همبسته‌های روانشناختی وزن بدن: آیا از روی ویژگی‌های روانشناختی می‌توان لاغـری و چـاقی را پیش بینی کرد؟

نادر حاجلو*[1]، جلیل باباپور[2]

۱. گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی
۲. گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره دوم فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۲ صص ۱۸۲-۱۷۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۲۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۱/۱/۳۱]

چکیده

تحقیقات نشان می‌دهند که بین سلامت روانی و مشکلات جسمانی ارتباط وجود دارد. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط ویژگی‌های روانشناختی با لاغری و چاقی به اجرا در آمده است.

برای این مطالعه همبستگی، نمونه‌ای با حجم ۹۰ نفر از جامعه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی به صورت تصادفی انتخاب شد. برای اندازه گیری سلامت روان از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و برای تعیین چاقی یا لاغری نیز از نمایه‌ی توده‌ی بدنی استفاده شد. داده‌های به دست آمده به کمک تحلیل ممیز (Discriminate analysis) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان داد میزان افسردگی، اختلال عملکرد اجتماعی (Social Dysfunction) و شکایات جسمانی در افراد لاغر بیشتر از افراد چاق و افراد با وزن طبیعی است، اما میزان اضطراب در افراد چاق بیشتر از افراد لاغر و بهنجار است. به این ترتیب با در دست داشتن میزان افسردگی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و شکایات جسمانی، به خوبی می توان چاق یا لاغر بودن یک فرد را پیش بینی کرد. به تمامی متخصصان مرتبط با لاغری و چاقی پیشنهاد می‌شود در کنار علل زیست شناختی، علل روانشناختی لاغری و چاقی را جدی گرفته و برای کمک به این افراد، مداخلات روانشناختی را نیز مورد توجه قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، لاغری، چاقی

* نویسنده پاسخگو: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی
تلفن/نمابر: ۰۴۵۱-۵۵۲۰۸۰۳
E-mail: hajloo53@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.6.7]

مقدمه

یکی از واکنش‌های بدن ما بیماری است و ما معمولاً فکر نمی‌کنیم که بیماری‌های جسمانی نظیر زخم‌های معده، سرطان و آسم واکنش‌هایی باشند که می‌توانند تحت تأثیر افکار و احساسات قرار گیرند. اما شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد مدّت و شاید حتی وقوع این نوع بیماری‌ها می‌توانند تحت تأثیر حالت‌های روانی مبتلایان به آن‌ها قرار گیرند [۱]. چنین اختلالی، اختلال روانی ـ تنی نام دارد و به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر ذهن قرار دارد، یا در شدیدترین حالت توسط ذهن ایجاد می‌شود، تعریف شده است. حالت روانی باعث می‌شود بدن به گونه‌ای واکنش نشان دهد که معمولاً تصور می‌شود کاملاً جسمانی است، نه روانی. عوامل روانی می‌توانند شرایط جسمانی متعدد را در تعداد زیادی از دستگاه‌های عضوی تحت تأثیر قرار دهند [۲]. به عنوان مثال، عوامل روانی ـ اجتماعی در کنترل وزن دخالت دارند. از یک سو، بسیاری از مردم ادعا دارند که به هنگام اضطراب یا ناراحتی، بیشتر غذا می‌خورند و شواهد، گویای آن است که فشار عصبی امکان دارد سبب شود فرد بیش‌تر غذا بخورد [۴، ۳]. شیوه‌ی زندگی نیز مهم است. افرادی که الکل را به طور مرتب و زیاد می‌نوشند به دو دلیل وزن اضافه می‌کنند: الکل از طرفی به کالری رژیم غذایی می‌افزاید و از سوی دیگر موجب کاهش از دست رفتن چربی بدن می‌شود [۴].

عامل روانی ـ اجتماعی دیگر در کنترل وزن، حساسیت شخص به محرک‌های غذایی در محیط است. اشخاص چاق نسبت به بعضی از محرک‌ها از افراد غیرچاق حساس‌ترند [۵]. داشتن وزن نامناسب غالباً بر اعتماد به نفس شخص اثر می‌گذارد و زنان آمریکایی، نمونه‌ای تمام عیار از این پدیده‌اند. سلامت روانی در حفظ وزن و چاقی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان نقش بسزایی دارد. اختلال خوردن، تصویر بدنی نامناسب، عزت نفس و اختلالات خلقی، عوامل اجتماعی و خانوادگی، به روش‌های مختلف در چاقی و لاغری افراد نقش دارند [۶].

