

مقایسه نگرانی وزن و خودکارآمدی غذا خوردن میان افراد سیگاری و

غیر سیگاری

سمیه عبدالمحمدزاده*، احمد علی پور**، احمد علی نوربالا***

دریافت مقاله:

۹۲/۸/۲۲

پذیرش:

۹۲/۱۲/۲۸

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه نگرانی وزن و خودکارآمدی غذا خوردن میان افراد سیگاری و غیر سیگاری بود.

روش: از این رو ۱۰۰ نفر دانشجوی سیگاری (۵۰ زن، ۵۰ مرد) و ۱۰۰ نفر دانشجوی غیر سیگاری (۵۰ زن، ۵۰ مرد) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. کلیه آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های نگرانی وزن و خودکارآمدی غذا خوردن پاسخ دادند سپس نمرات آنها با هم مقایسه شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که نگرانی وزن در زنان غیر سیگاری بیشتر از زنان سیگاری و در مردان غیر سیگاری بیشتر از مردان سیگاری است و میان خودکارآمدی غذا خوردن زنان و مردان سیگاری با زنان و مردان غیر سیگاری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما خودکارآمدی غذا خوردن مردان هر دو گروه بیش از زنان است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که زنان بیشتر از مردان از سیگار کشیدن به عنوان راهبردی برای کاهش وزن استفاده می‌کنند و افراد غیر سیگاری نسبت به سیگاری‌ها ارزش بیشتری برای سلامتی و تناسب اندام خود قائل هستند. خوردن غذاهای لذیذ در زنان بیش از مردان خلق پایین را کاهش داده و استرس ذهنی را کم می‌کند و این تبیینی برای پایین‌تر بودن خودکارآمدی غذا خوردن زنان نسبت به مردان است.

کلیدواژه‌ها: نگرانی وزن، خودکارآمدی غذا خوردن، سیگار کشیدن.

*کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور، تهران (نویسنده مسئول) somayehamz@gmail.com

**استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور

***استاد گروه روانپزشکی، دانشگاه تهران

مقدمه

صرف سیگار سالانه منجر به مرگ و میر حدود ۴۳۸۰۰۰ نفر در ایالات متحده آمریکا می‌شود. (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، ۲۰۰۵) طبق بررسی در سال ۲۰۰۶، ۲۲٫۸٪ از مردمان آمریکا سیگار می‌کشیدند. (زمینه‌یابی مصاحبه سلامت عمومی^۲، ۲۰۰۷) طبق بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۷، ۱۱/۰۹٪ جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ایرانی شامل ۱۳/۲۱٪ مردان و ۸۱٪ زنان به طور روزانه سیگار می‌کشند. (سایت وزارت بهداشت^۳، ۱۳۸۹) سیگار کشیدن عاملی قابل پیشگیری است که در ایالات متحده منجر به مرگ می‌شود. (CDC، ۲۰۰۴) مصرف توتون و وابستگی به نیکوتین از نگرانی مهم سلامتی در ایالات متحده محسوب می‌شوند. حدود ۱۱۰۰ میلیون نفر فرد سیگاری در جهان وجود دارد که از بین آنها سالانه ۴ میلیون نفر به دنبال بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار جان خود را از دست می‌دهند. (دال^۴، کروفتون^۵، ۱۹۹۶) بنابر پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی این میزان در سال ۲۰۲۰ میلادی به ۱۰ میلیون مرگ در سال خواهد رسید. (پتو^۶، لویز^۷، بورهام^۸، ۲۰۰۰)

یکی از موانعی به صورت بالقوه مانع ترک سیگار می‌شود نگرانی درباره اضافه وزن بعد از ترک سیگار است. (راس^۹، فونسکا^{۱۰}، پترسون^{۱۱} و

