

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۴۹ بهار ۱۳۹۷

## نقش واسطه‌ای خودشفقتی در ارتباط بین تصویر بدنی و کیفیت زندگی در دانشجویان

نسیم دمرچلی<sup>۱</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای خودشفقتی در ارتباط بین تصویر بدنی و کیفیت زندگی بود. روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی و کارشناسی‌ارشد بود که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین مشغول به تحصیل بودند. ۲۰۰ دانشجوی به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های مورد نظر پاسخ دادند. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، مقیاس خودشفقتی (نف) و پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود (کش) بود. داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. نتایج نشان داد که خودشفقتی ارتباط بین تصویر بدنی و کیفیت زندگی را میانجی‌گری می‌کند. همچنین، اثر مستقیم تصویر بدنی بر خودشفقتی، اثر مستقیم تصویر بدنی بر کیفیت زندگی و اثر مستقیم خودشفقتی بر کیفیت زندگی مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین، تصویر بدنی مثبت و نگرش مشفقانه در ارتباط با خود و بدن خود، به بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود.

واژگان کلیدی: خودشفقتی؛ تصویر بدنی؛ کیفیت زندگی

۱- کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

## مقدمه

سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) کیفیت زندگی<sup>۲</sup> را به صورت «درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد» تعریف می‌کند. تحقیقات نشان داده است که ادراک افراد از تندرستی و کیفیت زندگی نه تنها تحت تأثیر شرایط جسمانی، بلکه تحت تأثیر ابعاد روان‌شناختی نیز قرار می‌گیرد (کامفیلد و اسکوینگتون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸، هافمن و دریسکل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). در همین راستا، پژوهشگران دریافته‌اند که حتی با وجود این که افراد جوان از بیماری‌های جسمانی وخیم رنج نمی‌برند، اما شکایت‌های روان‌شناختی و نشانه‌های مرتبط با سلامت ذهنی زیادی را گزارش می‌کنند. بنابراین، جنبه‌های دیگری در کنار سلامت جسمانی در ادراک افراد از تندرستی و کیفیت زندگی نقش ایفا می‌کنند (هاگلند، ولد، استونسون، آروئه و ویناروسکا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). دوره‌های انتقالی در زندگی، سخت و تنش‌زا هستند و کیفیت زندگی اشخاص را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به عنوان مثال، دوران دانشگاه زمان کلیدی پیشرفت محسوب می‌شود و پیامدهای مهمی را برای تندرستی روان‌شناختی به همراه دارد (هانت و آیزنبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). شواهد نشان می‌دهد که ۶۰ درصد از دانشجویان سطح استرس بالا یا خیلی بالایی را تجربه می‌کنند (مارکیدز، وینوت، ریچارد، مک‌کی و گالیوان<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸). دانشگاه نه تنها افراد را با وظایف تحصیلی جدید، بلکه با درخواست‌های متفاوت اجتماعی مانند روابط متفاوت گروهی و مدیریت استقلال فردی مواجه می‌کند. به علاوه، این دوره با چالش‌هایی در زمینه حفظ رفتارهای سالم و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی همراه است (آیزنبرگ، گولاست، گولبرستین و هفner<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). تصویر بدنی<sup>۹</sup> یک سازه روان‌شناختی پیچیده‌ای است که از مؤلفه‌های مختلف ذهنی،

1- World Health Organization

3- Camfield &amp; Skevington

5- Haugland, Wold, Stevenson, Aaroe &amp; Woynarowska

7- Markides, Veinot, Richard, McKee &amp; Gallivan

9- body image

2- quality of life

4- Hoffman &amp; Driscoll

6- Hunt &amp; Eisenberg

8- Gollust, Golberstein &amp; Hefner

هیجانی، ادراکی و رفتاری تشکیل شده است (آلوا، شیران، وب، مارتیجن و میلز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). به اعتقاد گلیسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) اصطلاح تصویر بدنی، دو بعد ادراکی و نگرشی دارد. بعد ادراکی تصویر بدنی، به چگونه دیدن اندازه، شکل، وزن، چهره، حرکت و اعمالمان مربوط می‌شود؛ درحالی‌که بعد نگرشی به این موضوع مربوط می‌شود که ما چه احساسی درباره این ویژگی‌ها داریم و چگونه این احساس‌ها، رفتارمان را هدایت می‌کنند. زنان در مقایسه با مردان گرایش بیشتری برای درک تصویر بدنی منفی دارند (نایر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). دانشجویان زن سطح قابل توجهی از نارضایتی بدنی را گزارش می‌کنند و در معرض خطر بیشتری برای رشد مشکلات مربوط به تصویر بدنی و خوردن قرار دارند (کوک و هاوژنبلاس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). تصویر بدنی منفی با طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب همراه است، از جمله اعتماد به نفس پایین، خلق افسرده و نشانه‌های اختلال خوردن (دوناقو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰، فریدمن، ریچمن، کاستانزو و موسانتی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). باید به این نکته توجه داشت که بسیاری از نگرش‌های ناسالم زنان مانند پرخوری و بی‌اشتهایی عصبی نتیجه نارضایتی از تصویر خود و به‌خصوص نارضایتی از جنبه‌های مرتبط با وزن بدن است (پورتو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). مثبت بودن تصویر بدنی با اعتماد به نفس بیشتر، سلامت روان‌شناختی بهتر و نگرش‌های ناکارآمد کمتر در رابطه با خوردن، مرتبط است (لوبرا و ریوس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). تصویر بدنی مطلوب پیش‌بینی‌کننده افزایش کیفیت زندگی در همه ابعاد آن است (نایر و همکاران، ۲۰۱۶) و کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنی‌داری با تصویر بدنی دارد (کیم و کانگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵) در حالی که بین نارضایتی از تصویر بدنی و کیفیت زندگی همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد (هرینگتون و بادگر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده است که نارضایتی بدنی به‌طور منفی کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف مانند کارکرد روانی-اجتماعی و سلامت ذهنی تحت تأثیر قرار می‌دهد (لیماکا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴، موندو<sup>۱۲</sup> همکاران،

