

دوفصلنامه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، سال دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۲، صفحات ۱۲۳-۱۰۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۹/۲۸

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۱/۰۵/۲۰

بررسی جامعه‌شناختی تأثیر تمایل به درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، مدیریت بدن و نارضایتی بدنی بر بی‌نظمی‌های غذایی (تحقیقی در حوزه جامعه‌شناسی تغذیه)

محمد عباس‌زاده^۱

فریبا غنی افشرد^۲

چکیده

زمینه و اهداف: سلامت پدیده‌ای است که آسیب می‌بیند و باردیگر باز یافته می‌شود. برای فهم درست مفهوم نیاز به تندرستی باید آن را در ارتباط با پاسخ اجتماعی- فرهنگی آن درک نمود. بر این اساس، هدف اساسی تحقیق حاضر، تعیین تأثیر تمایل به درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، مدیریت بدن، نارضایتی بدنی بر بی‌نظمی‌های غذایی می‌باشد. روش تحقیق، پیمایشی بوده و ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه بسته پاسخ می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، زنان و دختران ۱۵-۴۹ ساله شهر تبریز در سال ۸۹ می‌باشد که تعداد آن بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، ۴۳۲۱۲۷ نفر بوده که از این تعداد، ۴۰۰ نفر به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده‌اند. اطلاعات پرسشنامه، توسط SPSS و LISREL مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهد، بی‌نظمی غذایی در بین زنان در حدود ۳۷ درصد است. نتایج تحلیل مسیر صورت گرفته نیز نشان داد که از بین متغیرهای مورد استفاده، متغیر درونی‌سازی ایده‌آل لاغری بیشترین تأثیر را بر میزان بی‌نظمی غذایی پاسخگویان داشته است. نتیجه‌گیری: متغیرهای به کار گرفته شده، توانسته‌اند ۳۱ درصد تغییرات متغیر وابسته (بی‌نظمی‌های غذایی) را تبیین نمایند.

واژگان کلیدی: درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، مدیریت بدن، نارضایتی بدن، بی‌نظمی‌های غذایی.

۱- دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

۲- کارشناس ارشد جامعه‌شناسی

مقدمه

از آغاز تمدن بشری، هیچ چیز به اندازه شروع یک بیماری جسمی یا روحی در فرد سالم، آدمی را دچار ترس و وحشت نکرده است. همین‌طور، ناتوانی در تشخیص این بیماری‌ها و این‌که بیماری‌ها چگونه بوجود می‌آیند، به طور وصف‌ناپذیری برای پزشکان، بیماری ایجاد می‌کند؛ حتی پیش از تشخیص این بیماری‌ها و انتخاب نام برای آنها، پی به این نکته می‌بریم که بدن آدمی در عین پیچیدگی چقدر آسیب‌پذیر است (کاتر، ۱۳۸۴).

بی‌نظمی غذایی، عادات غذایی غیرطبیعی است که با عوامل روانشناختی و اجتماعی ارتباط دارد. بی‌اشتهایی و پراشتهایی دو نوع شناخته شده از بی‌نظمی‌های شایع غذایی هستند. افراد، بیشتر به دلیل علاقه به کاهش وزن به این بی‌نظمی دچار می‌شوند؛ هرچند در دنیا، افراد زیادی رژیم می‌گیرند و یا ورزش می‌کنند تا وزن کم کنند، اما همه آنها تا مرز پراشتهایی یا بی‌اشتهایی پیش نمی‌روند. آنچه که افراد مبتلا به این دو بیماری را از مردم عادی جدا می‌کند، علاقه آنها به کنترل وزن است که در نهایت، آنها در می‌یابند که نمی‌توانند عادات‌های خطرناک حاصل از این بیماری‌ها مثل امتناع از خوردن تا اوج گرسنگی، استفراغ بعد از غذا یا استفاده نابه‌جا از ملین‌ها را ترک کنند، چیزی که در نهایت صدمات فیزیکی جدی ایجاد کرده و باعث بستری شدن فرد در بیمارستان و حتی منجر به مرگ می‌شود (همان منبع).

امروزه، زنان جوان اهمیت زیادی به شکل بدن و وزن خود می‌دهند (Wisemann, 1992). افزایش رشد چاقی و مرض چاقی در زنان جوان و دختران موضوع مهمی است که بهداشت جهانی نیز به آن پرداخته است. به نظر می‌رسد شکاف عمیقی بین ایده‌آل‌ها و واقعیت‌ها وجود دارد که باعث می‌شود بسیاری از زنان و دختران میزان بالایی از نارضایتی بدنی را احساس کرده و برای مرتفع کردن آن به مواردی چون کنترل وزن شدید از طریق روزه‌گرفتن، شربت خوردن، خالی کردن و ورزش‌های سنگین متوسل گردند که این امر به نوبه خود خطرات زیادی دارد. به عبارت دیگر، هجوم معیارهای ارزشی غالب در مورد وزن بدن، موجب گرایش نوجوانان و جوانان بویژه دختران به لاغرکردن و متناسب کردن بدن گردیده، که آن نیز متعاقباً بی‌نظمی‌های تغذیه را در پی داشته است. براساس گزارش انجمن

روانپزشکی آمریکا، بی‌اشتهایی یکی از بالاترین علل مرگ و میر در مقایسه با دیگر اختلالات روانی شناخته شده‌است (کاتر، ۱۳۸۴).

مطالعات متعددی در زمینه رفتارهای بهداشتی وضعیت سلامت انجام شده است، لیکن تعداد انگشت‌شماری به وضعیت تغذیه و بی‌نظمی تغذیه‌ای، بویژه در کشورهای در حال توسعه پرداخته‌اند. محدودیت اطلاعات در مورد وضعیت تغذیه جوانان در کشورهای در حال توسعه، انگیزه سرمایه‌گذاری پژوهشی برخی سازمان‌های بین‌المللی در این زمینه گردیده است. از جمله در سال ۱۹۹۰، مرکز بین‌المللی پژوهش‌های زنان اقدام به اجرای مجموعه مطالعات در زمینه سلامت تغذیه‌ای جوانان و نوجوانان، بویژه دختران نوجوان در تعدادی از کشورهای در حال توسعه نمود. این مطالعات در نه کشور واقع در سه ناحیه جهان به اجرا درآمدند، در جمع‌بندی، پژوهشگران مزبور اعلام داشتند که برای تبیین عوامل موثر بر آسیب پذیری جوانان، متغیرهای تغذیه‌ای و اجتماعی به‌عنوان شاخصهای پیشگیری‌کننده مناسب به نظر می‌رسند (امیدوار، ۱۳۸۱).

