مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی هجدهم، شماره‌ی ۳، صفحه‌های ۲۰۴ ـ ۱۹۷ (مرداد ـ شهریور ۱۳۹۵)

مقاله‌ی پژوهشی

نقش نارضایتی از تصویر بدنی و سلامت روانی در پیش‌بینی چاقی دختران نوجوان

احمد زارعی[۱]، دکتر حمید پورشریفی[۲]، دکتر جلیل باباپور خیرالدین[۲]

۱) گروه روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، ۲) دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** آغ، شهرستان بوکان، خیابان سیمینه، کوچه زرینه ۱، کدپستی: ۵۹۵۱۸۹۳۶۶۵، احمد زارعی؛
e-mail: Ahmad.hawar82@gmail.com

چکیده

مقدمه: چاقی نوجوانان در چند دهه‌ی اخیر رشد نگران‌کننده‌ای داشته است. در حالی‌که مطالعات زیادی برای درک عوامل زیستی موثر بر چاقی صورت گرفته است، به نظر می‌رسد شناخت اندکی در رابطه با عوامل روان‌شناختی چاقی وجود دارد. هدف این پژوهش، بررسی نقش نارضایتی از تصویر بدنی و هم‌چنین سلامت روانی در پیش‌بینی چاقی دختران نوجوان بود. مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ روش جمع‌آوری داده‌ها، از نوع همبستگی بود. ۶۰ نفر (۳۰ دختر چاق و ۳۰ دختر دارای وزن عادی) با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، از میان دانش‌آموزان دختر مدارس متوسطه شهرستان بوکان انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های تصویر بدنی فیشر و سلامت عمومی (GHQ-۲۸) برای آن‌ها تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری رگرسیون لوجستیک تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج حاکی از این بود که سلامت روانی و نارضایتی از تصویر بدنی به صورت منفی و معنی‌داری چاقی را پیش‌بینی می‌کنند. نتیجه‌گیری: با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت سلامت روانی و تصویر ذهنی افراد از بدن‌شان از جمله عوامل تاثیرگذار بر افزایش وزن در دوران نوجوانی است. بنابراین توجه به این مولفه‌ها در برنامه‌های پیشگیری و کاهش وزن توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: چاقی، تصویر بدن، سلامت روان، دختران نوجوان
دریافت مقاله: ۹۴/۱۲/۹ـ دریافت اصلاحیه: ۹۵/۳/۲۴ ـ پذیرش مقاله: ۹۵/۴/۱

مقدمه

در حال حاضر چاقی یکی از معضلات بهداشتی و عامل خطری برای بروز بسیاری از بیماری‌ها نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی، پرفشاری خون و سرطان است. چاقی از نیمه‌ی اول قرن بیستم رو به افزایش نهاد و بخش قابل توجهی از افراد کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به آن مبتلا هستند، به طوری که از آن به عنوان مهم‌ترین عارضه تغذیه‌ای و معضل اجتماعی در سطح جهان یاد می‌شود.[۱] چاقی در کودکان و نوجوانان در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به طور چشمگیری افزایش یافته است[۲] و یکی از مهم‌ترین معضلات در سلامت عمومی است.[۳]

چاقی[i] به زیادی چربی بدن یا وزن بیش از حد، با توجه به قد اشاره دارد که خطر ابتلا به بیماری‌های جسمانی و اختلالات روان پزشکی را در فرد افزایش می‌دهد. شاخصی که به طور گسترده برای چاقی پذیرفته شده است، نمایه‌ی توده‌ی بدنی (BMI)[ii] است. این شاخص از تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (برحسب سانتی‌متر) به دست می‌آید.[۴] شیوع اضافه وزن، چاقی و چاقی مرضی در ایران به ترتیب ۲۸/۶ درصد، ۱۰/۸ درصد و ۳/۴ درصد برآورد شده است.[۴] هم‌چنین در مطالعه‌ای که روی ۲۳۲۱ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۶ سال در تهران انجام شد شیوع اضافه-وزن و چاقی به ترتیب ۲۱/۱ درصد و ۷/۸ درصد گزارش شد.[۵] براساس ارزیابی‌های اوگدن و همکارانش، در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۴، فراوانی کودکان و نوجوانان چاق تقریبا ۲۳ درصد و فراوانی افراد دارای اضافه وزن بیش از ۱۹درصد افزایش داشته است.[۶]

i- Obesity

ii -Body Mass Index

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

چاقی در کودکان و نوجوانان، یک مشکل سلامتی عمده هم برای حال و هم برای آینده این افراد است و عوارضی مانند سندرم متابولیک و تنفسی، مشکلات دستگاه گوارشی، مشکلات غدد درون‌ریز (بلوغ زودرس)، مشکلات ارتوپدی، مشکلات روانشناختی و اجتماعی را در پی دارد.[۷] به علاوه، چاقی افزون بر بیماری‌های جسمانی می‌تواند با شیوع بالای اختلالات روانی همراه باشد، به طوری که میزان برخی از انواع اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلالات شخصیتی و نیز رفتارهای پرخطر (مصرف الکل و سیگار) در افراد چاق و دارای اضافه وزن، بیش از دیگران است.[۸]

