

نمط الشخصية وعلاقته بانتشار البدانة والوزن الزائد لدى عينة من السيدات الاردنيات ”دراسة مقارنة بين المتزوجات وغير المتزوجات“

د. ميرفت عاهد ذيب

أستاذ مشارك، كلية الأميرة عالية الجامعية، جامعة
البلقاء التطبيقية، السلط، المملكة الأردنية الهاشمية

د. غازي محمد خير الكيلاني

محاضر، كلية التربية الرياضية، الجامعة الاردنية،
المملكة الأردنية الهاشمية

أ.د. جعفر العرجان

أستاذ فسيولوجيا الجهد البدني، جامعة البلقاء التطبيقية،
كلية السلط للعلوم الإنسانية، السلط، المملكة الأردنية الهاشمية

مقدمة:

اشارت العديد من الدراسات والتي بحثت في موضوع الشخصية وسماتها والعوامل المؤثرة عليها على أنها مجموعة دينامية ومنظمة لسمات وخصائص الفرد وأنماط السلوك الشخصية والتي تتضمن المواقف أو الاتجاهات وأنماط التفكير والمشاعر والأفعال وردود الأفعال على الفرص، كما تتضمن التوتر الناتج من التفاعل اليومي مع محيط الانسان الخارجي سواء العائلي أو المجتمعي أو حتى الاكاديمي التعليمي (Kadi et al., 2018; Cornelia et al., 2017; Spielberger & Jacobs,2010)

كما اشارت العديد من الدراسات المرجعية إلى وجود علاقة وتأثير لنمط الشخصية السائد لدى الأفراد وما بين مجموعة من السلوكيات الصحية لديهم لا سيما ممارسة النشاط البدني والرياضي، وطبيعة العادات الغذائية وتعاطي التبغ بمختلف اشكاله، إضافة إلى انتشار البدانة بينهم (Epton et al., 2015; Sweeney & Moyer, 2015; Kathryn & Rodney,2015; Wilson et al., 2015; Ryan & Andrew.2016)

كما أوضحت بعض الدراسات الأخرى أن نمط الشخصية عاملاً مؤثراً للإصابة بالعديد من الأمراض خاصة تلك المتعلقة بالأمراض المزمنة مثل السكري (diabetes) ومرض ضغط الدم المرتفع (high blood pressure) وأمراض القلب (heart disease) (Markus et al., 2014; ukovic et al., 2014; Mei et al., 2017; Grande. & Barth; Kang et al., 2015)

وقد توصل (Spielberger & Jacobs,2010) من خلال دراسة أجريت للتعرف على العلاقة ما بين التدخين ونمط الشخصية السائد لدى عينة من الأطباء، إلى أن الأفراد المدخنين الذكور لديهم نسبة عالية من تواجد نمط الشخصية العصابية (Neuroticism)، مقارنة بغير المدخنين، وإلى أن المدخنات الاناث لديهن نسبة أقل من تواجد نمط الشخصية العصابية والذهانية (Psychoticism) قياساً إلى غير المدخنات أو اللواتي أقلعن عن التدخين، كما توصل (Cornelia et al., 2017) إلى وجود علاقة ما بين نمط الشخصية ومعدل انتشار البدانة واستهلاك التبغ وممارسة النشاط البدني، مما يؤثر إلى تأثير نمط الشخصية

على مجموعة من السلوكيات الصحية لدى الأفراد، ومن خلال دراسة مرجعية توصل (Kathryn & Rodney, 2015) إلى وجود تأثير لنمط الشخصية لدى الأفراد على مدى التوجه لممارسة النشاط الرياضي، كما تبين أن الأفراد الممارسين للنشاط الرياضي تقل لديهم نسبة تواجد الشخصية العصابية وترتفع لديهم نمط الشخصية الإترانية، كما توصل (Wilson et al., 2015) أن ممارسة النشاط الرياضي قد يساعد في تخفيف تواجد نمط الشخصية العصابية بين الفتيات الجامعيات، ويساعد على زيادة تواجد الشخصية الانبساطية (Extraversion) بينهن.

فيما توصل (Markus et al., 2014) إلى وجود ارتباط وثيق بين الإصابة بأمراض القلب التاجية (Coronary heart disease) الناتجة عن الإصابة بالسكتة الدماغية (Brain attack) وبين نمط الشخصية العصابية، وإلى وجود انخفاض في نسبة الإصابة بتلك الأمراض لدى الأفراد من ذوي الشخصية الانبساطية ومن لديهم ارتفاع في مستوى الصحة النفسية، وفي دراسة أخرى قام بها (Mei et al., 2017) أظهرت النتائج وجود ارتباط بين نمط الشخصية العصابية والانفعالية غير الإترانية وما بين ارتفاع معدلات الكآبة والقلق والتوتر إضافة إلى الارتباط الوثيق مع زيادة معدلات الإصابة بأمراض القلب ومع دهنيات الدم الخطرة خاصة الكولسترول منخفض الكثافة (Low-density lipoprotein) ودهنيات الدم الثلاثية (hypertriglyceridemia)، كما ربطت بعض الدراسات ما بين نمط الشخصية والصحة النفسية (Mental health) وجودة الحياة (quality of life) والتكيف الاجتماعي مع المحيط (Social adjustment)، فقد توصلت (Margarita et al., 2015) إلى ارتفاع أعراض الإكتئاب والقلق والتوتر وانخفاض مستوى التكيف الاجتماعي لدى الأفراد من نوع الشخصية العصابية غير الإترانية، إضافة إلى وجود مؤشرات عالية للعديد من الأمراض، وفي دراسة تحليلية للدراسات التي أجريت حول تأثير نمط الشخصية على مستوى الصحة العقلية توصل (Floortj & Johan, 2010) أن الأفراد المتميزون بالشخصية الإكتآبية والعصابية لديهم مستوى متدني من الصحة العقلية والنفسية وتتزايد لديهم أعراض الاكتئاب والتوتر والاضطراب والاجهاد، ومستوى عالٍ من الضغط النفسي، إضافة إلى انخفاض مستوى التكيف الاجتماعي لهم.