هم گام با موارد یاد شده و در شرایطی که خلا تحقیقات تجربی در بررسی تأثیر عوامل موثر بر بی‌نظمی‌های غذایی به شدت احساس می‌شود، این تحقیق برآن است تا تأثیرات تمایل به درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، مدیریت بدن و نارضایتی بدنی را بر بی‌نظمی‌های غذایی، در بین زنان (۴۹-۱۵) ساله شهر تبریز بررسی نماید. بر همین اساس پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که میزان و سهم عوامل یاد شده در ایجاد بی‌نظمی‌های تغذیه‌ای در چه حدی است؟ چیزی که در نهایت با مرور ادبیات نظری و کار تجربی محقق گشته است.

چارچوب نظری و تجربی (پیشینه‌ای)

گروهی از افرادی که از بدنشان ناراضی هستند، دچار اختلالات تغذیه‌ای نیز می‌باشند که به این گروه بی‌نظمان غذایی (کسانیکه اختلال غذایی دارند) گفته می‌شود. اصطلاح بی‌نظمی غذایی، در کل، کاربرد الگوهای غذایی وصف شده‌ای است که نشان‌دهنده تنزل ظاهری از محدوده عادی است که معمولاً با محدود کردن جذب غذا (بی‌اشتهایی عصبی) یا خوردن

افراطی منظم (و بدن‌بالش پاک‌سازی) استفراغ عمدی، کاربرد ملین یا ورزش‌های سنگین (پراشتهایی عصبی) توصیف می‌شود.

یکی از متغیرهای تاثیرگذار بر افزایش بی‌نظمی‌های غذایی، ارزشمند بودن لاغری است؛ طبق نظریه اجتماعی شدن کندل^۱، دو فرآیند بوسیله عوامل اجتماعی شدن توسط خانواده، همسالان یا رسانه وجود دارد که ممکن است رفتار (A) تقویت اجتماعی و (b) مدل‌سازی را بوجود آورد (Coyne, 2007: 30).

تقویت اجتماعی به مشاهده فشار برای لاغر بودن اشاره دارد که بوسیله عمل دیگران تقویت شده و ممکن است برای نهادینه ساختن لاغری ایده‌آل به کار برود. مدل‌سازی، به فرآیند کپی‌برداری مستقیم رفتارهای انجام شده بوسیله دیگران مثل رژیم یا پرخوری اشاره دارد.

اکثریت براین امر متفق القولند که آنورکسی و بولیمیا در کشورهایی که لاغری ارزش دارد، رواج دارد؛ مخصوصاً در فرهنگ‌هایی که فربهی وجود دارد، لاغری ارزش دوچندان می‌یابد (Coyne, 2007). به عبارت دیگر، برطبق نظر برخی تئوریسین‌ها، بی‌نظمی‌های غذایی به جهت تمایلات فرهنگی جوامع، در خصوص ارزشمند تلقی کردن لاغری برای زنان، به‌طور وسیع افزایش می‌یابد (Henry, 2005). منظور اینکه، ایده‌آل لاغری رایج در جوامع غربی عامل قوی در افزایش بی‌نظمی غذایی زنان است. همچنین هنجارهای اجتماعی موجود نیز، لاغری را ترویج کرده و بیشتر اوقات بسیاری زنان آن را درونی کرده و تلاش می‌کنند با هنجارهای موجود در خصوص شکل بدن هم‌نوا گردند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که زنان احساس نامناسبی از نمایش‌هایی که در قلمرو اجتماعی در ارتباط با بی‌نظمی‌های غذایی ارائه می‌شود، دارند. شاید بکارگیری بی‌نظمی‌های غذایی بوسیله این زنان روشی برای اظهار زیندگی بیشتر در مقابل همسالانشان باشد (Ferrier, 2008). درونی‌سازی و پذیرش ایده‌آل لاغری در نقش متغیر واسطه‌ای بین متغیرهای مختلف و بی‌نظمی‌های غذایی ظاهر می‌شود. استیک و دیگران در سال ۱۹۹۴، نشان دادند که متغیر

1- Kandel

درونی‌سازی، متغیر واسطه‌ای بین برخی متغیرها و بی‌نظمی‌های غذایی است (Brennan, 2005).

ایده‌آل‌گرایی لاغری زنان، یک پدیده تازه‌ای است که از تاریخ ۱۹۲۰ شروع شده است. اغلب افراد معتقدند که ایده‌آل‌گرایی لاغری پیامد بازاریابی صنعت مد در جوامع دولت‌مند صنعتی در سده بیستم است. لاغرسازی بدون توجه به شرایط بدنی و هنجارهای اجتماعی در بریتانیای ۱۹۶۰، توسط زنان همه طبقات اجتماعی مورد قبول واقع گردید. در جوامع غربی دولت‌مند، لاغری به طور کلی وابسته با شادکامی، کامیابی، جوانی و پذیرش اجتماعی است. وجود چاقی با تنبلی، فقدان قدرت و خارج از کنترل ارتباط دارد. برای زنان، بدن ایده‌آل، بدنی لاغر است. نتیجه عدم انطباق با ایده‌آل لاغری بروز پیامدهای اجتماعی منفی است. درونی‌سازی لاغری (تأیید نگرش‌های اجتماعی به سمت لاغری) و آگاهی (تصدیق نگرش‌های اجتماعی به سمت لاغری) از ایده‌آل شکل بدن بطورمعنی‌داری با ناراضی‌بندی، بی‌نظمی غذایی و عزت‌نفس پایین همراه است (Coyne, 2007).

از دیگر متغیرهای تأثیرگذار بر بی‌نظمی غذایی، مدیریت بدن می‌باشد. فوکو معتقد است، پزشکی نوین با مطرح کردن مسائلی چون سلامتی عمومی، بدن را از فضای شخصی و خصوصی آن خارج کرده و به عنوان یک مساله اجتماعی به فضای عمومی می‌کشاند. افراد ناگزیرند که بدن‌های خود را تحت معاینات، مراقبات و شناخت دانش جدید پزشکی قرار داده و با آن هماهنگ شوند. این کنترل و نظارت تا آنجا درونی شده است که افراد خود به صورت داوطلبانه به آن تن می‌دهند (حاجی امیری، ۱۳۸۴: ۹).

کنترل منظم بدن یکی از ابزارهای اساسی است که شخص به وسیله آن روایت معینی از هویت شخصی را محفوظ می‌دارد، و در عین حال "خود" نیز به طرز کمی و بیش ثابت از ورای همین روایت "در معرض تماشای" دیگران قرار می‌گیرد. گیدنز معتقد است که نیاز مبرم به ارزیابی‌های مثبت و منظم دیگران از همان اوایل تولد کودک شکل می‌گیرد. چیزی که گافمن آن را "جلوه‌گری‌های عادی" می‌نامد، در واقع بخشی از زمینه‌های مستمر واکنش متقابل است (گیدنز، ۱۳۸۷: ۸۹).

