

رابطه تجربیات شی‌انگارانه وزنی با افسردگی و اختلال خوردن در زنان با اضافه‌وزن*

لیلا خبیر*
گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

نوراله محمدی
گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی
و روانشناسی، دانشگاه شیراز

چنگیز رحیمی
گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی
و روانشناسی، دانشگاه شیراز
*عهده‌دار مکاتبات: تهران، دانشگاه پیام نور،
صندوق پستی 3697-19395، تلفن:
09177202713
Email: leilakhabir@gmail.com

دریافت: 1393/10/27
پذیرش: 1394/3/12

* این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی خانم
لیلا خبیر جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد
رشته روانشناسی بالینی از دانشکده علوم
تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز می‌باشد.

زمینه: هدف از پژوهش حاضر، بررسی ارتباط سوگیری وزنی درون‌سازی‌شده و نگرانی درباره تصویر بدن، خودشی‌گرایی وزنی با افسردگی و اختلال خوردن بود.

روش‌ها: در این تحقیق 200 نفر زن دارای اضافه‌وزن و چاق با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین زنان دارای اضافه‌وزن مراجعه‌کننده به باشگاه‌های ورزشی شیراز در سال 1392 انتخاب شدند. آن‌ها به پرسشنامه موقعیت‌های نشان‌دار، پرسشنامه ویژگی خودشی‌گرایی، مقیاس درون‌سازی سوگیری وزن، پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدن، مقیاس مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی افسردگی و مقیاس تشخیص اختلال خوردن پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که سوگیری وزنی درون‌سازی‌شده، نگرانی درباره تصویر بدن و خودشی‌گرایی رابطه شی‌انگارانه وزنی را با افسردگی و اختلال خوردن میانجی‌گری می‌کنند.

نتیجه‌گیری: این تحقیق نشان داد شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی به‌طور قابل قبولی قادر به برازش دادن داده‌ها است.

کلیدواژه‌ها: خودشی‌گرایی، نگرانی درباره تصویر بدن، افسردگی، اختلال خوردن

Correlation of weight-based objectifying experiences with depression and eating disorder in overweight women*

Background: This study was carried out to investigate the correlation of self-objectification, internalized weight bias and body image concern with depression and eating disorder

Methods: A total of 200 female students with overweight and obesity were selected using convenience random sampling among female students with overweight and obesity referring to Shiraz sport clubs in 2013. They responded to Stigmatizing Situations Inventory (SSI), Trait Self-Objectification Questionnaire (TSOQ), Weight Bias Internalization Scale (WBIS), Body Image Concern Inventory (BICI), Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) and Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS). Data were analyzed by structural equation modeling (SEM).

Results: Result showed that self-objectification, internalized weight bias and body image concern can mediate the relationship of weight-based objectifying experiences with depression and eating disorder.

Conclusion: The findings of this study showed that fitness index of the proposed model can acceptably fit the data.

Key Words: Self-objectification, body image concern, depression, eating disorder

Leila Khabir*
Department of Psychology,
Payame Noor University.

Nourollah Mohamadi
Department of Clinical
Psychology, Faculty of Education
and Psychology, University of
Shiraz, Shiraz, Iran.

Changiz Rahimi
Department of Clinical
Psychology, Faculty of Education
and Psychology, University of
Shiraz, Shiraz, Iran.

*Corresponding author:
Department of Psychology,
Payame Noor University, Tehran,
Iran. PO.BOX: 19395-3697
Tel: +98 9177202713
Email: leilakhabir@gmail.com

Received: 17 January, 2015

Accepted: 02 June, 2015

*This article was taken from the thesis by Leila Kheibar in partial fulfillment for the degree of Master of Science in clinical psychology from Faculty of Education and Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran.

