

رابطه اضافه وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خودپنداره بدنی در زنان خود معرف به مراکز کاهش وزن

محسن گل‌پرور^۱ - منوچهر کامکار^۲ - بیتا ریسمانچیان^۳

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه اضافه وزن در زنان خود معرف به مراکز کاهش وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خود بدنی (خود پنداره بدنی) در شهر اصفهان به مرحله اجرا در آمده است. در راستای دستیابی به هدف پژوهش از سه مرکز (مطب‌های خصوصی پزشکان تغذیه و کنترل اضافه وزن) در بهار ۱۳۸۵ تعداد ۱۰۰ نفر از زنان خود معرف برای کاهش و یا کنترل وزن به صورت تصادفی ساده برای پاسخگویی به مقیاسهای پژوهش انتخاب شدند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش پرسشنامه اعتماد به نفس کوپراسمیت، پرسشنامه خود بدنی تام‌کش، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه سبک زندگی بوده است. میزان اضافه وزن بر حسب تفاوت وزن فعلی از وزن ایده‌آل اندازه‌گیری شده است. پایایی پرسشنامه‌های

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی

پژوهش بر حسب آلفای کروناخ برای پرسشنامه اعتماد به نفس ۰/۶۹، برای پرسشنامه افسردگی ۰/۸۳، برای پرسشنامه سبک زندگی ۰/۷۸ و برای پرسشنامه خود بدنی ۰/۷۵ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان و گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که اضافه وزن صرفاً با افسردگی ($P < ۰/۰۱$ و $r = ۰/۲۹۴$)، وزن ذهنی ($P < ۰/۰۱$ و $r = ۰/۶۴۵$) و ارزشیابی قیافه ($P < ۰/۰۱$ و $r = ۰/۳۳۵$) دارای رابطه معناداری است. در تحلیل رگرسیون همزمان، وزن ذهنی و جهت‌گیری تناسب اندام (دو زیر مقیاس خود بدنی) دارای توان پیش‌بینی معنادار ($P < ۰/۰۵$) برای اضافه وزن بودند. اما در تحلیل رگرسیون گام به گام به ترتیب وزن ذهنی، جهت‌گیری تناسب اندام و ارزشیابی قیافه دارای توان پیش‌بینی معنادار ($P < ۰/۰۵$) برای اضافه وزن بودند.

کلید واژه‌ها: اضافه وزن، زنان خودم‌عرف به مراکز کاهش وزن، افسردگی، اعتماد به نفس، سبک زندگی، خود بدنی.

مقدمه

در سالهای اخیر اضافه وزن و چاقی در میان بسیاری از ملتها شیوع پیدا کرده است. آنچه از اطلاعات موجود بر می‌آید، این است که اضافه وزن و چاقی در بسیاری از کشورها به مسأله‌ای عمومی و ملی تبدیل شده و به همین دلیل نیاز به راه‌حلهای گسترده برای برخورد علمی و دقیق با آن به وضوح به چشم می‌خورد. اضافه وزن در تعریف اجمالی به حالتی گفته می‌شود که وزن بدن ۱۰ تا ۱۹ درصد از وزن ایده‌آل (وزن ایده‌آل هم بر حسب شاخص توده بدن^۱ و هم بر حسب تناسب وزن با قد تعیین می‌شود) بالاتر است و چاقی نیز به حالتی گفته می‌شود که در آن وزن بدن ۲۰ درصد از وزن ایده‌آل بیشتر است (شیخ، ۱۳۸۲). چاقی و اضافه وزن نه تنها از نظر سلامتی و تأثیرات منفی آن (بیماریها، کاهش کارایی و فعالیت) در بعد جسمی اهمیت دارد، بلکه از لحاظ روانی، اقتصادی، اجتماعی و صرف هزینه‌های پزشکی نیز تا اندازه‌ای قابل توجه و چشمگیر است (منشی، ۱۳۷۶). همه‌گیری این پدیده در بسیاری از کشورها (برای نمونه در آمریکا اکثریت زنان ۵۰ تا ۵۹ سال دارای اضافه وزن هستند، در این

1 – Body Mass Index (BMI)

مورد به ریسمانچیان، ۱۳۸۲ نگاه کنید) محققان و اندیشمندان را بر آن داشته تا عوامل اثرگذار و همبسته با این پدیده را بررسی کنند. از نظر روان‌شناختی ممکن است، متغیرهای زیادی با اضافه وزن ارتباط داشته باشند. از جمله این متغیرها می‌توان به اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خود بدنی اشاره کرد. این متغیرها به اشکال مختلف ممکن است هم از اضافه وزن تأثیر بپذیرند و هم بر آن تأثیر بگذارند. به عبارتی دیگر متغیرهایی نظیر اعتماد به نفس، افسردگی، خود بدنی و سبک زندگی با پدیده اضافه وزن ارتباطی دو سویه دارند.

افسردگی به‌عنوان یکی از اختلالات روانی (چنانکه ماهیت مرضی و آسیب‌شناختی نسبتاً پایدار به خود بگیرد) مهم و جدی است و دلایل متعدد زیستی، روانی و اجتماعی دارد (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۸۱). دو ویژگی اختصاصی افسردگی عبارت‌اند از خلق ناشاد (افسردگی، غم، اندوه، ناامیدی، ناراحتی یا نگرانی) و فقدان علاقه و لذت در بیشتر فعالیتهای عادی و سرگرمیهای فرد. البته شاخص‌هایی نظیر کم‌اشتهایی یا تغییر وزن، اشکال در خوابیدن، فقدان نیرو، آشفتگی روانی- حرکتی یا واکنش کند، خستگی یا فقدان انرژی، سرزنش خود، احساس گناه بی‌مورد، شکایاتی از ناتوانی در تفکر و افکار متمایل به خودکشی نیز از عوامل مطرح در افسردگی هستند. پدیده‌های مختلفی در زندگی ممکن است افراد را مستعد بروز علایم افسردگی نماید. از جمله اینکه ممکن است اضافه وزن و یا چاقی تحت شرایط خاصی باعث بروز علایم افسردگی در افراد شود و گاهی نیز خود افسردگی اضافه وزن و چاقی به همراه می‌آورد (ریچاردسون،^۱ ۲۰۰۶). این امر به‌ویژه در شرایطی که معیارهای تناسب اندام و لاغری سختی در جوامع وجود داشته باشد صحت دارد (بلیندا و همکاران^۲، ۲۰۰۵).

وریچ و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقی پی بردند که افراد چاق و یا دارای اضافه وزن از علایم افسردگی رنج می‌برند. در واقع بر اساس برخی تحقیقات از جمله دیکسون و همکاران^۳ (۲۰۰۳) و ماتوس و همکاران^۴ (۲۰۰۲) افسردگی که همراه با چاقی و اضافه وزن در افراد به‌وجود می‌آید، تلاش‌های معطوف به کاهش وزن و یا درمان چاقی مفرط را با مشکل مواجه می‌کند. این شواهد تحقیقی همگی نشان می‌دهد

1 – Richardson

2 – Belinda et al

3 – Dixon et al

4 – Matos et al

که افسردگی با چاقی هم در زنان و هم در مردان ارتباط دارد، اما ارتباط آن در زنان در حد بالاتری است. این موضوع احتمالاً از آنجا ناشی می‌شود که معمولاً تناسب اندام در بین زنان در بیشتر جوامع از ارزش بالاتری برخوردار است (والش و دولین^۱، ۱۹۹۸ گودمن و همکاران^۲، ۲۰۰۲).

