Family Pathology, Counseling & Enrichment
آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده
2018. Vol. 4, N. 1 (7), 63-76
۱۳۹۷، ۴، ۱ (پیاپی ۷): ۷۶-۶۳

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری هشت مرحله‌ای بر تن پنداره و تعهد زناشویی

Effectiveness of cognitive-behavioral eight-stage therapy on the body image and martial commitment

منیره پور فراهانی *
فاطمه زمانی نیا **
زهره آرین مقدم ***
حمیدرضا آقا محمدیان شعرباف ****

Monireh Pour Farahani
Fatemeh Zamani nia
Zohre Ariyan Moghadam
Hamidreza Aghamohammadian Sherbaf

چکیده

رضایت از تن پنداره از ارج بالایی برخوردار است، به‌طوری‌که دگرگونی در آن می‌تواند تأثیر فراوانی در شخصیت و سلامت روانی، تنی و ارتباطی داشته باشد. پژوهش حاضر باهدف اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری هشت مرحله‌ای کَش بر بهبود تن پنداره و تعهد زناشویی انجام‌شده است. پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه موردپژوهش همه زنان متأهل مراجعه‌کننده به کلینیک دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ بودند. از میان داوطلبین ۱۶ نفر به‌عنوان آزمودنی انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۸ نفری گواه آزمایش قرار گرفتند پیش از اجرای گروه‌درمانی ابزار پژوهش (پیش‌آزمون) که دربرگیرنده پرسشنامه چندبعدی خود- بدن و تعهد زناشویی آدامز و جونز بود از سوی آزمودنی‌ها تکمیل گردید. در جلسه پایانی پس از به پایان رساندن ۱۰ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای دوباره ابزار پژوهش (پس‌آزمون) توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش آماری کوواریانس استفاده گردید. برآیندهای به‌دست‌آمده نشان داد که گروه آزمایش پیش از مداخله برای تن پندارۀ و تعهد زناشویی به ترتیب با میانگین ۱۱۳/۲۵، ۱۱۹/۸۷ و انحراف معیار ۱۶/۴۳، ۱۲/۷۶ و پس از دریافت گروه‌درمانی شناختی ـ رفتاری کش میانگین ۱۴۲، ۱۶۱ و انحراف معیار ۵/۷۵، ۱۱/۸۵ را نشان دادند و بهبود معنی‌داری در تن پندارۀ و تعهد زناشویی در سنجش با گروه گواه نشان دادند($P<0/05$). گروه‌درمانی شناختی_رفتاری کش تأثیر معنی‌داری در بهبود تن پنداره و بهبود تن پنداره تأثیر معنی‌داری در افزایش تعهد زناشویی دارد. همچنین برآیندها حاکی از این بود که بهبود تن پندارۀ تأثیر معنی‌داری در بهبود تعهد زناشویی دارد.

کلیدواژه‌ها: *تن پنداره، تعهد زناشویی، گروه‌درمانی شناختی رفتاری کش*

Abstract

Satisfaction with body image is of great importance so that change in it can have a great impact on personality and mental, physical and communication health. The purpose of this study was to investigate The Effectiveness Cognitive-Behavioral Group Therapy, eight – stage Cash approach on improving the body image and commitment marital. The present study was a semi-experimental study that was conducted pre and post-test. Statistic population included all women who Clinic faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad in the 96-97 school year. Of the 16 candidates selected as subjects and controls were tested in two groups of 8 people. At first, pre-test was carried out in bath group and then post-test out in both group and then post- test out in both group was thought in ten ninety-minute session for 5 weeks. The data were analyzed by SPSS-20 software and use the covariate. Results showed that Cash Cognitive-Behavioral Group Therapy was significant affective on improving the body image women in experimental group. Also result showed that improving body image was significant affective on improving commitment marital. Cash Cognitive-Behavioral Therapy was significant affective on body image and commitment marital.

