۱۰۱ نفر با اضافه وزن و چاقی و ۱۰۱ نفر با وزن عادی) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده با استفاده از پرسشنامه های نگرش خوردن، خود تنظیمی و سبک زندگی جمع آوری شد. داده های تن سنجی بر اساس شاخص توده ی بدنی (BMI)^۴ و با همکاری کارشناس تغذیه محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده ها بر حسب ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج یافته ها نشان داد که بین نگرش خوردن و ابعاد سبک زندگی و نگرش خوردن و خود تنظیمی رابطه ی منفی معنی دار وجود دارد. بین خود تنظیمی و ابعاد سبک زندگی رابطه ی مثبت معنی دار دیده شد. این یافته ها همچنین نشان داد که در مقایسه ی نگرش خوردن، خود تنظیمی و ابعاد سبک زندگی در زنان چاق و عادی تفاوت معنی دار وجود دارد.

واژه های کلیدی: نگرش خوردن، خود تنظیمی، سبک زندگی، چاقی.

^۱ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت

^۲ - کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

*- نویسنده مسئول مقاله : Email: esfandyari86@yahoo.com

^۳ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت

^۴ - Body Mass Index

پیشگفتار

شیوع بالای چاقی یک مشکل عمومی سلامتی را نشان می‌دهد که زمینه‌ساز بیماری و مرگ و میر قلبی و عروقی است. مطالعه‌ی قلب فرامینگهام نشان می‌دهد که ۶۵ درصد از عوامل خطرآفرین فشار خون در زنان و ۷۸ درصد در مردان به چاقی مرتبط است (احدی، ۱۳۸۶).

برخی از تأثیرات محیطی مرتبط با چاقی عبارتند از: روش‌های فرزند پروری و تغذیه‌ی کودک، جایگاه پایین اجتماعی-اقتصادی و سبک زندگی. ژن‌های جمعی ما در بیست و پنج سال اخیر که میزان چاقی فزونی یافته، تغییر چشمگیری نکرده‌اند. مقصر اصلی محیطی است که از یک سو پرخوری و از سوی دیگر نافع‌الی را تشویق می‌کند (ریو، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۵).

چاقی افزون بر بیماری‌های جسمانی می‌تواند با شیوع بالای اختلالات روانی همراه باشد. میزان برخی از انواع اختلالات، مانند: اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلالات شخصیتی و نیز رفتارهای پرخطر (مصرف الکل و سیگار) در افراد چاق یا دارای اضافه وزن بیش از دیگران است. توجیه پژوهشگران این است که یک اختلال رفتاری مشترک باعث ابتلای این افراد به این دو عارضه یعنی چاقی و بیماری روانی شده است. برای مثال، نداشتن خودتنظیمی کافی در رفتار باعث شده که این افراد مهارت کافی برای رویارویی با تنش نداشته باشند و در مواجهه با کوچک‌ترین تنش، به جای رویارویی منطقی با آن، به پرخوری و بدخوری یا مصرف سیگار و الکل بپردازند و این موجب بروز مشکلات جسمی نیز برای آن‌ها می‌شود (صفوی فرد، ۱۳۸۷).

اضافه وزن مشکلی است که به سختی می‌توان با آن مقابله کرد و با وجود هزینه و تلاش‌های فراوانی که هر ساله برای لاغر شدن صرف می‌شود، درصد محدودی از افراد می‌توانند از عهده‌ی این کار برآیند. از میان عوامل روانی چاقی می‌توان به فقدان کنترل تکانه، ناتوانی در به تأخیر انداختن نیازها و رفتارهای غیرانطباقی خوردن اشاره کرد (کارلسون، ترجمه‌ی پژهان، ۱۳۷۸).

عوامل محیطی که بر رفتار خوردن تأثیر می‌گذارند عبارتند از: وقت روز، تنش و ظاهر و مزه‌ی غذا. رفتار خوردن اغلب یک فرصت اجتماعی است. اگر خوردن، رفتاری مهم برای گروه باشد، در این صورت فشار گروهی می‌تواند علامت خوردن قوی‌تر از فیزیولوژی فرد باشد. خوردن در زندگی کودکان نیز رفتاری مهم است و کودکان غذاهایی را که افراد مورد علاقه‌ی آن‌ها می‌خورند، ترجیح می‌دهند (ریو، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۵).

مطالعات زیادی نتیجه گرفته‌اند که باورهای خودکارآمدی پیش‌بینی کننده ی رفتارهای وابسته به سلامتی، مثل مهار وزن، رفتار خوردن، ورزش و ترک سیگار هستند. توانایی خود مهارگری خوردن به عنوان کاربرد خود کارآمدی در مهار وزن این گونه تعریف شده است: قضاوت فرد در مورد توانایی‌اش برای مقابله ی کار آمد در شرایطی که خطر پرخوری در آن بالاست (بابایی، ۱۳۸۵).