یکی دیگر از متغیرهای مطرح اعتماد به نفس است. اعتماد به نفس برخاسته از حس ارزشمندی و اطمینانی است که فرد به خود و تواناییهایش دارد. در واقع اعتماد به نفس بر اساس نظر کوپر اسمیت^۳ (۱۹۶۷) نوعی ارزشیابی فردی است که باعث توجه فرد به خویش می‌شود. بنابراین اعتماد به نفس و یا عزت نفس قضاوت فرد درباره شایستگی خویش است که اساساً یک ویژگی شخصیتی و نه یک نگرش لحظه‌ای یا اختصاصی برای موقعیتهای خاص است (کروزیرو همکاران^۴، ۱۹۹۹، وسک^۵، ۲۰۰۰). بسیاری از شواهد نشان می‌دهد که افراد دارای اعتماد به نفس بالا معمولاً روابط میان فردی بهتری دارند و اغلب به‌عنوان رهبر انتخاب می‌شوند. این افراد احساس می‌کنند که مورد پذیرش دیگران هستند و در روابط با دیگران افرادی تأثیرگذار هستند (امانی، ۱۳۸۴). اعتماد به نفس معمولاً تحت تأثیر خلق فرد قرار می‌گیرد، چنانکه فرد دارای گرایشها و یا حالات خلقی منفی باشد، از سطح عزت نفس و یا اعتماد به نفس پایینی برخوردار خواهد بود. چرا که حالت خلقی فرد دآوری در باب ارزشمندی خویشتن را با اشکال مواجه می‌سازد (مزلو، ترجمه رضوانی، ۱۳۷۱). اما همان‌طور که در مورد رابطه اضافه وزن و چاقی با افسردگی گفته شد، افراد چاق یا دارای اضافه وزن در شرایطی ممکن است اعتماد به نفس خود را از دست بدهند (گروگان^۶، ۱۹۹۹؛ رابین اشتاین^۷، ۲۰۰۵). در تحقیقی کستانسکی و گالن^۸ (۱۹۹۸) پی بردند که دختران دارای اضافه وزن نسبت به دختران با وزن طبیعی (نرمال) دارای اعتماد به نفس پایین‌تری هستند. همین نتیجه در تحقیق هارمر و رابینسون^۹ (۱۹۹۹) نیز به‌دست آمده است. اعتماد به نفس علاوه بر اینکه از وضعیت خلقی فرد متأثر می‌شود با تصویر بدنی‌یی که

1 – Walsh & Devlin

2 – Goodman et al

3 – Cooper smith

4 – Vosk

5 – Corozier et al

6 – Grogan

7 – Rubinstein

8 – Kostanski & Gullone

9 – Hormmer & Robinson

افراد از خود دارند، مرتبط است. کستانسکی و گالن (۱۹۹۸) در نتیجه گیری های خود مطرح کرده اند که احتمالاً افراد چاق به واسطه ارزشگذاری منفی برای چاقی و اضافه وزن در جوامع، حس ارزشمندی خود را به دلیل تصویر بدنی نامناسب از دست می دهند. خود بدنی یا تصویر ذهنی که فرد از بدن و اندام خود دارد، همان طور که اشاره شد از عناصر اثرگذار بر رفتار و عملکرد افراد است. تصویری که فرد از وضعیت بدنی خود دارد به اشکال مختلف ممکن است دستخوش تغییر یا تحول شود. در واقع تصویر یا خود بدنی هم از طریق ارتباطات اجتماعی و هم از طریق تجربه مستقیم فرد از وضعیت بدنی و اندام خود حاصل می شود. به خصوص در روابط اجتماعی، آنچه ایده آل است، به صورت رفتارهایی مشهود و غیر مشهود دیده می شود و سپس ملاک و معیاری برای مقایسه وضعیت واقعی فرد با آنها می شود. به دنبال چنین مقایسه ای است که فرد از بدن خود احساس رضایت یا نارضایتی می کند (بوریسینکو^۱، ترجمه بهزاد، ۱۳۷۸). پژوهش ها نیز نشان می دهند که اضافه وزن با خود بدنی به اشکال مختلفی ارتباط دارد. برای مثال استرلان و همکاران^۲ (۲۰۰۳) پی بردند که زنان جوان هر چه از تصویر بدنی خود ناراضی تر باشند، بیشتر دست به ورزش و فعالیتهایی می زنند که با تناسب اندام ارتباط دارد. جالب اینکه مورنن و همکاران^۳ (۲۰۰۳) پس از تحقیقی پی بردند که یکی از عوامل مرتبط با رضایت بدنی زنان، تبلیغات رسانه هاست. هر چه تبلیغات رسانه ای الگوهای سختگیرانه تری ارائه نماید، بیشتر احتمال دارد که در بینندگان زن نارضایتی بدنی به وجود آید. کش و همکاران^۴ (۲۰۰۲) بیان کردند که ارزشیابی از قیافه و تناسب اندام، رضایت بدنی و تصور ذهنی زنان از زمره مؤلفه های تصویر یا خود بدنی است که بر میزان نارضایتی زنان از وضعیت موجود بدن آنها تأثیر می گذارد. طبق پژوهش هنبرگ و همکاران (۲۰۰۱) رابطه بین نارضایتی تصویر بدنی و رژیم غذایی سالم و رفتارهای ورزشی مانند U است. یعنی زمانی که برآشفتگی از تصویر بدن پایین است، افراد خود را در رژیم های غذایی سالم و یا ورزش درگیر نمی کنند، اما هنگامی که این نارضایتی شدت می یابد، ممکن است افراد خود را درگیر رفتارهای غذایی سالم و یا ناسالم و خطرناک (مثل روزه گرفتن یا استفاده از مسهل ها) نمایند. در واقع نحوه گذران زندگی

1 – Bouricinco
3 – Murnen et al

2 – Strelank et al
4 – Cash et al

و استفاده از روشهای تغذیه‌ای و رفتاری (نظیر ورزش و ...) در نمایی یکپارچه در قالب سبک زندگی بر وضعیت بدنی افراد اثر خود را بر جای می‌گذارد.

