مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال پنجم)
شماره ۱۶ / تابستان ۱۳۹۸ / ص ۱۹۱-۱۸۲

نقش کنترل‌گری والدین بر تصویربدن افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه

طاهره محمودیان‌دستنایی[۱]، عبدالحکیم تیرگری[۲]، صبا عباسپور[۳]

[۱].استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر، بهشهر، ایران.

[۲].عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم‌پزشکی مازندران، ایران.

[۳].کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر، بهشهر، ایران

نام نویسنده مسئول:

طاهره محمودیان‌دستنایی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش کنترل‌گری والدین بر تصویربدن افراد چاق و دارای اضافه وزن مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه بود. روش مطالعه توصیفی- همبستگی است. جامعه‌آماری شامل تمام مراجعه‌کنندگان به کلینیک تغذیه ربیعی (شهرستان ساری)، در خردادماه ۱۳۹۴به تعداد ۷۲ نفر بوده است که با توجه به توده‌ی بدنی (BMI برابر با ۲۴/۹- ۲۹/۹ به عنوان افراد دارای اضافه وزن و BMI بزرگتر مساوی ۳۰ به عنوان چاق) ۵۵ نفر به صورت هدفمند به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند و افرادی که در این بازه‌ها قرار نگرفتند از نمونه حذف شدند ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه پیوندوالدینی پارکر (PBI) و پرسشنامه چند بعدی تصویربدن (MBSRQ) بوده است. نتایج آزمون همبستگی، رگرسیون و تحلیل واریانس نشان داد بین میزان کنترل‌گری پدر و مادر با تصویربدنی افراد چاق و دارای اضافه وزن رابطه وجود دارد. در واقع از آن جایی که تأثیرگذاری‌های اولیه مهم هستند و ظاهر نیز هم برای شخص و هم برای دیگران قابل رویت و نمایش است، به عنوان نشانه‌ای برای تفسیر کنش به کار گرفته می‌شود و می‌توان گفت کنترل‌گری والدینی، از عوامل شکل‌گیری تصویربدن است.

واژگان کلیدی: تصویربدنی، کنترل‌گری والدینی، افراد چاق و دارای اضافه وزن

مقدمه

در عالم پزشکی و روانپزشکی یکی از تداخل‌های بین جسم و روان که در ادبیات پژوهشی مشاهده شده، چاقی[1] و اضافه‌وزن[2] می‌باشد. چاقی دارای ارتباطی دوسویه با فشارهای هیجانی و آشفتگی‌های روان‌شناختی و وضعیت روانپزشکی شخص است[1]. بر طبق مطالعات انجام شده بین چاقی و کارکردهای شناختی با پیوند ضعیف والدینی رابطه وجود دارد [2]. یکی از عوامل روان‌شناختی مهم در زمینه چاقی، تصویربدنی[3] است [3]. تصویربدنی، پدیده پیچیده‌ای است که مطالعه درباره‌ی آن، در ۵۰ سال اخیر رشد قابل توجهی داشته است که تا حدودی ناشی از افزایش نگرانی درباره‌ی تصویربدن می‌باشد [4]. دامنه تصوربدنی و نگرانی از آن تا به آنجا گسترش یافته است که مشغله ذهنی بسیاری از افراد، بخصوص جوانان گردیده و روزانه زمان و هزینه زیادی صرف تفکر و تغییرات ظاهری در بدن می‌شود. به علاوه درک اشتباه از تصویرذهنی می‌تواند به مشکلات جسمی و روحی منجر شود و به صورت اختلالاتی چون افسردگی[4] و اختلال خوردن[5] مورد شناسایی قرار گیرد [5].

تصویربدنی به آنچه فرد واقعاً شبیه آن است یعنی به شکل ظاهری فرد مربوط نمی‌شود، بلکه به ارتباط ویژه‌ی فرد با بدنش مربوط است [6]. تصویربدنی یک ساختار چندبعدی است، شامل افکار، اعتقادات، احساسات و رفتارهای مرتبط با بدن ادراک‌شده می‌باشد [7]. به دیگر سخن تصویربدنی، تصویر "ذهنی" فرد از اندازه، شکل و فرم بدن است و شامل احساسی است که فرد درباره‌ی ویژگی‌ها و ساختار اندام بدنش دارد. تصویربدن پویا است و با ادراکات و تجربه‌های نوین تغییر می‌یابد. مفهوم "تصویربدنی" از چندین رشته مطالعات عصب‌شناختی، روان‌شناسی و پزشکی ایجاد شده است[6]. اسچیلدر[6] (۱۹۷۸) اولین عصب‌شناسی بود که واژه تصویربدنی را به کار برد. فروید[7] معتقد بود که اولین و مهم‌ترین "من"، "منِ بدنی" است. وقتی فروید از واژه "من" استفاده کرد توصیه‌های او این بود که احساس یک نفر از خود که بعدا به سمت یک خود روان‌شناختی تحول پیدا می‌کند، ابتدا با یک خود بدنی شروع می‌شود و این احساس به طور بنیادین در خلال درونداد حسی پایه‌گذاری می‌شود. یکپارچگی خود بدنی، جنبه بنیادینی است از تجسم خود، که شامل تصویربدنی است[8]. تحلیل‌های روان‌شناختی بدن از توصیف ویژگی‌های فیزیولوژک آن فراتر می‌روند و افزون بر ویژگی‌های فیزیکی همچون وزن بدن به معیارهای غیر علنی همچون گرایش‌ها و رفتارها نیز توجه دارند. مثلا اهمیت وسواس شدید نسبت به ظاهر را مورد توجه قرار می‌دهند. بدین ترتیب رویکرد تجربه‌گرای پزشکی امتداد خود را به ابعاد شناختی و عاطفی نیز کشانده است [9]. تصویرذهنی منفی از خود می‌تواند به نارضایتی از بدن و احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری نسبت به وضعیت ظاهری قسمتی از بدن در حد اختلال عملکرد و مشکلات جسمی و روحی منجر شود [10].

