

مقایسه عملکرد خانوادگی، ارتباط خانوادگی و رضایت از تصویر بدن در میان دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی و عادی شهر شهر کرد

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰

خلاصه

مقدمه

شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد عملکرد و ارتباط خانوادگی با اضافه وزن و چاقی در کودکان نوجوانان ارتباط دارد و این متغیرها به همراه رضایت از تصویر بدن با رفتارهای مرتبط با سلامتی و پیامدهای نامطلوب سلامتی در کودکان و نوجوانان مرتبط هستند. از این رو، هدف از پژوهش حاضر، مقایسه عملکرد خانوادگی، ارتباط خانوادگی و رضایت از تصویر بدن در میان دانش آموزان دختر مبتلا به چاقی و عادی شهر شهر کرد بود.

روش کار

روش پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر متوسطه اول و دوم در سال تحصیلی ۱۳۹۸ در شهر شهر کرد بودند که از میان آنها ۳۴۶ نفر به دو شیوه متفاوت در نمونه‌گیری (روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای برای دانش آموزان عادی و هدفمند برای دانش آموزان مبتلا به اضافه وزن و چاقی) انتخاب شدند و به ابزارهای اندازه‌گیری عملکرد خانوادگی، خرده مقیاس ارتباط خانوادگی و رضایت از تصویر بدن پاسخ دادند. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

نتایج نشان داد که دانش آموزان عادی نسبت به دانش آموزان دارای اضافه وزن و چاقی نمرات بالاتری در عملکرد و ارتباط خانوادگی و رضایت از تصویر بدن به دست آوردند و تفاوت معناداری بین این دو گروه یافت شد ($p < 0.004$).

نتیجه‌گیری

پیام اصلی این پژوهش مربوط به خانواده‌های دارای نوجوانان چاق، مشاوران و روانشناسان است. می‌توان نتیجه گرفت چه در پیشگیری و چه در درمان چاقی عملکرد و ارتباط خانوادگی و توجه به تصویر بدن می‌تواند مدنظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی

عملکرد خانوادگی، ارتباط خانوادگی، رضایت از تصویر بدن، چاقی، اضافه وزن

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

ذبیح الله کاوه فارسانی^{*۱}

محمد ربیعی^۲

استادیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی،
دانشگاه شهرکرد (نویسنده مسئول)

^۲دانشیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی،
دانشگاه شهرکرد

Email: kavehfarsani@sku.ac.ir

مقدمه

نوجوانی (adolescence) دوره‌ای از تغییرات گسترده در سطوح جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی است؛ از این رو، سازگاری با این تغییرات می‌تواند برای نوجوانان چالش برانگیز باشد (۱). در حوزه سلامت نیز، گذار از نوجوانی به بزرگسالی به عنوان یک زمان بسیار مهمی برای ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری شناخته شده است؛ زیرا وجود چاقی (obesity) و سبک نامناسب زندگی در این مرحله (نوجوانی) با افزایش خطر مبتلا شدن به بیماری‌های مزمن همراه است (۲).

چاقی در دوران نوجوانی یک مشکل مهم و اساسی برای بهداشت عمومی در ایالات متحده است (۳). در سال ۲۰۱۶، در میان کودکان و نوجوانان سنین ۱۹-۵ ساله، ۵۰ میلیون دختر و ۷۵ میلیون پسر چاق شناسایی شدند. همچنین ۲۱۳ میلیون کودک و نوجوان هم دارای اضافه وزن بودند (۴). آمارها در ایران هم حاکی از شیوع بالای چاقی در میان کودکان و نوجوانان است؛ به عنوان مثال پژوهشی در سال (۲۰۱۴) روی ۱۳۴۸۶ دانش‌آموز ۶ تا ۱۸ سال از ۳۰ استان کشور (ایران)، شیوع اضافه‌وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان ایرانی به ترتیب ۹/۷ و ۱۱/۹ درصد برآورد شد که در مقایسه با مطالعات پیشین روند افزایشی داشته است (۵). چاقی در این دوران با افزایش خطر چاقی در بزرگسالی همراه است (۶)، همچنین با خطر مبتلا شدن به بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت نوع ۲، عوارض ارتوپدی و بسیاری از انواع سرطان‌های خاص مرتبط است (۷-۱۰).

افزایش وزن در کودکان و نوجوانان در نتیجه‌ی تعامل بین عوامل ژنتیکی و محیطی است (۱۱). از عوامل محیطی می‌توان به محیط خانواده اشاره کرد. از آنجایی که عادت‌های صحیح و بهداشتی نوجوانان در بستر خانواده به وجود می‌آید، رفتار والدین می‌تواند اثرات پایداری بر روی فرزندان داشته باشد (۱۲، ۱۳). از این رو، خانواده و به خصوص محیط خانواده به طور ذاتی با سلامتی و رفاه اعضای خود ارتباط دارد. صرف نظر از تفاوت‌های موجود بین خانواده‌ها، یکی از ویژگی‌های خاصی که می‌توان برای تعیین سطح سلامت خانواده‌ها در نظر گرفت، عملکرد

خانواده (family Function) است (۱۴). عملکرد خانوادگی به چگونگی شیوه مدیریت اعضای خانواده برای انجام کارهای روزانه و نحوه برقراری ارتباط‌های عاطفی با یکدیگر تعریف می‌شود (۱۵). در تعریف دیگری، عملکرد خانوادگی شامل فعالیت‌های احساسی، فیزیکی و روانی بین اعضای خانواده، در نظر گرفته می‌شود (۱۶). در همین رابطه، عملکرد خانواده با تعدادی از رفتارها و نتایج مربوط به سلامتی در کودکان و نوجوانان از جمله سلامتی جسمانی، روانی و اجتماعی در ارتباط است. به عنوان مثال، استرس‌های روانی-اجتماعی در محیط خانواده، مانند فشارهای مالی، افسردگی مادر، پریشانی و غفلت، با چاقی کودکان در ارتباط می‌باشد (۱۷). یافته‌های پژوهشی‌های دیگر نیز حاکی از ارتباط عملکرد خانوادگی با افزایش خطر چاقی و رفتارهای مرتبط با چاقی در کودکان و نوجوانان بودند (به عنوان مثال (۱۵، ۱۸)).