شیوه‌ای که افراد برای زندگی انتخاب می‌کنند، یکی از مهمترین عوامل تندرستی است. شیوه یا سبک زندگی عبارت است از تصمیمات و رفتارهایی که اشخاص برای حفظ تندرستی خود در پیش می‌گیرند که باید گفت در کنترل افراد است (لالوند،^۱ ۱۹۷۵ نقل از منشئی، ۱۳۷۶). سبک‌هایی که افراد در زندگی خود در پیش می‌گیرند، گاهی مشتمل بر روشهای تغذیه‌ای و ورزش سالم است، اما در عین حال سبک‌هایی از زندگی وجود دارند که در آنها افراد کم تحرک هستند و سیاستهای تغذیه‌ای نامناسبی را دنبال می‌کنند. سبک و روش زندگی فرد در چنین منظری در ایجاد سلامت فکر و بروز اختلالات روانی تأثیر دارد. در واقع اشخاص بر اساس روش زندگی خاص خود در لحظه لحظه حیات روزمره خود ایفای نقش می‌کند. بنابراین سبک زندگی عامل اصلی و پدیده‌ای که به سایر اجزای فرمان می‌دهد تلقی می‌شود (حسینی، ۱۳۸۰). عوامل و عناصر مؤثر بر سبک زندگی در یک نگاه کلی شامل تغذیه، فعالیتها (نظیر سرگرمیها، نحوه گذراندن اوقات فراغت)، علایق و دلبستگی‌ها و دیدگاهها و افکار افراد می‌شود. پیروی از عادات تغذیه‌ای، فعالیتی و فکری که عناصر اصلی یک سبک زندگی سالم را تشکیل می‌دهند، کار نسبتاً دشواری است. چرا که باور بر این است که پیامدهای مثبت و مطلوب این عادات در شکل سالم در درازمدت ظاهر می‌شود. مهمترین نظریات مربوط به تغییر سبک زندگی به‌طور عمده حول محور خود اثربخشی یا خودکارآمدی، باورهای تندرستی و اقدامات و اعمال عقلانی دور می‌زند (منشئی، ۱۳۷۶). چنانکه در نگاهی می‌توان متوجه شد عناصر اصلی سبک زندگی نظیر تغذیه، فعالیتها و افکار همه به اشکال مختلفی با اضافه وزن و چاقی ارتباط دارند. فینلی و همکاران^۲ (۲۰۰۵) در نتیجه پژوهش‌های خود گفته‌اند که تغییرات در سبک زندگی کشورهای غربی و توسعه یافته که مشتمل بر حمل و نقل به وسیله وسایل نقلیه، استفاده از غذاهای آماده پرجرب، استفاده از بالابر، رایانه، تماشای تلویزیون و برنامه‌های شبانه‌روزی است، از دلایل عمده کاهش فعالیت‌های روزانه مردم است. همین امر درصد قابل توجهی از افراد را با اضافه وزن و چاقی مواجه می‌سازد.

حتی سلسله‌باورهای افراد درباره زندگی و سلامتی، بخشی از سبک زندگی افراد را شکل می‌دهد. نوواک و بوتنر^۱ (۲۰۰۳) با تحقیق بر روی دختران شرکت کننده در رژیم‌های غذایی نتیجه گرفتند که بین کوشش برای کاهش وزن و باورهای مرتبط با وزن سلامت رابطه مثبت نیرومندی وجود دارد. همین تحقیق نشان می‌دهد، شرکت‌کنندگانی که باور دارند ورزش کردن باعث کاهش وزن می‌شود، با احتمال بیشتری از ورزش برای کاهش وزن استفاده می‌کنند. این شواهد که در تحقیقات لویزر و همکاران^۲ (۲۰۰۲)، ناولر و همکاران^۳ (۲۰۰۲)، توکر^۴ (۲۰۰۲)، ایرمن^۵ (۲۰۰۱)، هارناک و فرنچ^۶ (۲۰۰۱)، کاترین و همکاران^۷ (۲۰۰۰) و باکالو^۸ (۲۰۰۰) گزارش شده، نشان‌دهنده رابطه نسبتاً نیرومند عناصر سبک زندگی با چاقی و اضافه وزن است.

نتایج پژوهش‌هایی که در مورد اضافه وزن با افسردگی، اعتماد به نفس، خود بدنی و سبک زندگی مرور شد، نقش جدی این متغیرها را در اضافه وزن نشان می‌دهند. با این حال همان‌طور که این پژوهش‌ها نشان می‌دهند، اغلب این تحقیقات در خارج از ایران صورت پذیرفته است. شواهد تحقیقی از این دست در ایران بسیار محدودتر است. در عین حال حتی در خارج از ایران نیز تحقیقات کمی وجود دارد که در آنها به‌طور همزمان متغیرهایی نظیر افسردگی، اعتماد به نفس، خود بدنی و سبک زندگی با اضافه وزن مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال نزرات و همکاران^۹ (۲۰۰۵) طی تحقیقی در جوانان السالوادری رابطه بین تصویر بدنی و عزت نفس و افسردگی را به‌طور همزمان با اضافه وزن مورد بررسی قرار دادند. شواهد نشان داد که هر چه فرد بر حسب شاخص توده بدنی از وزن و شرایط بدنی خود ناراضی‌تر باشد از اعتماد به نفس پایین‌تر و افسردگی بالاتری برخوردار است. تحقیقات تیگمن^{۱۰} (۲۰۰۴)، استیس و شاو^{۱۱} (۲۰۰۲) نیز در حد محدودتر از نظر متغیرهای تحقیق بین عزت نفس و رضایت بدنی به‌طور همزمان و اضافه وزن روابطی را گزارش نموده‌اند.

1 – Nowak & Buttner

2 – Luisser & et al

3 – Knowler et al

4 – Tucker

5 – Ehrman

6 – Harnack & French

7 – Katherin et al

8 – Bacallo

9 – Nazrat et al

10 – Tiggemann

11 – Stice & Show

در مجموع شواهد نظری و عملی از روابط احتمالی بین اضافه وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، خود بدنی و سبک زندگی به‌ویژه در زنان (و تا اندازه‌ای نیز در مردان) خبر می‌دهد. در عین حال به دلیل محدودیت تحقیقات موجود در ایران واقعاً مشخص نیست که زنان خود معرف به مراکز کاهش وزن (به‌خصوص به مطب‌های خصوصی پزشکان تغذیه) از لحاظ وضعیت اعتماد به نفس، افسردگی، خود بدنی و سبک زندگی دارای چه وضعیتی هستند و به‌ویژه مشخص نیست که آیا میزان اضافه وزن در این زنان با متغیرهای یاد شده رابطه دارد یا خیر. به این دلیل پژوهش حاضر برای روشن کردن روابط بین میزان اضافه وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، خود بدنی و سبک زندگی در زنان خود معرف به مراکز کاهش وزن به بررسی آنها پرداخته تا از این طریق بخشی از کمبود دانش در این زمینه را در ایران پر کنند.

روش

از آنجا که هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه اضافه وزن با افسردگی، اعتماد به نفس، سبک زندگی و خود بدنی در زنان خود معرف به مراکز کاهش وزن بوده، از روش همبستگی استفاده شده است.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان خود معرف به سه مطب پزشکان متخصص تغذیه در شهر اصفهان در اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۵ تشکیل داده‌اند که حدود تقریبی آنها ۳۰۰ نفر بوده است که گروههای متنوع سنی، تحصیلی و شغلی را تشکیل می‌داده‌اند.