در سال‌های اولیه زندگی، رفتار کودک تحت‌تاثیر خانواده است و هر آنچه کودک در این سال‌ها شاهد آن است، بر اعتقادات او تاثیر می‌گذارد و زبانی که والدین به کار می‌گیرند می‌تواند بسیار موثر باشد [11]؛ به طوری که می‌توان گفت هیچ بستری از نظر نیرومندی و گستره تأثیر، با خانواده برابری نمی‌کند [12]. خانواده اولین عامل تاثیرگذار بر تصویربدنی است[11]. در این راستا نظریه فروید (۱۹۳۸-۱۹۷۳) اولین نظریه‌ای بود که روی تاثیر رابطه اولیه والد- فرزند بر رشد تاکید کرد و اظهار داشت پیوند عاطفی کودک با مادر، مبنای تمام روابط بعدی است[13]. از دیدگاه آدلر رابطه میان والد و فرزندان و بافت اجتماعی عاملی موثر در کاهش و افزایش اختلالات کودکان است [14]. روان‌شناسان صرف نظر از مکتبی که به آن معتقدند، کنش‌های متقابل بین والدین و فرزندان را اساس تحول عاطفی تلقی می‌کنند [15]. اعتقاد بر این است آنچه کودک در سال‌های اولیه زندگی (که رفتار کودک تحت‌تاثیر خانواده است) مشاهده می‌کند بر اعتقادات او تاثیر می‌گذارد [11]. تاثیر خانواده در فرآیند تحول چنان بارز است که با احساسات منفی، رفتارها و پردازش‌های شناختی نامناسب در مورد تصویربدنی و ظاهر فرد به تحریف تصویربدنی و خودپنداره منفی منجر می‌شود که ممکن است از پیامدهای اضافه‌وزن و چاقی باشد [16]. هنگامی که والدین فرزند خود را مورد تحسین قرار می‌دهند که بدنی عضلانی و قدی بلند دارد، به صورت غیرمستقیم این ایده را به وجود می‌آورد که یک فرد ایده‌آل، فردی است که از نظر ظاهر چنین ویژگی‌هایی داشته باشد. والدین اغلب آگاه نیستند که این موارد تا چه اندازه می‌تواند بر احساس فرد از خود تاثیر گذار باشد [11].

---

[1] .Obesity
[2] .Over weight
[3] .Body Image
[4]. Depression
[5]. eating Disorder
[6]. Schuler
[7]. Freud

پیوندوالدینی[1] یکی از شیوه‌های جدید موجود در تربیت فرزند است که به نوع و چگونگی تعامل کودک با والدین اطلاق می‌شود و همپوشی بالایی با دلبستگی دارد [17]. به عقیده بالبی[2] (۲۰۰۵) پیوندوالدینی، پیوندی بسیار متداول و موثر در روابط انسانی بوده و نقش مهمی در رشد شخصیت و کارکردهای روان‌شناختی دوران بزرگسالی ایفا می‌کند. پارکر، توپلینگ و برون[3] (۱۹۷۹) بر اساس نظریه دلبستگی بالبی نشان می‌دهند که مراقبت ضعیف و محافظت بیش از حد، دو بعد مهم از پیوندوالدینی هستند. مراقبت والدینی در ارتباط گرم، همدلی و نزدیکی والدین با فرزندان منعکس می‌شود و در جهت مخالف آن با طرد، انتقاد آشکار، سردی، بی‌تفاوتی و غفلت والدین مشخص می‌شود [18].

بخش قابل توجهی از تحقیقات نشان می‌دهد که سازگاری عاطفی در بزرگسالان با "خاطرات روابط عاطفی" آن‌ها با پدر و مادرشان همراه است. نظریه‌پردازان معاصر این یافته‌ها، در ارتباط با حس آسیب‌دیده‌ی خود که نتیجه‌ی زمانی است که پدر و مادر به اندازه کافی از لحاظ عاطفی پاسخگو نبودند نیز توضیحاتی داده‌اند. این نظریه‌ها نشان می‌دهد که افراد بالغ جوان که روابط عاطفی ضعیفی با پدر و مادر خود داشته‌اند، یک مفهوم غلط و منفی که منجر به افزایش پیامدهای "نارضایتی از تصویربدنی (BID) و پرخوری" می‌شود را گسترش داده‌اند [19]. گورمن[4] (۲۰۰۷) مشاهده کرد که میزان رضایت مادران از ظاهر کودکان‌شان به طور معناداری بر تصویربدنی کودکان‌شان ارتباط دارد [20]. به علاوه مادران مبتلا به اختلال‌خوردن، تصویربدنی و رژیم غذایی را به دختران‌شان منتقل می‌کنند. به طور کلی والدین، نقش فعالی بر اختلال خوردن کودکان دارند [21]. در این راستا بروکزگان[5] و همکارانش نیز در مطالعات‌شان بر نقش و تأثیر خانواده و به ویژه مادران بر تصویربدن دختران تأکید کرده‌اند [22].

