

رابطه نمایه‌ی توده‌ی بدنی با قدردانی از بدن و نشانه‌های اختلال‌های خوردن: نقش تعدیل‌کننده‌ی خودشفقتی در دختران دانشجو

محسن کجویی^{*}، سحر شاهمرادی^۱

چکیده

مقدمه: امروزه لاغری عموماً معیاری برای زیبایی زنان در نظر گرفته می‌شود و نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا با پیامدهای منفی جسمانی و روانی از جمله تصویر بدنی منفی و اختلال‌های خوردن در میان زنان همراه است. بنابراین شناسایی عوامل مؤثر در کاهش این پیامدها ضروری به نظر می‌رسد. هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش تعدیل‌کنندگی خودشفقتی در رابطه بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی، قدردانی از بدن و نشانه‌های اختلال‌های خوردن بود.

روش‌ها: روش پژوهش همبستگی و جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی دانشجویان دختر شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که از این میان، ۳۴۵ دانشجو به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تشخیصی اختلال‌های خوردن (EDDS)، مقیاس خودشفقتی (SCS) و مقیاس قدردانی از بدن (BAS-2) بود. داده‌ها، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه‌ی سلسله مراتبی) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمایه‌ی توده‌ی بدنی با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه‌ی مثبت معنادار ($P < 0/01$) و با قدردانی از بدن و خودشفقتی رابطه‌ی منفی معنادار ($P < 0/01$) دارد. از سوی دیگر، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که خودشفقتی در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و نشانه‌های اختلال خوردن نقش تعدیل‌کننده دارد ($P < 0/01$)، اما خودشفقتی رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و قدردانی از بدن را تعدیل نکرد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهند خودشفقتی می‌تواند از زنان در برابر پیامدهای منفی نمایه‌ی توده‌ی بالا، محافظت کند. در نتیجه افزایش خودشفقتی، می‌تواند در بهبود سلامت روان‌شناختی و پیشگیری از اختلال‌ها، سودمند باشد.

واژگان کلیدی: نمایه‌ی توده‌ی بدنی، خودشفقتی، قدردانی از بدن، اختلال خوردن

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

* **نشانی:** تهران، بلوار اشرفی اصفهانی، نرسیده به اتوبان همت، خیابان شهید قموشی، خیابان بهار، دانشگاه علم و فرهنگ، کد پستی:

۱۴۶۱۹۶۸۱۵۱، تلفن: ۴۴۲۳۸۱۷۱، نمابر: ۴۴۲۱۴۷۵۰، پست الکترونیک: Kachooei.m@usc.ac.ir

مقدمه

امروزه در جوامع مختلف بدن زنان به‌عنوان نشانه‌ای از ارزشمندی آنان از سوی دیگران ارزیابی می‌شود [۱]. در چنین شرایطی عموماً لاغری معیاری برای زیبایی زنان در نظر گرفته می‌شود و ارزش لاغری را با پیوند دادن آن با قدرت و شادی بالا می‌برند. در نتیجه نمایه‌ی توده‌ی بدنی (Body mass index) بالا با بازخوردهای منفی، طرد از اجتماع، تبعیض و افزایش شرم در میان زنان همراه است و زنان دارای اضافه وزن یا چاق مورد قضاوت منفی قرار می‌گیرند [۲-۴]. بسیاری از زنان نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا را به‌عنوان یک مانع، عامل استرس‌زا یا یک شکست تجربه می‌کنند؛ زیرا معیار ایده‌آل کنونی لاغری، از متوسط وزن زنان بسیار کمتر است و در نتیجه دستیابی به این معیار برای اغلب زنان امکان‌پذیر نیست و باعث می‌شود که آنها در معرض پیامدهای منفی جسمانی و روانی قرار گیرند. تصویر بدنی (Body image) منفی و اختلال‌های خوردن (Eating disorders) از جمله پیامدهایی هستند که با نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا ارتباط دارند [۵]. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا، با افزایش تجربه تصویر بدنی منفی و کاهش توانایی در تجربه تصویر بدنی مثبت ارتباط دارد [۶، ۷، ۳]. تصویر بدنی منفی شامل افکار و احساسات منفی نسبت به بدن خود است و از سه ساختار تشکیل می‌شود: اشتغال ذهنی نسبت به بدن، بیش برآورد وزن و شکل بدن و نارضایتی بدنی [۸]. از سوی دیگر تصویر بدنی مثبت، یک عامل محافظتی در برابر تصویر بدنی منفی و خوردن نابهنجار محسوب می‌شود [۹]. مهم‌ترین جنبه‌ی تصویر بدنی مثبت که بیشتر مورد مطالعه قرار گرفته است، قدردانی از بدن است؛ یعنی داشتن نگرش‌های مطلوب نسبت به بدن بدون توجه به ظاهر آن، پذیرش بدن با وجود فاصله‌ی آن با معیارهای ایده‌آل لاغری در جامعه، احترام به بدن و نیازهای آن و محافظت از بدن با انجام رفتارهای سالم [۱۰]. سه پیامد قابل توجه تصویر بدنی مثبت عبارت‌اند از: احساس خوشایند و سرزندگی درونی، خشنودی نسبت به شکل و ویژگی‌های بدنی گوناگون و توانایی ذهن‌آگاه بودن نسبت به پریشانی‌های مرتبط با تصویر بدنی و خوردن و در عین حال استفاده از خودگویی‌های مثبت و منطقی و خودمراقبتی مشفقانه [۱۱]. اختلال در تصویر بدنی، هسته و زیربنای

