

## مقایسه اجتناب تجربه‌ای، بهشیاری، نارضایتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی

مهدی ایمانی<sup>۱</sup>، مریم دهقان<sup>۲</sup>، میلاد شرفی زادگان<sup>۳</sup>

### A comparative analysis of experiential avoidance, mindfulness, body image dissatisfaction, anxiety, depression and stress in applicants and non-applicants of cosmetic surgery

Mehdi Imani<sup>1</sup>, Maryam Dehghan<sup>2</sup>, Milad Sharafi Zadehan<sup>3</sup>

#### چکیده

**زمینه:** پژوهش‌ها در زمینه رابطه اجتناب تجربه‌ای، بهشیاری، نارضایتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس بایکدیگر انجام شده است، اما مقایسه این متغیرها با یکدیگر مورد غفلت واقع شده است. بنابراین مسئله این است: آیا بین اجتناب تجربه‌ای، بهشیاری، نارضایتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی تفاوت وجود دارد؟ **هدف:** مطالعه پیش‌رو با هدف بررسی اجتناب تجربه‌ای، بهشیاری، نارضایتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از افراد متقاضی جراحی زیبایی که به کلینیک‌های زیبایی منطقه یک و شش شهرداری شیراز که در ۶ ماه دوم سال ۹۷ مراجعه کرده بودند و دانشجویان دانشگاه شیراز (بازه سنی ۱۸-۵۷ سال) بود. نمونه این پژوهش ۲۰۰ نفر که شامل ۱۰۰ متقاضی و ۱۰۰ غیرمتقاضی هستند به صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی و دردسترس از بین افرادی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. ابزار عبارتند از: پرسشنامه ترس از تصویر بدن لیتلتون، آکسوم و پری (۲۰۰۵)، پرسشنامه‌ی بهشیاری براون و رایان (۲۰۰۳)، پرسشنامه‌ی پذیرش و تعهد باند، هیز و زتل (۲۰۱۱) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایونند (۱۹۹۵). تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد. **یافته‌ها:** بین افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی از نظر متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ( $p \geq 0/001$ ). **نتیجه‌گیری:** می‌توان اظهار نمود که نارضایتی از تصویر بدن، اجتناب تجربه‌ای، افسردگی، اضطراب و استرس، همچنین پایین بودن سطح بهشیاری منجر به افزایش جراحی زیبایی در افراد می‌شوند. **واژه کلیدها:** بهشیاری، نارضایتی از تصویر بدن، اجتناب تجربه‌ای، افسردگی، جراحی زیبایی

**Background:** Research has been done on the relationship between emotion avoidance, physical well-being, body image dissatisfaction, anxiety, depression and stress, but the comparison of these variables with each other has been neglected. So the question is: Is there a difference between avoidance of experience, physical well-being, body image dissatisfaction, anxiety, depression and stress in cosmetic surgery applicants and non-cosmetic applicants? depression and stress among applicants and non-applicants of cosmetic surgery in Iran. **Method:** The research method was causal-comparative. The statistical population of this study consisted of cosmetic surgery applicants referring to cosmetic clinics in district one and six of Shiraz municipality during the second 6 months of 2018 and students of Shiraz University (age range of 18- 57 years). The sample of this study consisted of 200 individuals, including 100 applicants and 100 non-applicants, who were selected by non-random and convenience sampling method from among those who were eligible for the study. The tools are: Littleton, Axom & Perry (2005), Body Image Fear Questionnaire, Behavioral Brown & Ryan Questionnaire (2003), Bond Acceptance and Commitment Questionnaire, Hayes & Zettel (2011) and Lovebond Depression, Anxiety and Stress Scale (1995). Data were analyzed by multivariate analysis of variance. **Results:** Results: There was a significant difference between the applicants for cosmetic surgery and the non-applicants for the variables under study ( $P < 0/001$ ). **Conclusions:** It can be stated that dissatisfaction with body image, experiential avoidance, depression, anxiety and stress, as well as low level of hygiene can lead to increased cosmetic surgery. **Key Words:** Behshiyari, body image dissatisfaction, experience avoidance, depression, cosmetic surgery

**Corresponding Author:** milad.sharafi.zadegan@gmail.com

<sup>۱</sup>. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

<sup>۱</sup>. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

<sup>۲</sup>. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

<sup>۲</sup>. M.A. of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

<sup>۳</sup>. کارشناس روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup>. Expert in Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author)