شخصی که به شدت نگران وزن خود است، معمولاً خود را دارای چهره و هیکلی چاق و کوتاه می‌انگارد، حتی وقتی دیگران چنین نیاندیشند. پژوهش‌های ابتکاری با استفاده از دستگاه‌هایی همچون پروژکتورهای ویژه، نشان داده‌اند که اکثریت عظیم زنان بدن خود را بزرگتر از آنچه هست، می‌انگارند و به طور کلی بر این باورند که یک چهارم بزرگتر از اندازه‌ی واقعی خود هستند. با این که اینگونه خطاها در مردان نیز دیده می‌شود، اما میزان آن در مردان نسبت به زنان بسیار کمتر است و بر خلاف زنان، بسیاری از این مردان در واقع تمایل دارند که بزرگتر باشند [۴].

از آنجا که بین حالات روانی و مشکلات جسمانی رابطه پیدا شده است، می‌توان این سؤال را مطرح کرد که آیا وزن نیز با حالات روانی مثل اضطراب، افسردگی، جسمانی سازی مشکل عصبی و اختلال در عملکرد اجتماعی مرتبط است؟ بدین منظور در تحقیق حاضر سعی شده است امکان گروه بندی وزن افراد بر اساس حالات روانشناختی آنها مورد مطالعه قرار گیرد. به عبارت دیگر، سؤال اساسی این تحقیق آن است که آیا از روی اضطراب، افسردگی، جسمانی سازی و اختلال در عملکرد اجتماعی، می‌توان لاغری، چاقی و یا طبیعی بودن وزن فرد را پیش بینی کرد؟

مواد و روش کار

این تحقیق از توع مطالعات توصیفی ـ تحلیلی بوده و جامعه‌ی آماری آن، کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بودند.

در تحقیقات بررسی همبستگی، هر قدر حجم نمونه زیاد باشد، مقادیر کوچک همبستگی به طور کاذب از نظر آماری، معنی‌دار ظاهر می‌شوند، به همین دلیل، حجم نمونه ۳۰ تا ۱۰۰ نفر برای تحقیقات همبستگی مناسب است. از جامعه آماری این تحقیق نیز ۹۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه محقق اردبیلی (۴۵ دختر و ۴۵ پسر)، به طور تصادفی ساده (از محوطه دانشگاه) برای مطالعه انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (General Health Questionnaire-GHQ) استفاده شد. این آزمون که توسط گلدبرگ و همکاران [۷] ساخته شده، متشکل از ۲۸ سؤال است که سلامت روانی را در چهار مقیاس افسردگی، شکایات جسمانی، اضطراب و اختلال عملکرد اجتماعی سنجیده و یک نمره کلی را به عنوان شاخصی از سلامت روانی به دست می‌دهد. همبستگی آن با Scl90 (Symptom checklist 90) محاسبه گردیده و روایی آن ۰/۷۸ گزارش شده است. در مورد اعتبار آن نیز پالنگ از طریق باز آزمایی، ۰/۹۱ و یعقوبی نیز با همین روش، ۰/۸۸ را گزارش کرده‌اند [۸]. در آزمون گلدبرگ افرادی که نمره ۱۴ و بالاتر را در هریک از مقیاس‌های فرعی کسب نمایند، مختل به حساب می‌آیند [۹].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.6.7]

برای تعیین وزن افراد مورد مطالعه از ترازوی دیجیتالی و برای تعیین قد آنها از مقیاس سانتی متر استفاده شد. پس از تعیین وزن و قد افراد مورد مطالعه، با استفاده از نمایه‌ی توده‌ی بدنی، سلامت وزنی هر فرد مشخص گردید. برای محاسبه‌ی نمایه‌ی توده‌ی بدنی باید وزن بدن (به کیلوگرم) را بر مربع قد (به متر) تقسیم کرد. درصورتی که BMI محاسبه شده فرد مورد مطالعه کمتر از ۱۹ بود، در گروه کمبود وزن و لاغر، اگر بین ۱۹ تا ۲۵ بود، در گروه وزن طبیعی و متناسب با قد و در صورتی که بیشتر از ۲۵ بود، در گروه اضافه وزن و چاق قرار می‌گرفت. برای طبقه بندی افراد مورد مطالعه در سه گروه لاغر، طبیعی و چاق، بر اساس وضعیت سلامت روانی آنها، از تحلیل ممیز استفاده شد.