نمونه و روش نمونه‌گیری: از آنجا که بررسی ارتباط بین اضافه وزن و متغیرهای دیگر مد نظر بوده تعداد گروه نمونه ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد. برای نمونه‌گیری نیز از روش تصادفی ساده بر حسب نوبت مراجعه در هر روز استفاده شد. بدین ترتیب که بر اساس نوبت قبلی و با هماهنگی با منشی هر مطب در هر روز بر حسب شماره دو تا پنج نفر انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از چهار پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد.

الف) پرسشنامه اعتماد به نفس کوپراسمیت: پرسشنامه اعتماد به نفس کوپراسمیت ۵۸ سؤال دارد و حیطه‌های مختلف اعتماد به نفس عمومی، والدینی، تحصیلی و اجتماعی را ارزیابی می‌کند و مجموع برآیند این حیطه‌ها میزان اعتماد به نفس کلی فرد را نشان می‌دهد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه به صورت بلی و خیر است. نحوه نمره‌گذاری بدین صورت است که در سؤالات ۲، ۴، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۶، ۴۵، ۴۷، ۵۷ پاسخ بلی نمره یک و پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد و در بقیه سؤالات به صورت معکوس است، یعنی پاسخ خیر آنها نمره یک و پاسخ بلی نمره صفر می‌گیرد. بدیهی است که حداقل نمره‌ای که فرد در این آزمون ممکن است بگیرد صفر و حداکثر ۵۰ خواهد بود. این آزمون دارای ۸ ماده دروغ‌سنج است. یعنی در شماره‌های ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸ و ۵۵ اگر پاسخ‌دهنده از این ۸ ماده بیش از ۴ نمره بیاورد به این معنی است که اعتبار آزمون پایین است و پاسخ‌دهنده سعی کرده خود را بهتر از آن چیزی که هست جلوه دهد. پژوهش‌های هورسون (۱۹۶۵)، وایت (۱۹۶۹) و مورسن (۱۹۷۱) روایی و پایایی پرسشنامه کوپراسمیت را بررسی و آن را تأیید کرده‌اند (نقل از سلیمانی، ۱۳۸۰). در پژوهش هادی (۱۳۷۶)، به نقل از سلیمانی، (۱۳۸۰) پایایی این پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ $0/829$ به دست آمده و طهماسبی (به نقل از سلیمانی، ۱۳۸۰) نیز بر اساس روش دو نیمه کردن پایایی این پرسشنامه را در حد قابل قبولی گزارش کرده است. ضرایب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر در جدول ۱ ارائه شده است.

ب) پرسشنامه افسردگی بک: برای سنجش افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک که شامل ۲۱ سؤال است استفاده شد. هر پرسش دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از کم (نمره صفر) تا زیاد (نمره ۳) نشان می‌دهد. این آزمون پایایی و روایی بالایی برای سنجش افسردگی دارد و سهولت اجرا از مزایای آن است. نمره کلی هر فرد در پرسشنامه افسردگی بک با جمع نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید. پایایی و روایی پرسشنامه افسردگی بک در مطالعات متعددی بررسی و مورد تأیید قرار

گرفته است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. ضرایب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر در جدول ۱ ارائه شده است.

ج) پرسشنامه سبک زندگی: برای سنجش سبک زندگی از پرسشنامه سبک زندگی نوربخش (۱۳۸۳) که ۲۲ سؤال دارد استفاده شد. این پرسشنامه ابزاری برای ارزیابی زمینه‌های مطلوب و نامطلوب سبک زندگی است. پرسشنامه ابعادی نظیر عقاید و نگرشها نسبت به خود، فعالیت‌های اوقات فراغت، تغذیه، بدن و ظاهر، ورزش، بهداشت، روابط خانوادگی و خواب را در بر می‌گیرد (نوربخش، ۱۳۸۳). نوربخش آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۹ گزارش نموده است. مقیاس پاسخگویی آن سه گزینه‌ای است و به سه گزینه به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲ تعلق می‌گیرد در نتیجه نمرات از ۰ تا ۴۴ در نوسان است. ضرایب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر در جدول ۱ ارائه شده است.

د) پرسشنامه خود بدنی تام‌کش: برای سنجش تصویر فرد از بدن خود از پنج زیر مقیاس پرسشنامه خود بدنی تام‌کش (۱۹۹۷) که ۳۷ سؤال دارد استفاده شد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای است (ژندا، ترجمه بشارت و همکارانش، ۱۳۸۴) و به صورت کاملاً موافق تا کاملاً مخالف پاسخ داده می‌شود. پنج زیرمقیاس مورد استفاده در پژوهش شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام و وزن ذهنی (فاعلی) می‌باشد. این پرسشنامه یک پرسشنامه نسبتاً جدید است که در ایران مطالعات زیادی روی آن صورت نگرفته است. کش (۱۹۹۷) سازنده این پرسشنامه شواهدی از روایی صوری، محتوایی و سازه این پرسشنامه و همچنین پایایی آن بر حسب آلفای کرونباخ (از ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ برای زیرمقیاس‌های یاد شده) را گزارش نموده است. در عین حال این پرسشنامه از نظر پایایی در این پژوهش بررسی شد که شواهد آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- ضرایب پایایی پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش

ردیف	شاخص‌های پایایی مقیاس‌های پژوهش	تعداد سؤالات	آلفای کرونباخ	ضریب اسپیرمن- براون	ضریب گاتمن
۱	اعتماد به نفس	۵۸	۰/۶۹۳	۰/۶۴۰	۰/۶۲۶
۲	افسردگی	۲۱	۰/۸۳۳	۰/۷۵۶	۰/۷۴۳
۳	سبک زندگی	۲۲	۰/۷۸	۰/۷۰۴	۰/۷۰۲
۴	خودبدنی کلی	۳۷	۰/۷۵۱	۰/۷۰۵	۰/۷۰۲
۵	وزن ذهنی	۲	۰/۷۸۰	-	-
۶	ارزشیابی قیافه	۷	۰/۶۵۰	۰/۶۲۱	۰/۶۱۰
۷	جهت‌گیری قیافه	۱۲	۰/۵۷۸	۰/۴۲۹	۰/۴۲۷
۸	ارزشیابی تناسب اندام	۳	۰/۵۹۶	۰/۵۵۹	۰/۵۳۴
۹	جهت‌گیری تناسب اندام	۱۳	۰/۶۱۰	۰/۵۹۵	۰/۵۹۲

چنانکه در جدول ۱ دیده می‌شود، به ترتیب پرسشنامه‌های اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خودبدنی کلی (شامل زیرمقیاس‌های وزن ذهنی، ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام و جهت‌گیری تناسب اندام) دارای آلفای کرونباخ ۰/۶۹۳، ۰/۸۳۳، ۰/۷۸، ۰/۷۵۱، ۰/۷۸۰، ۰/۶۵۰، ۰/۶۱۰ و ۰/۵۹۶ بوده‌اند. همان‌طور که مشخص است با کاهش تعداد سؤالات نیز آلفای کرونباخ تا اندازه‌ای پایین آمده است. ضرایب اسپیرمن- براون و گاتمن نیز تا اندازه‌ای پایین‌تر از آلفای کرونباخ بوده است.