پریشانی روان‌شناختی، خوردن ناسازگارانه، اختلال‌های خوردن و رفتارهای نامناسب کاهش وزن از جمله محدود کردن مصرف غذا به‌ویژه در میان دختران است. پژوهش‌های انجام شده روی زنان نشان داده‌اند که اشتغال ذهنی شدید درباره‌ی ظاهر بدن، با اختلال خوردن، پریشانی و کیفیت زندگی پایین رابطه دارد [۸]. از سوی دیگر، پژوهش‌های دیگری نشان داده‌اند که نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا با افزایش نشانه‌ی شناسی اختلال‌های خوردن نیز ارتباط دارد. اختلال‌های خوردن با آشفتگی پایدار در خوردن یا رفتارهای مربوط به آن، تشخیص داده می‌شود [۱۲]. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که اختلال‌های خوردن در میان دختران و زنان از شیوع قابل توجهی برخوردار است [۴]. رفتارهای خوردن نابهنجار مانند پرخوری افراطی، پاکسازی، محدودیت و بازداری‌زدایی در افراد دارای اضافه وزن و چاقی رایج‌تر هستند [۱۳]. به‌طور کلی، معیارهای اجتماعی زیبایی غیرواقعی و دور از دسترس و ارزشمندی بالای لاغری برای دختران و زنان [۱۴] باعث احساس شرم در آنان شده و تلاش برای دستیابی به این معیارهای دور از دسترس، باعث رفتارهای ناسالم کنترل وزن مانند رژیم‌های سخت، مهار رفتار خوردن، رفتارهای خودتخریبگر، سرزنش خود در صورت شکست رژیم و نشانه‌های اختلال‌های خوردن می‌شود [۴]. با این حال وجود یک عامل که بتواند از افراد در برابر پیامدهای منفی نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا محافظت کند، سودمند به‌نظر می‌رسد. در مقابل رفتارهای خودتخریبگر و سرزنش‌آمیز، رفتار مهربانانه همراه با درک خود، یک عامل محافظتی برای زنان است که در جوامعی که لاغری ارزشمند تلقی می‌شود، پیامدهای نامطلوب ناشی از نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا را جبران می‌کند [۳]. یکی از سازه‌های مبتنی بر رفتار مهربانانه، خودشفقتی (Self-compassion) است. خودشفقتی به‌عنوان تمایل شخص به رفتار مهربانانه و محافظت کننده از خود هنگام مواجهه با اندوه و پریشانی تعریف می‌شود [۱۵]. خودشفقتی از مکتب بودیسم آمده و ارتباطی قوی با سلامت روانی دارد. خودشفقتی دارای سه مؤلفه مهربانی با خود، احساسات مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی است [۱۵]. اولین مؤلفه خودشفقتی، شامل مهربان بودن با خود و درک خویش به جای قضاوت شدید خود است (مؤلفه مهربانی با خود). یک نگرش همراه با خودشفقتی می‌تواند به افراد کمک کند تا بفهمند که همه انسان‌ها ناقص هستند

دانشجویان دختر شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که از این میان ۳۴۵ دانشجویه بصورت نمونه‌گیری در دسترس و براساس ملاک‌های ورود و خروج به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، مجرد، تحصیل در مقطع کارشناسی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: سوء مصرف یا وابستگی به مواد، ابتلا به بیماری‌های شدید روانی دیابت، فشار خون، تیروئید و سایر بیماری‌های جسمی تأثیرگذار بر وزن و رفتار خوردن، استفاده از دارویی خاص (مانند داروهای کاهنده یا محرک اشتها و داروهای روانگردان). میانگین سنی دانشجویان ۲۰/۲۶ و انحراف استاندارد آن ۳/۶۹ بود (دامنه سنی: ۱۸-۳۰). میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدنی (BMI) ۲۳/۵۹ و انحراف استاندارد آن ۴/۵۱ به‌دست آمد (دامنه BMI: ۱۹-۴۰).

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بودند:

پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناسی: شرکت‌کنندگان در این پرسشنامه به متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، قد و وزن) و سؤالات مربوط به ملاک‌های ورود و خروج، پاسخ دادند. همچنین در این پرسشنامه نمایه‌ی توده‌ی بدنی (BMI) توسط پژوهشگر و بر اساس اطلاعات وارده توسط شرکت‌کنندگان محاسبه و درج شد. نمایه‌ی توده‌ی بدنی از طریق تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) محاسبه می‌شود. نمایه‌ی توده‌ی بدنی را به‌صورت وزن طبیعی (BMI) $= 18.5 - 24.99$ (kg/m²)، اضافه وزن (BMI) $= 25.00 - 29.99$ (kg/m²) و چاق (BMI) > 30 (kg/m²) طبقه‌بندی می‌شود [۲۳].

تشخیصی اختلال‌های خوردن (Eating Disorders Diagnostic Scale:EDDS): یک مقیاس خودگزارشی که از ۲۲ ماده تشکیل شده است و به‌منظور سنجش علائم خودگزارشی اختلال‌های بی‌اشتهایی روانی (AN)، پراشتهایی روانی (BN) و پرخوری افراطی (BED) براساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۴، ۲۵]. این مقیاس ابزاری مفید برای مقاصد بالینی (سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان) و نیز ابزاری مفید برای مقاصد پژوهشی است. می‌توان از نمره‌ی کل این مقیاس برای نشان دادن نشانه‌شناسی کلی خوردن بیمارگون استفاده کرد. این مقیاس به خوبی با مصاحبه‌های