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر افزایش بی‌نظمی‌های غذایی، نارضایتی بدنی است. نارضایتی بدنی یکی از عناصر مهم در بی‌نظمی‌های غذایی است. مفهوم یاد شده، به عنوان گمان و احساس منفی شخص در مورد بدن خویش تعریف می‌شود (Grogan, 1999). اصطلاح نارضایتی بدنی عموماً به عدم ذهنیت مطلوب از ظاهر خویش اشاره دارد (Van Den.Berg, 2005). شاخص‌های رفتاری نارضایتی بدنی شامل رژیم گر فتن، ورزش کردن و تمایل به جراحی زیبایی می‌باشد.

در رژیم گرفتن، میلی به تلاش برای تغییر شکل بدن ایجاد می‌گردد. بسیاری از زنان در مرحله‌ای از زندگی‌شان به‌وسیله کاهش غذاهای خوراکی به تغییر وزن و شکل مبادرت می‌ورزند (Grogan, 1999: 42). یکی از بیشترین نیروهای اجتماعی موثر در افزایش لاغری در جامعه غربی، مکتوبات خاص در حوزه رژیم غذایی می‌باشد.

گروس و فرنهام^۱ در سال ۱۹۹۴ دریافتند که زنان برای کنترل وزن، تغییر شکل بدن، جذابیت و سلامتی، بیشتر از مردان ورزش می‌کنند. اکثر زنان برخی ترکیبات ورزشی نظیر حرکات هوازی (ایروبیک) را بعنوان روشی برای کاهش وزن و سفت کردن بدنشان بکار می‌برند. تحریک‌کننده‌های اولیه برای ورزش در اکثر زنان سفت کردن ماهیچه و کاهش وزن بود که نسبت به سلامتی (یعنی بهتر کردن سازگاری قلبی - عروقی) یا دلایل دیگر (اجتماعی) ترجیح داشت (Grogan, 1999: 45).

ولف^۲ شروع آنچه را که او «سن عمل جراحی» می‌نامد، نشان می‌دهد. به نظر او، جراحی زیبایی یک پدیده جمعی است. امروز حدود ۴۰ درصد جراحی زیبایی را جراحی پلاستیک تشکیل می‌دهد، که عموماً زنانی که از ظاهرشان ناراضی هستند، به انجام چنین جراحی‌هایی تن در می‌دهند (Grogan, 1999).

تحقیقات تجربی انجام یافته زیر نیز همسو با نظرات یاد شده می‌باشند:

1- Furnham and Greaves

2- Naomi Wolf

تحقیقی توسط کیشادنی تیاهنری^۱ در خصوص درونی‌سازی ایده‌آل لاغری در زنان آمریکایی- آفریقایی به سال ۲۰۰۵ صورت گرفته است. نتایج تحقیق ایشان نشان داد: الف) بین ایده‌آل‌های اجتماعی و درونی‌سازی ایده‌آل لاغری رابطه وجود دارد و ب) بین درونی‌سازی ایده‌آل لاغری و نارضایتی بدنی رابطه وجود دارد.

نارضایتی تصور بدنی زنان کالج: خطر بالقوه و عوامل حمایتی در اگوست ۲۰۰۶ توسط لن چنج^۲ در دانشگاه میسوری کلمبیا بررسی گردیده است. هدف مطالعه موجود، شناسایی خطر بالقوه و عوامل حمایتی برای رضایت یا نارضایتی تصور بدنی در زنان دانشگاه است. نتایج آشکار می‌کند که نمایه توده بدنی^۳ و درونی‌سازی کلی ایده‌آل‌های لاغری عوامل خطر مهمی برای نارضایتی تصور بدنی هستند. برای زنان دانشگاه، داشتن نمایه توده بدنی بالا یا افزایش گرایش به درونی‌سازی ایده‌آل‌های ظاهری، نارضایتی بدنی بالایی را پیش‌بینی می‌کند.

اختلالات غذایی- شیوع، بروز و عوامل خطر موثر آینده برای اختلالات غذایی میان بزرگسال جوان در جمعیت عامه توسط قادری^۴ در ۲۰۰۱ انجام گرفته است. هدف تحقیق حاضر آزمون شیوع، میزان بروز، همبستگی و عوامل خطر برای بی‌نظمی غذایی (ED)^۵ در میان ۱۱۵۷ زن بزرگسال جوان در جمعیت عامه می‌باشد. نتایج نشان داد افراد دارای ED بالا، نارضایتی بدنی بالایی نسبت به افرادی دارای ED پایین داشته‌اند.

مطالعه پیشگیری انتخابی: کاهش نارضایتی بدنی و نشانه‌شناسی بی‌نظمی غذایی در زنان خوابگاه دانشجویی بوسیله برآنان^۶ در دانشگاه دولتی اوهایو^۷ در ۲۰۰۵ انجام گرفته است. نتایج نشان داد، دانشجویان زن دانشگاه در معرض خطر بی‌نظمی‌های غذایی و نارضایتی بدنی هستند. فقدان برنامه‌های پیشگیری موثر در جمعیت دانشگاه، باعث افزایش در بی‌نظمی غذایی است.

1- Keisha deny thia henry

2- Hsiu-lan cheng

3 -BMI

4- Ata Ghadery

5- Eating Disorders

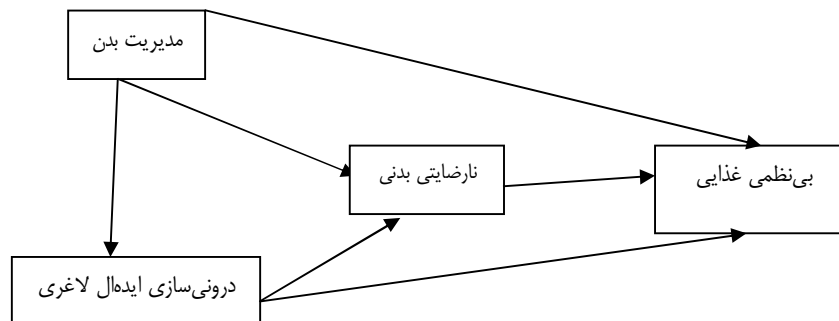
6- Brennan M.A,RD,LD,Julie

7- Ohio

آزاد ارمکی و چاوشیان در سال ۱۳۸۱، در مقاله‌ای تحت عنوان "بدن به مثابه رسانه هویت" به تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی، سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی، ایدئولوژی خانواده سنتی و تدین بر مدیریت بدن پرداخته‌اند. فرضیه کلی پژوهش آنان این بود که کنترل شکل‌های هویت فردی و جمعی از طریق دستکاری و نظارت بر ظواهر جسمانی فرایندی است که به عوامل فرهنگی بیش‌تر از عوامل ساختاری مربوط می‌شود که یافته‌های تحقیق ایشان این فرضیه را تایید می‌کند.