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۲/۲۰

دریافت: ۹۸/۱۱/۱۴

## مقدمه

بعضی از افراد علی‌رغم طبیعی یا تقریباً طبیعی بودن ظاهر جسمانی، اشتغال ذهنی مداومی درباره ظاهر جسمانی خود دارند که سبب می‌شود ترس مفرط و نگران کننده‌ای از زشت بودن، غیرجذاب بودن گزارش کنند (صالحی، رجیبی و دهقانی، ۱۳۹۸)، که امروزه جراحی زیبایی<sup>۱</sup> را به یکی از شایع‌ترین عمل‌های جراحی در سطح جهان تبدیل کرده است، که میزان متقاضیان آن روبه فزونی است (دوایی، کلانتر هرمزی، گنجی و عباس‌زاده، ۲۰۱۸). هدف اصلی جراحی زیبایی بهبود ظاهر فردی است که دارای ظاهر ناهنجار باشد. زمانی که انسان‌ها در می‌یابند خصوصیات فیزیکی آن‌ها مطابق با آن هنجارها و معیارهای مدنظرشان نیست، ممکن است دچار رنجش شده و جراحی را به‌عنوان راه‌حل نهایی در نظر بگیرند (گزینه و قراداقی، ۲۰۱۳). جراحی زیبایی اکنون به یک عامل فریبنده و وسیله‌ای برای تجمل‌گرایی افراد مختلف تبدیل شده است و این امر سبب پایه ریزی انتظارات غیرواقعی در افراد و مخدوش شدن حقایق در مورد ماهیت واقعی آن گردیده است (ریچن، استرینی، و کانر، ۲۰۲۰). تصویر بدنی منفی، نارضایتی بدنی و سرمایه‌گذاری بیش از حد بر روی تصویر بدنی، مخاطرات روان‌شناختی و روانی-اجتماعی به‌دنبال خواهد داشت (خدابنده‌لو، پورحسین، غلامعلی لواسانی و معتمدیگانه، ۱۳۹۴). تصویر بدنی یک بازنمای درونی از ظاهر بیرونی فرد در طول زندگی است، به عبارت دیگر در طی مراحل رشد، فرد تصویری از ظاهر خود در ذهن شکل می‌دهد که عوامل مختلف زیستی، محیطی و روانشناختی در شکل‌گیری آن نقش دارند. برخی افراد اشتغال ذهنی مداومی درباره ظاهر جسمانی خود دارند و علی‌رغم طبیعی یا تقریباً طبیعی بودن ظاهر جسمانی، از زشت یا غیر جذاب بودن نگرانی شدیدی دارند (شیخ و مسلمی نژاد، ۱۳۹۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند، افرادی که به جراحی زیبایی علاقمند بودند تصویر بدنی<sup>۲</sup> ضعیف‌تری نسبت به کسانی داشتند که علاقه‌ای به جراحی زیبایی نداشتند (بیولکاتی، گیگی، ماملی و پاسینی، ۲۰۱۷). سارور (۲۰۰۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که افراد بعد از انجام جراحی زیبایی تصویر بدنی بهتری از خود گزارش می‌دهند.

نارضایتی از تصویر بدن یک مشکل مزمن به‌شمار می‌آید که به‌خصوص زنان را در سراسر طول عمر درگیر می‌کند (پیرسون، فولت و هیس، ۲۰۱۲). در گروه غیر بالینی، نارضایتی از تصویر بدن با شاخص توده بدنی<sup>۳</sup> بالاتر (مک لارن، هاردی و کاه، ۲۰۰۳)، اختلالات خوردن مثل پرخوری<sup>۴</sup>، پاکسازی<sup>۵</sup> و رژیم مزمن<sup>۶</sup> (تیلکا، ۲۰۰۴)، سطح بالاتری از افسردگی<sup>۷</sup> (گرفیت، ۲۰۱۵)، اضطراب<sup>۸</sup> (بنت و استون، ۱۹۹۶)، سطح پایین‌تری از اعتماد به نفس (گراس بارد، لی، نیگبر و لریمر، ۲۰۰۹) و به‌طور کلی با سطح پایین کیفیت زندگی ارتباط دارد (گنم، دهیر و مورا، ۲۰۰۹). معمولاً فرض می‌شود که نارضایتی از تصویر بدن از آرمان‌های اجتماعی غیرواقعی و فراگیر در مورد آنچه جذاب هست یا باید باشد، ناشی می‌شود. این آرمان‌ها تا حد زیادی از طریق رسانه‌های جمعی انتقال می‌یابند (هارگریوس، تیگمن، ۲۰۰۴). مقایسه اجتماعی در ارتباط بین پیام رسانه‌ها از زیبایی و نارضایتی از بدن یک فرآیند مهم تلقی می‌شود (تیگمن و اسلاتر، ۲۰۰۴). به‌طور معمول مقایسه تصویر بدن با تصاویر رسانه‌ها از زیبایی، موجب می‌شود افراد (به‌خصوص زنان) کمتر از تصویر بدن‌شان راضی باشند (دیجکسترا، گیونز و بانک، ۲۰۱۰). فاکتورهایی که به رشد و نگهداری نارضایتی از تصویر بدن کمک می‌کنند، ظاهر آرمانی (تامپسون، هینبرگ، التاب، تنلف و دان، ۱۹۹۹)، چک کردن بدن و اجتناب بدن هستند (شفران، فریربرن، راینسون و لسک، ۲۰۰۴). دادن ارزش بالا به ظاهر ایده‌آل (مانند ایده‌آل لاغر بودن) می‌تواند نارضایتی از تصویر بدن را با افزایش آگاهی از اختلاف بین بدن موجود و مطلوب فرد، افزایش دهد (آلبرت، تویسن و ریس، ۲۰۱۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نارضایتی از تصویر بدن، اختلاف بین خود آرمانی<sup>۹</sup> و خود ادراک شده<sup>۱۰</sup>، در بین زنان بسیار گسترش پیدا کرده است (بل و روشفرس، ۲۰۰۸). همچنین طبق مطالعات مشخص شده که عواملی مانند جوان بودن، مؤنث بودن و تبلیغات رسانه‌ها با تصویر بدنی منفی ارتباط دارند (ابراگ و تورنستم، ۱۹۹۹). یک فرایند زیربنایی معمول که در نگرانی بدن و الگوهای غذا خوردن مشاهده شده، اجتناب تجربه‌ای است. اجتناب تجربه‌ای هرگونه تلاش برای جلوگیری، تغییر یا کنترل افکار و احساسات

