Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Original Article
February-March 2020, Volume 14, Issue 6 DOI: 10.21859/jne-140610

Modeling of Health-Related Quality of Life Based on Self-Approach to Body Image by Mediating of Self-Compassion and Shame in Overweight and Obese People

Kourosh Sasani [1], MohammadReza Seirafi [2,*], Farahnaz Meschi [2], GholamReza Sarami [3], Javid Peymani [2]

[1] PhD, Student of Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
[2] Assistant Professor of Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
[3] Assistant Professor of Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
*** Corresponding author:** Mohammad Reza Seirafi, Assistant Professor of Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: msf_3@yahoo.com

Received: 10 Jul 2019 **Accepted:** 28 Jan 2020

Abstract

Introduction: The concept of health-related quality of life focuses on the impact of health on the functional ability of individuals to do their daily tasks and routine. Therefore, the present study was conducted to provide a model of health-related quality of life-based on self-approach to body image by mediating of self-compassion and shame in overweight and obese people.

Methods: The present study is a descriptive and correlation study using Structural Equation Modeling (SEM). Subjects were selected by random cluster sampling from 24 to 45-year-old adults in Karaj who were overweight or obese. The items include 500 people. The measuring tools used in this study are the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, Internalized Shame Scale, Self-Compassion Questionnaire. Data analysis was done using the Baron and Kenny's modified method and the AMOS statistical software.

Results: In obese or overweight individuals, self-compassion and shame had a significant relationship with personal attitudes to body image and health-related quality of life ($P < 0.05$). Individual attitudes toward body image had a substantial relationship with health-related quality of life in these individuals ($P < 0.05$). Self-compassion and shame mediate the relationship between health-related quality of life based on individual attitudes to body image in obese or overweight people. Based on the significant criteria of fit indices, the tested model is fit.

Conclusions: Health professionals and therapists who are active in the treatment and intervention of obese or overweight people need to pay more attention to the psychological aspects of obesity and overweight to improve the quality of life related to their health, Psychological variables such as self-image, self-compassion, shame, and resilience must be emphasized in their interventions.

Keywords: Modeling, Health-Related Quality of Life, Body Image, Self-compassion, Shame, Obesity

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

Copyright *© 2020 The Author(s); Published by Iranian Journal of Nursing Research. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

نشریه پژوهش پرستاری ایران
مقاله پژوهشی
بهمن و اسفند ۱۳۹۸، دوره ۱۴، شماره ۶
DOI: 10.21859/ijnr-1406010

مدل‌یابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر مبنای تصویر بدنی با میانجی‌گری شفقت به خود و شرم در افراد دارای اضافه وزن و چاقی شهر کرج در سال ۱۳۹۷

کوروش ساسانی [۱]، محمدرضا صیرفی [۲،*]، فرحناز مسچی [۲]، غلامرضا صرامی [۳]، جاوید پیمانی [۲]

[۱] دانشجوی دکتری رشته روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

[۲] استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

[۳] استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

[*] **نویسنده مسئول**: محمدرضا صیرفی، استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. ایمیل: msf_3@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۲۰ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌طور مشخص روی تأثیر سلامت بر توانایی عملکردی افراد برای انجام کارهای روزمره و وظایف معمول آنها تمرکز دارد. از این‌رو پژوهش حاضر، به منظور مدل‌یابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر مبنای نگرش فردی به تصویر بدنی و تعیین نقش میانجی‌گری شفقت به خود و شرم اجرا شد.

روش کار: طرح پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) است. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای تصادفی از میان افراد چاق یا دارای اضافه وزن بزرگسال ۲۴ تا ۴۵ ساله در شهر کرج و در سال ۱۳۹۷ انجام شد. تعداد نمونهٔ آماری این پژوهش ۵۰۰ نفر بود. ابزار اندازه‌گیری به کار رفته در این پژوهش عبارتند از: پرسشنامهٔ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سازمان بهداشت جهانی (نسخهٔ کوتاه شده)، پرسشنامهٔ روابط چند بعدی بدن- خود، مقیاس شرم درونی شده، پرسشنامهٔ شفقت به خود. برای بررسی نقش میانجی‌گری متغیرهای شفقت به خود و شرم از روش اصلاح شدهٔ بارون و کنی و نرم‌افزار ایموس (AMOS) نسخهٔ ۲۴,۰ استفاده شده است.

یافته‌ها: در افراد چاق یا دارای اضافه وزن شفقت به خود و شرم با تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و همچنین تصویر بدنی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت هر یک به‌طور مستقیم رابطهٔ معناداری دارند ($P < ۰/۰۵$). در رابطهٔ بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با تصویر بدنی، شفقت به خود و شرم نقش میانجی‌گری دارند. بر اساس ملاک‌های معناداری شاخص‌های برازش، مدل آزمون شده برازندگی دارد.

نتیجه گیری: متخصصان حوزهٔ سلامت و درمانگرانی که در زمینهٔ مداخله و درمان چاقی فعال هستند نیاز دارند علاوه بر توجه به جنبه‌های زیستی چاقی، از نظر روانی و در راستای افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این افراد، متغیرهای روانشناختی‌ای نظیر تصویر بدنی، شفقت به خود، شرم و تاب‌آوری را نیز مدنظر قرار دهند و در مداخلات خود این موارد را لحاظ کنند.

کلیدواژه‌ها: مدل‌یابی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، تصویر بدنی، شفقت به خود، شرم، چاقی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

رویکردهای سنتی هر یک با نگاه متفاوتی به مفهوم سلامت، ابعاد خاصی از زندگی فرد را مدنظر قرار داده و سلامت انسان را بررسی کرده‌اند. در همین راستا، مفهوم دیگری که در سال‌های اخیر خیلی مورد توجه محققان و متخصصان حوزهٔ سلامت قرار گرفته مفهوم «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت » است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مفهوم کیفیت زندگی را محدود می‌کند و تمرکز آن را به‌طور خاص روی تأثیر ناخوشی‌ها و درمان‌ها در زندگی فرد می‌گذارد [۱].

با توجه به نقش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در ارزیابی زندگی فردی گروه‌های متفاوت جامعه، می‌توان به نقش این عامل در زندگی افراد دارای اضافه وزن و چاقی اشاره کرد که به طرز فزاینده‌ای در دنیای صنعتی امروز به یک نگرانی عمده در زمینهٔ سلامت عمومی تبدیل شده است [۲]. با وجود آن‌که تمرکز اصلی تحقیقات مربوط به چاقی روی پیامدهای پزشکی و جسمانی چاقی است، اما چاقی بر ظرفیت روانی فرد برای داشتن یک زندگی فعال و کامل نیز اثرات منفی گوناگونی دارد. بنابراین هر روز بیش از پیش مشخص می‌شود که مشکلات و

مسائل مرتبط با چاقی صرفاً به شرایط پزشکی و جسمانی محدود نیست؛ بلکه چاقی تأثیر زیادی بر ظرفیت کارکردی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد دارد [۳].

در افراد چاق یا دارای اضافه وزن، یکی از جنبه‌های مهم تأثیرگذار در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، ظاهر جسمانی و تصویر بدنی آنهاست [۴]. نایبر و همکاران [۳] نشان دادند تصویر بدنی مطلوب پیش‌بینی‌کنندهٔ افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در همهٔ ابعاد آن است. همچنین کیم و کانگ [۵] نشان دادند کیفیت زندگی همبستگی معناداری با تصویر بدنی دارد. از طرف دیگر هرینگتون و بادگر [۶] در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که بین نارضایتی از تصویر بدنی و کیفیت زندگی همبستگی منفی معناداری وجود دارد. با این که کماکان سازوکارهای میانجی‌گر در ارتباط بین تصویر بدنی منفی و اختلال در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ناشناخته باقی مانده است.