سلامت روانی، به عنوان حالتی از بهزیستی که فرد به توانایی‌های خودش پی برده، بتواند با استرس‌های زندگی مقابله کند، و هم‌چنین به صورت ثمربخش و سازنده کار کرده و قادر به مشارکت در اجتماع خود باشد، تعریف شده است.[۹] کودکان و نوجوانان دارای سلامت روانی خوب، قادر به دستیابی، عملکرد اجتماعی و روان‌شناختی بهینه و حفظ بهزیستی هستند. آن‌ها حس هویت و خودارزشمندی دارند، روابط دوستانه و خانوادگی سالمی دارند، قادر به تولید و یادگیری هستند و ظرفیت مقابله با چالش‌های رشدی و استفاده از منابع فرهنگی برای رسیدن به حداکثر رشد را دارا هستند. به علاوه، سلامت روانی خوب در کودکان و نوجوانان، برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی حیاتی است.[۱۰]

نتایج مطالعات نشان داده که بین سلامت روان پایین تر و اضافه وزن بیشتر رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد[۱۱] و کودکان و نوجوانان چاق، سلامت مرتبط با کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و هم‌چنین آن‌ها برای بروز نشانگان افسردگی و اضطراب استعداد بیشتری دارند.[۱۲]

از دیگر عوامل تاثیر گذار بر وزن افراد، تصویربدنی[i] است، که عبارت است از بازنمایی درونی از ظاهر بیرونی فرد که این بازنمایی ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرشی نسبت به آن‌ها را در برمی‌گیرد.[۱۳] تصویر بدنی را می‌توان به عنوان تصویری از بدن، که فرد در ذهن خود شکل می‌دهد در نظر گرفت و در واقع چگونگی درک و تصورکردن خویشتن است.[۱۴] تصویر بدنی تحت تاثیر ایده‌آل‌های فرهنگی و اجتماعی قرار دارد و چگونگی مقایسه‌ی خود با این ایده‌آل‌ها، احساس فرد را در مورد بدنش و هم‌چنین رضایت از آن را شکل می‌دهد.[۱۴] اهمیت تصویر بدنی و جذابیت ظاهری در بین زنان و نوجوانان بیشتر از سایر اقشار جامعه است.[۱۵] نارضایتی از تصویر بدنی، نقش مهمی را به عنوان یک عامل خطر برای چندین نوع از مشکلات سازگاری و اختلالات با آغاز نوجوانی ایفا می‌کند، هم‌چنین پیش‌بینی‌کننده‌ای برای افسردگی، میل به لاغری، اختلالات خوردن، عزت نفس پایین و رفتارهای افراطی سلامتی مثل رژیم گرفتن و استفاده از استروئیدها است.[۱۶] براساس نتایج پژوهش ویلسون[ii] و همکارانش، هم در مردان هم در خانم‌ها نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالاتر با نارضایتی از تصویربدنی رابطه معنی‌داری دارد[۱۷] و هم‌چنین نتایج پژوهش کارگرنوین[iii] و همکارانش نشان داد هرچه نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالاتر باشد، تصویر بدنی نامطلوب‌تر خواهد بود.[۱۶] عصارکاشانی و همکارانش نیز نشان دادند که نارضایتی از تصویر بدنی در افراد چاق نسبت به افراد دارای وزن عادی و اضافه وزن بیشتر است.[۱۸] الیو[iv] و همکارانش نیز نشان دادند که افزایش چاقی پیش‌بینی کننده‌ی نارضایتی از بدن، به خصوص در دختران، است.[۱۹] بنابراین می‌توان گفت افراد چاق نارضایتی از تصویر بدن بالاتری دارند.

