مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال نهم، شماره 1، بهار 1393، صفحات 71-59

ارتباط دریافت‌های غذایی، اضافه وزن، مشخصات دموگرافیک و عوامل مربوط به همسر با رضایت از وزن در زنان بزرگسال شهرستان نوشهر

مریم پاشا[1]، فریبا کوهدانی[2]، محمد رضا اشراقیان[3]، احمد رضا درستی مطلق[4]، حدیث گردکلی[5]، گیتی ستوده[6]

1-کارشناس ارشد علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
2- دانشیار گروه تغذیه سلولی- ملکولی، دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
3- استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
4- دانشیار گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
5- پزشک عمومی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان چالوس، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
6- نویسنده مسئول: دانشیار گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و رژیم شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، پست الکترونیکی: gsotodeh@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: 92/6/20 تاریخ پذیرش: 92/9/23

چکیده

سابقه و هدف: رضایت از وزن اثرات متفاوت تغذیه‌ای دارد و ممکن است منجر به اضافه وزن یا چاقی و یا اختلالات و رفتارهای نادرست غذایی گردد. هدف از این مطالعه تعیین وضعیت رضایت از وزن و ارتباط آن با دریافت های غذایی، اضافه وزن و چاقی، عوامل دموگرافیک و عوامل مربوط به همسر در زنان بزرگسال می‌باشد.

مواد و روش‌ها: نوع مطالعه مقطعی توصیفی – تحلیلی است که در شهرستان نوشهر انجام شده است. با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد 450 زن 55-20 سال انتخاب شدند. جمع آوری داده‌ها برای هر فرد از طریق مصاحبه و تکمیل پرسشنامه 24 ساعت یادآمد خوراک و فعالیت بدنی انجام شد. اندازه‌گیری‌های وزن، قد و دور کمر نیز انجام شد. رضایت از وزن از طریق پرسش تعیین شد. رگرسیون لجستیک چند متغیره برای تعیین عوامل مرتبط با رضایت از وزن مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: رضایت از وزن در زنان 62/4 درصد بود. حدود 70% زنان مبتلا به اضافه وزن یا چاقی بودند. نتایج تجزیه و تحلیل چند متغیره با کنترل متغیرهای مخدوش کننده نشان داد که در زنان جوانتر (OR= 2/05 ،95% CI 1/03-4/06)، فاقد بیماری (OR= 3/74 ،95% CI 1/26-11/13) و دارای دریافت بیشتر کافئین روزانه (OR= 1/005 ،95% CI 1/001-1/010) نسبت شانس نارضایتی از وزن بالاتر بود. همچنین، کمترین نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنان کم وزن/طبیعی (OR= 0/08 ،95% CI 0/02-0/28) در مقایسه با افراد مبتلا به اضافه وزن و چاق یافت شد. علاوه بر آن نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که تصور می‌کردند همسرانشان از وزن آنان ناراضی هستند (OR= 3/35 ،95% CI 1/40-7/99) و زنانی که همسران آنها واقعا از وزن آنان ناراضی بودند (OR= 2/59 ،95% CI 1/28-5/23) به طور معنی‌داری بیشتر بود.

نتیجه گیری: رضایت از وزن با سن، وضعیت بیماری، دریافت کافئین روزانه، BMI، و عوامل مربوط به همسر ارتباط دارد. این نتایج نشان می‌دهد که در برنامه ریزی جهت مداخلات کاهش وزن و اصلاح نگرش زنان در خصوص وزن باید به عوامل مربوط به همسر نیز توجه شود.

واژگان کلیدی: رضایت از وزن، زنان ، چاقی، عوامل مربوط به همسر

• مقدمه

در ایران شیوع چاقی در زنان بیشتر از مردان است، به طوری که 57 درصد زنان بزرگسال مبتلا به اضافه وزن یا چاقی هستند (1). چاقی عامل بیماریهای مزمن شامل دیابت نوع2، بیماری قلبی عروقی، پرفشاری خون و برخی سرطان‌ها است (2). رضایت از وزن نشان می‌دهد که تا چه حد وزن واقعی یک فرد به وزن مطلوب مورد نظر وی نزدیک است و نیز نشان دهنده افکار و احساسات شخصی در مورد وزن خویش است (3). مطالعات مختلفی در سراسر

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

دنیا به بررسی تصور از بدن و عوامل اجتماعی– دموگرافیک مرتبط در بزرگسالان پرداخته اند؛ اما مطالعات اندکی به طور ویژه رضایت از وزن را سنجیده ا ند (4).

با توجه به تعاریف، دو حالت کلی برای رضایت از وزن در افراد وجود دارد: رضایت و نارضایتی از وزن. رضایت از وزن ممکن است باعث پذیرش وزن های بالاتر و در نتیجه چاقی گردد. میزان شیوع رضایت از وزن در جوامع در حال پیشرفت بالا است به طوری که در بیشتر بررسی های انجام شده بیش از 50 درصد افراد از وزن خود رضایت داشتند (5). شواهد اخیر نشان می‌دهد که با گذشت زمان افراد نسبت به وزن بدن بالاتر، مقاوم تر شده اند و با افزایش گسترده جهانی در نمایه توده بدن در دهه های اخیر ممکن است مفهوم چاقی و وزن مطلوب بدن تغییر کند و در نتیجه پذیرش وزن بالاتر می‌تواند تشخیص چاقی را به عنوان یک عامل خطر به تأخیر اندازد (6). در مقابل یافته های برخی مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری از زنان در مورد وزن و بدن خود نگرانی هایی دارند. در دنیایی که در مسیر جهانی شدن قرار دارد، نارضایتی از وزن می‌تواند سبب ایجاد چالش در مقیاس جهانی شود(7). درحال حاضر نارضایتی از وزن به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی مطرح است. شیوع نارضایتی از وزن یک سوم تا بیش از نصف جمعیت کشورهای پیشرفته و غربی را در بر می‌گیرد (8). نارضایتی از وزن احتمال بروز استرس، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و رفتار های مخاطره آمیز از نظر سلامت، مانند رژیم های غذایی نادرست و در نتیجه دریافت ناکافی مواد غذایی را افزایش می‌دهد و منجر به اختلالات خوردن می گردد (3). پس از چاقی و آسم، اختلالات خوردن به عنوان سومین علت بیماری درجمعیت جوان شناخته شده است (9).

شواهد موجود نشان می‌دهد که نارضایتی از وزن در جوامع کمتر توسعه‌یافته ممکن است چندان شایع نباشد. طبق نتایج برخی تحقیقات انجام شده دربرخی کشورهای کمتر توسعه یافته (سنتی و غیرغربی) اضافه وزن در زنان ارزش تلقی شده و فربه بودن ترجیح داده می‌شود (5). رضایت از وزن در مطالعه انجام شده در مالزی 63 درصد بود(10). 70 درصد زنان عرب و حدود 66 درصد افراد پاکستانی و سریلانکایی مقیم نروژ رضایت از وزن را اعلام کردند(۱۱،۱۲). مطالعه ای در ایران نشان داد 36 درصد زنان دارای اضافه وزن و 45 درصد زنان چاق، خود را زیر وزن واقعی تصور می‌کنند (13).