افراد دارای خودکارآمدی بالاتر، هدف های چالش برانگیز و بالاتری اتخاذ می‌کنند و نسبت به آن ها به گونه ی پایدارتری متعهد هستند. افراد دارای خود کارآمدی پایین به آسانی به وسیله ی موانع یا شکست‌ها دلسرد می‌شوند. افراد خود نظم دهنده، ابتدا رفتار خود را مورد بازبینی قرار می‌دهند و در کنار این بازبینی رفتارهای خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند. به بیان دیگر، براساس معیارها و هدف هایی که برای خود برگزیده‌اند، تعیین می‌کنند که کدامیک از رفتارها با معیارها و هدف های شخصی‌شان هماهنگی دارد و کدامیک از آن ها ناهماهنگ است. پس براساس قضاوت ها، نسبت به خود واکنش نشان می‌دهند. به بیان دیگر، برای آن رفتارها خود را تنبیه می‌کنند یا پاداش می‌گیرند (باندورا^۱، ۱۹۹۷).

زیجسترا^۲ و همکاران (۲۰۰۵) در یک پژوهش طولی بر روی بیماران چاق لاپراسکوپی معده ی بیمارستان آنتونیوس^۳ اتریش^۴، ارتباط بین کاهش وزن و باورهای خود تنظیمی پیش و پس از لاپراسکوپی معده را مورد بررسی قرار دارند. در این پژوهش ۶ ماه پیش و یک سال پس از جراحی، پرسشنامه ی شناختی چاقی و مقیاس خود کارآمدی رفتار خوردن، به وسیله ی ۷۷ بیمار پر شد، نتایج بدست آمده نشان داد که میانگین^۵ BMI بیماران یک سال پیش از جراحی ۳۸ بود که باورهای خود تنظیمی نتوانستند نتایج وزن را پیش بینی کنند، اما پیوستار باورهای خود تنظیمی و خودکارآمدی و پیامدهای روان شناختی به صورت یک رابطه ی مستقیم مثبت تغییر یافت.

یوکو و همکاران^۶ (۱۹۹۸) پژوهشی روی ۶۳ بیمار با اختلال خوردن (۳۴ بیمار با بی‌اشتهایی روانی، ۲۹ بیمار با پراشتهایی روانی) و ۴۵ فرد سالم انجام دادند و ارتباط بین

^۱- Bandura

^۲- Zijstra

^۳- Antonius

^۴- Utrecht

^۵- Body Mass Index

^۶- Yoko

نگرش خوردن و حالات روان شناختی آنان را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش از چهار آزمون نگرش خوردن، افسردگی، اضطراب و تکانشگری استفاده شد، نتایج بدست آمده نشانه دهنده ی آن بود که بیماران با اختلال خوردن در تمام سطوح روان شناختی، افسردگی، اضطراب و تکانشگری به گونه ی چشمگیری از گروه کنترل بالاتر بودند.

به منظور تعیین ارتباط میان چاقی و سایر عوامل مرتبط (جنس، تأهل، تحصیلات و فعالیت فیزیکی) در بزرگسالان تهرانی، آزاد بخت و همکاران (۱۳۸۰) پژوهشی روی ۹۹۸۴ نفر (۴۱۶۴ مرد و ۵۸۲۰ زن) ۲۰ تا ۷۰ ساله انجام دادند که یافته‌های این پژوهش بیانگر این بود که شیوع چاقی در بزرگسالان تهرانی در حد بالایی است و ارتباط قوی میان چاقی و عوامل مرتبط با شیوه‌ی زندگی، میزان فعالیت بدنی، تحصیلات و تأهل را تأیید کرد.

کوپر^۱ (۲۰۰۵) رابطه‌ی باورهای اساسی با نگرش خوردن را در مورد ۵۶ داوطلب مرد بررسی کرد. نتایج بدست آمده نشان داد که نگرش‌های خوردن در نمونه‌ای از دانشجویان مرد به بهترین شکل به وسیله ی باورهایی درباره‌ی وزن، اندام و کنترل خوردن پیش‌بینی گردید.

در بررسی ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان، صمیمی و همکاران (۱۳۸۴) مطالعه‌ای در مورد یک نمونه‌ی ۱۳۰۰ نفری از دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی در یکی از مقاطع تحصیلی که پیش از پذیرش در دانشگاه فاقد اختلالات روانی، بیماری مزمن و معلولیت بودند، انجام دادند. این نمونه شامل ۸۴۶ دختر و ۴۳۶ پسر در محدوده‌ی سنی ۱۸-۴۴ بودند که تعداد ۴۸۶ نفر ساکن خوابگاه و ۸۱۴ نفر غیر خوابگاهی بودند. براساس نتایج پژوهش، سلامت عمومی با ورزش، تغذیه، سیگار کشیدن، رعایت اصول ایمنی، کنترل تنش و جنس دانشجویان ارتباط معنی‌دار و با سن، دانشکده ی محل تحصیل و وضعیت سکونت ارتباط نداشت. سلامت عمومی با ابعاد سبک زندگی ارتباط معکوس معنی‌دار داشت.

بهرامی نژاد و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای تأثیر آموزش خانواده- مدار و فرد- مدار را بر کاهش توده‌ی بدنی و سبک زندگی مقایسه کردند. این مطالعه که از نوع نیمه تجربی بود، روی ۹۱ نفر با اضافه وزن و چاقی انجام شد. شرکت کنندگان به روش غیر تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. مداخله شامل مشاوره جهت تغییر عادت غذایی و سبک زندگی در گروه فرد- مدار و خانواده - مدار اجرا شد. نتایج بدست آمده نشان داد که

^۱ - Cooper

میانگین شاخص توده‌ی بدنی در هر گروه کاهش معنی‌دار داشت، به احتمال زیاد، هر دو شیوه‌ی مداخله‌ی فرد - مدار و خانواده - مدار با تمرکز بر اصلاح رژیم غذایی و بهبود فعالیت‌های فیزیکی، در صورت داشتن جلسات پی‌گیری منظم می‌توانند روشی مؤثر جهت کاهش عوامل خطر زای بیماری‌های قلبی و عروقی باشند.