و ممکن است اشتباه کنند، شکست بخورند، با چالش‌های زیادی مواجه شوند و ناکارایی‌های مرتبط با بدن را تا حدودی تجربه کنند. این نگرش، بر خلاف احساس انزوا است که فرد در آن حس می‌کند تنها انسانی است که شرایط سختی را تجربه می‌کند (مؤلفه‌ی احساسات مشترک انسانی). مؤلفه‌ی سوم شامل هشیار بودن نسبت به افکار و احساسات منفی خود به شکلی متعادل و به دور از بزرگ‌نمایی است (مؤلفه‌ی ذهن آگاهی) [۱۵]. مطالعات نشان دادند خودشفقتی با اختلال‌های روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب و ویژگی‌های ناکارآمد از جمله نشخوار فکری، خودانتقادی، توقف فکر و تحریفات شناختی رابطه‌ی منفی دارد [۱۶]، [۱۵]. از سوی دیگر، خودشفقتی بالا باعث عملکرد روانی بهتر و کمک به کاهش آسیب‌های روانی می‌گردد [۱۷]. پژوهش دیگری نشان داد که خودشفقتی به‌عنوان یک فرآیند تنظیم هیجانی عمل می‌کند که می‌تواند رابطه‌ی بین تجربه‌های منفی مرتبط با بدن و کیفیت زندگی را بهبود بخشد [۱۸]. در ارتباط با رفتار خوردن و تصویر بدنی، خودشفقتی می‌تواند در درک این موضوع به زنان کمک کند که هیچ معیار زیبایی واحدی در جهان وجود ندارد و افراد از نظر جسمانی، از تنوع بسیاری برخوردارند [۳]. در نتیجه می‌تواند باعث شود که افراد به‌جای تلاش برای رسیدن به معیارهای جذابیت جسمانی ایده‌آل در جامعه، بدن خود را بپذیرند [۳، ۱۹] و احساس سلامتی، خوش‌بختی، خوش‌بینی و عزت نفس بیشتری داشته باشند [۲۰-۲۲] و اضطراب، افسردگی و استرس کمتری را تجربه کنند [۳]، [۱]. با توجه به موارد ذکر شده، به‌نظر می‌رسد که خودشفقتی می‌تواند در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی، قدردانی از بدن و نشانه‌های اختلال خوردن نقش تعدیل‌کننده داشته باشد و به افرادی که نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا دارند، کمک کند تا پیامدهای منفی کمتری را تجربه کنند. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش تعدیل‌کنندگی خودشفقتی در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی با قدردانی از بدن و نشانه‌های اختلال خوردن است.

روش‌ها

روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی و جامعه‌ی آماری کلیه‌ی دانشجویان دختر شهر تهران بودند. جمعیت هدف مطالعه، کلیه‌ی

ابزار ۱۰ ماده‌ای است که توسط Tylka و Wood-Barcalow ساخته شده است. این مقیاس تک عاملی، یکی از پرکاربردترین ابزارها برای سنجش تن انگاره‌ی مثبت است و پذیرش، نظرات مطلوب و احترام افراد نسبت به بدن خود را اندازه می‌گیرد. ماده‌ها روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نمایانگر میزان بالاتر قدردانی از بدن هستند. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۷ گزارش شد و اعتبار آزمون-بازآزمون و روایی سازه آن بالا به دست آمد [۷]. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران، روایی همگرا از طریق همبستگی معنادار با عزت‌نفس و رضایت از زندگی رضایت‌بخش گزارش شد و همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد [۲۹]. برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا هماهنگی‌های لازم جهت اجرا در دانشگاه‌های مورد نظر صورت گرفت. سپس به هر یک از دانشگاه‌های انتخاب شده، مراجعه شد. با توجه به اینکه تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه زن بودند، جهت حفظ امنیت خاطر آنها، اجرای پرسشنامه‌ها توسط همکار خانم صورت گرفت. پس از توضیح اهداف پژوهش برای افراد، تأکید بر رازداری و داوطلبانه بودن حضور در پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار افرادی که تمایل به حضور در پژوهش داشتند، قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا با دقت سؤالات را خوانده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. از آنجا که امکان تهیه لیست از کل افراد جامعه وجود نداشت از افراد در دسترس استفاده شد. با توجه به لزوم محاسبه‌ی نمایه‌ی توده‌ی بدنی (BMI)، قد و وزن شرکت‌کنندگان از آنها پرسیده شد. چنانچه افراد از قد و وزن خود اطمینان کافی نداشتند با توجه به امکان اندازه‌گیری قد و وزن در محل‌های اجرای پژوهش، قد و وزن آنها اندازه‌گیری شد. در پایان، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه‌ی سلسله‌مراتبی) از طریق نرم‌افزار بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش (نمایه‌ی توده‌ی بدنی، نشانه‌های اختلال خوردن، قدردانی از بدن، خودشفقتی) در گروه نمونه به نمایش درآمده است.

روانپزشکی مانند مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی بالینی براساس (SCID) رقابت می‌کند و ضریب کاپای آزمون-بازآزمون برای تشخیص اختلال خوردن از ۰/۸۰-۰/۹۰ است [۲۵]. همسانی درونی این مقیاس (ضریب آلفا) در ایران، ۰/۸۸ به دست آمد [۲۶]. مقیاس خودشفقتی (Self-compassion Scale: SCS): این ابزار یک مقیاس خودگزارش دهی ۲۶ ماده‌ای است که توسط Neff به منظور سنجش میزان خودشفقتی ساخته شده است و به صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود [۱۵]. دامنه‌ی نمرات مقیاس بین ۲۶ تا ۱۳۰ قرار دارند. این مقیاس سه مؤلفه‌ی دوقطبی را در قالب ۶ زیرمقیاس (مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی در مقابل انزوا، ذهن آگاهی در مقابل بزرگ‌نمایی) اندازه‌گیری می‌کند که کیفیت رابطه‌ی فرد با تجارب خود را می‌سنجد. مانند اینکه فرد تا چه اندازه نسبت به خود مهربان است (نه انتقادگر) و چه میزان تجارب خود را به عنوان قسمتی از تجارب دیگران می‌بیند و اینکه به چه میزان از بزرگ‌نمایی تجارب خود صرف‌نظر می‌کند. بنابراین، این مقیاس دیدگاه بازداشتن به مسائل و ویژگی آگاهی گشوده که صورت دوم ذهن آگاهی را نشان می‌دهد، مشخص می‌کند. میانگین نمرات ۶ مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره‌ی خودشفقتی کل حاصل می‌شود [۱۵]. روایی و اعتبار بالایی برای مقیاس مذکور گزارش شده است. اعتبار کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین هر کدام از زیرمقیاس‌ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این، اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی زمانی دو هفته نیز ۰/۹۳، و روایی همگرا و افتراقی نسبتاً بالایی برای آن گزارش شده است [۱۵]. در نسخه‌ی فارسی مقیاس، روایی همگرا و اگر از طریق اجرای مقیاس حرمت خود و پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک محاسبه شد و نتایج معنادار بود. اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی زمانی ۱۰ روز ۰/۸۹ گزارش شد [۲۷]. ضریب آلفای کرونباخ کل در ایران، ۰/۷۳، به دست آمد و همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها به این صورت گزارش شد: مهربانی با خود=۰/۷۵، قضاوت در مورد خود=۰/۶۶، احساسات مشترک انسانی=۰/۶۳، منزوی سازی=۰/۷۰، ذهن آگاهی=۰/۶۴ و بزرگ‌نمایی=۰/۷۳ [۲۸]. مقیاس قدردانی از بدن (Body Appreciation Scale-2 (BAS-2):BAS-2): این مقیاس یک