شواهد موجود نشان می‌دهد که وضعیت رضایت از وزن می‌تواند نقطه اهرمی برای انجام مداخلات پیشگیری از چاقی در افراد باشد (14). تحقیقات انجام شده در مورد رضایت از وزن در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که سن، سطح سواد، شغل، وضعیت تاهل، محل سکونت، فعالیت بدنی، درآمد، وضعیت اجتماعی –اقتصادی، وضعیت سلامت عمومی، عملکرد فرد برای کنترل وزن، نقش رسانه، نمایه توده بدن، دریافت میوه و سبزی، تصور زن از رضایت همسر و رضایت واقعی همسر از وزن زن عوامل مرتبط بر رضایت از وزن می‌باشند (16-11 ،8، 6-4). با این وجود در ایران مطالعات رضایت از وزن در زنان بزرگسال انجام نشده است. هدف از این بررسی تعیین وضعیت رضایت از وزن در زنان و نیز سنجش ارتباط آن با دریافت های غذایی، اضافه وزن و چاقی، عوامل دموگرافیک و عوامل مربوط به همسر می‌باشد.

• مواد و روش‌ها

نوع مطالعه مقطعی توصیفی – تحلیلی است که از اردیبهشت تا اسفند ماه سال 1391 در نواحی شهری و روستایی شهرستان نوشهر در شمال ایران انجام شده است. جامعه مورد بررسی کلیه زنان 55-20سال ساکن شهرستان نوشهر بودند که همگی آنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی می‌باشند. رضایت از وزن در مطالعه ای در بزرگسالان 50 درصد گزارش شده است (17). بنابراین با در نظر گرفتن p=0/5 وخطای قابل پذیرش 0/05 و ضریب Z اطمینان0/95یعنی1/96 از فرمول زیر تعداد 384 نفر نمونه بدست آمد و در نهایت تعداد 450 نفر مورد بررسی قرار گرفتند. $n=Z^2 P (1-P) / d^2$

تعداد نمونه مورد نیاز در هر مرکز بهداشتی درمانی (12 مرکز) به نسبت جمعیت هر مرکز از کل جامعه آماری مشخص شد و تعداد 450 زن با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شد. زنان باردار و شیرده وارد مطالعه نشدند. داده های عمومی شامل سن، تعداد سال های تحصیل، شغل، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت بیماری برای هر فرد از طریق مصاحبه بدست آمد. تصور فرد از وضعیت سلامت عمومی با پاسخ به این سوال " در حال حاضر سلامت کلی شما چگونه است؟" مشخص شد که جواب‌ها به صورت گزینه های "خوب"، "متوسط" و "ضعیف" بودند. جهت تعیین رضایت فرد از وزن خود از آنان سوال شد" در حال

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

حاضر رضایت شما از وزن خود چگونه است؟" جهت تعیین نظر زنان در مورد رضایت همسرانشان از وزن آنان سوال شد" نظر شما در حال حاضر در مورد رضایت همسرتان راجع به وزن شما چیست؟" و جهت تعیین رضایت واقعی همسران از وزن زنان از طریق تلفن از همسران پرسیده شد که" در حال حاضر رضایت شما از وزن همسرتان چگونه است؟" جواب‌ها به صورت گزینه های "خیلی راضی"، "تاحدودی راضی" و "نا راضی" بودند. سنجش رضایت از وزن از طریق تنها پرسش کردن در مطالعات بسیاری انجام شده است (18، 16، 15، 11، 4). جهت آنالیز آماری پاسخ‌ها به دو گروه راضی و ناراضی دسته بندی شدند. از کلیه افراد جهت شرکت در مطالعه رضایت نامه کتبی اخذ شد. انجام این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق پزشکی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران رسیده است.

اندازه‌گیری‌های تن سنجی: وزن و قد با حداقل پوشش و بدون کفش اندازه‌گیری شد. سنجش وزن زنان با استفاده از ترازوی دیجیتال قابل حمل (سکا مدل 813 ، آلمان) با دقت 0/1 کیلو گرم انجام شد. قبل از هر توزین، ترازو با وزنه شاهد 5 کیلوگرمی کنترل شد. دور کمر در حد فاصل آخرین دنده و لبه ستیغ خاصره توسط متر نواری غیر قابل ارتجاع و بدون تحمیل هر گونه فشاری به بدن فرد با دقت 0/5 سانتیمتر اندازه‌گیری شد. سپس نمایه توده بدن از تقسیم وزن (کیلوگرم) به توان دوم قد (متر) محاسبه شد.

ارزیابی دریافت های غذایی: از پرسشنامه 24 ساعت یادآمد خوراک که در دو روز هفته شامل یک روز غیر تعطیل بود، برای تخمین دریافت انرژی، درشت مغذی ها، ریز مغذی‌ها و تعداد سهم میوه و سبزی مصرفی استفاده شد. این پرسشنامه در روز اول به صورت حضوری و در روز دیگر به صورت تلفنی پرسیده شد. به دلیل قطع بودن تلفن یا عدم همکاری افراد در بعضی موارد تنها یک روز یادآمد خوراک ثبت شد که تعداد آن‌ها 53 نفر بود. پرسشنامه توسط کارشناس تغذیه آموزش دیده تکمیل شد. مقادیر ذکر شده هر غذا به گرم در روز تبدیل شد. از نرم افزار N4 برای محاسبه انرژی و مواد مغذی دریافتی استفاده شد. این نرم افزار حاوی اقلام غذایی ایرانی مانند نان‌ها و برنج ایرانی نیز می‌باشد.