6. Chronic diet

7. depression

8. anxiety

9. Ideal self

10. Self-perception

1. cosmetic surgery

2. Body Image

3. Body Mass Index

4. Binge eating

5. purging

استدلالات انتظار می‌رود که افزایش بهشیاری موجب کاهش نگرانی از تصویر بدن بشود (آلبرت و همکاران، ۲۰۱۲).

از جمله مشکلات روانی که می‌تواند با نارضایتی از تصویر بدن ارتباط داشته باشد و به طبع آن فرد را دچار رنجش کرده و آن را وادار به جراحی زیبایی کند، استرس، اضطراب و افسردگی است. انسان‌ها، زیبایی ظاهری را به ویژگی‌های شخصیتی پسندیده‌ای همچون شایستگی و پذیرش اجتماعی ربط می‌دهند (گلشانی و همکاران، ۲۰۱۸). گاهی استرس و اضطراب بر اینکه افراد چه حسی نسبت به بدن خود داشته باشند، تأثیر می‌گذارد که باعث می‌شود بسیاری از مردم به تغییر در ظاهر خود پردازند و اقدام به عمل جراحی پلاستیک بنمایند (هالون، استوارت و استرانک، ۲۰۰۶). در پژوهشی که به بررسی ارتباط میان خودپندارهٔ بدنی، افسردگی، استرس و اضطراب در گروهی از نوجوانان سوئدی پرداخت، مشخص گردید که تفاوت ارزیابی‌های فرد از خودش با معیارهای ایده‌آلش در مورد وضع ظاهری پایین بود و نمره افراد در تصویر بدن با نگرش مثبت نسبت به لاغری، خلق و خوی منفی، علائم استرس، اضطراب، ترس‌های اجتماعی و همچنین اضطراب فیزیکی همبستگی زیادی نشان داد (ایوارسون، ایولاندر، لیتلری و نوون، ۲۰۰۶).

نتایج حاصل از مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که میزان افسردگی، استرس، اضطراب و خودکشی در افرادی که از تصویر بدنی خود ناراضی هستند، بیشتر است و نیز مشخص شد نارضایتی از تصویر بدن منجر به ایجاد ابعادی از مشکلات شناختی، رفتاری و سلامتی می‌شود (دیل، کیتز، فیلیس و هانت، ۲۰۰۶).

در مطالعه‌ای که با هدف مقایسه رابطه استرس و نارضایتی از تصویر بدن در افراد متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی انجام شد، به این نتیجه رسیدند که بین میزان استرس و نارضایتی از تصویر بدن رابطه‌ی معنادار و معکوس وجود دارد، اما میزان استرس و نارضایتی از تصویر بدن در بین افراد با سابقهٔ عمل جراحی زیبایی و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد (حسینی، قاسمی، ملایی و رضایی، ۱۳۸۹). از آنجاکه روان‌شناسی جراحی زیبایی هنوز به خوبی شناخته نشده است و پژوهش‌های صورت گرفته دربارهٔ ویژگی‌های روان پزشکی مراجعه‌کنندگان برای جراحی زیبایی بسیار اندک است و بیشتر شامل گزارش‌های بالینی می‌باشد و با توجه به اینکه شمار

ناخواسته‌ای است که موجب آسیب می‌شوند (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۱). هدف هسته‌ای فرایند اجتناب تجربه‌ای شناسایی دل‌مشغولی‌ها در مورد تصویر بدن و راه کارهای متنوع برای جلوگیری از ناراحتی‌های مرتبط با تصویر بدن است (پیرسون و همکاران، ۲۰۱۲). اجتناب بدن شامل رفتارهایی می‌شود که هدف آن‌ها جلوگیری یا اجتناب از موقعیت‌هایی که آغازگر نگرانی در مورد ظاهر فیزیکی فرد هستند، مثل پوشیدن لباس‌های گشاد، وزن نکردن خود و اجتناب از نگاه کردن به خود در آینه. در تضاد با اجتناب، چک کردن بدن اشاره به بررسی انتقادی از بدن دارد. به‌عنوان مثال چک کردن خود بارها و بارها در آینه یا مقایسهٔ منفی خود با دیگران (آلبرت و همکاران، ۲۰۱۲).