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی پیرسون نمایه‌ی توده‌ی بدنی، نشانه‌های اختلال خوردن، قدردانی از بدن، خودشفقتی (n=۳۴۵)

متغیر	۱	۲	۳	۴
نمایه‌ی توده‌ی بدنی	-			
نشانه‌های اختلال خوردن	۰/۵۰**	-		
قدردانی از بدن	۰/۳۳**	۰/۳۱**	-	
خودشفقتی	۰/۱۳**	۰/۲۳**	۰/۴۷**	-
میانگین	۲۳/۵۹	۱۶/۹۷	۳۵/۵۱	۷۹/۹۲
انحراف معیار	۴/۵۱	۱۱/۵۱	۹/۲۹	۱۵/۰۷

روش آماری همبستگی پیرسون (n=۳۴۵)؛ *P<۰/۰۱، **P<۰/۰۵

برای تعیین اثر تعدیل‌گر خودشفقتی، از نمرات استاندارد متغیرها و رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای تعیین اثر تعدیل‌کنندگی خودشفقتی در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و نشانه‌های اختلال خوردن در جدول ۲ ارایه شده است.

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نمایه‌ی توده‌ی بدنی با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه مثبت معنادار (P<۰/۰۱) و با قدردانی از بدن و خودشفقتی رابطه‌ی منفی معنادار (P<۰/۰۱) دارد. نشانه‌های اختلال خوردن با قدردانی از بدن و خودشفقتی رابطه‌ی منفی معنادار (P<۰/۰۱) دارد. همچنین بین قدردانی از بدن و خودشفقتی رابطه‌ی مثبت معنادار (P<۰/۰۱) وجود دارد.

جدول ۲- نتایج رگرسیون سلسله مراتبی برای بررسی نقش تعدیل‌کننده خودشفقتی در رابطه بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و اختلال خوردن (n=۳۴۵)

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	تغییرات R ²	F تغییرات
۱	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۲۵	۱۱۱/۲۰***
۲	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۰۳	۱۳/۹۳***
۳	۰/۵۴	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۰۲	۸/۹۰**

رگرسیون سلسله مراتبی (n=۳۴۵)؛ ***P<۰/۰۰۱، **P<۰/۰۱، *P<۰/۰۵

خودشفقتی رابطه‌ی بین متغیرهای پیش‌بین ۰/۵۴ است و ۲۹ درصد از متغیر ملاک به‌طور معنادار تبیین می‌شود. با مقایسه‌ی مدل‌های ۲ و ۳ مشخص می‌شود که خودشفقتی ۰/۰۲ از R² را به‌طور معنادار افزایش داده است. این مدل نشان می‌دهد حدود ۰/۰۲ از واریانس نشانه‌شناسی اختلال خوردن توسط اثر تعدیل‌گر خودشفقتی تبیین می‌شود.

همانگونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در مدل ۱ نمایه‌ی توده‌ی بدنی به تنهایی ۲۵ درصد از واریانس نشانه‌های اختلال خوردن را به‌طور معنادار تبیین می‌کند. در مدل ۲، رابطه‌ی بین بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و خودشفقتی ۰/۵۲ است و ۲۷ درصد از واریانس نمرات نشانه‌شناسی اختلال خوردن توسط این مدل تبیین می‌شود. اما در مدل ۳، بعد از وارد شدن اثر تعدیل‌کننده

جدول ۳- ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون نقش تعدیل کننده خودشفقتی در رابطه بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و نشانه‌های اختلال خوردن (n=۳۴۵)

مدل	b	SE	β	t
۱ (ثابت)				
Z نمایه‌ی توده‌ی بدنی	۰/۵۰	۰/۰۴۷	۰/۵۰	۱۰/۵۵***
۲ (ثابت)				
Z نمایه‌ی توده‌ی بدنی	۰/۴۷	۰/۰۴۶	۰/۴۷۳	۱۰/۱۸***
Z خودشفقتی	-۰/۱۷۳	۰/۰۴۶	-۰/۱۷۳	-۳/۷۳***
۳ (ثابت)				
Z نمایه‌ی توده‌ی بدنی	۰/۴۴	۰/۰۴۷	۰/۴۳۹	۹/۲۹***
Z خودشفقتی	-۰/۱۵	۰/۰۴۷	-۰/۱۵	-۳/۲۴***
Z نمایه‌ی توده‌ی بدنی * Z خودشفقتی	-۰/۱۲	۰/۰۴۱	-۰/۱۴	-۲/۹۸**

رگرسیون سلسه مراتبی (n=۳۴۵): *** $P < ۰/۰۰۱$; ** $P < ۰/۰۱$; * $P < ۰/۰۵$

همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای تعیین اثر تعدیل کنندگی خودشفقتی در رابطه بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و قدردانی از بدن در جدول ۴ ارایه شده است.

همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون حاکی از آن است که اثر تعدیل کننده‌ی خودشفقتی ($\beta = -۰/۱۴$ ، $t = -۲/۹۸$ ، $p = ۰/۰۱$) می‌تواند به‌طور معنادار واریانس نشانه‌های اختلال خوردن را تبیین کند.

جدول ۴- نتایج رگرسیون سلسله مراتبی برای بررسی نقش تعدیل کننده‌ی خودشفقتی در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و قدردانی از بدن (n=۳۴۵)

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	تغییرات R ²	F تغییرات
۱	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۱۰	۰/۱۱	۴۰/۹۱***
۲	۰/۵۴	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۱۹	۹۰/۰۴***
۳	۰/۵۴	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۰۰۲	۰/۷۳

رگرسیون سلسه مراتبی (n=۳۴۵): *** $P < ۰/۰۰۱$; ** $P < ۰/۰۱$; * $P < ۰/۰۵$

مدل ۳، بعد از وارد شدن اثر تعدیل کننده خودشفقتی رابطه‌ی بین متغیرهای پیش‌بین ۰/۵۴ است و ۲۹ درصد از متغیر ملاک به‌طور معنادار تبیین می‌شود. با مقایسه مدل‌های ۲ و ۳ مشخص می‌شود که خودشفقتی نقش تعدیل‌گر معناداری در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و قدردانی از بدن ندارد.

همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود در مدل ۱ نمایه‌ی توده‌ی بدنی به تنهایی ۱۱ درصد از واریانس قدردانی از بدن را به‌طور معنادار تبیین می‌کند. در مدل ۲، رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و خودشفقتی ۰/۵۴ است و ۲۹ درصد از واریانس نمرات قدردانی از بدن توسط این مدل تبیین می‌شود. اما در

جدول ۵- ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون نقش تعدیل کننده خودشفقتی در رابطه بین شاخص توده بدنی و قدردانی از بدن (n=۳۴۵)

مدل	b	SE	β	t
۱ (ثابت)				
Z نمایه‌ی توده‌ی بدنی	-۰/۳۳	۰/۰۵	-۰/۳۳	-۶/۴۰***
۲ (ثابت)				
Z نمایه‌ی توده‌ی بدنی	-۰/۲۷	۰/۰۴۶	-۰/۲۷	-۵/۹۱***
Z خودشفقتی	۰/۴۴	۰/۰۴۶	۰/۴۴	۹/۴۹***
۳ (ثابت)				
Z نمایه‌ی توده‌ی بدنی	-۰/۲۶	۰/۰۴۷	-۰/۲۶	-۵/۵۳***
Z خودشفقتی	۰/۴۳	۰/۰۴۶	۰/۴۳	۹/۲۲***
Z نمایه‌ی توده‌ی بدنی * Z خودشفقتی	۰/۰۴	۰/۰۴۱	۰/۰۴	۰/۸۵

رگرسیون سلسه مراتبی (n=۳۴۵)؛ ***: P<۰/۰۰۱، **: P<۰/۰۱، *: P<۰/۰۵

مشابه و نتایج مطالعه‌ی حاضر، نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا، با افزایش تجربه‌ی تصویر بدنی منفی و کاهش توانایی در تجربه تصویر بدنی مثبت ارتباط دارد. در واقع به نظر می‌رسد این افراد با مقایسه‌ی بدن خود با معیارهای ایده‌آل زیبایی، به ارزیابی و قضاوت منفی از بدن خود پرداخته و دچار شرم بدنی و افسردگی می‌شوند [۳۰].

در مورد نقش تعدیل کنندگی خودشفقتی، نتایج نشان داد که خودشفقتی در رابطه بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و نشانه‌های اختلال های خوردن، نقش تعدیل کننده دارد. به عبارت دیگر در زنان دارای چاقی یا دارای اضافه وزن که خودشفقتی بیشتری دارند، در مقایسه با زنانی که خودشفقتی کمتری دارند، نشانه‌های اختلال‌های خوردن کمتر مشاهده می‌شود. در همین راستا، پژوهش‌های پیشین در مورد ارتباط خودشفقتی و رفتارهای خوردن نشان داده‌اند که این سازه می‌تواند روی اثرات عوامل خطر مثل درونی‌سازی لاغری ایده‌آل که ممکن است منجر به خوردن بیمارگون شوند، نقش تعدیل کننده داشته باشد [۶، ۳۱]. برخی نظریه‌ها در تلاش برای تبیین چگونگی پدید آمدن اختلال‌های خوردن بر متغیرهای روانی و اجتماعی تأکید دارند. برای مثال کمال‌گرایی می‌تواند باعث شود که شخص به شدت نگران ظاهر خود شود و از این طریق درگیر رفتارهای خوردن بیمارگون گردد [۳۲]. با توجه به رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و اختلال‌های خوردن، شناسایی متغیرهایی که بتوانند روی این رابطه

همانگونه که در جدول شماره (۵) ملاحظه می‌شود ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون حاکی از آن است که اثر تعدیل کننده خودشفقتی ($\beta=۰/۰۴$ ، $t=۰/۸۵$ ، $P=۰/۳۹$) قادر به تبیین معنادار واریانس قدردانی از بدن نیست.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌کنندگی خودشفقتی در ارتباط بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی با قدردانی از بدن و نشانه‌شناسی اختلال خوردن انجام شد. نتایج نشان داد که بدون در نظر گرفتن نقش تعدیل‌کنندگی خودشفقتی، نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه‌ی مثبت و با قدردانی از بدن که مهم‌ترین جنبه مثبت تصویر بدنی است، رابطه منفی دارد. ارتباط بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا و نشانه‌های اختلال خوردن با پژوهش‌های دیگر هم‌سو است [۱۳]. طبق این پژوهش‌ها، رفتارهای خوردن ناپه‌نچار در افراد دارای اضافه وزن و چاق رایج‌تر هستند. بر این اساس، تلاش برای دستیابی به معیارهای اجتماعی زیبایی دور از دسترس، خصوصاً در افراد دارای اضافه وزن یا چاقی باعث رفتارهای ناسالم کنترل وزن و نشانه‌های اختلال‌های خوردن می‌شود [۴، ۹]. از سوی دیگر رابطه‌ی منفی نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا و قدردانی از بدن نیز، با پژوهش‌های دیگر هم‌سویی دارد [۳، ۶، ۷]. با توجه به یافته‌های