مقدمه

شکل بدن انسان نقش مهمی در روابط اجتماعی او با دیگران دارد. زنان در مورد شکل بدن خود دل‌مشغولی بیشتری نسبت به مردان دارند. فرهنگ حاکم بر جامعه می‌تواند به افزایش این نگرانی کمک کند. امروزه، اهمیت فرم بدن زنان و میزان جذابیت آن به صورتی است که در حد یک کالا یا شیء ارزش‌گذاری و مبادله می‌شود. نگرستن به شکل بدن زنان به عنوان یک کالا و شیء جنسی سبب بروز رفتارهای نابهنجاری در زنان شده است که ظاهرسازی و رفتارهای نمایشی، گونه‌ای از این رفتارها محسوب می‌گردد. این رویکرد شیء‌گرایی جنسی (Sexual Objectification) نامیده می‌شود. رویکرد شیء‌گرایی جنسی ممکن است به عنوان یک فرهنگ و پدیده بین فردی در جامعه بروز کند. در این صورت، زنان و دختران همواره تلاش می‌کنند توانایی‌ها و ظاهرشان را با استانداردهای بسیار انحصاری یک بدن مطلوب که از لحاظ جنسی جذاب است، هماهنگ کنند (1-3). برخی از محققان نشان دادند که شیء‌گرایی جنسی دارای پیامدهای متعددی است. یکی از پیامدها، این است که دختران و زنان با درونی‌سازی نگرش و تفکر شیء‌گرایی جنسی خود را شیء تلقی کنند (1 و 4-6). از اواخر دهه 1950 زنان همواره با استانداردهای لاغری و زیبایی که دست یافتن به آن‌ها دشوار است، مواجه شدند (7). امروزه، استانداردهای متداول در مورد بدن و ظاهر برای زنان بسیار ناسالم و واقعاً دست‌نیافتنی به نظر می‌رسد (8 و 9). این در حالی است که اضافه‌وزن یا چاقی بسیار شایع است (10). نظریه شیء‌گرایی بیان می‌کند زنانی که برای هویت و ارزش خود به این استانداردها متوسل می‌شوند، احتمال دارد احساساتی از قبیل شرم و اضطراب را تجربه کنند (1 و 11). این نظریه مطرح می‌کند که زنان صرف‌نظر از اندازه بدنشان، ممکن است در مورد ظاهر فیزیکی‌شان نگران باشند. با این وجود وزن یک عامل زیربنایی برای گرانش به شیء‌گرایی است. البته در تحقیقات صورت‌گرفته در مورد رابطه

خودشیء‌گرایی با شاخص حجم بدن اتفاق نظر وجود ندارد (1 و 12-14). به‌طور کلی، زندگی در جامعه‌ای با چنین طرز تفکری هم برای افراد دارای اضافه‌وزن و چاق و هم افراد دارای وزن نرمال منجر به بروز مشکلاتی می‌گردد. اما افراد با اضافه‌وزن و چاق فاصله بیشتری از استانداردهای دست‌نیافتنی لاغری دارند. در هر حال، افراد دارای اضافه‌وزن و چاق بر خلاف همتهای فاقد اضافه‌وزن، نه تنها تابع شیء‌گرایی فرهنگی و جنسی هستند بلکه ممکن است برچسب‌ها و سوگیری‌هایی را تجربه کنند (15 و 16). مطالعات زیادی نشان دادند وزن مبنای نگرش‌های خودشیء‌گرایانه است که ممکن است توسط خود افراد دارای اضافه‌وزن و چاق دوام یابد (17-21). به این معنا که افراد دارای اضافه‌وزن و چاق ممکن است افسانه‌ها، اطلاعات غلط و تصورات قالبی را درونی‌سازی کنند. پدیده‌ای که به آن سوگیری وزنی درونی‌سازی شده گفته می‌شود (21 و 22). واگنر (2011) در تحقیق خود به این نتیجه دست یافت که تجربیات شیء‌انگارانه وزنی (Weight based objectifying experiences) می‌تواند خودشیء‌گرایی (Self-Objectification) و سوگیری وزنی درونی‌سازی شده (Internalization of weight bias) را پیش بینی کند (23). سوگیری و مورد تبعیض قرار گرفتن برای افراد دارای اضافه‌وزن و چاق با افزایش اثرات ناسازگار از جمله افسردگی (Depression) (24)، نگرانی تصویر بدنی (body image concern) (25) و عزت نفس پایین (26) مرتبط است.

شیء‌گرایی، پیامدهای هیجانی و جسمانی از قبیل افسردگی (14، 23 و 27-30) و بروز اختلال خوردن را به دنبال دارد (2، 12، 13 و 31-35). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند که افزایش خودشیء‌گرایی به علت شکست در جور شدن با آرمان اجتماعی به افزایش شرم و نارضایتی بدنی منجر می‌شود (5). طبق تحقیقات انجام شده خودشیء‌گرایی با واسطه شرم و نارضایتی بدنی، پیامدهای هیجانی و جسمانی از قبیل افسردگی و بدکاری جنسی را پیش‌بینی می‌کند (23، 27 و 36). تعدادی از نظریه‌های

پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدن (Body Image Concern Inventory (BICI): این پرسشنامه، حاوی 19 ماده است که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. این ابزار شامل دو خرده‌نارضایتی از ظاهر و تداخل در عملکرد اجتماعی است. این ابزار توسط لیتلتون، اکسوم و پاری (Littleton, Axsom & Pury) (2005) ساخته شده و توسط سجادی‌نژاد و محمدی (1385) ترجمه و اعتباریابی شده است (40).

پایایی این پرسشنامه، به روش همسانی درونی بررسی شده با ضریب آلفای کرونباخ 0/93 مطلوب است (41). در فرم فارسی همسانی درونی، عامل نارضایتی از ظاهر و تداخل در عملکرد اجتماعی به ترتیب 0/84، 0/84 برآورد شد (40). روایی سازی فرم فارسی این ابزار با روش همبستگی عوامل با یکدیگر و نمره کل آزمون نشان داد که ضرایب همبستگی نمره عوامل نارضایتی از ظاهر و تداخل در عملکرد اجتماعی با نمره کل آزمون به ترتیب 0/87 و 0/82 ($P < 0/01$) بود (40).