Keywords: *body image, commitment marital, Cash cognitive-behavioral therapy*

*نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، گروه روانشناسی دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران farahani4900@gmail.com
** کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور ساری، ساری، ایران
*** کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
**** استاد روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

مقدمه

امروزه آدمی در معرض مشکلات روانی و اجتماعی بسیاری قرارگرفته است. مشکلاتی که ذهن او را به خود مشغول داشته و او را در پیشرفت امور اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و غیره بازمی‌دارد. انسان به‌عنوان یک موجود اجتماعی پیش از حضور در جمع وارسی‌هایی را در وضعیت ظاهری خود انجام می‌دهد تا ازنظر اجتماعی موردقبول واقع شود. افرادی که در تن پندارهٔ منفی دارند در مواردی مانند حضور در جمع مشغولیت ذهنی زیادی در مورد ویژگی‌های بدنی‌شان دارند (ربیعی، ۱۳۹۰: ۷۶). درونی سازی تن پندارهٔ علل مختلف زیستی، محیطی و روان‌شناختی دارد (خیاطا، ریزک، حسن، غزل–اسود و اسد[1]، ۲۰۰۳: ۱۸۵). تن پندارهٔ به معنای ادراک فرد از اندازه و تناسب بدنش است که با تفکر و احساس و دیدگاه سایرین نسبت به بدنش همراه می‌شود (گرگان[2]، ۲۰۱۶: ۳۵). به بیانی دیگر تن پندارهٔ عقاید و احساسات آگاهانه و ناآگاهانه در مورد اندازه بدن، جنس، عملکرد و توانایی بدن جهت رسیدن به اهدافی است که ساختاری چندبعدی دارد، ولی غالباً به‌صورت درجه‌ای از ظاهر فیزیکی (اندازه، شکل و ظاهر عمومی) تعریف می‌گردد (جونز[3]، ۲۰۰۱: ۶۵۵) که شامل اجزا قضاوتی، احساساتی، شناختی و رفتاری است (کراندول[4]، ۲۰۱۰: ۶). این تصویر از زمان تولد شکل‌گرفته و هم‌زمان با رشد فرد کامل شده و در طی مراحل زندگی فرد تغییر می‌کند (کش[5]، ۲۰۱۵: ۳).

رضایت از تن پنداره از اهمیت ویژه‌ای برخورداراست (جونز، ۲۰۰۱: ۶۵۶؛ فیشر[6]، ۲۰۱۴: ۳۲)، به‌طوری‌که تغییر در آن می‌تواند تأثیر زیادی در شخصیت و سلامت روانی و تنی بگذارد (لی‌وایز و دوارج[7]، ۲۰۱۰: ۱۰۱). ظاهر فیزیکی قسمت مهمی از تن پندارهٔ بشمار می‌رود، زیرا اولین منبع اطلاعاتی است که دیگران برای تعاملات اجتماعی با فرد از آن استفاده می‌کنند؛ بنابراین چنین عاملی نقشِ اساسی در تعیین باورها و رفتارهای مرتبط با بدن فرد بازی می‌کند. تن پندارهٔ، بازنمایی درونیِ ظاهر بیرونی فرد است که با ابعاد تنی و ادراک، نگرش ما نسبت به آن را در برمی‌گیرد (دانیالی، آزاد بخت و مصطفوی، ۲۰۱۳) نارضایتی کلی بدنی سبب رفتارهای معنی‌دار بررسی بدنی و افکار منفی نسبت به بدن می‌شود (استفانو، هدسن، هیسنهانت، باچنان و لتنر[8]، ۲۰۱۶: ۵۳)