بلکمن^{۱۲}، ۲۰۰۱). تحقیقات نشان دادند که تقریباً ۵۰٪ زنان و ۲۵٪ مردان سیگاری به این نتیجه رسیدند که سیگار کشیدن به کنترل وزنشان کمک می‌کند. (کلارک^{۱۳}، هارت^{۱۴}، کروگان^{۱۵}، پتن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۶) این افراد تحت عنوان سیگاری-های نگران وزن شناخته می‌شوند. (کلارک، دکر^{۱۷}، آفورد^{۱۸}، پتن و همکاران، ۲۰۰۴) به نظر می‌رسد که زنان بیشتر از مردان رفتارهای سیگار کشیدنشان را به دلایل کنترل وزن، کاهش وزن و ترس از اضافه وزن بعد از ترک نسبت می‌دهند. (کلسگز^{۱۹} و کلسگز، ۱۹۹۸؛ لوین^{۲۰}؛ پرکینز^{۲۱} و مارکوس^{۲۲}، ۲۰۰۱) اشتغال ذهنی زنان با فرم و اندازه بدنشان، برتری اجتماعی زنان لاغر و اثری که ترک سیگار بر وزن بدن دارد به بررسی رابطه سیگار کشیدن و نگرانی وزن منجر شده است. (جکسون^{۲۳}، ۲۰۰۲). یک مطالعه به مقایسه نگرانی وزن عمومی و نگرانی وزن مخصوص سیگار در میان زنان و مردان سیگاری آفریقایی آمریکایی و سفیدپوست پرداخت. نتایج نشان داد که نگرانی وزن عمومی در میان سفیدپوستان نسبت به آفریقایی آمریکایی‌ها و در زنان نسبت به مردان هر دو نژاد بیشتر بود. نگرانی وزن مخصوص سیگار در زنان

10. Fonseca
11. Peterson
12. Blackman
13. Clark
14. Hurt
15. Croghan
16. Paten
17. Decker
18. Offord
19. klesges
20. levine
21. perkins
22. marcus
23. jackson

1. Centers for Disease Control(CDC)
2. National Health Interview Survey
3. Health.gov.ir
4. Doll
5. Crofton
6. Petto
7. Lopez
8. Boreham
9. Russ

رفتارهای خوردن بررسی کردند تا مشخص کنند که آیا خودکارآمدی یا پیروی از رژیم غذایی با تغییر وزن ارتباط دارند، و خودکارآمدی چه اثری بر تغییر وزن دارد؟ یافته‌ها نشان داد که افزایش در خودکارآمدی با کاهش وزن حتی بعد از اینکه فرد رژیم غذایی را رعایت می‌کند ارتباط دارد. پژوهشی اثر عوامل فردی و محیطی را بر رفتارهای مدیریت وزن سالم که از خودکارآمدی متأثر می‌شوند را در میان زنان چاق کم درآمد بررسی کرد. نتایج نشان داد که زنانی که برای خوردن غذاهای کم چرب و کم کالری اهمیت بیشتری قائل می‌شدند نسبت به آنهایی که اهمیت کمتری قائل می‌شدند، راهبردهای رفتاری متنوعی را برای مدیریت وزن‌شان به کار می‌بردند و زنانی که خودکارآمدی بالاتری داشتند نسبت به آنهایی که خودکارآمدی پایین‌تری داشتند، راهبردهای متنوع مؤثرتری را به کار می‌بردند. (می-وی چنگ^{۱۳}، سوزان نیسکه^{۱۴}، راجر براون^{۱۵}، لیندا باومن^{۱۶}، جری^{۱۷}، کومبز^{۱۸}، پولیوی و هرمان (۱۹۹۸) یافتند که هم زنان و هم مردان رژیم گیرنده بیشتر از آنهایی که رژیم نداشتند سیگار کشیدن را برای اهداف کنترل کننده وزن شروع کرده‌اند و رژیم گیرنده‌ها نگرانی بیشتری برای اضافه وزن بعد از ترک نسبت به کسانی که رژیم نداشتند دارند.

هدف تحقیق حاضر این است که نگرانی وزن و خودکارآمدی ترک سیگار را بین دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری مقایسه کند.