با توجه به شیوع بالای اضافه وزن و چاقی در زنان ایران و ارتباط تنگاتنگ آن با نگرش خوردن، خود تنظیمی و سبک زندگی برآن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه‌ی بین نگرش خوردن، خود تنظیمی با ابعاد سبک زندگی در زنان چاق و عادی شهر شیراز در سال ۱۳۸۸ انجام دهیم. این پژوهش فرضیه‌های زیر را مورد بررسی قرار داد.

- ۱- بین نگرش خوردن و ابعاد سبک زندگی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین خود تنظیمی و ابعاد سبک زندگی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین نگرش خوردن و خود تنظیمی رابطه وجود دارد.
- ۴- بین نگرش خوردن در افراد چاق و عادی تفاوت وجود دارد.
- ۵- بین خود تنظیمی در افراد چاق و عادی تفاوت وجود دارد.
- ۶- بین سبک زندگی در افراد چاق و عادی تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه و نمونه ی آماری

این پژوهش یک مطالعه ی همبستگی است و تمامی زنان چاق و عادی شهر شیراز در سال ۱۳۸۸ جامعه ی آماری این پژوهش را تشکیل می‌داد که از بین آن‌ها نمونه ای به تعداد ۲۰۲ نفر (۱۰۱ نفر با اضافه وزن و چاقی و ۱۰۱ نفر با وزن عادی) که در محدوده‌ی سنی ۲۰-۳۵ سال قرار داشتند، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. شاخص توده‌ی بدنی (BMI) از تقسیم وزن به کیلوگرم به مجذور قد برحسب متر مربع محاسبه شد که قد افراد با استفاده از متر پارچه ای و وزن با ترازوهای استاندارد شده اندازه گرفته شد. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ و براساس BMI مقادیر بین ۲۵ تا ۳۰ اضافه وزن و مقادیر بین ۳۰ تا ۳۵ چاق نامیده شدند.

^۱ - World Health Organization

ابزار پژوهش

در این پژوهش از سه پرسشنامه ی زیراستفاده شد:

الف - پرسشنامه خود تنظیمی SRQ^۱: این پرسشنامه، یک پرسشنامه ی ۳۱ ماده ای است که از پرسشنامه ی خودتنظیمی ۶۳ ماده ای (براون^۲ و همکاران، ۱۹۹۱) گرفته شده است. کری، نیل و کالینز^۳ (۲۰۰۴) یک تحلیل عاملی (اکتشافی) بر SRQ ۶۳ ماده ای انجام دادند که نتایج این تحلیل، مقیاس هفت عاملی را تأیید نکرد، اما ۳۱ ماده از ۶۳ ماده ی آن معنی دار بود و این باعث توسعه ی فرم کوتاه ۳۱ ماده ای از SRQ گردید. SRQ همبستگی زیادی با SRQ اصلی (۶۳ ماده ای) دارد و همسانی خوبی نشان می دهد. SRQ یک نمره ی کمی از خود تنظیمی ارائه می دهد. گزینه های آن از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود و مجموع آن ها کل نمره را بیان می کند. پایایی این مقیاس به وسیله ی پژوهشگر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه گردیده است.

ب- پرسشنامه سنجش سبک زندگی: این پرسشنامه ی با اقتباس از دو ابزار ارزیابی سبک زندگی (بروکنر^۴، ۱۹۹۷) و ابزار بررسی سبک زندگی انستیتوی سلامت (راشل و کارلز^۵، ۱۹۹۹) و تغییراتی که به وسیله ی پژوهشگران در آن داده شد، تهیه شده است. سؤالات این ابزار در ۴ بخش مربوط به ۴ بعد سبک زندگی است و نمره گذاری آن نیز مانند ابزار انستیتوی سلامت بر مبنای لیکرت می باشد، به این صورت که: به پاسخ (همیشه) نمره ی ۴، (بیش تر اوقات) نمره ی ۳، (معمولاً) نمره ی ۲، (بعضی وقت ها) نمره ی ۱ و به پاسخ (هرگز) نمره ی صفر داده می شود. بخش نخست پرسشنامه مربوط به سبک زندگی در بعد فعالیت فیزیکی و ورزش است و شامل ۹ مورد و ۳۶ امتیاز است. نمره ها بین (۰-۱۱) به عنوان نامطلوب، نمره های بین (۱۲-۲۳) به عنوان تا حدی مطلوب و نمره های بین (۲۴-۳۶) به عنوان مطلوب در نظر گرفته می شود. بخش دوم پرسشنامه سؤالات مربوط به سبک زندگی در بعد تغذیه است و شامل ۱۳ سؤال و ۵۲ امتیاز است. نمره های بین (۰-۱۷) به عنوان نامطلوب، نمره های بین (۱۸-۳۵) به عنوان تا حدودی مطلوب و نمره های بین (۳۶-۵۲) به عنوان مطلوب در نظر گرفته می شود.