گالامبوس، بارکر و المیدا[6] (۲۰۰۳) نیز بیان می‌دارند، نوجوانانی که والدین خود را آزادمنش، گرم و حمایتی ادراک می‌کنند، سازگاری بهتری (اعتمادبه‌نفس بالاتر، احساس رضایت بیشتر از دوستان و زندگی عاطفی، تحریک‌پذیری کمتر) را در پنج سال بعدی زندگی خود تجربه خواهند کرد [23]. کوستنر[7] (۱۹۹۱) معتقد است والدینی که گرمی کم و کنترل زیاد داشته‌اند اعتمادبه‌نفس کمتر و خودانتقادی[8] بیشتر در کودکان را باعث گردیده‌اند[24]. در پژوهش علیلو (۱۳۸۵) نیز افراد مبتلا به وسواس والدین خود را نسبت به نمونه عادی بیشتر کنترل‌گر و کمال‌گرا درک کرده بودند[18].

با توجه به اهمیت تصویربدنی و تأثیر آن بر رشد اجتماعی افراد و در راستای نظریه‌های پژوهشی و پژوهش‌های انجام شده پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به سوالات زیر بوده است:

۱) آیا بین میزان کنترل‌گری پدر با تصویربدنی افراد چاق و دارای اضافه‌وزن رابطه وجود دارد؟
۲) آیا بین میزان کنترل‌گری مادر با تصویربدنی افراد چاق و دارای اضافه‌وزن رابطه وجود دارد؟

روش

پژوهش، از نظر روش «توصیفی» از نوع «همبستگی» می‌باشد. روش «گردآوری داده‌ها»، «میدانی[9]» بوده است. جامعه‌آماری پژوهش، شامل تمام مراجعه‌کنندگان به کلینیک تغذیه ربیعی، (واقع در شهرستان ساری) در خردادماه ۱۳۹۴به تعداد ۷۲ نفر بوده است. جداسازی نمونه‌ها از طریق نمره شاخص‌توده‌بدنی[10] بر اساس فرمول تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (برحسب متر) برای هر فرد از جامعه و نمره کنترل‌گری والدین براساس پرسشنامه پیوندوالدینی پارکر به دست آمد. پس از بررسی براساس طبقه‌بندی شاخص توده بدنی؛ نمرات بین "۲۹/۹- ۲۵" به عنوان افراد دارای اضافه‌وزن، و نمرات "بیشتر و مساوی ۳۰" به عنوان افراد چاق تعریف گشتند. از بینِ آنان، والد یا والدین افرادی که نمره پرسشنامه پیوند والدینی‌شان در فرم مادر بالای ۱۳/۵ و در فرم پدر بالای ۱۲/۵ محاسبه شد، به عنوان

---

1. parental Bonding
2. Bowlby
3. Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B.
4. Gorman
5. Brooks -Gunn, J.
6. Galambos NL, Barker ET, Almeida DM
7. Costner
8. Self criticism
9. Field
10. بر مبنای طبقه‌بندی شاخص توده بدنی، نمرات در چهار طبقه: [کمتر و مساوی ۱۸/۴ = کمبود وزن]، [۱۸/۴- ۲۴/۹ = طبیعی]، [۲۵- ۲۹/۹ = دارای اضافه وزن]، [بیشتر و مساوی ۳۰ = چاق] تعریف گردید [26].

کنترل‌گر تعریف شدند. بدین ترتیب از بین۷۲ نفر نمونه‌ی اولیه، ۵۵ نفر به عنوان نمونه‌ی نهایی، انتخاب شدند و بقیه افرادی که در این بازه‌ها قرار نگرفتند، از نمونه پایانی حذف شدند. دامنه سنی نمونه پژوهش بین ۵۴-۱۳ با میانگین ۲۹/۲۰ سال بوده است.

پرسش‌نامه پیوندوالدینی پارکر توپلینگ و براون[1](PBI): این ابزار، که پارکر و همکاران آن را در سال ۱۹۷۹ ساختند، سبک‌های پیوندوالدینی را می‌سنجد. این مقیاس، ابزاری گذشته‌نگر است و برای نوجوانان بالای ۱۶ سال کاربرد دارد [25]. «ابزار پیوندوالدینی» یک پرسشنامه خودسنجی ۲۵ سوالی است که برای سنجش دو بعد مراقبت (یا دلسوزی) و کنترل‌گری (حمایت افراطی) والدین از دید فرزندان ساخته شده است و ابزارهای پرکاربرد برای ارزیابی ادراک فرزندان بزرگسال از رفتار تربیتی والدین‌شان است. مقیاس‌های پدر و مادر همانند هستند بجز این که کلمه‌ی «پدر» و «مادر» در پرسشنامه‌ها عوض می‌شود. این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی[2]، جایگاه من[3]، گریز عاطفی[4] و هم آمیختگی[5]با دیگران است و با مقیاس لیکرت[6]در یک طیف ۴ گزینه‌ای درجه‌بندی شده است. در این پرسشنامه ۱۳ سوال مربوط به «کنترل‌گری» با دامنه نمرات ۳۹-۰ می‌باشد. پرسشنامه به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم نمره‌گذاری می‌شود. در روش مستقیم «بسیار اینطور بود»= ۳، «تقریبا اینطور بود»= ۲، «تقریبا اینطور نبود»= ۱، و «ابدا اینطور نبود»= ۰ می‌باشد. سوالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۹، ۲۰، و ۲۳ که مربوط به کنترل‌گری می‌باشد؛ به این روش نمره‌گذاری می‌شود. سوالات ۳، ۷، ۱۵، ۲۱، ۲۲، و ۲۵ از عبارات مربوط به کنترل‌گری به طور غیر مستقیم و به ترتیب ۰، ۱، ۲، و ۳ نمره‌گذاری می‌شد. نمره برش برای «کنترل‌گری» در فرم مادر ۱۳/۵، و در فرم پدر ۱۲/۵ است. نتایج بررسی اعتبار یا پایایی این پرسشنامه توسط پارکر و همکاران (۱۹۷۹) ثبات درونی[7] پایایی دونیمه‌کردن ۸۸/. و پایایی بازآزمایی را برای بعد مراقبت ۷۶/. و برای بعد حمایت افراطی ۶۳/. گزارش کرده است. در ایران، پایایی بازآزمایی این پژوهش توسط انوشه‌یی، پورشهریاری و ثنایی‌ذاکر (۱۳۸۵) در بعد حمایت افراطی (کنترل) مادرانه ۸۹/. و حمایت پدرانه ۹۳/. محاسبه شد. علاوه بر این، آلفای کرونباخ برای حمایت افراطی مادرانه ۸۵/. و برای حمایت افراطی پدرانه نیز ۸۵/. به دست آمد[25].