علاوه بر عملکرد خانوادگی، ارتباط خانوادگی (family communication) نیز در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. یکی از عوامل مهم در دوران نوجوانی، روابط نوجوانان با اعضای خانواده‌شان است. ارتباط، به عنوان تبادلی تعریف می‌شود که در آن افراد به طور آشکارا ایده‌ها و نظرات خویش را ابراز و دریافت می‌کنند و به عنوان یکی از ویژگی‌های بسیار مهم روابط والدین و نوجوانان است (۱۹). ارتباط مثبت و موثر با بیان آزاد عقاید و احساسات، رضایت از سیستم خانواده، مراقبت از خانواده و توانایی مدیریت حل تعارض مشخص می‌شود (۲۰). از این رو می‌توان گفت ارتباطات خانوادگی و سبک‌های فرزندپروری می‌تواند بر روی شکل‌گیری فعالیت‌های روزانه، تغذیه، عملکرد عاطفی و خطر اضافه وزن کودکان و نوجوانان تاثیر داشته باشد (۲۱). ارتباط مناسب احتمال دارد از طریق اصلاح شیوه‌های فرزندپروری و تسهیل گفتگوها در مورد رفتارهای صحیح در حیطه بهداشتی، بر روی رفتارهای مربوط به سلامتی اعضای خانواده تاثیرگذار باشد (۲۲). یافته‌های پژوهشی بیان کرد که ارتباط ضعیف میان اعضای خانواده منجر به سطوح بالاتری از چاقی در میان کودکان می‌شود (۲۳). نتایج پژوهش دیگری هم نشان داد که عملکرد و ارتباط ضعیف والدین در

کردند، نوجوانان چاق ممکن است با عواقب منفی روانی مواجه شوند. چاقی در نوجوانان با افزایش نارضایتی آنها از بدنشان در ارتباط باشد که همین امر می‌تواند نوجوانان را در معرض خطرات و مشکلات رفتاری، اجتماعی، عزت نفس و غیره قرار دهد (۳۰). در پژوهش‌هایی که در زمینه تصویر بدن در بین نوجوانان دختر در ایران هم انجام شده است، نتایج حاکی از آن است که تصویر بدنی دختران نوجوان مبتلا به چاقی با افسردگی، اضطراب، تنش و سلامت روان ارتباط منفی و معناداری دارد (۳۱-۳۴). نارضایتی از تصویر بدنی برای دختران، نقش مهمی را به عنوان یک عامل خطر برای چندین نوع مشکلات سازگاری و اختلالات با آغاز نوجوانی ایفا می‌کند، همچنین پیش‌بینی‌کننده‌ای برای افسردگی، میل به لاغری، اختلالات خوردن، عزت نفس پایین و رفتارهای افراطی سلامتی مثل رژیم گرفتن است (۳۵).

ضرورت انجام این پژوهش و انتخاب نمونه دختران به آن دلیل است که دختران نوجوان امروز، مادران فردای جامعه هستند و اگر بخواهیم سلامت نسل‌های آینده را بهبود ببخشیم، توجه به سلامتی جسمانی و روانی دختران از اهمیت زیادی برخوردار است؛ زیرا افزایش وزن و چاقی دختران در دوره نوجوان، غالباً در دوره جوانی و بزرگسالی هم ادامه پیدا می‌کند و همین امر می‌تواند آثار نامطلوبی بر بارداری آنان نیز بگذارد؛ از این رو، توجه پژوهشگران این پژوهش را به انجام موضوع چاقی و اضافه وزن دختران آن هم در دوران نوجوانی با توجه به متغیرهای خانوادگی که پژوهش‌های بسیار کمی (۳۶، ۳۷) چه در داخل و چه در خارج از ایران انجام شده است به خود جلب کرد. انتخاب دوره نوجوان هم به این دلیل بود که دوره نوجوانی یک دوره پرخطر برای اضافه وزن و چاق محسوب می‌شود؛ زیرا موجب ایجاد تغییرات اساسی در ترکیب بدن، حساسیت به انسولین، رفتارهای غذایی و فعالیت و سازگاری روانی می‌شود (۳۸).

بنابراین با توجه به آنچه که در بالا گفته شد، هدف از پژوهش حاضر مقایسه ارتباط، عملکرد خانوادگی و رضایت از تصویر

خانواده به خاطر محدود شدن توانایی آنها در ایجاد عادت‌های سالم مرتبط با خوردن، خوابیدن و فعالیت در خانواده، می‌تواند منجر به اضافه وزن فرزندان شود (۱۴). Haines و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی بیان کردند خانواده‌هایی که از ثبات خانوادگی بالایی برخوردار بودند و روابط صمیمی بین والدین و فرزندان حکمفرما بود، احتمال پیروی فرزندان از رژیم غذایی سالم، داشتن فعالیت فیزیکی و خواب کافی، بیش از دیگران است. همچنین آنها گزارش دادند که دختران این خانواده‌ها غذاهای فست‌فودی کمتری مصرف می‌کردند و پسرانی هم که روابط صمیمی با پدر داشتند احتمال ابتلای آنان به چاقی و اضافه وزن بسیار کمتر بود (۶). یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیز حاکی از رابطه ارتباطات خانوادگی مناسب و صمیمی بین والدین و نوجوانان با تغذیه سالم و انجام تمرین‌های ورزشی در نوجوانان بود که این امر موجب بهبود سلامتی جسمی‌شان و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در آنان می‌شد (۲۰، ۲۴).

دیگر متغیری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، تصویر بدن است. روانشناسان در زمینه تصویر بدن سعی دارند نگرانی‌های نوجوانان را در مورد شکل ظاهر و بدنشان درک کنند. نوجوانان تصویر بدن را به عنوان احساسات، ادراکات، باورها و رفتارهای مرتبط با بدن خود تعریف می‌کنند (۲۵). نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن با نگرانی‌های جدی بهداشتی از جمله اختلالات خوردن، افسردگی و چاقی همراه است (۲۵). اگرچه ممکن است نارضایتی از تصویر بدن در همه افراد مشاهده شود اما در دو گروه زنان و نوجوانان بیشتر مشاهده می‌شود (۲۶). در پژوهش‌های که در کشورهای مختلف جهان هم انجام شد نارضایتی از تصویر بدن در میان دختران نوجوان خصوصاً آنانی که از چاقی مزمن رنج می‌برند بیشتر گزارش شد (به عنوان مثال پژوهش، (۲۷، ۲۸))؛ زیرا چاقی ممکن است باعث ایجاد نارضایتی از تصویر بدن در بین نوجوانان شود؛ در نتیجه احتمال دارد آنان (نوجوانان) در تلاش باشند تا چه از روش‌های سالم و چه ناسالم در پی کاهش وزن برای رسیدن به یک تصویر مطلوب برای خود باشند (۲۹). Laura و همکاران (۲۰۱۲) بیان

بدن بر روی دانش‌آموزان دختر مبتلا اضافه وزن و چاقی در مقایسه با همسالان دارای وزن عادی خود بود.

روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای، زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه شهرکرد و با شماره مجوز IR.SKU.REC.1398.006 انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول و دوم شهر شهرکرد که در سال ۱۳۹۸ مشغول به تحصیل و تعداد آنان برابر با ۵۱۵۰ نفر بود، تشکیل دادند. با استفاده از فرمول تعیین حجم

$$n = \frac{Nz^2pq}{Nd^2 + z^2pq}$$

نمونه کوکران ()، تعداد ۳۶۰ نفر (هر گروه ۱۸۰ نفر) به عنوان نمونه این پژوهش در نظر گرفته شد. برای نمونه‌گیری دانش‌آموزان عادی از شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. شیوه انتخاب بدین صورت انجام شد که از میان دبیرستان‌های شهر شهرکرد ۵ دبیرستان به صورت کاملاً تصادفی انتخاب، در مرحله بعد، از بین این ۵ دبیرستان، ۱۰ کلاس و از هر کلاس ۱۸ نفر به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شدند. در مجموع تعداد دانش‌آموزان گروه عادی شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۸۰ نفر گرفته شد. شیوه اجرا پرسشنامه‌ها در گروه دانش‌آموزان عادی به صورت گروهی و بدین صورت انجام شد؛ مدارس لیست اسامی ۱۰ کلاس انتخاب شده را در اختیار پژوهشگران قرار دادند؛ پژوهشگران اسامی دانش‌آموزان دارای افزایش وزن را از لیست هر کلاس حذف و لیست نهایی ۱۰ کلاس را تهیه کردند؛ سپس اسامی ۱۸ نفر از هر لیست را به صورت کاملاً تصادفی (قرعه-کشی) مشخص نمودند و با هماهنگی مدیر و دبیر مربوطه اسامی ۱۸ نفر در هر کلاس قرائت و در محل اجرا به این دانش‌آموزان، اهداف پژوهش، توضیح در مورد پرسشنامه‌ها و نحوه پرکردن آنها و اصل محرمانه بودن اطلاعات ارائه شد و در صورت موافقت پرسشنامه‌های این پژوهش در میان آنها توزیع و شرکت‌کنندگان به این پرسشنامه‌ها پاسخ می‌دادند. لازم به ذکر است پژوهشگران با بررسی پرسشنامه‌ها، ۷ آزمودنی که به بیشتر

گزینه‌ها پاسخ ندادند از نمونه حذف و در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌های گروه عادی با ۱۷۳ نفر صورت گرفت. نمونه‌گیری گروه دانش‌آموزان دارای افزایش وزن و چاقی به صورت هدفمند انجام شد. بدین صورت که در آن ۵ دبیرستان انتخاب شده، پژوهشگران با مراجعه به پرونده‌های سلامت دانش‌آموزان بر اساس (BMI) آنها لیستی از افراد مبتلا به افزایش وزن و چاقی را تهیه کردند. شیوه اجرای پرسشنامه‌ها در گروه دانش‌آموزان دارای افزایش وزن، به صورت فردی انجام شد. پژوهشگران با مراجعه به هر یک از این دانش‌آموزان و به منظور اجرای اصول اخلاقی، اهداف پژوهش، اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات و اینکه آنها آزاد هستند که هر موقعی که خواستند پژوهش را ترک کنند، با آنها در میان گذاشتند. در صورتی که رضایت آگاهانه خود را مبنی بر شرکت در این پژوهش اعلام می‌کردند از آنها درخواست می‌شد که به پرسشنامه‌های این پژوهش پاسخ دهند. در نهایت ۱۸۰ دانش‌آموز دارای افزایش وزن در این پژوهش شرکت کردند. لازم به ذکر است که در موقع تحلیل داده‌ها ۴ آزمودنی به بیشتر گزینه‌های پرسشنامه‌ها پاسخ نداده بودند که از روند تحلیل حذف شدند و ۳ تای دیگر هم به صورت کاملاً تصادفی برای برابری دو گروه دانش‌آموزان عادی و مبتلا به افزایش وزن و چاقی حذف و در نهایت داده‌های این گروه نیز با ۱۷۳ نفر مورد تحلیل قرار گرفتند. در ضمن، ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل، جنس مونث، تمایل به شرکت در پژوهش، سطح BMI متناسب با پژوهش (اضافه وزن (صدک ۸۵ تا ۹۵) و افزایش وزن (صدک ≥ ۹۵)، سن بین ۱۲ تا ۱۶ سال، نداشتن مشکلات جسمانی عمده برای مثال نائیبی؛ و ملاک‌های خروج، تکمیل نبودن پرسشنامه‌های پژوهش، داشتن بیماری‌های زمینه‌ای (قلبی و عروقی، آسم و غیره). در

در ادامه **ابزار پژوهش** به طور خلاصه شرح داده می‌شود.

عملکرد خانوادگی: این بُعد یکی از ابعاد مقیاس ابزار ارزیابی خانواده از Epstein و همکاران (۱۹۸۳) می‌باشد که به دلیل ارتباط با سایر خرده مقیاس‌های این ابزار به عنوان یک شاخص واحدی برای ارزیابی عملکرد خانواده مورد استفاده قرار می‌گیرد. این خرده مقیاس از ۱۲ آیتم تشکیل شده است شش آیتم

نتایج

۴۶/۸ درصد شرکت کنندگان دانش آموزان دارای افزایش وزن و چاقی در گروه سنی ۱۲-۱۴ سال و ۵۳/۲ آنها در گروه سنی ۱۵-۱۶ سال قرار داشتند. سطح تحصیلات والدین این شرکت کنندگان از بی سواد تا فوق لیسانس را شامل می شد. همچنین ۳/۵ درصد پدران این دانش آموزان بیکار، ۳۸/۷ درصد کارمند و ۵۷/۸ درصد دارای مشاغل آزاد بودند. اما در گروه دانش آموزان عادی ۵۷/۲ درصد شرکت کنندگان در گروه سنی ۱۲-۱۴ سال و ۴۲/۸ آنها در گروه سنی ۱۵-۱۶ سال قرار داشتند. سطح تحصیلات والدین این شرکت کنندگان از بی سواد تا دکتری را شامل می شد. همچنین ۱/۸ درصد پدران این دانش آموزان بیکار، ۳۳ درصد کارمند و ۶۵/۲ درصد دارای مشاغل آزاد بودند. در ادامه شاخص های توصیفی متغیرهای مورد بررسی این پژوهش آورده می شود.

جدول ۱. شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش در گروه دانش آموزان مبتلا به اضافه وزن و چاقی و عادی

متغیرها	دانش آموزان دارای اضافه وزن		دانش آموزان عادی	
	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد خانوادگی	۳۲/۷۹	۵/۹۵	۳۷/۳۸	۶/۴۹
ارتباط خانوادگی	۱۶/۷۶	۴/۷۹	۱۸/۱۵	۳/۸۳
رضایت از تصویر بدن	۵/۷۶	۲/۱۰	۷/۴۸	۱/۷۳

نتایج جدول (۱) نشان می دهد که میانگین نمرات ارتباط و عملکرد خانوادگی و رضایت از تصویر بدن در گروه دانش آموزان عادی از گروه دانش آموزان دارای اضافه وزن بالاتر می باشد.