مقیاس مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی افسردگی (Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D): این ابزار توسط رادلوف (1977) ساخته شد و نشانه‌های افسردگی را می‌سنجد (42). این ابزار توسط امیری، محمدی و فرقانی (2008) ترجمه و اعتباریابی شد (43). این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است که سطوح نشانه‌های افسرده‌کننده را در 6 بعد اصلی شامل خلق افسرده‌کننده و کندی روانی - حرکتی، احساس گناه، بی‌ارزشی، درماندگی و ناامیدی، همچنین آشفتگی در خوردن و خواب را اندازه می‌گیرد. طیف نمره‌ها ممکن است از 0-60 باشد که نمره‌های بالاتر از 16 عمدتاً وجود نشانه‌های معنادار افسرده‌کننده را نشان می‌دهد (42). آلفای کرونباخ در مطالعه برای نمونه با وزن نرمال 0/89 و برای نمونه دارای اضافه‌وزن 0/90 بود (23). پایایی فرم فارسی به روش آزمون-بازآزمایی 0/77 و روایی همگرا با پرسشنامه افسردگی بک 2، 0/65 گزارش شد (43).

اجتماعی - فرهنگی اذعان داشتند خودشی‌گرایی می‌تواند اختلالات خوردن، شرم و نارضایتی بدنی را پیش‌بینی کند، نظریه شی‌گرایی نارضایتی بدنی را به‌عنوان پایدارترین عامل برای ایجاد اختلال در خوردن در نظر می‌گیرد (31، 35 و 37-39). در واقع تجربیات فشارزا براساس استانداردهای ناسالم لاغری با واسطه افزایش نظارت بر بدن و شرم بدنی به‌طور غیرمستقیم، اختلال در خوردن را پیش‌بینی می‌کند (23).

هدف مطالعه حاضر آزمون رابطه بین تجربیات شی‌انگارانه وزنی، خودشی‌گرایی، نگرانی درباره تصویر بدن، سوگیری وزنی درون‌سازی‌شده، افسردگی و اختلال خوردن در زنان با اضافه‌وزن و چاق توسط مدل معادلات ساختاری با استفاده از نظریه شی‌گرایی به‌عنوان یک چارچوب نظری بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. در این پژوهش به‌منظور ارزیابی روابط بین متغیرها مدل مفهومی مطرح‌شده و روش الگویابی (مدل‌سازی) معادلات ساختاری (Structural Equation Modeling (SEM)) به‌کار برده شده است. تجربیات شی‌انگارانه وزنی (متغیر مستقل) به‌عنوان متغیر برون‌زا، خودشی‌گرایی، سوگیری وزنی درون‌سازی‌شده و نگرانی درباره تصویر بدن به‌عنوان متغیرهای میانجی در مدل پیشنهادی جای‌گذاری شده‌اند. همچنین دو متغیر افسردگی و اختلال خوردن متغیرهای وابسته بودند.

جامعه آماری این پژوهش، شامل زنان 18 ساله و بالاتر با اضافه‌وزن یا چاق بر اساس شاخص حجم بدنی ($BMI \geq 25$) مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها، مطب متخصصان تغذیه، باشگاه‌های ورزشی و انستیتوهای زیبایی شیراز در سال 1392 بود. 200 نفر به‌روش در دسترس از میان اعضای جامعه آماری انتخاب شده است.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بودند:

ظاهری و خودشی‌گرایی بیشتر است (5). در پژوهش حاضر این ابزار ترجمه و اعتباریابی شد. این مقیاس با پرسشنامه اضطراب ظاهر (دیون، دیون و کیلن (Dion, Dion & Keelan, 1990) ($r=0/52$, $P<0/01$) و ارزیابی تصویر بدنی ($r=0/46$, $P<0/01$) همبستگی معناداری دارد (12). همچنین همبستگی این مقیاس با خرده‌مقیاس نظارت مقیاس هشجاری به بدن شی‌انگاری شده مک‌کینلی و هید (1996)، $0/63$ برآورد گردیده است (8). پایایی فرم فارسی پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ $0/92$ و برای خرده‌مقیاس‌های ظاهرمدار و صلاحیت‌مدار $0/82$ بود. روایی نیز به‌روش تحلیل عامل تأییدی بیانگر برازش مطلوب مدل دو عاملی این ابزار بود.