تصور می‌شود علاوه بر مفهوم اجتناب تجربه‌ای، مفهوم بهشیاری<sup>۱</sup> نیز با سازه‌ی تصویر بدن یا نگرانی در مورد تصویر بدن ارتباط داشته باشد. بهشیاری تمرین تمرکز توجه به تجربهٔ حال حاضر بدون قضاوت کردن آن است (کابات زین، ۱۹۹۰). بهشیاری که در آیین بودا و دیگر آیین‌های مراقبه‌ای ریشه دارد. در حوزه روانشناسی به عنوان روشی برای کاهش استرس به صورت تجربی به کار گرفته شده است. محققان تعریف‌های مختلفی از این ویژگی ارثه کرده‌اند. کبات زین ۲۰۰۳ بهشیاری را توجه کردن به هدف در لحظه حال و توجه بارز و بدون قضاوت به لحظه لحظه زندگی می‌داند. او معتقد است بهشیاری کیفیتی از هشیاری است که به طور دقیق‌تر توجه کردن به شیوه خاص یعنی هدفمند، در لحظه حاضر و غیر قضاوتی به دنیای درون و برون روانی است (منصوری و بسارت، ۱۳۹۸).

بهشیاری در تضاد با فرآیندها و رفتارهایی است که تصور می‌شود موجب حفظ و افزایش نگرانی از تصویر بدن می‌شوند. بهشیاری در درجهٔ اول متمرکز بر رسیدن به یک هدف یا حالت ایده‌آل نیست بلکه پذیرش حالت فعلی را ترویج می‌دهد. به عبارت دیگر به جای تلاش برای رسیدن به ظاهر ایده‌آل، پذیرش ظاهر فعلی را ترویج می‌دهد. در درجهٔ دوم بهشیاری توانایی در تماس ماندن با یک تجربه نامیده می‌شود، بنابراین در تضاد با اجتناب از بدن است. نکته مهم اینکه بهشیاری، شفقت<sup>۲</sup> و توجه بدون قضاوت را پرورش می‌دهد که این مخالف با اصل چک کردن بدن که یک فرآیند ارزیابی خودانتقادی و به شدت قضاوت کننده است، می‌باشد. مطابق با این

لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) روایی این آزمون را براساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند.

مقیاس بهشیاری توجه آگاهی<sup>۲</sup>: این پرسشنامه توسط براون و رایان در سال ۲۰۰۳ که شامل ۱۵ عبارت است به منظور سنجش بهشیاری ساخته شده و دامنه پاسخ ۶ درجه‌ای از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هیچ وقت) دارد. حداقل نمره و حداکثر نمره آن به ترتیب ۱۵ و ۹۰ است. در این مقیاس هرچه نمره آزمودنی بیشتر باشد بیانگر سطح بالایی از بهشیاری است. همسانی درونی سؤال‌های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (براون و رایان، ۲۰۰۳). آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نسخه فارسی این مقیاس در مورد یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰/۸۱ محاسبه شده است (قربانی، واتسون، بارت، ۲۰۰۹).

پرسشنامه پذیرش و عمل<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) برای سنجش انعطاف پذیری روان شناختی، به ویژه در رابطه با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسش‌نامه براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه بندی می‌شود. حداقل و حداکثر نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه به ترتیب ۷ و ۴۹ است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون-باز آزمون این پرسشنامه ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی باز آزمون ۰/۷۱ به دست آمده است (عباسی، مولودی، فتی و ضرابی، ۱۳۹۱).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۴</sup>: این مقیاس توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ ساخته شد که، شامل ۲۱ عبارت است که زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد

متقاضیان جراحی زیبایی، سالیانه سیر صعودی دارد (دوایی و همکاران، ۲۰۱۸) و می‌تواند پیامدهای روانشناختی وخیمی به همراه داشته باشد، انجام مطالعات بیشتر و منسجم‌تر در این زمینه احساس می‌شود. بنابراین این پژوهش نیز با هدف اصلی مقایسه اجتناب تجربه‌ای، بهشیاری، نارضایتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متقاضی جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی انجام گرفت.

## روش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از افراد متقاضی جراحی زیبایی که به کلینیک‌های زیبایی منطقه یک و شش شهرداری شهر شیراز که در ۶ ماه دوم سال ۹۷ مراجعه کرده بودند و دانشجویان دانشگاه شیراز (بازه سنی ۱۸-۵۷ سال) بود. از آن جا که آمار دقیقی از تعداد متقاضیان بدست نیامد در نتیجه حجم نمونه با استناد بر مقالات منتشر شده در این زمینه تعیین گردید. براین اساس نمونه این پژوهش ۲۰۰ نفر که شامل ۱۰۰ متقاضی و ۱۰۰ غیرمتقاضی هستند به صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی و دردسترس از بین افرادی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. اعلام رضایت، مشخص‌بودن زمان انجام جراحی زیبایی با گذراندن مراحل پزشکی، نداشتن دلیل پزشکی و ضروری برای انجام جراحی زیبایی ملاک ورود افراد متقاضی بود و نیز انتخاب افراد غیرمتقاضی نیز با هم‌تاسازی سن، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل از میان دانشجویان دانشگاه شیراز صورت گرفت. سپس نمونه انتخاب شده به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و پس از جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، داده‌ها بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

