



فرح زادی، مریم؛ مداحی، محمدابراهیم؛ خلعتبری، جواد (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۲)، ۸۹-۶۹.
DOI: 10.22067/ijap.v7i2.65791

مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی

مریم فرح‌زادی^۱، محمدابراهیم مداحی^۲، جواد خلعتبری^۳
تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۸ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۶

چکیده

هدف: مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی بود.

روش: پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مراجعه‌کننده‌ی ۲۳-۳۸ ساله‌ی دارای نارضایتی از تصویر بدنی در سال ۹۵-۱۳۹۶ به مراکز سلامت شهرداری تهران بود. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اساس پهنه‌بندی شهرداری تهران پنج منطقه انتخاب و از هر منطقه چهارخانه سلامت به تصادف انتخاب شد، بدین طریق ۴۵۳ نفر از مجموع ۲۰ خانه‌ی سلامت حجم نمونه را تشکیل دادند، که با توجه به نمرات برش در پرسشنامه‌ها، ملاک‌های ورود و خروج، در نهایت تعداد ۴۵ زن انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت از پرسشنامه‌های خرده‌مقیاس حساسیت بین فردی (SCL-90R)، (Dragutes and others 1984)، روابط چندبعدی بدن-خود، (Cash, 1997) بود. گروه‌های آزمایشی ۱۲ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد الف) گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور مشابه سبب بهبود رضایت از تصویر بدن گردیدند ب) گروه‌درمانی شناختی-رفتاری به‌طور معناداری سبب کاهش حساسیت بین فردی در پس‌آزمون شد اما این تأثیر در پیگیری سه‌ماهه پایدار نماند. لذا این روش‌های مداخله در بهبود مشکلات روان‌شناختی این گروه از افراد مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، نارضایتی از تصویر بدنی، حساسیت بین فردی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، maryamfarahzadi.me@gmail.com
۲. استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران، (نویسنده‌ی مسئول)، memadahi@yahoo.com
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن

مقدمه

انسان موجودی زیبا دوست است و تمایل به زیبایی از دیرباز در سرشت او وجود داشته است. اینکه چه ظاهری زیبا است، تحت تأثیر دوره‌ی زمانی و معیارهای مختلفی نظیر معیارهای اجتماعی- فرهنگی، دوستان، خانواده، رسانه‌ها، باورها و نگرش‌های فرد می‌باشد. این عوامل بر تصویر بدنی فرد^۱ یعنی تصویر ذهنی فرد از اندازه، شکل بدن خود، نیز احساس فرد نسبت به تک‌تک و کل اعضای بدنش، و اینکه چگونه فرد ارزش، تائید، عدم تائید خود را ارزیابی می‌کند-تأثیر می‌گذارد (Cohen, Blaszczynski, 2015, Grogan, 2006, Huebscher, 2010).

اگرچه این معیارها بر هر دو جنس تأثیر می‌گذارد اما جذابیت ظاهری (فیزیکی) و رضایت بدنی در جامعه به‌عنوان عنصر مهم از مفهوم خودزنان شناخته شده است (Thornton, Ryckman, Gold, 2013). به‌طور مثال رسانه‌ها محصولات آرایشی بیشتری را برای زنان تبلیغ می‌کنند و در تبلیغات خود از زنانی که دارای ظاهر، شکل بدنی خاص و بی‌نقص می‌باشند، استفاده می‌کنند. همچنین در بین خانواده و دوستان مقایسه‌ی ظاهر، شکل بدنی زنان و دختران با این ایده آل‌ها به چشم می‌خورد. چنین پیام‌هایی به‌صورت غیرمستقیم زیبایی و جذابیت را به‌ظاهر و شکل بدنی خاص پیوند می‌زند و طبق نظر بروک، شفر و تامپسون (Burke, Schaefer, Thompson 2012) بر تصویر بدنی تأثیر می‌گذارند. زنان به‌مرور این پیام‌ها را درونی می‌کنند و آن‌ها را به‌عنوان ملاک‌هایی برای ارزیابی زیبایی و جذابیت بکار می‌برند. مسئله‌ی مهم زمانی اتفاق می‌افتد که معیارهای زیبایی درونی شده قابل دستیابی نباشند و به شکل‌گیری هدف غیرواقع‌بینانه برای زنان منجر گردند که سبب شرم و ناراضی از ظاهر و بدن می‌شوند (McLean, Paxton, Wertheim, 2013 & Kinnally, Van Vonderen, 2014). در ایران، به نظر می‌رسد وجود فرهنگ اسلامی، تأکید آن بر پوشیدن بدن و رعایت اصول دینی در نحوه‌ی حضور در اجتماع مخصوصاً برای زنان در مقایسه با فرهنگ غربی کاهش مشغولیت ذهنی با بدن و ظاهر را به همراه داشته باشد. اما سهولت دستیابی به اطلاعات و رسانه‌ها سبب می‌شود که جریان اطلاعات محدود به یک جامعه‌ی خاص نباشد و زنان ایرانی نیز با اطلاعات گسترده در مورد ایده آل‌های ظاهری مواجه شوند.

برخی از این زنان دچار ناراضی کلی از تصویر بدنی می‌شوند، اما ملاک تشخیصی برای اختلال خوردن یا اختلال تصویر بدنی را برآورده نمی‌کنند. همان‌طور که لی^۱، ۲۰۰۷ و والکر^۲، ۲۰۱۲ (نقل از

1. Lee

2. Walker

Stefano, Hudson, Whisenhunt, Buchanan, Latner, 2016) بیان می‌کنند این نوع نارضایتی کلی بدنی سبب رفتارهای معنادار بررسی بدنی، و افکار منفی نسبت به بدن می‌شود، و موجب پریشانی آن‌ها را فراهم می‌کند.

این گروه از زنان برای از بین بردن نارضایتی از تصویر بدنی^۱، و نزدیک کردن واقعیت بدنی به ایده آل‌های درونی شده از راهبردهای مختلفی نظیر رژیم‌ها، ورزش افراطی، وایت و هایول (White & Halliwell, 2010)؛ الگوهای رفتاری شبیه اختلال خوردن و لیپوساکشن، فردریک، کلی، لنتر، سندهو و تی سانگ (Frederick, Kelly, Latner, Sandhu, & Tsong, 2016)؛ آرایش، جراحی زیبایی، پرسون، هفتر و فولت (Pearson, Heffner, Follette, 2010) استفاده می‌کنند.

نمونه‌هایی از راهبردهای فوق در ایران به صورت روزافزون مشاهده می‌شود، بطوریکه آمار نشان می‌دهد، سالانه حدود ۲۵ تا ۳۰ هزار جراحی زیبایی در کشور انجام می‌شود. از نظر جراحی پلک و صورت ایران در رده چهارم و از نظر لیپوساکشن، سینه و شکم پس از آمریکا در رده دوم قرار دارد. همچنین طبق آمارهای اعلام شده، ایران از لحاظ واردات محصولات آرایشی دارای مقام هفتم جهان و در مصرف در میان کشورهای منطقه بعد از هند و پاکستان دارای مقام سوم است (Tahmasbi, Tahmasbi, Yaghmaie, 2015 & Kiani, mugouei, 2017).