سنجش فعالیت بدنی: در این مطالعه از پرسشنامه طبقه‌بندی شده فعالیت جسمی بر حسب معادل متابولیکی (MET) استفاده شد که شامل 9 سطح فعالیت از خواب و استراحت (METs=0/9) تا فعالیت شدید (بیش از METs=6) می‌باشد. این پرسشنامه در مطالعات قبلی در اروپا تهیه شده و اعتبار آن با پرسشنامه ثبت روزانه فعالیت بدنی و هم‌چنین با CSA (Model 7164 Ambulatory Monitor) به تأیید رسیده است (19). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز توسط مطالعه کلیشادی و همکاران در مطالعه‌ای که روی نوجوانان انجام شد مورد تأیید قرار گرفته است. به این صورت که پرسشنامه پایایی بالایی داشت و به طور معنی داری با نتایج به‌دست آمده از پرسشنامه فعالیت بدنی بین‌الملل (International Physical Activity Questionnaire: IPAQ) و نیز یادداشت 7 روز فعالیت بدنی نوجوانان ایرانی مرتبط بود (20). این پرسشنامه به نحوی تهیه شده که در عین ساده بودن، بر اساس شدت فعالیت بدنی (Metabolic Equivalents: MET) به 9 ردیف تقسیم شده و ردیف‌های آن از بالا به پایین به ترتیب 0/9، 1، 1/5، 2، 3، 4، 5، 6 و بیش‌تر از 6 است. حاصل ضرب این عدد در مدت زمان انجام آن، میزان فعالیت انجام شده در واحد زمان (MET × time) را نشان می‌دهد. ساعات صرف شده برای هر کدام از فعالیت‌های بدنی در مقدار METs آن فعالیت ضرب شده و اعداد به دست آمده (که به صورت MET.H و بر حسب ساعت می‌باشند) با هم جمع می‌شوند تا مقدار MET.H/day محاسبه شود.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 16 انجام گردید. از آزمون کولموگروف - اسمیرنف برای سنجش نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی استفاده شد. از آزمون Independent Student's t-test برای مقایسه میانگین متغیر های با توزیع نرمال و از آزمونMann-Whitney برای مقایسه میانگین متغیر های با توزیع غیر نرمال استفاده شد. رگرسیون لجستیک ساده و چند متغیره برای تعیین عوامل مرتبط با وضعیت رضایت از وزن مورد استفاده قرار گرفت. مقادیر p-value کمتر از 0/05 در نظر گرفته شد.

• یافته‌ها

مشخصات زنان مورد بررسی در جداول 1 و2 نشان داده شده است. بیشتر افراد مورد بررسی (61/3%) روستایی بودند. 44/1% زنان مبتلا به اضافه وزن و 27/3% چاق بودند. حدود 62/4% از کل زنان از وزن خود راضی بودند. حدود 32/9 % زنان اقدام جهت کاهش وزن داشتند. بیشتر تلاش‌ها برای کاهش وزن شامل انجام ورزش و داشتن رژیم غذایی بود.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

17/7% از زنان فکر می‌کردند همسرانشان از وزن آن‌ها ناراضی هستند در حالی که 30/3 % مردان به طور واقعی از وزن زنان خود ناراضی بودند. میانگین مصرف میوه و سبزی روزانه در زنان ناراضی از وزن کمتر و مقدار کافئین مصرفی آنان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان راضی از وزن بود. میانگین درشت مغذی و ریز مغذی های دریافتی در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد (جدول 3).

جدول 1. خصوصیات زنان بزرگسال شهرستان نوشهر

رضایت از وزن	ناراضی169=n	راضی 281=n	کل زنان450=n	p-value
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
سن(سال)	36/9(9/4)	37/0(10/3)	36/9 (9/9)	0/3*
تعداد سال های تحصیل(سال)	9/5(6/2)	9/7(5/0)	9/5 (5/0)	0/3*
وزن (کیلوگرم)	77/0(13/0)	65/6(10/5)	69/9 (12/7)	<0/001**
قد (سانتی متر)	158/3(6/0)	158/8(6/1)	158/6 (6/0)	0/4**
نمایه توده بدن (کیلوگرم/مترمربع)	30/5(5/6)	26/0(4/0)	27/7 (4/9)	<0/001**
دورکمر(سانتی متر)	97/2(12/9)	90/7(10/5)	91/6 (12/2)	<0/001**
امتیازفعالیت بدنی(met.time)	39/6(5/4)	40/0(5/8)	39/8 (5/6)	0/6*
	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	p-value***
وضعیت تا هل				
مجرد	20(26/6)	55(73/4)	75 (16/7)	
متاهل	142(39/4)	218(60/6)	360 (80/0)	0/03
جدا شده یا همسر مرده	7(46/6)	8(53/4)	15 (3/3)	
شغل				
خانه دار	131(38/1)	213(61/9)	344(76/4)	0/ 3
شاغل	38(35/9)	68(64/1)	106 (23/6)	
محل سکونت				
شهری	55(31/6)	119(68/4)	174 (38/7)	0/02
روستایی	114(41/3)	162(57/7)	276(61/3)	
نمایه توده بدن (کیلوگرم/مترمربع)				
کم وزن و طبیعی (24/9 >18/5≤)	14(10/7)	116(89/2)	129 (28/6)	
اضافه وزن (30>-24/9)	90(39/3)	139(60/7)	199(44/1)	0/001
چاق 30≤	65(71/5)	26(28/5)	91 (27/3)	
تصور فرد از وضعیت سلامت عمومی				
خوب	82(31/4)	179(68/6)	261 (58/0)	
متوسط	61(41/8)	85(58/2)	146 (32/4)	0/001
ضعیف	26(60/5)	17(39/5)	43 (9/6)	
بیماری				
ندارد	156(37/8)	257(62/6)	413 (91/8)	
دارد	13(35/1)	24(64/9)	37(8/2)	0/7

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جدول 2. وضعیت رضایت از وزن در زنان، عملکرد فرد برای کنترل وزن، نظر فرد در مورد رضایت همسر و رضایت واقعی همسر از وزن زنان شهرستان نوشهر

رضایت از وزن	ناراضی169=n	راضی 281=n	کل زنان450=n	p-value***
	فراوانی(درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
کل زنان	169(37/6)	281(62/4)	450(100)	
زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی	156(47/7)	171 (52/3)	327(72/6)	
عملکرد فرد برای کنترل وزن				
بدون اقدام	84(33/4)	168(66/6)	251(55/8)	
اقدام برای ثابت نگه داشتن وزن	7(15/0)	40(85/0)	48(10/7)	<0/001
اقدام برای کاهش وزن	78(52/7)	70(47/3)	148(32/9)	
نوع تلاش فرد برای کاهش وزن				
ورزش	21(39/6)	32(60/4)	53(11/7)	
رژیم غذایی	29(67/4)	14(32/5)	43(9/5)	<0/001
ورزش و رژیم غذایی	27(52/9)	24(47/1)	51(11/3)	
تلاش برای کاهش وزن ندارد	91(30/2)	211(69/8)	302(67/1)	
نظر فرد در مورد رضایت همسر				
ناراضی	49(76/6)	15(23/4)	64(17/7)	<0/001
راضی	93(31/4)	203(68/6)	296(82/3)	
رضایت واقعی همسراز وزن زن				
ناراضی	78(71/6)	31(28/4)	109(30/3)	
راضی	64(25/4)	187(74/6)	251(69/7)	<0/001

جدول 3. میانگین و انحراف معیار دریافت های غذایی روزانه تطبیق داده شده با انرژی بر حسب رضایت از وزن در زنان شهرستان نوشهر