زنان و مردان هر دو بر تن پندارهٔ تأکیددارند، اما زنان بیشتر از مردان در معرض تن پندارهٔ منفی قرار دارند (ترنتن، ریکمن و گلد[9]، ۲۰۱۳: ۶۷). تحقیقات نشان می‌دهد، زنانی که از تن پندارهٔ خود رضایت کمتری داشتند، نسبت به صمیمیت و نزدیکی در روابط زناشویی، از خود ترس و هراس نشان می‌دادند (کش، ۲۰۰۴: ۲۵). تن پندارهٔ بهتر و مثبت‌تر رضایت جنسی و رضایت زناشویی را به همراه می‌آورد بر این اساس زنانی که تن پندارهٔ بهتری دارند، احساس می‌کنند که همسرشان به پذیرش آن‌ها همچنان ادامه می‌دهند (ملتزر و مک نولتی، ۲۰۱۰)؛ بنابراین زوجینی که تصویر مثبت‌تری از بدن خود دارند به‌تبع آن رضایت جنسی و زندگی زناشویی باکیفیت‌تری را تجربه می‌کنند و بلعکس تصور بدنی منفی

1. Khayata, Rizk, Hasan, Ghazal-Aswad & Asaad
2. Grogan
3. Jones
4. Crandol
5. Cash
6. Fisher
7. Lewis & Devaraj
8. Stefano, Hudson, Whisenhunt, Buchanan & Latner
9. Thornton, Ryckman & Gold

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

و ضعیف از خود می‌تواند کاهش در رضایت جنسی و به دنبال آن تحلیل تعهد در زوجین به همراه بیاورد (کورنلیوس و آلسی[1]، ۲۰۰۷: ۶۰۱۰).

زندگی زناشویی از بنیادهای تقریباً جهان‌شمول بشری است و هیچ بنیادی این‌چنین صمیمانه افراد بشر را تحت تأثیر قرار نداده است. تاکنون عمده بحث‌هایی که در برای ازدواج سالم وجود داشته است، باور بر این است که در واحدهای زناشویی قوی عناصر زیر موجود است: صمیمیت، تعهد، ارتباط عاطفی، مهارت‌های حل تعارض و معنویت (شروود[2]، ۲۰۰۸: ۵۸؛ فیشر، ۲۰۱۴: ۳۳) فهمیده شده است. تعهد زناشویی میان همسران یک پیش‌بینی کننده مهم برای ازدواج‌های رضایت‌بخش و پایدار است. تعهد مادام‌العمر به ازدواج، وفاداری نسبت به همسر، ارزش‌های اخلاقی قوی، احترام نسبت به همسر خویش به‌عنوان بهترین دوست و تعهد نسبت به وفاداری جنسی از ویژگی‌های ازدواج رضایت‌بخش با عمری بیش از ۲۰ سال است (پیرساقی، زهراکار، کیانوش، محسن زاده و حسنی، ۱۳۹۶: ۱)

در روابط زناشویی، تن پندارهٔ از خود اگر به‌صورت منفی تلقی شود، منجر به فاصله روانی میان زوجین می‌شود. چراکه زوجینی که تصویر منفی در مورد بدن خود دارند، احتمالاً بیشتر تردید دارند که همسرشان به رابطه با آن‌ها ادامه می‌دهد یا خیر؟ (ملتزر و مک نولتی[3]، ۲۰۱۰: ۱۵۶).

از میان پیامدهای نامطلوب تن پندارهٔ منفی، عملکرد جنسی ضعیف است که به کاهش رضایت جنسی می‌انجامد رضایت جنسی دارای مؤلفه‌هایی است که از میان آن‌ها می‌توان به تعهد زناشویی اشاره کرد. مطالعات نشان داده است که میان رضایت زناشویی و تعهد زناشویی همبستگی مثبتی وجود دارد (امیری و امیریان، ۱۳۹۶) امروزه رضایت جنسی به‌عنوان شاخصی مناسب برای ثبات ازدواج مشخص گردیده است. از سوی دیگر سطح پایین تعهد زناشویی منجر به نارضایتی زناشویی و سرانجام طلاق می گردد (لوکاس-تامپسون و کلارک-استوارت[4]، ۲۰۰۷).