^۱-Self Regulation Questionnaire

^۲-Brown

^۳- Carey, Neal &Collins

^۴-Brukner

^۵-Russel & Carls

بخش سوم پرسشنامه مربوط به سبک زندگی در بعد رعایت اصول ایمنی و دارای ۴ سؤال و ۱۶ امتیاز است، نمره های بین (۵-۰) به عنوان نامطلوب، بین (۱۰-۶) به عنوان تا حدی مطلوب و نمره های بین (۱۶-۱۱) به عنوان مطلوب در نظر گرفته می شود. بخش چهارم پرسشنامه مربوط به کنترل تنش است که دارای ۱۱ سؤال و ۴۴ امتیاز است. نمره های بین (۱۴-۰) به عنوان نامطلوب، بین (۲۸-۱۵) به عنوان تا حدی مطلوب و نمره های بین (۴۴-۲۹) به عنوان مطلوب در نظر گرفته می شود. اعتبار علمی این ابزار با روش اعتبار محتوی سنجیده شد به این ترتیب که ابتدا با مراجعه به منابع علمی موجود و ابزارهای مورد استفاده در پژوهش های مشابه و بهره گیری از نظر اساتید راهنما، مشاور و مشاور آمار، ابزار اولیه تنظیم گردید. سپس جهت نظرسنجی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار داده شد. پس از جمع آوری و اعمال نظرات، ابزار تهیه شده در کمیته ی امور پژوهشی مطرح و مورد بررسی نهایی قرار گرفت و در پایان، استفاده از ابزار به وسیله ی شورای تحصیلات تکمیلی مورد تایید قرار گرفت. پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ محاسبه شد (به نقل از صمیمی، ۱۳۸۴).

ج- پرسشنامه نگرش خوردن^۱ EAT-26: پرسشنامه ی نگرش های خوردن یا EAT در سطحی گسترده به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی^۲ برای نگرش ها و رفتارهای بیمار گونه ی خوردن بکار می رود و افراد سالم را از افراد مبتلا به بی اشتها، پر اشتها و چاقی تفکیک می کند و بنظر می رسد بهترین پرسشنامه موجود برای ارزیابی رفتارها و نگرش های بیمارگون خوردن، باشد. این پرسشنامه به وسیله ی گرنر و گریفینکل (۱۹۷۹) ساخته شده است و دارای دو فرم ۴۰ ماده ای و ۲۶ ماده ای است. گرنر و همکاران (۱۹۸۲) پس از انجام تحلیل عاملی در مورد EAT متوجه شدند که ۱۴ مورد از عبارت های EAT_40 ضروری نیستند، با حذف این عبارت ها EAT_26 بدست آمد که همبستگی کامل با EAT_40 داشت ($r=0/98$). این پرسشنامه به وسیله ی دژکام و همکاران (۱۳۷۹) در ایران ترجمه و اعتباریابی شده است. هر یک از آیتم های EAT بر اساس مقیاس لیکرت^۳ درجه بندی می شود. برای هر عبارت، پاسخ همیشه ۳ نمره، بیش تر اوقات ۲ نمره، خیلی اوقات ۱ نمره می گیرد و سه گزینه ی، گاهی اوقات،

^۱ - Eating Attitude Test

^۲ - Self- Rating

^۳ - Likert Scale

بندرت، هرگز، نمره‌ی صفر می‌گیرند. ضریب پایایی با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه شد. بر اساس نتایج بدست آمده، همبستگی بین نمره‌های ناشی از اجرای دو مرحله پرسشنامه EAT در گروه مورد مطالعه ۰/۹۱ بدست آمده است که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد (به نقل از عظیم‌زاده، ۱۳۸۷).

روش اجرا: پس از مشاوره با کارشناس تغذیه و محاسبه‌ی شاخص توده‌ی بدنی (BMI) که از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم به مجذور قد بر حسب متر مربع محاسبه گردید (قد افراد با استفاده از متر پارچه‌ای و وزن با ترازوهای استاندارد شده اندازه گرفته شد)، بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ و بر اساس BMI مقادیر بین ۲۵ تا ۳۰ اضافه وزن و مقادیر بین ۳۰ تا ۳۵ چاق نامیده شدند. به این ترتیب زنان چاق و عادی محدوده‌ی سنی ۲۰-۳۵ شناسایی گردیدند و پرسشنامه‌های نگرش خوردن، خود تنظیمی و سبک زندگی را تکمیل نمودند. مدت زمان پاسخگویی به این پرسشنامه بیشینه ۲۰ دقیقه به طول انجامید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار استنباطی، برای ارتباط بین متغیرها، ضریب همبستگی پیرسون و جهت بررسی تفاوت بین میانگین‌ها، آزمون تی با نرم افزار SPSS بکار گرفته شد.

یافته‌ها

فرضیه‌ی ۱- بین نگرش خوردن و ابعاد سبک زندگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد.