به‌طور کلی نارضایتی بدنی به عنوان واسطه عمده ارتباطات بین درونی‌سازی ایده‌آل لاغری و رفتار غذایی نامنظم عمل می‌کند. نارضایتی بدنی، منجر به افزایش رژیم می‌شود. وقتی زنان تلاش می‌کنند که وزن کم کنند، احتمال می‌رود با نارضایتی از بدنشان به بی‌نظمی‌های غذایی دچار گردند (Coyne, 2007).

حال با لحاظ ادبیات نظری و تجربی مطرح شده، مدل تحلیلی و به تبع آن فرضیه‌های زیر قابل استنباط است.



مدل (۱) مدل نظری تحقیق

فرضیه‌های تحقیق

تمایل به درونی‌سازی ایده‌آل‌های لاغری بر میزان بی‌نظمی‌های غذایی و ابعاد آن تأثیرگذار است.

مدیریت بدن بر میزان بی‌نظمی‌های غذایی و ابعاد آن تأثیرگذار است.

نارضایتی بدنی بر میزان بی‌نظمی‌های غذایی و ابعاد آن تأثیرگذار است.

تمایل به درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، مدیریت بدن و نارضایتی بدنی بر بی‌نظمی‌های غذایی تأثیرگذار است.

روش‌شناسی

نوع تحقیق کمی و روش تحقیق پیمایشی می‌باشد که می‌توان آن را جزو تحقیقات پهنانگر به حساب آورد. همچنین براساس معیار زمان، مقطعی بوده است.

برای گردآوری داده‌ها در ارتباط با متغیرهای مستقل مورد بررسی، از ابزار پرسشنامه استاندارد به صورت بسته پاسخ در قالب طیف لیکرت و همچنین برای سنجش متغیر وابسته (اختلالات غذایی) از پرسشنامه استاندارد EAT26 استفاده شده است.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان و دختران ۱۵-۴۹ ساله شهر تبریز به تفکیک مناطق شهرداری در سال ۱۳۸۹ می‌باشد که تعداد آن بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، ۴۳۲۱۲۷ نفر می‌باشد؛ که از این تعداد، ۴۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده‌اند، به طوری که بر اساس نسبت کل زنان هر منطقه شهرداری به حجم نمونه اختصاصی به آن منطقه مشخص شده بعد براساس تعداد گروه‌های سنی نیز، حجم نمونه اختصاصی به هر گروه سنی تعیین گردیده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار (SPSS 17) و LISREL در بخش آمارهای توصیفی و استنباطی استفاده شده است. برای توصیف متغیرهای کیفی به محاسبه درصد توزیع فراوانی و برای توصیف متغیرهای کمی به محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی پرداخته شده است. در ارتباط با آمار استنباطی نیز، برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون همبستگی I پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شده است.

در تحقیق حاضر برای سنجش اعتبار، اعتبار محتوایی مدنظر بوده است؛ به نحوی که تلاش شده شده فضای مفهومی سازه‌های مورد بررسی به روشنی پوشش داده شوند. همچنین، برای حصول اطمینان از پایایی ابزار سنجش، پرسش‌نامه مورد پیش‌آزمون قرار

گرفت. به این صورت که تعداد ۵۰ نفر از پاسخگویان پرسش‌نامه تنظیم شده را تکمیل نمودند. پس از تکمیل، پرسش‌نامه‌های مذکور کدگذاری شده و در نرم‌افزار SPSS وارد شدند و پایایی آن‌ها به وسیله آلفای کرونباخ ارزیابی گردید. سپس، با توجه به نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی، اصلاحات لازم در ابزار سنجش به عمل آمد تا اعتبار و پایایی آن افزایش یابد. جدول شماره ۱، حاوی اطلاعات مربوط به پایایی مقیاس‌های مورد سنجش می‌باشد. محتویات جدول مذکور نشان می‌دهد که نتایج ضرایب پایایی به دست آمده، قابل قبول می‌باشند (جدول شماره ۱).

جدول (۱) ضریب آلفای مقیاس‌های تحقیق

نام متغیر	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفا	نام متغیر	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفا
درونی‌سازی لاغری	۸	.۶۷	آنورکسی	۹	.۸۰
مدیریت بدن	۱۱	.۵۵	بولیمیا	۹	.۷۶
نارضایتی بدنی	۵	.۵۷	اختلال نوع دیگر	۸	.۶۳
			بی‌نظمی‌های غذایی	۲۶	.۸۸

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

درونی‌سازی ایده‌آل لاغری

درونی‌سازی، عبارت است از روند یادگیری یا حالت منتج از یادگیری، هنگامی که یادگیرنده از شرایطی که سرگرمی او را به آموختن برانگیخته‌اند، ناآگاه باشد. این عدم آگاهی ممکن است معلول ناتوانی یادگیرنده از درک شرایط برانگیزنده به هنگام وقوع آنها باشد (کولب، ۱۳۷۶). درونی ساختن هنجارها به جذب، پذیرش و یگانگی روحی با آنان می‌انجامد و در نهایت نفس لواحه را تقویت نموده و هسته اصلی شخصیت را بنا می‌نماید (ساروخانی، ۱۳۷۰). الگوها و قواعد درونی شده در افراد تبدیل به رفتار اجتماعی در آن می‌شود (شایان مهر، ۱۳۷۷). فرض بر این است فرد نمادهائی کسب کرده است که روابط وی را با دیگران نشان می‌دهند، با این نتیجه که این روابط اکنون حضور مداومی در جنبه‌های پنهانی رفتار او دارند (کولب، ۱۳۷۶).

برای سنجش متغیر درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، از معرف‌هایی چون اهمیت دادن بالا به پیام‌های مکرر در مورد اهمیت داشتن بدن لاغر از طرف خانواده، دوستان و رسانه‌ها، اعتقاد به داشتن بدنی شبیه مدل‌هایی که در برنامه‌های تلویزیون ظاهر می‌شوند، اعتقاد به زیبایی لباس با مدل لاغر، استفاده مکرر از مدل‌های زنان چاپ شده در مجلات، تصور بی‌جذبه بودن افراد چاق، اهمیت قائل شدن به جذابیت بدنی در جامعه، اعتقاد عمیق به زیبایی زنان لاغر، اعتقاد عمیق به پوشش بهتر زنان لاغر (Coyne, 2007) در سطح سنجش رتبه‌ای و در قالب طیف لیکرت استفاده شده است.