## ابزار

پرسشنامه ترس از تصویر بدن<sup>۱</sup>: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط لیتلتون، آکسوم و پری طراحی شد. این آزمون حاوی ۱۹ پرسش است که هر پرسش دارای پنج گزینه است که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه به ترتیب ۱۹ و ۹۵ است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالای نگرانی آزمودنی در ارتباط با بدن خود است.

4. Depression Anxiety Stress Scales

1. Body Image Concern Inventory

2. Mindful Attention Awareness Scale

3. Acceptance and Action Questionnaire

ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۴ است، که قابل قبول می‌باشند (نیک آذین و نائینان، ۱۳۹۲).

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره و حداکثر نمره متغیرهای مورد مطالعه، مربوط به افراد متقاضی و افراد غیرمتقاضی در جدول ۱ گزارش شده است. قبل از تحلیل داده‌ها فرض نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس‌های متغیرهای پژوهش با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف، لون و ام باکس مورد بررسی قرار گرفتند و تمام پیش فرض‌ها تأیید شد.

(هر کدام ۷ عبارت). آزمودنی‌ها باید میزان موافقت خود را با هر یک از عبارات ب اساس دامنه ۴ درجه‌ای از هیچ وقت (۰) تا همیشه (۳) مشخص کنند. حداقل نمره در این مقیاس صفر است که بیانگر حداقل سطح افسردگی، اضطراب و استرس است. و حداکثر نمره برابر است با ۶۳ که نشان دهنده سطح بالایی از افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی است. لاویوند و لاویوند نشان دادند که اعتبار باز آزمایی برای زیر مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۷۱ برای افسردگی، ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب، به دست آمد. برای روایی مقیاس نیز ضرایب همبستگی یا پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمد. ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ و ضرایب باز آزمایی

متغیرها	افراد متقاضی			افراد غیر متقاضی		
	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
اجتناب تجربه‌ای	۲۱/۷۰	۹/۵۱	۷	۴۹	۱۹/۱۴	۷/۷۹
نارضایتی از تصویر بدن	۴۶/۹۶	۱۵/۱۷	۲۲	۹۵	۳۶/۸۶	۱۲/۲۳
بهشیری	۵۰/۸۲	۱۳/۵۸	۱۴	۸۸	۶۰/۹۰	۱۲/۳۳
استرس	۹/۱۸	۵/۲۴	۲۱	۰	۶/۶۱	۴/۵۳
افسردگی	۷/۳۶	۵/۷۸	۲۰	۰	۴/۸۸	۴/۱۵
اضطراب	۶/۵۳	۴/۹۲	۲۰	۰	۴/۶۳	۳/۵۶

غیرمتقاضی سطح بهشیری پایین‌تری دارند و همچنین اجتناب تجربه‌ای، افسردگی، اضطراب، استرس و نارضایتی از تصویر بدنی بالاتری نسبت به افراد غیر متقاضی دارند.

برای بررسی تفاوت میان دو گروه افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. اطلاعات مربوط به مانوا در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است. همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد آماره لامبدا و لیکز معنی‌دار می‌باشد ( $p \leq 0/01$ ) که مفهوم آن این است که حداقل در یکی از متغیرها بین دو گروه افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی تفاوت معنی‌دار آماری برقرار است. جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه در تمام متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ( $p \leq 0/05$ ). که معنای آن این است که افراد متقاضی جراحی زیبایی در مقایسه با افراد

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)

sig	F	df	ارزش آماره	آماره ملاک
۰/۰۰۰	۷/۶۸	۶	۰/۱۹	اثر پیلاهی
۰/۰۰۰	۷/۶۸	۶	۰/۸۰	لامبدا و لیکز
۰/۰۰۰	۷/۶۸	۶	۰/۲۳	اثر هاتلینگ
۰/۰۰۰	۷/۶۸	۶	۰/۲۳	بزرگ‌ترین ریشه روی

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راه در متن (MANOVA)

sig	F	میانگین مجددورات	df	مجموع مجددورات	
۰/۰۳۹	۴/۳۳	۳۲۷/۶۸	۱	۳۲۷/۶۸	اجتناب تجربه‌ای
۰/۰۰۰	۲۹/۳۰	۵۰۸۰/۳۲	۱	۵۰۸۰/۳۲	بهشیری
۰/۰۰۰	۲۶/۸۴	۵۱۰۰/۵۰	۱	۵۱۰۰/۵۰	نارضایتی از تصویر بدن
۰/۰۰۱	۱۲/۱۴	۳۰۷/۵۲	۱	۳۰۷/۵۲	افسردگی
۰/۰۰۲	۹/۷۷	۱۸۰/۵۰۰	۱	۱۸۰/۵۰۰	اضطراب
۰/۰۰۰	۱۳/۷۵	۳۳۰/۲۴	۱	۳۳۰/۲۴	استرس

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اجتناب تجربه‌ای، به‌شیری، ناراضیاتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی از نظر متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که در ذیل به تفصیل از آن سخن خواهیم گفت.