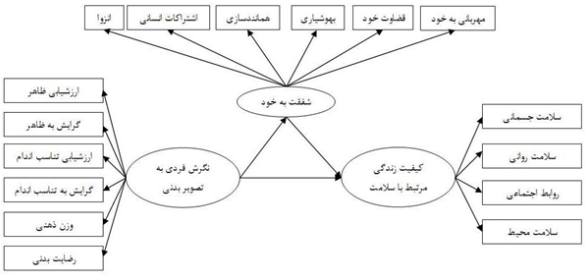
در جستجو برای فهم سازوکارهای میانجی‌گر و یا تعدیل‌گر مابین نگرش فردی به تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به نظر می‌رسد اغلب نارضایتی از تصویر بدنی در افراد چاق و دارای اضافه وزن منجر به نوعی انزوای اجتماعی شده و احساسی همچون شرم را در فرد ایجاد می‌کند [۷]. در تحقیقات اخیر نشان داده شده است که شرم اثر عمده‌ای روی نارضایتی از تصویر بدنی و رفتارهای خوردن نامنظم هم در مبتلایان به اختلال خوردن، هم در افراد چاق و هم در نمونه‌های غیربالینی داشته است [۸, ۹].

به‌منظور مقابله با هیجان‌های منفی و آزاردهنده‌ای همچون شرم، افراد چاق و یا دارای اضافه وزن نیازمند به‌کارگیری شیوه‌ای مسالمت‌جویانه با خود هستند [۱۰]. در راستای فهم و شناسایی دیگر متغیر میانجی‌گر در رابطهٔ بین نگرش فردی به تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به نظر می‌رسد این افراد نیاز دارند که «شفقت به خود » را در ارتباط با این نوع از هیجان‌های منفی افزایش دهند [۱۱].

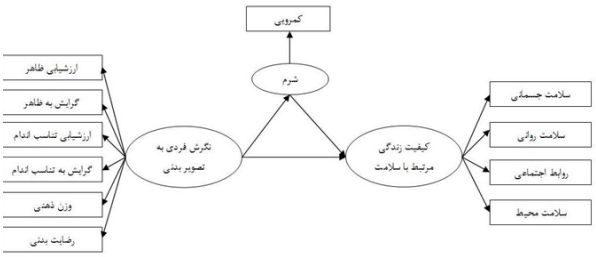
از میان تحقیقات مدل‌یابی که در سال‌های اخیر در زمینهٔ شناسایی متغیرهای میانجی‌گر در رابطهٔ بین کیفیت بدنی و تصویر بدنی انجام شده می‌توان به دو پژوهش که توسط فرایرا، پینتو-گوویا و دوآرته [۱۲] و پینتو-گوویا، فرایرا و دوآرته [۱۳] انجام شد اشاره کرد. این محققان نشان دادند ارتباط بین مقایسه‌های اجتماعی منفی و احساس حقارت به دلیل نارضایتی بدنی و اختلال خوردن ممکن است به وسیلهٔ «شفقت به خود» بهبود یابد که در نتیجه به ارتقاء کیفیت زندگی فرد می‌انجامد. نتایج پژوهش دیگری نشان داد شفقت به خود به عنوان یک واسطه‌گر در ارتباط بین نارضایتی بدنی، مقایسهٔ اجتماعی مبتنی بر تصویر بدنی و کیفیت زندگی نقش میانجی دارد [۱۱].

با همهٔ این تفاسیر، به نظر می‌رسد در زندگی افراد چاق یا دارای اضافه وزن، رابطهٔ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و تصویر بدنی ابعاد ناشناختهٔ زیادی دارد که لازم است با شناسایی متغیرهای میانجی‌گر در این رابطه به شفافیت بیشتر آن و افزایش بهزیستی این گروه از جامعه کمک شود. چرا که به عنوان نمونه هنوز این ابهام وجود دارد که در افراد چاقی که الزاماً شفقت به خود پایینی هم ندارند نقش شفقت به خود در رابطهٔ بین نگرش فردی به تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به چه نحوی است. این موضوع، از این نظر حائز اهمیت است که شفقت به خود متغیری است که هستهٔ اصلی آن مهربانی با خود، پذیرش و تاب‌آوری است و به نظر می‌رسد مهارتی اکتسابی است که با آموزش، تمرین و مفهوم‌پردازی مناسب می‌توان آن را در افراد مختلف رشد و ارتقاء داد. به عنوان نمونه‌ای دیگر، می‌توان به متغیر شرم اشاره کرد که لزوم بررسی آن در پژوهش‌های تازه احساس می‌شود.

مسئله اصلی این پژوهش، شناسایی روابط میان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد چاق و دارای اضافه وزن در قالب مدل ساختاری زیر است. در این مدل، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، متغیر وابسته، نگرش فردی به تصویر بدنی، متغیر مستقل و شفقت به خود و شرم به عنوان متغیرهای میانجی بررسی می‌شوند. برای سهولت در تبیین اجزاء مدل و بررسی ابعاد هر یک از متغیرها به‌طور مجزا، شفقت به خود و شرم هر یک به‌طور جداگانه در شکل‌های ۱ و ۲ نمایش داده شده‌اند.



شکل ۱. مدل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر مبنای نگرش فردی به تصویر بدنی با میانجی‌گری شفقت به خود



شکل ۲. مدل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر مبنای نگرش فردی به تصویر بدنی با میانجی‌گری شرم

مطابق مدل فوق (شکل‌های ۱ و ۲) و توضیحات مذکور، هدف این پژوهش تعیین نقش شفقت به خود و شرم در رابطهٔ بین نگرش فردی به تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد چاق و دارای اضافه وزن است. به عبارت دیگر، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال کلی است که آیا مدل مفهومی مفروض اولیه که ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را بر مبنای نگرش فردی به تصویر بدنی و با میانجی‌گری شفقت به خود و شرم نشان می‌دهد دارای برازندگی است؟

روش‌کار

طرح پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) است. جامعهٔ در دسترس، کلینیک‌های زیبایی و لاغری شهر کرج است و نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای تصادفی انجام شد. برای این منظور، ابتدا از بین مجموع کلینیک‌های زیبایی و لاغری شهر کرج، تعدادی (۲۵ کلینیک) به صورت تصادفی انتخاب شدند. از میان افراد بزرگسال ۲۴ تا ۴۵ ساله مراجعه کننده به

این کلینیک‌ها افرادی که دارای اضافه وزن بوده و یا چاق محسوب می‌شدند ۵۰۰ نفر به عنوان نمونهٔ آماری انتخاب شدند. به منظور برآورد حجم نمونه، از قاعدهٔ نسبت حجم نمونه به تعداد گویه‌ها استفاده شد. مولر [۱۴] حداقل این نسبت را پنج به یک معرفی کرده است. جهت انجام این پژوهش، پژوهشگر پس از تصویب پروپوزال و کسب مجوز از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی کرج (با کد: ۱۱۵۲۰۷۰۶۹۶۲۰۰۲) طبق ملاک‌های ورود به پژوهش زیر اقدام به انجام پژوهش کرده است. این ملاک‌ها عبارت بودند از: نداشتن بیماری‌های روانی، داشتن تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در این پژوهش و داشتن سن بیشتر از ۲۴ سال و کمتر از ۴۵ سال، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان و داشتن اجازهٔ خروج آزادانه از پژوهش. همچنین معیارهای خروج شامل عواملی همچون عدم رضایت جهت شرکت در پژوهش، سن کمتر از ۲۴ یا بیشتر از ۴۵ سال، مصرف داروهای اضافه وزن و چاقی، دوره‌های بارداری و شیردهی بوده است. از آنجا که مشخصهٔ حضور در این پژوهش شاخص نمایهٔ تودهٔ بدنی (BMI) بود، شاخص تودهٔ بدنی مابین ۲۵ تا ۳۰ به عنوان اضافه وزن و شاخص تودهٔ بدنی مساوی و بیشتر از ۳۰ چاق تلقی شد. بنابراین ابتدا با توافق و رضایت افراد شرکت کننده، شاخص تودهٔ بدنی آنها محاسبه شد و از بین این افراد، از کسانی که در محدودهٔ چاق یا دارای اضافه وزن تشخیص داده شدند خواسته شد که پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل کنند.

در این پژوهش، با توجه به نتیجهٔ مطالعات زامبو، گادرومن، و زیسر (۲۰۰۷) که نشان دادند ضریب آلفای کرونباخ همیشه مقدار پایایی را کم برآورد می‌کند و با در نظر گرفتن این موضوع که داده‌های تحقیقی در این مطالعه ترتیبی هستند، برای بررسی پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب تتای ترتیبی استفاده شد.