تنوع غذایی و در دسترس بودن آن و هم‌چنین کم تحرکی و کم فعالیتی نوجوانان در چند دهه‌ی اخیر، منجر به افزایش روز افزون چاقی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه شده است. چاقی بیماری چندعاملی است که عوامل زیستی-اجتماعی-روانشناختی در بروز و دوام این بیماری تأثیرگذار هستند. تحقیقات زیادی در زمینه‌ی جنبه‌ها و عوامل زیستی چاقی انجام شده است، اما تحقیقی دقیق در زمینه‌ی عوامل روانشناختی چاقی انجام نشده است؛ لذا زمینه انجام پژوهشی در ارتباط با این عوامل احساس می‌شد. از میان متغیرهای روانشناختی سلامت روانی و نارضایتی از تصویر بدنی دو مورد مهم هستند که بررسی نقش آن‌ها در چاقی نوجوانان دختر بسیار ضروری است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی نارضایتی از تصویر بدنی و سلامت روان در چاقی نوجوانان دختر انجام شد.

i -Body Image

ii -Wilson
iii - Karegarnovin
iv -Olive

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی است و داده‌های پژوهش با روش همبستگی جمع‌آوری شدند. در این پژوهش، نوجوانان دختر پایه‌ی تحصیلی دوره‌ی دبیرستان شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفتند. در راستای انتخاب نمونه و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از میان مدارس دخترانه مقطع دبیرستان شهرستان بوکان، ۳ مدرسه انتخاب شدند در مدارس از بین دانش‌آموزان، یک گروه ۳۰ نفری از افراد چاق (دارای نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالاتر از ۳۰ و پایین‌تر از ۴۰ کیلوگرم بر مترمربع) و یک گروه ۳۰ نفری از افراد دارای وزن عادی (دارای نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالاتر از ۲۰ و پایین‌تر از ۲۵ کیلوگرم بر مترمربع) انتخاب شدند. افرادی که دارای چاقی مرضی و اضافه وزن بودند و همچنین افرادی که نمایه‌ی توده‌ی بدنی پایین‌تر از ۲۰ کیلوگرم بر مترمربع داشتند، این مطالعه به پژوهش کنار گذاشته شدند.

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی[i] (GHQ): پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است. پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، به تجربه نشانه‌های بیماری در کمتر از یک ماه گذشته تاکید دارد. در این پژوهش، از نسخه‌ی ۲۸ سوالی استفاده شد. نمره‌ی بالا در پرسش‌نامه بیان‌گر وجود بیماری و نمره‌ی پایین، بیان‌گر عدم بیماری و یا داشتن سلامت عمومی است. این پرسش‌نامه از ۴ خرده مقیاس که هر کدام شامل ۷ سوال در زمینه‌ی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی است، تشکیل شده است. از این پرسش‌نامه ۵ نمره حاصل می‌شود که ۴ نمره‌ی آن مربوط به زیرمقیاس‌ها و ۱ نمره مربوط به کل پرسش‌نامه است. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند در این پرسش‌نامه کسب کند ۸۴ و حداقل نمره، صفر است. نظام نمره گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت است که به هر یک از موقعیت‌های چهارگانه نمره‌ی (۰ تا ۳) داده می‌شود.[۲۰] در ایران، تقوی در سال ۱۳۸۰ پایایی و اعتبار پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی را مورد بررسی قرار داد. آن‌ها پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی کردند که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آمد. هم‌چنین برای ارزیابی اعتبار این پرسش‌نامه از سه روش اعتبار همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که نتایج نشانگر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود.[۲۱]

روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسش‌نامه میدلسکس، ۰/۵۵ ضریب همبستگی را نشان داد و ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود.[۲۲]

پرسش‌نامه‌ی تصویر بدن فیشر: آزمون تصویر بدن در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده است و دارای ۴۶ ماده است که هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴، خیلی راضی=۵) است. کسب نمره‌ی ۴۶ در این پرسش‌نامه نشان دهنده‌ی اختلال و نمره‌ی بالاتر از ۴۶ عدم اختلال است. اعتبار این آزمون، توسط یزدان‌جو در ایران مورد بررسی قرار گرفت که در مطالعه شبیری و همکارانش به آن اشاره شده است.[۲۲]ضریب همبستگی محاسبه شده‌ی آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون برای دانش‌آموزان سال اول ۰/۸۱، دانش‌آموزان سال دوم ۰/۸۴، دانش‌آموزان سال سوم ۰/۸۷ و کل دانش‌آموزان ۰/۸۴ بود. با توجه به سطح معنی‌داری این ضرایب ($P>0/001$) می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل از اجرای اول آزمون و نمرات حاصل از اجرای دوم آزمون تصویر بدن، همبستگی معنی‌داری وجود دارد. عسگری و همکارانش پایایی پرسش‌نامه تصویر بدنی را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه کردند که به ترتیب نمرات ۰/۹۳ و ۰/۹۱ به دست آمد. میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که نتایج نشان‌گر آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود.[۲۳]