استفاده از راهبردهای مطرح شده ممکن است در ابتدا احساس رضایت را ایجاد کند، اما در درازمدت اثر آن پایدار نمی‌باشد، زیرا این زنان از راهبردهای مطرح شده به امید دستیابی به موفقیت، پذیرش اجتماعی و احساس ارزشمندی و کاهش برخی مسائل روانشناختی مانند اضطراب در روابط بین فردی، افسردگی استفاده می‌کنند اما با وجود صرف وقت و هزینه‌ی گزاف موفق به دستیابی به اهداف فوق نمی‌شوند، لذا نسبت به خود نظر منفی بیشتری پیدا می‌کنند. از سوی دیگر استفاده‌ی مفرط از راهبردها نیز به نوبه‌ی خود مشکل‌زا می‌باشند، به طور مثال محدود کردن غذا، سبب می‌گردد پس از مدتی فرد به عدم بازداری و پرخوری مبتلا شود، همچنین رضایت حاصل از جراحی‌های زیبایی در درازمدت باقی نمی‌ماند (Cash & Smolak, 2011). یکی از مسائلی که زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی با آن مواجه هستند، حساسیت در روابط بین فردی^۲ است. این زنان نسبت به پیام‌های اجتماعی در مورد ظاهر بسیار حساس می‌باشند، لذا ممکن هر گونه اظهار نظر در مورد ظاهر را منفی برداشت کنند. کش و همکاران (۲۰۰۴) نقل از Calogero, Park, Rahemtulla, Williams, 2010) نشان دادند که نگرانی درباره‌ی تائید، پذیرش در تعاملات

1. Body Image Dissatisfaction

2. Interpersonal Sensitivity

اجتماعی، اختلال در سرمایه‌گذاری ظاهری و نگرانی تصویر بدنی موقعیتی را پیش‌بینی می‌کند، و زنانی که ترس از جذاب نبودن، نیز ترس از طرد بین فردی را به دلیل نارضایتی از تصویر بدنی تجربه می‌کنند به راهبردهای تغییر شکل بدنی دست می‌زنند به امید اینکه در روابط بین فردی از جذابیت ظاهری استفاده کنند و پذیرش بیشتری بگیرند.

رویکردهای مختلف به تبیین نارضایتی از تصویر بدن و درمان آن پرداختند. بر طبق نظریه‌های شناختی، توجه انتخابی با فرایند کسب اطلاعات تصویر بدن ترکیب می‌شود و به افزایش هیجانات منفی منجر می‌شود. لذا رفتارهای ناسالم باهدف تغییر شکل بدنی رخ می‌دهد. بر این اساس، درمان شناختی- رفتاری^۱ تصویر بدن به‌منظور کمک به افراد با نارضایتی بدنی ایجاد شده است، که می‌توان در این حیطه به پژوهش آشتون، دراپ، ویندور، هینبرگ (Ashton, Drerup, Windover, Heinberg, 2009)، گرینبرگ، مارکوتز، پترونکو، تایلر، ویلم و ویلسون (Greenberg, Markowitz, Petronko, Taylor, Wilhelm, Wilson, 2010) اشاره نمود.

از سوی دیگر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ عنوان می‌کند، افراد ممکن است برای اجتناب از هیجانات ناخوشایند و افکار آزارنده در حوزه‌های مختلف زندگی که قابل کنترل نمی‌باشند، سعی در کنترل بخشی از خود یعنی ظاهر بدنی کنند و از طریق رژیم، ورزش افراطی، جراحی و آرایش، اجتناب کردن از موقعیت‌های اجتماعی دست به اقدام زنند که سبب انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌گردد. لذا هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی است (Pearson, Follette, Haye, 2012 & Nourian, Aghaei, Ghorbani, 2015).

از محدود پژوهش‌هایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای بهبود رضایت بدنی در نمونه‌های بالینی بکار بردند می‌توان به پژوهش غلامحسینی، خدابخشی کولایی و تقوایی (Gholamhoseini, Manlinck, Cochran, koon, 2015)، خدابخشی کولایی، کاچران و کان (Khodabakhshi Koolae, Taghvae, 2015)، پیرسون و همکاران (Pearson & others, 2012) اشاره نمود. همان‌گونه که اشاره شد به دلیل مشکلات متعدد زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی و خلأ پژوهشی، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان مبتلا به نارضایتی از تصویر بدنی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی در چارچوب یک طرح پیش‌آزمون^۳ پس‌آزمون با دو گروه

2. Cognitive- Behavioral Therapy

3. Acceptance and Commitment Approach

آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری سه‌ماهه انجام شده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را زنان ۲۳-۳۸ ساله دارای نارضایتی از تصویر بدنی تشکیل می‌دادند که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به ۳۵۴ خانگی سلامت شهرداری در مناطق ۲۲ گانه‌ی تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی پژوهش حاضر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. جهت نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اساس پهنه‌بندی شهر تهران (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) از هر جهت جغرافیایی یک منطقه به تصادف انتخاب شد (۵، ۱۸، ۲۱، ۴، ۱۰) و از لیست هر منطقه ۴ خانه سلامت را به تصادف انتخاب و جمعاً ۲۰ خانه سلامت مشخص گردید. در مجموع ۴۵۳ نفر از ۲۰ خانه سلامت حجم نمونه را تشکیل دادند.

با توجه به توضیحات پرسشنامه که به صورت طیف نمرات بررسی می‌شوند، پژوهشگر به منظور دستیابی به نمره‌ی برش در مؤلفه‌های نارضایتی از تصویر بدنی، حساسیت بین فردی ۳۰ زن ۲۳-۳۸ ساله را به تصادف انتخاب کرد و پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. در پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی بدن-خود (میانگین ۱۶۵/۹۳ و انحراف استاندارد ۱۱/۹۸) برآورد شد. لذا نمره‌ی برش دو انحراف پایین‌تر از میانگین آن‌ها یعنی ۱۴۲ در نظر گرفته شد. در حساسیت بین فردی (میانگین ۲۲/۷۸ و انحراف استاندارد ۲/۴۰) برآورد شد که یک انحراف بالاتر از میانگین حساسیت بین فردی ۲۵ برآورد شد که به عنوان نمره‌ی برش در نظر گرفته شد.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط ۴۵۳ نفر، ۱۸ پرسشنامه به دلیل تکمیل نشدن و مخدوش بودن کنار گذاشته شد. سپس با مقایسه‌ی نمره‌ی افراد در پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی بدن-خود با نمره‌ی برش، تعداد ۱۰۸ نفر که نمره‌ی برش ۱۴۲ یا پایین‌تر از آن را گرفتند، شناسایی شدند. تعداد ۱۰ نفر از این افراد گزینه‌ی عدم تمایل به حضور در ادامه‌ی پژوهش را مشخص کرده بودند که کنار گذاشته شدند. سپس نمرات آن‌ها با نمره‌ی برش حساسیت بین فردی یعنی نمره‌ی برش ۲۵ بررسی شدند و از ۹۸ نفر ۶۱ نفر نمره‌ی برش لازم را در این مقیاس کسب کردند. از ۶۱ نفر باقی‌مانده ۲ نفر سن بالاتر از ۳۸ را در پرسشنامه قید کرده بودند که به دلیل یکی از ملاک‌های ورود یعنی طیف سنی بین ۲۳-۳۸ کنار گذاشته شدند و از ۵۹ نفر باقی‌مانده ۸ نفر به دلیل داشتن عمل جراحی، (ملاک‌های ورود و خروج) کنار گذاشته شدند و در نهایت از ۵۱ نفر ۴۵ نفر به تصادف انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. دو گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری (شرح آن در جداول ۱ و ۲ آورده شده است) قرار گرفتند و پس از جلسات، سه گروه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند و در

مرحله‌ی پیگیری پس از سه ماه از پایان جلسات پرسشنامه‌ها توسط افراد سه گروه تکمیل شدند. از میان اعضای گروه آزمایش (مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۴۷ درصد تحصیلات کارشناسی و ۱۳ درصد تحصیلات دانشجوی مقطع کارشناسی داشتند؛ همچنین در گروه آزمایشی (شناختی-رفتاری) از میان اعضا ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۵۳ درصد تحصیلات کارشناسی و ۷ درصد دانشجوی مقطع کارشناسی داشتند و گروه گواه ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم و ۶۰ درصد تحصیلات کارشناسی داشتند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۰/۶ سال و گروه شناختی-رفتاری ۳۰/۸ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه ۳۰/۶۷ سال بود.