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج نشان می دهد فرض صفر مبنی

عملکرد خانواده سالم و ۶ آیتم دیگر عملکرد خانواده ناسالم را نشان می دهد. به هر آیتم نمره ۱ تا ۴ داده می شود. Bihum و همکاران (۲۰۰۲) بیان داشتند که این ابزار قابلیت اجرا بر روی نوجوانان بالای ۱۲ سال دارد. آنها پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش دادند (۳۹). Yoosefi (۱۳۹۱) در پژوهشی پایایی این بُعد را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش داد (۴۰). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۶ برای خرده مقیاس عملکرد خانوادگی گزارش می شود.

خرده مقیاس ارتباط خانوادگی: این خرده مقیاس یکی از خرده مقیاس های ابزار ارزیابی خانواده از Epstein و همکاران (۱۹۸۳) می باشد. این خرده مقیاس از ۶ سوال تشکیل شده است که نحوه و چگونگی ارتباط اعضای خانواده ها را با یکدیگر نشان می دهد. به هر آیتم نمره ۱ تا ۴ داده می شود که نمره بالا نشان دهنده ی ارتباط بهتر و مثبت تر اعضای خانواده ها با یکدیگر می باشد. در مطالعه Epstein و همکاران (۱۹۸۳) ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس را ۰/۷۵ گزارش دادند (۴۱). Yoosefi (۱۳۹۱) در پژوهشی پایایی این بُعد را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش داد (۴۰). ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس در این پژوهش ۰/۷۲ به دست آمد.

مقیاس رضایت از تصویر بدن: این مقیاس شامل ۲ آیتم است که میزان رضایت نوجوانان را از وزن و ظاهر خود مورد سوال قرار می دهد. هر آیتم شامل یک طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد که ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم. Crespo و همکاران (۲۰۱۰) این مقیاس را در پژوهشی به کار بردند و پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در دو زمان متفاوت بین ۰/۶۷ و ۰/۷۱ گزارش کردند (۴۲). در ضمن آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۶۵ گزارش می شود.

تجزیه و تحلیل آماری: داده ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از میانگین و انحراف استاندارد بعنوان شاخص های توصیفی و همچنین از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت های بین دو گروه در زمینه متغیرهای به کار رفته شده در پژوهش حاضر استفاده شد.

۰/۳۷۷	۰/۷۸۳	۳۵/۳۹۱	۱	۳۵/۳۹۱	عملکرد والدین
۰/۱۸۵۱	۰/۰۳۵	۰/۶۶۵	۱	۰/۶۶۵	ارتباط خانوادگی
۰/۳۹۴	۰/۷۲۷	۲/۶۹۵	۱	۲/۶۹۵	رضایت از تصویر بدن

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد هر سه سطح معنی‌داری متغیرها وابسته از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد. بنابراین، شرایط توازی شیب رگرسیون برای تحلیل کواریانس فراهم است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری

منابع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی مجذورات	میانگین F	sig
عملکرد والدین	۱۷۲/۱۳۷	۱	۱۷۲/۱۳۷	۳۸/۲۲۶	۰/۰۰۰
ارتباط خانوادگی	۱۵۴/۹۴۹	۱	۱۵۴/۹۴۹	۸/۲۳۳	۰/۰۰۴
رضایت از تصویر بدن	۲۶۲/۹۰۲	۱	۲۶۲/۹۰۲	۷۰/۹۷۱	۰/۰۰۰

همانگونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، مقدار F متغیرهای عملکرد خانوادگی، ارتباط خانوادگی و رضایت از تصویر بدن به ترتیب برابر با $۳۸/۲۲۶$ ، $۸/۲۳۳$ و $۷۰/۹۷۱$ که در سطح $۰/۰۰۴$ و $۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین متغیرهای ارتباط خانوادگی، عملکرد خانوادگی و رضایت از تصویر بدن در میان دانش‌آموزان دارای افزایش وزن و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی عملکرد خانوادگی، ارتباط خانوادگی و رضایت از تصویر بدن بین دانش‌آموزان چاق و اضافه وزن و عادی انجام گرفت. نتایج نشان داد که دانش‌آموزان عادی به نسبت دانش‌آموزان مبتلا به چاقی و اضافه

بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش در هر دو گروه تأیید و پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها نیز برقرار است ($P > ۰/۰۵$). به همین دلیل استفاده از آزمون‌های پارامتریک امکان‌پذیر است. در ادامه برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده می‌شود. علت انتخاب این آزمون آن است که پژوهشگران نقش متغیر دموگرافیک تحصیل والدین را کنترل نمایند.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل واریانس چند متغیری

اثر	آزمون	Value	F	فرضیه خطا	df	Sig
گروه لامبدای بند	۰/۲۱۹	۳۱/۹۴۰	۳/۰۰۰	۳۴۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
هتلینگ لالی	۰/۷۸۱	۳۱/۹۴۰	۳/۰۰۰	۳۴۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۸۱	۳۱/۹۴۰	۳/۰۰۰	۳۴۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

چنانکه در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میزان F $۳۱/۹۴۰$ و لامبدای ویکلز با ارزش $۰/۲۱۹$ در سطح $p < 0/001$ از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. بنابراین اثر عامل گروه‌بندی معنادار است. در واقع می‌توان چنین استنباط نمود که بین دانش‌آموزان دختران مبتلا به افزایش وزن و چاقی و عادی، حداقل در یکی از متغیرهای مورد آزمون تفاوت معنادار وجود دارد.

قبل از اجرای تحلیل کواریانس باید از شرط عدم تعامل میان متغیر مستقل و کواریت (تحصیلات والدین) با متغیرهای عملکرد و ارتباط خانوادگی و رضایت از تصویر بدن مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین از شیب رگرسیون برای این بررسی استفاده شد.

جدول ۳. بررسی مدل تعاملی میان تحصیلات والدین دانش‌آموزان با متغیرهای عملکرد خانوادگی و ...

منابع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی مجذورات	میانگین F	sig
ارتباط خانوادگی	۱۷۲/۱۳۷	۱	۱۷۲/۱۳۷	۳۸/۲۲۶	۰/۰۰۰
ارتباط خانوادگی	۱۵۴/۹۴۹	۱	۱۵۴/۹۴۹	۸/۲۳۳	۰/۰۰۴
رضایت از تصویر بدن	۲۶۲/۹۰۲	۱	۲۶۲/۹۰۲	۷۰/۹۷۱	۰/۰۰۰

وزن نمرات بالاتری در عملکرد خانوادگی، ارتباط خانوادگی و رضایت بالاتری از تصویر بدنی شان نسبت به دانش‌آموزان مبتلا به چاقی و اضافه وزن به دست آوردند.