روش اجرای پرسشنامه: کلیه پرسشنامه‌های پژوهش پس از گفت‌وگوی مقدماتی و جلب توافق و رضایت شرکت‌کنندگان در پژوهش به صورت خود گزارش‌دهی پاسخ داده شده‌اند. مجموعه پرسشنامه‌ها که به صورت یکجا در اختیار شرکت‌کنندگان برای پاسخدهی قرار گرفته است، حدود ۲۵ دقیقه زمان برای پاسخگویی نیاز داشته است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی روابط ساده بین اضافه وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خود بدنی (با زیرمقیاس‌های وزن ذهنی، ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام و جهت‌گیری تناسب اندام) استفاده شد. از تحلیل رگرسیون نیز برای پیش‌بینی اضافه وزن از طریق متغیرهای پژوهش استفاده شد. در عین حال از تحلیل رگرسیون همزمان برای تعیین متغیرهای دارای توان پیش‌بینی و از تحلیل رگرسیون گام به گام برای تعیین ترتیب اهمیت متغیرهای پژوهش برای اضافه وزن استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین اضافه وزن، اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خود بدنی به اضافه پنج زیرمقیاس آن ارائه شده است.

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین اضافه وزن و متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	اضافه وزن	
		همبستگی	معناداری
۱	اعتماد به نفس	۰/۱۳۱	۰/۱۹۳
۲	افسردگی	۰/۲۹۴**	۰/۰۰۳
۳	سبک زندگی	۰/۰۹۰	۰/۳۷۴
۴	خود بدنی کلی	۰/۱۲۲	۰/۲۲۸
۵	وزن ذهنی	۰/۶۴۵**	۰/۰۰۰
۶	ارزشیابی قیافه	۰/۳۳۵**	۰/۰۰۱
۷	جهت‌گیری قیافه	۰/۰۵۷	۰/۵۷۴
۸	ارزشیابی تناسب اندام	۰/۱۸۲	۰/۰۷۰
۹	جهت‌گیری تناسب اندام	۰/۱۰۳	۰/۳۰۶

**P<۰/۰۱

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اضافه وزن فقط با افسردگی ($P > 0/01$) و وزن ذهنی ($r = 0/294$)، واریانس مشترک با اعتماد به نفس، سبک زندگی، خودبندگی کلی، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام و جهت‌گیری تناسب اندام دارای رابطه معناداری ($P > 0/05$) نبوده است. واریانس مشترک بین اضافه وزن با افسردگی $8/6$ درصد، با وزن ذهنی $41/6$ درصد و با ارزشیابی قیافه $11/2$ درصد بوده است. در جدول ۳ ضریب همبستگی چندگانه بین متغیرهای پژوهش و اضافه وزن در تحلیل رگرسیون همزمان دیده می‌شود.

جدول ۳- ضریب همبستگی چندگانه بین اضافه وزن و متغیرهای پژوهش در رگرسیون همزمان

الگو	ضریب همبستگی چندگانه	مجدور ضریب همبستگی چندگانه	مجدور همبستگی تعدیل شده	خطای معیار برآورد	ضریب F	معناداری
همزمان	0/737	0/544	0/503	9/286	13/545	0/000

چنانکه در جدول ۳ دیده می‌شود، بین متغیرهای پژوهش و اضافه وزن در رگرسیون همزمان ضریب همبستگی چندگانه $0/737$ وجود داشته است. متغیرهای مطرح در پژوهش در حدود ۵۰ درصد از واریانس اضافه وزن زنان خود معرف را در رگرسیون همزمان تبیین می‌کردند. در عین حال ضریب F آلفای رگرسیون نشان می‌دهد که حداقل یک متغیر از متغیرهای پژوهش قادر به پیش‌بینی اضافه وزن به صورت معناداری ($P > 0/0001$) است. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد در رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی اضافه وزن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون همزمان
برای پیش‌بینی اضافه وزن

معناداری	مقدار t	ضریب استاندارد بتا	ضرایب غیر استاندارد		شاخص‌های آماري متغیرهای پژوهش
			خطای معیار	بتا	
۰/۰۰۰	-۳/۷۶۲	-	۱۵/۵۵۰	-۵۸/۴۹۹	مقدار ثابت
۰/۲۰۰	-۱/۲۹۲	-۰/۱۰۱	۰/۱۹۶	-۰/۲۵۴	اعتماد به نفس
۰/۱۰۴	۱/۶۴۲	۰/۱۴۹	۰/۱۲۸	۰/۲۱۰	افسردگی
۰/۴۶۱	۰/۷۴۰	۰/۰۶۷	۰/۱۸۳	۰/۱۳۶	سبک زندگی
۰/۰۰*	۷/۸۱۰	۰/۶۱۵	۰/۸۵۷	۶/۹۳*	وزن ذهنی
۰/۰۵۹	-۱/۹۱۳	-۰/۱۶۰	۰/۲۲۳	-۰/۴۲۷	ارزشیابی قیافه
۰/۲۲۹	۱/۲۱۲	۰/۰۹۴	۰/۱۷۴	۰/۲۱۱	جهت‌گیری قیافه
۰/۲۷۰	-۱/۱۱۱	-۰/۱۰۱	۰/۴۷۶	-۰/۵۲۹	ارزشیابی تناسب اندام
۰/۰۲*	۳/۲۰۸	۰/۲۷۹	۰/۱۶۴	۰/۲۷*	جهت‌گیری تناسب اندام

*P<۰/۰۵

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود از بین کلیه متغیرهای پژوهش فقط وزن ذهنی (با بتای استاندارد ۰/۶۱۵) و جهت‌گیری تناسب اندام (با بتای استاندارد ۰/۲۷۹) دارای توان پیش‌بینی معنادار برای اضافه وزن بوده‌اند. بر این مبنا معادله رگرسیون برای پیش‌بینی اضافه وزن به شرح زیر است:

$$۰/۲۷(\text{جهت‌گیری تناسب اندام}) + ۶/۹۳(\text{وزن ذهنی}) + ۵۸/۴۹۹ = \text{اضافه وزن}$$

در جدول ۵ ضرایب همبستگی چندگانه در رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اضافه وزن ارائه شده است.