ملاک‌های ورود افراد گروه نمونه:

- ۱) کسب نمره‌ی برش در پرسشنامه‌ها
 - ۲) نداشتن عمل زیبایی
 - ۳) طیف سنی ۲۳-۳۸ ساله
 - ۴) تحصیلات حداقل دیپلم
 - ۵) نداشتن بیماری، مشکلات و سوانحی که سبب تأثیر بر ظاهر جسمی فرد شده باشد.
- ملاک‌های خروج افراد گروه نمونه:

- ۱) غیبت بیش از ۲ جلسه موجب خارج شدن افراد از گروه‌های آزمایشی می‌شود.
- ۲) برآورده شدن ملاک‌های اختلال خوردن، بدشکلی بدنی
- ۳) وجود ضایعات و بیماری‌هایی که ظاهر فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

ابزارها

پرسشنامه چندبعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود^۱: در مطالعه حاضر، نسخه نهایی پرسشنامه چندبعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود که در سال ۱۹۹۷ توسط کش آماده شد، مورد استفاده قرار گرفت که مشتمل بر ۴۶ گویه و شش بعد روابط بدن-خود (شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب‌اندام، جهت‌گیری تناسب‌اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی) می‌باشد که به‌منظور

1. Multidimensional Body Self Relations Questionnaire
2. Appearance Evaluation, AE
3. Appearance Orientation, AO
4. Fitness Evaluation, FE
5. Fitness Orientation, FO
6. Subjective Weight, SW
7. Body Areas Satisfaction, BAS

ارزیابی نگرش افراد درباره ابعاد تصویر بدنی خود بکار می‌رود (Raghibi, Minakhany, 2012).
نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت ۵ مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالف = ۱، کاملاً موافق = ۵) است. لازم
به ذکر است که در سؤالات ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۳۲ نمره‌گذاری به صورت
معکوس صورت می‌گیرد. نمره کلی پرسشنامه در طیف ۴۶ و ۲۳۰ برآورد شده است.

مشخصه‌های روان‌سنجی پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید
قرار گرفته است. از جمله در مطالعه‌ای که توسط کش در سال ۱۹۹۴ انجام شده، همسانی درونی زیرمقیاس
ارزیابی وضع ظاهری، ۰/۸۸ و همسانی درونی زیرمقیاس رضایتمندی از نواحی، ۰/۷۷ بود. همچنین
زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری دارای اعتبار ۰/۸۱ و زیرمقیاس رضایتمندی بدنی دارای اعتبار ۰/۸۶ بود
(Wolff, Clark, 2001).

در ایران راحتی (Rahati, 2007) به بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه پرداخت. نتایج مربوط نشان داد
که بین تصویر بدنی با عزت نفس، در دختران، پسران و کل نمونه‌های دانشجویی، به ترتیب، همبستگی‌های
۰/۵۲، ۰/۵۸، ۰/۵۵ به دست آمد. در پژوهش راقبی و مینا خانی (Raghibi & Minakhany, 2012) آلفای
کرونباخ کل و خرده مقیاس‌های ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب‌اندام، جهت‌گیری
تناسب‌اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی به ترتیب، ۰/۸۴، ۰/۷۱، ۰/۷۸، ۰/۶۶، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۷۴
به دست آمد.

خرده مقیاس حساسیت بین فردی پرسشنامه‌ی SCL-90R: در پژوهش حاضر از خرده مقیاس نه گویه
ای (۶_۲۱_۳۴_۳۶_۳۷_۴۱_۶۱_۶۹_۷۳) حساسیت بین فردی پرسشنامه‌ی ۹۰ نشانه مرضی (SCL-90R)
استفاده گردید. فرم اولیه چک‌لیست علائم روانی (SCL-90) توسط لیمین و کوری (۱۹۷۳) برای نشان دادن
جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده است. دراگو تیس و همکاران (1984)
پرسشنامه مذکور را مورد تجدیدنظر قرار داده و فرم نهایی آن را بانام فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی
(SCL-90-R) تهیه نمودند (Ansi, Akbari, Majdian, Atashkar, Ghorbani, 2011).

آزمودنی‌ها در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرتی از صفر (هیچ) تا چهار (شدید) به گویه‌ها پاسخ
می‌دهند که طیف نمرات صفر تا ۳۶ هست (Najarian, Davoodi, 2001).

در مورد روایی و پایایی پرسشنامه می‌توان اشاره کرد در پژوهش دراگو تیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶)؛
نقل از (Ansi, Eskandari, Bahmanabadi, Noohi, Tavalayi, 2014) ضرایب پایایی سلامت روانی

کلی و در هر یک از ابعاد نه‌گانه این آزمون در حد مطلوب و رضایت‌بخش گزارش شده است. در پژوهش زرگر، صیاد و بساک نژاد (Zargar, Sayad, Bassak Nejad, 2012) ضریب پایایی آن ۰/۸۳ دست آمد. همچنین در پژوهش مدبریان، شجاعی تهرانی، فلاحی و فقیر پور (Modabernia, Shojaie Tehranie, Falahi, Faghripour, 2009) ضریب آلفا خرده مقیاس حساسیت بین فردی ۰/۷۶ محاسبه شد.

روش اجرا

آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) تحت درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش و شناختی-رفتاری قرار گرفتند که شرح آن به‌طور خلاصه در جداول ذیل آورده شده است:

جدول (۱) جلسات و محتوای گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش (Pearson&others, 2010)

جلسه اول	تسهیل‌کننده در مورد مقررات گروه شامل تعداد جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف توضیح داد، سپس از اعضا خواست خود را معرفی کنند. تسهیل‌گر در مورد تصویر بدنی توضیح داد.
جلسه دوم	تسهیل‌گر در مورد عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی (نظیر ژنتیک، خانواده، رسانه‌ها و...) توضیح داد. سپس در مورد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک از اصطلاح دو کوه توضیحاتی را ارائه کرد. سپس در مورد راهبردهای ناکارآمد اعضا در مقابله با تصویر بدنی منفی بحث شد. از اعضا خواسته شد به‌عنوان تکلیف راهبردهای ناکارآمد در مواجهه با تصویر بدنی نظیر اجتناب‌های اجتماعی، وسایل آرایشی و... را یادداشت کنند.
جلسه سوم	تسهیل‌گر از اعضا خواست تا هر یک راهبردهای ناکارآمد خود را در کلاس به اشتراک بگذارند. سپس از آن‌ها خواست تا از طرف ذهن به بدن نامه و سپس خود را جای بدن بگذارند و به ذهن نامه بنویسند. در تمرین دیگر خواسته شد بدون هیچ گفتگویی هر دو نفر به چشمان هم نگاه کنند و پس دو دقیقه شروع به نوشتن حدس‌های خود در مورد اینکه مخاطب چه فکری در موردشان داشته است، کردند و تجربیات خود را به اشتراک گذاشتند. تکلیف خانگی
جلسه چهارم	در مورد مفهوم گسلش شناختی توضیح داده شد، به اعضا توضیح داده شد که افکار در مورد ظاهر را به‌عنوان حقیقت مطلق فرض نموده‌اند. سپس از اعضا خواسته شد کلمه شیر را تکرار کنند تا متوجه شوند به یک صدای بی‌معنی تبدیل می‌شود. سپس از استعاره سربازان در حال رژه و تمرین با ذهن صحبت کن استفاده شد.
جلسه پنجم و ششم	از اعضا خواسته شد به‌منظور تمرین تمرکز بر تنفس در موقعیت آسوده قرار بگیرند و بر نحوه‌ی ورود و خروج تنفس متمرکز باشند. سپس تمرین ذهن آگاهی خوردن انجام شد که بدین منظور تکه‌ای شکلات به اعضا داده و از آن‌ها خواسته شد مطابق دستورات به لمس، جویدن و بلعیدن آن و احساسات حین این اعمال توجه کنند. در تمرین ذهن آگاهی از هیجان‌ات و تمرین نزدیک شدن به موقعیت دشوار از اعضا خواسته شد بر روی کار برگ‌ها