بین عملکرد خانوادگی نوجوانان چاق و اضافه وزن با نوجوانان عادی در این پژوهش تفاوت معناداری به دست آمد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های (۱۵، ۱۷، ۱۸) همسو بود. رابطه بین فرزندان، والدین و سایر اعضای خانواده را می‌توان به‌عنوان شبکه‌ای دانست که در کنش متقابل با یکدیگر قرار دارند و به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق سبک‌ها و روش‌های فرزندپروری در فرزندان اثر می‌گذارند. Cacioppo و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی بیان کردند که عملکرد خانواده در حوزه‌های مهارت‌های ارتباطی و الگوهای رفتاری قابل مذاکره نقش مهمی در پیش‌بینی کیفیت زندگی نوجوانان دارند (۴۳). بنابراین، می‌توان گفت خانواده‌هایی که انعطاف‌پذیری بیشتر در نقش‌ها و مسئولیت‌های مشخص‌تری دارند، فرزندان‌شان کیفیت زندگی بهتر و مشکلات جسمانی کمتری از جمله اضافه‌وزن و چاقی تجربه می‌کنند. Sleddens و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که سبک‌های فرزندپروری و عملکرد خانواده می‌تواند بر ثبات وزن کودکان اثر داشته باشد؛ به‌طوری‌که سبک‌های فرزندپروری مستبدانه باعث کاهش عملکرد مثبت خانواده شده و همین امر منجر به رشد سبک زندگی منفی در میان کودکان از جمله مصرف غذای بیشتر و مصرف کمتر میوه و سبزیجات شده و در درازمدت سبب چاقی در بزرگ‌سالی می‌شود (۴۴). نتایج پژوهش دیگری هم نشان داد که عملکرد ضعیف خانواده‌ها مستقیماً باعث بروز آسیب‌های جسمانی و اختلال‌های روانی در کودکان و نوجوانان می‌شود که گرایش به مصرف تنقلات و مصرف غذاهای پرچرب و آماده، خوردن هیجانی، چاقی و اضافه‌وزن می‌تواند از پیامدهای عملکرد ضعیف خانواده‌ها دانست (۴۵). همچنین مطالعه‌ی مروری Booth و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که محیط خانواده و عملکرد آن عامل مؤثری بر دریافت مواد غذایی مانند میوه و سبزیجات یا مصرف غذاهای آماده همچون، نوشابه، چربی و در نتیجه چاقی است (۴۶). در تبیین این یافته می‌توان

گفت عملکرد ضعیف خانواده موجب ایجاد اختلافات در خانواده، ایجاد چالش‌هایی در زمان و نوع غذا، مشکل در مدیریت وعده‌های غذایی خانواده، عدم انجام وظایف و نقش‌های افراد می‌شود. در مجموع این مشکلات می‌تواند منجر به ایجاد سطوح بیشتر استرس، ایجاد سبک ناسالم غذایی، حمایت و پشتیبانی کمتر اعضای خانواده از یکدیگر شود. به‌عنوان مثال، برنامه‌ریزی برای وعده‌های غذایی خود می‌تواند نشان دهنده عملکرد خانواده باشد؛ زیرا بسیاری از جنبه‌های عملکرد خانواده در هنگام برنامه‌ریزی برای انجام و خوردن وعده‌های غذایی آشکار می‌شود. لذا وقتی عملکرد خانواده‌ای ضعیف باشد، وعده‌های غذایی غالباً به خودی خود، یک رویدادهای ضعیف استرس‌زا محسوب می‌شوند و از آنجایی که یکی از راه‌های کاهش استرس در افراد خوردن است همین مورد احتمالاً سبب ایجاد چاقی و یا اضافه وزن در بین نوجوانان دختر می‌شود یا اینکه کودکان و نوجوانان در مخالفت با والدین خود بر می‌آیند و عموماً غذاهای ناسالمی را برای خود انتخاب می‌کنند. از طرف دیگر، خانواده‌هایی که عملکرد و کارایی بیشتری دارند، ممکن است بتوانند تعاملات بیشتر و منعطف‌پذیرتری را با اعضای خانواده خویش در فضای خانه ایجاد کنند که این امر امکان‌پذیرش بیشتر رفتارهای خاص والدین در مورد مدیریت اضافه وزن از سوی فرزندان را فراهم می‌کند. بنابراین، با توجه به نقش

مهم عملکرد خانواده در چاقی و مصرف غذاهای سالم می‌توان گفت خانواده‌های دانش‌آموزان مبتلا به چاقی و اضافه وزن نسبت به دانش‌آموزان عادی عملکرد خانوادگی ضعیف‌تری دارند. بنابراین به این خانواده‌ها توصیه می‌شود بر روی بهبود ارتباط و افزایش درک از نوجوانی متمرکز شوند که اگر این امر در خانواده‌ها میسر شود احتمال دارد والدین از طریق درک نوجوانی بتوانند ارتباط بهتری با نوجوان داشته باشند. اگر ارتباط والدین با نوجوانان در یک مسیر موفق‌تری قرار گیرد، احتمال پذیرش نظرات والدین در زمینه رفتارهای صحیح مربوط به سبک غذایی مناسب هم بیشتر خواهد شد؛ زیرا به نظر می‌رسد برای نوجوانان خشنودی والدین بسیار مهم است. پس اگر عملکرد خانواده به درستی انجام گیرد، خشنودی والدین برای

مکرراً در مورد مواد غذایی و چاقی صحبت می‌کنند احتمال ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلالات خوردن مانند چاقی بسیار بالا است (۴۸). از سوی دیگر، ارتباط خانوادگی می‌تواند بر روی الگوی غذایی و تصویر بدن نیز تاثیر بگذارد. به عنوان مثال، پژوهشی نشان داده است که ارتباط مادران با دخترانشان بر روی الگوی غذا خوردن و تصویر بدن آنان تاثیر گذار بود (۴۹). از این رو می‌توان گفت ارتباطات خانوادگی به احتمال