ولأهمية وتأثير نمط الشخصية في العديد من السلوكيات اليومية، ربطت بعض الدراسات بين نمط الشخصية وما بين العادات الغذائية أو اضطرابات الطعام فقد توصل (Ryan & Andrew, 2016) إلى أن الأفراد المتميزين بنمط الشخصية الانبساطية والمتوافقة اجتماعيا مع محيطها لديهم مجموعة من المواقف والاتجاهات السلوكية الصحية الإيجابية والمتعلقة بتناول الوجبة الإفطار، فيما وجد أن الأفراد المتميزين بنمط الشخصية العصابية وانخفاض التوافق الاجتماعي لديهم سلوكيات سلبية غير صحية نحو وجبة الإفطار. وتعتبر البدانة والإصابة بها ذات خطورة عالية على الصحة على مختلف أشكالها سواء البدنية أو النفسية، فقد ربطت العديد من الدراسات ما بين البدانة والإصابة بأمراض القلب الوعائية والسكري وارتفاع ضغط الدم (El Mugamer et al., 1995; Alison et al., 2005; George, 2004) إضافة إلى وجود علاقة وثيقة ما بين البدانة وارتفاع مستوى دهنيات الدم الخطرة (Hyperlipoproteinemia)

والمسببة لتصلب الشرايين وبالتالي حدوث النوبات القلبية والسكات الدماغية (Harder et al., 2005; Andersen et al., 2003; Tybjaerg et al., 1998; Poledne. & Jurcikov, 2017) demiol 2005; 162: 397-403

كما أشارت بعض الدراسات وجود علاقة ما بين البدانة والاصابة ببعض أنواع السرطان خاصة سرطان الثدي والمبيض وبطانة الرحم لدى السيدات البدنيات (Golabek et al., 2014; Harvie et al., 2013; Howe et al., 2013; Renehan & Roberts, 2008) الإشكاليات الصحية بل يتعدى ذلك إلى التأثير السلبي على مستوى الصحة النفسية (Jen et al., 2017) ، حيث ربطت الدراسات ما بين البدانة لدى السيدات وما بين انخفاض مستوى التكيف الاجتماعي والنظر بدونية الى الجسد بما يعرف بمفهوم احتقار الجسد (العرجان وذيب، ٢٠١٥) إضافة إلى انخفاض مستوى الثقة بالنفس وفي مفهوم الذات، كما ربطت بعض الدراسات ما بين البدانة وبعض الإشكاليات الاجتماعية والتي قد تتمثل في انخفاض فرص الزواج لدى السيدات البدنيات، وهذا الامر ما قد يؤدي الى انخفاض الصحة النفسية لهن (Zutven et al., 2015; Lyons et al., 2015). وعن انتشار البدانة لدى السيدات في المجتمع الأردني، فقد أوردت العديد من الدراسات وجود ارتفاع كبير في نسب انتشار البدانة والوزن الزائد في المجتمع الأردني، فقد أوردت العديد من الدراسات وجود ارتفاع كبير في نسب انتشار البدانة والوزن الزائد (Ajlouni et al., 1998; Khasawneh et al., 2005; Alarjan et al., 2015; Khader et al., 2008; Zindah et al., 2008) إضافة إلى ما ظهر من نتائج بعض الدراسات وجود انخفاض كبير في مستوى ممارسة النشاط الرياضي المعزز للصحة (العرجان، ٢٠١١؛ العرجان وذيب، ٢٠١٥؛ العرجان، ٢٠١٣)، وبالتالي ونظرا لخطورة انتشار البدانة وتأثيراتها السلبية على صحة الفرد البدنية والنفسية ومستوى تكيفه الاجتماعي خاصة لدى الاناث، وما قد يرافق ذلك من تغييرات سلبية على نمط الشخصية لدى السيدات فقد قام الباحثين بإجراء هذا البحث لأهميته على الصعيد العلمي والتطبيقي.

مشكلة البحث

تبرز مشكلة البحث في خطورة انتشار البدانة ومضاعفاتها الصحية والاجتماعية والنفسية خاصة فيما يتعلق بالتأثير على نمط الشخصية لدى الاناث، كون الاناث أكثر عرضة لانتشار البدانة من الذكور، وتكمن مشكلة البحث في الإجابة على التساؤلات التالية والتي تشكل الإطار العام للبحث.

١. ما هي نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد والوزن الطبيعي والنقص في الوزن، وهل تتباين تبعا للحالة الاجتماعية لدى عينة من السيدات الاردنيات؟

٢. ما هو نمط الشخصية السائد لدى عينة من السيدات الاردنيات وتبعا للحالة الاجتماعية؟

٣. ما هي طبيعة العلاقة ما بين نمط الشخصية وتصنيفات مؤشر كتلة الجسم لدى عينة من السيدات الاردنيات وتبعا للحالة الاجتماعية؟

اهداف البحث:

هدف البحث التعرف الى الأهداف التالية:

١. نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد والوزن الطبيعي والنقص في الوزن لدى عينة من السيدات الاردنيات وتبعاً للحالة الاجتماعية.

٢. نمط الشخصية السائد لدى عينة من السيدات الاردنيات وتبعاً للحالة الاجتماعية.

٣. علاقة نمط الشخصية بانتشار نسب تصنيفات مؤشر كتلة الجسم لدى عينة من السيدات الاردنيات وتبعاً للحالة الاجتماعية.

إجراءات البحث:

منهج البحث:

استخدم الباحثون المنهج الوصفي بإحدى صوره وهو العلاقات المتبادلة

مجتمع وعينة البحث:

تكون مجتمع البحث من السيدات الاردنيات القاطنات في مدينة عمان من المتزوجات وغير المتزوجات، كما تكونت عينة البحث مما مجموعه (٢٩٢٣) سيدة اردنية تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مختلف الشرائح الاجتماعية، والجدول (١) يوضح طبيعة الخصائص الديمغرافية وتبعاً للحالة الاجتماعية لهن.

جدول (١) الخصائص الديمغرافية لعينة البحث

جميع العينة (ن=٢٩٢٣)		غير المتزوجات (ن=١٥٧٨)		السيدات المتزوجات (ن=١٣٤٥)		المتغيرات الديمغرافية
متوسط	انحراف	متوسط	انحراف	متوسط	انحراف	
٣٧.٥٠	١.٥٢	٣٧.٤٧	١.٥٠	٣٧.٥٤	١.٥٤	العمر (سنة)
٧٣.١١	١٧.٤٤	٧١.٣١	١٦.٧٦	٧٥.٢٢	١٧.٩٩	الوزن (كغم)
١.٦٢	٠.٠٩	١.٦٤	٠.٠٩	١.٦١	٠.٠٨	الطول (سم)
٢٧.٧٣	٧.٣١	٢٦.٤٩	٦.٧٣	٢٩.١٨	٧.٦٨	مؤشر كتلة الجسم م ^٢
العدد	%	العدد	%	العدد	%	التعليم
٦٠١	٢٠.٥٦	٤٣٠	٢٧.٢٤	١٧١	١٢.٧١	الابتدائية
٢٥٠	٨.٥٥	١٩٣	١٢.٢٣	٥٧	٤.٢٣	الاعدادية
١٠٩٨	٣٧.٥٦	٦٣٧	٤٠.٣٦	٤٦١	٣٤.٢٧	الثانوية
٣١٩	١٠.٩١	١١١	٧.٠٣	٢٠٨	١٥.٤٦	الدبلوم
٣٦٧	١٢.٥٥	٨١	٥.١٣	٢٨٦	٢١.٢٦	البكالوريوس
٢٨٨	٩.٨٥	١٢٦	٧.٩٨	١٦٢	١٢.٠٤	الماجستير
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العمل
١٠٣٩	٣٥.٥٤	٥٧٤	٣٦.٣٧	٤٦٥	٣٤.٥٧	نعم حالياً
١٨٨٤	٦٤.٤٥	١٠٠٤	٦٣.٦٢	٨٨٠	٦٥.٤٢	لا حالياً
العدد	%	العدد	%	العدد	%	عدد الأطفال
١٦٢٦	٥٥.٦٢	٠٠٠	٠.٠٠	٤٨	٣.٥٦	لا يوجد
٣٧٥	١٢.٨٢	٠٠٠	٠.٠٠	٣٧٥	٢٧.٨٨	١-٢ طفل
٣٨٩	١٣.٣٠	٠٠٠	٠.٠٠	٣٨٩	٢٨.٩٢	٣-٤ طفل