ابتدا با مسئولین آموزش و پرورش شهرستان بوکان جهت مراجعه به مدارس و انجام پژوهش هماهنگی شد. مدارس دخترانه با توجه به طبقه‌بندی آموزش و پرورش، براساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی به صورت هدفمند انتخاب شدند، به صورتی که یک مدرسه از طبقه بالا و مدرسه دیگر از طبقه متوسط و یک مدرسه از طبقه پایین (اجتماعی ـ اقتصادی) انتخاب شدند و در مدارس با ارائه توضیحاتی به مسئولین مدرسه اجازه‌ی اجرای پژوهش کسب شد. در هر مدرسه، یک کلاس مجزا به ابعاد ۵×۳ با روشنایی کافی برای انجام پژوهش در اختیار ما قرار دادند و

i- General Health Questionnaire

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

مسئولین مدرسه با توجه به شناختی که از ویژگی‌های جسمانی دانش‌آموزان داشتند، افراد دارای نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا را معرفی کردند. سپس پس از ارائه‌ی توضیحاتی در زمینه‌ی هدف از انجام پژوهش، نمایه‌ی توده‌ی بدنی آن‌ها محاسبه شد و افراد دارای نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالاتر از ۳۰ و پایین‌تر از ۴۰ کیلوگرم بر مترمربع انتخاب شدند و دانش-آموزان دارای وزن عادی (نمایه‌ی توده‌ی بدنی بین ۲۰ تا ۲۵ کیلوگرم بر مترمربع) از لحاظ پایه تحصیلی با آن‌ها همتا شدند و سپس پرسش‌نامه‌های سلامت‌عمومی و تصویر بدنی اجرا شد و داده‌ها با استفاده از روش آماری رگرسیون لوجستیک تحلیل شدند.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول۱ مشاهده می‌شود میانگین وزن در افراد چاق بیشتر است، ولی انحراف معیار وزن در این افراد کمتر است. به عبارتی پراکندگی وزن در افراد چاق کمتر است و وزن ها به هم نزدیک‌تر هستند. هم‌چنین مشاهده می-شود که میانگین قد در افراد چاق نسبت به افراد دارای وزن طبیعی، حدود یک سانتی‌متر بالاتر است و انحراف معیار نیز در این گروه بیشتر است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار وزن، قد و نمایه‌ی توده‌ی بدنی در افراد مورد بررسی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
وزن	چاق	۸۵/۵۸	۴/۹۰
	دارای وزن طبیعی	۵۹/۷۵	۸/۰۷
قد	چاق	۱/۶۲۷	۴/۹
	دارای وزن طبیعی	۱/۶۱۹	۴/۴۵
نمایه‌ی توده‌ی بدنی	چاق	۳۲/۳	۰/۲۴۸
	دارای وزن طبیعی	۲۲/۷۶	۰/۰۱۴

میانگین(±انحراف معیار) وزن در افراد چاق ۴/۹±۸۵/۵۸ کیلوگرم و در افراد دارای وزن طبیعی ۸/۰۷±۵۹/۷۵ بود. میانگین (±انحراف معیار) قد در افراد چاق ۴/۹±۱۶۲/۷۳ سانتی‌متر و در افراد داری وزن طبیعی ۴/۴۵±۱۶۱/۹۰ سانتی‌متر بود. میانگین (±انحراف معیار) نمایه‌ی توده‌ی بدنی در افراد چاق ۰/۲۳۸±۳۲/۳ کیلوگرم بر مترمربع و در افراد دارای وزن طبیعی ۰/۰۱۴±۲۲/۷۶ کیلوگرم بر مترمربع بود. (جدول ۱).

یافته‌ها نشان می‌دهند که میانگین متغیرهای وزن، قد و نمایه توده‌ی بدنی در افراد گروه چاق بالاتر از افراد دارای وزن طبیعی بودند ولی انحراف معیار متغیرهای وزن و قد در افراد دارای وزن طبیعی بیشتر از افراد چاق هستند که بیانگر پراکندگی بیشتر این متغیرها در گروه دارای وزن طبیعی است (جدول ۱).