مقیاس درون‌سازی سوگیری وزن (Weight Bias Internalization Scale (WBIS): مقیاس درونی‌سازی سوگیری وزن توسط دورسو و لاتنر (2008) ساخته شد. این مقیاس شامل 11 سؤال خودگزارش‌دهی است که جهت ارزیابی سوگیری وزنی درون‌سازی‌شده در افراد دارای اضافه‌وزن و چاق طراحی شده است. نمره کل پرسشنامه بین 77-11 است که نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بالاتر درون‌سازی سوگیری وزن است (21). در پژوهش حاضر این ابزار ترجمه و اعتباریابی شد. این مقیاس اعتبار رضایت‌بخشی دارد و با مقیاس‌هایی که سازه‌های مشابهی را اندازه می‌گیرند مانند خرده‌مقیاس بی‌زاری پرسشنامه نگرش‌های ضد چاقی کراندل (1994) ($r=0/37$, $P<0/01$) (کراندل، 1994)، نسخه کوتاه‌شده پرسشنامه اندام بدن کوپر و همکاران (1987) ($P<0/01$), ($r=0/75$) (کوپر، تیلور، کوپر و فایبرن، 1987) و پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدن ویلیامسون (2005) ($P<0/01$), ($r=0/75$) همبستگی مناسبی نشان می‌دهد (21). این ابزار همسانی درونی بالایی ($\alpha \geq 0/90$) (کرونباخ) دارد (21) و پایایی فرم فارسی پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ $0/82$ بود. روایی نیز به‌روش تحلیل عامل تأییدی بیانگر برازش مطلوب مدل تک‌عاملی این مقیاس بود.

پرسشنامه موقعیت‌های نشان‌دار (برجسب)

مقیاس تشخیص اختلال خوردن (Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS): نشانه‌های اختلال در خوردن با استفاده از مقیاس تشخیص اختلال خوردن سنجیده می‌شود (44). این مقیاس شامل 22 سؤال در 3 مقیاس است که برای آزمودن نشانه‌های اختلال کم‌اشتهایی عصبی، اختلال پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن مفرط طراحی شده و تشخیص را برای اختلال‌ها در دو سطح بالینی و غیربالینی فراهم می‌کند (45). بنابراین امکان تفکیک هفت طبقه تشخیصی کم‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، خوردن مفرط، حد زیرآستانه‌ای کم‌اشتهایی عصبی، حد زیرآستانه‌ای پراشتهایی عصبی، حد زیرآستانه‌ای خوردن مفرط و بدون تشخیص را فراهم می‌کند (46). این ابزار توسط خیبر، محمدی و رحیمی (1393) ترجمه و اعتباریابی شد (47). این مقیاس دارای روایی ملاکی، پیش‌بین و همگرایی قوی است. همچنین پایایی این ابزار بر اساس روش آزمون-بازآزمایی تأیید شده و همسانی درونی قابل‌پذیرشی دارد. این مقیاس به‌خوبی با مصاحبه‌های روانپزشکی مانند مصاحبه ساختاریافته بالینی بر اساس DSM-III-R (SCID) رقابت می‌کند و ضریب کاپای آزمون-بازآزمایی برای تشخیص اختلال خوردن از $0/80-0/90$ است (46). میزان ضریب آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی اسپیرمن-براون و گاتمن فرم فارسی $0/84$ ، $0/82$ و $0/83$ برآورد شد. روایی نیز به‌روش تحلیل عامل تأییدی، همبستگی هر گویه با نمره کل و روایی ملاک و تشخیص آزمون به‌روش همبستگی با مصاحبه بالینی مطلوب گزارش شد (47).

پرسشنامه ویژگی خودشی‌گرایی (Trait Self-Objectification Questionnaire (TSOQ): پرسشنامه ویژگی خودشی‌گرایی، میزان خودشی‌گرایی را مورد سنجش قرار می‌دهد (12). این پرسشنامه بر مبنای نظریه شی‌گرایی توسط نول و فردریکسون (1998) تدوین شده و دارای 10 سؤال است. از دو زیرمقیاس "ظاهرمدار" و "صلاحیت‌مدار" تشکیل شده است. طیف نمره‌ها از $+25$ تا -25 دامنه دارد، نمره کل بیشتر نشان‌دهنده جهت‌گیری

مدل پیشنهادی پژوهش همراه با ضرایب مسیر روابط ترسیم شد (نمودار 1).

پیش از بررسی شاخص‌های برازندگی مدل با حذف مسیرهای دارای ضرایب استاندارد نامناسب (کمتر از 0/3) مدل پیشنهادی اصلاح شد (نمودار 2).

ضرایب مسیر روابط مستقیم متغیرهای و دیگر پارامترهای اندازه‌گیری متغیرهای اصلاح شده معنادار است (جدول 2).

با توجه به مقدار 1/96 برای نسبت مجذور کای به درجه آزادی (χ^2/df) الگو برازندگی عالی است. همچنین مقدار 0/96 برای ویژگی نکویی برازش (GFI) که سنجشی از مقدار واریانس/کوواریانس مشاهده شده است، بیانگر برازش خوب الگو با داده‌ها است. مقدار 0/92 هم برای ویژگی نکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) که یک سنجش کلی برازندگی است و تعداد درجات آزادی را به حساب می‌آورد، نشان‌دهنده برازش خوب الگو است. در ویژگی‌های برازندگی هنجار شده (NFI)، تطبیقی (CFI)، افزایشی (IFI) و توکر-لویس (TLI) مقدار 0/90 به‌عنوان برازش نیکو تلقی می‌شود. همان‌طور که مشاهده می‌شود این مقادیر در سطح مطلوبی است. در نهایت، جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA) با مقدار 0/07 نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل است (جدول 3).