مدیریت بدن

مدیریت بدن به معنای نظارت و دستکاری مستمر ویژگی‌های ظاهری و مریی بدن است (آزادارمکی، ۱۳۸۱). این مفهوم به کمک معرف‌های کنترل وضعیت بدن (از طریق انجام آزمایش، ورزش)، دستکاری پزشکی و جراحی پلاستیک (جراحی بینی، تزریق ژل به اعضای بدن و ...) و میزان اهمیت دادن به مراقبت‌های بهداشتی و آرایشی (آرایش صورت، لنز رنگی و ...) در سطح سنجش رتبه‌ای و در قالب طیف لیکرت سنجیده شده است.

نارضایتی بدنی

اصطلاح نارضایتی بدنی، عموماً برای اشاره به دلسردی یا اندوهگینی ذهنی مربوط به بدن یا ظاهر شخص به کار می‌رود (Van Den Berg, 2005). برای سنجش متغیر نارضایتی بدنی، از معرف‌هایی چون نارضایتی از شکل بدن، نارضایتی از بزرگی شکم، نارضایتی از بزرگ بودن پهلو، نارضایتی از ران‌های درشت (Coyne, 2007) در سطح سنجش رتبه‌ای و در قالب طیف لیکرت استفاده شده است.

میزان بی‌نظمی غذایی

بی‌نظمی‌های غذایی (اختلال غذایی) با آشفتگی‌های شدید در رفتار خوردن مشخص می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۷۹). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ملاک‌های تشخیصی قطعی چهارمین ویراست - اختلالات تغذیه را به دو نوع بی‌اشتهایی

عصبی (AN) و پراشتهایی عصبی (BN) طبقه‌بندی می‌کند (پورافکاری، ۱۳۷۳). اختلال تغذیه که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است نیز، برای کدگذاری اختلالاتی ارائه شده است که ملاک‌های یک اختلال خاص خوردن را ندارد (همان منبع).

برای سنجش متغیر آنورکسی از معرف‌های وحشت از افزایش وزن، پرهیز از خوردن غذا برای پایین نگه داشتن وزن با وجود لاغری، احساس گناه با خوردن، خوردن بسیار ناچیز غذا، گرفتن رژیم غذایی در حالت افراطی، خوردن صرف سالاد و میوه به جای غذای روزانه و انجام تمرینات ورزشی سنگین به صورت افراطی (Coyne, 2007) در سطح سنجش رتبه‌ای و در قالب طیف لیکرت استفاده شده است.

برای سنجش متغیر بولیمیا، معرف‌هایی چون اشتهای زیاد برای خوردن، خالی کردن آنچه می‌خورند، استفراغ کردن پنهانی، سو استفاده از ملین‌ها، خوردن در خفا، خوردن شیرینی، بستنی، چیپس، تناول سس بیش از حد، و رهایی از گناه پس از تخلیه کردن و متعاقباً احساس رضایت (همان منبع) در سطح سنجش رتبه‌ای و در قالب طیف لیکرت مطرح نظر بوده است.

برای سنجش متغیر اختلال نوع دیگر از معرف‌های آگاهی از مقدار انرژی مواد غذایی مصرفی، طولانی شدن زمان غذا خوردن نسبت به دیگران، خوردن غذاهای خاص، تحت رژیم غذایی خاص بودن و لذت از غذاهای جدید (همان منبع) در سطح سنجش رتبه‌ای و در قالب طیف لیکرت استفاده شده است

یافته‌ها

الف) یافته‌های توصیفی

از کل پاسخگویان، ۵۰.۹ درصد مجرد و ۴۸.۶ درصد متأهل بوده و ۵ درصد از آن‌ها وضعیت تأهل خود را گزارش نکرده‌اند. بیشتر افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات دیپلم می‌باشند. همچنین بیشترین میزان پاسخگویان در گروه سنی ۱۹-۱۵ سال قرار داشته است.

برای سنجش متغیر درونی‌سازی ایده‌آل لاغری از ۸ گویه استفاده شده است. نمره ۸ در این متغیر بیانگر پایین بودن درونی‌سازی و نمره ۴۸ نشان‌دهنده بالا بودن درونی‌سازی می‌باشد. درونی‌سازی ایده‌آل لاغری با انحراف معیار ۹/۶۲، حداقل ۸، حداکثر ۴۸، میانگین ۲۹/۱۷ و چولگی برابر با ۲۸- نشان می‌دهد که میزان درونی‌سازی ایده‌آل لاغری در بین آزمودنی‌ها در حد متوسط به بالا بوده است.

برای سنجش متغیر مدیریت بدن از ۱۱ گویه استفاده شده است. نمره ۱۱ در این متغیر بیانگر پایین بودن مدیریت بدن و نمره ۶۶ بیانگر بالا بودن مدیریت بدن می‌باشد. مدیریت بدن با انحراف معیار ۹/۸۴، حداقل ۱۱، حداکثر ۶۳، میانگین ۲۹/۹۴ و چولگی برابر با ۶/ نشان می‌دهد که میزان مدیریت بدنی در بین آزمودنی‌ها در حد متوسط به پایین بوده است.

برای سنجش متغیر نارضایتی بدنی از ۵ گویه استفاده شده است. نمره ۵ در این متغیر بیانگر پایین بودن نارضایتی بدنی و نمره ۳۰ بیانگر بالا بودن نارضایتی بدنی می‌باشد. نارضایتی بدنی با انحراف معیار ۶/۳۳، حداقل ۵، حداکثر ۳۰، میانگین ۱۵/۱۴ و چولگی برابر با ۲۶/ نشان می‌دهد که میزان نارضایتی بدنی در بین آزمودنی‌ها در حد متوسط به پایین بوده است.

برای سنجش اختلال نوع آنورکسی از ۹ گویه استفاده شده است. نمره ۵۴ در این عامل بیانگر بالاترین سطح آنورکسی و نمره ۹ نشان‌دهنده کمترین سطح آنورکسی می‌باشد. میزان اختلال غذایی از نوع آنورکسی با انحراف معیار ۹/۹۱، حداقل ۹، حداکثر ۵۴، میانگین ۲۶/۲۲ و چولگی برابر با ۴۷/ نشان می‌دهد که تقریباً ۳۷ درصد پاسخگویان دارای بی‌نظمی‌های تغذیه‌ای از نوع یاد شده بوده‌اند.