جدول ۲- مدل پیش‌بینی چاقی بر اساس سلامت روانی و نارضایتی از تصویربدنی

متغیر	مجذورکای مدل	درجه آزادی	معنی‌داری	درست‌نمایی 2- log	آماره R کاکس و اسنل
سلامت روان	۶/۷۵۰	۱	۰/۰۰۹	۷۶/۴۲۷	۱۰۶
تصویر بدن	۴/۲۱۶	۱	۰/۰۴۰	۷۸/۹۶۱	۰/۰۶۸

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

محاسبات تحلیل لوجستیک در (جدول ۲) برای پیش‌بینی میزان تعلق افراد به گروه های چاق و غیرچاق نشان می‌دهد که مقدار مجذور کای به دست آمده برای سلامت روانی برابر ۶/۷۵ است که با درجه آزادی یک در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ معنی‌دار است. هم‌چنین مقدار مجذور کای به دست آمده برای نارضایتی از تصویر بدنی برابر ۴/۲۱۶ است که با درجه آزادی یک در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ معنی‌دار است.

جدول ۳- فراوانی پیش‌بینی شده و مشاهده شده در افراد چاق و غیرچاق بر حسب سلامت روانی و نارضایتی از تصویر بدنی

متغیر		دارای وزن طبیعی	چاق	درصد صحت پیش‌بینی
	چاق	۹	۲۱	۷۰
سلامت روان	دارای وزن طبیعی	۱۸	۱۲	۶۰
	کل			۶۵
	چاق	۱۲	۱۸	۶۰
تصویربدنی	دارای وزن طبیعی	۱۹	۱۱	۶۳/۳
	کل			۶۱/۷

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که در مجموع می‌توان میزان تعلق ۶۰ درصد از افراد دارای وزن طبیعی و هفتاد درصد از افراد چاق را به گروه‌های مربوطه، با استفاده از متغیر سلامت‌روان به درستی پیش بینی کرد. هم‌چنین می‌توان ۶۳ درصد از افراد دارای وزن طبیعی و ۶۰ درصد از افراد چاق را با استفاده از متغیر تصویر بدنی به درستی پیش‌بینی کرد (جدول ۳).

جدول ۴- ضریب پیش‌بینی سلامت روان و تصویر بدنی در افراد چاق و دارای وزن طبیعی

متغیر	ضریب	خطای معیار	آماره والد	درجه آزادی	معنی‌داری
سلامت روان	-۰/۰۵۵	۰/۰۲۳	۵/۷۴۵	۱	۰/۰۱۷
مقدار ثابت	۱/۷۲۷	۰/۷۶۱	۵/۱۵۱	۱	۰/۰۲۳
تصویربدنی	-۰/۰۱۹	۰/۰۱۰	۳/۸۵	۱	۰/۰۴۹
مقدار ثابت	۳/۲۶۴	۱/۶۸۴	۳/۷۵	۱	۰/۰۵۳

نتایج نهایی تحلیل لوجستیک که در جدول ۴ آمده است نشان می‌دهد که ضریب سلامت‌روان بر متغیر وابسته (میزان چاقی) معنی‌دار است و معادله پیش بینی به شرح به دست آمد.

p/1-p=loge ۱/۷۲۷ -۰/۰۵۵×(نمره سلامت روان)

این معادله نشان می‌دهد که متغیر سلامت‌روان به صورت منفی چاقی را پیش‌بینی می‌کند، به عبارتی میزان چاقی بیشتر توسط سلامت روانی کمتر قابل تبیین است.

هم‌چنین با توجه به این که در جدول ۲ مقدار مجذور کای معنی‌دار بود لذا معادله میزان پیش بینی چاقی توسط متغیر تصویر بدنی را می‌توان به شرح زیر ارائه کرد.

p/1-p=loge ۳/۲۶۴ -۰/۰۱۹×(نمره تصویر بدنی)

این معادله نشان می‌دهد که متغیر تصویر بدنی به صورت منفی چاقی را پیش‌بینی می‌کند بدین معنی که میزان چاقی بالاتر، توسط نارضایتی از تصویر بدنی قابل تبیین است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش متغیرهای سلامت - روان و تصویربدنی در پیش بینی وزن افراد بود. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان دادند که متغیرهای سلامت‌روان و تصویر بدنی، چاقی را به صورت منفی و معنی‌داری پیش-بینی می‌کنند؛ بنابراین باتوجه به این یافته‌ها فرضیه‌های پژوهش تایید شدند.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

یافته‌های پژوهش نشان دادند که سلامت روانی به صورت معنی‌داری چاقی را پیش بینی می‌کند که با یافته‌های مطالعات پیشین[۲۹-۲۴] که اظهار داشتند سلامت‌روانی در بروز چاقی موثر است و پیش‌بینی‌کننده‌ی چاقی است، همسو می‌باشد.