٨.١٧	٢٣٩	٠.٠	٠.٠	١٧.٧٦	٢٣٩	٦-٥ طفل
١٠.٠٥	٢٩٤	٠.٠	٠.٠	٢١.٨٥	٢٩٤	أكثر من ٧

أدوات البحث:

استخدم الباحثون أدوات البحث التالية وهي:

استمارة البيانات الوصفية الديمغرافية : وهي الاستمارة التي تحدد مجموعة من البيانات التوصيفية عن العينة والتي تتمثل في (العمر، مستوى التعليم، العمل، عدد الأطفال، الحالة الاجتماعية)، ثم قياس الوزن والطول، فمن أجل جميع بيانات البحث تم قياس الوزن باستخدام ميزان طبي معايير أما الطول فتم قياسه باستخدام مقياس الطول المدرج ، ثم حسب مؤشر كتلة الجسم باستخدام معادلة (الوزن كغم/ الطول^٢)، وتم استخراج تصنيفات مؤشر كتلة الجسم بناءً على معايير منظمة الصحة العالمية (Who, 2000) وهي: النحافة (أقل-١٨.٤٩)، الوزن الطبيعي (١٨.٥-٢٤.٩٩)، الوزن الزائد (٢٥.٠-٢٩.٩٩)، البدانة (≥ ٣٠.٠) (كغم/م^٢)، ثم استجيب أفراد عينة البحث على قائمة ايزنك للشخصية والتي صممت من قبل (Hans Sybil) والتي تقيس في مجملها بعدين من ابعاد الشخصية هي: بعد (الانبساط - الانطواء) وبعد (الانفعال - الاتزان)، ولها صورتين متكافئتين صورة (ا) وصورة (ب) ولكل صورة عدد (٥٧) عبارة، بحيث تكون بدائل الاستجابة من قبل المفحوصين بعبارة (نعم، لا) ، منها (٢٤) عبارة لقياس بعد الانبساط - الانطواء، حيث تشير الدرجة المرتفعة على هذا البعد الى ميل الفرد نحو بعد الانبساط، بينما تشير الدرجة المنخفضة للفرد على هذا البعد الى ميله نحو بعد الانطواء، وتحتوي القائمة على (٢٤) عبارة أخرى لقياس بعد الانفعال - الاتزان حيث تشير الدرجة المرتفعة عليه إلى الميل نحو بعد الانفعال، بينما تشير الدرجة المنخفضة عليه إلى الميل نحو بعد الاتزان، بحيث تم اعتماد الدرجة (١٢) كدرجة للفصل بين الارتفاع والانخفاض على البعدين السابقين، كما ضمت القائمة (٩) فقرات وضعت كمقياس للكذب حيث تشير الدرجة المرتفعة عليه إلى رغبة الفرد لاختيار الاجابات المقبولة.

جمع بيانات البحث:

تم البدء بجمع بيانات البحث من تاريخ (٢٠١٦/٩ - ٢٠١٧/١١) بحيث استعان الباحثين بمجموعة من طالبات التخصص من خلال تدريبهن على جمع بيانات البحث بطريقة علمية، وبإشراف الباحثة الرئيسية.

الإحصاء المستخدم:

استخدم الباحثون الأساليب الإحصائية التالية للإجابة على تساؤلات البحث:

١. مربع كاي (χ^2) والتكرارات والنسب المئوية.
٢. تحليل التقاطع (Crosstabulation) وهو تحليل يقوم على إيجاد العلاقة المتبادلة ما بين متغيرين غير كميين، ويعتمد على إيجاد العلاقة باستخدام معامل ارتباط بيرسون كاي^٢

عرض ومناقشة النتائج:

في ضوء تساؤل البحث الأول ونصه: ما هي نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد والوزن الطبيعي والنقص في الوزن، وهل تتباين تبعاً للحالة الاجتماعية لدى عينة من السيدات الاردنيات؟، حيث يشير الجدول (٢) الى دلالة الفروق في نسب انتشار تصنيفات مؤشر كتلة الجسم وتبعاً للحالة الاجتماعية لدى عينة من السيدات الاردنيات.

جدول (٢) دلالة الفروق في نسب انتشار تصنيفات مؤشر كتلة الجسم وتبعاً للحالة الاجتماعية لدى عينة من

السيدات الاردنيات

جميع العينة (ن=٢٩٢٣)		قيمة كاي ٢ ومستوى الدلالة تبعاً للحالة الاجتماعية	غير المتزوجات (ن=١٥٧٨)		السيدات المتزوجات (ن=١٣٤٥)		تصنيفات مؤشر كتلة الجسم
العدد	%		العدد	%	العدد	%	
٣٥٧	١٢.٢١	NS (٠.٧٩١) ٠.٠٧٠	١٧٦	١١.١٥	١٨١	١٣.٤٥	النقص في الوزن
٩٣٠	٣١.٨١	** (٠.٠٠٠) ١٩٥.١٣	٦٧٨	٤٢.٩٦	٢٥٢	١٨.٧٣	الوزن الطبيعي
٤٠٩	١٣.٩٩	NS (٠.٥٢٠) ٠.٤١٣	٢١١	١٣.٣٧	١٩٨	١٤.٧٢	الوزن الزائد
١٢٢٧	٤١.٩٧	** (٠.٠٠٠) ٣٢.٩٢	٥١٣	٣٢.٥٠	٧١٤	٥٣.٠٨	البدانة
١٦٣٦	٥٥.٩٦	** (٠.٠٠٠) ٦٥٤.٩١	٧٢٤	٤٥.٨٨	٩١٢	٦٧.٨٠	البدانة والوزن الزائد
٦١٢.٥٤	** (٠.٠٠٠)	-	٩٨.٤٣	** (٠.٠٠٠)	٣٢٣.٢١	** (٠.٠٠٠)	قيمة كاي ٢ والدلالة