1- Alleva, Sheeran, Webb, Martijn & Miles  
3- Nayir  
5- Donaghue  
7- Porto  
9- Kim & Kang  
11- Liimakka

2- Gleeson  
4- Cook & Hausenblas  
6- Friedman, Reichman, Costanzo & Musante  
8- Lobera & Rios  
10- Harrington & Badger  
12- Mond

۲۰۱۳). با این وجود ساز و کارهای میانجی‌گر در ارتباط بین تصویر بدنی منفی و اختلال در کیفیت زندگی ناشناخته باقی مانده است.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ارتباط بین مقایسه‌های اجتماعی منفی و احساسات حقارت به دلیل نارضایتی بدنی و اختلال خوردن ممکن است به‌وسیله خودشفقتی<sup>۱</sup> بهبود یابد و اصلاح شود (فریرا، پینتو-گوویا و دوآرته<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳، پینتو-گوویا، فریرا و دوآرته، ۲۰۱۴). خودشفقتی یک راهبرد تنظیم هیجانی است که دربرگیرنده حساسیت و میل به کاهش درد و رنج است (گیلبرت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) و توانایی برای گسترش مهربانی و درک خود به‌هنگام مواجهه با موانع، شکست‌ها و بی‌کفایتی‌های شخصی به جای خودانتقادگری. خودشفقتی شامل یک نگرش ذهن‌آگاهانه است به‌جای شناسایی و تمرکز بیش از حد روی ناکامی‌ها و محدودیت‌های شخصی. همچنین، خودشفقتی مستلزم انسانیت مشترک است که در مقابل مؤلفه انزوا قرار می‌گیرد و به معنای شناخت و آگاهی از این موضوع است که همه انسان‌ها دارای نقایص هستند و هیچ انسانی کامل نیست و انسان‌ها در چالش‌های مهم زندگی ممکن است شکست بخورند و یا اشتباه کنند (نِف<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). تحقیقات نشان می‌دهد که خودشفقتی نقش مثبتی در سلامت ذهنی دارد. نِف، رود و کرک پاتریک<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) دریافتند که خودشفقتی در دانشجویان با شاخص‌های روان‌شناختی سازگارانه مانند شادی، خوش‌بینی، عاطفه مثبت، ابتکار شخصی، حس کنجکاوی و اکتشاف، توافق، برون‌گرایی و باوجدان بودن مرتبط است. همچنین خودشفقتی با عاطفه منفی و روان‌رنجورخویی رابطه منفی داشت و پیش‌بینی‌کننده سلامت روان‌شناختی بود. طبق نظر نِف (۲۰۰۴) خودشفقتی افراد را به آرامش، پذیرش تجربیات منفی درونی (مانند حس حقارت) و اتخاذ اقدامات مؤثر در جهت تندرستی تشویق می‌کند و با سلامت ذهنی و عملکرد سازگارانه مرتبط است.

پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهد که خودشفقتی تأثیر سودمندی بر تصویر بدنی و

1- self-compassion

3- Gilbert

5- Rude & Kirkpatrick

2- Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte

4- Neff

اختلال خوردن دارد. نتایج پژوهشی که روی زنان مبتلا به اختلال خوردن و زنان فاقد اختلال خوردن انجام شد، نشان داد که خودشفقتی با احساس حقارت کمتر و مقایسه اجتماعی منفی کمتر، در ارتباط است و همچنین تمایل کمتر به اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کند (فریرا و همکاران، ۲۰۱۳، پینتو-گوویا و همکاران، ۲۰۱۴). افراد دارای سطوح بالایی از خودشفقتی، نگرانی‌های تصویر بدنی کمتری دارند (واسیلکیو، مکینون و مککلان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) و نگرانی‌های افزایش وزن و انگیزه‌های خودتنبیهی کمتری را به‌خاطر رفتارهای خوردن خود گزارش می‌کنند (برینس، تول، تو و چن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). در واقع، خودشفقتی به‌عنوان یک عامل محافظ در برابر تصویر بدنی ضعیف و اختلال خوردن عمل می‌کند (براون، پارک و گورین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). خودشفقتی به‌طور مثبت با تصویر بدنی مطلوب و به‌طور منفی با نارضایتی بدنی و مقایسه اجتماعی مرتبط است (آندریو، تیگمن و کلارک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش دیگری نشان داد خودشفقتی به‌عنوان یک واسطه‌گر در ارتباط بین نارضایتی بدنی، مقایسه اجتماعی مبتنی بر تصویر بدنی و کیفیت زندگی نقش میانجی‌گری ایفا می‌کند (دوآرته، فریرا، ترینداد و پینتو-گوویا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). افرادی که تحت مداخله درمانی مبتنی بر خودشفقتی قرار می‌گیرند، کاهش نارضایتی بدنی، شرمساری بدنی و خودارزیابی براساس ظاهر و افزایش درک ارزش جسمی را تجربه می‌کنند (آلبرتسون، نف و دیل-شاکلفورد<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). زنان دارای سطوح بالایی از خودشفقتی؛ نظارت بدنی، شرمساری بدنی، افسردگی و نگرش‌های خوردن منفی کمتری را تجربه می‌کنند (لیس و ارچول<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵).