منظور از سلامت روان در این پژوهش، از منظر بیماری‌نگر است؛ بنابراین به دو صورت می‌توان به تبیین چاقی براساس سلامت‌روانی پرداخت از یک طرف یکی از علل مهم چاقی در کودکان و نوجوانان اضطراب، استرس و فشارروانی عنوان شده است،[۳۰] به صورتی که بسیاری از مردم ادعا دارند که به هنگام اضطراب یا ناراحتی بیشتر غذا می‌خورند و شواهد گویای آن است که فشار عصبی ممکن است باعث شود افراد بیشتر غذا بخورند.[۳۱] یانوفسکی[i][۳۲] معتقد است که اختلالات اضطرابی منجر به خوردن هیجانی می‌شوند که مرتبط با چاقی است و خوردن هیجانی در میان افراد چاق، بسیار بالا است و عامل اصلی پرخوری است که با چاقی رابطه معنی‌داری دارد.[۳۳]

از سویی دیگر، بسیاری از مکانیزم‌های پیشنهاد شده برای رابطه بین چاقی و اختلالات روانی بر همپوشانی افسردگی و چاقی تمرکز دارند که شامل تاثیر پرخوری، کم‌تحرکی و پرخوابی ناشی از خلق افسرده و داروهای روانپریشی، بر چاقی است و به نظر می‌رسد که افسردگی با تأثیر بر سبک زندگی افراد احتمال چاقی افراد را افزایش می‌دهد. ستایس[ii] و همکارانش[۲۴] افسردگی را یکی از عوامل عمده در آغازگری چاقی در نوجوانان دختر می‌دانند و لاپینو و همکارانش[۲۷] معتقدند رابطه‌ی بین افسردگی و چاقی، رابطه‌ای متقابل است، به صورتی که چاقی خطر افسردگی را افزایش می‌دهد و افسردگی خطر چاقی را افزایش می‌دهد. بنابراین درکل می‌توان گفت هرچه نوجوانان سلامت‌روانی پایین‌تری داشته باشند، احتمال ابتلا به چاقی در آن‌ها بیشتر است و با توجه به سلامت‌روانی پایین‌تر فرد می‌توان نمایه‌ی توده‌ی بدنی او را پیش‌بینی کرد.

به‌علاوه، تغییرات جسمانی که مشخصه‌ی نوجوانی است، به عنوان محرکی برای مشکلات تصویر بدن عمل می‌کند. دختران معمولا در نتیجه‌ی افزایش چربی بدن ناشی بلوغ، از بدنشان ناراضی‌تر می‌شوند. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین[۳۵، ۳۴، ۲۰-۱۷] که نشان دادند نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالاتر با تصویر بدنی منفی‌تر در دختران رابطه‌ی معنی‌داری دارد، همسو است.

افرادی که نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالایی دارند، از تصویربدنی خود ناراضی هستند. ناخشنودی از بدن و عدم رضایت از تصویربدنی در نوجوانان منجر به نارضایتی فرد از بدن خود شده و اختلالات افسردگی و اضطرابی را درپی خواهد داشت.[۳۶] هم‌چنین ویلسون و همکارانش[۱۸] اظهار داشتند که نارضایتی از تصویربدنی پیامدهایی چون استرس، اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، مشکلات سلامت روان، تضعیف خودپنداره و عزت‌نفس را در پی‌خواهد داشت بنابراین نارضایتی از تصویر بدنی با تأثیری که بر سلامت‌روانی افراد می‌گذارد، منجر به افزایش نمایه‌ی توده‌ی بدنی می‌شود، به عبارتی سلامت‌روانی نقش میانجیگری را برای تأثیر نارضایتی از تصویر بدنی بر چاقی افراد ایفا می‌کند. با توجه به یافته‌های پژوهش، تعلق ۶۰ درصد از افراد چاق را با استفاده از متغیر تصویربدنی می‌توان به درستی پیش‌بینی کرد، بدین معنی که براساس تصویر بدنی مختل‌شده فرد، می‌توان عضویت فرد در گروه چاق یا غیرچاق را به درستی پیش‌بینی کرد.