زیاد می‌تواند بر رفتارهای غذایی نوجوانان و همچنین بر نگرش آنها نسبت به سلامتی‌شان تاثیر گذار باشد. نوجوانان در هنگامی که ناراحت هستند بیشتر سراغ خوردن می‌روند؛ یعنی مسائل هیجانی نوجوانان با رفتار خوردن آنان در ارتباط هستند. وقتی خانواده یک ارتباط مناسب با نوجوان برقرار می‌کند تغییرات شدید هیجانی در خانواده بسیار کم می‌شود. از سوی دیگر، خانواده‌هایی که نوجوان دارند باید سعی کنند برون‌ریزی‌های هیجانی خویش را به حداقل برسانند و این امر موجب می‌شود احساسات خصوصاً ناراحتی و یا خوشحالی به یک حالت تعادلی برسد و خیلی مسائل هیجانی در این خانواده‌ها رخ ندهد و این امر می‌تواند منجر به کنترل رفتار خوردن شود. همچنین مطالعات رشدی می‌گویند، خانواده‌هایی که دارای نوجوان هستند، سخت‌ترین دوران خود را تجربه می‌کنند؛ زیرا سطح هیجانات منفی در این دوران بسیار بالا می‌رود و اگر خانواده‌ها بتوانند سطح ارتباط‌شان را بهینه و عملکردش را بالا ببرند، این دوران سخت گذار آسان‌تر سپری می‌شود. مورد دیگری که در اینجا می‌شود به آن اشاره کرد سطح خلق نوجوان است. نوجوانان هر وقتی که خلق‌شان پایین می‌آید به هرکاری دست می‌زنند تا خلق‌شان را بالا ببرند. یکی از کارهایی که نوجوانان در هنگامی که خلق‌شان پایین است انجام می‌دهند، رفتارهای خوردن است. بنابراین خانواده‌هایی که از سطح ارتباط خوبی برخوردارند حواس‌شان به خلق نوجوان‌شان است و از طریق گفت و گو این خلق را بالا می‌برند و این کار باعث می‌شود که نوجوان برای بالا رفتن سطح خلق‌شان، از رفتار خوردن استفاده نکنند و در نهایت می‌توان گفت خانواده‌هایی که ارتباط مناسبی بین اعضایشان برقرار است از سطح صمیمیت بالایی برخوردار

نوجوان اهمیت پیدا می‌کند و ممکن نوجوان در رفتار خوردن سراغ اصولی برود که والدین دوست دارند و این امر منجر به پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در آنان می‌شود. نکته مهم دیگری که در بحث عملکرد خانواده باید بیان کرد این است که والدین خانواده‌های که دارای عملکرد خوبی هستند، والدین دستوری نیستند در نتیجه مقاومت‌های ذهنی نوجوان را تشدید نمی‌کند و این امر به بهبود مسائل ارتباطی بین نوجوان و والدین کمک می‌کند

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که ارتباط خانوادگی در خانواده‌های دانش‌آموزان مبتلا به چاقی و اضافه وزن نسبت به دانش‌آموزان عادی در سطح پایین‌تری قرار دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های همسو (۶، ۲۳، ۲۴) است. Kim و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی را با عنوان بررسی درگیری والدین در ایجاد مهارت‌های مدیریت وزن برای کودکان مبتلا به چاقی، مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش از اثربخشی مداخله درگیری والدین در ارتقاء رابطه کودک و والدین و افزایش خودکارآمدی کودکان در حفظ رژیم غذایی مناسب جهت پیشگیری از ابتلا به چاقی و اضافه وزن حمایت کرد؛ بنابراین، می‌توان گفت ارتباطات خانوادگی بر درمان چاقی و رفتارهای تغذیه‌ای مانند خوردن، اثر گذار می‌باشد (۴۷). در تبیین این یافته، می‌توان گفت برای اینکه خانواده‌ها بتوانند فضای ارتباطی خوبی فراهم آورند باید فضایی را در خانواده‌ها ایجاد کنند تا همه اعضای خانواده بتوانند بر سر موضوعی بدون قید و شرط مشارکت داشته باشند؛ در نتیجه خانواده‌هایی که این شرایط را ایجاد می‌کنند باعث می‌شوند همه اعضای خانواده عقاید و نظرات خود را مثلاً در مورد نوع غذا، وعده‌های غذایی و غیره بیان کنند. در این نوع خانواده‌ها راجع به مسائل مختلفی صحبت می‌شود و تاکید همیشگی بر روی یک موضوع به عنوان مثال چاقی و اضافه وزن وجود ندارد. اما در مورد خانواده‌هایی که دارای فرزندان مبتلا به اضافه وزن و چاقی هستند، می‌توان گفت که محور اصلی صحبت‌های و مکالمه‌های اعضای خانواده با یکدیگر بیشتر بر سر مواد غذایی و الگوهای غذایی است. این در صورتی است که پژوهش‌ها نشان داده است در خانواده‌هایی که

ها بتوانند بر روی تقویت عزت نفس نوجوانان از طریق تعریف از ظاهر نوجوان، فقدان عیب جویی از ظاهر آنان و غیره کار کنند، این موارد می‌تواند به دوست داشتن نوجوان از بدنشان کمک کند و نوجوان آن تصویری که از بدنشان دارند، بدانند که جز فرایند رشدی و یک سری تغییرات مثبت است و همین امر منجر می‌شود تا نوجوان احساس بدی نسبت به بدنشان نداشته باشند؛ زیرا نوجوانان فکر می‌کنند این تغییرات در ظاهرشان دایمی است و احتمال دارد این تصور موجب ایجاد اضطراب در آنان شود و اضطراب زیاد می‌تواند به افزایش رفتار خوردن کمک و چاقی را تشدید کند. حال اگر خانواده بتواند از این تغییرات جسمی نوجوان به خوبی یاد کند، عزت نفس آنان را بالا می‌برد و به پذیرش و به رضایت نوجوان از تصویر بدنشان کمک می‌کند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه این پژوهش به دانش‌آموزان دختر شهر شهرکرد در استان چهارمحال و بختیاری اشاره کرد، بنابراین تعمیم نتایج به سایر شهرها و استان‌ها باید با احتیاط صورت پذیرد. محدودیت دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد این است که این پژوهش تنها بر روی دانش‌آموزان دختر انجام شده است و مشخص نیست آیا در بین دانش‌آموزان پسر دارای اضافه وزن و عادی این نتایج دوباره تکرار می‌شود یا خیر. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به صورت همزمان بر روی نمونه دختران و پسران نوجوان دارای اضافه وزن و عادی انجام شود که این کار نتایج بسیار جالبی را در این حوزه می‌تواند در اختیار سیاست‌گذاران بهداشت و روان جامعه و خانواده‌های این دانش‌آموزان ارائه دهد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که چاقی کودکان و نوجوانان می‌تواند نقش بسزایی در سلامت روان آنان داشته باشد. عوامل محیطی و خانوادگی نیز باید مورد توجه کارشناسان و متخصصین این حوزه قرار بگیرد زیرا ابتلا به چاقی در نوجوانان در این سنین می‌تواند عامل خطری برای اختلالات روانی و جسمی مانند اضطراب، افسردگی و غیره در بزرگسالی باشد. در نتیجه پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای روان‌شناسان، روان‌پزشکان، متخصصین تغذیه و کلیه مجریان حرفه‌های

هستند. یکی از انواع صمیمت‌ها، صمیمیت فکری است که نوجوانان هر فکری که در مورد خودش، تصویر بدن و غیره خویش دارند می‌توانند بیان کنند و بازگو کردن این ذهنیات و مشغلیات ذهنی‌شان برای والدین‌شان، سبب آرامش نوجوان می‌شود. بنابراین اگر خانواده صمیمیت‌شان را از طریق ارتباط مناسب حفظ کنند این منجر به پذیرش نوجوانان می‌شود و پذیرش موجب تعادل هیجانی نوجوان و در نتیجه یک ثبات هیجانی در آنان می‌شود که این امر هم منجر به کاهش و پیشگیری رفتارهای افراطی خوردن در نوجوانی می‌شود.