کیفیت زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر به واسطه نقشی که در سلامت روان افراد دارد اهمیت به‌سزایی یافته است. شواهد نشان داده که ۶۰ درصد از دانشجویان سطوح استرس بالا یا خیلی بالایی را تجربه می‌کنند (مارکیدز و همکاران، ۱۹۹۸). دوره‌های انتقالی در زندگی مانند دوران دانشگاه، سخت و تنش‌زا هستند و کیفیت

1- Wasylikiw, Mackinnon & Mclellan  
3- Braun, Park & Gorin  
5- Duarte & Trindade  
7- Liss & Erchull

2- Breiness, Toole, Tu & Chen  
4- Andrew, Tiggemann & Clark  
6- Albertson, Neff & Dill-Shackelford

زندگی اشخاص را تحت تأثیر قرار می‌دهند (هانت و آیزنبرگ، ۲۰۱۰). در همین راستا و با توجه به این که دانشجویان در آینده عهده‌دار مدیریت عرصه‌های مختلف جامعه خواهند بود، بنابراین شناخت مسائلی که می‌تواند کیفیت زندگی و سطح سلامت دانشجویان را به مخاطره بیندازد ضروری به نظر می‌رسد. به‌عنوان مثال تصویر بدنی نامطلوب و نارضایتی بدنی که تحت تأثیر فشارهای فرهنگی-اجتماعی شکل می‌گیرند، افراد را به رفتارهای نامناسب خوردن و جراحی‌های زیبایی سوق داده و عوامل روان شناختی‌ای مانند عدم شفقت نسبت به خود و خودسرزنشگری نیز به این وضع نامساعد دامن می‌زنند و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند. بنابراین، ضرورت تجربه کیفیت مطلوب در زندگی و ارتقا سلامت جامعه، نشان‌دهنده اهمیت پرداختن به پژوهش‌هایی در زمینه شناسایی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر کیفیت زندگی است تا با شناسایی این عوامل بتوان در جهت ارتقای سلامت عمومی، جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی گام برداشت. با توجه به آن چه گفته شد در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤالات بودیم که آیا تصویر بدنی بر کیفیت زندگی اثر مستقیمی دارد و آیا خودشفقتی در ارتباط بین تصویر بدنی و کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند؟

## روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود که در آن از روی آورد مدل‌یابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> بهره گرفته شد. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دختر مقطع کارشناسی و کارشناسی‌ارشد دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین بود که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند و تعداد آنها بالغ بر ۳۰۰۰ نفر بود. نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که از میان شش دانشکده، سه دانشکده به‌طور تصادفی انتخاب شدند و از درون دانشکده فنی-مهندسی رشته‌های برق (۲ کلاس)، عمران (۲ کلاس)، مواد (۱ کلاس) و از دانشکده علوم پایه رشته‌های فیزیک (۱ کلاس)، ریاضی (۱ کلاس) و از

1- structural equation modeling

دانشکده علوم انسانی رشته‌های تاریخ (۱ کلاس) و ادبیات (۱ کلاس) به‌طور تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها در میان دانشجویان توزیع شد. از معیارهای ورود به پژوهش؛ مؤنث بودن آزمودنی‌ها (جنسیت به‌عنوان متغیر کنترل)، استفاده نکردن از داروهای روان‌گردان و رضایت آزمودنی‌ها برای ورود به پژوهش بود.

### ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> (WHOQOL-BREF, ۱۹۹۶): سازمان جهانی بهداشت به‌منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه، پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی<sup>۲</sup>، سلامت روان<sup>۳</sup>، روابط اجتماعی<sup>۴</sup>، سلامت محیط<sup>۵</sup> و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به‌دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه، پژوهشی روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون باز آزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به‌دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴. همسانی درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که این مقدار برای گروه سالم به این صورت به‌دست آمد: سلامت جسمی

1- World Health Organization Quality of Life Questionnaire  
3- mental health  
5- environmental health

2- physical health  
4- community relations

۰/۷۰، سلامت روان ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ و برای گروه بیمار به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۷۲ به دست آمد (نجات، منتظری، هلاکویی نایینی و مجدزاده، ۱۳۸۵). همسانی درونی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس خودشفقتی<sup>۱</sup> (SCS، ۲۰۰۳): پرسشنامه ۲۶ ماده‌ای خودشفقتی برای ارزیابی کلی خودشفقتی توسط نف در سال ۲۰۰۳ طراحی شد. اجزای سازنده این پرسشنامه اگر چه از لحاظ مفهومی با هم متفاوت هستند، اما به لحاظ نظری به هم مرتبط هستند: انسانیت مشترک<sup>۲</sup>، ذهن‌آگاهی<sup>۳</sup> و مهربانی با خود<sup>۴</sup>. اگر چه ساختار اصلی با این سه جنبه تعریف شده است، اما تحلیل عاملی، شش خرده‌مقیاس را نشان داد که نشان‌دهنده جنبه‌های مثبت و منفی هر وجه می‌باشند. این شش خرده‌مقیاس عبارتند از: مهربانی با خود، خودانتقادی<sup>۵</sup>، انسانیت مشترک، انزوا<sup>۶</sup>، ذهن‌آگاهی و شناخت بیش از حد<sup>۷</sup>. ماده‌ها برای پی بردن به این که پاسخ‌دهندگان در شرایط دشوار نسبت به خودشان چگونه عمل می‌کنند طراحی شده‌اند و با استفاده از مقیاس لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه‌بندی شده‌اند (نف، ۲۰۰۳). در تحقیق نف (۲۰۰۳) نتیجه روایی هم‌زمان خودشفقتی با پرسشنامه‌های دیگر این‌گونه به دست آمد: بین خودشفقتی و خرده‌مقیاس انتقاد از خود پرسشنامه تجارب افسردگی<sup>۸</sup> رابطه منفی و معنی‌دار، بین خودشفقتی و مقیاس ارتباط اجتماعی<sup>۹</sup> رابطه مثبت و معنی‌داری به دست آمد. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس خودشفقتی در تحقیق نف (۲۰۰۳) ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش امان‌الهی، تردست و اصلانی (۱۳۹۵) پایایی خرده‌مقیاس خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی، شناخت بیش از حد و همچنین کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ضرایب ۰/۷۶، ۰/۷۲، ۰/۷۳، ۰/۴۸، ۰/۸۳، ۰/۶۰ و ۰/۶۲ به دست آمد. همچنین