سفید پوست نسبت به مردان هر دو نژاد زیاد بود، در زنان آفریقایی آمریکایی متوسط بود. (لیزا. ای پی^۱، سانچز-جانسن^۲، میشل آر^۳، کارپنتیر^۴ و همکاران، ۲۰۱۱) در مطالعه‌ای توسط پزینگر^۵ و جورجسن^۶ (۲۰۰۷)، اضافه وزن به عنوان دلیلی برای بازگشتن مجدد به مصرف سیگار در ۵۲٪ زنان و ۲۲٪ مردان در تلاش‌های ترک بیان شد. خودکارآمدی یکی از مؤلفه‌های اصلی نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۹۷) است که رفتار را به شدت تحت نفوذ خود دارد. خودکارآمدی به معنای باور فرد به توانایی خود در انجام موفقیت-آمیز رفتاری است که منتج به نتیجه می‌شود و خودکارآمدی ادراک شده به اعتقاد شخص به توانایی‌اش در فعالیت‌های مشخص، موقعیت‌ها یا جنبه‌هایی از عملکرد اجتماعی و روانشناختی خود اطلاق می‌شود. (بندورا، ۱۹۹۷) در قلمرو کنترل وزن، خودکارآمدی توجه قابل ملاحظه‌ای را به خود اختصاص داده است و محققان بر سر این موضوع توافق دارند که خودکارآمدی تعیین کننده مهمی برای رفتارهای کاهش وزن است و برنامه‌های کاهش وزن را ارتقا می‌دهد. (بیرنه^۷، ۲۰۰۷) و ارزیسکی^۸، سربیکا^۹، استین^{۱۰}، موزیک^{۱۱}، بورک^{۱۲} (۲۰۰۷) خودکارآمدی را به خصوص برای تغییر

1. Lisa.A.P
2. Sanchez-Johnsen
3. Michell R
4. Carpentier
5. Pisinger
6. Jorgensen
7. Byrne
8. Warziski
9. Sereika
10. Styn
11. Music
12. Burke

13. Mei-wei Chang
14. Susan Nitzke
15. Roger Brown
16. Linda Baumann
17. Jarry
18. Coombs

روش

پژوهش حاضر از طرح‌های پس‌رویدادی و به شیوه علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد سیگاری و غیر سیگاری ۲۰ تا ۳۰ ساله استان تهران می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای می‌باشد. ابتدا دانشگاه‌های شهر تهران در نظر گرفته شدند. به صورت قرعه‌کشی ۴ دانشگاه انتخاب شدند و از هر دانشگاه یک دانشکده در قرعه‌کشی انتخاب شدند. از میان دانشکده‌های انتخاب شده تعداد ۲۰۰ نفر از دانشجویان که شامل ۱۰۰ نفر سیگاری (۵۰ زن، ۵۰ مرد) و ۱۰۰ نفر غیرسیگاری (۵۰ زن، ۵۰ مرد) به صورت در دسترس انتخاب شدند.

ابتدا شرکت‌کنندگان به تمام گویه‌های پرسشنامه‌های نگرانی وزن (WCS^۱، کیلن، ۱۹۹۴)، خودکارآمدی غذا خوردن (ESES^۲، گلین^۳ و رادرن^۴، ۱۹۸۶) پاسخ دادند، سپس نمرات افراد سیگاری و غیرسیگاری با هم مقایسه شد. مقیاس نگرانی‌های مربوط به وزن مشتمل بر ۵ سؤال که برای بررسی نگرانی‌های مربوط به وزن است تشکیل شده است و آزمودنی باید پاسخ‌هایش را روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت که از «خیلی زیاد» تا «خیلی کم» درجه‌بندی شده است، انتخاب نماید. نمره ۵ در این مقیاس نشان‌دهنده کمترین و نمره ۲۵ نشان‌دهنده بیشترین نگرانی است. کیلن و همکاران (۱۹۹۴) با استفاده از شیوه آزمون-آزمون مجدد $r = 0/75$ را در طی ۱۲ ماه گزارش کرده‌اند