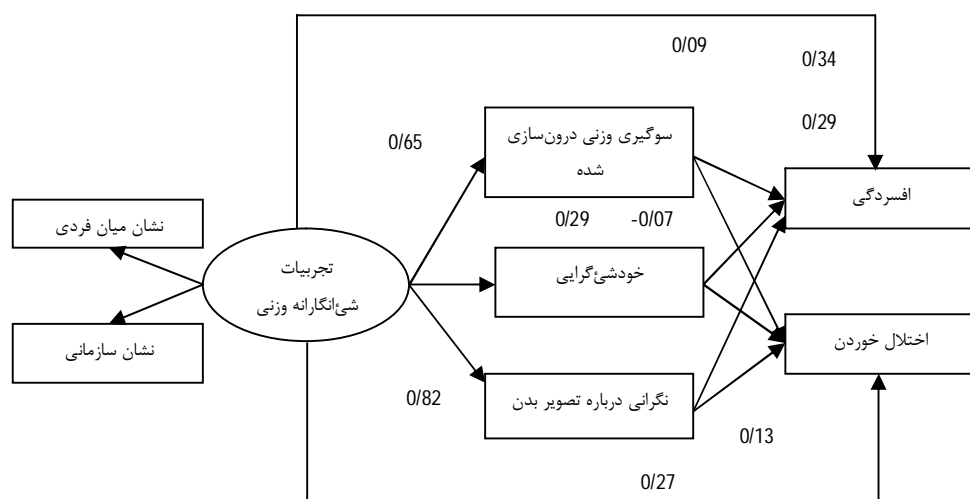
پرسشنامه (Stigmatizing Situations Inventory (SSI): موقعیت‌های نشان‌دار میزان تجربیات شی‌انگاره‌ها وزنی را می‌سنجد (26). این پرسشنامه 50 سؤالی است. نمرات بالاتر میزان بیشتر تجربیات برجسته را نشان می‌دهد (48). دو خرده‌مقیاس از این پرسشنامه به وجود آمده که توسط ووت و کارلز (2010) شرح داده شده است: نشان میان‌فردی (برای مثال اظهارات نامناسب دکتراها و اظهارات نامطبوع بچه‌ها یا خانواده) و نشان سازمانی (برای مثال سدها و موانع فیزیکی) (49).

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش محاسبه شد (جدول 1).

جدول 1- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
تجربیات شی‌انگاره‌ها وزنی	31/12	20/93
نشان میان فردی	25/27	17/07
نشان سازمانی	5/05	4/63
خودشی‌گرایی	3/47	13/12
عامل ظاهر مدار خودشی‌گرایی	24/25	6/53
عامل صلاحیت مدار خودشی‌گرایی	20/78	6/59
سوگیری وزنی درون‌سازی شده	39/55	12/40
نگرانی درباره تصویر بدن	45/02	14/18
نارضایتی از تصویر بدنی	25/09	8/91
تداخل در عملکرد اجتماعی	15/81	5/30
افسردگی	14/61	7/96
اختلال خوردن	45/73	14/71



نمودار 1- ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی: تأثیرگذاری تجربیات شی‌انگاره‌ها وزنی بر عوامل روانشناختی افسردگی و اختلال خوردن با میانجی‌گری خودشی‌گرایی، سوگیری وزنی درون‌سازی شده و نگرانی درباره تصویر بدن