دریافت روزانه	رضایت از وزن			
	ناراضی 169=n	راضی281=n	کل زنان450 =n	p-value
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	
پروتئین (گرم)	72/0(12/5)	73/7(17/2)	73/1(15/6)	0/4*
چربی (گرم)	61/7(16/0)	60/4(14/6)	60/9(15/2)	0/3**
کربوهیدرات (گرم)	282/9(39/4)	282/0(37/3)	282/5(38/0)	/8**
درصد پروتئین از انرژی	14/7(2/5)	15/0(3/5)	14/9(3/2)	0/4*
درصد چربی از انرژی	28/4(7/3)	27/8(6/7)	28/0(6/9)	0/3**
درصد کربوهیدرات از انرژی	57/6(8/0)	57/7(7/6)	57/7(7/7)	0/8**
اسید چرب اشباع شده(گرم)	14/2(7/2)	13/6(6/7)	13/8(6/9)	0/4*
کلسترول(میلی گرم)	188/3(118/5)	183/2(183/2)	185/2(111/2)	0/7*

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

ادامه جدول 3. میانگین و انحراف معیار دریافت های غذایی روزانه تطبیق داده شده با انرژی بر حسب رضایت از وزن در زنان شهرستان نوشهر

دریافت روزانه	رضایت از وزن			p-value
	ناراضی n=169	راضی n=281	کل زنان n= 450	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
آهن (میلی‌گرم)	12/7(4/2)	12/2(12/2)	12/4(4/8)	0/09*
منیزیم (میلی‌گرم)	186/3(55/8)	187/3(75/6)	187/0(68/8)	0/3*
روی (میلی‌گرم)	5/7(2/2)	5/6(2/6)	5/6(2/4)	0/8**
کلسیم (میلی‌گرم)	556/9(192/0)	567/1(322/0)	566/(315/0)	0/7*
مس (میلی‌گرم)	0/8(0/3)	0/8(0/4)	0/8(0/3)	0/2*
سلنیم (میلی‌گرم)	0/08(0/04)	0/07(0/05)	0/08(0/04)	0/1*
ویتامین A (معادل رتینول)	474/7(552/1)	452/5(443/9)	460/9(486/5)	0/9*
Bکاروتن(میکروگرم)	220/5(284/3)	227/3(304/2)	224/8(296/5)	0/9*
ویتامین E (میلی‌گرم)	4/6(4/6)	4/2(4/6)	4/4(4/6)	0/1*
ویتامین C (میلی‌گرم)	64/3(51/9)	64/1(47/1)	64/2(48/9)	0/8*
تیامین (میلی‌گرم)	1/5(0/5)	1/5(0/5)	1/5(0/5)	0/6**
نیاسین (میلی‌گرم)	16/1(5/5)	16/5(6/4)	16/2(6/1)	0/5**
ریبوفلاوین (میلی‌گرم)	1/1(0/3)	1/1(0/3)	1/1(0/3)	0/3*
پیریدوکسین (میلی‌گرم)	1/2(0/1)	1/2(0/8)	1/2(0/8)	0/4*
کوبالامین (میکروگرم)	1/5(1/5)	1/6(2/3)	1/6(2/1)	0/8*
فولات (میکروگرم)	176/0(93/1)	170/9(95/1)	172/9(94/3)	0/2*
فیبر رژیمی (گرم)	9/9(5/0)	9/9(5/0)	9/9(5/0)	0/9*
کافئین (میلی‌گرم)	89/0(77/2)	73/3(57/8)	72/9(66/1)	0/04*
میوه وسبزی مصرفی(واحد)	3/2(1/1)	3/5(1/3)	3/3(1/3)	0/04*

* p-value برای آزمون Mann-whitney (مقایسه توزیع ها)
* * p-value برای آزمون Independent t-test (مقایسه میانگین ها)
*** p-value برای آزمون x^2

نتایج تجزیه و تحلیل تک متغیره نشان داد که در زنان شهری، دارای نمایه توده بدن در محدوده غیر چاق، دارای تصور خوب یا متوسط از وضعیت سلامت، مصرف میوه و سبزی بالاتر نسبت شانس نارضایتی از وزن به طور معنی‌داری کمتر است. در حالی که دور کمر و مقدار کافئین مصرفی با نارضایتی از وزن رابطه مستقیم داشت (جدول 4). نتایج تجزیه و تحلیل چند متغیره در کل زنان نشان داد که نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنان دارای نمایه توده بدن کم وزن/طبیعی و نیز اضافه وزن کمتر از زنان چاق در هر دو مدل می‌باشد (جدول 5). همچنین، نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که اقدامی برای کنترل وزن نداشتند یا سعی در ثابت نگهداشتن وزن داشتند کمتر از زنانی بود که سعی در کاهش وزن داشتند. نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که تصور خوب یا متوسط از وضعیت سلامت خود داشتند نیز کمتر از زنانی بود که تصور ضعیف داشتند. در تجزیه و تحلیل چند متغیره ای که عوامل مربوط به همسر، سهم میوه و سبزی و مقدار کافئین دریافتی روزانه نیز وارد مدل شدند، نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که فکر می‌کردند همسرانشان از وزن آن‌ها ناراضی هستند، نسبت به زنانی که فکر می‌کردند همسرانشان از وزن آن‌ها راضی هستند بیشتر بود (OR= 3/35 ،95% CI 1/40-7/99). علاوه بر آن، نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که همسران آن‌ها از وزنشان ناراضی بودند نسبت به زنانی که همسران آن‌ها از وزنشان راضی بودند بیشتر بود (OR= 2/59 ،95% CI 1/28-5/23). همچنین، در این مدل افراد جوان‌تر نسبت شانس نارضایتی بیشتری نسبت به زنان مسن تر داشتند (OR= 2/05 ،95% CI 1/03-4/06). افراد بدون بیماری تشخیص داده شده نیز نسبت شانس نارضایتی بیشتری از افراد بیمار داشتند (OR= 3/74 ،95% CI 1/26-11/13). مقدارکافئین دریافتی نیز با نارضایتی از وزن رابطه مستقیم داشت (OR = 1/005 ،95% CI 1/001-1/010) (جدول5).