و همچنین این پرسشنامه دارای اعتبار پیش‌بین است. بهزادی‌پور، ساره (۱۳۸۵) قابلیت اعتماد این مقیاس را با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد (به فاصله یک ماه) ۰/۹۳ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آورد. اعتبار آزمون نیز از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس افسردگی بک ۰/۵۱ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی غذا خوردن (ESES) توسط گلین و رادرن (۱۹۸۶) طراحی شده است. ESES دارای ۲۵ گزاره است که شرکت‌کنندگان پاسخ‌های خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچ مشکلی در کنترل خوردن ندارم) تا ۷ (کنترل خوردن کاملاً دشوار است) مشخص می‌کنند. دارای دو زیر مقیاس است؛ دشواری در کنترل پرخوری به هنگام تجربه عاطفی منفی و حضور در موقعیت‌های قابل قبول اجتماعی نظیر مهمانی شام یا ایام تعطیل. اعتبار درونی آن ۰/۹۲ برای کل مقیاس و ۰/۹۴ برای زیرمقیاس تجربه عاطفه منفی و ۰/۸۵ برای زیر مقیاس موقعیت‌های قابل قبول اجتماعی بود. (گلین و رادرن، ۱۹۸۶) روایی و اعتبار ایرانی این پرسشنامه در طرح پژوهشی در میان دانشجویان دارای شاخص توده بدنی بالای ۲۵ بودند محاسبه شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. (آگاه‌هریس، موسوی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۱) برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی فراوانی میانگین و انحراف استاندارد برای مشخص شدن وضعیت نمرات آزمودنی‌ها و برای تجزیه و تحلیل آماری با توجه به توزیع داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد.

1. Weight Concern Scale
2. Eating Self-Efficacy Scale
3. Glynn
4. Ruderman

یافته‌ها

همانگونه که در جدول ۱ نشان داده شده است در مجموع ۲۰۰ آزمودنی با میانگین سنی ۲۴ سال و سه ماه (با انحراف استاندارد ۳/۱۹۷) در این پژوهش شرکت کردند که دامنه سنی آنها از ۲۰ تا ۳۰ سال گسترده شده است. لازم به ذکر است که نیمی از شرکت‌کنندگان زن و نیمی از آنها مرد هستند و تعداد زنان و مردان در دو وضعیت

سیگاری و غیرسیگاری مساوی است. از این تعداد ۱۳٪ متأهل، ۸۶٪ مجرد و ۱٪ مطلقه بودند. ۳۱/۰٪ شرکت‌کنندگان در رشته‌های علوم ریاضی، ۳/۵٪ در رشته‌های علوم تجربی، ۵۲/۰٪ در رشته‌های علوم انسانی و ۱۳/۵٪ در رشته‌های هنر و ۸٪ از آنها در مقطع فوق دیپلم، ۷۹٪ در مقطع لیسانس و ۱۳٪ در مقطع فوق لیسانس و بالاتر مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۱. ویژگی توصیفی سن شرکت‌کنندگان

متغیر	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۲۰۰	۲۰	۳۰	۲۴/۱۹	۳/۱۹۷

نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که توزیع نمرات مربوط به خودکارآمدی غذا خوردن نرمال است ولی توزیع نمرات نگرانی وزن نرمال نیست ($P < 0/05$). لازم به ذکر است که جهت تصحیح نرمالیتی در مورد مذکور از فرمول لگاریتم به اضافه یک استفاده شده است.

روایی مفروضه‌ها برقرار بوده و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه جهت بررسی معناداری تفاوت نمرات نگرانی وزن در دو جنس، دو

وضعیت سیگاری و غیرسیگاری و تعامل سیگاری بودن یا نبودن با جنس در جدول ۳ ارائه شده است. همانگونه که در جدول نیز نمایان است تفاوت نمرات نگرانی وزن در زنان و مردان و در دو وضعیت سیگاری و غیرسیگاری معنادار است ($P < 0/05$). به این معنی که نگرانی وزن در زنان بیشتر از مردان و در افراد غیرسیگاری بیشتر از سیگاری است. ولی تفاوت نگرانی وزن در تعامل میان وضعیت و جنس معنادار نیست ($P > 0/05$).