جدول ۵- ضرایب همبستگی چندگانه بین اضافه وزن و متغیرهای پژوهش در رگرسیون گام به گام

ردیف	شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش	ضریب همبستگی چندگانه	مجذور ضریب همبستگی چندگانه	مجذور تعدیل شده ضریب همبستگی چندگانه	خطای معیار برآورد	ضریب همبستگی	مقداری
۱	وزن ذهنی	۰/۶۴۵	۰/۴۱۶	۰/۴۱۰	۱۰/۱۱۹		
۲	جهت‌گیری تناسب اندام	۰/۶۸۴	۰/۴۶۸	۰/۴۵۷	۹/۷۱۲		۰/۰۰۰ ۳۳/۸۸۱
۳	ارزشیابی قیافه	۰/۷۱۱	۰/۵۰۶	۰/۴۹۰	۹/۴۰۸		

چنانکه در جدول ۵ دیده می‌شود، در رگرسیون گام به گام در گام نخست وزن ذهنی با اضافه وزن دارای ضریب همبستگی چندگانه ۰/۶۴۵ بوده است. وزن ذهنی در گام نخست به تنهایی قادر به تبیین ۴۱ درصد از واریانس اضافه وزن بوده است. در گام دوم با افزوده شدن جهت‌گیری تناسب اندام ضریب همبستگی چندگانه به ۰/۶۸۴ رسیده و مقدار خالص تبیین واریانس اضافه وزن از طریق جهت‌گیری تناسب اندام ۴/۷ درصد بوده است. در پایان گام دوم دو متغیر وزن ذهنی و جهت‌گیری تناسب اندام قادر به تبیین ۴۵/۷ درصد از واریانس اضافه وزن بوده‌اند. در گام سوم و نهایی با افزوده شدن ارزشیابی قیافه ضریب همبستگی چندگانه به ۰/۷۱۱ رسیده است. مقدار خالص تبیین واریانس اضافه وزن از طریق ارزشیابی قیافه ۳/۳ درصد بوده است. در مجموع در پایان گام سوم، سه متغیر وزن ذهنی، جهت‌گیری تناسب اندام و ارزشیابی قیافه قادر به تبیین ۴۹ درصد از واریانس اضافه وزن بوده‌اند. در عین حال تحلیل واریانس رگرسیون گام

به گام (دو ستون آخر) اعتبار این تحلیل را مورد تأیید قرار می‌دهد. در جدول ۶ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد متغیرهای پیش‌بین معنادار در گام آخر (گام سوم) رگرسیون گام به گام ارائه شده است.

جدول ۶- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون گام به گام در گام آخر (گام سوم)

معناداری	مقدار t	ضریب استاندارد بتا	ضرایب غیر استاندارد		شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش	مع
			خطای معیار	بتا		
۰/۰۰۰	-۴/۳۲۹	-	۱۱/۰۶۸	-۴۷/۹۱۱	مقدار ثابت	
۰/۰۰۰	۸/۲۶۳	۰/۶۲۹	۰/۸۲۸	۶/۸۴۵	وزن ذهنی	ب
۰/۰۰۰	۳/۷۱۲	۰/۲۷۹	۰/۱۴۲	۰/۵۲۶	جهت‌گیری تناسب اندام	ب ع
۰/۰۰۸	-۲/۷۱۵	-۰/۲۱۲	۰/۲۰۸	-۰/۵۶۵	ارزشیابی قیافه	

بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول ۶ معادله رگرسیون به‌دست آمده برای پیش‌بینی اضافه وزن در رگرسیون گام به گام به شرح زیر است:
(ارزشیابی قیافه) $-۰/۵۶۵$ - (جهت‌گیری تناسب اندام) $+۰/۵۲۶$ + (وزن ذهنی) $+۶/۸۴۵$ - $-۴۷/۹۱۱$ = اضافه وزن

بحث و نتیجه‌گیری

شواهد حاصل از این پژوهش نشان داد که اضافه وزن در زنان خودمعرف به مراکز کاهش وزن با افسردگی، وزن ذهنی و ارزشیابی قیافه (به‌عنوان دو زیرمقیاس پرسشنامه خود بدنی) دارای رابطه معنادار است، ولی با اعتماد به نفس، سبک زندگی، خود بدنی کلی، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام و جهت‌گیری تناسب اندام رابطه معناداری به‌دست نیامد. نتایج این تحقیق همسو با تحقیقات ریچارسون (۲۰۰۶)، بلیندا و همکاران (۲۰۰۵) در مورد رابطه بین اضافه وزن و افسردگی و همچنین همسو با

تحقیقات محققانی چون استرلان و همکاران (۲۰۰۳) و مورن و همکاران (۲۰۰۳) در مورد رابطه اضافه وزن با تصویر و خود بدنی است. تحقیقات صورت گرفته بر روی رابطه بین افسردگی و اضافه وزن نشان می‌دهد که هر چه میزان ارزش و توجه جوامع به تناسب اندام و زیبایی وضعیت بدنی و ظاهر افراد به‌ویژه در زنان بالاتر می‌رود به همان میزان افرادی که از معیارهای تناسب اندام فاصله می‌گیرند دچار مشکلات خلقی می‌شوند. در واقع در چنین شرایطی اطلاعات به‌دست آمده و میزان ارزشمندی تناسب اندام از طریق روابط اجتماعی، رسانه‌های گروهی و دیگر مسیرهای ارتباطی به افراد منتقل می‌شود و بدین وسیله راه را بر بروز علایمی نظیر اندوه، غمگینی و احياناً ناامیدی در افراد باز می‌کند. جالب اینکه، تحقیقات دیکسون و همکاران (۲۰۰۳) و ماتوس و همکاران (۲۰۰۲) نشان‌دهنده افسردگی همراه با چاقی و اضافه وزن بر اثر تلاشهای مکرر بدون نتیجه، برای کاهش وزن و یا حتی ناامیدی اولیه برای اقدام به کاهش وزن، برنامه‌های کاهش وزن را با مشکلات جدی مواجه می‌سازد. بنابراین در چنین شرایطی شاید قبل از هر گونه اقدامی برای کاهش وزن لازم باشد، فرد از لحاظ خلقی و امید به موفقیت برای کاهش علایم افسردگی خود مورد درمان‌شناختی قرار گیرد. در عین حال با بروز علایم افسردگی در فرد، اعتماد به نفس وی نیز با مشکل مواجه می‌شود. در واقع شادابی و احساس پر انرژی بودن، فرد را برای اقدام به کاهش وزن امیدوار نموده و اعتماد به نفس وی را تقویت می‌نماید. ولی در این مطالعه رابطه‌ای بین اعتماد به نفس و اضافه وزن به‌دست نیامد. این یافته با یافته‌های پژوهشگرانی چون رابین اشتاین (۲۰۰۵) و گروگان (۱۹۹۹) که نشان داده‌اند بین اضافه وزن و کاهش اعتماد به نفس رابطه وجود دارد ناهمسوایی وجود دارد. این ناهمسوایی به احتمال زیاد از شرایط گروه نمونه این پژوهش تأثیر پذیرفته است. در درجه اول این امکان مطرح است که زنان خود معرف شرکت کننده در این پژوهش به جای ارائه تصویر واقعی از اعتماد به نفس، سعی در ارائه تصویری مطلوب از اعتماد به نفس نموده باشند. در عین حال تبیین احتمالی دیگر این است که زنان خود معرف پیش از مراجعه برای کاهش وزن اضافی خود، مدتی را در چالش برای تصمیم‌گیری سپری

می‌کنند. سپس زمانی که تصمیم به مراجعه می‌گیرند با امید و اعتماد مطلوبی، حداقل در آغاز، این عمل را شروع می‌کنند. در واقع امید و اعتماد به نفس اولیه نیروی محرکه آنها برای مراجعه و ادامه درمان اضافه وزن است. بنابراین احتمال دارد که در زمان پاسخگویی به پرسشنامه، اعتماد به نفس کنونی خود را که وابسته به مراجعه آنها برای درمان اضافه وزن بوده منعکس نموده و به این لحاظ رابطه منفی مورد انتظار به‌دست نیامده است.