برای سنجش اختلال نوع بولیمیا از ۹ گویه استفاده شده است. نمره ۵۴ در این عامل بیانگر بالاترین سطح بولیمیا و نمره ۹ نشان‌دهنده کمترین سطح بولیمیا می‌باشد. میزان اختلال غذایی از نوع بولیمیا با انحراف معیار ۸/۱۲، حداقل ۹، حداکثر ۵۱، میانگین ۱۹/۷۶ و چولگی برابر با ۸۵/ نشان می‌دهد که تقریباً ۲۶ درصد پاسخگویان دارای بی‌نظمی‌های تغذیه‌ای از نوع مذکور بوده‌اند.

برای سنجش اختلال نوع دیگر از ۸ گویه استفاده شده است. نمره ۴۸ در این عامل بیانگر

بالاترین سطح اختلال نوع دیگر و نمره ۸ نشان‌دهنده کمترین سطح اختلال می‌باشد. میزان اختلال غذایی از نوع دیگر با انحراف معیار $۶/۸۱$ حداقل ۸، حداکثر ۴۴، میانگین برابر $۲۳/۷۷$ و چولگی برابر با $۵۶/۵۶$ نشان می‌دهد که تقریباً ۳۸ درصد پاسخگویان دارای بی‌نظمی‌های تغذیه‌ای از نوع دیگر بوده‌اند.

آماره‌های توصیفی برای سنجش مجموع اختلال غذایی بواسطه حاصل جمع نمرات سه نوع اختلال آنورکسی، بولیمیا و نوع دیگر نشان می‌دهد که تقریباً ۳۷ درصد پاسخگویان دارای بی‌نظمی‌های تغذیه‌ای بوده‌اند.

(ب) یافته‌های تحلیلی

(۱) آزمون ضریب همبستگی بین متغیرها و ابعاد بی‌نظمی غذایی

نتایج تحلیل همبستگی بین متغیرهای درونی‌سازی ایده‌آل لاغری و ابعاد بی‌نظمی غذایی نشان می‌دهد که:

الف) همبستگی بین متغیرهای مذکور معنی‌دار بوده است، ب) شدت همبستگی بین متغیرهای یاد شده در حد ضعیفی است، ج) شدت همبستگی درونی‌سازی ایده‌آل لاغری با آنورکسی بیشتر از شدت همبستگی عامل درونی‌سازی ایده‌آل لاغری با بولیمیا بوده است، د) در مجموع میزان همبستگی عامل درونی‌سازی با آنورکسی، بولیمیا و مجموع بی‌نظمی غذایی در حد ضعیفی بوده، اما با اختلال نوع دیگر معنی‌دار نمی‌باشد و ه) نوع رابطه بین متغیرهای مورد بررسی با همدیگر مستقیم بوده است، به این نحو که هر چقدر درونی‌سازی ایده‌آل لاغری بیشتر باشد، به همان اندازه بی‌نظمی غذایی بیشتر است و عکس آن نیز صادق است (جدول شماره ۲).

نتایج تحلیل همبستگی بین دو متغیر مدیریت بدن و ابعاد بی‌نظمی غذایی بر طبق آزمون I پیرسون نشان داد که: الف) همبستگی بین متغیرهای مذکور معنی‌دار بوده است، ب) شدت همبستگی مدیریت بدن با اختلال نوع دیگر بیشتر از شدت همبستگی عامل مدیریت بدن با آنورکسی و بولیمیا بوده است، ج) نوع رابطه بین متغیرهای مورد بررسی با همدیگر مستقیم بوده است، به این نحو که هر چقدر مدیریت بدنی بیشتر باشد، به همان

اندازه بی‌نظمی غذایی بیشتر است؛ عکس این امر صادق است (جدول شماره ۲).

یافته‌های تحلیل همبستگی پیرسون بین دو متغیر نارضایتی بدنی و ابعاد بی‌نظمی غذایی حاکی از آن است که: الف) همبستگی بین متغیرهای مذکور معنی‌دار بوده است، ب) شدت همبستگی بین متغیرهای یاد شده در حد تقریباً متوسط است، ج) شدت همبستگی نارضایتی بدنی با آنورکسی بیشتر از شدت همبستگی عامل درونی‌سازی ایده‌آل لاغری با بولیمیا و اختلال نوع دیگر بوده است، د) در مجموع میزان همبستگی عامل نارضایتی بدنی با سازه‌های بی‌نظمی غذایی در حد ضعیفی بوده است و ه) نوع رابطه بین متغیرهای مورد بررسی با همدیگر مستقیم بوده است؛ به این نحو که هر چقدر نارضایتی بدنی بیشتر باشد، به همان اندازه بی‌نظمی غذایی بیشتر است. عکس این امر نیز صادق است (جدول شماره ۲).

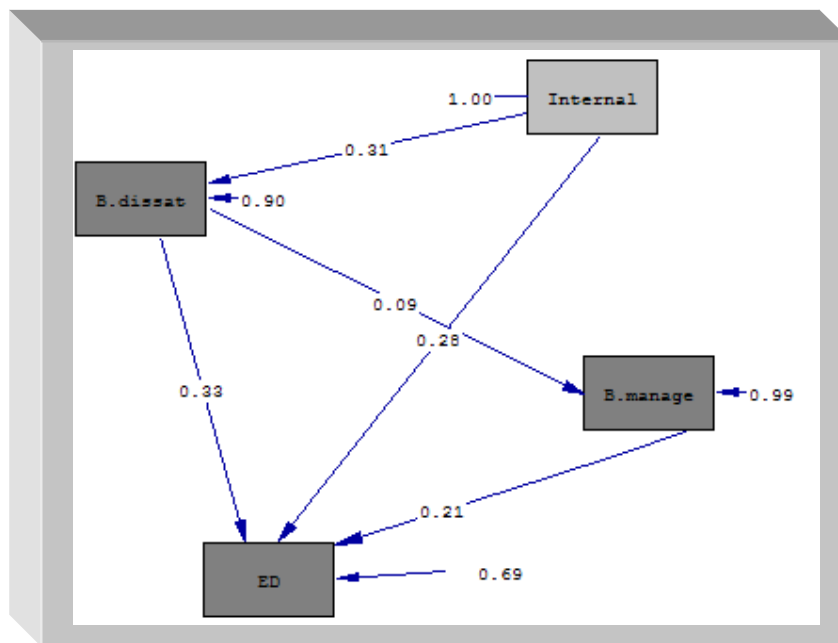
جدول (۲) ضریب همبستگی متغیرها با ابعاد بی‌نظمی غذایی