نتایج نشان داد که افراد متقاضی جراحی زیبایی ناراضیاتی بیشتری از تصویر بدنی خویش دارند که این یافته با نتایج مطالعات بیولکاتی و همکاران (۲۰۱۷)، خانجانی و همکاران (۱۳۹۱) هماهنگ و همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که یکی از جنبه‌های مهم شکل دهنده سلامت افراد، ظاهر جسمانی و تصویر بدنی آن‌هاست. ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی و تاکید زیاد جامعه بر جذابیت‌های ظاهری، مقایسه کردن افراد از لحاظ ظاهری و ارزش قائل شدن برای افراد زیبا و تسهیل امور برای آن‌ها و از طرفی ایجاد احساس کمتری به دلیل ظاهر و یا تجربه تمسخرآمیز از سوی دیگران می‌تواند فرد را در مقابل تصویر بدنی خود حساس نماید. از سوی دیگر این افراد که دچار خودپنداره منفی از خود هستند، برای کاهش این تصویر بدنی و بدست آوردن عزت نفس بالاتر از جراحی زیبایی استفاده می‌کنند (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱).

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که سطح به‌شیری در افراد متقاضی جراحی زیبایی پایین‌تر از افراد غیر متقاضی است که این یافته با پژوهش دیجکسترا و بارلد (۲۰۱۱) هماهنگ و همسو بود. همان‌طور که در تعریف به‌شیری نیز آمده است، به‌شیری متمرکز بر رسیدن به یک هدف یا حالت ایده‌آل نیست بلکه پذیرش حالت فعلی را ترویج می‌دهد. به عبارت دیگر پذیرش ظاهر فعلی به جای تلاش برای رسیدن به ظاهر ایده‌آل (آلبرت و همکاران، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد افراد متقاضی جراحی زیبایی که از تصویر بدنی خود ناراضی هستند و توانایی پذیرش ظاهر خود را ندارند و به دنبال ظاهر مطلوب‌تر هستند، جراحی را به‌عنوان بهترین راه‌حل در نظر می‌گیرند. تصور می‌شود افزایش به‌شیری به عنوان یک ابزار برای افزایش پذیرش افکار، احساسات و حس‌های بدنی که قبلاً از آن‌ها اجتناب می‌شده است، می‌تواند موجب کاهش نگرانی از تصویر بدن بشود (پیرسون و همکاران، ۲۰۱۲).

یافته دیگر پژوهش حاکی از بالا بودن اجتناب تجربه‌ای در افراد

متقاضی جراحی نسبت به افراد غیر متقاضی بود که با نتایج مطالعه ویلسون، ویلم و هارتمن (۲۰۱۴) هماهنگ و همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که یکی از دلایل تمایل به جراحی زیبایی در این افراد پایین بودن سطح پذیرش آن‌ها یا به عبارتی اجتناب آن‌ها است. این افراد توانایی پذیرش ظاهر فعلی خود را ندارند و دست به راه‌کارهای متنوعی که برای جلوگیری از ناراحتی مرتبط با بدن مورد استفاده قرار می‌گیرند، می‌زنند که یکی از این راه‌کارها جراحی زیبایی است، فردی که از ظاهر جسمانی خویش ناراضی است و توانایی پذیرش آن را نیز ندارد دست به عمل جراحی می‌زند تا از این ظاهر نامقبول خود اجتناب کند.

مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر افسردگی در بین متقاضیان جراحی زیبایی بالاتر از افراد غیر متقاضی است در مطالعه سارور و همکاران (۲۰۰۵) بین میزان افسردگی افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی تفاوت معنی داری مشاهده نشد در حالیکه یافته این پژوهش با مطالعه خانجانی و همکاران (۱۳۹۱)، موس و هریس (۲۰۰۹) و نیمیر (۲۰۰۴) هماهنگ بود. تبیین احتمالی این نتیجه می‌تواند این باشد که افراد افسرده بیشتر از سایرین احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کنند و دارای نگرشات منفی نسبت به خود هستند که نگرش منفی نسبت به جسم و ظاهر را نیز شامل می‌شود که این نگرش منفی موجب می‌شود که آن‌ها ظاهر خود را نامطلوب توصیف کنند و به دنبال تغییر آن باشند تا احساس مطلوب‌تری در مورد خویش داشته باشند. بنابراین احتمال جراحی زیبایی در این افراد بیشتر از افراد نرمال می‌باشد. نتایج نشان داد که میزان اضطراب افراد متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیر متقاضی می‌باشد که با مطالعه موس و هریس (۲۰۰۹)، بنت و استون (۱۹۹۶) و خانجانی و همکاران (۱۳۹۱) هماهنگ و همسو می‌باشد. اضطراب بر اینکه چه حسی نسبت به بدن خود داشته باشیم تأثیر می‌گذارد که باعث می‌شود بسیاری از مردم به تغییر در ظاهر اندام خود بپردازند. اضطراب پاسخ به تهدیدی است که ناشناخته مبهم یا متعارض می‌باشد. اضطراب بر عملکرد شناختی اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی می‌شود در میان اختلالات اضطرابی، اضطراب اجتماعی از همه شایع‌تر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). هرچند در این پژوهش ما به بررسی اضطراب اجتماعی نپرداخته‌ایم اما حدس زده می‌شود که این اختلال نسبت به سایر اختلالات اضطرابی در این افراد بیشتر باشد. در اختلال اضطراب اجتماعی فرد از ارزیابی دیگران می‌ترسد. ترس از داشتن نقص در