یافته‌ها

این مطالعه روی دانشجویانی با میانگین سنی ۲۰/۳۲ (±۲/۱۱)، میانگین وزنی ۷۰/۱۱ (±۱۲/۹۸) و میانگین قدی ۱۷۶/۳۲ (±۶/۱۴) اجرا گردید. از بین افراد مورد مطالعه، ۷ نفر متأهل و ۸۳ نفر مجرد بودند. دامنه سنی افراد مورد مطالعه بین ۱۸ تا ۲۴ سال و همگی آنها دانشجوی دوره کارشناسی بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای روانشناختی در افراد لاغر، طبیعی و چاق

	لاغر (n=۳۰)		طبیعی(n=۳۰)		چاق (n=۳۰)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۴/۹۷	۱/۷۴	۴/۸۳	۱/۲۴	۷/۹۰	۲/۲۰
افسردگی	۶/۹۵	۲/۰۹	۳/۶۰	۱/۰۵	۲/۸۰	۱/۱۲
اختلال عملکرد اجتماعی	۷/۲۰	۲/۹۸	۵/۲۷	۲/۰۳	۵/۱۰	۲/۴۱
شکایات جسمانی	۸/۴۳	۳/۱۲	۴/۵۷	۱/۹۹	۴/۸۳	۲/۱۸

آزمون برابری میانگین‌های گروهی (جدول شماره ۲) نشان داد که بین سه گروه مورد مطالعه (لاغر، بهنجار و چاق) از نظر اضطراب ($F_{(2.87)}$= ۵/۲۳ و λ= ۰/۸۹)، افسردگی ($F_{(2.87)}$= ۷/۰۹ و λ= ۰/۸۶)، اختلال عملکرد اجتماعی ($F_{(2.87)}$= ۶/۳۶ و λ= ۰/۸۷) و شکایات جسمانی ($F_{(2.87)}$= ۹/۵۸ و λ=۰/۸۲) تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P_s< ۰/۰۱). بررسی میانگین گروه‌ها در هر یک از شاخص‌های چهارگانه سلامت روانی نشان داد میزان افسردگی، اختلال عملکرد اجتماعی و شکایات جسمانی در افراد لاغر بیشتر از دو گروه دیگر است، اما میزان اضطراب در افراد چاق بیشتر از افراد لاغر و بهنجار است.

جدول شماره ۲- خلاصه تحلیل ممیز؛ تمایز بین سه طبقه وزنی

	برابری میانگین‌ها		ضریب استاندارد		ضریب ساختار	
	F*	λ	F_1	F_2	F_1	F_2
اضطراب	۵/۲۳	۰/۸۹	-۰/۶۶۵	۰/۷۳۰	۰/۶۰۱ **	۰/۲۳۹
افسردگی	۷/۰۹	۰/۸۶	۰/۳۸۴	-۰/۳۴۷	۰/۵۵۴ **	۰/۳۷۱
اختلال عملکرد اجتماعی	۶/۳۶	۰/۸۷	۰/۳۹۲	۰/۱۲۸	-۰/۳۸۸	۰/۸۱۷
شکایات جسمانی	۹/۵۸	۰/۸۱	۰/۴۵۵	۰/۶۵۱	۰/۶۴۶	۰/۶۷۴

* کلیه مقادیر F در سطح P<۰/۰۱ معنی دار هستند.