متغیر مستقل	آنورکسی		بولیمیا		اختلال نوع دیگر		بی‌نظمی غذایی
	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	
درونی‌سازی	/.۱۹۱	/.۰۰۱	/.۱۲۶	/.۰۲۶	/.۰۹۴	/.۰۸۸	/.۱۶۳
مدیریت بدن	/.۲۱۶	/.۰۰۰	/.۱۷۶	/.۰۰۲	/.۲۰۹	/.۰۰۰	/.۲۲۵
نارضایتی بدن	/.۵۰۸	/.۰۰۰	/.۳۲۹	/.۰۰۰	/.۱۴۱	/.۰۰۹	/.۴۰۵

۲) تحلیل‌های چندمتغیره (برازش مدل ساختاری)

پس از تحلیل هم بستگی متغیرها، مقدمات لازم جهت آزمون مدل معادلات ساختاری نظری بی‌نظمی‌های غذایی مهیا گشت. در نهایت، مدل ساختاری مد نظر توسط داده‌های تحقیق در سطح قابل قبولی حمایت شده است؛ زیرا مقدار حاصله در ارتباط با مهم‌ترین شاخص‌های برازش مطلق (GFI و AGFI) نزدیک ۱ (سطح قابل قبول) بوده که بر این اساس می‌توان گفت مدل معادلات ساختاری برازش شده، مدل مناسبی برای تبیین تغییرات متغیر بی‌نظمی‌های غذایی به‌شمار می‌آید. نتیجه نهایی اینکه شاخص‌های نیکویی برازش نشان می‌دهد که مدل ساختاری مطمح نظر از برازش خوبی برخوردار بوده و داده‌های

مشاهده شده توانسته‌اند مدل نظری شماره ۲ را تا حد زیادی تایید نمایند^۱ به این نحو که: اثر مستقیم متغیر درونی‌سازی ایده‌آل لاغری بر متغیر بی‌نظمی غذایی ۲۸ درصد، اثر غیرمستقیم متغیر یاد شده از طریق متغیر نارضایتی بدنی، ۱۱ درصد و در مجموع تأثیرات کل متغیر درونی‌سازی ایده‌آل لاغری بر متغیر بی‌نظمی غذایی، ۳۹ درصد و معنی‌دار بوده است. اثر مستقیم متغیر نارضایتی بدنی بر متغیر بی‌نظمی غذایی ۳۳ درصد، اثر غیرمستقیم متغیر یاد شده از طریق متغیر مدیریت بدن، ۲ درصد و در مجموع تأثیرات کل متغیر نارضایتی بدن بر متغیر بی‌نظمی غذایی، ۳۵ درصد و معنی‌دار بوده است. اثر مستقیم متغیر مدیریت بدن بر متغیر بی‌نظمی غذایی ۲۱ درصد می‌باشد. مجموع متغیرهای مورد استفاده توانسته‌اند ۳۱ درصد تغییرات مرتبط با متغیر بی‌نظمی غذایی را تبیین نمایند.



Goodness of Fit Index (GFI) = 0.99

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.94

شکل ساختاری (۲) بررسی تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته

سازی ایده‌آل لاغری، مدیریت بدن و نارضایتی بدنی بر اختلالات غذایی مورد بررسی قرار گیرد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، مدیریت بدن و نارضایتی بدنی بر اختلال غذایی تاثیر گذارند؛ به این نحو که در بین زنان و دختران مورد مطالعه، میزان درونی‌سازی ایده‌آل لاغری تا حدودی متوسط به بالاست، مدیریت بدن و نارضایتی بدنی در حد متوسط به پایین می باشد. همچنین حدود ۳۷ درصد آزمودنی‌ها دارای اختلال غذایی بوده‌اند. در ارتباط با میزان کاربردی بودن نظریات مورد استفاده و نتایج تحقیقات پیشین در جامعه آماری مورد مطالعه می‌توان گفت:

درونی‌سازی و آگاهی از ایده‌آل شکل بدن، به‌طور معنی‌دار در نارضایتی بدنی و اختلال غذایی تاثیر دارد، همبستگی معنادار بین درونی‌سازی ایده‌آل لاغری و اختلال غذایی در تحقیق حاضر، این نظر را تایید می‌کند. بنابراین در مجموع می‌توان موارد نظری یاد شده را قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه دانست.

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که زنان احساس نامناسبی از نمایش‌هایی که در قلمرو اجتماعی در ارتباط با بی‌نظمی غذایی ارائه می‌شود، دارند. شاید بکارگیری کارهایی که منجر به بی‌نظمی غذایی بوسیله این زنان می‌شود، روشی برای اظهار زیندگی بیشتر در مقابل همسالان نشان باشد (Ferrier, 2007). از نظر گروگن، نارضایتی بدنی یک عنصر مهم در اختلالات غذایی می‌باشد و معمولاً منجر به اختلالات غذایی می‌شود (Grogan, 1999)، همبستگی قوی و معنادار بین نارضایتی بدنی و اختلال غذایی این نظر را تأیید می‌کند. بنابراین در مجموع می‌توان نظریه ایشان را قابل کاربرد در جامعه آماری دانست.

از نظر برخی نظریه‌پردازان نظیر گیدنز، نمای ظاهری فرد بیش از آنکه نشان‌دهنده هویت شخصی او باشد، بیانگر هویت اجتماعی اوست (گیدنز، ۱۳۸۷). همبستگی معنادار بین مدیریت بدنی و اختلال غذایی این نظر را تأیید می‌کند. بنابراین در مجموع می‌توان نظریه ایشان را قابل کاربرد در جامعه آماری دانست.

مطالعات هنری (۲۰۰۵) و لن چنج (۲۰۰۶) نشان می‌دهد بین درونی‌سازی ایده‌آل لاغری و اختلالات غذایی رابطه وجود دارد و افزایش گرایش به درونی‌سازی ایده‌آل‌های

ظاهری، اختلال غذایی را بوجود می‌آورد (Henry, 2005-Cheng, 2006). نتایج تحقیق حاضر، معناداری رابطه یاد شده را تایید می‌کند، پس نتایج تحقیق ایشان قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه می‌باشد.

تحقیق قادری (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که افراد دارای اختلال غذایی بالا، نارضایتی بدنی بالایی داشته‌اند (Ghaderi, 2001). نتایج تحقیق حاضر، معناداری رابطه یاد شده را تأیید می‌کند، پس نتایج تحقیق ایشان قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه می‌باشد.