** دالة عند مستوى (٠.٠٠١)، NS = لا يوجد فروق إحصائية دالة

يتضح من الجدول (٢) وجود فروق إحصائية دالة في نسب انتشار الوزن الطبيعي وذلك ما بين السيدات المتزوجات وغير المتزوجات حيث كانت نسبة الانتشار وعلى التوالي (١٨.٧٣%)، (٤٢.٩٦%)، كما تبين وجود ارتفاع ذو دلالة في نسبة انتشار البدانة لدى السيدات المتزوجات بنسبة وصلت إلى (٥٣.٠٨%) قياساً إلى غير المتزوجات بنسبة (٣٢.٥٠%)، هذا إضافة إلى وجود ارتفاع كبير في نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد (مجتمعين) لدى السيدات المتزوجات قياساً إلى غير المتزوجات وعلى التوالي (٦٧.٨٠%)، (٤٥.٨٨%)، وهذه النتائج تدل على وجود أثر وعلاقة ما بين الحالة الاجتماعية وانتشار وارتفاع نسبة البدانة والوزن الزائد، وهذا ما يتفق مع بعض الدراسات والتي اشارت إلى ارتفاع نسبة البدانة والوزن الزائد بين السيدات المتزوجات (Bowie et al., 2007; Deborah et al., 2006; Musaiger et al., 2000; Lipowicz et al., 2002; Lin et al., 2016)

كما بينت دراسة (Jeffrey et al., 1992) أن الحالة الزوجية ترتبط بالمرض والوفيات، حيث تبين أن الأفراد المتزوجين (خاصة الذكور) يكونون أكثر صحة وأقل عرضة للوفاة من غير المتزوجين، كما تبين أن العلاقة ما بين الحالة الزوجية والاصابة بالبدانة أكثر وضوحاً لدى الرجل مما هي لدى السيدات في المجتمع الأمريكي، كما توصلت (اومغار وآخرون، ٢٠١٢) إلى ارتفاع نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد لدى السيدات المغربيات المتزوجات مقارنة بالسيدات غير المتزوجات، حيث وصلت نسبة انتشار الوزن الزائد وعلى التوالي (٣٩.٧%)، (٢٢.٤%)، وانتشار البدانة (٣٧.٣%)، (٣.٤%)، كما بينت دراسة (المصيفر والقشقر، ٢٠٠٥) والتي أجريت على عينة من السيدات السعوديات، وجود ارتفاع في نسبة انتشار البدانة بين السيدات المتزوجات وصلت إلى ما نسبته (٧٦.٨%)، ولدى السيدات غير المتزوجات (٢٣.٢%)،

ويمكن تفسير ذلك إلى مجموعة من العوامل والتي يمكن أن تتعرض لها المرأة بعد الزواج والتي تتمثل في الحمل وما قد يرافق ذلك من ارتفاع في نسبة الشحوم في الجسم وحدوث العديد من الترهلات في منطقة البطن ومنطقة الخصر وضعف في مجموعة عضلات الظهر والحزام الكتفي إضافة إلى زيادة احتمالات تعرض المرأة الحامل إلى الإصابة بسكري الحمل (Nicole & Pharm,2013; Gaston & Cramp, 2011; Elden et al., 2014;Vermani et al., 2010; Bjelland et al., 2010; Persson et al., 2015; Eberta et al., 2014; Hunt & Schuller,2007) هذا إضافة الى وجود نقص في الوعي الصحي تجاه ممارسة النشاط الرياضي المناسب أثناء الحمل فقد تبين من دراسة (العرجان، ٢٠١٥) والتي أجريت على عينة من السيدات الاردنيات المتزوجات وجود انخفاض شديد في نسبة ممارستهن للنشاط الرياضي اثناء الحمل حيث وصلت النسبة إلى (٤.٥٣%)، ونسبة الممارسة الرياضية من أجل الصحة ما بعد الولادة (٨.٤٠%)، لكن قد يكون عدم زواج الفتاة يدفعها الى الاهتمام بمظهرها العام والمحتفظة على رشاقته، لان ذلك باعتقادها قد يكون معاملا مؤثرا في الحصول على فرصة الزواج، لا سيما أن الجمال في العصر الحالي لدى السيدات يرتبط بالحنافة، كما أن المرأة المتزوجة ونتيجة للانشغال بأعمال المنزل ورعاية الأطفال والعمل، غالبا لا يمون لديها الوقت الكافي للعناية والمحافظة على رشاقته من خلال ممارسة النشاط الرياضي (Lipowicz et al., 2002; Lin et al., 2016).

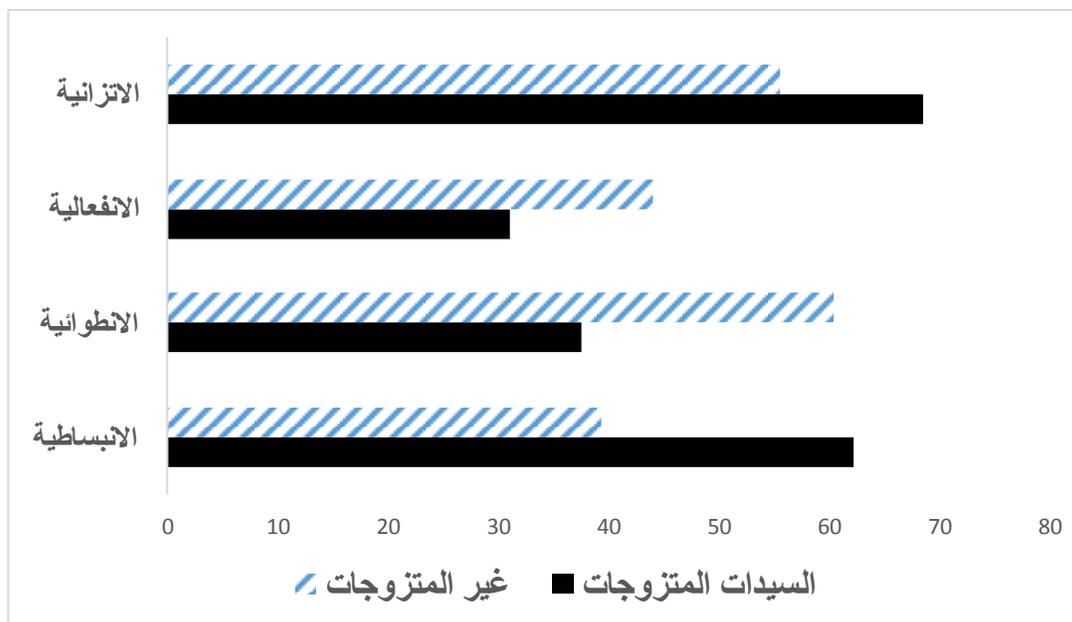
في ضوء تساؤل البحث الثاني ونصه: ما هو نمط الشخصية السائد لدى عينة من السيدات الاردنيات وتبعاً للحالة الاجتماعية؟، حيث يشير الجدول (٣) إلى دلالة الفروق في نسب نمط الشخصية وتبعاً للحالة الاجتماعية لدى عينة من السيدات الاردنيات.