1- Self-compassion Scale

3- self-kindness

5- self-critical

7- over identification

9- Social Connectedness Scale

2- common humanity

4- mindfulness

6- isolating

8- Depressive Experiences Questionnaire



در پژوهش خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ مهربانی با خود ۰/۸۱، قضاوت نسبت به خود ۰/۷۹، اشتراکات انسانی ۰/۸۴، انزوا ۰/۸۵، ذهن‌آگاهی ۰/۸۰ و شناخت بیش از حد ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد. همسانی‌درونی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه روابط چند بعدی بدن - خود<sup>۱</sup> (MBSRQ، ۱۹۹۷): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۴۶ ماده‌ای است که کش، وینستد و جاندا<sup>۲</sup> آن را در سال ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷ برای ارزیابی تصویر بدنی ساختند (به نقل از گنجی، ۱۳۸۴). در این پژوهش از فرم نهایی آن که کش در سال ۱۹۹۷ آماده کرد استفاده گردید. این ابزار ۶ زیرمقیاس دارد که عبارتند از: ۱. ارزیابی وضع ظاهری<sup>۳</sup>، ۲. گرایش به ظاهر<sup>۴</sup>، ۳. ارزیابی تناسب<sup>۵</sup>، ۴. گرایش به تناسب<sup>۶</sup>، ۵. دل‌مشغولی با اضافه وزن یا وزن ذهنی<sup>۷</sup> و ۶. رضایت از نواحی بدنی<sup>۸</sup>. در این پرسشنامه از افراد درخواست می‌شود تا میزان موافقت خود را با هر یک از گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای علامت‌گذاری کنند که براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (کش، ۱۹۹۷). در پژوهش رقیبی و میناخانی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های ارزیابی ظاهر، گرایش به ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش به تناسب، وزن ذهنی و رضایت از نواحی بدنی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۱، ۰/۷۸، ۰/۶۶، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ به دست آمد. همسانی‌درونی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

### یافته‌ها

به‌منظور تدوین مدل ارتباط تصویر بدنی و کیفیت زندگی با در نظر گرفتن نقش میانجی خودشفقتی از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. پیش از ارزیابی الگوی پیشنهادی با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، مفروضه‌های استفاده از این روش مورد بررسی قرار گرفت. به‌همین منظور در گام اول، مفروضه هنجار بودن توزیع داده‌ها

1- Multidimensional Body-self Relations Questionnaire  
3- appearance evaluation  
5- fitness evaluation  
7- subjective weight

2- Cash, Winsted & Janda  
4- appearance orientation  
6- fitness orientation  
8- body areas satisfaction

با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد. با توجه به نتایج این آزمون، سطوح معنی‌داری به‌دست آمده برای متغیرها بیش از  $0/05$  بود؛ بنابراین توزیع داده‌ها بهنجار هستند. همچنین برآورد مقادیر چولگی و کشیدگی نیز از بهنجار بودن توزیع داده‌ها حمایت کرد. در گام دوم، مفروضه عدم وجود چند هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین بررسی شد و نتایج آزمون، نشان از عدم رابطه هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین داشت (جدول ۲). در گام سوم برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد. برای تأیید این پیش‌فرض مقدار آن باید بین  $1/5$  تا  $2/5$  باشد. آماره دوربین واتسون در پژوهش حاضر  $2/14$  شده است. بنابراین، پیش‌فرض استقلال خطاها تأیید شد. در گام چهارم برای بررسی داده‌های پرت از فاصله ماهالانویس استفاده شد. در پژوهش حاضر بیشترین مقدار این فاصله  $13/37$  است که با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین، از مقدار بحرانی کای‌دو ( $13/82$ ) کوچک‌تر است؛ بنابراین داده‌ها پرت نیستند. برای بررسی مفروضه خطی بودن از ماتریس نمودارهای پراکندگی بین هر جفت از متغیرها استفاده شد و این مفروضه نیز مورد تأیید قرار گرفت.

در جدول (۱) توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله دانشکده، سن، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل آورده شده است.

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

متغیر	شاخص آماری	فراوانی	درصد
سن	۱۸-۲۲	۱۱۰	۵۵
	۲۳-۲۷	۵۱	۲۵/۵
	۲۸-۳۲	۳۱	۱۵/۵
	۳۳ به بالا	۸	۴
دانشکده	فنی-مهندسی	۷۴	۳۷
	علوم پایه	۷۱	۳۵/۵
	علوم انسانی	۵۵	۲۷/۵
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۱۳۸	۶۹
	کارشناسی ارشد	۶۲	۳۱
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲۱	۶۵/۵
	متاهل	۶۹	۳۴/۵

طبق جدول (۱)، بیشترین فراوانی به دانشجویان دارای سن ۱۸ تا ۲۲ سال (۵۵ درصد)، دانشجویان دانشکده فنی-مهندسی (۳۷ درصد)، دانشجویان مقطع کارشناسی (۶۹ درصد) و دانشجویان مجرد (۶۵/۵ درصد) اختصاص داشته است.