حسینی، ابراهیم؛ قاسمی، نوشاد؛ ملایی، گلناز و رضایی، لیلیا (۱۳۸۹). مقایسه میزان استرس و تصور از بدن خود در بین افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله دارای سابقه عمل جراحی زیبایی و افراد عادی در شهر اهواز. فصلنامه تازه‌های روانشناسی صنعتی/سازمانی، ۱(۳)، ۷۵-۸۴.

خانجانی، زینب؛ باباپور، جلیل و صبا، گریزه (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه وضعیت روانی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیر متقاضی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۰(۲)، ۲۴۸-۲۳۷.

خدابنده‌لو، یوسف؛ پورحسین، رضا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و معتمد یگانه، نگین (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی روش‌شناختی مرور خویش بر تصویر بدنی دانشجویان دختر دانشگاه تهران. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۴(۵۵)، ۳۰۱-۳۲۰.

شیخ، محمود و مسلمی نژاد، مسلم (۱۳۹۵). مقایسه نگرانی از تصویر بدنی زنان سالمند ورزشکار و غیر ورزشکار: نقش میانجی گر شاخص توده بدنی در ارتباط بین حرمت خود و نگرانی از تصویر بدنی. علوم روانشناختی، ۱۵(۵۷)، ۱۱۲-۹۸.

صالحی، مریم؛ رجیبی، سوران و دهقانی، یوسف (۱۳۹۸). پیش‌بینی اختلال بد ریخت‌انگاری بدن براساس طرحواره‌های هیجانی، سبک‌های دلبستگی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد متقاضی جراحی زیبایی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸(۷۳)، ۷۷-۸۷.

عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۲(۱۰)، ۸۰-۶۵.

منصوری، جمیل و بشارت، محمدعلی (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و به‌شیری. علوم روانشناختی، ۱۸(۷۹)، ۷۸۵-۷۹۵.

نیک آذین، امیر و نائینان، محمدرضا (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی. ششمین همایش بین‌المللی کودک و نوجوان.

Alberts, H. J., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847-851.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bell, L., & Rushforth, J. (2008). *Overcoming body image*

چهره و داشتن ظاهر نامناسب در میان این افراد شایع است که عاملی برای افزایش جراحی زیبایی در این افراد می‌باشد. طبق نتایج پژوهش حاضر میزان استرس متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیرمتقاضی می‌باشد. در پژوهشی که در سال ۱۳۸۹ توسط حسینی و همکاران انجام شد نتایج مخالف با پژوهش حاضر بدست آمد. ایوارسون و همکاران در پژوهشی که در سال ۲۰۰۶ انجام دادند به نتیجه‌ی هماهنگ با پژوهش حاضر رسیدند. در توجیه این یافته پژوهش می‌توان اظهار نمود که استرس و تصور از بدن به عنوان دو سازه‌ی روانی که هر دو به نحوی به درک و شناخت فرد مرتبط است با هم رابطه دارند. بدین صورت شخصی که نسبت به اندام و چهره خود تصور منفی داشته باشد نسبت به اکثر رویدادهای زندگی دید منفی خواهد داشت و براساس دیدگاه تبادل‌ی استرس وی با پردازش منفی از رویدادها، استرس بیشتری را کسب خواهد نمود و لذا هر چه تصور از بدن مثبت‌تر باشد استرس کمتری تجربه خواهد شد (حسینی و همکاران، ۱۳۸۹).