پژوهش‌های گذشته همسو است (21، 22، 23، 31 و 35). نظریه شیء‌گرایی در ابتدا با هدف تبیین پیامدهای روان‌شناختی ظاهر جسمانی در زنان مطرح شد و در طول دهه‌های گذشته، نتایج پژوهش‌های زیادی از این نظریه حمایت نمود (24). این گونه به نظر می‌رسد که خودشیء‌گرایی با ازدیاد پیامدهای روان‌شناختی و جسمانی از جمله کم‌ارزش دانستن بدن (4، 12 و 32)، افسردگی (14 و 28) و اختلال‌های خوردن (4، 5، 33 و 34) رابطه دارد. در چارچوب این نظریه، تجربیاتی که افراد از محیط دریافت می‌کنند، می‌تواند پدیده خودشیء‌گرایی را تشدید نماید. گاه افراد با اضافه‌وزن و چاق، تجربیاتی از قبیل برچسب زدن یا تبعیض از محیط دریافت می‌کنند که باعث افزایش خودشیء‌گرایی می‌شود. در واقع وزن می‌تواند مبنایی برای شیء‌گرایی باشد. افراد دارای اضافه‌وزن و چاق در محیطی زندگی می‌کنند که با تداوم در تأکید بر یک جنبه خاص از ظاهر فیزیکی یعنی وزنشان آن‌ها را نسبت به این مسأله حساس می‌کند. وزن که مبنای نگرش‌های خودشیء‌گرایانه است ممکن است توسط خود افراد دارای اضافه‌وزن دوام یابد. این افراد افسانه‌ها و اطلاعات غلط و تصورات قالبی را که بر خلاف گروه خودی آن‌ها است درونی‌سازی می‌کنند و پیام‌های منفی اجتماعی را درونی می‌نمایند. در واقع فشار محیط باعث می‌شود که این افراد بر عقاید قالبی موجود صحنه گذاشته و بر آن اساس خود را ارزیابی کنند (22) و (21). همچنین تغییر استانداردهای لاغری و زیبایی (7) و رایج بودن اضافه‌وزن و چاقی (10) با یادآوری فاصله زیادی که این افراد با استانداردهای موجود دارند این مسأله را تشدید نموده است (23). بنابراین تجربیات شیء‌انگارانه وزنی می‌تواند پیش‌بین خودشیء‌گرایی و سوگیری وزنی درون‌سازی شده باشد. از سویی تجربیات سوگیری و تبعیض برای افراد دارای اضافه‌وزن و چاق می‌تواند با ازدیاد پیامدهای روان‌شناختی از جمله نگرانی درباره تصویر بدن، افسردگی و اختلال خوردن همراه باشد. طبق نظریه شیء‌گرایی، زندگی در محیطی که افراد

مدل اصلاح‌شده، برازش مطلوبی دارد. بنابراین به بررسی معناداری روابط غیرمستقیم این مدل با استفاده از آزمون سوبل پرداخته شده است. پیش‌بینی افسردگی براساس تجربیات شیء‌انگارانه وزنی با واسطه سوگیری وزنی درون‌سازی شده به دلیل حذف مسیر مستقیم پیش‌بینی افسردگی بر اساس تجربیات شیء‌انگارانه وزنی به صورت کامل است. به این معنی که تجربیات شیء‌انگارانه وزنی با واسطه سوگیری وزنی درون‌سازی شده بهتر می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند. آزمون سوبل برای بررسی معناداری پیش‌بینی اختلال خوردن براساس تجربیات شیء‌انگارانه وزنی با واسطه سوگیری وزنی درون‌سازی شده ($z=5/03$ ، $P=0/02$)، پیش‌بینی اختلال خوردن بر اساس تجربیات شیء‌انگارانه وزنی با واسطه خودشیء‌گرایی ($z=1/97$ ، $P=0/01$) و پیش‌بینی افسردگی بر اساس تجربیات شیء‌انگارانه وزنی با واسطه نگرانی درباره تصویر بدن ($z=3/17$ ، $P=0/03$) معنادار بود (در مقایسه با $z=3/17$ ، $P=0/03$).

بحث

تحقیق حاضر با هدف بررسی رابطه تجربیات شیء‌انگارانه وزنی با ابعاد روان‌شناختی (افسردگی و اختلال خوردن) نقش میانجی‌گری خودشیء‌گرایی، سوگیری وزنی درون‌سازی شده و نگرانی درباره تصویر بدن در زنان با اضافه‌وزن صورت گرفت. در واقع کلیت مدل مطرح‌شده قابل قبول بود.

بسیاری از روابط به‌دست‌آمده در این پژوهش همسان با یافته‌های تحقیقات گذشته بود. طبق پژوهش حاضر تجربیات شیء‌انگارانه وزنی خودشیء‌گرایی، سوگیری وزنی درون‌سازی شده، نگرانی درباره تصویر بدن، افسردگی و اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها با مطالعات گذشته همسو است (2، 5، 19، 25-21 و 37-39). سوگیری وزنی درون‌سازی شده و خودشیء‌گرایی، اختلال خوردن و نگرانی درباره تصویر بدن افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها نیز با نتایج

وزنی درون‌سازی شده و نگرانی درباره تصویر بدن تأثیر تجربیات شی‌انگارانه وزنی را بر افسردگی و اختلال خوردن میانجی‌گری می‌کنند. در کل مدل رابطه تجربیات شی‌انگارانه وزنی با عوامل روانشناختی افسردگی و اختلال خوردن با میانجی‌گری خودشی‌گرایی، سوگیری وزنی درون‌سازی شده و نگرانی درباره تصویر بدن برازش مطلوبی داشت.