جدول (٣) دلالة الفروق في نسب نمط الشخصية وتبعاً للحالة الاجتماعية لدى عينة من السيدات الاردنيات

جميع العينة (ن=٢٩٢٣)		قيمة كاي ٢ ومستوى الدلالة تبعاً للحالة الاجتماعية	غير المتزوجات (ن=١٥٧٨)		السيدات المتزوجات (ن=١٣٤٥)		نمط الشخصية
العدد	%		العدد	%	العدد	%	
١٤٦٠	٤٩.٩	٣٢.٥٥٠ (٠.٠٠٠) **	٦٢١	٣٩.٤	٨٣٩	٦٢.٤	الانيساطية
١٤٦٣	٥٠.١	٣٩.٠٣ (٠.٠٠٠) **	٩٥٧	٦٠.٦	٥٠٦	٣٧.٦	الانطوائية
١١١٦	٣٨.٢	٦٩.٢٥ (٠.٠٠٠) **	٦٩٧	٤٤.٢	٤١٩	٣١.٢	الانفعالية
١٨٠٧	٦١.٨	٢٩.٤٤ (٠.٠٠٠) **	٨٨١	٥٥.٨	٩٢٦	٦٨.٨	الانترانية

** = دالة عند مستوى (٠.٠٠١).

يتضح أن نمط الشخصية الإترانية جاء أعلى نسبة بين الأنماط الأربعة بنسبة وقدرها (٦١.٨%)، وفي المرتبة الثانية جاء نمط الانطوائية بنسبة (٥٠.١%)، وفي المرتبة الثالثة نمط الانيساطية بنسبة (٤٩.٩%)، وفي الرابعة نمط الشخصية (٣٨.٢%)، فيما يشير الشكل (١) الى توزيع أنماط الشخصية تبعاً للحالة الاجتماعية.



الشكل (١) نمط الشخصية تبعا للحالة الاجتماعية

يتضح من الشكل (١) ارتفاع نمط الشخصية الانبساطية والاتزانة لدى السيدات المتزوجات بنسب وعلى التوالي (٦٢.٤%)، (٦٨.٨%)، قياسا الى ما نسبته (٣٩.٤%)، (٥٥.٨%)، لدى غير المتزوجات، إضافة الى وجود انخفاض في نمط الشخصية الانطوائية والانفعالية لدى السيدات المتزوجات بنسب وعلى التوالي (٣٧.٦%)، (٣١.٢%)، وارتفاعها لدى السيدات غير المتزوجات بنسبة (٦٠.٦%)، (٤٤.٢%)، وجميع هذه النسب ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) ولصالح السيدات المتزوجات، وهذه النتيجة تدل على أن الزواج قد يكون عاملا مؤثرا على تواجد نمط الشخصية لدى السيدات موضوع البحث، ويمكن تفسير وجود الاختلافات في نمط الشخصية وتبعا للحالة الاجتماعية لعينة البحث (المتزوجات وغير المتزوجات) حيث تبين أن الاناث العازبات أكثر انطوائية وأكثر انفعالية وأقل انبساطية واتزانة قياسا إلى السيدات المتزوجات، أي أن العازبات أكثر عصابية من النساء المتزوجات حيث أنه من المعروف أن الأفراد العصبيين لديهم سمات القلق والتوتر والشعور بالذنب وانخفاض احترام الذات وتقلب المزاج والانفعال الزائد حتى لأسباب بسيطة، وبما أن كل امراه تعشق ان تكون جميلة ورشيقة وان تحصل على فرصة للزواج وأن تلبى أهم المشاعر الفياضة لديها وهي مشاعر الإحساس بالأمومة وان تكون أمًا تربي وترعى أطفالها، وبالتالي كانت السيدات المتزوجات اكثر انبساطا وأكثر اتزانًا على عكس غير المتزوجات لربما لتلك الأسباب السابقة، هذا إضافة على احتمالية أن يكون الضغط النفسي الواقع على العازبات وخوفهن من أن يفوتهن قطار الزواج والوصول الى سن الياس مما يجعلهن أكثر عصابية وانفعالية حيث يشير (John et al., 2010) الى أن عامل الزواج او الحصول على شريك من في الحياة يعتبر احد العوامل المهمة في حياة المرأة وهو ما قد يؤثر على نمط الشخصية لديها وقد يجعلها أكثر أو أقل تكيفا اجتماعيا.

فمن الآثار النفسية لعدم الزواج لدى المرأة شعورها المتزايد بالإحباط والحرمان، حيث أن من طبيعة فطرة المرأة هو الالتقاء والانس بشريك حياة وعدم حصول المرأة على هذا الحق الفطري سوف يؤدي إلى شعورها المتزايد بالإحباط وخيبة الامل والوحدة النفسية، كما يمكن أن تتميز المرأة غير المتزوجة والتي فاتها أو قد يفوتها قطار الزواج، بالعدوانية خاصة تجاه الجنس الآخر، حيث تشعر في قرارة نفسها بالكرة والحقد على جنس الرجال لانهم أعرضوا عنها، كما يمكن أن تتميز بالعدوانية والحسد والغيرة تجاه بنات جنسها من المتزوجات ولهذا قد تتظر العازبة نظرة حسد وحقد وكراهية تعبر عنها في سلوك عصبي وعدواني تجاه أفرادها، كما أن المرأة العازبة يمكن أن تزداد لديها مظاهر العزلة والانطوائية، من خلال ملاحقة الأنظار لها، ومحاولة مجاملتها من قبل الآخرين بتمني الزواج لها، مما يدفعها إلى الابتعاد عن مواجهة الآخرين وتقضيل العزلة الاجتماعية، وقد تكون مشاعر الوحدة التي يمكن أن تشعر بها العازبات أثرا في ذلك، حيث يشير (Brookl et al.,2016) إلى أن عدم الارتباط الزواجي يؤدي الى زيادة مشاعر الإحباط والتوتر والقلق لدى المرأة ويجعلها أكثر عصبية وأقل اتزاناً.

في ضوء تساؤل البحث الثالث ونصه: ما هي طبيعة العلاقة ما بين نمط الشخصية وتصنيفات مؤشر كتلة الجسم لدى عينة من السيدات الاردنيات وتبعاً للحالة الاجتماعية؟، يشير الجدول (٤) إلى نتائج تحليل التقاطع (Crosstabulation) للتعرف على طبيعة العلاقة ما بين نمط الشخصية وتصنيفات مؤشر كتلة الجسم لدى عينة من السيدات الاردنيات وتبعاً للحالة الاجتماعية.