موقعیت‌های دشوار را یادداشت و به آن‌ها الویت دهند و سپس از موقعیت‌های کمتر استرس‌آور شروع به تمرین کنند. از اعضا خواسته شد تکلیف خانگی تمرین ذهن آگاهی با استفاده از آینه را انجام دهند یعنی به بدن نگاه کنند و سپس هیجان‌ات و افکار خود را یادداشت کنند.	
مرور تکلیف اعضا انجام شد، سپس در مورد خود مفهومی و خود زمینه‌ای توضیح داده شد، برای درک بهتر اعضا از استعاره خانه با مبلمان، داستان خیاط و لباس استفاده گردید. تمرین خانگی اعضا از آن‌ها خواسته شد دو خود مفهومی را شرح دهند، چگونه فکر می‌کنند، چه احساسی دارند، ظاهرشان چگونه است. سپس رفتارهایی را توصیف کنند که دقیقاً با انتظارات آن‌ها در مورد این خود مفهومی متضاد باشد.	جلسه هفتم و هشتم
تسهیل‌گر و اعضا به مرور تکلیف پرداختند، سپس توضیحاتی در مورد اهداف و ارزش‌ها، تفاوت آن‌ها ارائه گردید. سپس تسهیل‌گر تمرین زندگی بدون نگرانی از تصویر بدنی را انجام داد و از اعضا خواست ارزش‌های خود را یادداشت کنند و الویت بندی نمایند، سپس از اعضا خواست تا بر طبق اینکه چقدر به ارزش‌ها می‌پردازند نمره دهند. همچنین تمرین لکه نارنجی انجام شد از اعضا خواسته شد دست خود را طراحی و سپس لکه‌ای با مداد نارنجی بر آن قرار دهند و سپس با استفاده از این لکه طراحی کنند.	جلسه نهم و دهم
تسهیل‌گر با مشارکت اعضا هدف‌های رفتاری که در راستای رسیدن به ارزش‌ها می‌باشد توضیح و یادداشت کردند. سپس آموزش الگوریتم (شامل آمیختگی شناختی، ارزیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجارب، دلیل برای اجتناب کردن از رفتار) به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا این سرفصل‌ها را یادداشت کنند و به تمرین بپردازند. سپس جمع‌بندی جلسات، موارد آموزشی و اهداف مدنظر از تشکیل گروه مرور شد و در آخر پس از آزمون گرفته شد.	جلسه یازدهم و دوازدهم

جدول (۲) جلسات و محتوای گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (Cash, 1988)

تسهیل‌کننده در مورد مقررات گروه شامل تعداد جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف توضیح داد، سپس از اعضا خواست خود را معرفی کنند. تسهیل‌گر در مورد تصویر بدنی توضیح داد.	جلسه اول
تسهیل‌گر از اعضا خواست تا بر گه‌های راهنما تکمیل کنند تا بدین صورت نسبت به نقاط مثبت و ضعف تصویر بدنی خود آگاه شوند. سپس در مورد عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی (نظیر محیط، مقایسه‌های اجتماعی، ژنتیک، خانواده و...) توضیحات داده شد و در مورد نارضایتی از تصویر بدنی تاریخچه، آمارهای مکتوب ارائه گردید. از اعضا خواسته شد تا آن‌ها نیز نظرات و تجربیات خود را در مورد مطالب مطرح شده ارائه دهند.	جلسه دوم و سوم
تسهیل‌گر به آموزش (رویداد، باور و پیامد) پرداخت، از اعضا خواسته شد تا تجربیات خود را بیان کنند سپس در چهارچوب الگوی فوق تجربیات آن‌ها صورت‌بندی شد. تکلیف خانگی انجام (رویداد، باور و پیامد) در مورد تجربیات خارج از جلسه بود.	جلسه چهارم
مرور تکلیف هفته‌ی گذشته انجام شد. تمرین آرمیدگی یعنی اعضا در موقعیت راحت قرار گرفتند، سپس با توجه به موقعیت‌هایی که مراجع از آسان به دشوار ساخته است به انجام تمرین حساسیت‌زدایی منظم پرداخته شد، و بر افکار، هیجان‌ات ناشی از آن موقعیت‌ها تمرکز شد. پس از تمرین اعضا شروع به بحث در مورد این تجربه نمودند.	جلسه پنجم

تسهیل‌گر در مورد افکار خود آیند منفی و چرخه‌ی فکر، هیجان و رفتار توضیح داد سپس از اعضا خواست تا تجربه‌ای را که سبب شده بود نسبت به‌ظاهر خود هیجان منفی را تجربه کنند یادداشت نمایند، هر یک از اعضا تجربه خود را در کلاس به اشتراک گذاشته و با کمک تسهیل‌گر شناسایی فرض‌های مشکل‌آفرین صورت گرفت، سپس جایگزین کردن فکر منطقی با مشارکت خود فرد و کمک تسهیل‌گر انجام شد. تکلیف خانگی عبارت بود از انجام این فرایند برای تجربیات خارج از جلسه و مکتوب کردن آن .	جلسه ششم و هفتم
مرور تکلیف جلسه‌ی گذشته، تسهیل‌گر به توضیح انواع تحریف‌ها در مورد تصویر بدنی (نظیر خوارشماری، ذهن‌خوانی، اغراق، تفکر همه‌بایه‌یچ و...) پرداخت، سپس از هر یک از اعضا خواسته شد تا موقعیت خاصی را مدنظر قرار دهند و نوع خطاهای شناختی را با توجه به مثال‌ها و توضیحات تسهیل‌گر مشخص و در کلاس به اشتراک قرار دهند . آموزش مؤلفه‌های دیگر یعنی مجادله و اثرات مجادله با خطاهای شناختی توضیح داده شد. سپس تکلیف خانگی شامل انجام این فرایند بیرون از جلسه به اعضا داده شد.	جلسه هشتم
مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، سپس به بررسی اجتناب‌ها و آیین‌های دل‌مشغولی نظیر اجتناب از برخی موقعیت‌های اجتماعی پرداخته شد. تسهیل‌گر اعضا را با توجه به اینکه هر کدام از اعضا نحوه‌ی اجتناب‌های خود را کشف کرده‌اند تشویق کرد تا نردبان موفقیت برای مواجهه را ایجاد کنند. تسهیل‌گر بر اساس نردبان مواجهه، یادگیری مرحله هماهنگ کردن (یعنی آمادگی، عمل، مقابله، لذت) را آموزش داد.	جلسه نهم
اعضا به بیان نقاط و اظهارنظرهای مثبت به‌ظاهر پرداختند، سپس الویت بندی فعالیت‌های جسمانی بر اساس تسلط و لذت انجام شد. از آن‌ها خواسته شد طبق لیست به‌عنوان تکلیف در یکی از اولویت‌ها و موقعیت‌های اجتماعی قرار بگیرند.	جلسه دهم
مرور تکلیف، اعضا مجدد آزمون‌های مرتبط به تصویر بدنی را تکمیل کردند، سپس به بررسی موانع احتمالی پرداخته شد. راهبردهای جرئت ورزی در موقعیت‌های اجتماعی آموزش داده شد.	جلسه یازدهم و دوازدهم
تسهیل‌گر به جمع‌بندی جلسات پرداخت، پاسخ به سؤالات اعضا انجام شد و پس‌آزمون اجرا شد.	جلسه دوازدهم

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. ابتدا بررسی مؤلفه‌ی نارضایتی بدنی، سپس مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی از نظر توصیفی و استنباطی انجام گردید .