در مجموع، بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت سلامت روانی (اضطراب و افسردگی) از جمله عوامل تاثیرگذار بر افزایش وزن و چاقی هستند و حتی می‌توانند تصویر ذهنی افراد از بدنشان را نیز تحت تاثیر قراردهند. بنابراین آموزش راهبردهای تنظیم هیجانات جهت مدیریت مناسب هیجانات و آموزش راهبردهای مقابله‌ای مناسب از جمله عواملی هستند که می‌توانند به نوجوانان کمک کنند به شیوه‌ای مناسب با استرس‌ها و فشارزاهای این دوره مقابله کنند و به این ترتیب از افزایش وزن افراد و چاقی جلوگیری کرد. هم‌چنین با توجه به اینکه در این دوره نوجوانان برای تصویر بدنی‌شان اهمیت زیادی قائل هستند و در رسانه‌ها و حتی در جامعه در معرض تصاویر بدنی ایده‌آلی از زنان قرار دارند، حمایت خانواده از عواملی است که می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا تصویربدنی‌شان را همان‌طور که هست بپذیرند و نظر مثبتی نسبت به تصویر بدنی‌شان داشته باشند. بنابراین، توجه به سلامت روانی و تصویربدنی افراد در برنامه‌های پیشگیری و درمان چاقی توصیه می‌شود.

نظر به این که هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد، پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نیست و دارای محدودیت‌هایی است. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، کم بودن حجم

i -Yanovski
ii - Stice

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

نمونه است و هم‌چنین با توجه به اینکه فقط بر روی یک جنس (دختر) انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به کل جامعه باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزارهای خودگزارشی است که امکان خطا و سوگیری در پاسخ‌دهی وجود دارد.

References

1. Mousavyan N, Moradi A, Mirzaii J, Shidfar F, Mahmoodi B. Effectiveness of mindfulness on weight loss. Thought and Behavior in Clinical Psychology 2010; 4: 49-58. [Farsi]
2. Committee on nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. Pediatrics 2003; 112: 424-30.
3. Daniels SR, Arentt DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyikas S, et al. Overweight in children and adolescent: Pathophysiology, consequences, prevention and treatment. Circulation 2005; 111: 1999-2102.
4. Behzadipour S, Rezaii Karegar F, Seph Mansour M, Nuh Sh. Personality features and defense mechanisms in obese people in comparison with normal weight individual. Thought and Behavior in Clinical Psychology 2011; 6: 25-34. [Farsi]
5. Karandish M, Mohammadpour Ahranjani B, Kalantari N, Eshraghian MR, Rashidi A. Prevalence of over-weight and obesity among adolescent students, 1999-2000 in Tehran. Journal of Hakim 2003; 7: 38-43. [Farsi]
6. Jelalian E, Steele RG. Handbook of childhood and adol escent obesity. Springer Science, 2008.
7. Speiser PW, Rudolf MC, Anhalt H, Camacho-Hubner C, Chiarelli F, Eliakim A, et al. Chidhood obesity. J Clin Endocrinal Metab 2005; 90: 1871-87.
8. Rezaii A, Esfandiari F, Sarvqad S. Investigating the relationship between eating attitude and self-regulation with life style in obese and normal women. Journal of Women and Society 2011; 1: 113-28. [Farsi]
9. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. 2014, Available from: URL: http://www.who.int/features/factfiles/mentalhealth/en/
10. World health organization. Child and adolescent mental health policies and plans (mental health policy and service guidance package), World health organization publisher 2005.
11. Jansen PW, Mensah FK, Clifford SA, Tiemeier H, Nicholson JM, Wake M. Development of mental health problems and overweight between ages 4 and 11 years: A population-based longitudinal study of Australian children. Academic Pediatrics 2013; 13: 159-67.
12. Abdel-Aziz EA, Hamza RT, Youssef AM, Mohammed FM. Health related quality of life and psychological problems in Egyptian children with simple obesity in relation to body mass index. The Egyptian Journal of Medical Human Genetics 2014; 15: 149-54.
13. Borzekoeski DL, Bayer AM. Body image and media use among adolescents. Adolescent Medicine Clinics 2005; 16: 289-302.
14. Smolin LA, Grosvenor MB. Nutrition and eating disorders. Second edition, Chelsea House Publishers; 2011.
15. Poursharifi H, Mabaszamani M. The relationship between self-esteem and thin idealized with body image dissatisfaction. Journal of Psychology 2014; 8: 27-39. [Farsi]
16. Brown BB, Prinstein M. Encyclopedia of Adolescence, valume1, Normative Process in Development, Academic Press; 2011.
17. Karegarnovin Z, Asadi Z, Rashidkhani B, Azar M. Assessing body image and its relation with body mass index, food group consumption and physical activity among the university of Economic sciences. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2013; 14: 455-63. [Farsi]
18. Wilson RE, Latner JD, Hayashi K. More than just body weight: The role of body image in psychological and physical functioning. Body Image 2013; 10: 644-7.
19. Assar Kashani H, Roshan R, Khalaj A, Mohammad j. A study on the Alexithymia and Body Image in the Obese, Over-Weight and Normal-Weight Subjects. Health Psychology 2012; 1: 70-80 [Farsi]
20. Olive LS, Byrne DJ, Cunningham RB, Telford RD. Effects of physical activity, fitness and fatness on children's body image: The Australian LOOK longitudinal study. Mental Health and Physical Activity 2012; 5: 116-24.
21. Goldberg DP, Hillier VF. A Scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9: 139-45.
22. Taqavi MR. Evaluate the validity and reliability of General Health Questionnaire. Journal of psychology 2001; 20: 381-98. [Farsi]
23. Shobeiri E, Saeedi H, Keyhanshokooh J, Rezaei M. MRI imaging results in patients with low back pain and radiculopathy and their relationship to demographic characters. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2010; 14: 2.
24. Stice E, Presnell K, Shaw H, Rohde P. Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity Onset in Adolescent Girls: A Prospective Study. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2005; 73: 195–202.
25. Carey M, Small H, Yoong SL, Boyes A, Bisquera A, Sanson-Fisher R. Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice: a cross-sectional survey. See comment in PubMed Commons belowBritish Journal of General Practice 2014; 64: 122-7.
26. Pratt LA, Brody DJ. Depression and Obesity in the U.S. Adult Household Population, 2005–2010. NCHS Data Brief 2014; 167: 1-8.
27. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity and depression. A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Archives of General Psychiatry 2010; 67: 220-9.
28. Goodman E, Whitaker RC. A Prospective Study of the Role of Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity. Pediatrics 2002; 110: 497-504.
29. Mcelroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson E, Keck PE, Nemeroff CB. Are Mood Disorders and Obesity Related? A Review for the Mental Health Professional. Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65: 634-51.
30. Sawyer MG, Miller-Lewis L, Guy S, Wake M, Canterford L, Carlin JB. Is There a Relationship Between