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی نمرات نگرانی وزن شرکت‌کنندگان به تفکیک وضعیت و جنس

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	جنس	وضعیت
۵۰	۴/۶۶	۱۴/۷۴	زن	غیر سیگاری
۵۰	۴/۶۱	۱۲/۸۰	مرد	
۱۰۰	۴/۷۱	۱۳/۷۷	کل	
۵۰	۵/۱۳	۱۳/۱۰	زن	سیگاری
۵۰	۳/۷۸	۹/۸۴	مرد	
۱۰۰	۴/۷۷	۱۱/۴۷	کل	

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای آزمون معناداری تفاوت نگرانی وزن

سطح معناداری	درجه آزادی	مربع میانگین	F	مجموع مربعات نوع III	مدل تصحیح شده
۰/۰۰۰۱	۳	۰/۲۸۸	۱۰/۲۳۲	۰/۸۶۳ الف	مدل تصحیح شده
۰/۰۰۰۱	۱	۸۵۳/۹۸۳	۳۰۳۹۰	۸۵۳/۹۸۳	اینترسپت
۰/۰۰۰۱	۱	۰/۳۹۱	۱۳/۹۰۳	۰/۳۹۱	وضعیت
۰/۰۰۰۱	۱	۰/۴۳۳	۱۵/۴۲۲	۰/۴۳۳	جنس
۰/۲۴۳	۱	۰/۰۳۹	۱/۳۷۰	۰/۰۳۹	جنس*وضعیت
	۱۹۶	۰/۰۲۸		۵/۵۰۸	خطا

الف (۰/۱۲۲ = مربع R تنظیم شده) ۰/۱۳۵ = مربع R

وضعیت معنادار نیست ($P > 0/05$)؛ ولی تفاوت نمرات در دو جنس معنادار است ($P < 0/05$). به این معنی که میان خودکارآمدی غذا خوردن افراد سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما این تفاوت در دو جنس معنادار است و خودکارآمدی غذا خوردن مردان بیش از زنان است (در مقیاس خودکارآمدی غذا خوردن نمره پایین-تر بیانگر خودکارآمدی بیشتر است).

نتایج آزمون لون جهت آزمون همگنی واریانس نمرات خودکارآمدی غذا خوردن حاکی از همگنی واریانس‌ها است ($P > 0/05$). در متغیر خودکارآمدی غذا خوردن نمره زنان سیگاری بیش از سایرین است. نتایج آزمون تحلیل واریانس منعکس شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات خودکارآمدی غذا خوردن در دو وضعیت سیگاری و غیرسیگاری و در تعامل میان جنس و

جدول ۴. ویژگی‌های توصیفی نمرات خودکارآمدی غذا خوردن شرکت‌کنندگان به تفکیک وضعیت و جنس

وضعیت	جنس	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
غیر سیگاری	زن	۴۶/۹۸	۱۹/۰۷	۵۰
	مرد	۴۶/۰۸	۲۱/۶۹	۵۰
سیگاری	کل	۴۶/۵۳	۲۰/۳۲	۱۰۰
	زن	۵۴/۵۸	۲۶/۴۳	۵۰
	مرد	۴۲/۷۴	۱۹/۱۷	۵۰
	کل	۴۸/۶۶	۲۳/۷۳	۱۰۰

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای آزمون معناداری تفاوت خودکارآمدی غذا خوردن

مدل تصحیح شده	مجموع مربعات نوع III	F	مربع میانگین	درجه آزادی	سطح معناداری
۳۷۵۱/۷۳۵ الف	۲/۶۳۲	۱۲۵۰/۵۷۸	۳	۰/۰۵۱	
اینترسپت	۴۵۳۰۵۶/۸۰۵	۹۵۳/۳۸۹	۴۵۳۰۵۶/۸۰۵	۱	۰/۰۰۰۱
وضعیت	۲۲۶/۸۴۵	۰/۴۴۷	۲۲۶/۸۴۵	۱	۰/۴۹۰
جنس	۲۰۲۸/۸۴۵	۴/۲۶۹	۲۰۲۸/۸۴۵	۱	۰/۰۴۰
جنس*وضعیت	۱۴۹۶/۰۴۵	۳/۱۴۸	۱۴۹۶/۰۴۵	۱	۰/۰۷۸
خطا	۹۳۱۴۰/۴۶۰		۴۷۵/۲۰۶	۱۹۶	