پرسشنامه چندبعدی تصویربدن[8](MBSRQ): پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود (MBSRQ) توسط کش (۱۹۹۰) ساخته شده است. یکی از روش‌های سنجش بدگویی از تصویربدن استفاده از پرسشنامه روابط چندبعدی بدن- خود است[27]. این پرسشنامه یک آزمون ۴۶ سؤالی است. سؤال‌های آزمون شش بعد روابط بدن- خود شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت‌بدنی را بر حسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) می‌سنجد. نمرات این مقیاس در دامنه ۴۶ تا ۲۳۰ قرار می‌گیرد و نمره‌ی بیشتر (بالای۱۶۰) در این آزمون نشان دهنده‌ی رضایت از بدن است[28]. کش همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را بین ۷۹/. تا ۹۴/. گزارش کرده است. در مطالعه صادقی، غرایی، فتی و مظهری (۱۳۸۹) پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌ها بین ۶۹/. تا ۸۹/. گزارش شده است. در فرم فارسی این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس ارزشیابی قیافه ۸۸/.، جهت‌گیری قیافه ۸۵/.، ارزشیابی تناسب اندام ۸۳/.، جهت‌گیری تناسب اندام ۷۹/.، وزن ذهنی ۹۱/. و رضایت بدنی ۹۴/. به دست آمد[27].

یافته‌ها

نتایج توصیف آماری سن و توده بدنی نمونه بیانگر این است که، میانگین سن و توده‌بدنی نمونه به ترتیب ۲۹/۹ و ۳۰/۵۷ بوده است. پایین‌ترین توده‌بدنی نمونه ۲۶/۰۴ و بالاترین توده‌بدنی ۳۹/۹۶ بوده است. در واقع اعضای نمونه در رده اضافه‌وزن و چاقی قرار داشتند. مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس کمترین فراوانی(۹/۰۱ درصد) و مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم بیشترین میزان فراوانی (۲۹/۰۱ درصد) را در بین اعضای نمونه داشت.

---

1. Parental bonding instrument
2. Emotional reactivity (ER)
3. I- position (IP)
4. Emotional cutoff (EC)
5. Fusion with others (FO)
6. Likert scale
7. Internal consistency
8. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

جدول۱:آماره‌های آزمون‌های چندمتغیری، تصویربدن

اثر	نام آزمون	مقدار	درجه‌آزادی فرضیه	درجه‌آزادی خطا	آماره F	سطح معنی داری	مجذور اتا
Intercept	اثر پیلای	۰/۸۹۸	۶۸/۷۶۲[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸
	لامبدای ویلکز	۰/۱۰۲	۶۸/۷۶۲[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸
	اثر هتلینگ	۸/۷۷۸	۶۸/۷۶۲[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸
	بزرگترین‌ریشه روی	۸/۷۷۸	۶۸/۷۶۲[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸
کنترل‌گری والدینی	اثر پیلای	۰/۲۹۹	۳/۳۳۵[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۲۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۷۰۱	۳/۳۳۵[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۲۹۹
	اثر هتلینگ	۰/۴۲۶	۳/۳۳۵[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۲۹۹
	بزرگترین‌ریشه روی	۰/۴۲۶	۳/۳۳۵[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۲۹۹
وضعیت وزن	اثر پیلای	۰/۳۵۹	۴/۳۸۲[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹
	لامبدای ویلکز	۰/۶۴۱	۴/۳۸۲[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹
	اثر هتلینگ	۰/۵۵۹	۴/۳۸۲[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹
	بزرگترین‌ریشه روی	۰/۵۵۹	۴/۳۸۲[a]	۶/۰۰۰	۴۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹

جدول۲: نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار معنی داری	مجذور اتا
مدل تصحیح شده	ارزشیابی قیافه	۳/۹۲۹	۲	۱/۹۶۴	۴/۵۳۶	۰/۰۱۵	۰/۱۴۹
	جهت‌گیری قیافه	۱/۴۴۲	۲	۰/۷۲۱	۴/۱۷۹	۰/۰۲۱	۰/۱۳۸
	ارزشیابی تناسب اندام	۷/۹۵۲	۲	۳/۹۷۶	۷/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۲۹
	جهت‌گیری تناسب اندام	۱/۹۱۶	۲	۰/۹۵۸	۴/۲۲۲	۰/۰۲۰	۰/۱۴۰
	وزن ذهنی	۱/۹۰۲	۲	۰/۹۵۱	۱/۴۲۸	۰/۲۴۹	۰/۰۵۲
	رضایت‌بدنی	۲/۴۴۰	۲	۱/۲۲۰	۲/۸۴۸	۰/۰۶۷	۰/۰۹۹
Intercept	ارزشیابی قیافه	۲۳/۷۷۴	۱	۲۳/۷۷۴	۵۴/۸۹۹	۰/۰۰۰	۰/۵۱۴
	جهت‌گیری قیافه	۳۱/۰۲۰	۱	۳۱/۰۲۰	۱۷۹/۸۱۴	۰/۰۰۰	۰/۷۷۶
	ارزشیابی تناسب اندام	۴۰/۵۴۶	۱	۴۰/۵۴۶	۷۸/۶۶۰	۰/۰۰۰	۰/۶۰۲
	جهت‌گیری تناسب اندام	۲۴/۰۸۶	۱	۲۴/۰۸۶	۱۰۶/۱۵۶	۰/۰۰۰	۰/۶۷۱
	وزن ذهنی	۳۹/۶۶۱	۱	۳۹/۶۶۱	۵۹/۵۶۳	۰/۰۰۰	۰/۵۳۴
	رضایت‌بدنی	۱۹/۰۹۶	۱	۱۹/۰۹۶	۴۴/۵۹۱	۰/۰۰۰	۰/۴۶۲
کنترل گری‌والدینی	ارزشیابی قیافه	۰/۴۹۳	۱	۰/۴۹۳	۱/۱۳۹	۰/۲۹۱	۰/۰۲۱
	جهت‌گیری قیافه	۱/۱۸۵	۱	۱/۱۸۵	۶/۸۶۹	۰/۰۱۱	۰/۱۱۷
	ارزشیابی تناسب اندام	۰/۶۱۸	۱	۰/۶۱۸	۱/۱۹۹	۰/۲۷۸	۰/۰۲۳
	جهت‌گیری تناسب اندام	۰/۹۰۵	۱	۰/۹۰۵	۳/۹۸۸	۰/۰۵۱	۰/۰۷۱
	وزن ذهنی	۰/۱۳۵	۱	۰/۱۳۵	۰/۲۰۲	۰/۶۵۵	۰/۰۰۴
	رضایت بدنی	۱/۲۳۶	۱	۱/۲۳۶	۲/۸۸۷	۰/۰۹۵	۰/۰۵۳
وضعیت وزن(گروه)	ارزشیابی قیافه	۲/۶۵۷	۱	۲/۶۵۷	۶/۱۳۵	۰/۰۱۷	۰/۱۰۶
	جهت‌گیری قیافه	۰/۰۵۳	۱	۰/۰۵۳	۰/۳۰۶	۰/۵۸۲	۰/۰۰۶
	ارزشیابی تناسب اندام	۷/۹۳۹	۱	۷/۹۳۹	۱۵/۴۰۲	۰/۰۰۰	۰/۲۲۹
	جهت‌گیری تناسب اندام	۰/۵۵۸	۱	۰/۵۵۸	۲/۴۶۰	۰/۱۲۳	۰/۰۴۵
	وزن ذهنی	۱/۹۰۱	۱	۱/۹۰۱	۲/۸۵۴	۰/۰۹۷	۰/۰۵۲
	رضایت بدنی	۰/۶۳۵	۱	۰/۶۳۵	۲/۴۸۴	۰/۲۲۹	۰/۰۲۸
خطا	ارزشیابی قیافه	۲۲/۵۱۹	۵۲	۰/۴۳۳			
	جهت‌گیری قیافه	۸/۹۷۱	۵۲	۰/۱۷۳			
	ارزشیابی تناسب اندام	۲۶/۸۰۴	۵۲	۰/۵۱۵			
	جهت‌گیری تناسب اندام	۱۱/۷۹۹	۵۲	۰/۲۲۷			
	وزن ذهنی	۳۴/۶۲۵	۵۲	۰/۶۶۶			
	رضایت بدنی	۲۲/۲۶۹	۵۲	۰/۴۲۸			
کل	ارزشیابی قیافه	۶۰۸/۰۸۲	۵۵				
	جهت‌گیری قیافه	۸۴۶/۳۱۳	۵۵				
	ارزشیابی تناسب اندام	۶۲۱/۶۶۷	۵۵				
	جهت‌گیری تناسب اندام	۶۵۸/۴۳۸	۵۵				
	وزن ذهنی	۸۸۸/۷۵۰	۵۵				
	رضایت بدنی	۵۸۷/۱۹۸	۵۵				

بر اساس نتایج به‌دست آمده از جدول ۲ مشاهده می‌شود که در اثرات بین آزمودنی‌ها، اثر کنترل‌گری‌والدینی با سطح معناداری (۰/۰۰۸) بر تصویربدن افراد چاق و دارای اضافه‌وزن با سطح معناداری (۰/۰۰۱) معنادار می‌باشد. همچنین بر اساس نتایج به‌دست آمده از جدول ۱ مشاهده می‌شود که کنترل‌گری‌والدینی بر جهت‌گیری قیافه با سطح معناداری (۰/۰۱۱) و وضعیت وزن بر ارزشیابی قیافه با سطح معناداری (۰/۰۱۷) و ارزشیابی تناسب اندام با سطح معناداری (۰/۰۰۰) اثر دارد.

جدول۳: نتایج ضریب همبستگی رگرسیون

ضریب همبستگی رگرسیون	ضریب تعیین	تحلیل واریانس	درجه‌آزادی	درجه‌آزادی	سطح معناداری
۰/۴۸۹	۰/۲۳۹	۸/۱۷۱	۲	۵۲	۰/۰۰۱

با توجه به اینکه مقدار ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰/۲۳۹ می‌باشد؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم کنترل‌گری (پدر و مادر) می‌تواند ۲۳/۹ درصد از تغییرات متغیر تصویربدن را پیش‌بینی کند و این میزان پیش‌بینی با توجه به آماره آزمون f (۸/۱۷۱) در سطح آلفای ۵ صدم قابل تایید است.