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

Overweight and Obesity and Mental Health Problems in 4- to 5-Year-Old Australian Children? Ambulatory Pediatrics 2006; 6: 306-11.
31. Fitzsimmons EE, Bardone-Cone AM, Kelly KA. Objectified Body Consciousness in Relation to Recovery from an Eating Disorder. Eat Behav 2011; 12: 302–8.
32. Yanovski SZ. Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? International Journal of Eating Disorders 2003; 34: 117–20.
33. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007; 61: 348–58.
34. Kantanista A, Osinski W, Borowiec J, Tomczak M, Krol-Zielinska M. Body image, BMI, and physical activity in girls and boys aged 14–16 years. Body Image 2015; 15: 40–3.
35. Eskandarnejad M. The correlation between body image perception and physical activity in women and men according to body mass index. Journal of Health Promotion Management 2014; 2: 59-70 [Farsi]
36. Hughes EK, Gullone E. Emotion regulation moderates relationship between body image concerns and psychological symptomatology. Body Image 2011; 8: 224-31.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

Original Article

The Role of Body Image Dissatisfaction and Mental Health in Prediction of Adolescent Obesity among Girls

Zarei A[1], Poursharifi H[2], Babapour J[2]

[1]Clinical of Psychology, & [2]Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz,Tabriz, I.R. Iran

e-mail: Ahmad.hawar82@gmail.com

Received: 28/02/2016 **Accepted**: 21/06/2016

Abstract

Introduction: There is rising concern about the increasing prevalence of adolescent obesity in recent decades and despite many studies conducted to elucidate the biological factors of obesity, there is limited data on the psychological factors of obesity. The aim of this study was to investigate the role of body image dissatisfaction and mental health in prediction of obesity. Materials and Methods: This study has a fundamental purpose and the method of data collection is correlational. In this study, 60 students (30 obese and 30 with normal weight) were selected by purposive sampling among the students of schools in Boukan city and the body image questionnaire and general health questionnaire (GHQ) were used to obtain relevant data. Data were analyzed by logistic regression. Results: Results showed that mental health and body image dissatisfaction negatively and significantly predict obesity. Conclusion: Findings demonstrate that mental health and body image are factors affecting weight gain in adolescent girls, indicating that these variables need to be considered in therapy programs aimed at prevention of obesity.

Keywords: Obesity, Body Image, Mental-Health, Adolescent Girls

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]