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جدول 4، عوامل پیشگویی کننده رضایت از وزن در مدل رگرسیون لجستیک ساده

متغیر	Unadjusted OR (%95 CI)	P value
محل سکونت		
شهری	0/65 (0/44-0/97)	0/03
روستایی	1	-
سن (سال)		
20-30	0/73 (0/48-1/10)	0/1
>30	1	-
تعداد سال های تحصیل (سال)		
13<	1/18 (0/76-1/82)	0/4
≥13	1	-
وضعیت تاهل		
مجرد	0/41 (0/13-1/29)	1/0
متاهل	0/74 (0/26-2/09)	0/5
جدا شده یا همسر مرده	1	-
شغل		
خانه دار	1/10 (0/70-1/70)	0/6
شاغل	1	-
امتیاز فعالیت بدنی(met.time)	0/98 (0/95-1/02)	0/4
نمایه توده بدن(کیلوگرم/مترمربع)		
کم وزن و طبیعی (24/9 >18/5≤)	0/05 (0/02-0/10)	<0/001
اضافه وزن (30>-24/9)	0/25 (0/15-0/40)	<0/001
چاق 30≤	1	-
دور کمر(سانتی متر)	1/07 (1/05-1/09)	<0/001
عملکرد فرد برای کنترل وزن		
بدون اقدام	0/44 (0/29-0/67)	<0/001
اقدام برای ثابت نگه داشتن وزن	0/15 (0/06-0/36)	<0/001
اقدام برای کاهش وزن	1	-
نظر فرد در مورد رضایت همسر از وزن زن		
ناراضی	7/1 (3/82-13/34)	<0/001
راضی	1	-
رضایت واقعی همسراز وزن زن		
ناراضی	7/3 (4/46-12/23)	<0/001
راضی	1	-
تصور فرد از وضعیت سلامت عمومی		
خوب	0/30 (0/15-0/58)	<0/001
متوسط	0/46 (0/23-0/93)	<0/001
ضعیف	1	-
بیماری		
ندارد	1/12 (0/55-2/26)	0/7
دارد	1	
دریافت میوه وسبزی مصرفی (واحد)	0/82 (0/71-0/96)	0/01
دریافت کافئین (میلی گرم)	1/004 (1/001- 1/007)	0/01

OR نسبت شانس، CI فاصله اطمینان

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جدول 5. عوامل پیش گویی کننده رضایت از وزن در مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره

	Adjusted OR (95%CI)	P value
مدل 1*		
نمایه توده بدن(کیلوگرم/مترمربع)		
کم وزن و طبیعی (24/9 >18/5≤)	0/06 (0/02-0/17)	<0/001
اضافه وزن (30>-24/9)	0/27 (0/14-0/52)	<0/001
چاق 30≤	1	-
عملکرد فرد برای کنترل وزن		
بدون اقدام	0/52 (0/32-0/86)	0/01
اقدام برای ثابت نگه داشتن وزن	0/21 (0/08-0/55)	0/002
اقدام برای کاهش وزن	1	-
وضعیت سلامت عمومی		
خوب	0/43(0/19-0/99)	0/04
متوسط	0/69 (0/30-1/57)	0/3
ضعیف	1	-
مدل 2**		
سن(سال)		
20-30	2/05 (1/03-4/06)	0/04
30<	1	-
نمایه توده بدن(کیلوگرم/مترمربع)		
کم وزن و طبیعی (24/9 >18/5≤)	0/08 (0/02-0/28)	<0/001
اضافه وزن (30>-24/9)	0/34 (0/16-0/72)	0/005
چاق 30≤	1	-
بیماری		
ندارد	3/74 (1/26-11/13)	0/01
دارد	1	-
نظر فرد در مورد رضایت همسر از وزن زن		
ناراضی	3/35 (1/40-7/99)	0/006
راضی	1	-
رضایت واقعی همسراز وزن زن		
ناراضی	2/59 (1/28-5/23)	0/008
راضی	1	-
دریافت کافئین (میلی گرم)	1/005 (1/001-1/010)	0/02

OR نسبت شانس، CI فاصله اطمینان

* تطبیق داده شده برای متغیر سکونت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، فعالیت فیزیکی، نمایه توده بدن، دور کمر، تصور فرد از وضعیت سلامت عمومی، بیماری و عملکرد فرد برای کنترل وزن

** تطبیق داده شده برای متغیر سکونت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، فعالیت فیزیکی، نمایه توده بدن، دور کمر،تصور فرد از وضعیت سلامت عمومی، بیماری، عملکرد فرد برای کنترل وزن، نظر فرد در مورد رضایت همسر از وزن زن، رضایت واقعی همسراز وزن زن، دریافت میوه و سبزی و دریافت کافئین

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

• بحث

این مطالعه به منظور تعیین رضایت از وزن و عوامل مرتبط با آن در زنان انجام شد. نتایج این بررسی نشان داد که نسبت شانس نارضایتی از وزن در افراد جوان‌تر، چاق، فاقد بیماری و دارای دریافت بالاتر کافئین روزانه، بیشتر است. همچنین، نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که تصور می‌کردند همسرانشان از وزن آنان ناراضی هستند و نیز در زنانی که همسرانشان واقعاً از وزن آنان ناراضی بودند به طور معنی‌داری بیشتر بود. تصور زنان از نظر همسرانشان، در مقایسه با رضایت واقعی همسران، با رضایت زنان از وزن خود ارتباط بیشتری را نشان داد. این یافته نشان می‌دهد که تصور زنان هر چند نادرست، می‌تواند نقش عمده تری در رضایت آنان از وزن خود داشته باشد.

ارتباط بین رضایت از وزن و BMI در مطالعات بسیاری یافت شده است. همسو با نتایج مطالعه ما بررسی های دیگر نیز نشان داده اند که نمایه توده بدن بالاتر با نارضایتی از اندازه بدن همراه است (22، 21، 16، 6-4).

ارتباط دریافت درشت مغذی‌ها و ریز مغذی‌ها با رضایت از وزن در مطالعات دیگر به ندرت مورد بررسی قرار گرفته است(24، 23، 6). دریافت مواد مغذی می‌تواند بر روی وزن بدن و در نتیجه رضایت از وزن تاثیر بگذارد (23). در مطالعه حاضر بدون تعدیل عوامل مخدوش کننده، نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که دریافت میوه و سبزی بیشتری داشتند کمتر بود. در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است که در زنان رضایت کمتر از بدن با سطوح پایین تر دریافت میوه و سبزی همراه است (24، 6). به هر حال، در آنالیز رگرسیون چند متغیره این رابطه به صورت معنی‌دار باقی نماند. همچنین، نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که مصرف کافئین بیشتری داشتند بالاتر بود. این یک یافته جدید بوده و در سایر مطالعات، بررسی نشده است. شاید مصرف بیشتر کافئین در زنان ناراضی از وزن به دلیل مصرف منابع سرشار از کافئین مثل چای بیشتر، شکلات، نوشابه و غیره باشد. به منظور بررسی دقیق تر این مسئله، تعداد لیوان های چای مصرفی روزانه برای زنان ناراضی از وزن (2 لیوان) و زنان راضی از وزن(1/8 لیوان) مشخص شد که اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد (p= 0/03)، ولی اختلافی بین مقدار نوشابه مصرفی دو گروه یافت نشد. این احتمال وجود دارد که زنان ناراضی از وزن به منظور جلوگیری از افزایش وزن چای بیشتری مصرف می‌کنند. به هر حال، جهت روشن شدن علل این الگوی مصرف نیاز به تحقیقات بیشتری می‌باشد.