جدول (۲) شاخص تحمل واریانس و عامل تراکم واریانس به منظور ارزیابی فقدان هم‌خطی

متغیرهای پیش‌بین	تحمل واریانس	تراکم واریانس
تصویر بدنی	۰/۹۳	۱/۰۷
خودشفقتی	۰/۹۳	۱/۰۷

با توجه به جدول (۲)، چون شاخص تحمل واریانس کمتر از ۰/۱۰ نیست و همچنین مقدار شاخص عامل تراکم واریانس بیش از ۰/۱۰ نیست؛ لذا بین متغیرهای پیش‌بین اثر هم‌خطی وجود ندارد.

نظر به این‌که اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری بر مبنای ماتریس واریانس-کواریانس یا همبستگی بین متغیرهاست، لذا در جدول (۳) ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول (۳) میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
تصویر بدنی	۲۲۹/۹۰	۲۶/۹۰	۱						
خودشفقتی	۷۴/۷۹	۱۳/۴۳	۰/۲۵**	۱					
سلامت جسمی	۶۲/۲۹	۱۴/۴۳	۰/۳۲**	۰/۳۲**	۱				
سلامت روان	۵۶/۷۳	۱۵/۶۶	۰/۳۹**	۰/۳۷**	۰/۶۴**	۱			
روابط اجتماعی	۵۷/۱۳	۱۷/۲۰	۰/۳۵**	۰/۳۹**	۰/۴۸**	۰/۵۷**	۱		
سلامت محیط	۵۷/۵۳	۱۶/۵۳	۰/۳۴**	۰/۳۷**	۰/۵۷**	۰/۵۷**	۰/۵۵**	۱	
سلامت عمومی	۶۴/۷۷	۱۹/۶۷	۰/۴۹**	۰/۳۳**	۰/۵۰**	۰/۶۰**	۰/۵۰**	۰/۴۶**	۱

\*\* $P < 0.001$  \* $P < 0.05$

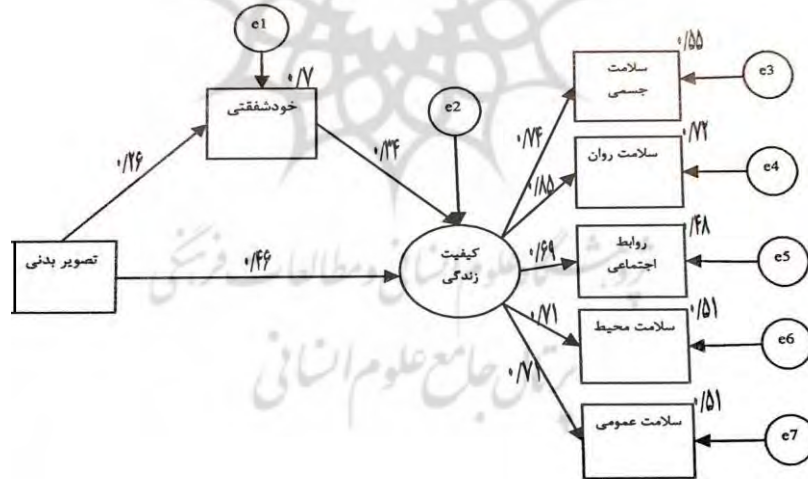
پس از بررسی و تأیید پیش‌فرض‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری، این روش برای

ارزیابی الگوی پیشنهادی به کار گرفته شد. برای تعیین کفایت برازندگی الگوی پیشنهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی در جدول (۴) مورد بررسی قرار گرفت.

جدول (۴) شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	X <sup>2</sup>	CMIN/DF	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMSEA
مقدار به دست آمده	۰/۰۸	۱/۵۶	۰/۹۶	۰/۹۲	۰/۹۸	۰/۹۵	۰/۰۵
حد مجاز	عدم معنی‌داری	کمتر از ۳	بیش از ۰/۹۰	بیش از ۰/۸۰	بیش از ۰/۹۰	بیش از ۰/۹۰	کمتر از ۰/۰۸

با توجه به این که هر یک از شاخص‌های به دست آمده برازش مدل، به تنهایی دلیل برازندگی یا فقدان برازندگی مدل نیستند، نیاز است که این شاخص‌ها را در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد شاخص‌های برازش مدل در مجموع از وضعیت مطلوبی بهره‌مند شده‌اند و بنابراین پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع است.



شکل (۱) مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

مدل در حالت ضرایب استاندارد شده بین مثبت یک تا منفی یک محدود می‌شود و برای نشان دادن قدرت و جهت رابطه از آن استفاده می‌شود.

جدول (۵) ضرایب و معنی‌داری اثرات مستقیم بر کیفیت زندگی

متغیر برونزا	متغیر درونزا	نوع اثر	B استاندارد شده	t	sig	R <sup>2</sup>
تصویر بدنی	کیفیت زندگی	مستقیم	۰/۴۶	۶/۱۲	۰/۰۱	۰/۴۰
خودشفقتی	کیفیت زندگی	مستقیم	۰/۳۳	۴/۶۷	۰/۰۱	۰/۴۰
تصویر بدنی	خودشفقتی	مستقیم	۰/۲۵	۳/۴۳	۰/۰۰۹	۰/۰۶

آنچه از نتایج جدول (۵) برمی‌آید این است که اثر مستقیم تصویر بدنی بر کیفیت زندگی ( $B=۰/۴۶$ ,  $p=۰/۰۱$ )، اثر مستقیم خودشفقتی بر کیفیت زندگی ( $B=۰/۳۳$ ،  $p=۰/۰۱$ ) و اثر مستقیم تصویر بدنی بر خودشفقتی ( $B=۰/۲۵$ ،  $p=۰/۰۰۹$ ) معنی‌دار است.