جدول۴: نتایج ضریب رگرسیون

متغیرهای پیش‌بین	ضریب‌رگرسیون	ضریب تاثیر (بتا)	آزمون تی	سطح‌معناداری
کنترل‌گری مادر	-۰/۰۱۱	-۰/۰۰۷	-۰/۰۴۵	۰/۹۶۵
کنترل‌گری پدر	۰/۹۱۰	۰/۴۹۴	۳/۰۴۴	۰/۰۰۴

به منظور تعیین اینکه هریک از متغیرها تا چه اندازه می‌توانند متغیر ملاک را پیش‌بینی کنند از ضریب بتا استفاده شده است که نتیجه آن در جدول فوق نشان می‌دهد که سطح معناداری متغیر کنترل‌گری پدر برابر با (۰/۰۰۴) می‌باشد و از آنجایی که سطح معناداری قابل قبول کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کنترل‌گری پدر قادر به پیش‌بینی تصویربدن در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن می‌باشد. به عبارتی می‌توان گفت کنترل‌گری پدر در تصویربدن فرزندان چاق و دارای اضافه‌وزن تاثیر دارد.

۱) آیا بین میزان کنترل‌گری پدر با تصویربدنی افراد چاق و دارای اضافه‌وزن رابطه وجود دارد؟

جدول ۵: آزمون همبستگی پیرسون

متغیرهای پژوهش	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
کنترل‌گری مادر تصویربدن	۵۵	۰/۲۸۶	۰/۰۳۴

باتوجه به این که ضریب همبستگی محاسبه شده (r =۰/۲۸۶) و سطح معناداری آزمون برابر با (۰/۰۳۴) می‌باشد در سطح اطمینان ۹۵ درصد (α=۰/۰۵) فرضیه تحقیق تایید می‌شود زیرا سطح معناداری آزمون کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد لذا: بین کنترل‌گری مادر با تصویربدن در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن رابطه معناداری وجود دارد.

۲) آیا بین میزان کنترل‌گری مادر با تصویربدنی افراد چاق و دارای اضافه‌وزن رابطه وجود دارد؟

جدول ۶: آزمون همبستگی پیرسون

متغیرهای پژوهش	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
کنترل‌گری پدر تصویربدن	**۵۵**	۰/۵۰۶	۰/۰۰۰

باتوجه به این که ضریب همبستگی محاسبه شده (r = ۰/۵۰۶) و سطح معناداری آزمون برابر با (۰/۰۰۰) می‌باشد درسطح اطمینان ۹۹ درصد(α=۰/۰۱) فرضیه تحقیق تایید می‌شود زیرا سطح معناداری آزمون کوچکتر از ۰/۰۱ می‌باشد لذا: بین کنترل‌گری پدر با تصویربدن در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن رابطه معناداری وجود دارد.

بحث

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین کنترل‌گری والدین با تصویربدن در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن رابطه وجود دارد. در تبیین این مسئله می‌توان گفت اعمال کنترل زیاد از سوی خانواده، وضع‌کردن انتظارات بالا، تشویق بسیار به کسب موفقیت‌های بیرونی و عدم تشویق به داشتن استقلال و خودمختاری فرد را با مشکلاتی مواجه می‌کند. این افراد از سویی به دلیل عدم تشویق خانواده به داشتن استقلال و ایجاد حس خودمختاری در روابط، به لحاظ شخصی خود را فردی ناتوان، بی‌کفایت و وابسته به اطرافیان خود می‌پندارند و از طرفی دیگر از سوی همین خانواده، به سمت موفقیت‌ها و کسب دستاوردها سوق داده می‌شوند. فرد برای حل این دو سوگرایی، به سمت کنترل وزن بدن هدایت می‌شود تا از این راه احساس قدرت، کنترل شخصی و قاطعیت خویش را به افراد مهم زندگی نشان داده، جایگاه امن را در روابط بین‌فردی خود اتخاذ کرده و از طرفی دیگر با تاییدی که از دیگران کسب می‌کند، عزت‌نفس و روابط میان‌فردی‌اش را سامان بخشیده و از این رو وابستگی خود به دیگران را نیز حفظ می‌کند [29]. همچنین براساس تحقیقات دانشمندان علوم‌اجتماعی، مردم زیبایی ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی پسندیده همچون هوش، شایستگی، دلپذیربودن و پذیرش‌اجتماعی ربط می‌دهند [30]. از این رو می‌توان استنباط کرد به دلیل باارزش بودن معیار لاغری در جامعه، لاغری و کنترل وزن علاوه بر آنکه یک معیار زیبایی برای زنان به حساب می‌آید و فرد می‌تواند کنترل‌وزن را به عنوان یک دستاورد مهم به اطرافیان به خصوص والدینش نشان دهد، به افزایش اعتمادبه‌نفس آن‌ها نیز منجر می‌شود، روابط بین‌فردی‌شان را بهبود می‌بخشد و عزت‌نفس آن‌ها نیز را بالا می‌برد [29]. این افراد، به تدریج دلسرد و سرخورده شده و توالی چنین شکست‌ها و مشکلاتی موجب می‌شود که آن‌ها نسبت به خود احساس بی‌ارزشی داشته باشند و در نتیجه این احساس منجر به آسیب در عزت‌نفس آن‌ها شود [31].

در این راستا یافته‌های هوارث [32] نشان داد محیط بحرانی در خانواده، کنترل قهرآمیز والدین و گفتمان مسلط بر وزن در خانواده شرایط مهمی هستند و پیکربندی خاص آن‌ها با توجه به تأثیرات فرهنگ و خانواده در تولید اختلالات تغذیه نقش دارند. به علاوه بروکزگان و همکارن [22] و آرچیبالد و همکاران [33] نیز در مطالعات‌شان بر نقش و تأثیر خانواده و به ویژه مادران بر تصویر از بدن دختران تأکید کرده‌اند. نتایج پژوهش‌های برخی پژوهشگران از جمله، آزادارمکی و چاوشیان [34]، اخلاصی [35]، خواجه‌نوری و مقدس [36]، رضایی، اینانلو و فکری [37] و حمزه‌ای و همکاران [38] این یافته را تایید می‌کنند. مطالعات دیگر جوامع در این زمینه نیز حاکی از شباهت نتایج آن‌ها با نتایج تحقیق حاضر بوده است؛ از جمله: پژوهش‌های لوینسون، پاول و استیلمن [39] و بوتا [40].