جدول ۱- ضریب همبستگی بین نگرش خوردن با ابعاد سبک زندگی

ابعاد سبک زندگی	فعالیت فیزیکی	کنترل تنش	عادات غذایی	رعایت ایمنی
کنترل تنش	$r=0/50$ $P=0/0001$	—		
عادات غذایی	$r=0/52$ $P=0/0001$	$r=0/70$ $P=0/0001$	—	
رعایت ایمنی	$r=0/49$ $P=0/0001$	$r=0/68$ $P=0/0001$	$r=0/74$ $P=0/0001$	—
نگرش خوردن	$r=-0/08$ $P=NS$	$r=0/29$ $P=0/0001$	$r=-0/25$ $P=0/0001$	$r=-0/35$ $P=0/0001$

¹ -World Health Organization

همان گونه که جدول ۱- نشان می دهد، بین نگرش خوردن و ابعاد سبک زندگی به استثنای ورزش و فعالیت فیزیکی، رابطه ی معکوس و معنادار در سطح یک هزارم وجود دارد.

فرضیه ی ۲- بین خود تنظیمی و ابعاد سبک زندگی رابطه ی معنادار وجود دارد.

جدول ۲- ضریب همبستگی خود تنظیمی و ابعاد سبک زندگی

ابعاد سبک زندگی	فعالیت فیزیکی	کنترل تنش	عادات غذایی	رعایت ایمنی
کنترل تنش	$r=0/50$ $P=0/0001$	—		
عادات غذایی	$r=0/52$ $P=0/0001$	$r=0/70$ $P=0/0001$	—	
رعایت اصول ایمنی	$r=0/49$ $P=0/0001$	$r=0/68$ $P=0/0001$	$r=0/74$ $P=0/0001$	—
خود تنظیمی	$r=0/40$ $P=0/0001$	$r=0/68$ $P=0/0001$	$r=0/61$ $P=0/0001$	$r=0/67$ $P=0/0001$

بر اساس جدول ۲- ملاحظه می شود بین خود تنظیمی و ابعاد سبک زندگی رابطه ی مستقیم و معنادار در سطح یک هزارم وجود دارد.

فرضیه ی ۳- بین نگرش خوردن و خود تنظیمی رابطه ی معنادار وجود دارد.

جدول ۳- ضریب همبستگی بین نگرش خوردن و خود تنظیمی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
نگرش خوردن	۲۰۴	۱۹/۳۶	۱۱/۴	-۰/۴۷	۰/۰۰۰۱
خود تنظیمی	۲۰۴	۱۰۱/۶۳	۲۰/۴		

نتایج مندرج در جدول ۳- نشان می دهد که بین نگرش خوردن و خود تنظیمی رابطه ی معکوس و معنادار در سطح یک هزارم وجود دارد.

فرضیه ی ۴- بین نگرش خوردن در افراد چاق و عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴- آزمون t مستقل برای مقایسه ی نگرش خوردن در زنان چاق و عادی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه ی آزادی	سطح معناداری
عادی	۱۰۲	۱۴/۳۴	۹/۱	۶/۹۶	۲۰۲	۰/۰۰۰۱
چاق	۱۰۲	۲۴/۳۷	۱۱/۳			

بر اساس جدول ۴- t، مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح یک هزارم بزرگ تر بوده است، بنابراین بین نگرش خوردن در زنان چاق و عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

فرضیه ی ۵ - بین خود تنظیمی در افراد چاق و عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵- آزمون t مستقل برای مقایسه ی خود تنظیمی در زنان چاق و عادی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه ی آزادی	سطح معناداری
عادی	۱۰۲	۱۱۲/۲۵	۱۲/۶۸	۸/۷۰	۲۰۲	۰/۰۰۰۱
چاق	۱۰۲	۹۱/۰۲	۲۱/۱۲			

بر اساس جدول ۵- t، مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح یک هزارم بزرگ تر بوده است، بنابراین بین خود تنظیمی در زنان چاق و عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

فرضیه ی ۶- بین سبک زندگی در افراد چاق و عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۶- آزمون t مستقل برای مقایسه ی ابعاد سبک زندگی در زنان چاق و عادی

ابعاد سبک زندگی	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه ی آزادی	سطح معناداری
فعالیت فیزیکی	عادی	۱۰۲	۱۴/۹۱	۷/۲	۸/۲۵	۲۰۲	۰/۰۰۰۱
	چاق	۱۰۲	۶/۶۳	۷/۱			
کنترل تنش	عادی	۱۰۲	۲۶/۳۶	۶/۷	۷/۹۷	۲۰۲	۰/۰۰۰۱
	چاق	۱۰۲	۱۷/۴۸	۹/۱			
عادات غذایی	عادی	۱۰۲	۳۳/۰۳	۸	۷/۳۹	۲۰۲	۰/۰۰۰۱
	چاق	۱۰۲	۲۳/۴۲	۱۰/۶			
رعایت اصول ایمنی	عادی	۱۰۲	۱۱/۹۰	۲/۷	۷/۵۰	۲۰۲	۰/۰۰۰۱
	چاق	۱۰۲	۸/۰۷	۴/۴			