جدول (٤) نتائج تحليل التقاطع (Crosstabulation) للتعرف على طبيعة العلاقة ما بين نمط الشخصية وتصنيفات مؤشر كتلة الجسم

السيدات المتزوجات (ن=١٣٤٥)										نمط الشخصية
البدانة والوزن الزائد		البدانة		الوزن الزائد		الوزن الطبيعي		النقص في الوزن		
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
٤٢.٠	٥٦٥	٥٢.٢	٤٣٨	١٥.١٣	١٢٧	١٨.٥	١٥٦	١٤.٠	١١٨	الانبساطية
** (٠.٠٠) ٣٣٤.٩٣٥										قيمة كاي ٢ والدلالة
٢٥.٧	٣٤٧	٥٤.٥	٢٧٦	١٤.٠	٧١	١٨.٩	٩٦	١٢.٤	٦٣	الانطوائية
** (٠.٠٠) ٢٤٠.٢٦										قيمة كاي ٢ والدلالة
٨١.٧	٢٨٢	٥٢.٩	٢٢٢	١٤.٣	٦٠	١٥.٠	٦٣	١٧.٦	٧٤	الانفعالية
** (٠.٠٠) ١٧٦.٠٢										قيمة كاي ٢ والدلالة
٤٦.٨	٦٣٠	٥٣.١	٤٩٢	١٤.٩	١٣٨	٢٠.٤	١٨٩	١١.٥	١٠٧	الاتزانة
** (٠.٠٠) ٤٠٥.٦٥										قيمة كاي ٢ والدلالة
غير المتزوجات (ن=١٥٧٨)										نمط الشخصية
١٣.٠٥	٢٠٦	٢٠.٩٣	١٣٠	١٢.٢٣	٧٦	٦٠.٠٦	٣٧٣	٦.٧٦	٤٢	الانبساطية
** (٠.٠٠) ٤٣٢.٥٨٤										قيمة كاي ٢ والدلالة
٣٢.٨٢	٥١٨	٤٠.٠٢	٣٨٣	١٤.١٠	١٣٥	٣١.٨٧	٣٠٥	١٤.٠	١٣٤	الانطوائية
** (٠.٠٠) ١٩٦.١٦٦										قيمة كاي ٢ والدلالة

٢٧.٢٤	٤٣٠	٤٩.٩٢	٣٤٨	١١.٧٦	٨٢	١٧.٣٦	١٢١	٢٠.٩٤	١٤٦	الانفعالية
** (٠.٠٠) ٢٤٢.٩٤										قيمة كاي ٢ والدلالة
١٨.٦٣	٢٩٤	١٨.٧٢	١٦٥	١٤.٦٤	١٢٩	٦٣.٢٢	٥٥٧	٣.٤٠	٣٠	الانترانية
** (٠.٠٠) ٧٣٠.٨٧										قيمة كاي ٢ والدلالة
(٠.٠٠) ٣٤١.١	(٠.٠٠) ٣٤٥.٨	(٠.٠٠) ٢٥١.٥	(٠.٠٠) ٣٣٢.٨	(٠.٠٠) ٦٦٢.٤	قيمة كاي ٢ والدلالة تبعاً للحالة الاجتماعية					
**	**	**	**	**						

** دالة عند مستوى (٠.٠١).

يتضح من الجدول (٤) أن هناك علاقة ما بين الحالة الزوجية وما يتبعها من تواجد وانتشار نسب مؤشرات كتلة الجسم وما بين نمط الشخصية، فنجد أن هناك ارتفاع في نسبة انتشار نمط الشخصية الانفعالية لدى السيدات المتزوجات ممن يعانين من البدانة والزيادة في الوزن بنسبة وصبا إلى (٨١.٧%)، فيما كانت اعلى نسبة لنمط الشخصية الانطوائية لدى السيدات المتزوجات ممن يعانين من البدانة بنسبة وصلت إلى (٥٤.٥%)، في حين كانت اعلى نسبة لنمط الشخصية الانبساطية لدى غير المتزوجات ممن يتمتعن بالوزن الطبيعي بنسبة وصلت إلى (٦٠.٠٦%)، هذا إضافة الى ارتفاع نسبة نمط الشخصية الانترانية لهن مما يتمتعن بالوزن الطبيعي بنسبة وصلت إلى (٦٣.٢٢%)،

وهذا يتفق مع نتائج بعض الدراسات القليلة التي بحثت في العلاقة ما بين نمط الشخصية ونمط تركيب الجسم فقد توصل (Myles et al., 2001) إلى وجود علاقة طردية ما بين تواجد البدانة والوزن الزائد وما بين زيادة مؤشرات العصبية وانخفاض مؤشرات الانبساطية لدى الاناث، كما تبين من دراسات (O'Neil & Jarrell, 1992; Faith & Allison, 1996) أن البدانة لها دور أساسي في علم النفس المرضي ولها علاقة بنمط الشخصية كما تتفق أيضا مع دراسة (Carpenter et al., 2000) والتي تبين فيها أن البدانة والوزن الطبيعي لدى الاناث عاملان مؤثران على مدى تواجد نمط شخصية معين لهن، خاصة ارتفاع العصبية لدى غير المتزوجات ممن يعانين من البدانة والوزن الزائد

وبالتالي فقد يكون عامل عدم الزواج والمعاناة من البدانة والوزن الزائد عاملين مهمين في زيادة الانطوائية والانفعالية وانخفاض مؤشرات الانترانية والانبساطية خاصة لدى الاناث غير المتزوجات.

لذلك وفي ضوء ما اسفرت عنه نتائج البحث أمكن للباحثين التوصل إلى الاستنتاجات التالية:

١. أن الزواج يشكل أحد العوامل المساهمة لزيادة انتشار البدانة والوزن الزائد لدى السيدات الاردنيات. أن هناك علاقة وثيقة ما بين الحالة الاجتماعية وما بين نمط الشخصية، حيث أن الحالة الاجتماعية للسيدات تعتبر أحد العوامل التي قد تؤثر في نمط الشخصية لهن.

٢. أن نسبة تواجد نمط الشخصية الانطوائية تقل لدى السيدات المتزوجات المصابات بالبدانة او الوزن الزائد، فيما ترتفع لديهن نسبة تواجد نمط الشخصية الانترانية، في حين كانت العلاقة على عكس ذلك لدى السيدات غير المتزوجات ومن المصابات بالبدانة أو الوزن الزائد حيث ارتفعت لديهن نسبة تواجد نمط الشخصية الانطوائية وانخفاض نسبة تواجد نمط الشخصية الانترانية

التوصيات:

وفي ضوء ما توصل اليه من نتائج أمكن التوصية بضرورة إيجاد البرامج الرياضية الخاصة بممارسة النشاط الرياضي والبدني للسيدات عامة خاصة تلك السيدات غير المتزوجات لما للبدانة والوزن الزائد من تأثيرات سلبية جداً على نمط الشخصية والصحة النفسية لهن.