عدم ارتباط یافت شده بین رضایت از وزن و مواد مغذی دریافتی احتمالاً ناشی از تخمین نادرست دریافت های غذایی افراد با 2 روز یادآمد خوراک در هفته می‌باشد (23). کم گزارش دهی دریافت های غذایی مخصوصاً در مورد گروه های غذایی سرشار از انرژی که در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی گزارش شده است (25)، نیز می‌تواند در این مورد نقش داشته باشد. همچنین، نقاط ضعف پرسشنامه 24 ساعت یادامد خوراک (تفاوت توانایی افراد در توصیف درست مقدار غذا، خطا در به یاد آوردن در نتیجه سن یا سطح سواد پایین، کم و بیش گزارش دهی) می‌تواند از علل دیگر باشد (26) .

در شرکت کنندگان بررسی حاضر نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که فکر می‌کردند همسرانشان از وزن آن‌ها ناراضی هستند، نسبت به زنانی که فکر می‌کردند همسرانشان از وزن آن‌ها راضی هستند بیشتر بود. این یافته همسو با مطالعاتی است که در آمریکا بر رضایت از وزن زنان صورت گرفته است و نقش همسران را مورد بررسی قرار داده است (21، 15). مطالعه انجام شده در زنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی در ایران نیز نشان داد که بین تصور زنان و همسرانشان ارتباط وجود دارد. به طوری که زنانی که تصور می‌کردند همسرانشان وزن آنان را درست یا کمتر برآورد می‌کنند، در مقایسه با زنانی که تصور می‌کردند همسرانشان وزن آنان را بیشتر ارزیابی می‌کنند با احتمال کمتری «بیش ارزیابی وزن» داشتند (27).

همچنین، در بررسی حاضر نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که همسران آن‌ها از وزنشان ناراضی بودند نسبت به زنانی که همسران آن‌ها از وزن آنان راضی بودند بیشتر بود. همانند نتایج مطالعه حاضر، در افراد سیاه پوست بین رضایت همسران از وزن یکدیگر همبستگی بالایی وجود داشت، در حالی که مردان سفید پوست بر خلاف تصورات نادرست همسرانشان، از وزن زنان خود رضایت داشتند. در واقع زنان سفید پوست به دلیل اعتقادات نادرست خود، نارضایتی بیشتری از وزن داشتند (15).

البته نکته قابل توجه در این مطالعه این است که بر خلاف مطالعات دیگر، زنان رضایت بیشتر همسرانشان را نسبت به رضایت واقعی همسرانشان از وزن زنان اظهار

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

داشتند. در واقع 30/3 درصد مردان به طور واقعی نارضایتی از وزن زنان خود را اظهار کردند. در حالی که تنها 17/7 درصد زنان فکر می‌کردند همسرانشان از وزن آن‌ها ناراضی هستند. به نظر می‌رسد این امر ممکن است ناشی از گفتگوی کمتر زوجین در مورد رضایت از وزن باشد. به طوری که زنان از نظر واقعیِ همسران خود اطلاع ندارند. بعلاوه ممکن است زنان در مورد وزن کمتر مورد انتقاد همسرانشان قرار گرفته باشند و همسرانشان در مورد وزن زنان با آنان گفتگو نکرده باشند که همین مسئله باعث دید مثبت تر زنان مطالعه ما در مورد رضایت همسرانشان شده باشد و نیز بر میزان رضایت زنان نیز اثر گذاشته باشد.

مطالعه‌ای در آمریکا که به بررسی نقش همسران در مورد رضایت از بدن در زنان پرداخته بود ارتباط آماری معنی‌داری بین رضایت از وزن در زنان و رضایت واقعی همسران از وزن مشاهده نکرد (21).

نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که بیمار نبودند نسبت به افراد بیمار بیشتر بود. مطالعه ای در دانمارک نشان داد که افراد مبتلا به آسم، بیماری ریه و کمردرد نارضایتی بیشتری از وزن خود دارند(22). معمولاً چاقی و اضافه وزن ابتلا به بیماری های مزمن را در پی دارد و این رابطه منطقی به نظر می‌رسد. نارضایتی بالاتر در افراد فاقد بیماری در مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از تعداد کم زنانی باشد که اظهار داشته‌اند بیمار هستند که این امر ممکن است نیاز به تقسیم‌بندی دقیق تر بیماری و ارزیابی آن توسط پزشک باشد.

در مطالعه حاضر همسو با مطالعات دیگر نشان داده شد نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنان جوان‌تر بیشتر از زنان مسن است (28، 11، 8، 5، 4). زنان جوان‌تر علاقه بیشتری به لاغر شدن دارند. همچنین نشان داده شده نارضایتی از بدن در سنین بزرگسالی در زنان ثابت می‌ماند. پذیرش بیشتر وزن در سنین بالاتر و تاثیر و اهمیت کمتر رسانه بر افراد مسن از دلایل احتمالی در این مورد ذکر شده‌اند (8).

زنانی که اقدام برای کاهش وزن داشتند نارضایتی بیشتری از وزن خود را در مقایسه با زنانی که اقدامی برای کنترل وزن نداشتند یا اقدام جهت ثابت نگهداشتن وزن خود داشتند گزارش کردند. مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که نارضایتی از وزن سبب اقدام بیشتر برای کاهش وزن می‌شود (18، 6، 4). از طرف دیگر،افراد همان طورکه مبتلا به اضافه وزن یا چاقی می‌شوند، افزایش در نارضایتی از بدن را تجربه می‌کنند و به طور مشابه ای اگر اقدام برای کاهش وزن داشته باشند، بهبود رضایت از بدن را خواهند داشت (29).

در مطالعه حاضر 71% افراد چاق از وزن خود ناراضی بودند. با این وجود بیش از نیمی از آنان اقدامی جهت کاهش وزن نداشتند. مطالعه ای در امریکا نیز نشان داد که زنان با BMI بالاتر نارضایتی از وزن بیشتری دارند و در مقایسه با افراد راضی از وزن پیاده روی و مصرف میوه و سبزی کمتری دارند ولی تمایل بیشتر جهت تغییر در رژیم غذایی و کاهش وزن دارند (6). با این وجود می‌توان در طراحی مداخلات و برنامه های کاهش وزن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی از نارضایتی از وزن به عنوان فاکتور محرک و کمکی استفاده کرد.