جدول (۶) نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم

متغیر برونزا	متغیر درونزا	مقدار بوت استرپ	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
تصویر بدنی	کیفیت زندگی	۰/۰۸	۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۰۰۳
تصویر بدنی	سلامت جسمی	۰/۴۰	۰/۳۳	۰/۵۰	۰/۰۰۵
تصویر بدنی	سلامت روان	۰/۴۶	۰/۳۵	۰/۵۵	۰/۰۱
تصویر بدنی	روابط اجتماعی	۰/۳۸	۰/۲۹	۰/۴۶	۰/۰۰۶
تصویر بدنی	سلامت محیط	۰/۳۹	۰/۳۱	۰/۴۸	۰/۰۰۹
تصویر بدنی	سلامت عمومی	۰/۳۹	۰/۳۰	۰/۴۹	۰/۰۰۶

نتایج جدول (۶)، نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم تصویر بدنی بر کیفیت زندگی، سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط و سلامت عمومی به واسطه خودشفقتی معنی‌دار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای خودشفقتی در ارتباط بین تصویر بدنی و کیفیت زندگی انجام شد. نتایج نشان داد که تصویر بدنی مثبت اثر مستقیمی بر کیفیت

زندگی مطلوب دارد. در واقع، هر چه فرد تصویر بدنی مطلوب‌تری داشته باشد، کیفیت زندگی بهتری را تجربه خواهد کرد. این یافته با نتایج پژوهش لوبرا و ریوس (۲۰۱۱) مبنی بر این که مثبت بودن تصویر بدنی با اعتماد به نفس بیشتر، سلامت روان‌شناختی بهتر و نگرش‌های ناکارآمد کمتر در رابطه با خوردن مرتبط است، همسو است. همچنین، نایر و همکاران (۲۰۱۶) و کیم و کانگ (۲۰۱۵) به ارتباط بین تصویر بدنی مطلوب و افزایش کیفیت زندگی پی بردند. نتایج پژوهش‌های هرینگتون و بادگر (۲۰۰۹)، لیماکا (۲۰۱۴)، موند و همکاران (۲۰۱۳)، کوک و هاوونبلاس (۲۰۱۱)، دوناقو (۲۰۱۰)، فریدمن و همکاران (۲۰۰۲) و پورتو و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که نارضایتی از تصویر بدنی، کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف مانند کارکرد روانی-اجتماعی و سلامت ذهنی به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد و افراد را در معرض اعتماد به نفس پایین، خلق افسرده و مشکلات مربوط به تصویر بدنی و خوردن قرار می‌دهد.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودشفقتی در ارتباط بین تصویر بدنی و کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. در واقع، هر چه فرد تصویر بدنی مثبت‌تر و خودشفقتی بیشتری را تجربه کند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار خواهد شد. نتایج پژوهش دوآرته و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که مقایسه‌های اجتماعی مطلوب درباره تصویر بدنی بر کیفیت زندگی روان‌شناختی به‌واسطه مکانیزم خودشفقتی اثر غیرمستقیم می‌گذارد. همچنین، این پژوهشگران دریافتند که ادراک فاصله زیاد بین خود بدنی واقعی و خود بدنی ایده‌آل، به خودی خود بر کیفیت زندگی اثر نمی‌گذارد، بلکه نارضایتی بدنی بر جنبه روان‌شناختی کیفیت زندگی به‌واسطه سطوح پایین خودشفقتی اثر غیرمستقیم می‌گذارد. از طرفی فریرا و همکاران (۲۰۱۳) و پینتو-گوویا و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند که ارتباط بین مقایسه‌های اجتماعی منفی و احساسات حقارت به‌دلیل نارضایتی بدنی و اختلال خوردن به‌وسیله خودشفقتی بهبود می‌یابد و اصلاح می‌شود. در واقع، خودشفقتی پیش‌بینی‌کننده قوی عملکرد سازگارانه، خودارزیابی واقع‌بینانه،

واکنش‌های متعادل به وقایع استرس‌زا، خودارزشمندی بالا، مقایسه اجتماعی کمتر و خودشیفتگی کمتر است (ونک<sup>۱</sup> و نف، ۲۰۰۹).

بنابراین در تبیین رابطه تصویر بدنی مثبت و کیفیت زندگی بالا، می‌توان گفت که هر چه افراد تصویر بدنی مطلوب‌تری نسبت به بدن خود داشته باشند؛ به اشتغالات ذهنی درباره نقایص بدنی، رفتارهای وسواس‌گونه و آرسی و نظارت بدنی، جراحی‌های زیبایی، رفتارهای خوردن معیوب مانند بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی متوسل نمی‌شوند و در نتیجه از سلامت روان‌شناختی و جسمانی بهتری بهره‌مند خواهند شد. از طرف دیگر، افرادی که رضایت بیشتری از تصویر بدنی خود داشته باشند، احساس خودارزشمندی بیشتری می‌کنند. به نظر می‌رسد افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز نسبت به زندگی خواهند داشت (نوغانی، منجمد، بحرانی و قدرتی، ۱۳۸۵، به نقل از عسگری و شباکی، ۱۳۸۹). اما افرادی که دچار نارضایتی بدنی هستند، احساس خودارزشمندی پایینی دارند و اغلب به ارزیابی خود، برآورد جایگاه اجتماعی و مقایسه‌های اجتماعی منفی روی می‌آورند و به بررسی این موضوع می‌پردازند که چقدر از استانداردهای گروه اجتماعی فاصله دارند، بنابراین از حضور در موقعیت‌های اجتماعی به دلیل ترس از ارزیابی‌های منفی اجتناب می‌کنند و روابط اجتماعی آنها که یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است دچار آسیب می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۱).