پیشنهادات

این پژوهش به زنان دارای اضافه‌وزن 18 ساله و بالاتر در شیراز محدود شده است، بنابراین باید در تعمیم نتایج آن به سایر زنان دارای اضافه‌وزن در شهرهای دیگر یا نوجوانان جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به این‌که برای ارزیابی برازندگی مدل‌های پیشنهادی از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شده است، بیان فرضیه‌ها به شکل رابطه علی و معلولی باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی طول مدت اضافه‌وزن بررسی شود، چرا که در میزان تجربیات شی‌انگارانه وزنی و در نتیجه بروز اختلالات روان‌شناختی مؤثر است. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی به طراحی و آزمودن مدل علی تبیین‌گر اختلالات روانی دیگر در زنان دارای اضافه‌وزن پرداخته و نتایج را با پژوهش حاضر مقایسه کنند. متخصصان بالینی به‌ویژه متخصصان علوم رفتاری که با افراد دارای مشکل اضافه‌وزن کار می‌کنند، در سیر درمان اختلال خوردن و افسردگی آنان، آن دسته از روش‌های درمانی را در نظر گیرند که بیشترین تأثیر را در متغیرهای به‌وجودآورنده این اختلالات در مدل پیشنهادی این پژوهش دارا است.

را براساس شاخص‌های ظاهری ارزیابی می‌کند منجر به درون‌سازی این باور می‌شود که میزان ارزش فرد در گرو برآورده ساختن این معیارها است. این فرایند باعث افزایش درون‌سازی معیارهای ناسالم زیبایی، سوگیری نسبت به وزن و نگرانی درباره تصویر بدن می‌شود. همچنین افزایش خودشی‌گرایی و فشار درون‌سازی می‌تواند منجر به اختلالات روانشناختی شود. نگرانی درباره تصویر بدن هم به‌عنوان یکی از پیامدهای خودشی‌گرایی و فشار درون‌سازی مطرح شده و هم به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده اختلالات روانی چون افسردگی و اختلال خوردن مطرح شده است. به‌نظر می‌رسد رضایت از تصویر بدنی در بین جوانان، مستلزم رضایت از پنج عامل بدنی تناسب اندام، زیبایی ظاهری، سلامت بدنی، پاکیزگی و بهداشت و زیبایی پوست و مو و توانایی کنترل وزن باشد. تصویر بدنی بر اساس یک ساختار چندوجهی مفهوم‌سازی می‌شود. در واقع تصویر بدنی مفهوم پیچیده‌ای است که دربردارنده عوامل بیولوژیکی روانشناسی درونی و عوامل اجتماعی بیرونی است. ترکیب ارزیابی‌های ادراکی، نگرشی و رفتاری به تصویر بدنی، به‌عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اختلال خوردن در نظر گرفته شده است.

نتایج پژوهش انجام‌شده نشان داد که در مدل مطرح‌شده تجربیات شی‌انگارانه وزنی با واسطه سوگیری وزنی درون‌سازی شده و نگرانی درباره تصویر بدن افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین با واسطه خودشی‌گرایی قادر به پیش‌بینی اختلال خوردن است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که خودشی‌گرایی، سوگیری

References

1. Bartky SL. Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression. 1st ed. New York, NY: Routledge. 1990; 31-6.
2. Fredrickson BL, Roberts TA, Noll SM, Quinn DM, Twenge JM. That swimsuit becomes you: sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *J Pers Soc Psychol.* 1998;75(1):269-84.
3. Crawford M, Lee I, Portnoy G, Gurung AI, Khatri D, Jha P, Regmi AC. Objectified body consciousness in a developing country: A comparison of mothers and daughters in the US and Nepal. *Sex Roles.* 2009; 60: 174-85.