ابزار اندازه‌گیری به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

(۱) پرسشنامهٔ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سازمان بهداشت جهانی (نسخهٔ کوتاه شده) : این پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در چهار حیطهٔ سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال) و سلامت محیط (۸ سؤال) با طیف لیکرت پنج سطحی می‌سنجد. پرسش‌های شمارهٔ ۱ و ۲ نیز پرسش‌های کلی در خصوص ارزیابی ذهنی فرد از کیفیت زندگی و رضایت از وضعیت سلامت خود است. 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 به روش باز آزمایی برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست 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 به دست آمد: سلامت جسمی 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 [۴].

در این تحقیق برای پرسشنامهٔ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بیشترین ضریب تتای ترتیبی کل ۰/۷۶ و کمترین ضریب تتای ترتیبی کل ۰/۶۲ محاسبه شد.

(۲) پرسشنامهٔ روابط چند بعدی بدن- خود (MBSRQ، 1997): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۴۶ ماده‌ای است که کش، وینستد و جاندا آن را در سال ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷ برای ارزیابی تصویر بدنی ساختند. در این پژوهش از فرم نهایی آن که کش در سال ۱۹۹۷ آماده کرد استفاده گردید. این ابزار ۶ زیرمقیاس دارد که عبارتند از: ارزیابی وضع ظاهری، گرایش به ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش به تناسب، دلمشغولی با اضافه وزن یا وزن ذهنی و رضایت از نواحی بدن. در این پرسشنامه از افراد درخواست می‌شود تا میزان موافقت خود را با هر یک از گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرتی علامت‌گذاری کنند. در پژوهش رقیبی و میناخانی در سال ۱۳۹۰ آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های ارزیابی ظاهر، گرایش به ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش به تناسب، وزن ذهنی و رضایت از نواحی بدن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۱، ۰/۷۸، ۰/۶۶، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ به دست آمد. در این تحقیق برای پرسشنامهٔ روابط چند بُعدی بدن-خود، بیشترین ضریب تتای ترتیبی کل ۰/۸۹ و کمترین ضریب تتای ترتیبی کل ۰/۵۹ محاسبه شد.

(۳) مقیاس شرم درونی شده : این مقیاس توسط کوک و همکاران [۱۵] تهیه گردیده که شامل ۳۰ ماده و دو خرده‌مقیاس کمرویی و عزت‌نفس است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ رتبه‌ای از نوع لیکرتی است. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است. نمرهٔ پایین بیانگر اعتماد به نفس بالاست. در این پژوهش از خرده مقیاس کمرویی به منظور بررسی شرم در نمونه‌ها استفاده می‌شود.

کوک (۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس مقیاس شرم درونی شده به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰، به دست آورد. رجبی و عباسی در سال ۱۳۹۰ ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند.

در این تحقیق برای پرسشنامهٔ شرم درونی شده، بیشترین ضریب تتای ترتیبی کل ۰/۹۵ و کمترین ضریب تتای ترتیبی ۰/۷۴ محاسبه شد.

(۴) پرسشنامهٔ شفقت به خود (SCS، 2003) : پرسشنامهٔ ۲۶ ماده‌ای شفقت به خود برای ارزیابی کلی شفقت نسبت به خود توسط نف در سال ۲۰۰۳ طراحی شد. اجزای سازندهٔ این پرسشنامه اگرچه از لحاظ مفهومی با هم متفاوت هستند اما به لحاظ نظری به هم مرتبط هستند: انسانیت مشترک ، بهوشیاری و مهربانی با خود . اگر چه ساختار اصلی با این سه جنبه تعریف شده است، اما تحلیل عاملی، شش خرده مقیاس را نشان داد که نشان‌دهندهٔ جنبه‌های مثبت و منفی هر وجه هستند. این شش خرده مقیاس عبارتند از: مهربانی با خود، خودانتقادی، انسانیت مشترک، انزوا، بهوشیاری و شناخت بیش از حد. 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 درجه‌بندی شده‌اند [۱۶]. در تحقیق نف نتیجهٔ روایی همزمان شفقت به خود با پرسشنامه‌های دیگر این‌گونه به دست آمد: بین شفقت به خود و خرده‌مقیاس انتقاد از خود پرسشنامهٔ تجارب افسردگی رابطه منفی و معنادار، بین شفقت به خود و مقیاس ارتباط اجتماعی رابطهٔ مثبت و معنادار به دست آمد. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس شفقت به خود در تحقیق نف ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش امان‌الهی، تردست و اصلانی در سال ۱۳۹۵ پایایی خرده مقیاس خودمهربانی، خودقضاوتی،

انسانیت مشترک، انزوا، بهوشیاری، 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 در پژوهش خسروی، صادقی و یابند آلفای کرونباخ مهربانی با خود ۰/۸۱، قضاوت نسبت به خود ۰/۷۹، اشتراکات انسانی ۰/۸۴، انزوا ۰/۸۵، بهوشیاری ۰/۸۰، شناخت بیش از حد ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد. در این تحقیق برای پرسشنامهٔ شفقت به خود، بیشترین ضریب تتای ترتیبی کل ۰/۸۰ و کمترین ضریب تتای ترتیبی کل ۰/۵۹ محاسبه شد.

ضمناً برای بررسی نقش میانجی‌گری متغیرهای شفقت به خود و شرم از روش اصلاح شدهٔ بارون و کنی به همراه محاسبه به شیوهٔ بازنمونه‌گیری از داده‌ها (روش بوت استرپ) با کمک نرم‌افزار ایموس (AMOS) نسخهٔ ۲۴,۰ استفاده شده است. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری (SPSS) و با روش‌های آماری، همبستگی پیرسون و با استفاده از نقش میانجی‌گری و تعدیل کنندگی با روش بارون و کنی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

ویژگی‌هایی جمعیت شناختی مربوط به نمونه آماری این تحقیق عبارتند از: جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات. از نظر جنسیت، در بین شرکت کنندگان ۴۵۴ نفر زن و ۴۶ نفر مرد بودند. ۳۱۵ نفر از شرکت کنندگان متأهل و ۱۸۵ نفر مجرد بودند. از نظر میزان تحصیلات نیز، یک نفر زیر دیپلم، ۶۹ نفر دیپلم، ۴۲ نفر کاردانی، ۲۳۴ نفر کارشناسی، ۱۳۷ نفر کارشناسی ارشد و ۱۷ نفر دارای مدرک دکترا بودند.

در این پژوهش برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های نمونهٔ آماری از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. آزمون تک نمونه‌ای کلموگروف- اسمیرنوف (تعداد = ۵۰۰)[1]