الف ($R = 0,024$) مربع تنظیم شده $R = 0,039$ مربع

بحث و نتیجه گیری

سیگار کشیدن عامل ایجاد بیماری در همه دستگاه‌های بدن است. (USDHHS, 2004) علی رغم آگاهی گسترده درباره خطرات سلامتی توام با مصرف سیگار تقریباً یک چهارم جمعیت ایالات متحده به سیگار کشیدن ادامه می‌دهند. (CDC, 2004) اگرچه این آمار کاهش شیوع سیگار کشیدن را در چند دهه گذشته منعکس می‌کند، ولی این کاهش در زنان به اندازه مردان نیست، به طوری که به نظر می‌رسد زنان جوان نسبت به هم‌تایان مردشان تعداد بیشتری سیگار می‌کشند. (CDC, 1996) به اعتقاد پژوهشگران عدم تمایل زنان به ترک سیگار می‌تواند ناشی از نگرانی بیشتر این افراد برای کنترل وزن‌شان باشد. (سپدا- بنیتو^۱ و ریگ‌فرر^۲, 2000) همچنین افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری عادت-های سبک زندگی ناسالمی دارند (تنگ^۳، مویری^۴، لنکستر^۵، جونز^۶، فالر^۷، 1997)، که می‌تواند اثرات سوء سیگار کشیدن را بر سلامتی دو چندان کند. از طرفی خودکارآمدی متغیر مهمی در تغییر رفتارهای ناکارآمد است. (بندورا، 1997)

طبق نتایج مندرج در جدول ۳ نگرانی وزن در زنان بیش از مردان و در افراد غیرسیگاری بیش از افراد سیگاری است. بدین معنی که زنان و

مردان غیرسیگاری بیشتر از زنان و مردان سیگاری نگران وزن خود هستند و در میان افراد سیگاری نیز نگرانی وزن در زنان بیش از مردان است. در تبیین این یافته که نگرانی وزن زنان سیگاری بیش از مردان سیگاری است می‌توان به نتایج پژوهش کلسگز و همکاران (1998)، پزینگر و جورجسن (2007) و جفری^۸، درنوسکی^۹، اپشتاین^{۱۰}، استانکارد^{۱۱} (2000) اشاره کرد که معتقدند زنان بیشتر از مردان از سیگار کشیدن به عنوان راهبردی برای کاهش وزن استفاده می‌کنند. اشتغال ذهنی زنان به فرم و اندازه بدن (استریگل- مور^{۱۲} و فانگو^{۱۳}، 2002)، برتری اجتماعی زنان لاغر (جکسون^{۱۴}، 2002) و اثری که ترک سیگار بر وزن بدن دارد می‌تواند رابطه میان سیگار کشیدن و نگرانی وزن را در زنان تبیین کند. به علاوه یافته مذکور با یافته بورلی^{۱۵}، اسپرینگ^{۱۶}، نیارا^{۱۷}، هیتسمن^{۱۸} (2001) مبنی بر اینکه نگرانی وزن زنان سیگاری دو برابر بیشتر از زنان غیر سیگاری است مغایرت دارد. در تبیین یافته مربوط به بیشتر بودن نگرانی درباره وزن در افراد غیرسیگاری نسبت به افراد سیگاری می‌توان به این نکته اشاره کرد که معمولاً افراد غیرسیگاری

8. Jeffery
9. Drewnowski
10. Epstein
11. Stunkard
12. Striegel-Moore
13. Franko
14. Jackson
15. Borrelli
16. Spring
17. Niaura
18. Hitsman

1. Cepeda-benito
2. Reig Ferrer
3. Tang
4. Muiry
5. Lancaster
6. Jones
7. Fowler

گرونبرگ^{۱۰} و استراب^{۱۱} (۱۹۹۲) استناد کرد که معتقدند خوردن غذاهای لذیذ در زنان بیش از مردان خلق پایین را کاهش داده و استرس ذهنی را کم می‌کند. بنابراین با توجه به این یافته می‌توان انتظار داشت که زنان بیش از مردان جهت تخفیف استرس و عواطف منفی به خوردن روی بیاورند.