اثر بگذارند، ضروری است. به نظر می‌رسد یکی از سازه‌هایی که می‌تواند در این رابطه تأثیرگذار باشد، خودشفقتی است. مطالعات نشان داده‌اند خودشفقتی می‌تواند در رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و اختلال‌های روانی تأثیرگذار باشد [۳۳]. افرادی که از سطوح بالایی از کمال‌گرایی برخوردارند، معیارهای شخصی بالایی دارند، خودانتقادی افراطی دارند، درباره شکست‌ها و خطاهای خود نگرانند، از عملکرد خود ناراضی‌اند و یک حس بی‌کفایتی عمومی دارند. این احساس بی‌کفایتی با پیامدهای روانشناختی منفی از جمله نشانه‌های اختلال‌های خوردن ارتباط دارد. بر این اساس به نظر می‌رسد خودشفقتی می‌تواند از افراد در برابر تأثیر کمال‌گرایی محافظت کند [۳۳]. پژوهش‌ها به نقش هیجان در بی‌اشتهایی عصبی نیز اشاره کرده‌اند. اشخاص مبتلا به بی‌اشتهایی، هیجان‌های منفی زیادی را تجربه می‌کنند [۳۴]. این در حالی است که مطالعات دریافته‌اند که خودشفقتی با هیجان منفی کمتر و پذیرش بیشتر ارتباط دارد [۳۵]. افزون بر این، در مطالعه‌ی نشان داده شد که افرادی که یک آموزش خودشفقتی مختصر دریافت کردند، در پاسخ‌های زیستی، اجتماعی و عاطفی به تهدید، استرس کمتری نشان دادند [۳۶]. به‌طور کلی به نظر می‌رسد خودشفقتی با راهبردهای تنظیم هیجانی مشکل‌ساز، ارتباط معکوس داشته و از این طریق می‌تواند مانع از نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن شود. خودشفقتی با افزایش آگاهی غیر قضاوتی از هیجان‌ها و هدایت فرد به پاسخ‌دهی به رویدادهای استرس‌زا به گونه‌ای حمایت‌گرا می‌تواند الگوهای هیجانی منفی را خنثی کند [۱۵، ۲۱]. در واقع خودشفقتی به فرد با نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا کمک می‌کند تا خود را با مهربانی بپذیرد، کمتر به انتقاد از خود پردازد و بدون نادیده گرفتن تجربه خود از اضافه وزن یا چاقی، تلاش کند تا احساسات خود را به دور از بزرگ‌نمایی بشناسد، در نتیجه با ملامت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و از نگرش‌ها و رفتارهای سالمی در مورد خوردن برخوردار خواهد شد. بنابراین می‌توان گفت خودشفقتی به افراد دارای نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا کمک می‌کند از رفتارهای خوردن نابهنجار و نشانه‌های اختلال‌های خوردن مانند پرخوری افراطی، پاکسازی، محدودیت و بازداری زدایی و دیگر رفتارهای ناسالم کنترل وزن، مانند رژیم‌های سخت، مهار رفتار خوردن، رفتارهای خودتخریبگر و سرزنش خود در صورت شکست رژیم اجتناب کنند [۱۵].

از سوی دیگر، در نتایج پژوهش حاضر، نقش تعدیل‌کنندگی خودشفقتی در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و قدردانی از بدن، مشاهده نشد. اگرچه پژوهش‌های بیشتری در این زمینه لازم است، خودشفقتی ممکن است در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و تصویر بدنی نقش تعدیل‌کننده داشته باشد زیرا نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که بین خودشفقتی و قدردانی از بدن رابطه‌ی مثبت وجود دارد که این یافته با پژوهش‌های بسیاری هم‌سویی دارد [۱۹، ۶، ۱-۴]. این پژوهش‌ها عنوان کرده‌اند که خودشفقتی از افراد در برابر فشارهای فرهنگی-اجتماعی رسانه‌ها که لاغری ایده‌آل را تعریف می‌کنند، محافظت می‌کند. از آنجا که گرایش به مقایسه‌ی خود با افراد فوق‌العاده جذاب، به نارضایتی از بدن کمک می‌کند [۳۷]. افرادی که خودشفقتی بیشتری دارند، کمتر خود را با دیگران مقایسه کرده و شرم بدنی و نارضایتی بدنی کمتری را تجربه می‌کنند. این سازه، قدردانی از بدن را افزایش می‌دهد و انعطاف‌پذیری بیشتر تصویر بدنی را در پی دارد. بر این اساس، زنانی که خودشفقتی بالایی دارند، حتی در صورت ارزیابی بدن خود، کمتر به مقایسه با معیارهای دور از دسترس زیبایی و انتقاد و قضاوت منفی بدنشان می‌پردازند. در واقع این افراد به بدن خود احترام گذاشته و با خود مهربان‌تر هستند و راحت‌تر بدن خود را می‌پذیرند [۲۰، ۳۰، ۳]. به عبارت دیگر خودشفقتی سه ساختار تصویر بدنی منفی (اشتغال ذهنی نسبت به بدن، بیش برآورد وزن و شکل بدن و نارضایتی بدنی) را کاهش می‌دهد [۸]. در واقع می‌توان گفت، سه مؤلفه‌ی خودشفقتی یعنی مهربانی با خود، احساسات مشترک انسانی و ذهن آگاهی می‌توانند بر سه ساختار تصویر بدنی منفی تأثیرگذار باشند. مؤلفه‌ی ذهن آگاهی خودشفقتی، اشتغال ذهنی نسبت به بدن را کاهش می‌دهد. این مؤلفه به فرد کمک می‌کند بدون بزرگ‌نمایی، به تجربه‌ها و احساسات خود بنگرد و به‌جای نادیده انگاشتن کاستی‌های خود و اجتناب از آنها، این تجربه‌ها و احساسات خود را به خوبی بشناسد. در نتیجه به دنبال کاهش بزرگ‌نمایی این مؤلفه‌های اضطراب‌آور و ناراحت‌کننده، اضطراب و افسردگی فرد کاهش می‌یابد و احساسات منفی مانند احساس بی‌کفایتی یا شکست به احساسات مثبت نظیر احساس مهربانی و درک خود تغییر می‌کنند. از سوی دیگر، مؤلفه‌ی ذهن آگاهی به همراه مؤلفه‌ی دوم خودشفقتی یعنی احساسات مشترک انسانی، به فرد کمک می‌کند که کمتر به