بر اساس جدول ۶- t، مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح یک هزارم بزرگ تر بوده است، بنابراین بین ابعاد سبک زندگی در زنان چاق و عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که بین نگرش خوردن و سبک زندگی در ابعاد کنترل تنش، تغذیه و عادات غذایی و رعایت اصول ایمنی رابطه‌ی منفی معنا دار وجود دارد. به بیان دیگر، زنانی که نگرش طبیعی خوردن دارند، دارای سبک زندگی مطلوب در ابعاد کنترل تنش، تغذیه و عادات غذایی و رعایت اصول ایمنی هستند و نیز نتایج مندرج در همین جدول نشان می‌دهد بین نگرش خوردن و سبک زندگی در بعد ورزش و فعالیت فیزیکی رابطه‌ی معنا دار وجود ندارد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های یوکو و همکاران (۱۹۹۸) که بیان داشتند، افراد با نگرش غیر طبیعی خوردن در تمام سطوح روان شناختی از جمله تنش از گروه کنترل بالاتر بودند، همسو و مشابه است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که بسیاری از بیماری ها از جمله چاقی و اختلال خوردن به گونه ی مستقیم یا غیرمستقیم از سبک زندگی فرد ناشی شده و یا تحت تأثیر آن قرار دارد و یا دست کم، سبک زندگی در تشدید و دوام آن نقش دارد. آنچه زمینه‌ی بروز نگرش غیر طبیعی خوردن را فراهم می‌کند، سبک زندگی فرد و ناتوانی وی در رویارویی با مشکلات است. آدلر بر این باور بود که افرادی که سبک زندگی مفید دارند، عالی ترین شکل انسانیت را در فرآیند تکامل نشان می‌دهند و به احتمال زیاد به دنیای آینده رونق می‌بخشند (شولتز و شولتز ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱)، بنابراین می‌توان گفت سبک زندگی مطلوب به مقدار زیادی تحت تأثیر باورها و نگرش‌های طبیعی خوردن می‌باشد.

نتایج ضریب همبستگی (جدول ۲) نشان می‌دهد بین خود تنظیمی و سبک زندگی در ابعاد ورزش و فعالیت فیزیکی، کنترل تنش، تغذیه و عادات غذایی و رعایت اصول ایمنی رابطه‌ی مثبت معنا دار وجود دارد. از نتایج بدست آمده چنین برداشت می‌شود که افراد خود تنظیم گر دارای خود تنظیمی عملکرد که مشتمل بر ارزشیابی از خود و خود کارآمدی است، خود تنظیمی محیط خود^۱ که در برگیرنده‌ی تنظیم مهارت ها، فعالیت ها، جنبه‌ی فیزیکی محیط است و خود تنظیمی رفتاری^۲ که شامل خود ارزیابی چرخه‌ای در مورد قضاوت از خود در ارتباط با توانایی ها و پیشرفت هاست، می‌باشند. این افراد توانایی برنامه‌ریزی و بازبینی انعطاف پذیرانه‌ی رفتار خویش را در صورت تغییر شرایط دارند و می‌توانند برای دستیابی به پیامدی مطلوب، ارضای هدف های کوتاه مدت

^۱- Environmental self regulation

^۲- Behavioral self regulation

را به تأخیر بیندازند (براون^۱ ۱۹۹۸). بنابراین مهارت های خود تنظیمی بالا می توانند جهت گیری هدف و ایجاد یک سبک زندگی مطلوب را تسهیل کنند.

بر اساس جدول ۳ ضریب همبستگی می توان نتیجه گرفت، بین نگرش خوردن و خود تنظیمی رابطه منفی معنی دار وجود دارد و نتایج آن با یافته های کوپر (۲۰۰۵) که نشان داد نگرش های خوردن در دانشجویان به بهترین شکل به وسیله ی خود تنظیمی خوردن و باورهای درباره ی وزن و اندام پیش بینی می شود، همسو می باشد. باورهای خود تنظیمی پیش بینی کننده ی رفتارهای وابسته به سلامتی مثل مهار وزن، رفتار خوردن و ورزش هستند. توانایی خود مهارگری خوردن چنین تعریف می شود: قضاوت فرد در مورد توانایی اش برای مقایسه ی کارآمد در شرایطی که خطر پر خوری در آن بالاست (بابایی، ۱۳۸۵).

جهت توجیه این یافته ها می توان چنین استنباط کرد، افرادی که نگرش طبیعی به خوردن دارند، دارای خود تنظیمی در رفتار خوردن و احساس خود کار آمدی در تنظیم وزن و حفظ شاخص توده ی بدنی می باشند و افرادی که نگرش غیرطبیعی خوردن دارند، در تنظیم رفتار خوردن احساس نومیدی و ناکارآمدی می کنند.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهد که در نگرش خوردن بین زنان چاق و عادی تفاوت وجود دارد. این داده ها با پژوهش های ایپن و همکاران (۲۰۰۵) که نشان دادند نگرش های غیر طبیعی خوردن به گونه ی چشمگیری با سن و شاخص توده ی بدنی (BMI) افزایش می یابد، همسو می باشد. چیمه (۱۳۸۲) بر این باور است که در افراد چاق و بسیار چاق در مقایسه با افراد عادی، نگرش غیرطبیعی نسبت به خوردن بیش تر است. افراد چاق اظهار می کنند که وقتی تنیده و مضطرب هستند، بیش تر غذا می خورند. نتایج آزمایشگاهی نیز این گزارش را تأیید می کنند. آزمودنی های چاق در موقعیت پر اضطراب بیش تر غذا می خورند، تا موقعیت های کم اضطراب، اما افرادی که وزن طبیعی دارند، در موقعیت هایی که سطح اضطراب کم است، بیش تر می خورند. پژوهش ها حاکی از آن است که بنظر می رسد هر نوع انگیزش هیجانی موجب افزایش مصرف غذا و تغییر نگرش خوردن در برخی افراد چاق می گردد. تأثیر تنش هیجانی در برانگیختن رفتار خوردن در حیوانات نیز مشاهده شده است (اسمیت و همکاران ترجمه ی پور افکاری، ۱۳۸۴).