همان‌طور که ذکر شد جراحی زیبایی اکنون تبدیل به یک عامل فریبنده و وسیله‌ای برای تجمل‌گرایی افراد مختلف شده است. اکثر کسانی که برای جراحی زیبایی مراجعه می‌کنند معمولاً دچار گمراهی در تصویر بدنی خود شده‌اند و قضاوت نادرستی در مورد ظاهر خود دارند به عبارت دیگر دچار تحریف ادراکی شده‌اند. و علی‌رغم انجام جراحی‌های مکرر رضایتی در مورد ظاهر خود ندارند. بنابراین آگاهی پزشکی از علائم روان‌شناختی و وضعیت سلامت روان افراد مراجعه‌کننده ضروری به نظر می‌رسد تا از عواقب احتمالی سوء آن پیشگیری به عمل بیاید. در این پژوهش میزان ضرورت انجام جراحی زیبایی توسط پزشک متخصص که بتواند آسیب‌شناسی روانی را در داوطلبان نشان دهد مورد بررسی قرار نگرفته است و جمعیت مورد مطالعه این پژوهش محدود به متقاضیان جراحی زیبایی می‌باشد، لذا از تعمیم دادن نتایج به کل جامعه و آنهایی که اقدام به جراحی زیبایی کرده‌اند باید محتاط بود و نتایج بدست آمده از این پژوهش محدود به یک منطقه جغرافیایی می‌باشد، لذا به منظور تعمیم دادن نتایج به سایر مناطق جغرافیایی دیگر باید با احتیاط عمل کرد.

## منابع

بساک نژاد، سودابه و غفاری، مجید (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بد ریختی بدنی و اختلالات روانشناختی در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۱(۲)، ۱۸۷-۱۷۹.

- image: "Comparing" boys and girls. *Body image*, 1(4), 351-361.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O., & Nevoen, L. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating behaviors*, 7(2), 161-175.
- Dyl, J., Kittler, J., Phillips, K. A., & Hunt, J. I. (2006). Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child psychiatry and human development*, 36(4), 369-382.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.
- Littleton, H. L., Axson, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229-241.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- McLaren, L., Hardy, R., & Kuh, D. (2003). Women's body satisfaction at midlife and lifetime body size: A prospective study. *Health Psychology*, 22(4), 370-377.
- Moss, T. P., & Harris, D. L. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study. *Psychology, health & medicine*, 14(5), 567-572.
- Niemeier, H. M. (2004). *Clinical implications of disordered eating attitudes and behaviors in college women*. Dissertation Abstracts International: Section B—The Sciences & Engineering, 65(2-B), 1035.
- Öberg, P., & Tornstam, L. (1999). Body images among men and women of different ages. *Ageing & Society*, 19(5), 629-644.
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197.
- Richetin, J., Osterini, D., & Conner, M. (2020). Predicting engaging in cosmetic surgery: A test of the role of doing and not doing cognitions. *Journal of Applied Social Psychology*, 50(1), 53-62.
- Sarwer, D. B., Cash, T. F., Magee, L., Williams, E. F., Thompson, J. K., Roehrig, M., & Anderson, D. A. (2005). Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plastic and reconstructive surgery*, 115(3), 931-938.
- Sarwer DB. Female college student and cosmetic surgery: disturbance: A programme for people with eating disorders. Routledge.
- Bennett, K., & Stevens, R. (1996). Weight anxiety in older women. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 4(1), 32-39.
- Biolcati, R., Ghigi, R., Mameli, C., & Passini, S. (2017). What can I do with my body? Boys and girls facing body dissatisfaction. *International Journal of adolescence and Youth*, 22(3), 283-295.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Davai, N. R., Kalantar-Hormozi, A., Ganji, K., & Abbaszadeh-Kasbi, A. (2018). The Impact of Cosmetic Surgery on Women's Marital Satisfaction and Self-Concept. *World journal of plastic surgery*, 7(3), 337.
- Dijkstra, P., Gibbons, F. X., & Buunk, A. P. (2010). Social comparison theory.
- Dijkstra, P., & Barelds, D. P. (2011). Examining a model of dispositional mindfulness, body comparison, and body satisfaction. *Body Image*, 8(4), 419-422.
- Ganem, P. A., de Heer, H., & Morera, O. F. (2009). Does body dissatisfaction predict mental health outcomes in a sample of predominantly Hispanic college students?. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 557-561.
- Gazize, S., & Gharadaghi, A. (2013). Comparing pathological symptoms of mental disorder, personality disorder of clusters B and C, and body image in cosmetic surgery applicants with those in non-applicants. *Asian journal of research in medical and pharmaceutical*, 3(4), 139-47.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychology*, 28(4), 211.
- Golshani, S., Mani, A., Toubaei, S., Farnia, V., Sepehry, A. A., & Alikhani, M. (2016). Personality and psychological aspects of cosmetic surgery. *Aesthetic plastic surgery*, 40(1), 38-47.
- Griffiths, C. (2015). What is acceptance and commitment therapy for body dissatisfaction?. *Journal of Aesthetic Nursing*, 4(1), 24-27.
- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2009). Body image concerns and contingent self-esteem in male and female college students. *Sex roles*, 60(3-4), 198-207.
- Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body



- an investigation of experiences. aptitudes and body image. *Plastic Reconstr Surg* 2005; 115(10): 931-5.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu. Rev. Psychol.*, 57, 285-315.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.
- Tiggemann, M., & Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 48-58.
- Tylka, T. L. (2004). The Relation Between Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology: An Analysis of Moderating Variables. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 178.
- Wilson, A. C., Wilhelm, S., & Hartmann, A. S. (2014). Experiential avoidance in body dysmorphic disorder. *Body image*, 11(4), 380-383.