متغیر	پارامترهای نرمال	بیشترین تفاوت			Z کولموگروف-اسمیرنوف	معناداری
		مطلق	مثبت	منفی		
بُعد جسمانی	۱۹/۹۸ ± ۳/۸۳۸	۰/۰۷۶	۰/۰۴۸	-۰/۰۷۶	۱/۶۹۲	۰/۰۰۷
بُعد روانی	۱۹/۰۰ ± ۳/۱۰۹	۰/۰۷۷	۰/۰۶۸	-۰/۰۷۷	۱/۷۱۳	۰/۰۰۶
بُعد اجتماعی	۹/۴۰ ± ۲/۷۵۸	۰/۰۹۶	۰/۰۸۰	-۰/۰۹۶	۲/۱۳۷	۰/۰۰۰
بُعد محیطی	۲۷/۱۸ ± ۵/۱۵۸	۰/۰۸۰	۰/۰۴۱	-۰/۰۸۰	۱/۷۸۵	۰/۰۰۳
کیفیت زندگی	۸۲/۳۸ ± ۱۲/۲۱۳	۰/۰۳۱	۰/۰۲۱	-۰/۰۳۱	۰/۶۹۹	۰/۷۱۲
ارزشیابی ظاهر	۲۰/۸۵ ± ۴/۲۶۴	۰/۰۶۴	۰/۰۶۴	-۰/۰۵۲	۱/۴۳۹	۰/۰۳۲
گرایش به ظاهر	۴۴/۷۶ ± ۶/۰۵۳	۰/۰۷۲	۰/۰۴۱	-۰/۰۷۲	۱/۶۱۵	۰/۰۱۱
ارزیابی تناسب اندام	۹/۱۷ ± ۲/۶۳۳	۰/۰۸۷	۰/۰۶۹	-۰/۰۸۷	۱/۹۴۸	۰/۰۰۱
گرایش به تناسب اندام	۴۴/۲۲ ± ۹/۵۵۶	۰/۰۶۶	۰/۰۶۶	-۰/۰۶۳	۱/۴۸۶	۰/۰۲۴
رضایت بدنی	۲۷/۳۴ ± ۵/۹۸۶	۰/۰۵۲	۰/۰۴۰	-۰/۰۵۲	۱/۱۵۴	۰/۱۳۹
دل‌مشغولی	۸/۳۳ ± ۱/۱۱۵	۰/۲۰۷	۰/۲۰۷	-۰/۱۶۷	۴/۶۳۰	۰/۰۰۰
مهربانی با خود	۱۵/۵۷ ± ۳/۹۶۲	۰/۰۶۹	۰/۰۵۸	-۰/۰۶۹	۱/۵۴۱	۰/۰۱۷
قضاوت	۱۳/۱۲ ± ۳/۲۰۵	۰/۱۰۱	۰/۰۵۶	-۰/۱۰۱	۲/۲۶۹	۰/۰۰۰
اشتراکات	۱۱/۷۲ ± ۳/۷۵۴	۰/۰۷۷	۰/۰۷۷	-۰/۰۶۱	۱/۷۲۹	۰/۰۰۵
انزوا	۱۲/۶۵ ± ۳/۲۷۵	۰/۰۹۴	۰/۰۶۶	-۰/۰۹۴	۲/۱۱۰	۰/۰۰۰
بهوشیاری	۱۵/۹۷ ± ۳/۲۹۵	۰/۰۷۲	۰/۰۷۲	-۰/۰۶۸	۱/۶۱۸	۰/۰۱۱
همانندسازی	۱۲/۲۰ ± ۳/۳۳۲	۰/۰۸۲	۰/۰۸۲	-۰/۰۵۸	۱/۸۲۷	۰/۰۰۳
کمرویی	۶۲/۰۰ ± ۱۸/۹۷۸	۰/۰۷۳	۰/۰۷۳	-۰/۰۴۹	۱/۶۳۰	۰/۰۱۰

۱ داده‌ها براساس میانگین ± انحراف استاندارد بیان شده‌اند.

اولین قدم در تحلیل مسیر، بررسی ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش است. به دلیل این‌که مفروضه‌های ضریب همبستگی پیرسون برقرار نبود (نرمال بودن توزیع متغیرها، خطی بودن روابط متغیرها)، ضریب همبستگی اسپیرمن بررسی شد. ماتریس ضرایب همبستگی اسپیرمن برای همهٔ خرده مؤلفه‌های متغیرهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، نگرش فردی به تصویر بدنی، شفقت به خود و شرم در جدول ۲ به همراه سطح معناداری آنها نشان داده شده است.

همبستگی نوع رابطه و جهت رابطهٔ بین متغیرها را نشان می‌دهد و اینکه افزایش یا کاهش یکی، چه تاثیری بر افزایش یا کاهش متغیر دیگر دارد. اما این همبستگی ضرورتاً دال بر رابطهٔ علی بین متغیرها نیست. بر اساس جدول همبستگی ارائه شده، اغلب موارد، در سطح ۹۹٪ (کمتر از ۰/۰۱با نمایانگر **) یا در سطح ۹۵٪ (کمتر از ۰/۰۵ با نمایانگر *) معنادار هستند.

برای ارزیابی کل مدل، و به منظور سنجش میزان برازش مدل و مقایسهٔ شاخص‌ها با حد مطلوب از شاخص‌هایی نظیر RMR، REMSA و سایر شاخص‌هایی که در جدول ۳ گردآوری شده استفاده شد.

در جدول ۳ علاوه بر شاخص‌های برازش مدل، ملاک‌های معناداری هر کدام از شاخص‌ها نیز ذکر شده که با توجه به نتایج به دست آمده به‌جز شاخص PGFI که در هیچ مورد برازش آن تأیید نشد، شرایط میانجی‌گری برای هر دو متغیر شفقت به خود و شرم و زیر مقیاس‌های آنها مناسب بود و در اغلب موارد نتایج برای همهٔ شاخص‌ها (به‌جز PGFI) معنادار شد. در خصوص شاخص برازش RMR، چون در اغلب موارد مقدار به دست آمده بیش از ۰/۰۵ اما بین ۰/۰۵ و ۰/۱ است شاخص برازش متوسط محسوب می‌شود.

به دلیل زیاد بودن حجم نتایج و جداول مربوطه، صرفاً نتایج مربوط به نقش میانجی‌گری شفقت به خود و شرم در رابطهٔ بین بُعد جسمانی

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و زیرمقیاس ارزشیابی ظاهر از نگرش فردی به تصویر بدنی در جدول ۴ ذکر شده و باقی نتایج به تفصیل در ادامه تشریح می‌شوند.

همچنین در خصوص نتایج معناداری روابط و نتایج میانجی‌گری، و همچنین نوع و نقش متغیرها نیز به دلیل حجم زیاد داده‌های جداول، تنها نتایج مربوط به معناداری روابط در رابطهٔ بین بُعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و نگرش فردی به تصویر بدنی و نقش میانجی‌گری شفقت به خود و شرم در این رابطه در جدول ۵ ذکر می‌شود و باقی جزئیات به‌طور تفصیلی در بخش بعد تشریح می‌گردد. ضمناً در شکل ۳، نیز نتایج مدل‌یابی با نرم‌افزار ایموس در رابطهٔ بین بُعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و زیرمقیاس گرایش به ظاهر از متغیر نگرش فردی به تصویر بدنی با میانجی‌گری قضاوت خود از متغیر شفقت به خود نشان داده شده است. همچنین در شکل ۴، در همین مورد نتایج مربوط به نقش میانجی‌گری کمرویی به عنوان زیرمقیاس شرم مشاهده می‌شود.