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد نارضایتی بدنی فردی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

مؤلفه‌ها	مراحل آزمون	پذیرش و تعهد		شناختی-رفتاری		گواه	
		SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین
ارزشیابی قیافه	پیش‌آزمون	۰/۳۶	۲/۷۲	۰/۳۴	۲/۹۱	۰/۴۳	۲/۷۳
	پس‌آزمون	۰/۲۷	۳/۰۷	۰/۳۸	۳/۱۳	۰/۳۴	۲/۹۵
	پیگیری	۰/۵۱	۳/۱۷	۰/۴۲	۳/۱۳	۰/۴۰	۲/۹۶
جهت‌گیری قیافه	پیش‌آزمون	۰/۳۳	۳/۰۲	۰/۲۸	۳/۲۷	۰/۳۲	۳/۱۹
	پس‌آزمون	۰/۲۴	۳/۱۸	۰/۳۵	۳/۱۱	۰/۳۶	۳/۰۲
	پیگیری	۰/۳۴	۳/۲۸	۰/۳۳	۳/۱۰	۰/۳۸	۲/۹۲
ارزشیابی تناسب‌اندام	پیش‌آزمون	۰/۴۳	۲/۷۶	۰/۵۴	۲/۷۶	۰/۴۱	۲/۷۶
	پس‌آزمون	۰/۵۵	۲/۹۶	۰/۴۶	۲/۹۸	۰/۵۹	۲/۸۲
	پیگیری	۰/۸۵	۲/۹۶	۰/۹۵	۳/۰۷	۰/۹۶	۲/۸۰
جهت‌گیری تناسب‌اندام	پیش‌آزمون	۰/۲۵	۲/۸۱	۰/۴۰	۲/۹۷	۰/۲۹	۲/۹۳
	پس‌آزمون	۰/۲۹	۳/۱۴	۰/۲۷	۲/۸۷	۰/۳۶	۲/۷۲
	پیگیری	۰/۳۹	۳/۱۳	۰/۳۲	۳/۱۲	۰/۵۳	۲/۹۱
وزن ذهنی	پیش‌آزمون	۰/۷۲	۳/۳۷	۰/۷۰	۲/۸۳	۰/۸۳	۳/۳۷
	پس‌آزمون	۰/۶۳	۳/۰۰	۰/۶۴	۳/۳۷	۰/۹۶	۲/۶۷
	پیگیری	۰/۹۴	۲/۷۳	۰/۹۳	۲/۸۷	۰/۹۳	۲/۹۰
رضایت بدنی	پیش‌آزمون	۰/۵۰	۲/۷۴	۰/۲۴	۲/۰۱	۰/۳۷	۲/۱۲
	پس‌آزمون	۰/۳۰	۳/۳۴	۰/۳۶	۳/۳۰	۰/۴۴	۲/۷۴
	پیگیری	۰/۳۲	۲/۷۹	۰/۲۹	۲/۹۸	۰/۵۲	۲/۴۷
رضایتمندی کلی از بدن	پیش‌آزمون	۰/۱۵	۲/۸۴	۰/۱۳	۲/۸۳	۰/۱۴	۲/۸۲
	پس‌آزمون	۰/۱۲	۳/۱۶	۰/۱۴	۳/۰۸	۰/۱۹	۲/۸۴
	پیگیری	۰/۱۶	۳/۰۸	۰/۱۶	۳/۰۸	۰/۲۱	۲/۸۳

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود میانگین مؤلفه‌های تصویر بدن و نمره‌ی کلی (رضایت از تصویر بدن) در دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است. در ادامه تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای متغیر نارضایتی از تصویر بدن در جدول ۴ آورده شده است:

جدول (۴) آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته مؤلفه‌های نارضایتی از تصویر بدن

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌دار	اندازه اثر	
ارزشیابی قیافه	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲	۱/۱۹	۷/۶۱	۰/۰۰	۰/۱۵۳	
		تعامل آزمون* گروه	۴	۰/۰۶	۰/۴۰	۰/۸۱	۰/۰۱۹	
		خطا	۸۴	۰/۱۶				
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۷۲	۲	۰/۳۶	۲/۵۶	۰/۰۹	۰/۱۰۹
		خطا	۵/۸۹	۴۲	۰/۱۴			
		آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۰/۱۰	۲	۰/۰۵	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۰۱۳
جهت‌گیری قیافه	درون گروهی	تعامل آزمون* گروه	۴	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۰۱	۰/۱۴۴	
		خطا	۸۴	۰/۰۹				
		گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۴۱	۲	۰/۲۰	۱/۴۴	۰/۲۵	۰/۰۶۴
	بین	خطا	۵/۹۴	۴۲	۰/۱۴			
		آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۰/۹۲	۱/۷۳۸	۰/۵۳	۱/۱۹	۰/۳۱	۰/۰۲۸
		تعامل آزمون* گروه	۰/۲۸	۳/۴۷۵	۰/۰۸	۰/۱۸	۰/۹۳	۰/۰۰۹
ارزشیابی تناسب اندام	درون گروهی	خطا	۳۲/۵۰	۷۲/۹۸۱	۰/۴۵			
		گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۴۷	۲	۰/۲۳	۰/۴۰	۰/۶۷	۰/۰۱۹
		خطا	۲۴/۲۷	۴۲	۰/۵۸			
	بین	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۰/۶۳	۲	۰/۳۱	۲/۷۵	۰/۰۷	۰/۰۶۱
		تعامل آزمون* گروه	۱/۳۰	۴	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۰۳	۰/۱۱۹
		خطا	۹/۶۱	۸۴	۰/۱۱			
درون گروهی	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۷۶	۲	۰/۳۸	۲/۵۷	۰/۰۹	۰/۱۰۹	
	خطا	۶/۱۹	۴۲	۰/۱۵				
	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲/۸۴	۲	۱/۴۲	۲/۱۵	۰/۱۲	۰/۰۴۶	
جهت‌گیری تناسب اندام	درون گروهی	تعامل آزمون* گروه	۴	۱/۶۷	۰/۳۲	۰/۰۳	۰/۱۱۹	
		خطا	۵۵/۶۴	۸۴	۰/۶۶			
		گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۰۷۸	۲	۰/۰۳۹	۰/۰۵۶	۰/۹۴۵	۰/۰۰۳
	بین	خطا	۲۸/۹۸۹	۴۲	۰/۶۹۰			
		آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۱۵/۷۴	۲	۷/۸۷	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۶۰۵
		تعامل آزمون* گروه	۳/۸۷	۴	۰/۹۷	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۲۷۳
رضایت بدنی	درون گروهی	خطا	۱۰/۳۰	۸۴	۰/۱۲			
		آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۱۵/۷۴	۲	۷/۸۷	۰/۰۰	۰/۰۰	

گروه (متغیرهای آزمایشی)	خطا	۶/۰۴	۲	۳/۰۲	*۱۵/۵۵	۰/۰۰	۰/۴۳۶	Z:	رضایتمندی کلی
آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	خطا	۱/۰۴	۲	۰/۵۲	*۹۱/۰۷	۰/۰۱	۰/۶۸	درون گروهی	رضایتمندی کلی
تعامل آزمون* گروه	خطا	۰/۴۴	۴	۰/۱۱	*۱۹/۱۴	۰/۰۱	۰/۴۸		
گروه (متغیرهای آزمایشی)	خطا	۱/۰۳	۲	۰/۵۱	*۸/۱۳	۰/۰۱	۰/۲۸	بین گروهی	رضایتمندی کلی
خطا	۲/۶۵	۴۲	۰/۰۶						

نتایج جدول فوق برای رضایتمندی کلی از تصویر بدنی درون گروهی و بین گروهی به ترتیب) $F=19/14$ و $F=8/13$ در سطح معناداری $(P<0/01)$ معنی دار است.

نتایج در خرده مقیاس‌ها نشان داد که تفاوت میانگین جهت‌گیری قیافه $(F=3/53, P<0/01)$ ، جهت‌گیری تناسب‌اندام $(F=2/83, P<0/05)$ ، وزن ذهنی $(F=2/52, P<0/05)$ ، رضایت بدنی $(F=7/89, P<0/01)$ در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنی دار است و همچنین در بخش بین گروهی، تفاوت میانگین رضایت بدنی $(F=15/55, P<0/01)$ در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیگیری معنی دار می‌باشد. با توجه به معنادار شدن F آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ی گروه‌درمانی‌ها با گروه کنترل استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۵ ذکر شده است:

جدول (۵) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین مؤلفه‌های نارضایتی بدنی و نمره‌ی کل برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری

سطح معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل		خطای استاندارد	میانگین		رویکردهای درمان	جهت‌گیری قیافه
			CBT	ACT					
۱	۰/۰۸	۰/۰۰	CBT	ACT	۰/۰۶	۳/۱۶	ACT	جهت‌گیری قیافه	
۰/۴۵	۰/۰۸	۰/۱۲	Ctrl	CBT	۰/۰۶	۳/۱۶	CBT		
۰/۴۵	۰/۰۸	۰/۱۲	Ctrl	CBT	۰/۰۶	۳/۰۴	Ctrl		
۱	۰/۰۶	۰/۰۶	پس آزمون	پیش آزمون با	۰/۰۵	۳/۱۶	پیش آزمون	مراحل	
۱	۰/۰۶	۰/۰۶	پیگیری	پیش آزمون با	۰/۰۵	۳/۱۰	پس آزمون		
۱	۰/۰۶	۰/۰۱	پیگیری	پیش آزمون با	۰/۰۵	۳/۱۰	پیگیری		
۱	۰/۰۸۱	۰/۰۴	CBT	ACT	۰/۰۵۷	۳/۰۳	ACT	رویکردهای درمان	
۰/۱	۰/۰۸۱	۰/۱۷	Ctrl	CBT	۰/۰۵۷	۲/۹۹	CBT		
۰/۳	۰/۰۸۱	۰/۱۴	Ctrl	CBT	۰/۰۵۷	۲/۸۵	Ctrl		
۱	۰/۰۶۷	-۰/۰۱	پس آزمون	پیش آزمون با	۰/۰۴۸	۲/۹۰	پیش آزمون	مراحل	
۰/۱	۰/۰۷۲	-۰/۱۵	پیگیری	پیش آزمون با	۰/۰۴۶	۲/۹۱	پس آزمون		

وزن ذهنی		رضایت بدنی		رضایتمندی کلی بدنی	
درمان		درمان		درمان	
روزکردهای	مراحل	روزکردهای	مراحل	روزکردهای	مراحل
پیگیری	۳/۰۵	۰/۰۶۳	پس آزمون با	پیگیری	۰/۲
ACT	۳/۰۳	۰/۱۲۴	ACT	۰/۱۷۵	۰/۱
CBT	۳/۰۲	۰/۱۲۴	Ctrl	۰/۱۷۵	۰/۰۶
Ctrl	۲/۹۸	۰/۱۲۴	Ctrl	۰/۱۷۵	۰/۰۴
پیش آزمون	۳/۱۹	۰/۱۱۲	پیش آزمون با	پس آزمون	۰/۱۸
پس آزمون	۳/۰۱	۰/۱۱۳	پیگیری	پیگیری	۰/۳۶
پیگیری	۲/۸۳	۰/۱۳۹	پس آزمون با	پیگیری	۰/۱۸
ACT	۲/۹۶	۰/۰۷	ACT	۰/۱۳	۰/۰۹
CBT	۲/۷۶	۰/۰۷	Ctrl	۰/۰۱	۰/۰۹
Ctrl	۲/۴۴	۰/۰۷	Ctrl	۰/۰۱	۰/۰۹
پیش آزمون	۲/۲۹	۰/۰۶	پیش آزمون با	پس آزمون	۰/۰۸
پس آزمون	۳/۱۳	۰/۰۶	پیگیری	پیگیری	۰/۰۷
پیگیری	۲/۷۵	۰/۰۶	پس آزمون با	پیگیری	۰/۰۷
ACT	۳/۰۳	۰/۰۳۷	ACT	۰/۰۵۳	۰/۰۳۰
CBT	۳/۰۰	۰/۰۳۷	Ctrl	۰/۰۱	۰/۰۵۳
Ctrl			Ctrl	۰/۰۱	۰/۰۵۳
پیش آزمون	۲/۸۳	۰/۰۲	پیش آزمون با	پس آزمون	۰/۰۱
پس آزمون	۳/۰۳	۰/۰۲	پیگیری	پیگیری	۰/۰۲
پیگیری	۲/۹۹	۰/۰۳	پس آزمون با	پیگیری	۰/۰۲

بر اساس نتایج جدول (۵) مقایسه جفتی میانگین‌ها برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری قابل بررسی است. نتایج نشان داد که در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش رضایتمندی کلی از تصویر بدن و رضایت بدنی داشته‌اند و این افزایش به‌طور مشابه در دو گروه پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه ($P < 0/01$) ایجاد شده است.

همچنین جهت بررسی مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی در سه گروه ابتدا شاخصه‌های توصیفی و سپس از واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد و نتایج شاخصه‌های توصیفی در جدول شماره ۶ گزارش شده است: *گروه‌های درمانی و مطالعات فرسنگی*

جدول (۶) شاخص توصیفی حساسیت بین فردی در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری برای گروه‌های مورد مطالعه

مراحل آزمون		پذیرش و تعهد		شناختی-رفتاری		گواه
میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین
پیش آزمون	۳/۰۵	۰/۲۹	۳/۰۷	۰/۲۶	۳/۰۵	۰/۳۲
پس آزمون	۲/۷۸	۰/۲۳	۲/۶۹	۰/۱۸	۲/۹۵	۰/۲۳
پیگیری	۲/۸۰	۰/۱۶	۲/۷۶	۰/۲۰	۲/۹۳	۰/۲۸

همان‌طور که در جدول (۶) ملاحظه می‌شود میانگین حساسیت بین فردی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر (۲/۷۸) و (۲/۶۹) است که در مقایسه با پیش‌آزمون آن‌ها (۳/۰۵) و (۳/۰۷) کاهش داشته است. در ادامه نتایج واریانس آمیخته برای مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول (۷) آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته حساسیت بین فردی

اندازه اثر	سطح معنی‌داری	F	میانگین مجدورات	Df	مجموع مجدورات	منابع تغییر
۰/۳۷	۰/۰۱	۲۴/۴۸**	۱/۱۰	۱/۶۱	۱/۷۷	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)
۰/۰۹	۰/۱۰	۲/۱۷	۰/۱۰	۳/۲۲	۰/۳۱	تعامل آزمون* گروه
			۰/۰۴	۶۷/۶۵	۳/۰۴	خطا
۰/۰۹	۰/۱۴	۲/۰۴	۰/۲۲	۲	۰/۴۳	گروه (متغیرهای آزمایشی)
			۰/۱۱	۴۲	۴/۴۵	خطا

نتایج به دست آمده از جدول (۷) در مورد متغیر حساسیت بین فردی نشان داد که در تکرار آزمون ($F=24/48, P<0/01$) تفاوت میانگین حساسیت بین فردی گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار است. با توجه به معنادار شدن F تکرار آزمون برای متغیر حساسیت بین فردی انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری است که در جدول ذیل گزارش شده است.

جدول (۸) نتایج آزمون بنفرونی حساسیت بین فردی در مراحل اندازه‌گیری

سطح معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه جفتی رویکردها- مراحل		خطای استاندارد	میانگین	
۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۲۴۵**	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۴۴	۳/۰۶	پیش آزمون
۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۲۳۰**	پیگیری	با	۰/۳۲	۲/۸۰	پس آزمون
۱	۰/۰۳	-۰/۰۲۴	پیگیری	پس آزمون	۰/۰۳۳	۲/۸۳	پیگیری
				با			

بر اساس نتایج جدول (۸) مقایسه جفتی میانگین کلی متغیر حساسیت بین فردی بر حسب مراحل اندازه‌گیری قابل بررسی است. مقایسه‌ها نشان داد که نمرات حساسیت بین فردی فقط در گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش یافت ($P<0/01$)، اما این کاهش در پیگیری سه‌ماهه حفظ نشد.

نتیجه

همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد هدف کلی از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر میزان نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان ۲۳-۳۸ ساله‌ی مبتلابه نارضایتی از تصویر بدنی شهر تهران بود. به‌طور کلی نتایج نشان داد که نمرات افراد در گروه‌های آزمایش در رضایتمندی کلی از تصویر بدنی و مؤلفه‌ی رضایت بدنی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشت. لازم به ذکر است که این افزایش در دو گروه مشابه اتفاق افتاد. این یافته‌ها با نتایج فوگلوئیست، پارلینگ، کجلین و گاستافسون (Fogelkvist, Parling, Kjellin, Gustafsson, 2016) پیرسون و همکاران (Pearson and others, 2012) مارکو، پرفینا و بوتلا (Marco, Perpina and Botella, 2013) مارگولیس و اورسیلو (Margolis & Orsillo, 2016) غلامحسینی و همکاران (Gholamhoseini and others, 2015) و برهانی (Borhani, 2014) همسو می‌باشد.