4. McKinley NM, Hyde JS. The Objectified Body Consciousness Scale *Psychology of Women Quarterly*. 1996; 20(2): 205-15.
5. Fredrickson BL, Roberts T. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*. 1997; 21(2): 173-206.
6. De Beauvoir S. *The second sex*. 1st ed. New York: Knopf. 2009; 49-56.
7. Wiseman CV, Gray J, Mosimann JE, Ahrens AH. Cultural expectations of thinness in women: An update. *International J Eating Disorders*. 1992; 11(1): 85-9.
8. Spitzer BL, Henderson KA, Zivian MT. Gender differences in population versus media body sizes: A comparison over four decades. *Sex Roles*. 1999; 40(7): 545-65.
9. Wolf N. *The beauty myth: How images of beauty are used against women*. 2st ed. New York: Anchor Books. 1999; 97-102.
10. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends. In obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*. 2010; 303(3): 235-41.
11. Lewis M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In: M Lewis JM Haviland-Jones. *Handbook of emotions*. 2st ed. New York: Guilford Press. 2000; 623-36.
12. Noll SN, Fredrickson BL. A mediational model of linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*. 1998; 22(4): 623-36.
13. Tiggemann M, Lynch JE. Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *J Dev Psychol*. 2001; 37 (2): 243-53.
14. Harrison K, Fredrickson BL. Women's sports media, self-objectification, and mental health in Black and White adolescent females. *J Communication*. 2003; 53(2): 216-32.
15. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination and obesity. *Obes Res*. 2001; 9(12): 788-805.
16. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity (Silver Spring)*. 2009; 17(5): 941-64.
17. Rudman LA, Feinburg J, Fairchild K. Minority members' implicit attitudes: Automatic ingroup bias as a function of group status. *J Social Cognition*. 2002; 20(4): 294-320.
18. Wang SS, Brownell KD, Wadden TA. The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *Int J Obes Relat Metab Disorder*. 2004; 28(10): 1333-7.
19. Crandall CS, Reser, AH. *Attributions and Weight-Based Prejudice*. 3st ed. New York: Guilford Publications. 2005; 3-25.
20. Schwartz MB, Vartanian L, Nosek B, Brownell KD. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obes (Silver Spring)*. 2006; 14(3): 440-7.
21. Durso LE, Latner JD. Understanding self-directed stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obes (Silver Spring)*. 2008; 16(2): 80-6.
22. Carels RA, Wott CB, Young KM, Gumble A, Koball A, Oehlhof MW. Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eat Behav*. 2010; 11(3): 180-5.
23. Wagner ME. *Self-objectification among overweight and obese women: an application of structural equation modeling*. PhD theses in philosophy. Fulfillment. College of Bowling Green State University. 2011; 4-12.
24. Fredrickson BL, Harrison K. Throwing like a girl: Self-objectification predicts adolescent girls' motor performance. *J Sport and Social Issues*. 2005; 29(1): 79-101.
25. Crocker J, Cornwell B, Major B. The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. *J Pers Soc Psychol*. 1993; 64(1): 60-70.
26. Myers A, Rosen JC. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International J Obesity and Related Metabolic Disorders*. 1999; 23(3): 221-30.
27. Silberstein LR, Striegel-Moore R, Rodin J. Feeling fat: A woman's shame. In HB Lewis. *The role of shame in symptom formation*. 1st ed. New York, NY: Routledge. 1987; 89-108.
28. Miner-Rubino K, Twenge JM, Fredrickson BL. Trait self-objectification in women: Affective and personality correlates. *J Research in Personality*. 2002; 36(2): 147-73.
29. Muehlenkamp JJ, Saris-Baglama RN. Self-objectification and its psychological outcomes for college women. *Psychology of Women Quarterly*. 2002; 26(4): 371-9.
30. Tolman DL. In a different position: Conceptualizing female adolescent sexuality development within compulsory heterosexuality. *J New Directions for Child and Adolescent Development*. 2006; 112: 71-90.
31. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association. 1999; 125-45.
32. McKinley NM. Women and objectified body consciousness: Mothers' and daughters' body experiences in cultural, developmental, and familial context. *Devel Psychol*. 1999; 35(3): 760-9.
33. Tiggemann M, Slater A. A test of objectification theory in former dancers and non-dancers. *Psychology of Women Quarterly*. 2001; 25(1): 57-64.
34. Slater A, Tiggemann M. A test of objectification theory in adolescent girls. *Sex Roles*. 2002; 46(10): 343-9.

35. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol.* 2002; 53: 187-213.
36. Oliver MB, Hyde JS. Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 1993; 114(1): 29-51.
37. McLaren L, Kuh D, Hardy R, Gauvin L. Positive and negative body-related comments and their relationship with body dissatisfaction in middle-aged women. *J Psychology and Health.* 2004; 19(2): 261-72.
38. Sinclair SL. Object lessons: A theoretical and empirical study of objectified body consciousness in women. *J Mental Health Counseling.* 2006; 28(1): 48-68.
39. Herbozo S, Thompson JK. Appearance-related commentary, body image, and self-esteem: Does the distress associated with the commentary matter? *Body Image.* 2006; 3(3): 255-62.
40. Sajadinejad M, Mohammadi N. The Evaluation of psychometric properties of Body Image Concern Inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. *Psychological Studies.* 2007; 3(1): 85-101.
41. Littleton HL, Axsom DS, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behav Res Ther.* 2005; 43: 229-41.
42. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *J Applied Psychological Measurement.* 1977; 1(3): 385-401.
43. Amiri M, Mohammadi A, Forghani A. The Validation of Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D). *foreth Seminar of University Student's Mental Health.* 2008; 44-5.
44. Stice E, Telch CF, & Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychol Assess.* 2000; 12: 123-31.
45. Stice E, Telch CF. Development and Validation of the Eating Diagnostic Scale: A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Bing-Eating Disorder. *Psychol Assess.* 2000; 12(2): 123-31.
46. Stice E, Fisher M, Martinez E. Eating disorder diagnostic scale: Additional evidence of reliability and validity. *Psychol Assess.* 2004; 16(1): 60-71.
47. Khabir L, Mohammadi N, Rahimi CH. The Validation of Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS), *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.* 2014; 18(2): 100-107.
48. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity (Silver Spring).* 2007; 15(1): 19-23.
49. Wott CB, Carels RA. Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *J Health Psychol.* 2010; 15(4): 608-14.