جدول ۲. ملاک‌های معناداری شاخص‌های برازش مدل

P	χ^2/df	GFI	AGFI	PGFI	RMR	RESMA	NFI	IFI	TLI
≥۰/۰۵	≤۳	≥/۹	≥/۹	≥/۹	≤۰/۰۵	≤۰/۰۵	≥/۹	≥/۹	≥/۹

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی

	جسمانی	روانی	اجتماعی	محیطی	ک.زندگی	ارز. ظاهر	گ.ظاهر	ارز. ت. اندام	گ. ت. اندام	رضایت بدنی	دل‌مشغولی	مهربانی	قضاوت	اشتراکات	انزوا	بهوشیاری	همانندسازی	کمرویی
جسمانی	۱/۰۰۰																	
روانی	/۴۷۵[1]	۱/۰۰۰																
اجتماعی	/۳۷۴[1]	/۴۹۹[1]	۱/۰۰۰															
محیطی	/۳۸۷[1]	/۴۳۴[1]	/۴۱۴[1]	۱/۰۰۰														
ک.زندگی	/۷۲۳[1]	/۷۴۲[1]	/۶۹۷[1]	/۷۸۵[1]	۱/۰۰۰													
ارز. ظاهر	/۱۸۹[1]	/۳۱۰[1]	/۲۴۴[1]	/۱۲۵[1]	/۲۹۸[1]	۱/۰۰۰												
گ.ظاهر	/۱۲۳[1]	/۱۳۹[1]	۰/۰۳۵	۰/۰۶۷	/۱۲۵[1]	/۱۶۵[1]	۱/۰۰۰											
ارز. ت. اندام	/۲۵۹[1]	/۳۲۷[1]	/۲۴۳[1]	/۰۹۹[2]	/۳۱۰[1]	/۴۹۳[1]	/۲۳۴[1]	۱/۰۰۰										
گ. ت. اندام	/۲۴۶[1]	/۲۷۵[1]	/۱۴۶[1]	۰/۰۵۶	/۲۴۸[1]	/۱۹۳[1]	/۳۱۱[1]	/۶۱۸[1]	۱/۰۰۰									
رضایت بدنی	/۲۹۵[1]	/۳۷۸[1]	/۲۹۳[1]	/۱۸۴[1]	/۳۹۴[1]	/۶۵۹[1]	/۱۳۱[1]	/۵۵۷[1]	/۲۶۷[1]	۱/۰۰۰								
دل‌مشغولی	/۱۷۵[1]	/۲۳۴[1]	۰/۰۸۶	۰/۰۱۱	/۱۸۸[1]	/۵۰۹[1]	/۱۳۶[1]	/۵۰۲[1]	/۳۵۲[1]	/۵۵۳[1]	۱/۰۰۰							
مهربانی	/۲۷۵[1]	/۳۳۲[1]	/۳۱۸[1]	/۲۲۷[1]	/۳۸۸[1]	/۳۳۷[1]	/۱۶۹[1]	/۲۷۰[1]	/۲۱۹[1]	/۳۴۹[1]	/۲۱۱[1]	۱/۰۰۰						
قضاوت	/۲۳۴[1]	/۲۹۹[1]	/۳۱۱[1]	/۱۷۸[1]	/۳۴۳[1]	/۲۳۹[1]	۰/۰۰۳	/۲۱۴[1]	/۱۳۵[1]	/۳۴۸[1]	/۲۳۴[1]	/۵۱۷[1]	۱/۰۰۰					
اشتراکات	/۲۹۰[1]	/۳۳۱[1]	/۳۶۶[1]	/۲۴۷[1]	/۴۱۸[1]	/۳۲۴[1]	۰/۰۵۹	/۲۶۶[1]	/۲۱۲[1]	/۳۹۵[1]	/۲۷۳[1]	/۵۸۴[1]	/۶۹۵[1]	۱/۰۰۰				
انزوا	/۲۹۱[1]	/۳۵۹[1]	/۳۳۳[1]	/۲۱۷[1]	/۴۰۳[1]	/۳۱۱[1]	/۱۵۸[1]	/۳۱۶[1]	/۲۵۰[1]	/۳۶۲[1]	/۲۵۱[1]	/۷۶۹[1]	/۵۵۵[1]	/۵۹۷[1]	۱/۰۰۰			
بهوشیاری	/۲۳۷[1]	/۲۹۱[1]	/۳۲۳[1]	/۱۶۲[1]	/۳۴۰[1]	/۳۲۹[1]	۰/۰۲۲	/۱۹۴[1]	/۲۱۰[2]	/۴۰۷[1]	/۲۷۲[1]	/۵۱۴[1]	/۶۳۵[1]	/۶۴۶[1]	/۴۹۳[1]	۱/۰۰۰		
همانندسازی	/۲۷۱[1]	/۳۳۵[1]	/۳۰۷[1]	/۲۱۹[1]	/۳۷۵[1]	/۲۷۶[1]	/۱۲۶[1]	/۲۴۵[1]	/۱۷۲[1]	/۳۱۲[1]	/۲۲۸[1]	/۷۰۳[1]	/۴۸۲[1]	/۵۹۱[1]	/۷۱۶[1]	/۴۰۸[1]	۱/۰۰۰	
کمرویی	/۳۷۳[1]	/۵۰۷[1]	/۵۰۱[1]	/۳۱۵[1]	/۵۶۱[1]	/۳۸۴[1]	/۰۹۵[2]	/۳۴۴[1]	/۲۶۵[1]	/۵۰۲[1]	/۳۱۲[1]	/۶۱۴[1]	/۶۹۱[1]	/۷۴۳[1]	/۶۱۸[1]	/۶۶۳[1]	/۵۷۷[1]	۱/۰۰۰

[1] P < 0/01.

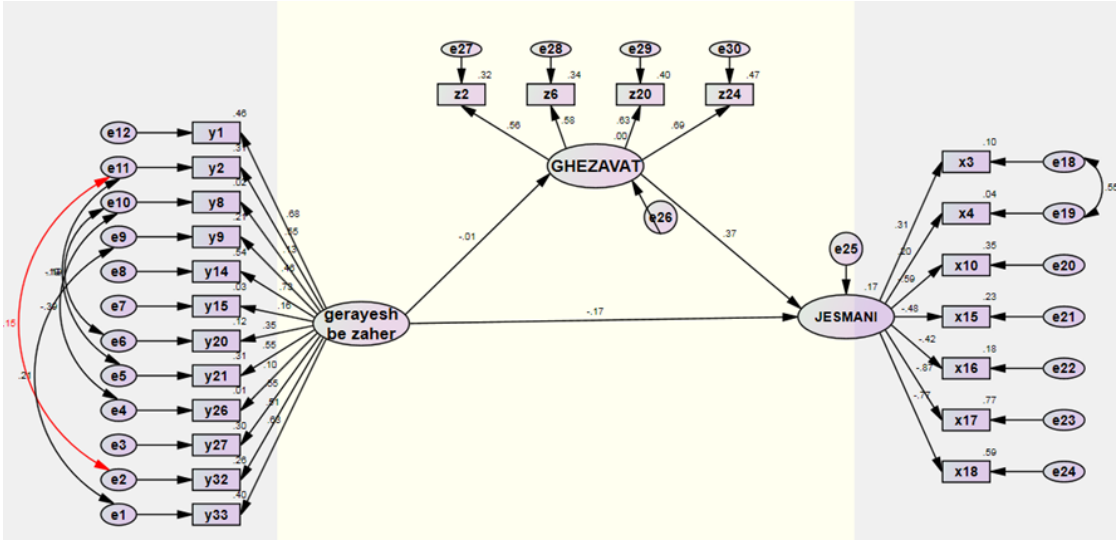
[2] P < 0/05.

جدول ۴. جدول برازش مدل برای متغیرهای وابستهٔ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (بُعد سلامت جسمانی) (P = ۰/۰۰۰۱)

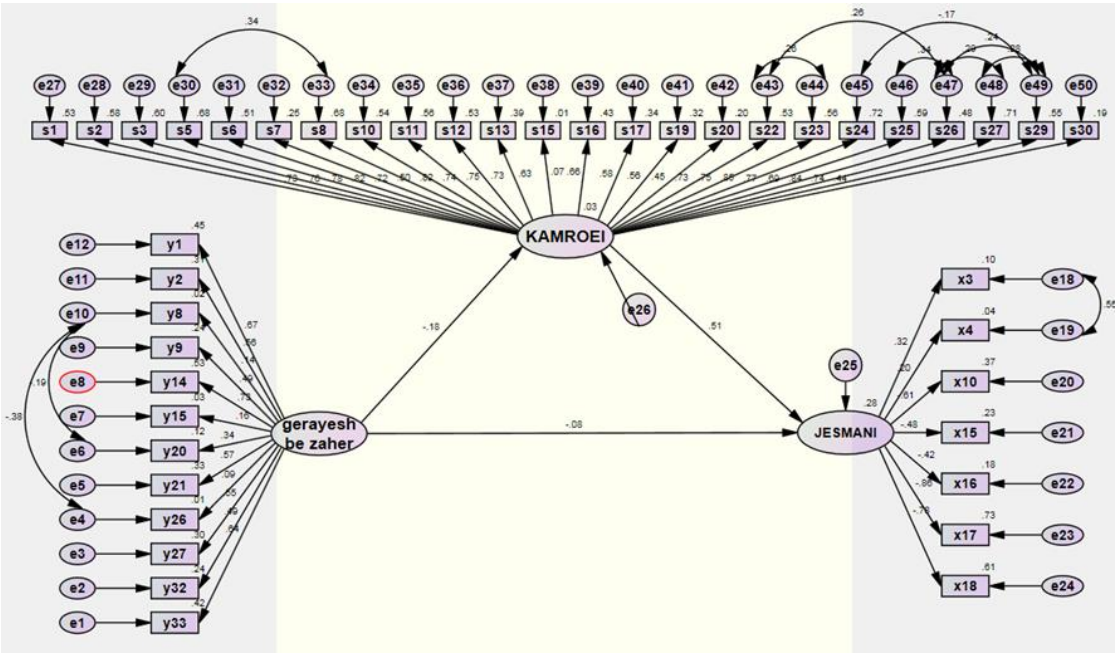
	P	χ^2/df	GFI	AGFI	PGFI	RMR	RESMA	NFI	IFI	TLI
شفقت به خود										
مهربانی به خود	۰/۰۰۰۱	۱/۹۰۴	۰/۹۴۶	۰/۹۳۰	۰/۷۲۷	۰/۰۶۶	۰/۰۴۳	۰/۹۰۶	۰/۹۵۳	۰/۹۴۵
قضاوت خود	۰/۰۰۰۱	۲/۰۹۶	۰/۹۴۵	۰/۹۲۷	۰/۷۱۸	۰/۰۷۱	۰/۰۴۷	۰/۸۹۲	۰/۹۴۰	۰/۹۲۹
بهوشیاری	۰/۰۰۰۱	۰۲/۲۶۵	۰/۹۳۵	۰/۹۱۶	۰/۷۲۴	۰/۰۷۱	۰/۰۵۰	۰/۸۶۷	۰/۹۲۱	۰/۹۰۷
همانندسازی افراطی	۰/۰۰۰۱	۱/۸۹۶	۰/۹۵۰	۰/۹۳۴	۰/۷۱۷	۰/۰۶۵	۰/۰۴۲	۰/۹۰۹	۰/۹۵۵	۰/۹۴۶
اشتراکات انسانی	۰/۰۰۰۱	۱/۸۷۹	۰/۹۵۰	۰/۹۳۳	۰/۷۱۶	۰/۰۶۸	۰/۰۴۲	۰/۹۱۴	۰/۹۵۸	۰/۹۵۰
انزوا	۰/۰۰۰۱	۲/۲۲۷	۰/۹۴۲	۰/۹۲۴	۰/۷۱۶	۰/۰۶۸	۰/۰۵۰	۰/۸۹۳	۰/۹۳۸	۰/۹۲۷
شرم										
کم‌رویی	۰/۰۰۰۱	۲/۴۵۳	۰/۸۴۹	۰/۸۲۸	۰/۷۴۸	۰/۰۶۹	۰/۰۵۴	۰/۸۵۲	۰/۹۰۷	۰/۸۹۹
نتیجه (با توجه به ملاک‌های معنادارای جدول ۱)			تأیید	تأیید	رد	برازش متوسط	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید

جدول ۵. جدول معناداری روابط

متغیر میانجی	اثر مستقیم مستقل بروابسته c	رابطهٔ غیر مستقیم	اثر مستقل بر وابسته بدون میانجی 'c	نتیجهٔ میانجی‌گری
شفقت به خود				
مهربانی به خود	۰/۴۴۲ (***)	۰/۲۰۲ (۰/۰۰۶)	۰/۲۳۲ (۰/۰۰۶)	میانجی‌گری ناقص
قضاوت خود	۰/۴۴۲ (***)	۰/۱۸۵ (۰/۰۰۷)	۰/۲۴۰ (۰/۰۱۶)	میانجی‌گری ناقص
بهوشیاری	۰/۴۴۲ (***)	۰/۴۴۲ (۰/۰۰۳)	−۰/۰۰۶ (۰/۸۸۶)	میانجی‌گری کامل
همانندسازی افراطی	۰/۴۴۲ (***)	۰/۱۹۹ (۰/۰۰۲)	۰/۲۲۵ (۰/۰۰۹)	میانجی‌گری ناقص
اشتراکات انسانی	۰/۴۴۲ (***)	۰/۲۲۹ (۰/۰۰۵)	۰/۲۰۳ (۰/۰۰۹)	میانجی‌گری ناقص
انزوا	۰/۴۴۲ (***)	۰/۱۹۳ (۰/۰۱۰)	۰/۲۴۴ (۰/۰۰۶)	میانجی‌گری ناقص
شرم				
کم‌رویی	۰/۴۴۲ (***)	۰/۴۱۹ (۰/۰۰۵)	۰/۰۴۴ (۰/۵۲۴)	میانجی‌گری کامل



شکل ۳. مدل میانجی‌گری قضاوت در رابطهٔ بُعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و زیرمقیاس گرایش به ظاهر



شکل ۴. مدل میانجی‌گری کمرویی در رابطهٔ بُعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و زیرمقیاس گرایش به ظاهر

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر موضوع کیفیت زندگی به‌طور کلی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌طور خاص مورد توجه محققان حوزهٔ سلامت بوده است [۱۷]. در این پژوهش نیز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر مبنای نگرش فردی به تصویر بدنی در افراد چاق و دارای اضافه وزن مورد بررسی قرار گرفته است.

در این پژوهش ابتدا پنج رابطهٔ دو تایی و دو به دوی متغیرها بررسی شد که همگی معنادار بودند. به عبارت دیگر، با استناد به ماتریس روابط همبستگی (جدول ۳)، رابطهٔ شرم با نگرش فردی به تصویر بدنی، رابطهٔ شفقت به خود با نگرش فردی به تصویر بدنی، رابطهٔ شرم با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، رابطهٔ شفقت به خود با کیفیت به زندگی مرتبط با سلامت و رابطهٔ نگرش فردی به تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همگی معنادار هستند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات ماتوس و همکاران [۱۸]، فریرا و همکاران [۱۲]، کش [۱۷]، گیلبرت [۱۹]، دوناقو [۲۰]، لیماکا [۲۱]، موند و همکاران [۲۲] و کاستونگوی و همکاران [۹] همخوان است.

یکی دیگر از نتایج تحقیق حاضر نشان داد نگرش فردی به تصویر بدنی از طریق دو مسیر شفقت به خود و شرم بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد چاق و دارای اضافه وزن اثرگذار است. در واقع، از بین چهار بُعد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در سه بُعد جسمانی، اجتماعی و محیطی هم در مورد نقش میانجی‌گری شفقت به خود و هم نقش میانجی‌گری شرم، اکثر شاخص‌های برازش در حد ملاک مورد نظر بوده‌اند. تنها در بُعد روانی نقش میانجی‌گری شفقت به خود اکثر شاخص‌های برازش در حد ملاک مورد نظر نبودند ولی در مورد نقش میانجی‌گری شرم، اکثر شاخص‌های برازش در حد ملاک مورد نظر بودند. بنابراین در مجموع مدل با داده‌های حاصل از نمونه‌گیری دارای برازندگی است.

همچنین یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهند شفقت به خود در ارتباط بین نگرش فردی به تصویر بدنی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد چاق و دارای اضافه وزن نقش میانجی‌گری بازی می‌کند. این نقش در ۴۶ مورد از بررسی‌های این تحقیق به‌صورت میانجی‌گری ناقص و در ۳۰ مورد به‌صورت میانجی‌گری کامل بود. اغلب میانجی‌گری‌های ناقص در رابطهٔ بین زیرمقیاس‌های تصویر بدنی با ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مشاهده شد و اغلب میانجی‌گری‌های کامل در ارتباط با ابعاد روابط اجتماعی و سلامت محیط نمایان شد. این نتایج نشان می‌دهند که در رابطهٔ بین نگرش فردی به تصویر بدنی و ابعاد جسمانی و روانی کیفت زندگی مرتبط با سلامت در افراد چاق یا دارای اضافه وزن، متغیرهای دیگری نیز نقش بازی می‌کنند که می‌توانند روی میزان تأثیر تصویر بدنی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها نقش‌های متفاوتی داشته باشند.

به علاوه، نتایج این پژوهش اذعان می‌کنند که شرم رابطهٔ بین نگرش فردی به تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را میانجی‌گری می‌کند که شامل ۱۰ مورد میانجی‌گری کامل و ۹ مورد میانجی‌گری ناقص است. در این زمینه، میانجی‌گرهای ناقص مربوط به بُعدهای جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است و میانجی‌گرهای کامل مربوط به ابعاد روابط اجتماعی و سلامت محیط این متغیر است.