** همبستگی مطلق بزرگ بین هر یک از متغیرها و هر یک از توابع تمیز

ارزش ویژه (Eigenvalue) اولین تابع (جدول شماره ۳) نشان داد که این تابع، به خوبی می‌تواند بین طبقه‌های وزنی تمیز قائل شود (۰/۴۴). این تابع، ۸۴/۴ درصد از واریانس را تبیین می‌کند. از طرف دیگر آزمون فرض صفر مربوط به توابع تشخیص نشان داد که اولین تابع تشخیص برای افراد سه طبقه وزنی یکسان نیست (P< ۰/۰۱ و χ^2 = ۳۷/۸۰ و λ=۰/۶۴).

جدول شماره ۳- خلاصه تحلیل ممیز کانونی

تابع	ارزش ویژه	همبستگی کانونی	لاندا	درصد واریانس	خی دو	درجات آزادی	سطح معنی داری
۱	۰/۴۴	۰/۵۵	۰/۶۴	۸۴/۴	۳۷/۸۰	۸	۰/۰۰۰
۲	۰/۰۸	۰/۲۷	۰/۹۳	۱۵/۶	۶/۶۶	۳	۰/۰۸۴

ضرایب استاندارد شده در جدول شماره ۲ میزان سهم هر یک از متغیرهای پیش بین را در قدرت تمیز بین طبقه‌ها نشان می‌دهند. این ضرایب حاکی از آنند که در هر دو تابع تشخیص، اضطراب و شکایات جسمانی بیشترین سهم را در تمیز بین طبقه‌ها دارند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.6.7]

همچنین با توجه به مقادیر ضرایب ساختار، می‌توان گفت افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی، بیشترین همبستگی را با اولین تابع تشخیص دارند؛ در حالی که اضطراب و شکایات جسمانی، بیشترین همبستگی را با دومین تابع تشخیص نشان می‌دهند.

نتایج تحلیل ممیز نشان داد اگر براساس نمرات سلامت روانی، افراد مورد مطالعه را در سه گروه چاق، لاغر و بهنجار، طبقه بندی کنیم، ۶۵ نفر از ۹۰ نفر (۷۲/۲۲ درصد) را به درستی در طبقه وزنی خود قرار خواهیم داد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴- نتایج طبقه بندی افراد مورد مطالعه در گروه‌های وزنی براساس نمرات سلامت روانی

وزن	عضویت گروهی پیش بینی شده			کل
	لاغر	بهنجار	چاق	
لاغر	۲۴	۴	۲	۳۰
بهنجار	۴	۲۰	۶	۳۰
چاق	۳	۶	۲۱	۳۰

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد میزان افسردگی در افراد لاغر بیشتر از افراد چاق و افراد با وزن طبیعی است. موری (Mauri M.) و همکاران [۱۰] نیز در تحقیق خود از افسردگی به عنوان یکی از تعیین کننده‌های لاغری نام برده‌اند. در چند تحقیق دیگر گزارش شده که افسردگی با از دست دادن وزن همراه است [۱۳-۱۱]. اهمیت لاغری در افراد افسرده تا حدی است که در طبقه بندی اختلالات روانپزشکی، لاغری و بی اشتهایی، به عنوان یکی از معیارهای تشخیصی افسردگی در نظر گرفته شده است [۲].

همچنین در این تحقیق معلوم شد که اختلال عملکرد اجتماعی و شکایات جسمانی در افراد لاغر بیشتر از افراد چاق و افراد با وزن طبیعی است.

پرووونچر و همکاران [۱۴] نیز نشان دادند که عدم سازگاری با محیط اجتماعی باعث از دست رفتن وزن و به وجود آمدن لاغری می‌شود. در اختلال جسمانی سازی، ویژگی‌های دیگری مثل خلق افسرده، حالت برانگیختگی و رفتار ضد اجتماعی نیز دیده می‌شود، لذا با توجه به ارتباط افسردگی و رفتار اجتماعی نامطلوب با لاغری، ارتباط جسمانی سازی با لاغری دور از انتظار نیست. شاید یکی از دلایل ارتباط جسمانی سازی با لاغری این باشد که در افراد جسمانی ساز، نشانه های معدی ـ روده ای مثل تهوع، استفراغ، اسهال و عدم تحمل چندین غذای متفاوت، به کرات دیده می‌شود [۲].

در این پژوهش معلوم شد میزان اضطراب در افراد چاق بیشتر از افراد لاغر و بهنجار است.