^۱ - Brown

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، تفاوت معناداری در خود تنظیمی زنان چاق و عادی وجود دارد که با نتایج بدست آمده از پژوهش هاسمن و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند تفاوت شایان توجهی در پیامد وزن افراد گروه کنترل و گروه خود تنظیم وجود ندارد، همسو نمی‌باشد. صفوی فرد (۱۳۸۷) بر این باور است که نداشتن خود تنظیمی کافی در رفتار باعث می‌شود که این افراد مهارت کافی برای رویارویی با تنش نداشته باشند و در رویارویی با کوچک ترین فشار و تنش به جای مقابله‌ی منطقی با آن به پخوری روی آورند. این داده‌ها بیانگر این است که افراد خود تنظیم در کنترل وزن و حفظ تناسب اندام خویش کار آمدتر و توانمندترند و به جای رژیم‌های موقت، به تنظیم مجموعه عادات غذایی و اصلاحات رفتاری که موجب افزایش احساس کارآمدی می‌شود، می‌پردازند. این افراد هدف‌های چالش برانگیز و بالاتری اتخاذ می‌کنند و نسبت به رسیدن به این هدف‌ها احساس تعهد دارند، در حالی که افراد با خود تنظیمی پایین نسبت به کنترل وزن خویش و نیز رسیدن به دیگر هدف‌های خود، احساس ناتوانی دارند و نیز در کنترل تکانه، به تأخیر انداختن نیازها و رفتارهای انطباقی خوردن ناکارآمدند.

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین زنان چاق و عادی از نظر ابعاد سبک زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های آزاد بخت و همکاران (۱۳۸۰) که بیانگر ارتباط قوی میان چاقی و عوامل مرتبط با سبک زندگی بود و نیز با مطالعات بهرامی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۵) که نشان دادند اصلاح سبک زندگی باعث کاهش توده ی بدنی در افراد می‌شود، همخوان و همسو می‌باشد. کاربرد الگوهای رفتاری مثبت در زندگی در ارتقای سلامت فردی مؤثر است. ۵۳ درصد علل مرگ و میر افراد با سبک زندگی آن‌ها ارتباط دارد. فرد در مقابل انتخاب الگوهای رفتاری سبک زندگی و حفظ سلامت خود مسئول بوده و با این کار در راستای حفظ و ارتقاء سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها تلاش می‌کند. بسیاری از مشکلات بهداشتی از جمله چاقی که امروزه در بیش تر کشورها بویژه کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، با دگرگونی‌های سبک زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد. سبک زندگی نامناسب هم چنین یکی از عامل‌های تأثیرگذار در بروز بیماری‌های مزمن است (صمیمی و همکاران، ۸۴). سبک زندگی و عادات رفتاری یک خانواده و نیز جامعه بر چگونگی وزن مؤثر است. روشن است اگر سبک زندگی سالم فراموش گردد، چاقی به عنوان یک پیامد توسعه به معضلی بزرگ تبدیل خواهد شد (مظفری، ۱۳۸۳). با توجه به یافته‌ها، افراد عادی به جای این که روی کاهش وزن تمرکز کنند، بر پیشگیری و پرورش سبک زندگی سالم‌تر که روی

ورزش، کنترل تنش، تغذیه و عادات غذایی مناسب و اصول ایمنی عمومی متمرکز است، تأکید می کنند.

با توجه به یافته‌های پژوهش که نشان می‌دهد، بین نگرش خوردن، خود تنظیمی و ابعاد سبک زندگی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد، پیشنهاد می‌گردد: با توجه به اهمیت سبک زندگی مطلوب در سلامت و بهداشت جسمی و روانی زنان راهبردهای اساسی جهت آموزش این مقوله به زنان ارائه گردد و در مرکز آموزشی - بهداشتی شهرستان‌ها دوره‌هایی ویژه جهت آموزش علل و پیامدهای چاقی برای زنان برگزار شود. از آن جا که خود تنظیمی یکی از اساسی‌ترین مهارت‌ها در راه رسیدن به هدف‌های گوناگون است، لازم است روش دستیابی به این مهارت از سنن پایین آموزش داده شود. این آموزش‌ها بایستی با روش اطلاع رسانی گسترده و درست اجرا گردد، تا بدین وسیله، افراد به تغییر سبک زندگی در جهت مطلوب تشویق گردند زیرا این امر نقشی مؤثر در سلامت و بهداشت جسمی و روانی افراد خواهد داشت.