نارضایتی از تصویر بدنی یک سازه‌ی پیچیده از تصویر ذهنی درباره‌ی اندازه، شکل، ظاهر به بدن و احساسات نسبت به این ویژگی‌ها است. این سازه شامل سه مؤلفه‌ی ادراکی، ذهنی و رفتاری است (Sachdev, Mondraty, Wen, Gulliford, 2008). بر اساس دیدگاه شناختی^۰ رفتاری نگرش‌ها یا طرح‌واره‌های مرتبط به شکل، وزن، ظاهر بر فرایند اطلاعات درباره‌ی تصویر بدنی اثر می‌گذارد و به دلیل تعصباتی که در نگرش‌ها وجود دارد، موجب توجه انتخابی می‌گردد که در نهایت به نوبه‌ی خود در فرایند پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد. این فرایند فرضیه‌سازی را به وجود می‌آورد که منجر به افزایش هیجانات منفی درباره‌ی تصویر بدنی می‌شود و رفتارهای ناسالم باهدف کاهش هیجانات منفی صورت می‌گیرد مانند رفتارهایی نظیر واریسی بدن، جستجوهای اطمینان بخشی، آرایش، اجتناب از تعاملات اجتماعی و ... (Cash & Smolak, 2011). در نظر گرفتن این موارد در الگوی شناختی^۰ رفتاری کش می‌تواند سبب موفقیت و به دست آوردن بهبودی در تصویر بدنی آزمودنی‌ها به صورت کلی و نیز خرده مقیاس رضایت بدنی باشد. در این الگو، افراد بر روی ادراکات، افکار و احساسات خود در مورد تصویر بدنی متمرکز می‌شوند. لذا بنا بر آنچه گفته شد در تمرینات به شناسایی تحریفات شناختی به صورت مبسوط پرداخته شده است. خطاهای شناختی شامل اغراق در ویژگی‌های ظاهر بدنی، همه‌یاهیچ، فیلتر منفی و ذهن خوانی شناسایی شده است و از سوی دیگر با توجه به اینکه یکی از سازه‌های مهم دیگر رفتار است با استفاده از تکنیک‌های رفتاری نظیر مواجهه، حساسیت‌زدایی منظم به آن پرداخته شده است. آنچه در این الگو به آن پرداخته شده است تأکید بر امکان ایجاد و رضایتمندی از بدن است در واقع به آزمودنی آموخته می‌شود که چگونه فرصت‌هایی برای

لذت بردن از ظاهر ایجاد کند. بر این اساس فعالیت‌های فیزیکی مثبت و فعالیت‌هایی در مورد پرداختن به ظاهر که سبب ایجاد احساس مثبت نسبت به ظاهر می‌شود به او پیشنهاد می‌گردد. لذا این گروه‌درمانی با توجه به شناسایی خطاها، بازسازی شناختی، تمرینات رفتاری نظیر مواجهه و جلوگیری از پاسخگویی سبب اصلاح تحریفات شناختی شده است.

از سوی دیگر بر اساس دیدگاه مبتنی بر تعهد و پذیرش زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی به دلیل وجود مشکلات دیگر از جمله مشکلات در مهارت‌های ارتباطی و مشکلات زندگی که قادر به کنترل و اجتناب از آن‌ها نیستند، تأکید بیش از حد بر روی مسائل مربوط به تصویر بدنی که برخلاف مشکلات دیگر قابل کنترل می‌باشند، می‌کنند. این افراد با استفاده از راهبردهای مختلف کنترل مانند رفتارهای اجتنابی، تغییر در شکل و ظاهر بدنی باعث ایجاد رنج مضاعف می‌گردند. در واقع این راهبردها در درازمدت کمکی به آن‌ها نمی‌کند بلکه سبب گیر افتادن در چرخه‌ی تلاش برای تغییر ظاهر، جستجوی اطمینان و نارضایتی عمل می‌شود (Pearson & others, 2010).

لذا از طریق تمرینات آزمودنی‌ها درمی‌یابند که راهبردها نتیجه‌ی دلخواه را ایجاد نمی‌کنند. آن‌ها درمی‌یابند که تلاش برای کنترل تصویر بدنی به صورت مبارزه‌ی دائمی آن‌ها را درگیر کرده است. از طریق تمرینات مختلف در گسلش شناختی، دریافته‌اند که برداشت‌های آن‌ها در مورد ظاهر تنها افکار آن‌هاست و مبتنی بر واقعیت‌های موجود نمی‌باشد. همچنین با تمرینات می‌توانند مسائل مهم و باارزش خود را در زندگی شناسایی کنند و لذا انرژی و زمان خود را بجای صرف کردن بر روی مسائل ظاهری، معطوف به مسائل مهم زندگی کنند و به آن‌ها متعهد باشند.

در مورد مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که فقط گروه‌درمانی شناختی- رفتاری (الگوی کش) بر کاهش نمرات حساسیت بین فردی بعد از مداخله (پس‌آزمون) نسبت به قبل از مداخله (پیش‌آزمون) مؤثر بود. لازم به ذکر است اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در پیگیری سه‌ماهه نتیجه‌ی مداخله حفظ نشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش زرگر و همکاران (Zargar and others, 2012) که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در کاهش حساسیت بین فردی مؤثر یافتند، همسو بود اما با نتایج پژوهش‌های پالمیرا، کانه‌ها، پینتو گوتویا (Palmeira, Cunha., & Pinto-Gouveia, 2017) دابنمیر، کریستلر، هچت، مینگر، کورواتا، جاوری، اپل (Daubenmier., Kristeller., Hecht., Maninger.,) می‌باشد، پژوهشی که درمان‌ها را در درازمدت بررسی نماید، وجود نداشت. (Kurwata., Jhaveri., Epel, 2011) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را مؤثر دانستند ناهمسو

در تبیین یافته‌ها می‌توان اشاره کرد زنانی که از ظاهر خود رضایت ندارند به نظرات دیگران حساس‌تر می‌گردند و در تعاملات اجتماعی استرس را تحمل می‌کنند و تفسیرهای منفی بیشتری دارند. لذا در جستجوی راهبردهای مختلف (نظیر رژیم، جراحی، آرایش و پوشیدن لباس خاص) هستند تا با استفاده از این راهبردها تائید و رضایت دیگران را به دست آورند و استرس‌هایشان کاهش یابد (ko, Lee, 2015; Chow Tan, 2016).

در درمان شناختی- رفتاری اعضا در جلسات گروهی به نحوی توجه انتخابی خود به مشخصه‌های ظاهری در روابط بین فردی پی بردند، آن‌ها از طریق تمرینات، افکار خود آیند منفی یا خطاهای فکری نظیر ذهن‌خوانی‌های خود در روابط بین فردی را شناسایی کردند و دریافتند که چگونه خطاهای فکری بر توجه انتخابی آن‌ها به مؤلفه‌های ظاهری تأثیر گذاشته است و با تمرینات توانستند این خطاها را استخراج کنند و هیجانات مرتبط با خطاها را شناسایی کردند، هیجان‌هایی مانند احساس گناه، شرم، اضطراب و غم که سبب شده بود برای کاهش آن‌ها به صورت اغراق‌آمیزی به انجام راهبردهایی نظیر نوع لباس پوشیدن، آرایش، تمایل به جراحی و به تعویق انداختن مناسبات اجتماعی مثل رفتن به کلاس ورزشی تا زمانی که کاهش وزن صورت بگیرد، بیانجامد. در جلسات آرمیدگی و حساسیت‌زدایی منظم آموزش داده شد و با انجام این تمرینات در موقعیت واقعی تلاش برای کنترل اضطراب صورت گرفت. همچنین اعضای گروه شناختی- رفتاری پس از شناسایی خطاهای فکری و به چالش کشیدن آن‌ها، افکار سازگارانه تری را جایگزین نمودند و از طریق این تمرین تأثیر خود‌گویی‌های سازگارانه را بر هیجانات و رفتار گزارش دادند.