بسیاری از مردم ادعا دارند که به هنگام اضطراب یا ناراحتی، بیشتر غذا می‌خورند و شواهد، گویای آن است که فشار عصبی امکان دارد سبب شود فرد بیش‌تر غذا بخورد [۴]. اسکات و همکاران [۳] نیز در پژوهش خود از وجود ارتباط قوی بین اختلالات اضطرابی و چاقی پرده برداشتند. محققان مذکور خاطرنشان کردند که شدت ارتباط اضطراب با چاقی، بیش از ارتباط افسردگی با چاقی است. این محققان معتقدند که اضطراب نقش تعیین کننده‌ای در پرخوری دارد و نقش پرخوری در چاقی بر کسی پوشیده نیست. در تحقیقات دیگر نرخ شیوع اختلالات اضطرابی در افراد چاق بیشتر از شیوع آنها در افراد بهنجار گزارش شده است [۱۶، ۱۵].

یکی از علل مهم چاقی در کودکان نیز اضطراب، استرس و فشار روانی عنوان شده است [۱۷]. اما غیر از حالات روانشناختی، عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز در چاقی یا لاغری افراد نقش مهمی دارند. در بسیاری از فرهنگ‌ها در سراسر جهان، مردم نسبت به وزن خود، حساسند. در ایران، افراد غالباً از کودکی نگران وزن خود هستند، به ویژه اگر اضافه وزن داشته باشند و دیگران اذیتشان کنند و آنان را به جمع خود راه ندهند. وقتی کودکان به سنین نوجوانی می‌رسند، بسیاری از آنان بیش از اندازه دل مشغول وضع ظاهر خود می‌شوند و علاقه دارند وضع ظاهر خود را تغییر دهند [۱۸]. این کودکان غالباً نگرانی خود را در مورد مشکلات پوستی اظهار می‌دارند و دوست دارند اندامی بهتر یا ورزشکارانه‌تر، قدی بلندتر یا کوتاه‌تر و وزنی «درست» داشته باشند. اشخاصی که بدن نامطلوب دارند، غالباً به دید دیگران تنبل، راحت‌طلب و پرخور می‌آیند و بسیاری از آنان آرزو می‌کنند یا می‌کوشند بدنی داشته باشند که از نظر زیست شناسی دستیابی به آن امکان پذیر نیست [۱۹].

به عنوان نمونه در افراد دچار بی‌اشتهایی عصبی، این اندیشه که اضافه وزن دارند تا مدت‌ها پس از لاغر شدن ادامه می‌یابد. وقتی این افراد آنچنان لاغر می‌شوند که چیزی به غیر از پوست و استخوان از آنان باقی نمی‌ماند، بازهم خود را بسیار چاق می‌انگارند و می‌اندیشند اندازه بدنشان هنوز بسیار بزرگ است [۴].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.6.7]

در تحقیق حاضر، صرفاً نقش حالات روانشناختی در چاقی و لاغری بررسی شد و اهمیت اختلالات خلقی و اضطرابی در لاغری و چاقی، مورد تأکید قرار گرفت. بر اساس نتایج این تحقیق، به تمامی متخصصان مرتبط با لاغری و چاقی، توصیه می‌شود در کنار علل زیست شناختی، علل روانشناختی لاغری و چاقی را جدی بگیرند. به محققان نیز پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی ابعاد اجتماعی و فرهنگی لاغری و چاقی را مورد بررسی قرار دهند تا زمینه‌های فرهنگی این دو مشکل جسمی بیشتر آشکار گردد.

سهم نویسندگان

نادر حاجلو: طراحی ایده اولیه، طراحی طرحنامه، نظارت بر گرد آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آماری و تهیه گزارش نهایی

جلیل باباپور: مشارکت در طراحی طرحنامه، مشارکت در تجزیه و تحلیل آماری و مشارکت در تهیه گزارش نهایی