در توجیه یافته مربوط به عدم تفاوت معنادار میان خودکارآمدی غذا خوردن در افراد سیگاری و غیرسیگاری می‌توان به این نکته اشاره کرد که شاید متغیرهای دیگری از جمله وزن و شاخص توده بدنی در این زمینه نقش واسطه‌ای داشته باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی این متغیرها نیز مورد بررسی قرار گیرند.

منابع

آگاه‌هریس، مژگان؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ موسوی، الهام (۱۳۹۱). «پایایی و روایی پرسشنامه خوداثربخشی غذا خوردن و رابطه آن با سبک زندگی کارآمد وزن در افراد فزون‌وزن». *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. زیر چاپ.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bas, M. & Donmez, S. (2009). "Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey". *Appetite*. 52. 209-216.

نسبت به سیگاری‌ها ارزش بیشتری برای سلامتی و تناسب اندام خود قائل هستند و سبک زندگی سالم‌تری دارند؛ در نتیجه می‌توان انتظار داشت که این افراد بیشتر نگران وزن خود باشند.

براساس نتایج جدول ۵ میان خودکارآمدی غذا خوردن در زنان و مردان سیگاری با زنان و مردان غیرسیگاری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ ولی این تفاوت میان زنان و مردان معنادار است به طوری که خودکارآمدی غذا خوردن در مردان بیش از زنان است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که رفتارهای کاهش وزن در زنان بیشتر از مردان است (کلسگز و همکاران، ۱۹۹۸) و خودکارآمدی نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتارهای کاهش وزن دارد (بیرنه، ۲۰۰۲؛ روچ^۱، ۲۰۰۳؛ ماتسو^۲، موراتاک^۳، کیم^۴، آکیبا^۵ و همکاران، ۲۰۱۰؛ باس و دومنز، ۲۰۰۹) که با یافته این پژوهش مغایر است. کوپلند^۶ و همکاران (۲۰۰۶)، پرکینز و همکاران (۲۰۰۱) و پینتو^۷، بورلی، کینگ^۸، باک^۹ و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند زنان سیگاری خودکارآمدی پایینی برای کنترل غذا خوردن‌شان دارند که با توجه به یافته مربوط به پایین‌تر بودن خودکارآمدی غذا خوردن در زنان تا حدودی با یافته این پژوهش هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان به یافته