لذا استفاده از درمان تکلیف‌مدار نظیر شناختی- رفتاری که دو بعد شناختی (بازسازی شناختی، به چالش کشیدن خطاهای شناختی، جایگزین کردن صدای جدید) و رفتاری (حساسیت‌زدایی منظم، نردبان مواجهه موفقیت‌آمیز، ابراز خود و جرئت مندی) را هدف قرار می‌دهد نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که مبنای آن ورود فرد به روابط بین فردی با وجود افکار قضاوت‌گر و نگران‌کننده بود، مؤثرتر می‌باشد. اما در درازمدت به دلیل برخی از مسائل محیطی نظیر عدم تمرین اعضا، فراموشی، فشرده‌گی جلسات همچنین ضعف در مهارت‌های ارتباطی، مداخلات توانسته اثربخشی خود را حفظ کنند.

لذا لزوم بررسی روش‌های مطرح‌شده در این پژوهش با توجه به گستردگی تبلیغات رسانه‌ای، اینترنتی و ماهواره‌ها درباره‌ی ایده‌ال‌های ظاهری که در اکثر مواقع قابل دسترسی نمی‌باشد، بچشم می‌خورد. لذا روش‌های درمانی بکار برده شده در این پژوهش می‌تواند یاریگر ترمیم تصویر بدنی منفی آزمودنی‌ها، و سرمایه‌گذاری انرژی آن‌ها در مسائل باارزش زندگی شود، همان‌گونه که در پژوهش حاضر مشاهده شد که دسترسی به رضایت از تصویر بدنی و کاهش حساسیت بین فردی بدون تغییرات ظاهری و فیزیکی امکان‌پذیر است.

References

- Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. (2009). Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*; 5(2):257-62.
- ANSI, J., Eskandari, M., Bahmanabadi, s., Noohi, S., Tavalayi, A. (2014). Standardization of Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) of a military Unit. *Journal of military Psychology*, 17(5): 57-67. (In Persian)
- ANSI, J., Akbari, F., Majdian, M., Atashkar, M., Ghorbani, Z. (2011). Standardization of mental disorders Symptoms Checklist 90 Revised (SCL -90 -R) in Army Staffs. *Journal of Military Psychology*, 5(2): 29-37(In Persian).
- Burke, N. L., Schaefer, L. M., Thompson, J.K. (2012). *Body Image*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behaviour* (pp. 365-371). New York, NY: Academic Press.
- Borhani, S. (2014). *Effectiveness of Cognitive- Behavior Group Therapy” Cash” on improvement body image student with negative body image and depression*[dissertation]. Ferdowsi University. (In Persian)
- Cohen R, Blaszczynski A. (2015). Comparative effects of Facebook and conventional media on body image dissatisfaction. *Journal of eating disorders*; 3(1):23.
- Calogero RM, Park LE, Rahemtulla ZK, Williams KC. (2010). Predicting excessive body image concerns among British university students: The unique role of appearance-based rejection sensitivity. *Body Image*; 7(1):78-81.
- Chow, C.M., Tan, C. C. (2016). Weight status, negative body talk and body dissatisfaction: A dyadic analysis of male friends. *Journal of health Psychology*, 21(8): 1597-1606
- Cash TF, Smolak L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press.
- Cash, T. (1988). *The body image workbook: an 8-step program for learning to like your looks*. Raygan, Niloofar .Tehran: Danjeh publication
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., & Epel, E. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of obesity*, doi:10.1155/2011/651936
- Frederick DA, Kelly MC, Latner JD, Sandhu G, Tsong Y. (2016). Body image and face image in Asian American and white women: Examining associations with surveillance, construal of self, perfectionism, and sociocultural pressures. *Body image*; 16:113-25.
- Fogelkvist M, Parling T, Kjellin L, Gustafsson SA. (2016). A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of Eating Disorders*. 12; 4(1):29.
- Grogan S. (2006). Body image and health: Contemporary perspectives. *Journal of health psychology*; 11(4):523-30.
- Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolae A, Taghvae D. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity. *Community Health*; 2(2): 72-79 (In Persian)
- Greenberg JL, Markowitz S, Petronko MR, Taylor CE, Wilhelm S, Wilson GT. (2010). Cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder. *Cognitive*

- and Behavioral Practice; 17(3):248-58.
- Huebner BC. (2010). Relationship between Body Image and Self Esteem among Adolescent Girls. *The Journal of Social Psychology*; 146:15-30.
- Kinnally, W., Van Vonderen, K, E. (2014). Body Image and the Role of Television Clarifying and Modelling the Effect of Television on Body Dissatisfaction. *Journal of Creative Communications*; 9(3): 215° 233
- Ko, S. H., & Lee, C. S.(2015). Structural relationship between self-esteem, appearance management behavior, body image, interpersonal relationship and hope of adults workers. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(8), 783-789
- Kiani, M., Mugouei, F. (2017). Socio-economic factors influencing cosmetic products use by females under 20 years old in Yazdanshahr NajafAbad. *Dermatology and Cosmetic*; 4 (1): 1-9. (In Persian)
- Manlick CF, Cochran SV, Koon J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 43(2):115-22.
- Modabernia, M.J., Shojaie Tehranie, H., Falahi, M., Faghirpour, M. (2009). Normalizing SCL-90R Inventory in Guilan High- School Student. *Guilan University of Medical Sciences*, 79: 58-65. (In Persian).
- Marco JH, Perpina C, Botella C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. *Psychiatry Research*; 209(3):619-25.
- Margolis SE, Orsillo SM. (2016). Acceptance and Body Dissatisfaction: Examining the Efficacy of a Brief Acceptance Based Intervention for Body Dissatisfaction in College Women. *Behavioural and cognitive psychotherapy*; 44(4):482-92.
- McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. (2013). Mediators of the relationship between media literacy and body dissatisfaction in early adolescent girls: Implications for prevention. *Body Image*; 10(3):282-9.
- Nourian, L., Aghaei, A., Ghorbani, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Eating among Obese Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2(16): 15-23. (In Persian)
- Najarian, B., Davoodi, A. (2001). Validating of SCL-90R. *Psychology*, 5: 136-149. (In Persian)
- Rahati, A. (2007). *The effectiveness of Cognitive Behavioral Strategies on improvement of body image girls* [dissertation]. Tehran University. (In Persian)
- Raghibi, M., Minakhany, Gh.(2012). Body Management and its Relation with Body Image and Self Concept. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 12(4): 72-81. (In Persian)
- Pearson, A, Follette, V, Hayes SC. (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):181-97.
- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinta- gouveia, J. (2017). Processes of change in quality of life, weight self- stigma, body mass index and emotional eating after an acetance, mindfulness and compassion- based group intervention (Kg- Free) for women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 1359105316686668
- Pearson, A; Heffner, M& Follette, V. (2010). *Acceptance and Commitment therapy for body image dissatisfaction: Apractitioers guide to using mindfulness, acceptance*

- and values-based behavior change strategies*. New Harbinger Publications.
- Thornton B, Ryckman RM, Gold JA. (2013). Competitive orientations and women's acceptance of cosmetic surgery. *Psychology*, 4(01):67.
- Tahmasbi S, Tahmasbi Z, Yaghmaie F. (2015). Factors related to cosmetic surgery based on theory of reasoned action in shahrekord students. *Journal of Holist Nursing and Midwifery*; 24 (4):53-61. (In Persian)
- Sachdev P, Mondraty N, Wen W, Gulliford K. (2008). Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: an fMRI study. *Neuropsychologia*; 46(8):2161-8
- Stefano, E. C., Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., Buchanan, E. M., & Latner, J. D. (2016). Examination of body checking, body image dissatisfaction, and negative affect using Ecological momentary assessment. *Eating behaviors*, 22, 51-54
- Zargar, Y., Sayad, S., Bassak Nejad. (2012). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing body dysmorphic disorder and interpersonal sensitivity among female high school students. *Medical sciences*, 5(9): 341-349(In Persian)
- White J, Halliwell E. (2010). Examination of a sociocultural model of excessive exercise among male and female adolescents. *Body Image*. 7(3):227-33.
- Wolff, GE& Clark, MM. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive behavioral group therapy for binge eating disorder: A clinical study. *Eating Behaviors*. 2(2):97-1