سبک زندگی در این پژوهش که مشتمل بر مواردی نظیر تغذیه، ورزش و اوقات فراغت بود با اضافه وزن رابطه معناداری نداشت. پژوهشگران مختلفی از جمله لویزر و کاکانز (۲۰۰۲)، ناوولر و همکاران (۲۰۰۲)، توکر و کلیچی (۲۰۰۲) ایرمن (۲۰۰۱) و هارناک (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که سبک زندگی به اشکال مختلفی با اضافه وزن رابطه دارد. این یافته‌ها با این پژوهش که بین اضافه وزن و سبک زندگی رابطه‌ای به‌دست نیامد، ناهمسو است. سبک زندگی شیوه‌ای است که افراد برای حفظ تندرستی خود در پیش می‌گیرند. در واقع سبک زندگی سلامت، معطوف به تمام تلاشها یا تصمیمات و رفتارهایی است که برای حفظ شادابی و تندرستی به کار گرفته می‌شود. در واقع میزان مواد غذایی که افراد در طول روز مصرف می‌کنند، همراه با دیگر رفتارها نظیر میزان تحرک و تلاش آنها به‌طور منطقی باید با اضافه وزن رابطه داشته باشد. این امر به‌صورت عملیاتی در بسیاری از کسانی که وزن متناسب با سن و طول قد خود را حفظ می‌کنند دیده می‌شود. یعنی بسیاری از کسانی که طی سالهای متمادی به‌خوبی توانسته‌اند تناسب اندام و وزن متناسب با شرایط سنی و بدنی خود را حفظ کنند نشان می‌دهد که این گروه افراد به‌خوبی بین تغذیه و فعالیت‌های خود تناسب لازم را برقرار ساخته‌اند (نواک و بوتنر، ۲۰۰۳). اما دلایل اینکه بین سبک زندگی و اضافه وزن رابطه‌ای به‌دست نیامد این است که زنان خودمعرف به جای انعکاس سبک زندگی گذشته خود، سبک زندگی نزدیک به مراجعه و زمان مراجعه برای کاهش اضافه وزن را منعکس کرده‌اند. شاید ضرورت داشته باشد تا در چنین تحقیقاتی حتماً به پاسخگویان تذکر داده شود که حداقل سبک زندگی یکسال گذشته خود را در مجموع در نظر

بگیرند و به پرسشها پاسخ دهند. با احتمال خیلی زیاد، زنان خودمعرف برای کاهش اضافه وزن از مدتها قبل از مراجعه به صورت خود درمانی و مبتنی بر توصیه‌های اطرافیان، دوستان و یا مطالعه مقالات و کتابها اقدام به تغییراتی در سبک زندگی خود برای کاهش اضافه وزن کرده‌اند. اما از آنجا که نتایج به دست آمده برای آنها با انتظارات آنها همسویی کامل نداشته عاقبت برای ملزم ساختن خود برای پیروی از سبک تغذیه و فعالیت سالم‌تر به مراکز و پزشکان متخصص تغذیه برای کاهش وزن مراجعه کرده‌اند. همین وضعیت باعث می‌شود تا آنها با این تصور که سبک زندگی آنها در گذشته نیز مثل زمانهای معطوف به کاهش اضافه وزن مبتنی بر سلامتی بوده، ولی صرفاً الزام درونی و یا برخی عوامل بازدارنده دیگر نظیر (کنار گذاشتن پرهیز در شرایط خاص) مانع از دستیابی آنها به نتیجه مطلوب شده است، اقدام به پاسخگویی به پرسشنامه سبک زندگی کرده باشند.

بالاخره از زیرمقیاس‌های خودبندی، فقط وزن ذهنی و ارزشیابی قیافه با اضافه وزن دارای رابطه بود. این وضعیت در تحلیل رگرسیون همزمان و گام به گام انجام شده نیز تا اندازه‌ای مورد تأیید قرار گرفت. در رگرسیون همزمان صرفاً وزن ذهنی و جهتگیری تناسب اندام از بین کلیه متغیرهای پژوهش قادر به پیش‌بینی اضافه وزن بودند و در رگرسیون گام به گام ارزشیابی قیافه نیز به وزن ذهنی و جهتگیری تناسب اندام افزوده شد. این وضعیت گویای آن است که متغیرهای تصویر بدنی بیش از سایر متغیرها بر اضافه وزن تأثیر دارد. این یافته‌ها تا اندازه زیادی با تحقیقات محققانی چون استرلان و همکاران (۲۰۰۳) و مورنن و همکاران (۲۰۰۳) که نشان داده‌اند، اطلاعات مرتبط با تصویر بدنی در زنان با واکنش آنها به اضافه وزن رابطه دارد، همسویی زیادی دارد. در واقع مؤلفه‌های اصلی تصویر بدنی یا خود بدنی که معطوف به ارزشیابی قیافه، تناسب اندام و وزن ذهنی است میزان رضایت یا نارضایتی بدنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این امر باعث برانگیختگی شخص شده و در شرایطی که فرد احساس می‌کند اضافه وزن او تصویر بدنی نامناسبی برای وی به وجود آورده باعث می‌شود تا فرد اقدام به تغییر وزن خود در راستای تغییر تصویر ذهنی خود کند. به‌ویژه وزن ذهنی در زنان

خودمعرف بسیار حیاتی و حساس است. شاید یکی از انگیزه‌بخش‌ترین روشها برای کنترل وزن، انجام فعالیت و آموزش تصویرسازی ذهنی مطلوب باشد. این نوع تصویرسازی در نهایت فعالیت زنان خودمعرف را برای کنترل وزن جهت‌دهی می‌کند. در مجموع یافته‌های این پژوهش مؤید ارتباط خاص بین متغیرهایی نظیر افسردگی، وزن ذهنی و ارزشیابی قیافه با اضافه وزن بود. در عین حال تعمیم نتایج به زنان غیر خودمعرف دارای اضافه وزن باید با احتیاط صورت گیرد و از طرف دیگر تحقیقاتی با نمونه‌های غیر خودمعرف دارای اضافه وزن صورت گیرد تا ارتباط بین متغیرهایی نظیر اعتماد به نفس و سبک زندگی با اضافه وزن روشن‌تر شود.