مبتنی بر یافته‌های تحقیق، با آگاهی به نقش بالای کنترل‌گری والدینی در تصویربدنی توصیه می‌شود به خانواده‌ها آموزش‌های لازم در خصوص تاثیر سبک تعامل با فرزندان، شیوه‌های فرزندپروری و روش‌های تربیتی داده شود.

همچنین پژوهش‌هایی با دامنه‌ی سنی گسترده‌تر، حجم نمونه بیشتر به منظور مطالعه‌ی تأثیر متغیرهای دیگر بر مدیریت‌بدن در هر دو جنس می‌تواند مفید باشد. به علاوه از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت به علت طیف گسترده دامنه سنی اعضای نمونه (۵۴-۱۳سال) احتمال می‌رود خاطرات بعدی فرد در خاطرات گذشته وی تداخل ایجاد کرده باشد و این مسئله در نگرش فرد نسبت به تصویر بدن‌اش می‌تواند نقش داشته باشد. به علاوه ممکن است عدم کنترل سایر عوامل موثر در شکل‌گیری تصویربدنی روی نتایج مطالعه سایه انداخته باشد.

منابع

[1] Brownell KD, Horgen KB. (2004). Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it. New York: McGraw-Hill.

[2] رستمی، ر.، بشارت، م.، کریمی، م.، فراهانی، ح.، ۱۳۹۵، اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم از روی جمجمه در تغییر عملکرد قشر مغز در افراد مبتلا به چاقی. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۷ (۳): ۱۴۵- ۱۲۷.

[3] گلپرور، م.، کامکار، م.، ریسمانچیان، ب.، ۱۳۸۶، رابطه اضافه‌وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خودپنداره بدنی در زنان خود معرف به مراکز کاهش وزن. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۳۲: ۱۴۴- ۱۲۱.

[4] Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., & Tantleff-Dunn, S. (1999). Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance. Washington, DC: American Psychological Association.

[5] علیپور.، معظمی‌گودرزی.، زهرانژاد.، ظاهری.، ۱۳۸۸، بررسی رابطه بین عزت‌نفس جسمانی و نارضایتی تصویربدنی در دانش‌آموزان دختر. روان‌شناسی اجتماعی، ۵ (۱): ۶۰-۶۶.

[6] باقری‌پور، ا.، ۱۳۸۷، بررسی نقش تعاملی تصویربدن وضعیت باروری با تحول روانی- اجتماعی در مردان شهر تهران. (پایان‌نامه جهت دریافت درجه کارشناسی‌ارشد). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، واحد تهران.

[7] موسوی، س.، پورحسین، ر.، زارع‌مقدم، ع.، رحمت‌نژاد، ع.، گمنام، ا.، ۱۳۹۵، ارزیابی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر تصویربدنی در ورزشکاران بدنساز مرد. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۷ (۲): ۱۴۰- ۱۲۷.

[8] قزلسفو، م.، یونسی، س.، امانی، ر.، رهگذر، م.، ۱۳۸۹، مقایسه تصویربدنی و عزت‌نفس در افراد متاهل دارای نارضایتی جنسی و افراد متاهل عادی شهر تهران. (پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی‌ارشد گرایش خانواده)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، واحد تهران.

[9] کاکاوند، ع.، شمس اسفندآباد، ح.، ناهید، ف.، ۱۳۹۰، رابطه نارضایتی از تصویر بدنی و سلامت روان در دانشجویان دختر دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره). (پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی). دانشکده علوم اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، واحد بین المللی دانشگاه امام خمینی (ره).

[10] Levine, C., R. Faden, C. Grady, et al. (2004). Special Scr Utiny: A targeted form of research protocol review. Annals Of Internal Medicine. 140: 220- 223.

[11] Grabe,S., Ward,L.M.,Shibly Hyde,J. (2008). The role of the media in body image concern among women: A meta analysis of experimental and correlational studies. Psychological Bulletin, 3 (134): 460- 476.

[12] محمودیان‌دستنایی، ط.، امیری، ش.، نشاط‌دوست، ح.، منشئی، غ.، ۱۳۹۴، مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۲۳- ۱۶ سال مبتلا به بی‌اشتهائی روانی با توجه به پیوند والدینی. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۶ (۳): ۱۶۹- ۱۸۶.

[13] ای‌برک، ل.، ۱۳۹۳، روان‌شناسی رشد- جلد اول (از لقاح تا کودکی). جلد اول. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: ارسباران.

[14] محمودیان‌دستنایی، ط.، امیری، ش.، نشاط‌دوست، ح.، منشئی، غ.، ۱۳۹۵، مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران بی‌اشتهایی عصبی با توجه به پیوند والدین. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۷ (۳): ۱۶۴- ۱۴۷.

[15] مهرابی‌زاده هنرمند، م.، نجاریان، ب.، بهارلویی، ر.، ۱۳۷۸، رابطه کمال‌گرایی و اضطراب‌اجتماعی. علمی- پژوهشی روان‌شناسی، ۳ (۳): ۲۴۸- ۲۳۱.

[16] Spangler DL, Stice E. (2001). Validation of the beliefs about appearance scale. Cognitive Ther Res, 25: 813-827.

[17] Russ, E. , Heim, A., & Westen, D. (2003). Parental bonding and personalitypathology assessed by clinician report. Journal of Personality Disorders, 17 (6): 522-536.