در مجموع، با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده می‌توان گفت که افراد دارای تصویر بدنی مطلوب و خودشفقتی بالا، خود را در معرض مقایسه‌های اجتماعی منفی قرار نمی‌دهند، در نتیجه دچار احساس حقارت و یا عدم کفایت اجتماعی نمی‌شوند. این افراد به‌جای اتخاذ یک نگاه انتقادی نسبت به خود، نگاه مهربانانه‌ای به خود در مواجهه با بی‌کفایتی‌های شخصی دارند و به‌جای تمرکز روی محدودیت‌های شخصی، نگرش ذهن‌آگاهانه‌ای دارند، به‌طوری‌که نه جنبه‌های ناخوشایند خود و زندگی را نادیده می‌گیرند و نه در مورد آنها دچار نشخوار فکری می‌شوند. آنها معتقدند هیچ انسانی به‌طور مطلق،

---

1- Vonk

کامل نیست و هر بدنی منحصر به فرد است و ممکن است نقایصی داشته باشد (نف، ۲۰۰۳، دوآرته و همکاران، ۲۰۱۵). با وجود این که مقایسه اجتماعی می‌تواند مکانیزمی انطباقی باشد، اما ادراک مرتبه اجتماعی پایین با شاخص‌های سلامت روان‌شناختی ناخوشایندی مانند افسردگی مرتبط است (گیلبرت، ۲۰۰۰). زنان اغلب به ارزیابی خود و برآورد جایگاه اجتماعی‌شان و بررسی این که چقدر از کیفیت‌های ارزش‌گذاری شده از سوی گروه اجتماعی (مانند جذابیت جسمانی و ظاهری) فاصله دارند، می‌پردازند (گیلبرت، ۲۰۰۲، آهرن، بنت، کلی و هترینکتون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱) و در نتیجه روی آوردن به رفتارهای خوردن معیوب، راه حلی می‌شود برای دستیابی به ایده‌آل لاغری و اجتناب از احساس حقارت؛ در حالی که این راهبرد زیان‌آور است (لیماکا، ۲۰۱۴). بنابراین، اعتقاد به انسانیت مشترک، نگاه مهربانانه نسبت به خود و نگرش ذهن‌آگاهانه سبب می‌شود که افراد خود را در معرض مقایسه‌های اجتماعی منفی و خودانتقادگری قرار ندهند، دچار ترس از ارزیابی‌های منفی نشوند، دست به رفتارهای وسواس‌گونه واری و نظارت بدنی و رفتارهای آسیب‌زای خوردن نزنند و در نتیجه از سلامت عمومی، جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی مطلوبی برخوردار شوند.

بنابراین مداخلات روان‌شناختی می‌بایست بر توسعه روش‌های مواجهه سازگارانه با تجربیات منفی تصویر بدنی متمرکز شوند. در واقع با افزایش نگرش‌های مشفقانه در رابطه با خود و بدن خود، می‌توان این احساس را در زنان به وجود آورد که همه بدن‌ها منحصر به فرد و خاص هستند تا این‌گونه به رضایت بدنی، تصویر بدنی مطلوب و در نتیجه کیفیت بالای زندگی دست یابند. محدود بودن نمونه آماری به دانشجویان دختر، زیاد بودن سؤالات پرسشنامه‌ها و عدم انجام مصاحبه‌های بالینی محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم نتایج ایجاد کرده است. به متخصصان در حوزه مداخله و درمان پیشنهاد می‌شود که به منظور بالا بردن کیفیت زندگی به متغیرهای روان‌شناختی‌ای مانند تصویر بدنی و خودشفقتی نیز توجه کرده و سعی کنند این آگاهی را در افراد ایجاد کنند که هیچ

---

1- Ahern, Bennett, Kelly & Hetherington



انسانی از نظر ظاهری، جسمی، رفتاری و توانمندی‌ها کامل نیست و افراد مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و نقاط قوت و ضعف هستند ولی آنچه اهمیت دارد این است که با این وجود، همه ما می‌توانیم دلسوز و شفیق خود و دیگران باشیم و یک زندگی بامعنا و هدفمند داشته باشیم و کیفیت زندگی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی خود را ارتقا ببخشیم. همچنین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه‌ای غیر از دانشجویان و با در نظر گرفتن تفاوت‌های دو جنس اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر ساز و کارهای میانجی‌گر در ارتباط بین تصویر بدنی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گیرند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۶/۰۲/۱۷

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۶/۰۴/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۶/۰۶/۲۰