منابع

- امانی، زیبا. (۱۳۸۴). «بررسی و مقایسه عزت نفس زنان (شاغل و خانه‌دار) با جرأت و بی‌جرأت شهر اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- بورسینکو، جوان. *جلوه‌های زندگی یک زن*، ترجمه منیژه بهزاد، (۱۳۷۸)، چاپ اول، تهران، انتشارات توتیا (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی نامشخص است).
- حسینی، ابوالقاسم. (۱۳۸۰). «معرفی سبک و روش استاندارد برای دستیابی به زندگی سالم»، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، مشهد سال سوم، شماره ۹-۱۰.
- ریسمانچیان، منصور. (۱۳۸۲). *چاقی و تأثیر آن بر سلامتی*، چاپ اول، اصفهان، انتشارات فرهنگ مردم.
- ژندا، لوییس. (۲۰۰۱). *آزمونهای شخصیت*، ترجمه محمدعلی بشارت و محمد حبیب‌نژاد، (۱۳۸۴)، چاپ اول، تهران، نشر آبیژ.
- ساراسون، ایرون جی و باربارا ساراسون. *روانشناسی مرضی*، ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقانی، (۱۳۸۱)، جلد اول، چاپ چهارم، تهران، انتشارات رشد.
- سلیمانی، فاطمه. (۱۳۸۰). «تأثیر عمل جراحی زیبایی بر سلامت روان و عزت نفس»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد و روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
- شیخ، فریبا. (۱۳۸۲). *راهنمای رژیم درمانی*، چاپ دوم، تهران، انتشارات سالمی.

مزلو، ابراهام، اچ. به سوی روانشناسی بودن، ترجمه محمد رضوانی، (۱۳۷۱)، چاپ اول، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

منشی، غلامرضا. (۱۳۷۶). روانشناسی سلامت، چاپ اول، اصفهان، انتشارات غزل.
نوریخس، اعظم. (۱۳۸۳). «مقایسه سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی در مدیران زن دوره متوسطه و زنان خانه‌دار شهرستان بشرویه»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.

BACALLAO, J. (2000). *Obesity among the poor*, Pan American Health Organization.

BELINDA. L., NEEDHAM M.A., & CROSNOER . (2005). Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *Journall of Adolescent Health*, 36,48 – 55 .

CASH, T.F. (1997). *The body image work book: An eight step program for learning to like your looks*. New Harbinger: Oadland.

CASH, T.F., TOMAS.F. MILKEWICZ, N., & JOSHUA, I. (2002). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight and formerly overweight women, *An International Journal of Research in Body Image*, 1,155 – 167 .

COOPER SMITH, ST. (1967). *The antecedent for self – esteem*, Sanfrancisco, Freeman Company.

CROZIER, W. R., REE, S. V., MORRIS BEATTIE, A., & BELLIN, W. (1999). Streaming, self esteem and friendship within a comprehensive school. *Educational Psychology in Practice*, 52,128 – 134 .

DIXON, J. B., MBBSS, F., & MAMREEN. E. (2003). Depression in association with server obesity changes with weight loss. *International Medicine*, 163,2058 – 2065 .

- EHRMAN, WG. (2001). Obesity and health. In Hoekelman, Ra., Adam. Hm. Nelson, Nm et al. *Obesity: primary pediatric care* (4th Ed- pp. 1669–1675). New York: Guilford.
- FINELLI, G., & GALLIPOLI, P. (2005). Assessment of physical activity in an outpatient obesity clinic in southern Italy. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Disease*, 16,168–173.
- GOODMAN, E., & WHITAKER, RC. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Division of Adolescent Medicine , Pediatrics*, 110(3),497–504.
- GROGAN, S. (1999). *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children*, London: Rutledge.
- HAMMER, LD., & ROBINSON, TN. (1999). Child and adolescent obesity–In Levive, MD, Carey, WB. Crocker, AC (Eds), *Development and behavioral pediatrics* (3rd Ed 1, pp. 370–379).
- HARNACK, L., FRENCH, S. (2001). Effects of health life style pattern on dietary change *American Journal of Health Promotion*, 16(1),21–23.
- HEINBERG, L.J., THOMPSON, J.K., MATZON, J.L. (2001). Bodily image dissatisfaction as a motivator for healthy life style change: Is some distress beneficial? In striegal Moore, R.H., & Smolak, L (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 215–232), New York: Guilford press.
- KATHERIN, MF. CAROU, M., OGDEN, CL., SNOCL, J. (2000). Prevalence and trends in obesity among adults. *Journal of Obesity*, 288,1723–1727.
- KNOWLER WC. BARRET. CONNER, E., FOWLER, SE, HOMMAN, RF., LACHIN, JM., WALKER, EA, & NATHAN, D.M. (2002). Diabetes prevention program research group: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metaformin. *New England Journal of Medicine*, 346,343–403.

- KOSTANSKI, M., & GULLONE, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: relation Ship with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychiatry*, 39,255 – 262 .
- LUISSER, C., BOLDUD, A.X., HIGNESSE, M., NIYANSEGA, T., & SING, CF. (2002). Impact of alcohol intake on measures of lipid metabolism depends on context defined by gender, body mass index, cigarette smoking, and apolipoprotein Genotype. *Arteriosclerosis Thrombosis vascular Biology*, 22,824 – 831 .
- MATOS, M., ARANHA, R., FARIN, L., ALESSANDRA, N., FERREIRA, S., BACALTCHUCK, J. (2002) . Bing eating disorder anxiety, depression and body image, in grade III obesity patient. *Review Bras Psiquiatr*, 24(4),165 – 169 .
- MURNEN, S.K., SMOLOK. L., MIUS, J. A., & GOOD, L. (2003) . Thin, sexy women and strang. *Sex Roles*, 49,427 – 437 .
- NAZRAT, M., MIRZA, D., YANOVSKI, J. A. (2005) . Body dissatisfaction, self esteem, and overwight among inner-city Hispanic children and adolescent, *Journal of Adolescent Health*, 36,267,270 .
- NOWAK, M., & BUTTNER, P. (2003) . Relationship between adolescents food related beliefs and food intake behavior. *Nutrition Research*, 23,45 – 55 .
- RICHARDSON, L. P., GARRISON, M. M. , DRANGSHOLT, M ., MANCL, L ., & LERESCH, L. (2006) . Assoiation between depressire symptoms and obesity during puberty. *General Hospital Psychiatry*, 28,313 – 320 .
- RUBINSTEIN, G. (2005) . The big five and self esteem among overweight dieting and no dieting women. *Personality and Individual Differences*, 38,1495 – 1503 .
- STICE, E., & SHOW, H. E. (2002) . Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A Synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53,985 – 993 .

- STRELAN, P., MCHAFFEY, S. J. & TIGGENEMANN, M. (2003). Self objectification and self - esteem in young women: The mediating role of reasons for exercise, *Sex Roles*, 48,89 – 95 .
- THUCKER. L. A., & CLEGGY, A .G. (2002). Difference in health care costs and utilization among adults with selected life style related risk factors. *American Journal of Health Promotion*, 16(4),225 – 233 .
- TIGGEMANN, M. (2004). Body image across the adult life span: disability and change. *Body Image*, 1,29 – 41 .
- VOSK, K. D. (2000). Personality processes and individual different in interpersonal evaluations following Threats to self: role of self – esteem, *Journal of Personality and Social Psychology*, 8,68 – 70 .
- WALSH, BT., & DEVLIN, MJ. (1998). Eating disorder: Problems. *In Regulation of Body Weight – Article*, 280,1387 – 1390 .
- WERRIJ, M.Q., MULKCNS, S., HASPERS, H., & JANSEN, A. (2005). Oerweight and obesity: The significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling* 62,126 – 131 .



تاریخ وصول: ۸۵/۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۱/۱۷