منابع

- ۱- آزاد بخت، ل. میر میران، پ. عزیزی، ف. ۱۳۸۰. بررسی شیوع و عوامل مرتبط با چاقی در بزرگسالان تهرانی. مجله ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران، سال پنجم، ضمیمه ی شماره ی ۴، ۱۳۸۲، (۳۷۹-۳۸۷).
- ۲- احدی، ح. ۱۳۸۶. بیماری فشار خون و مداخلات روان شناختی. نشریه ی ماهانه ی آموزشی - تربیتی پیوند، شماره ی ۵۰.
- ۳- اسمیت، ا. نولن، هوکسیما، سوزان؛ فردریکسون، باربارا؛ لافتس، جفری. زمینه ی روان شناسی هلیگارد. ترجمه ی: نصرت الله پور افکاری. ۱۳۸۴، ۷.
- ۴- بابایی، س. ۱۳۸۵. بررسی رابطه ی بین هسته ی اصلی باورها و توانایی خود مهار گری خوردن با نشانه های اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- ۵- بابایی، س. خداپناهی، م. ک. صالح صدق پور، ب. ۱۳۸۵. رواسازی و بررسی اعتبار پرسشنامه ی سبک زندگی موثر بر وزن. مجله ی علوم رفتاری، دوره ی ۲، شماره ی ۱، بهار ۱۳۷۸، ۷۵-۸۱.
- ۶- بهدانی، ف. سر گلزایی، م. ر. قربانی، ا. مطالعه ی ارتباط سبک زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار. اسرار مجله ی دانشکده ی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی سبزوار، سال هفتم، شماره ی ۲، تابستان ۱۳۷۹، ۳۷-۲۷.

- ۷- بهرامی نژاد، ن. حنیفی، ن. موسوی نسب، ن. علی محمدی، ر. باقری اصل، آ. ۱۳۸۵. مقایسه ی تاثیر آموزش خانواده - مدار و فرد - مدار بر کاهش شاخص توده ی بدنی و سبک زندگی. مجله ی علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ی ۱۶، شماره ی ۶۲، بهار ۱۳۷۸، ۶۷-۶۸.
- ۸- چیمه، ن. ۱۳۸۲. بررسی فراوانی نگرش های غیر طبیعی نسبت به خوردن و عوامل همبسته با آن در دانش آموزان شهری ساری در سال تحصیلی ۸۲-۸۱. مجله ی علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ی ۴۰.
- ۹- ربو، ج. م. ۱۳۸۵. انگیزش و هیجان. ترجمه ی یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش. چاپ چهارم.
- ۱۰- شولتز، د. و شولتز، س. آ. ۱۹۹۸. نظریه های شخصیت. ترجمه ی: یحیی سید محمدی (۱۳۸۱). تهران: انتشارات ویرایش.
- ۱۱- صفوی فرد، ف. ۱۳۷۸. کشف ارتباط چاقی با افسردگی. سایت خبر.
- ۱۲- صمیمی، ر. مسرور، د. د. حسینی، ف. تمدن فر، م. آ. ۱۳۸۴. ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان. فصلنامه ی پرستاری ایران، دوره ی نوزدهم، شماره ی ۴۸، زمستان ۱۳۸۵، ۹۳-۸۳.
- ۱۳- کارلسون، ن. آ. ۱۳۷۸. مبانی روان شناسی فیزیولوژیک. ترجمه ی: مهرداد پژهان. اصفهان: غزل.
- ۱۴- عظیم زاده، ب. ۱۳۸۷. بررسی اختلال های خوردن و رابطه ی آن با ادراک ناشایستگی و واریس بدن در دانشجویان دانشگاه آزاد ارسنجان. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد ارسنجان.
- ۱۵- مظفری، م. نصرتی، ص. پور منصور، گ. رضایی، م. ۱۳۸۳. بررسی عوامل موثر بر شیوع چاقی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ایلام.
- 16- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- 17- Brown, J.M. (1998). Self-Regulation and the Addictive Behaviors. In W.R. Miller & N. Heather (Eds). *Treating Addictive Behaviors* (PP. 61-73). New York Plenum Press.
- 18- Carey, K.B. Neal, D.J., & Collins, S.E. (2004). A psychometric analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 253-260.
- 19- Cooper, M. (2005). Beliefs and their relationship to eating attitudes and depressive symptoms in man. *Eating Behaviors*, 7, 2006, 423-426.

- 20- Epen, V., Mabrok, A., Binothman, S. (2005). Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the united Arab Emirates. *Eating Behaviors*, 7, 2006, 53-60.
21. Huisman, S., Gucht, V., Maes, S., Schroevers, M., Chatrou, M., Haak, H. (2008). Self-regulation and weight reduction in patients with type 2 diabetes. *Patient education and counseling*, 75 (2009), 84-90.
- 22- Neal, D. and Carey, K.B. (2004). A follow-up psychometric analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2005, vol.19.No.4, 414-422.
- 23- Carey, K.B. Neal, D.J. & Collins, S.E. (2004). A Psychometric Analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 253-260.
- 24- Yoko, O., Toshifumi, T., Chiemi, S., Shinichi, K., Shinichi, Y., Tohoda, Yuji, T. (1998). Eating Attitude and Psychological Status in Eating Disorders. *Medical Journal of Hiroshima Prefectural Hospital*, vol.30, N.1, 35- 38, 1998.
- 25- Zijlstra, H. Larsen, K., Ramshorst, B., Geenen, R. (2005). The association between weight loss and self-regulation cognitions before and after laparoscopic adjustable gastric banding for obesity. *Surgery* volume 139, number 3, 2006, 334-339.