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- امان‌الهی، عباس؛ تردست، کوثر و خالد اصلانی (۱۳۹۵). پیش‌بینی افسردگی براساس مؤلفه‌های خودشفقتی در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی دانشگاه‌های اهواز، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۸(۲): ۷۷-۸۹.
- خسروی، صدراالله؛ صادقی، مجید و محمدرضا یابنده (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۳): ۴۷-۵۹.
- رقیبی، مهوش و غلامرضا مینای (۱۳۹۰). ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خودپنداشت، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۴): ۷۱-۸۳.
- عسگری، پرویز و روشنک شباکی (۱۳۸۹). نقش تصویر بدنی در کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، نگرش نقش جنسی و عزت‌نفس، *اندیشه و رفتار*، ۵(۱۷): ۹-۱۸.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۴). *ارزشیابی شخصیت (پرسشنامه‌ها)*، تهران: ساوالان.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوبی نایینی، محمدکاظم و رضا مجدزاده (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴): ۱-۱۲.
- Ahern, A.L., Bennett, K.M., Kelly, M. & Hetherington, M. M. (2011). A qualitative exploration of young women's attitudes towards the thin ideal, *Journal of Health Psychology*, 16(1):70-79.
- Albertson, E.R., Neff, K.D. & Dill-shackleford, K.E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief mediation intervention, *Mindfulness*, 6(3): 444-454.
- Alleva, J.M., Sheeran, P., Webb, T.L., Martijn, C. & Miles, E. (2015). A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image, *PLOS One*, 10(9): e0139177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139177>.
- Andrew, R., Tiggemann, M. & Clark, L. (2013). Self compassion and positive body image: a role for social compassion? *Journal of Eating Disorder*, 1(1): 54.

- 
- Breines, J., Toole, A., Tu, C. & Chen, S. (2014). Self-compassion, body image and self reported disordered eating, *Self and Identity*, 13(4): 432-448.
- Braun, T.D., Park, C.L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image and disordered eating: A review of the literature, *Body Image*, 17: 117-131.
- Cash, T.F. (1997). *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Cook, J. & Hausenblas, A. (2011). Eating disorder specific health-related quality of life and exercise in college females. *Quality of Life Research*, 20(9): 1385-1390.
- Comfield, L. & Skevington, S.M. (2008). On subjective well-being and quality of life, *Journal of Health Psychology*, 13(6): 764-775.
- Donaghue, N. (2010). Body satisfaction, sexual self-schemas and subjective well-being in women, *Body Image*, 6(1): 37-42.
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. & Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college womens quality of life: The importance of being self-compassionate, *Journal of Health Psychology*, 20(6): 754-764.
- Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E. & Hefner, J.L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety and suicidality among university students, *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4): 534-542.
- Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R., & Musante, G.J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress, *Obesity Research*, 10(1): 33-41.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders, *Eating Behaviors*, 14(2): 207-210.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3): 174-189.
- Gilbert, P. (2002). *Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications*. In: Gilbert P and Miles J (ed.) *Body shame: conceptualization, research and treatment*, New York: Brunner- Routledge.
-

- Gilbert, P. (2005). *Compassion and cruelty: A biopsychological approach*. In: Gilbert P (ed.) *Compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy*, London: Routledge.
- Gleeson, K. (2006). Constructing body image, *Journal of Health Psychology*, 11(7):79-90.
- Harrington, J.M. & Badger, T.A. (2009). Body image and quality of life in men with prostate cancer, *Cancer Nursing*, 32(2): 1-7.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E. & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence: Across-national comparison of prevalence and dimensionality, *The European Journal of Public Health*, 11(1): 4-10.
- Hoffman, M. & Driscoll, J. (2000). *Health promotion and disease prevention: A concentric biopsychosocial model of health status*. In: Brown SD and Lent RW (eds) *Handbook of counseling psychology*, New York: John Wiley & Sons.
- Hunt, J. & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students, *Journal of Adolescent Health*, 46:3-10.
- Kim, J.S. & Kang, S. (2015). A study on body image, sexual quality of life, and quality of life in middle-aged adults, *Asian Nursing Research*, 9(2): 96-103.
- Liss, M. & Erchull, M.J. (2015). Not hating what you see: Self-compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectification in college women, *Body Image*, 14: 5-12.
- Liimakka, S. (2014). Healthy appearances-distorted body image? young adults negotiating body motives, *Journal of Health Psychology*, 19(2): 230-241.
- Lobera, I.J. & Rios, P.B. (2011). Body image and quality of life in spanish population, *International Journal of General Medicine*, 4: 63-72.
- Markides, L., Veinot, P., Richard, J., McKee, E., & Gallivan, T. (1998). A cardiovascular health needs assessment of university students living in residence, *Canadian Journal of Public Health*, 89(3): 171-175.
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C. & Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women, *BMC Public Health*, 13: 920.

- Nayir, T., Uskun, E., Yurekli, M.V., Devran, H., Celik, A. & Okyay, R.A. (2016). Does body image affect quality of life? A population based study. *PLOS One*, 11(9): e0163290, doi: 10.1371/journal.pone.0163290.
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself, *Self and Identity*, 2(2): 85-101.
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion, *Self Identity*, 2(3): 223-250.
- Neff, K.D. (2004). Self-compassion and psychological well-being, *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2): 27-37.
- Neff, K.D., Rude, S.S., & Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits, *Journal of Research in Personality*, 41: 908-916.
- Neff, K.D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself, *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
- Porto, D., Azevedo, B., Melo, D., Christofaro, D., Codogno, J., Silva, C. & Fernandes, R.A. (2015). Factors associated with self-assessment of body weight in women who work out at fitness centers, *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 17(2): 175-185.
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. & Duarte, C. (2014). Thinness in the pursuit for social safeness: An integrative model of social rank mentality to explain eating psychopathology, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(2): 154-165.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics*, Boston: Allyn and Bacon.
- Wasylikiw, L., Mackinnon, A.L., & Maclellan, A.M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women, *Body Image*, 9(2): 236-245.
- World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration scoring and generic version of the assessment, Field trial version*, Geneva: WHO, program on mental health.