1. Roach
2. Matsuo
3. Muratake
4. Kim
5. Akiba
6. Copland
7. Pinto
8. King
9. Bock

10. Grunberg

11. Straub

- Borrelli, B.; Spring, B.; Niaura, R.; Hitsman, B. & Papandonatos, G. (2001). "Influences of gender and weight gain on short-term relapse to smoking in a cessation trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69. 511-515.
- Byrne, S. (2002). "Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity". *Journal of Psychosomatic Research*. 53. 1029-1036.
- Center for disease control and prevention. (2004). *Cigarette smoking among adults-United States*. 2002. Morbidity and Mortality weeklyreport. 53 (20). 427-431.
- Centers for Disease Control. (2005). *Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses — United States, 1997-2001*. Morbidity and Mortality Weekly Report. 54 (25). 625-628.
- Cepeda-Benito, A. & Reig Ferrer, A. (2002). "Smoking consequences questionnaire... Spanish". *Psychology of addictive behaviors*. 14 (3). 219-230.
- Clark, M. M.; Decker, P. A.; Offord, K. P.; Patten, C. A.; Vickers, K. S.; Croghan, I. T.; et al. (2004). "Weight concerns among male smokers". *Addictive Behaviors*. 29 (8). 1637-1641.
- Clark, M. M.; Hurt, R.; Croghan, I. T.; Patten, C. A.; Novotny, P.; Sloan, J. A.; et al. (2006). "The prevalence of weight concerns in a smoking abstinence clinical trial". *Addictive Behaviors*. 31 (7). 1144-1152.
- Doll, R.; Crofton, J.; Tobacco, & health. (1996). *Br Med bull*. 52: 1-3.
- French, S. A.; Jeffery, R. W.; Klesges, L. M. & Forster, J. L. (1995). "Weight concerns and change in smoking behavior over two years in a working population". *American Journal of Public Health*. 85. 720-722.
- Glynn, S. M. & Ruderman, A. J. (1986). "The development and validation of an Eating Self-Efficacy Scale". *Cognitive Therapy and Research*. 10 (4). 403-420.
- Grunberg, N. E. & Straub, R. O. (1992). "The role of gender and taste class in the effects of stress on eating". *Health Psychology*. 11. 97-100.
- Jackson, L. A. Physical attractiveness: A sociocultural perspective. (2002). In: Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (Eds). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. NewYork: The Guilford Press, pp. 13-21.
- Jarry, J. L.; Coombs, R. B.; Polivy, J. & Herman, C. P. (1998). "Weight gain after smoking cessation in women: The impact of dieting status". *International Journal of Eating Disorders*. 24. 53-64.
- Jeffery, R. W.; Drewnowski, A.; Epstein, L. H.; Stunkard, A. J.; Wilson, G. T.; Wing, R. R. & Hill, D. R. (2000). "Long-term maintenance of weight loss: Current status". *Health Psychology*. 19 (Suppl. 1). 5-16.
- Klesges, R. C. & Klesges, L. M. (1988). "Cigarette smoking as a dieting strategy in a university population". *International Journal of Eating Disorders*. 7. 413-419.
- Lisa, A. P.; Sanchez-Johnsen, Michell, R.; Carpentier Andrea, C.; King (2011). "Race and Sex Associations to Weight Concerns Among Urban African American and Caucasian Smokers". *Addictive Behaviors*. 36. 1-2. 14-17.

- Matsuo, T.; Muratake, T.; Kim, Akiba, M.; Shimoj, N.; Kim, M. & Tanaka, K. (2010). "High general self-efficacy is associated with less weight loss under a supervised dietary modification program". *Obesity research & clinical practice*. 2. 135-144.
- Mei-wei Chang, Susan Nitzke, Roger Brown, Linda Baumann (2011). "Predictors of Low-Income, Obese Mother's Use of Healthful Weight Management Behaviors". *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 34. 2. 87-95.
- National Center for Health Statistics Centers for Disease Control and Prevention (2007). National Health Interview Survey. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>. Accessed November. 6.
- Ogden, J. (1994). "Effects of smoking cessation, restrained eating, and motivational states on food intake in the laboratory". *Health Psychology*. 13. 114-121.
- Perkins, K. A.; Marcus, M. D.; Levine, M. D.; D'Amico, D.; Miller, A.; Brogge, M.; et al. (2001). "Cognitive-behavioural therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69. 604-613.
- Petto, R.; Lopez, A. D.; Boreham, J. (1994). *Mortality from smoking in developed countries*. New York: Oxford University Press. 1950-2000.
- Pinto, B. M.; Borrelli, B.; King, T. K.; Bock, B. C.; Clark, M. M.; Roberts, M.; et al. (1999). "Weight control smoking among sedentary women". *Addictive Behaviors*. 24. 75-86.
- Pisinger, C. & Jorgensen, T. (2007). "Weight concerns and smoking in a general population: The Inter99 Study". *Preventive Medicine*. 44 (4). 283-289.
- Russ, C. R.; Fonseca, V. P.; Peterson, A. L.; Blackman, L. R. & Robbins, A. S. (2001). "Weight gain as a barrier to smoking cessation among military personnel". *American Journal of Health Promotion*. 16. 79-84.
- Tang, J.; Muiry, Lancaster, T.; Jones, L.; Fowler, G. (1997). Health profiles of current and former smokers and lifelong abstainers". OXCHECK study group. Oxford and collaborators health check". *Journal of the college of physicians*. London 31: 304-309.
- US. Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking, A report of the surgeon general*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, public health services, Center of Disease Control and prevention, National center for chronic disease prevention and health promotion. office on smoking and health.
- Warziski, M.; Sereika, S.; Styn, M.; Music, E. & Burke, L. (2008). "Changes in self-efficacy and dietary adherence: the impact on weight loss in the PREFER study". *Journal of Behavioral Medicine*. 31. 81-92.