خودشفقتی در ارتباط بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و نشانه‌شناسی اختلال خوردن و تصویر بدنی در مردان نیز بررسی شود. علاوه بر این، می‌توان به بررسی سازه‌های دیگری مانند ذهن آگاهی که ممکن است در رابطه‌ی بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا و تصویر بدنی و اختلال‌های خوردن نقش تعدیل‌کننده یا میانجی داشته باشند، پرداخت.

نتیجه‌گیری

در مجموع، پژوهش‌های انجام شده در جوامع غربی نشان داده‌اند که چاق‌تر بودن از میانگین افراد، به‌طور ذاتی زنان جوان را نسبت به مشکلات خوردن و تصویر بدنی آسیب پذیر می‌کند. با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر علاوه بر تأیید رابطه‌ی مذکور در جامعه‌ی ایرانی، نشان می‌دهد که نمایه‌ی توده‌ی بدنی به تنهایی تعیین‌کننده‌ی عملکرد زنان در ارتباط با مشکلات خوردن نیست. بلکه ترکیب نمایه‌ی توده‌ی بدنی و میزان خودشفقتی است که درگیری زنان با اختلال‌های خوردن را تعیین می‌کند، به گونه‌ای که نمایه‌ی توده‌ی بدنی بالا با خوردن بیمارگون بیشتر ارتباط دارد اما در افرادی که خودشفقتی پایینی دارند نه در افرادی که خودشفقتی آنها بالا است. اگرچه باید منتظر پژوهش‌های بیشتر در آینده ماند، اما این یافته‌ها نشان می‌دهند که با توجه به نقش تعدیل‌کننده خودشفقتی می‌توان به بررسی ارتقا خودشفقتی به‌عنوان یک مهارت مقابله‌ای سازگارانه در برنامه‌های پیشگیری و مداخلاتی برای تمامی افراد با نمایه‌های توده‌ی بدنی مختلف پرداخت.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که با همکاری خود، ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

بیش برآورد وزن و شکل بدن خود پردازد. به‌عبارت دیگر، این فرد تجربه‌ای بدون بزرگ‌نمایی از اضافه وزن یا چاقی خواهد داشت و علاوه بر این، چنین تجربه‌هایی را به گونه‌ای می‌نگرد که سایر انسان‌ها نیز ممکن است در زندگی خود داشته باشند. این دیدگاه، در نهایت باعث کاهش احساس شکست، انزوا و تنها بودن در دنیا می‌شود و نارضایتی بدنی را کاهش می‌دهد. در ادامه می‌توان گفت که مؤلفه‌ی مهربانی با خود نیز در کاهش نارضایتی بدنی تأثیر گذار است؛ به این صورت که فرد با داشتن دیدگاهی مهربانانه، حمایت‌گرانه و به دور از قضاوت و انتقاد، نارضایتی بدنی کمتری را تجربه می‌کند [۲۷]. به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد خودشفقتی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مداخله‌ای مفید برای کاهش تجربه تصویر بدنی منفی و افزایش ق‌دردانی از بدن عمل کند و یک مؤلفه‌ی مهم در پیشگیری و درمان تصویر بدنی منفی باشد، به‌ویژه در زنانی که به‌صورت مداوم از ظاهر خود انتقاد می‌کنند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. نخست اجرای مطالعه بر روی زنان است که امکان تعمیم نتایج را محدود می‌کند. همچنین نمونه‌ی پژوهشی حاضر را دانشجویان تشکیل می‌دهند که از نظر اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی گروه خاصی هستند؛ در نتیجه تعمیم نتایج به جامعه‌ی بزرگتر باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه پژوهش به‌صورت در دسترس محدودیت دیگری است. استفاده از پرسشنامه‌های خودسنجی نیز محدودیت دیگری است که ممکن است بر صحت پاسخ‌ها اثر گذاشته باشد و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از روش‌های دیگر مانند مصاحبه نیز استفاده گردد. علاوه بر این، به‌دلیل ماهیت مقطعی پژوهش امکان تبیین کلی یافته‌ها وجود ندارد و پیشنهاد می‌شود در آینده از مطالعات طولی نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، نمونه‌های غیر دانشجویی مورد بررسی قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود که به تفاوت‌های جنسی در زمینه‌ی نمایه‌ی توده‌ی بدنی و پیامدهای جسمانی و روانی آن پرداخته شود و نقش تعدیل‌کنندگی