در تبیین این نتایج، می‌توان موضوع را از این زاویه هم مورد نقد و بررسی قرار داد که شفقت به خود سپری است برای مواجهه با شرم، و هر جایی که میزان شرم در وجود فرد زیاد باشد بالا رفتن شفقت به خود از میزان آن شرم می‌کاهد. چرا که شفقت به خود هم نقش مهمی در سلامت روانی و ادراک فرد از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد [۲۳] و هم فریرا و همکاران [۱۲] و پینتو-گوویا و همکاران [۱۳] دریافتند که ارتباط بین مقایسه‌های اجتماعی منفی و احساسات حقارت و شرم به دلیل نارضایتی بدنی و اختلال خوردن توسط شفقت به خود بهبود می‌یابد و اصلاح می‌شود. در واقع شفقت به خود پیش‌بینی کنندهٔ قوی عملکرد سازگارانه، خودارزیابی واقع‌بینانه، واکنش‌های متعادل به وقایع استرس‌زا، خودارزشمندی بالا، مقایسهٔ اجتماعی کمتر و احساس شرم کمتر است [۲۴]. در واقع می‌توان از این دو پژوهش این‌طور استنباط کرد که در رابطهٔ بین نگرش فردی به تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد چاق و یا دارای اضافه وزن، علاوه بر شفقت به خود و شرم متغیرهای دیگری نظیر مقایسه‌های اجتماعی منفی (و یا برعکس مقایسه‌های اجتماعی مثبت)، احساست حقارت (و یا برعکس احساس کفایت)، نارضایتی یا رضایت بدنی، حرمت نفس بالا یا پایین، ارزیابی سخت‌گیرانه و یا سهل‌گیرانهٔ فرد از نواقص بدنی خود همگی می‌توانند نقش مهمی ایفا کنند. با وجود این که مضامین و مفاهیم نهفته در دل هر کدام از این متغیرها هر کدام می‌توانند همپوشانی متفاوتی با مفهوم شرم یا شفقت به خود داشته باشند اما می‌توان به هر کدام از آنها به‌طور مجزا نیز توجه کرد و نقش آنها را در میانجی‌گری و یا تعدیل کنندگی این رابطه در نظر گرفت.

با این حال، متغیری که به نظر می‌رسد نقش آن در این رابطه مغفول مانده و در بیشتر مطالعات انجام شده چندان توجهی به آن نشده، «تاب‌آوری » است. تاب آوری به عنوان ظرفیت مقاوت فرد برای انطباق و سازگاری مثبت با استرس و رویداد آسیب‌زا تعریف شده است [۲۵، ۲۶] و متغیری است که در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه روان‌درمانگران قرار گرفته و به‌خصوص سوگ‌درمانگران به آن پرداخته‌اند. جورج بونانو در سال ۲۰۰۴ به اهمیت این متغیر کیفیت زندگی افراد و نوع مواجههٔ آنها با مسائل احساسی عاطفی اشاره کردند. مطالعات مختلفی نیز نشان دادند که تاب‌آوری فرد را متعهد به شفقت به خود می‌کند [۲۳] و از طرف دیگر، رابطهٔ مثبتی با کیفیت زندگی دارد [۲۷].

مطالعه‌ای مارا نری و همکارانش نیز نشان داد که شفقت به خود با تاب‌آوری و مهارت‌های مقابله‌ای افرادی که از استرس‌ها و بیماری‌های مزمن رنج می‌برند رابطه دارد [۲۳]. در واقع تاب‌آوری در کنار شفقت به خود لنزی فراهم می‌کند تا از طریق آن افراد شرایط و رابطه با خودشان را درک کنند، و بدین وسیله احساس بهتری نسبت به خود داشته باشند. این امر می‌تواند این‌گونه اتفاق بیفتد که کسی که شفقت به خود بالایی دارد تعادل بیشتر یا نگاه بهوشیارانهٔ متوازن‌تری به شرایطش دارد و می‌تواند با نقص‌ها یا کمبودهایش بهتر کنار بیاید. این امر به او کمک می‌کند تا از انزوایی که به واسطهٔ شرم ناشی از شرایط (چاقی و اضافه وزن که سبب شده او از نظر اجتماعی در معرض طرد و تمسخر قرار بگیرد) بیرون آمده و ادراک‌های منفی خود را مجدداً و با دید مثبت ارزیابی کند و توانایی خود را برای بالا بُردن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و بهزیستی خویش ارتقاء دهد.

در تحقیق حاضر مشخص شد که در رابطهٔ بین چهار بُعد اصلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با نگرش فردی به تصویر بدنی، بُعد جسمانی بیشتر از بقیهٔ ابعاد از طریق شفقت به خود تحت تأثیر قرار می‌گیرد و شفقت به خود به عنوان متغیر واسطه این رابطه را میانجی‌گری می‌کند. بُعد روابط اجتماعی در رتبهٔ دوم تأثیرپذیری از نگرش فردی به تصویر بدنی با میانجی‌گری شفقت به خود قرار داشت و بُعد محیطی و در نهایت بُعد روانی در رتبه‌های بعدی اثرپذیری از مسیر شفقت به خود

جای گرفتند. در مورد شرم نیز وضع تا حدود زیادی بر همین منوال است. به نظر می‌رسد چنین ترتیبی معنادار است چرا که ابتدا در مواجهۀ با اجتماع و در دل روابط اجتماعی است که فرد دارای اضافه وزن و چاق در معرض مقایسه‌های اجتماعی، انگ‌های آزاردهنده، تمسخر و طرد قرار می‌گیرد و نسبت به تصویر بدنی خویش احساس نارضایتی می‌کند و این نارضایتی اغلب بر روی جسم و بدن فرد بیشترین تأثیر و نمود را دارد و او را وادار می‌کند تا تغییراتی را از نظر جسمانی در بدن و ظاهر خویش ایجاد کند. با این که تعدادی از پژوهشگران [۱۱] دریافتند که ادراک فاصلۀ زیاد بین خود بدنی واقعی و خود بدنی ایده‌آل، به خودی خود بر کیفیت زندگی اثر نمی‌گذارد، اما به نظر می‌رسد که این ادراک به نوعی فرد را در موقعیت منفعلانه‌ای قرار می‌دهد که مولد احساس شرم در او است. این موقعیت منفعلانه سبب می‌شود این افراد به اشتغالات ذهنی درباره نقایص بدنی، رفتارهای وسواس‌گونۀ وارسی و نظارت بدنی، جراحی‌های زیبایی، رفتارهای خوردن معیوب مانند بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی متوسل شده و احساس شرم کنند. در واقع می‌توان گفت در افراد چاق و دارای اضافه وزن، شرم هم ایجاد کننده و هم نتیجۀ این موقعیت است [۲۸]. در نتیجه سلامت روانشناختی و جسمانی آنها به خطر می‌افتد. البته دوآرته و همکاران [۱۱] اذعان می‌کنند نارضایتی بدنی بر جنبۀ روانشناختی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با میانجی‌گری سطوح پایین شفقت به خود اثر غیرمستقیم می‌گذارد. اما به نظر می‌رسد این موضوع وابستگی زیادی به میزان تاب‌آوری فرد دارد. در ضمن، نتایج این تحقیق نشان می‌دهد جنبه‌های جسمانی و اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثرپذیری بیشتری از مشکلات مربوط به تصویر بدنی افراد چاق و یا دارای اضافه وزن دارند. مطالعۀ سای و همکاران [۲۳] نیز نشان داد که تصویر بدنی افراد چاق و دارای اضافه وزن بسیار متأثر از روابط اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی است که این افراد در آنها عضو هستند.

از طرف دیگر، افراد چاقی که رضایت بیشتری از تصویر بدنی خود داشته باشند، بیشتر احساس خودارزشمندی می‌کنند و احساس شرم در آنها کمتر است [۲۸]. به نظر می‌رسد این موضوع ریشه در میزان تاب‌آوری این افراد دارد. چرا که هر چه تاب‌آوری فرد در مقابل هجمه‌های منفی بیرونی و اجتماعی (نظیر طرد، انگ و تمسخر) بیشتر باشد و همچنین فرد گنجایش بیشتری برای به‌جا آوردن احساسات منفی درونی داشته باشد، توانایی‌اش در شفقت به خود بالاتر است و می‌تواند به کمک شفقت و مهربانی با خود از میزان شرم خود فروکاسته و پا به زندگی اجتماعی بگذارد و خودش را همان‌گونه که هست بپذیرد. مجموعۀ این فعل و انفعالات روانی سبب می‌شود که فرد هم احساس خوبی نسبت به خود داشته باشد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهینه‌ای را تجربه کند. اما در نقطۀ مقابل، افرادی که دچار نارضایتی بدنی هستند احساس خودارزشمندی پایینی دارند، احساس شرم بیشتری را تجربه می‌کنند 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 مرتبط با سلامت است دچار آسیب می‌شود [۱۹].