[18] قنادی، ف.، عبداللهی، م.، ۱۳۹۳، ارتباط ادراک رفتار والدین با طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۴ (۱۶).

[19] Mallinckrodt, B & Hsiu-Lan, Ch. (2009). Parental Bonds, Anxious Attachment, Media Internalization, and Body Image Dissatisfaction: Exploring a Mediation Model. Journal of Counseling Psychology, 3 (56): 365- 375.

[20] اسکندرنژاد، م.، اشکریز قره‌آغاج، ن.، ۱۳۹۴، آگاهی از ناهنجاری‌های جسمانی و تاثیر آن بر میزان عزت‌نفس و تصویربدنی دختران دانشجو. مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، ۱۱ (۲۱): ۱۱۰- ۱۰۳.

[21] Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eatingdisorders. American Psychologist, 62: 181-198.

[22] Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1989). Biological and social contributions to negative affect in young adolescent girls. Child Development, 60: 372-385.

[23] قربانی، ع .،جمعه‌نیا، س.، ۱۳۹۲، نقش خانواده در سلامت‌روان. پایگاه اطلاع‌رسانی قابوس‌نامه به نشانی اینترنتی:
URL:http// www.qaboosnameh.ir

[24] کارگر شورکی، ه.، پاک‌نژاد، ف.، ۱۳۸۲، بررسی کارکرد آموزش‌های دانشگاهی در توسعه فن‌آوری انرژی در ایران. چهارمین همایش ملی انرژی. کمیته ملی انرژی جمهوری اسلامی ایران، معاونت امور برق و انرژی وزارت نیرو، تهران.

[25] انوشه‌یی، م.، پورشهریاری، م.، ثنایی‌ذاکر، ب.، ۱۳۸۵، بررسی رابطه بین ادراک دختران از الگوهای تربیتی والدینشان با مستعدبودن به شرم و مستعدبودن به گناه در آن‌ها. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۷ (۲۷): ۲۰-۲۳.

[26] ضیغمی‌محمدی، ش.، مژده، ف.، ۱۳۸۸، همبستگی بین شاخص توده بدنی، تصویر ذهنی از جسم خود و افسردگی در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان حضرت‌علی(ع) شهر کرج. دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (مراقبت‌های نوین)، ۱ (۱).

[27] لوئیس، ژ.، ۱۳۸۴، آزمون‌های شخصیت. (ترجمه محمدعلی بشارت و محمد حبیب‌نژاد). تهران: آییژ. چاپ اول

[28] رایگان، ن.، شعیری، م.، اصغری مقدم، م.، ۱۳۸۵، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر تصویربدنی منفی دختران دانشجو. دانشور رفتار، ۱۹ (۱۳): ۲۲- ۱۱.

[29] یزدی، م.، خسروی، ز.، رحیم‌جمارونی، ه.، ۱۳۹۴، مقایسهٔ وابستگی، تمایزیافتگی و قاطعیت در افراد با و بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۱ (۴): ۳۶- ۲۳.

[30] Margraf, J., Meyer, A. H., & Lavallee, K. L.. (2005). The role of schemaprocesses in the eating disorders. Cognitive therapy and research, 29 (6): 717-732.

[31] ولی‌زاده، ش.، ۱۳۸۷، روش‌های افزایش عزت‌نفس در کودکان دارای نیازهای ویژه، تعلیم و تربیت استثنایی، (۸۵ و ۸۴):۷۰.

[32] Haworth-Hoeppner, Susan . (2000). The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders, Journal of Marriage and the Family, 62 (-): 212-227.

[33] Archibald, A. B., Graber, J. A., & Brooks - Gunn, J. (1999). Associations among Parent Adolescent Relationships, Pubertal Growth, Dieting, and Body Image in Young Adolescent Girls: A Short-Term Longitudinal Study, Journal of Research on Adolescence, 9 (-): 395-415.

[34] چاوشیان، ح.، آزادارمکی، ت.، ۱۳۸۱، بدن به مثابه رسانه هویت. جامعه‌شناسی ایران، ۱۶: ۷۵- ۵۷.

[35] اخلاصی، ا.، ۱۳۸۶، بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر مدیریت‌بدن در زنان، مطالعه‌ی موردی زنان شهر شیراز. (پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی)، دانشگاه شیراز، شیراز.

[36] خواجه‌نوری، ب.، مقدس، ع.، ۱۳۸۸، رابطه بین تصور از بدن و فرآیند جهانی‌شدن مطالعه موردی زنان شهرهای تهران شیراز و استهبان. جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۳: ۲۴-۱.

[37] رضایی، ا.، اینانلو، م.، فکری، م.، ۱۳۸۹، مدیریت‌بدن و ارتباط آن با عوامل اجتماعی در بین دختران دانشگاه مازندران. مطالعات راهبردی زنان، ۴۷، ۲۳- ۱.

[38] حمزه‌ای، ک.، عزیزی، س.، نچواک، س.، رضایی، م.، نیازی، پ.، جانبخش، ع.، دربندی، م.، پاسدار، ی.، ۱۳۹۱، بررسی وضعیت تغذیه‌ای کودکان کار در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۱. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (علمی- پژوهشی)، ۴ (۲۱): ۶۱۲- ۶۰۴.

[39] Levinson, R., Powell, B. & Steelman, L. C. (1986). Social Location, Significant others and Body Image among Adolescents, Social Psychology Quarterly, 49 (4): 330-337.

[40] Botta, R. A. (2003). For Your Health? The Relationship between Magazine Reading and Adolescents' Body Image and Eating Order, Disturbance, Sex Roles, 48 (9/10): 389-399.