مآخذ

1. Liss M, Erchull MJ. Not hating what you see: Self-compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectification in college women. *Body Image* 2015; 14:5-12.
2. 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: 207-10.
3. Homan KJ, Tylka TL. Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image* 2015; 15: 1-7.
4. Breines J, Toole A, Tu C, Chen S. Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self and Identity* 2014; 13: 432-448.
5. Hawkins N, Richards PS, Granley HM, Stein DM. The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eat Disord* 2004; 12: 35-50.
6. Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image* 2016; 17: 117-31.
7. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body Image* 2015; 12: 53-67.
8. Mitchison D, Hay P, Griffiths S, Murray SB, Bentley C, Gratwick-Sarll K, et al. Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *Int J Eat Disord* 2017;50: 118-126.
9. Tylka TL, Russell HL, Neal AA. Self-compassion as a moderator of thinness-related pressures' associations with thin-ideal internalization and disordered eating. *Eat Behav* 2015; 17: 23-6.
10. Avalos L, Tylka TL, Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation. *Body Image* 2005; 2: 285-97.
11. Levine MP, Smolak L. The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eat Disord* 2016; 24: 39-46.
12. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing: Arlington; 2013
13. Urquhart CS, Mihalynuk TV. Disordered eating in women: implications for the obesity pandemic. *Can J Diet Pract Res* 2011; 72: e115-25.
14. Sheldon P. Pressure to be perfect: Influences on college students' body esteem. *Southern Communication Journal* 2010; 75: 277-298.
15. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity* 2003; 2: 223-50.
16. Akin A. Self-compassion and Loneliness. *International Online Journal of Educational Sciences* 2010; 2: 702-18.
17. Akin A. Self-compassion and interpersonal cognitive distortions. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2010; 39: 1-9.
18. 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: 754-64.
19. Rahimi-Ardabili H, Reynolds R, Vartanian LR, McLeod LVD, Zwar N. A systematic review of the efficacy of interventions that aim to increase self-compassion on nutrition habits, eating behaviours, body weight and body image. *Mindfulness* 2018; 9: 388-400.
20. Barnett MD, Sharp KJ. Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among US college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences* 2016; 99: 225-34.
21. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality* 2007; 41: 908-16.
22. Stapleton P, Crighton GJ, Carter B, Pidgeon A. Self-esteem and body image in females: The mediating role of self-compassion and appearance contingent self-worth. *The Humanistic Psychologist* 2017; 45: 238-57.
23. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva:World Health Organization. 2000.
24. 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.
25. Stice E, Fisher M, Martinez E. Eating disorder diagnostic scale: additional evidence of reliability and validity. *Psychol Assess* 2004; 16: 60-71.
۲۶. کجویی محسن، فتحی آشتیانی علی. نقش دشواری‌های تنظیم هیجان و تکانشگری در نشانه‌های اختلال‌های خوردن. ارمغان دانش. ۱۳۹۴؛ ۲۰ (۱۲): ۱۰۷۰-۱۰۸۵
۲۷. مومنی فرشته، شهیدی شهریار، موتابی فرشته، حیدری محمود. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس خودشفقت ورزی. روانشناسی معاصر. ۱۳۹۲؛ ۸ (۲): ۲۷-۴۰.
۲۸. کجویی محسن، حسنی جعفر، مرادی علیرضا، فتحی آشتیانی علی. مقایسه ذهن آگاهی و خودشفقتی در زنان دارای نمایه توده‌ی بدنی بالا و طبیعی. سلامت اجتماعی. ۱۳۹۷؛ ۵ (۲): ۱۱۲-۱۰۳.
29. Atari M. Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Iran. *Body image* 2016; 18: 1-4.
30. Stewart TM. Light on body image treatment: Acceptance through mindfulness. *Behav Modif* 2004; 28: 783-811.
31. Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2015). Protective factors. In L. Smolak & M. P. Levine (Eds.),

- The Wiley handbook of eating disorders (pp. 430-444). West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
32. Drieberg H, McEvoy PM, Hoiles KJ, Shu CY, Egan SJ. An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eat Behav* 2019; 32: 53-59.
33. Mehr KE, Adams AC. Self-compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college students. *Journal of College Student Psychotherapy* 2016; 30: 132-145.
34. Selby EA, Wonderlich SA, Crosby RD, Engel SG, Panza E, Mitchell JE, et al. Nothing tastes as good as thin feels: Low positive emotion differentiation and weight-loss activities in anorexia nervosa. *Clinical Psychological Science* 2013; 2: 514-31.
35. Adams CE, Leary MR. Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2007; 26: 1120-44.
36. Arch JJ, Brown KW, Dean DJ, Landy LN, Brown KD, Laudenslager ML. Self-compassion training modulates alpha-amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women. *Psychoneuroendocrinology* 2014; 42, 49-58.
37. Stormer SM, Thompson JK. Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 193-202.

THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY MASS INDEX (BMI) WITH BODY APPRECIATION AND EATING DISORDERS SYMPTOMS: THE MODERATING ROLE OF SELF-COMPASSION IN FEMALE STUDENTS

Mohsen Kachooei*¹, Sahar Shahmoradi¹

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background: Nowadays, thinness is generally considered as a standard of women's beauty, and high BMI is associated with negative physical and psychological consequences among women, including negative body image and eating disorders. Therefore, identifying the effective factors in reducing these outcomes seems necessary. The purpose of this study was to determine the moderating role of self-compassion in the relationship between body mass index, body image and symptoms of eating disorders.

Methods: The research method was correlation and the statistical population was all female students of Tehran in 2018 that Among them, 345 students were selected by convenient sampling. Measurement tools included Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS), Self-compassion Measurement Scale (SCS) and Body Appreciation Scale (BAS-2). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis (hierarchical method).

Results: The results showed that there was a significant positive correlation between body mass index and eating disorder ($P < 0.01$), and a significant negative correlation with body appreciation and self-compassion ($P < 0.01$). On the other hand, the results of hierarchical regression analysis showed that self-compassion moderates the relationship between body mass index and symptoms of eating disorders ($P < 0.01$), but it did not moderate the relationship between body mass index and body appreciation ($P > 0.05$).

Conclusion: These findings showed that self-compassion may protect women against negative consequences of a high body mass index. As a result, self-compassion can be beneficial in improving mental health and preventing disorders.

Keywords: Body Mass Index, Self-Compassion, Body Image, Eating Disorder

*University of Science and Culture, Bahar st, Shahid Qamushi st, Ashrafi Esfahani Bulvar, Tehran, Iran. postal code: 1461968151, phone: +982144238171-5, fax: +982144214750, e-mail: kachooei.m@usc.ac.ir