نتایج تحلیل مسیر صورت گرفته نشان داد که متغیرهای مورد استفاده؛ یعنی متغیر درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، نارضایتی بدنی و مدیریت بدنی به ترتیب موثرترین تبیین‌کننده‌های اختلالات غذایی بوده که توانسته اند ۳۱ درصد از واریانس بی‌نظمی غذایی را تبیین نمایند و ۶۹ درصد از واریانس بی‌نظمی غذایی توسط متغیرهای خارج از موضوع این پژوهش، مثلاً عوامل زیربنایی‌تر قابل تبیین می‌باشد.

حال با توجه به یافته‌های حاصله، پیشنهادات کاربردی زیر در راستای جلوگیری از بروز بی‌نظمی‌های غذایی در بین آزمودنی‌های مورد بررسی قابل طرح است:

همبستگی معنادار و مستقیم بین درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، نارضایتی بدنی و مدیریت بدن با بی‌نظمی‌های غذایی نشان می‌دهد که هر اندازه ایده‌آل لاغری در افراد بیشتر درونی‌سازی می‌شود، به همان اندازه باعث بروز بی‌نظمی‌های غذایی در بین آزمودنی‌ها خواهند شد. همچنین هر چقدر نارضایتی بدنی و مدیریت بدن در آزمودنی‌ها بیشتر می‌شود، باعث بروز بی‌نظمی‌های غذایی در بین آزمودنی‌ها می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد متولیان امور تغذیه‌ای و بهداشتی در خصوص نحوه و میزان لاغرسازی بیش از پیش روشنگری نمایند.

با درونی‌سازی ایده‌آل لاغری، مدیریت بدن و نارضایتی بدنی به وجود می‌آید و همه موارد فوق به بی‌نظمی‌های غذایی منجر می‌شود، بنابراین انتظار می‌رود با آگاه‌سازی، از درونی شدن نامتعادل ایده‌آل لاغری در بین افراد بویژه زنان و دختران جلوگیری شده تا شاهد بروز پیامدهای نامطلوب آن همچون اختلال و بی‌نظمی غذایی در بین آنان نباشیم.

کلام پایانی

واقعیت این است که هر گونه کنش اجتماعی به فراخور موضوع مثلاً رفتارهای تغذیه‌ای بر طبق نظریات کندال و دیگران، می‌تواند در حد قابل توجهی مرتبط با فرایند اجتماعی شدن افراد باشد. در فرایند یاد شده، جامعه و مخصوصاً خانواده و دوستان نقش کلیدی را دارند؛ به عبارتی اگر جامعه پدیده‌ای مانند لاغر شدگی و یا مدیریت بدن را ارزشمند شمرده و افراد با مبادرت به چنین کنش‌هایی، پاداش‌های اجتماعی که یکی از آنها تایید اجتماعی است، دریافت دارند، به حتم در آینده به انجام چنین کنش‌هایی دست خواهند یازید؛ چرا که شاید این امر بر طبق نظر گیدنز هویت ساز شده و تا حدی برای فرد به این خاطر که شخص از آن طریق بتواند جایگاه اجتماعی خود را در جامعه باز تعریف نماید، مهم قلمداد گردد. حال با توجه به اینکه فرایند اجتماعی شدن هیچ وقت پایان‌پذیر نبوده و تا ممتد دوام دارد، بهتر است، عناصر و عوامل تأثیرگذار بر آن شناسایی شده تا با آگاهی بخشی به آنان و هدایت در مسیر درست علمی، در روندهای کنشی‌شان که روندهای تغذیه‌ای یکی از آن است، تأثیرگذار باشیم.

منابع

- آزاد ارمکی، ت. و چاوشیان، ح. (۱۳۸۱) بدن به مثابه رسانه هویت، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره چهارم، شماره ۴، ص ۷۵-۵۷.
- امیدوار، ن. (۱۳۸۱) عوامل روانی-اجتماعی تعیین‌کننده در انتخاب‌های غذایی و وضعیت تغذیه‌ای نوجوانان دبیرستانی شهر تهران، رساله دکترای تغذیه، دانشکده علوم پزشکی تبریز.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۷۹) راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه محمدرضا نائیبیان و دیگران، تهران: دانشگاه شاهد.
- پورافکاری، ن. (۱۳۷۳) طبقه‌بندی اختلالات روانی، تهران: نشر آزاد.
- حاجی امیری، ف. (۱۳۸۵) قدرت و بدن: بدن زنانه به مثابه اثره قدرت، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- ساروخانی، ب. (۱۳۷۰) درآمدی بر دایره‌المعارف علوم اجتماعی، تهران: انتشارات کیهان.
- شایان مهر، ع. (۱۳۷۷) دایره‌المعارف تطبیقی علوم اجتماعی، تهران: سازمان انتشارات کیهان.
- فکوهی، ن. (۱۳۸۲)، تاریخ اندیشه و نظریه‌های انسان‌شناسی، تهران: نشرنی.
- کاتر، آ. (۱۳۸۴) بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی، ترجمه عبدالله علیزاده و لیلا اسفندیاری، قم: مهر امیرالمومنین.
- کولب، و. (۱۳۷۶) فرهنگ علوم اجتماعی، ترجمه باقر پرهام و سایر، تهران: انتشارات مازیار.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۷) تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه ناصر موقیان، تهران: نشرنی.
- Brennan, J., (2005) A Selective Prevention Study: Decreasing Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology in Sorority Women Using Psychoeducation, Social Norms, and Social Marketing Strategies, The Ohio State University.
- Cheng, H.L., Body Image Dissatisfaction of College Women: Potential Risk and Protective Factors, University of Missouri-Columbia, 2006.

- Coyne, L., (2007) The Relationship Between Sociocultural Influences and Disordered Eating Behaviours: Age-Related Differences in an Integrated Theoretical Model, Griffit University.
- Ferrier, A. and Martens, M., Perceived incompetence and Disordered Eating among College Students, *Eating Behaviors* 9, 2007, PP 111-119.
- Ghaderi, A., Prevalence, Incidence, and Prospective Risk Factors for Eating Disorders among Young Adult Women in the General Population, *Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences*, 2001, PP. 79-99.
- Grogan, S., *Body Image*, London and New York, 1999.
- Henry, K., (2005) Ethnicity and Acculturation as Moderators of the Relationship between Media Exposure, Awareness, and Thinideal Internalization in African American Women, Texas A & M University.
- Van Den Berg, P., *Self-Schema And Social Comparison Explanations of Body Dissatisfaction*, University of South Florida, 2005.
- Wisemann, C.V, Gray, IJ, Mosiman, J.E & Ahrens, A.H, (1992) Cultural Expectations of *Thinness in Woman*.