از نتایج این پژوهش می‌توان این‌گونه استنباط کرد که لازم است در مداخلات روانشناختی در حوزۀ روان‌درمانی افراد چاق و دارای اضافه وزن، توجه بیشتری به احساسات عمیق‌تر نظیر شرم شود. چرا که به نظر می‌رسد که احساساتی از این قِسم در لایه‌های پنهان‌تری از روان افراد نهادینه شده و همین امر باعث می‌شود آنها انزوای بیشتری برای خود ایجاد کنند و ظرفیت کمتری برای تاب‌آوری داشته باشند. به‌خصوص در مردان که به‌طور کلی در جامعۀ ایرانی کمتر احساسات خود را بروز می‌دهند و از این نظر محافظه‌کارتر هستند. آنچنان که در همین پژوهش و به‌منظور پاسخ به سؤالات پرسشنامه‌ها، مردان به نسبت زنان رغبت بسیار کمتری برای پاسخ دادن به سؤالات داشتند و تعداد زیادی از آنها از انجام این کار امتناع می‌کردند. همین موضوع در کنار زیاد بودن تعداد سؤالات پرسشنامه، محدود بودن جامعۀ آماری و عدم انجام مصاحبه‌های بالینی محدودیت‌هایی را در زمینۀ تعمیم نتایج ایجاد کرده است. با این حال، به متخصصان حوزۀ سلامت و همین‌طور درمانگرانی که در زمینۀ مداخله و درمان افراد چاق و یا دارای اضافه وزن فعال هستند پیشنهاد می‌شود که علاوه بر توجه به جنبه‌های زیستی چاقی و اضافه وزن، از نظر روانی و در راستای افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این افراد، به متغیرهای روانشناختی‌ای نظیر نگرش فردی به تصویر بدنی، شفقت به خود، شرم و تابآوری نیز توجه نموده و تلاش کنند با پایین آوردن میزان احساس شرمی که این افراد در زندگی تجربه می‌کنند و بالا بُردن میزان شفقت به خود این افراد به آنها کمک کنند تا احساس بهتری نسبت به خود و بدن خویش داشته باشند تا بدین وسیله کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در آنها ارتقاء یابد. همچنین با توجه به نتایج این پژوهش که نشان داد ساز و کارهای میانجی‌گر دیگری علاوه بر شفقت به خود و شرم در رابطۀ بین نگرش فردی به تصویر بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش بازی می‌کنند (نظیر تاب‌آوری) به محققان و پژوهش‌گران پیشنهاد می‌شود که این ساز و کارهای میانجی‌گر را مورد بررسی و تحقیق قرار دهند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامۀ کوروش ساسانی در مقطع دکتری تخصصی رشتۀ روانشناسی سلامت مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (با کد ۱۱۵۲۰۷۰۶۹۶۲۰۰۲) است. در پایان لازم می‌دانیم از همکاری صمیمانۀ همۀ شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر کنیم.

References

1. De Civita M, Regier D, Alamgir AH, Anis AH, Fitzgerald MJ, Marra CA. Evaluating health-related quality-of-life studies in paediatric populations: Some conceptual, methodological and developmental considerations and recent applications. Pharmacoeconomics. 2005;23(7):659-85. **doi:** 10.2165/00019053-200523070-00003 **pmid:** 15987225
2. World Health Organization. WHOQOL-BREF introduction, administiration scoring and generic version of the assessment, field trial version. Geneva: WHO; 2018.

3. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. Obes Rev. 2001;2(3):173-82. **doi:** 10.1046/j.1467-789x.2001.00032.x **pmid:** 12120102
4. Kashani Assar H, Roshan R, Khalaj A, Mohammadi J. An study on the alexithymia and body image in the obese, over-weight and normal waight subjects. Health Psychol. 2012;1(2).
5. Kim JS, Kang S. A study on body image, sexual quality of life, depression, and quality of life in middle-aged adults. Asian Nurs Res. 2015;9(2):96-103. **doi:** 10.1016/j.anr.2014.12.001 **pmid:** 26160236
6. Harrington JM, Badger TA. Body image and quality of life in men with prostate cancer. Cancer Nurs. 2009;32(2):E1-7. **doi:** 10.1097/NCC.0b013e3181982d18 **pmid:** 19258822
7. Lemma A. Being seen or being watched? A psychoanalytic perspective on body dysmorphia. Int J Psychoanal. 2009;90(4):753-71. **doi:** 10.1111/j.1745-8315.2009.00158.x **pmid:** 19709023
8. Bessenoff GR, Snow D. Absorbing society's influence: Body image self-discrepancy and internalized shame. Sex Roles. 2006;54(9-10):727-31. **doi:** 10.1007/s11199-006-9038-7
9. Castonguay AL, Brunet J, Ferguson L, Sabiston CM. Weight-related actual and ideal self-states, discrepancies, and shame, guilt, and pride: examining associations within the process model of self-conscious emotions. Body Image. 2012;9(4):488-94. **doi:** 10.1016/j.bodyim.2012.07.003 **pmid:** 22921162
10. Deniz ME, Sümer AS. The evaluation of depression, anxiety and stress in university students with different self-compassion levels. Egitim ve Bilim. 2010;35(158):115.
11. Duarte C, Ferreira C, Trindade IA, Pinto-Gouveia J. Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. J Health Psychol. 2015;20(6):754-64. **doi:** 10.1177/1359105315573438 **pmid:** 26032792
12. Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C. Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. Eat Behav. 2013;14(2):207-10. **doi:** 10.1016/j.eatbeh.2013.01.005 **pmid:** 23557822
13. Pinto-Gouveia J, Ferreira C, Duarte C. Thinness in the pursuit for social safeness: an integrative model of social rank mentality to explain eating psychopathology. Clin Psychol Psychother. 2014;21(2):154-65. **doi:** 10.1002/cpp.1820 **pmid:** 23024036
14. Ghassemi V. Estimating optimal sample size in structural equation models and assessing its sufficiency for social researchers. Iran Sociol Mag. 2012;12(4):138-61.
15. Cook BJ, Hausenblas HA. Eating disorder-specific health-related quality of life and exercise in college females. Qual Life Res. 2011;20(9):1385-90. **doi:** 10.1007/s11136-011-9879-6 **pmid:** 21384263
16. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self Identity. 2003;2(2):85-101. **doi:** 10.1080/15298860309032
17. Cash TF. Body image: Past, present, and future. Body Image. 2004;1(1):1-5. **doi:** 10.1016/s1740-1445(03)00011-1
18. Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P. The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. Clin Psychol Psychother. 2013;20(4):334-49. **doi:** 10.1002/cpp.1766 **pmid:** 22290772
19. Gilbert P. Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment implications. Body Shame. Philadelphia: Routledge; 2014. p. 17-68.
20. Donaghue N. Body satisfaction, sexual self-schemas and subjective well-being in women. Body Image. 2009;6(1):37-42. **doi:** 10.1016/j.bodyim.2008.08.002 **pmid:** 18996067
21. Liimakka S. Healthy appearances--distorted body images? Young adults negotiating body motives. J Health Psychol. 2014;19(2):230-41. **doi:** 10.1177/1359105312468189 **pmid:** 23283598
22. Mond J, Mitchison D, Latner J, Hay P, Owen C, Rodgers B. Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. BMC Public Health. 2013;13:920. **doi:** 10.1186/1471-2458-13-920 **pmid:** 24088248
23. Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with multiple sclerosis. Disabil Health J. 2018;11(2):256-61. **doi:** 10.1016/j.dhjo.2017.10.010 **pmid:** 29089214
24. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. J Pers. 2009;77(1):23-50. **doi:** 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x **pmid:** 19076996
25. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol. 2004;59(1):20-8. **doi:** 10.1037/0003-066X.59.1.20 **pmid:** 14736317
26. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev. 2000;71(3):543-62. **doi:** 10.1111/1467-8624.00164 **pmid:** 10953923
27. Terrill AL, Molton IR, Ehde DM, Amtmann D, Bombardier CH, Smith AE, et al. Resilience, age, and perceived symptoms in persons with long-term physical disabilities. J Health Psychol. 2016;21(5):640-9. **doi:** 10.1177/1359105314532973 **pmid:** 27165965
28. Parker R. Critical looks: An analysis of body dysmorphic disorder. Br J Psychother. 2014;30(4):438-61. **doi:** 10.1111/bjp.12119