و بالاخره، از یافته‌های دیگر این پژوهش می‌توان به نمره بالاتری که دانش‌آموزان عادی در متغیر رضایت از تصویر بدن نسبت به نوجوانان مبتلا به چاقی و اضافه وزن به دست آوردند اشاره کرد که نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های (۲۷، ۲۸، ۳۰) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید بیان کرد در طول دوره‌ی نوجوانی افراد تغییرات فیزیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی بسیاری را تجربه می‌کنند که تغییرات جسمانی موجب ایجاد تغییراتی در تصویر بدن در این دوره می‌شود که به شدت نوجوانان را نسبت به تصویر بدنشان حساس می‌کند. همانطوری که در مقدمه نیز اشاره شد همه افراد نسبت به تصویر بدنشان حساس هستند اما دختران بیشتر از افراد دیگر بر روی تصویر بدن حساسیت نشان می‌دهند. شاید یکی از دلایل این حساسیت علاوه بر سن نوجوانی‌شان، نقش رسانه‌ها و فرهنگ جامعه می‌باشند. به عنوان مثال امروزه رسانه‌ها افراد لاغر و بلند قد را به عنوان مدل‌های خویش مورد تبلیغ قرار می‌دهد در نتیجه احساس عزت نفس بدی به نوجوانان مبتلا به چاقی و اضافه وزن دست می‌دهد و رضایت خود از تصویر بدنشان به شدت پایین می‌آید و آنان خود را در مقایسه با نوجوانان عادی در سطح پایین‌تری می‌بینند و بیشتر احساس کناره‌گیری به آنان دست می‌دهد. در

همین رابطه باید بیان کرد پایه عزت نفس برای نوجوانان از جسم شروع می‌شود و اگر بتوانیم به نوجوان کمک کنیم تا عزت نفس‌شان را خصوصاً از طریق جسم که همان تصویری است که از بدنشان دارند، افزایش دهند، این عزت نفس می‌تواند در کنترل رفتار خوردن آنان کمک کند. پس در واقع اگر خانواده-

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌داند از مدیران، معاونین، دبیران، مربیان بهداشت و سلامت و دانش‌آموزان مدارس متوسطه اول و دوم شهر شهرکرد تشکر و قدردانی نماید.

سلامت عمومی، در پیشگیری، کنترل و درمان هر چه بهتر چاقی باشد و از سوی دیگر یاریگر متخصصان برای طراحی مداخلاتی باشد که علاوه بر جنبه‌های جسمی بر جنبه‌های روانی افراد مبتلا به چاقی نیز تمرکز کنند.

References

1. Mastrotheodoros S, Canário C, Gugliandolo MC, Merkas M, Keijsers L. Family functioning and adolescent internalizing and externalizing problems: Disentangling between-, and within-family associations. *Journal of youth and adolescence*. 2019;1-14.
2. Nelson MC, Story M, Larson NI, Neumark-Sztainer D, Lytle LA. Emerging adulthood and college-aged youth: an overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity*. 2008;16(10):2205.
3. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *Jama*. 2012;307(5):483-90.
4. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128· 9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2017;390(10113):2627-42.
5. Kelishadi R, Haghdoost A-A, Sadeghirad B, Khajehkazemi R. Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition*. 2014;30(4):393-400.
6. Haines J, Rifas-Shiman SL, Horton NJ, Kleinman K, Bauer KW, Davison KK, et al. Family functioning and quality of parent-adolescent relationship: cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2016;13(1):68.
7. von Bonsdorff MB, Törmäkangas T, Rantanen T, Salonen MK, Osmond C, Kajantie E, et al. Early life body mass trajectories and mortality in older age: findings from the Helsinki Birth Cohort Study. *Annals of medicine*. 2015;47(1):34-9.
8. Davis JN, Tung A, Chak SS, Ventura EE, Byrd-Williams CE, Alexander KE, et al. Aerobic and strength training reduces adiposity in overweight Latina adolescents. *Medicine and science in sports and exercise*. 2009;41(7):1494.
9. Limbers CA, Young D, Grimes GR. Dietary, physical activity, and sedentary behaviors associated with percent body fat in rural Hispanic youth. *Journal of Pediatric Health Care*. 2014;28(1):63-70.
10. Romero AJ. A pilot test of the Latin active hip hop intervention to increase physical activity among low-income Mexican-American adolescents. *American Journal of Health Promotion*. 2012;26(4):208-11.
11. Ritchie LD, Welk G, Styne D, Gerstein DE, Crawford PB. Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do? *Journal of the American Dietetic Association*. 2005;105(5):70-9.
12. Carbert NS, Brussoni M, Geller J, Mâsse LC. Moderating effects of family environment on overweight/obese adolescents' dietary behaviours. *Appetite*. 2019;134:69-77.
13. Carnes-Holt K. Child-parent relationship therapy for adoptive families. *The Family Journal*. 2012;20(4):419-26.
14. Halliday JA, Palma CL, Mellor D, Green J, Renzaho A. The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. *International journal of obesity*. 2014;38(4):480-93.
15. Rhee K. Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 2008;615(1):11-37.
16. Renzaho AM, Dau A, Cyril S, Ayala GX. The influence of family functioning on the consumption of unhealthy foods and beverages among 1-to 12-y-old children in Victoria, Australia. *Nutrition*. 2014;30(9):1028-33.
17. Gundersen C, Mahatmya D, Garasky S, Lohman B. Linking psychosocial stressors and childhood obesity. *Obesity reviews*. 2011;12(5):e54-e63.
18. Li Wen M, Simpson JM, Baur LA, Rissel C, Flood VM. Family functioning and obesity risk behaviors: implications for early obesity intervention. *Obesity*. 2011;19(6):1252-8.
19. St. George SM, Wilson DK. A qualitative study for understanding family and peer influences on obesity-related health behaviors in low-income African-American adolescents. *Childhood Obesity*. 2012;8(5):466-76.
20. Jelalian E, Hadley W, Sato A, Kuhl E, Rancourt D, Oster D, et al. Adolescent weight control: An intervention targeting parent communication and modeling compared with minimal parental involvement. *Journal of Pediatric Psychology*. 2015;40(2):203-13.

21. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*. 2006;117(6):2047-54.
22. Riesch SK, Anderson LS, Krueger HA. Parent-child communication processes: Preventing children's health-risk behavior. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2006;11(1):41-56.
23. Chen JL, Kennedy C. Factors Associated with Obesity in Chinese-American Children. *Pediatric Nursing*. 2005;31:110-5.
24. Boutelle KN, Cafri G, Crow SJ. Parent predictors of child weight change in family based behavioral obesity treatment. *Obesity*. 2012;20(7):1539-43.
25. Markey C, Gillen M. Dieting. *Encyclopedia of Mental Health: Second Edition*: Elsevier Inc.; 2016. p. 46-50.
26. Ata RN, Ludden AB, Lally MM. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 2007;36(8):1024-37.
27. Jones LR, Fries E, Danish SJ. Gender and ethnic differences in body image and opposite sex figure preferences of rural adolescents. *Body image*. 2007;4(1):103-8.
28. Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *Best practice & research clinical endocrinology & metabolism*. 2005;19(3):421-40.
29. Dockray S, Susman EJ, Dorn LD. Depression, cortisol reactivity, and obesity in childhood and adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 2009;45(4):344-50.
30. Caccavale LJ, Farhat T, Iannotti RJ. Social engagement in adolescence moderates the association between weight status and body image. *Body image*. 2012;9(2):221-6.
31. Doaei S, Kalantari N, Majidi N, Malmir H. Investigation of the association of body mass index with mental health and self-confidence in girls: A case-control study. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2018;10(1):9-14.
32. Golian S, Ghiyasvand M, Ali MM, Mehran A. The relationship between body image of obese adolescent girls and depression, anxiety and stress. *Payesh (Health Monitor)*. 2014;13(4):433-40.
33. Poursharifi H, Hashemi Nosrat Abad T, Ahmadi M. Comparison of body image problems and social physique anxiety between obese and normal weight adolescents: the moderating role of sociocultural influence on weight loss and body change. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017;6(21):86-103.
34. Zarei A, Poursharifi H, Babapour J. The Role of Body Image Dissatisfaction and Mental Health in Prediction of Adolescent Obesity among Girls. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2016;18(3):197-204.
35. Brown BB, Prinstein MJ. *Encyclopedia of adolescence*: Academic Press; 2011.
36. Amiri P, Ghofranipour F, Jalali Farahani S, Ahmadi FF, Hosseinpanah F, Hooman HA. Mothers' Perceptions on Familial Correlates of Overweight and Obesity Related Behaviors in Adolescents. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2010;12(2):145-52.
37. Bayegi F, Mottlagh ARD, Eshraghian MR, Sadrzadeh H. Familial risk factors of obesity in Neishabour school children. *Payesh (Health Monitor)*. 2009;8(3):289-96.
38. Alberga A, Sigal R, Goldfield G, Prud'Homme D, Kenny G. Overweight and obese teenagers: why is adolescence a critical period? *Pediatric obesity*. 2012;7(4):261-73.
39. Bihum JT, Wamboldt MZ, Gavin LA, Wamboldt FS. Can the Family Assessment Device (FAD) be used with school aged children? *Family Process*. 2002;41(4):723-31.
40. Yoosefi N. An investigation of the psychometric properties of the mcmaster clinical rating scale (MCRS). *Educational measurement*. 2012;2(7):91-120.
41. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*. 1983;9(2):171-80.
42. Crespo C, Kiehlkowski M, Jose PE, Pryor J. Relationships between family connectedness and body satisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of youth and adolescence*. 2010;39(12):1392-401.
43. Cacioppo M, Pace U, Zappulla C. Parental psychological control, quality of family context and life satisfaction among Italian adolescents. *Child indicators research*. 2013;6(1):179-91.
44. Sleddens EF, Gerards SM, Thijs C, De Vries NK, Kremers SP. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. *International journal of pediatric obesity*. 2011;6(2Part2):e12-e27.
45. Cummings EM, George MR, McCoy KP, Davies PT. Interparental conflict in kindergarten and adolescent adjustment: Prospective investigation of emotional security as an explanatory mechanism. *Child development*. 2012;83(5):1703-15.
46. Booth ML, King LA, Pagnini DL, Wilkenfeld RL, Booth SL. Parents of school students on childhood overweight: the Weight of Opinion Study. *Journal of paediatrics and child health*. 2009;45(4):194-8.
47. Kim HS, Park J, Park K-y, Lee M-N, Ham OK. Parent involvement intervention in developing weight management skills for both parents and overweight/obese children. *Asian nursing research*. 2016;10(1):11-7.

48. Kluck AS. Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body image*. 2010;7(1):8-14.
49. Cooley E, Toray T, Wang MC, Valdez NN. Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*. 2008.

Original Article

Comparison of Family Function, Family Communication and Body Image Satisfaction Among Obese and Normal Girl Students in Shahrekord

Received: 10/01/2021 - Accepted: 21/09/2021

Zabihollah KavehFarsai^{1*}
Mohammad Rabiei²

¹Assistant Professor of Counseling
Department, Faculty of Literature and
Humanities, Shahrekord University
(corresponding author)

²Associate Professor of Counseling
Department, Faculty of Literature and
Human Sciences, Shahrekord University

Email: kavehfarsani@sku.ac.ir

Abstract

Introduction: There is mounting evidence that family functioning and Communication are linked to childhood overweight and obesity, and that both of these are associated with health-related behaviours and adverse health outcomes in children and adolescents. Therefore, the present study aimed to comparison of family Function, family communication and body image satisfaction among obese and normal girl students in Shahrekord

Materials and Methods: This descriptive study was conducted using the causal-comparative on all the first- and second-year high school girls in the academic year 2019 in Shahrekord Province, Iran. In total, 346 individuals were selected via multistage random cluster sampling for the normal students and purposive sampling for the obese students. Data were collected using General Functioning Scale, Family communication scale and body satisfaction scales. Data analysis using the multivariate analysis of covariance.

Results: The normal students had higher family Function, family communication and body image satisfaction scores compared to the obese students, with a significant difference in this regard ($P < 0.004/$).

Conclusion: The main message of this research is probably related to families with obese adolescents, counselors and psychologists. It can be concluded that both in the prevention and treatment of obesity, family function and communication can be considered. Also, during adolescence, overweight and obese people have very low satisfaction with their body image.

Key words: Family Function, Family communication, Body image satisfaction, Overweight, Obesity

Acknowledgement: There is no conflict of interest.