المراجع:

١. العرجان، جعفر وذيب، ميرفت (٢٠١٥). الممارسة الرياضية من أجل الصحة والتباين في مؤشر كتلة الجسم وعلاقتها بأبعاد الشخصية والتكيف الاجتماعي الأكاديمي لدى طالبات كلية الأميرة عالية الجامعية، مجلة تطبيقات وعلوم الرياضة، كلية التربية الرياضية للبنين، جامعة الاسكندرية بأبي قير، (٨٣)، ٢٦-٤١.
٢. العرجان، جعفر (٢٠١١). انتشار السمنة والوزن الزائد والنقص في الوزن لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، العلوم التربوية، (٣٨)، ٦. ٢٠١٩-٢٠٣٦.
٣. العرجان، جعفر (٢٠١٣) البدانة، الممارسة الرياضية من أجل الصحة، التدخين، الأمراض المرتبطة بقلة الحركة والعادات الغذائية لدى معلمي التربية الرياضية في الاردن، مجلة جامعة النجاح للعلوم الانسانية ، نابلس، فلسطين، . (٢٧)، ٨، ١٦٦١-١٧٠٤.
٤. العرجان، جعفر (٢٠١٥). واقع ممارسة النشاط الرياضي أثناء الحمل وما بعد الولادة لدى عينة من السيدات المتزوجات في الأردن، المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة، كلية التربية الرياضية للبنين بالهرم، جامعة حلوان، (٧٤)، ج ١ ٧٧-١١٩.
٥. مصيقر، عبد الرحمن والقشقرى، خديجه (٢٠٠٥). العلاقة ما بين الأزياء والسمنة عند النساء السعوديات، مجلة الغذاء والتغذية، (١٣)، ٢٩٢-٣٠٢.
٦. أومغار، سميره ؛ عمور، حكيمه وباعلي، عبد اللطيف (٢٠١٢). تاثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على الحالة التغذوية وعلى انتشار السمنة لدى عينة من نساء مدينة مراكش، المجلة العربية للغذاء والتغذية ، (٧)، ٥٤-٦٨.
7. Spielberger. C & Jacobs. G (2010) Personality and smoking behavior, Journal of Personality Assessment, 4(46), 396-403
8. Kadi L.,Diva E.,Liina-Mai T. &Jaanus. H (2018). The association of measures of the serotonin system, personality, alcohol use, and smoking with risk-taking traffic behavior in adolescents in a longitudinal study, Nordic Journal of Psychiatry, 1, (72). 9-16.
9. Cornelia. P., Jean-Philippe. A.,Marie-Pierre. F.,Jennifer. G.,Jérôme. R &Martin. P (2017). Personality, tobacco consumption, physical inactivity, obesity markers, and metabolic components as risk factors for cardiovascular disease in the general population, Psychology, Health & Medicine, 8 (22), 932-939.
10. Epton. B., Tracy.H., Peter. R.,Kane., Rachel.V., Guido M.,Sheeran. P (2015) The impact of self-affirmation on health-behavior change: A meta-analysis. Health Psychology, 34(3), 187-196

11. Sweeney. A. and Moyer, A. (2015). Self-affirmation and responses to health messages: A meta-analysis on intentions and behavior. *Health Psychology*, 34(2), 149-159.
12. Kathryn E and Rodney K (2015). Personality and physical activity: A systematic review and meta-analysis, *Personality and Individual Differences*, 72, 230-242.
13. Wilson. K., Das B., Evans. E and Dishman. R (2015). Personality Correlates of Physical Activity in College Women, *Medicine and Science in Sports and Exercise* , 47(8),1691-1697.
14. Markus. J., Laura. P., Marko. E and Mika K (2014) . Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: pooled analysis of three cohort studies, *Journal of Behavioral Medicine*, , 37, (5), 881–889.
15. ukovic O, Tosevski DL, Jasovic-Gasic M, Damjanovic A, Zebic M, Britvic D, (2014). Type D personality in patients with coronary artery disease. *Psychiatr Danub*. 2014; 26:46–51
16. Mei L., San-Yu ., I-Hua Chu., Ye-Hsu Lu., Chee-Siong Lee.,, Tsung. H and Sheng-Yu Fan (2017) The Association of Type D personality with Heart Rate Variability and Lipid Profiles Among Patients with Coronary Artery Disease, *International Journal of Behavioral Medicine*, , 24, (1), 101–109.
17. Grande. G and Barth. J.(2012). Association between Type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med.*;43:299–310.
18. Kang N, Lim JS, Hwang TG, Joe SH, Lee MS. (2015). The relationship between Type D personality and heart rate variability in community mental health center users. *Psychiatry Investig.*;12:197–203.
19. Margarita. S., Julija. B., Julius. B., Nijole K., Narseta. M and Robertas. B. (2015). Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study, Staniute et al. *Health and Quality of Life Outcomes* . 13:1, DOI 10.1186/s12955-014-0204-2.
20. Floortj.E & Johan. D (2010). Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems, *Mols and Denollet Health and Quality of Life Outcomes*, 8:9 <http://www.hqlo.com/content/8/1/9>.
21. Ryan J & Andrew N.(2016) Time-of-day preference mediates the relationship between personality and breakfast attitudes, *Personality and Individual Differences*, 91, 138-143.
22. El Mugamer. I., Ali. Z., Hossain. M., Pugh. R.. (1995) Diabetes, obesity, and hypertension in urban, and rural people of bedouin origin in the United Arab Emirates. *J Trop Med Hyg*;98:407–415.
23. Ajlouni K, Jaddou H, Batieha A. Obesity in Jordan. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders* 1998;22:624–8.
24. Alarjan. Jafar., Hindawi. Omar., Lawrence W. Judge, Ziad A. Aleyadh, David. M. Bellar (2015). Prevalence of obesity and behaviors associated with the development of metabolic disease among medical practitioners in Jordan, *Journal of Education and Health Promotion.*, 4, (1), P 1-7.