حدود 62/4% از زنان مطالعه حاضر از وزن خود رضایت داشتند که مشابه با نتایج مطالعات انجام شده در زنان سوئیسی، پاکستانی و سریلانکایی مقیم نروژ، یهود و عرب ساکن در اسرائیل می‌باشد (12، 11، 8). رضایت از وزن در زنان ایسلند، آلمان و آمریکا به ترتیب 50، 52 و75 درصد بود (30، 16، 4). علت این تفاوت‌ها در میزان وضعیت رضایت از وزن می‌تواند ناشی از تفاوت در جمعیت های مورد مطالعه، وضعیت وزن و یا استفاده از روش های متفاوت سنجش رضایت از وزن باشد.

درصد رضایت از وزن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی نسبت به کل زنان کمتر بود (52 درصد در مقایسه با 62 درصد)، در واقع نارضایتی از وزن در گروه زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی بالاتر بود ولی مطالعه ای در آمریکا نشان داد که تنها یک درصد زنان چاق از وزن خود راضی هستند (6)، که نشان می‌دهد هنوز رضایت از وزن در جامعه زنان چاق مورد مطالعه ما بالا می‌باشد. درصد بالایی از چاقی و اضافه وزن در کل زنان مورد بررسی مشاهده شد (71/4درصد). با این وجود تنها 48 درصد زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی از وزن خود ناراضی بودند. این مسئله همراه با شیوع بالای چاقی و اضافه وزن در زنان مورد بررسی، زنگ خطر و تأییدی بر افزایش پذیرش نمایه توده بدن بالا در آنان می‌باشد. در واقع این تضاد بین رضایت از وزن و واقعیت وزن زنان جامعه نشان می‌دهد زنان می‌توانند با وجود اضافه وزن یا چاقی تصور بدنی منفی یا نارضایتی از اندازه بدن خود نداشته باشند.

نتایج رگرسیون ساده لجستیک نشان داد که با افزایش دور کمر نسبت شانس نارضایتی از وزن افزایش می‌یابد. این

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

نتیجه همسو با یافته مطالعه ای در دانشجویان ایسلندی است که نشان داد افزایش دورکمر با نارضایتی از وزن در زنان ارتباط دارد (30). مطالعه دیگری نیز بر روی زنان فیلیپینی نشان داد زنانی که از بدنشان راضی بودند در مقایسه با زنان ناراضی دور کمر کمتری داشتند (23). به هر حال، در انالیز چند متغیره رضایت از وزن با دور کمر ارتباط معنی‌داری نداشت.

نسبت شانس نارضایتی از وزن در زنانی که در شهر زندگی می‌کردندکمتر از زنان روستایی بود. بر پایه نتایج مطالعه ای که در 26 کشور از ده منطقه جهان انجام شد، بر خلاف یافته مطالعه حاضر زنان روستایی رضایت بیشتری از وزن خود اظهار کردند (5). همچنین مطالعه ای در ایران که تصور زنان را مورد بررسی قرار داده بود نشان داد که محل سکونت روستایی باعث کم ارزیابی از وزن در زنان چاق و مبتلا به اضافه وزن می‌شود (13). از نتایج بررسی مذکور می‌توان این طور نتیجه گیری کرد که محل سکونت روستایی به نوعی باعث افزایش رضایت از وزن شده است؛ که در جهت مقابل یافته مطالعه ما قرار دارد. نارضایتی بیشتر از وزن در زنان روستایی مطالعه حاضر ممکن است ناشی از دسترسی بیشتر افراد روستایی با وسایل ارتباط جمعی به ویژه ماهواره و رواج تفکر لاغری در آنان باشد که این مساله نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.

این مطالعه دارای محدودیت های می‌باشد که عبارتند از: به علت ماهیت مطالعه که مقطعی می‌باشد نمی توان رابطه علیتی بین عوامل مختلف و رضایت از وزن را مشخص کرد. همچنین، خطای یادآوری ممکن است در گزارش دریافت مواد غذایی وجود داشته باشد. با این وجود مطالعه حاضر از معدود مطالعاتی در دنیا است که به ارتباط دریافت مواد مغذی و عوامل مربوط به همسر با رضایت از وزن پرداخته است. از نقاط قوت مطالعه حاضر می توان به موارد ذیل اشاره کرد: مطالعه حاضر اولین مطالعه در ایران بود که به طور همزمان عوامل مختلفی را بر رضایت از وزن در زنان بزرگسال مورد بررسی قرار داد. همچنین از معدود مطالعات در دنیا است که به ارتباط دریافت مواد مغذی بر رضایت از وزن پرداخته است. تمام مراکز بهداشتی درمانی شهرستان نوشهر در نقاط مختلف با وضعیت های اجتماعی اقتصادی متفاوت برای نمونه گیری در نظر گرفته شده بود.

به طور کلی با وجود شیوع بالای چاقی در زنان مورد بررسی بسیاری از آنان از وزن خود رضایت دارند. نتایج این بررسی نشان داد که با کنترل همه متغیرها، رضایت از وزن با سن، وضعیت بیماری، دریافت کافئین روزانه، BMI، و عوامل مربوط به همسر ارتباط دارد. این نتایج نشان می‌دهد که در برنامه ریزی جهت مداخلات کاهش وزن و اصلاح نگرش زنان در خصوص وزن باید به عوامل مربوط به همسر نیز توجه شود. نیاز به سنجش دقیق تر رضایت از وزن در کل کشور نیز وجود دارد.

سپاسگزاری

این مطالعه توسط دانشکده تغذیه و رژیم شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران حمایت و هزینه شده است. نویسندگان مقاله از جامعه زنان شرکت کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر می‌کنند.

• References

1. Janghorbani M, Amini M, Willet WC,Geuya M, Delavari A, Alikhani S, Mahdavi A. First nationwide survey of prevalence of overweight,underweight and abdominal obesity in iranian adult. Obesity 2007; 15:2797-2808.
2. Priya D, Prasanna KS, Sucharitha S, Nafisa C. Body image perception and attempts to change weight among female medical students at Mangalore. Ind J Communit Med 2010;35:316-320.
3. Frost J, McKelvie S. The Relationship of Self-Esteem and Body Satisfaction to Exercise Activity for Male and Female Elementary School, High School, and University. J Sport Psychol 2011;17-29.
4. Millstein R, Carson S, Fulton J, Galuska D , Zhang J, Blank H, Ainsworth B. Realatioship between body size satisfaction and weight control practices among US adult. Medescape J Med 2008;10:119-133.
5. Swami V, Frederik D, Aavik T, Alcalay L, Allik J, Anderson D.The attractive female body weight and body satisfaction in 26 countries across 10 world rejions: results of international body project I. Personal social psychol Bullet 2010;36:309-325.
6. Kuk G, Ardern Ch, Church T, Herbert J, Sui X, Blair S. Ideal weight and weight satisfaction: association with health practices. Am J Epidemiol 2009; 170:450-463.
7. Martijn C, Vanderlinden M, Roefs A, Huijding J, Jansen A. Increasing body satisfaction of body concerned women through evaluative conditioning using social stimuli. Health 2010 Sep; 29(5):514-20.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

8. Forrester-Knauss CH, Zemp Stutz E: Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter? BMC Public Health 2012; 12:809-818.