تشکر و قدردانی

از معاونت آموزشی دانشگاه محقق اردبیلی و کلیه کارشناسان آموزشی دانشکده‌های آن دانشگاه به خاطر همکاری در اجرای این پژوهش، تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1. Nakata A, Irie M, Takahashi M. Psychological distress, depressive symptoms, and cellular immunity among healthy individuals: A 1-year prospective study. International Journal of Psychophysiol**ogy** 2011; 81: 191-97
2. Dadsetan P. Developmental psychopathology from infancy through adulthood. 7nd Edition, Samt Press: Tehran, 2008 [Persian]
3. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. Journal of Psychosomatic Research 2008; 64: 97-105
4. Ellen EF, Anna MB, Kathleen AK. Objectified body consciousness in relation to recovery from an eating disorder. Eating Behaviors 2011; 12: 302-8
5. Nobakht M. Epidemiological study of eating disorders in female students in secondary school in Tehran. M.Sc. Thesis, Faculty of Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, 1998 [Persian]
6. Talen MR, Mann MM. Obesity and mental health. Primary Care: Clinics in Office Practice 2009; 36: 287-305
7. Mohammadi R. The relationship between management role, job satisfaction and stress factors with mental health of nurses in Tehran public and private hospitals. PhD Thesis, Higher Research Islamic Azad University: Tehran, 1997 [Persian]
8. Hajloo N. The relationship between economic and social activity with reduction of psychological problems in Veterans of Ardebil province. Shahid and Isargar Foundation of Ardabil, 2007 [Persian]
9. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979; 9: 139-45
10. Mauri M, Petracca A, Cassano GB. Impotence I: personality profiles and psychopathological features in 66 subjects referred to an andrology outpatient center. Comprehensive Psychiatry 1984; 25: 142-46
11. Simon GE, Rohde P, Ludman EJ. Association between change in depression and change in weight among women enrolled in weight loss treatment. General Hospital Psychiatry 2010; 32: 583-89
12. Wider C, Wszolek ZK. Rapidly progressive familial Parkinsonism with central hypoventilation, depression and weight loss (Perry syndrome)-a literature review review article. Parkinsonism & Related Disorders 2008; 14: 1-7
13. Weissenburger J, Rush AJ, Giles DE, Stunkard AJ. Weight change in depression-original research article. Psychiatric Research 1986; 17: 275-83
14. Provencher V, Polivy J, Wintre MG. Who gains or who loses weight? Psychosocial factors among first-year university students. Physiological Behaviors 2009; 96: 135-41
15. Delinsky SS, Derenne J, Becker AE. Specific mental health disorders: eating disorders. International Encyclopedia of Public Health 2008; 33: 169-74
16. Herpertz S, Burgmer R, Stang A. Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. Journal of Psychosomatic Research 2006; 61: 95-103
17. Sawyer MBBS MG, Lewis LM, BPsych SG. Is there a relationship between overweight and obesity and mental health problems in 4-to5-Year-Old Australian children? Ambulatory Pediatrics 2006; 6: 306-11
18. Conger JJ, Petersen AC. Adolescence and youth: psychological development in a changing world. 3nd Edition, Harper & Row: New York, 1984
19. Barnow S, Bernheim D, Schroder C. Obesity in childhood and adolescence, first results in a multimodal intervention study in Mecklenburg Vorpommern. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinsche Psychologie 2003, 53: 7-14 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.6.7]

ABSTRACT

Psychological correlates of body weight: do the impotence and obesity can be predicted from psychological characteristics?

Nader Hajloo*, Jalil Babapour

Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

Payesh 2013; 12: 177-182
Accepted for publication: 13 February 2012
[EPub a head of print- 20 April 2013]

Objective (s): This study aimed to examine the association between psychological characteristics with impotence and obesity.
Methods: For this post-event study, a sample of 90 students was randomly selected from Mohaghegh Ardabili university. Goldberg mental health questionnaire was used to to measure mental health. Also weight and hight were measured to calculate body mass index (BMI). Accordingly individuals were categorized into theree groups: thin, normal and obese. The data were analyzed with discriminate analysis technique to achieve the study objective.
Results: The results showed that depression, social dysfunction, and body complain were higher in thin than obese and normal individuals. However, the anxiety was higher in obese than thin and normal individuals.
Conclusion: The findings suggest that depression; anxiety, social dysfunction and somatization could predict fatness or thinness.
Key words: Mental health, Impotence, Obesity

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.6.7]

* Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
E-mail: hajloo53@yahoo.com