25. Khasawneh. Nadia F., Pharm, Saafan Al-Safi, Abla Albsoul-Younes, Ousayla N. Borqan. (2005). "Clustering of Coronary artery disease Risk factors in Jordanian Hypertensive patients". Saudi Med. J. 26.2; 215-219.
26. Khader. Y., Batieha. A., Ajlouni. H., El-Khateeb M and Ajlouni. K. (2008) Obesity in Jordan: prevalence, associated factors, comorbidities, and change in prevalence over ten years, Metab Syndr Relat Disord.;6(2):113-120.
27. Zindah. M, Adel. B, Henry.W and Ali M. (2008). Obesity and Diabetes in Jordan: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2004, Preventing Chronic Disease". Public Health Research, Practice and Policy.5.1; 1- 8
28. Bowie. J; Juon, H; Cho, J and Rodriguez, E. (2007). Factors associated with overweight and obesity among Mexican Americans and Central Americans results from the 2001 California Health Interview survey. Prev, Chronic Dis. 4(1), 1-10.
29. Golabek T, Bukowczan J, Chlosta P, Powroznik J, Dobruch J, Borowka A (2014). Obesity and prostate cancer incidence and mortality: a systematic review of prospective cohort studies. Urol Int 92: 7–14.
30. Harvie M, Hooper L, Howell AH.(2013). Central obesity and breast cancer risk: a systematic review. Obesity Rev 4: 157–173.
31. Howe LR, Subbaramaiah K, Hudis CA, Dannenberg AJ.(2013) Molecular pathways: adipose inflammation as a mediator of obesity-associated cancer. Clin Cancer Res 19: 6074–6083.
32. Lin Zhang , Kun Liu , Hong Li , Dan Li , Zhuo Chen , Li-li Zhang and Lei-lei Guo (2016). Relationship between body mass index and depressive symptoms: the "fat and jolly" hypothesis for the middle-aged and elderly in China, BMC Public Health, 16:1201 DOI 10.1186/s12889-016-3864-5.
33. Zutven. K, Mond. J, Latner. J & Rodgers. B (2015). Obesity and psychosocial impairment: mediating roles of health status, weight/shape concerns and binge eating in a community sample of women and men, International Journal of Obesity , 39 346–352
34. Lyons, S; Currie , S; Peters , T; Lavender and Smith D.(2015) The association between psychological factors and breastfeeding behaviour in women with a body mass index (BMI) ≥ 30 kg m²: a systematic review, obesity reviews doi: 10.1111/obr.12681.
35. Alison M. Elliott, Lorna S. Aucott, Philip C. Hannaford, and W. Cairns Smith(2005), Weight Change in Adult Life and Health Outcomes, OBESITY RESEARCH ,13(10), 1784- 1792.
36. George , A. Bray, (2004) Medical Consequences of Obesity, J Clin Endocrinol Metab, , 89(6):2583–2589.
37. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. (2005)Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. Am J Epidemiol; 162: 397–403.
38. Renehan AG, Roberts DL, Dive C.(2008) Obesity and cancer: pathophysiological and biological mechanisms. Arch Physiol Biochem;114: 71–83
39. Andersen RV, Wittrup HH, Tybjaerg-Hansen A, Steffensen R, Schnohr P, Nordestgaard BG. (2003) Hepatic lipase mutations,elevated high-density

- lipoprotein cholesterol, and increased risk of ischemic heart disease: the Copenhagen City Heart Study. *J Am Coll Cardiol*;41:1972- 1982
40. Tybjaerg-Hansen A, Steffensen R, Meinertz H, Schnohr P, Nordestgaard BG. Association of mutations in the apolipoprotein B gene with hypercholesterolemia and the risk of ischemic heart disease. *N Engl J Med* 1998;338:1577-1584.
41. WHO. (2000). "Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation" WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.
42. Jeffrey.S Barbara S.Rausc. h., Edward .A and Frongillo. J (1992). Marital status, fatness and obesity. *Social Science & Medicine*, 35, (7), 915-923.
43. Poledne. R and Jurčíková. L. (2017). Experimental Models of Hyperlipoproteinemia and Atherosclerosis, *Physiological Research*, supp I.; 66, S69-S75.
44. Musaiger. AO; Al-Awadi. A and Al-Mannai. M (2000). Lifestyle and social factors associated with obesity among the Bahraini adult population, *Ecology of Food and Nutrition* 39(2):121-133.
45. Deborah A., Brian K; Aimee Band Narayan. S (2006). Collective efficacy and obesity: The potential influence of social factors on health, *Social Science & Medicine*, 62, (3), 769-778.
46. Lipowicz. A; Gronkiewicz. S and Malina. R (2002) Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland, *American Journal of Human Biology*, 14(4), 468-475.
47. Jen. Chang .,Joanne Salas .,Maya Tabet .,Zachary Kasper .,Keith Elder (2017). Changes in Body Mass Index and the Trajectory of Depressive Symptoms Among Rural Men and Women, *The Journal of Rural Health*, 33(2), 190-197.
48. Nicole. D and Pharm.D (2013). Lifestyle and Complementary Medicine for Common Gastrointestinal Disorders in Pregnancy, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8, (2), 97-99.
49. Gaston A & Cramp. A, (2011). Exercise during pregnancy: A review of patterns and determinants, *Journal of Science and Medicine in Sport*, 14(4), 299–305.
50. Elden. H., Lundgren. I and Robertson. E (2014). Effects of craniosacral therapy as experienced by pregnant women with severe pelvic girdle pain: An interview study, *Clinical Nursing Studies*, 2,(3). 140- 151.
51. Vermani. E., Mittal. R and Weeks. A (2010) Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain Pract*, 10(1):60-71.
52. Bjelland. E., Eskild. A and Johansen. R (2010) Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact of parity. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(146):141-146
53. Persson. M., Winkvist. A and Mogren. I (2015). Lifestyle and health status in a sample of Swedish women four years after pregnancy: a comparison of women with a history of normal pregnancy and women with a history of gestational diabetes mellitus, *BMC Pregnancy Childbirth*; 57(15), doi: 10.1186/s12884-015-0487-2.
54. Eberta. T., Holger. S.,Susanne. S, Kralischa. S., Janka. H., Hopfa. L., Platza. M., Lossnera. U.,Beate. J., Sascha. D.,Matthias. B.,Michael. S and Fasshauer M

- (2014). Serum levels of irisin in gestational diabetes mellitus during pregnancy and after delivery, *Cytokine*, 65, (2). 153–158.
55. Hunt. K and Schuller. K (2007) The increasing prevalence of diabetes in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.*; 34(2):173–99.
56. John M., Einar. B., Nicola S., Navjot B., Sally E.(2010). The Five-Factor Model of personality and relationship satisfaction of intimate partners: A meta-analysis, *Journal of Research in Personality*, 44, (1), 124-127.
57. Brookl L, DANIELLE B., LINDA K, RUSSELL J., MARIET H, MARIE H, MURRAY B, BRETT D. (2016). Using Marital Status and Continuous Marital Satisfaction Ratings to Predict Depressive Symptoms in Married and Unmarried Women With Systemic Sclerosis: A Canadian Scleroderma Research Group Study, *Arthritis Care & Research*. 68.8. 1143–1149 .
58. Myles S. Faith, Jonathan Flint, Christopher G. Fairburn, Guy M. Goodwin, and David B. Allison, (2001) Gender Differences in the Relationship between Personality Dimensions and Relative Body Weight, *OBESITY RESEARCH*. 9. (10) 647-650
59. O'Neil P and Jarrell M (1992) Psychological aspects of obesity and very-low-calorie diets. *Am J Clin Nutr.*;56:185S–9S.
60. Faith M and Allison D. (1996). Assessment of psychological status in obese persons. In: Thompson JK, ed. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: A Practical Guide for Assessment and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association;; 365–87.
61. Carpenter K, Hasin D, Allison D, Faith M. (2000) The relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health.*;90:251–7.