9. Safavi, M., Mahmoodi, M., & Roshandel, A. (2005). Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University. Med Sci J Islamic azad university,28, 69-87.

10. NoorSalihah Z, Lua PL, NikMazlan M. Body Weight Satisfaction: Association with Weight Control Practices among Type 2 Diabetic Patients. Mal J Nut 2011; 17(1):55-66.

11. Niskar A: Body weight dissatisfaction among Israeil Jewish and Arab women whit normal or overweight-obese body mass index, Israeli INHIS.2003-2004. Prev Chronic Dis 2009; 6:2-10.

12. Raberg M, Kumar B, Holmboe-Ottesen G, Wande M: Overweight and weight dissatisfaction related to socioeconomicposition, integration and dietary indicators among South Asian immigrants in Oslo. Public Health Nut 2010;

13. Sotoudeh G, Khosravi S, Karbakhsh M, Khajehnasiri F, Kalkhali H. Women think about their husband opinions might influence women s body image:an explorative study. Indian J Med Sci 2008; 62:98-103.

14. Austin S, Haines J,Veugelers P. Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants. BMC public health 2009; 9:313-320.

15. Miller D: Weight satisfaction among black and white couples: The role of perceptions. Eat Disorders 2001;9:41-47.

16. Lengerk T, Mielck A. Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and men: results of the cross-sectional KORA Augsburg S4 population survey.BMC Public Health 2012; 12:342-360.

17. Matthiasdottir E, Jonsson S, Kristjansson A. Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: a normative discontent? Eur J Puplic Health 2010;22:116-121.

18. Anderson L, Eyler A, Galuska D, Brown D, Brownson R: Relationship of satisfaction with body size and trying to lose weight in a national survey of overweight and obese women aged 40 and older, United States. Prev Med 2002;35:390-6.

19. Aadahl M, Jorgensen T. Validation of a new self-report instrument for measuring physical activity. Med Sci Sport Exerci. 2003; 35: 1196-1202.

20. Kelishadi R, Rabiee K, Khosravi A, Famouri F, Sadeghi M, roohafza H, Shirani SH. Assessment of physical activity in adolescents of Isfahan. Shahrekord University Of med Sci J 2004; 3:55-66.

21. Markey C, Markey P, Birch L:Underasting women's body satisfaction: The role of husbands.Sex Roles 2004;51(3-4):209-216

22. Bendixen A, Sorensen T, Horder K, Svendsen A, Leboeuf C, Steffensen I: The importance of physical activity and body mass index for body satisfaction. Ugeskr Laeger 2007; 169:3966-70.

23. Mildred T, Consuelo L, Orense C, Thanchoco A, Merlyn GEvelyn D. Correlates of body image satisfaction among economically depressed urban Filipino women. Philip J Sci 2009; 138:67-74.

24. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M: Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents: How Do Dieters Fare 5 Years Later? J Am Diet Assoc 2006; 106:559–568.

25. Mahan L, Escott-Stump S. Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy. 12th Ed. Philadelphia:W.B.Saunders Co,2008.

26. Gibson r. 1990. Principles of nutritional assessment. New yourk: Madison avenue, oxford university press.600p.

27. Medikhani S. A study of women health workers perception of their weight and related factors in tehran urban health and treatment centers.[dissertation]. tehran: school of medical sciences/universitiy of tehran 2010.

28. Jankauskiene R, Kardelis K, Pajaujiene S: Body weight satisfaction and weight loss attempts in fitness activity involved women. J Sports Med Phys Fitness 2005;45:537-46.

29. Sarwer D, Thompson K, Cash T: Body Image and Obesity in Adulthood. Psychiatr Clin N Am 2005; 28: 69–87.

30. Asselin J: Characteristics of male and female college students with weight dissatisfaction: A secondary data analysis. University of Rhode Island 2012;119-12.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

Relationship between dietary intake, overweight, demographic factors, and husband-related factors versus weight satisfaction in adult women of Nowshahr

*Pasha M[1], Koohdani F[2], Eshraghian MR[3], Dorosty AR[4], Gerdekali H[5], Sotoudeh G[*6]*

1- MSPH, Department of Community Nutrition, School of Nutritional Sciences and Dietetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Prof, Dept. of Cellular, Molecular Nutrition, School of Nutritional Sciences and Dietetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Prof, Dept. of Biostatics and Epidemiology, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Associate Prof, Dept. of Nutrition and Biochemistry, Faculty of Nutritional Sciences and Dietetics, Tehran University of Medical sciences, Tehran, Iran

5- MD, Health and Treatment Center of Chaloos, Chaloos, Iran

6- [*]Corresponding author: Associate Prof, Dept. of Nutrition and Biochemistry, Faculty of Nutritional Sciences and Dietetics, Tehran University of Medical sciences, Tehran, Iran, E-mail: gsotodeh@tums.ac.ir

Received 11 Sept, 2013 **Accepted 14 Dec, 2013**

Background and Objectives: Weight satisfaction has varying nutritional effects and may result in overweight, obesity, eating disorders, and unhealthy nutritional behavior. The present study determined the degree of weight satisfaction among female adults and its relationship to dietary intake, overweight, demographic factors and husband-related factors.

Subjects and Methods: This was a descriptive cross-sectional study conducted in the city of Nowshahr, Iran on a random sample of 450 women aged 20-55 yr. Data were collected by interviews and a 24 h food recall and classified physical activity questionnaire. Weight, height, and waist circumference were measured. Weight satisfaction was assessed by responses to questions. Multivariate logistic regression was applied to determine the main factors associated with weight satisfaction.

Results: Results showed that 62% of women were satisfied with their weights. About 70% of the women were overweight or obese. The likelihood of weight dissatisfaction was significantly higher in younger [OR = 2.05, 95% CI 1.03 - 4.06], healthy [OR = 3.74, 95% CI 1.26-11.13] women and those who had a higher daily caffeine intake [OR = 1.005, 95% CI 1.001-1.010]. The rate of weight dissatisfaction was lowest among underweight/normal weight women [OR = 0.08, 95% CI 0.02-0.28]. The rate of weight dissatisfaction was significantly higher in women who perceived that their husbands were dissatisfied with their weight [OR = 3.35, 95% CI 1.40-7.99] and those who knew that their husbands were dissatisfied with their weight [OR = 2.59, 95% CI 1.28- 5.23].

Conclusion: Weight satisfaction is related to age, disease, daily caffeine intake, BMI, and husband-related factors. These findings suggest that, when planning for intervention aimed at attitude correction and weight reduction for women, it is necessary to consider husband-related factors, as well as physiological and psychological factors.

Keywords: Weight satisfaction, Women, Husband-related factors

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]