آمارها نشان می‌دهند که رضایت از تن پنداره و حمایت زناشویی می‌تواند ۳۰ درصد از رضایت جنسی در زنان (سونگ و لیم[5]، ۲۰۰۹) و تن پنداره به‌تنهایی ۶ درصد رضایت زناشویی در مردان و ۱۹ در صد از رضایت زناشویی در زنان را به همراه بیاورد (ملتزر و مک نالتی، ۲۰۱۰) تن پنداره مثبت نقش مهمی در افزایش اعتمادبه‌نفس و ارتباطات زناشویی قوی‌تر بازی می کند (سارور، ودن، پرتسچاک و ویتکر[6]، ۱۹۹۸).

رویکرد شناختی-رفتاری بر این فرض مبتنی است که افکار و باورهای غلط زمینه‌ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکل‌ساز هستند. تأکید عمده در تمامی فنون آن‌ها، بر تغییر شناخت‌های سازش نایافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به‌جای آن‌هاست (کش، ۲۰۱۲).

تصورات و باورهای ناکارآمد زوجین درباره ویژگی‌های ظاهری خود بیانگر خطاهای شناختی آن‌هاست که دلیلی برای کناره‌گیری و فاصله زوجین از یکدیگر محسوب می‌شود (احمدی و باقری، ۲۰۱۴) چرخه شناختی هنگامی شروع

1. Cornelius & Alessi
2. Sherwood
3. Meltzer, A. L., & McNulty
4. Lucas-Thompson & Clarke-Stewart
5. Sung & Lim
6. Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

می‌گردد که یک بازنمایی خارجی، از ظاهر شخص (مثل نگاه در آینه) یک تصویر تحریف‌شده را در ذهن ایجاد می‌کند (ویلی[1]، ۲۰۰۴)

درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگویی ۸ مرحله کَش در سال ۲۰۰۲ توسط توماس کش به‌منظور تغییر تن پندارهٔ منفی طراحی‌شده است (کش و پروزیسکی[2]، ۱۹۹۰) و با توجه به اینکه منحصراً بر روی تن پندارهٔ متمرکز است و در مقایسه با سایر درمان‌های سنتی در این زمینه از عملکرد بهتری برخوردار است شاید بتوان گفت الگویی منحصربه‌فرد در تن پندارهٔ می‌باشد (کش، ۲۰۱۲).

این الگوی درمانی یکی از درمان‌های دارای حمایت تجربی برای نارضایتی از تن پنداره محسوب می‌شود که دقیق‌ترین و مشمول‌ترین برنامه مطالعه شده فنون شناختی-رفتاری به‌منظور تغییر تن پندارهٔ منفی را دربر می‌گیرد. مداخلات درمانی متمرکز بر بهبود چهار حوزه اصلی تن پنداره که اعم از: ادراک‌ها، شناخت‌ها، نگرش‌ها، عواطف و رفتارها را شامل می‌شود (کش و پروزیسکی، ۲۰۰۴). پژوهش‌های بسیاری اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در بهبود تن پندارهٔ منفی نشان داده‌اند (رسن، اوروسن، ریتر[3]، ۱۹۹۵؛ کش، ۲۰۱۲)

مطالعه‌ای نشان داد درمان شناختی - رفتاری، مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش، بر بهبود تصویر بدنی دختران مؤثر است (رایگان، شعیری و اصغری مقدم، ۱۳۸۵). حشمتی، خداپرست کازرونی و کروغی پور (۱۳۹۶) نشان دادند که تن پندارهٔ با رضایت زناشویی همبستگی بالایی دارند.

اگرچه تحقیقات زیادی رضایتمندی زناشویی و رابطه ابعاد آن با زندگی انسان (پیرساقی، زهراکار، محسن زاده و حسنی، ۱۳۹۶) را نشان می‌دهند اما متغیر تعهد زناشویی و تن پنداره موضوع مهم و قابل‌بحثی است که همچنان توجه به آن لازم و ضروری به نظر می‌رسد. همچنین کمبود پژوهش‌های داخلی در رابطه با تن پنداره و تعهد زناشویی اهمیت این موضوع را دوچندان کرده است. لذا توجه به اولویت مهم بهداشت روانی در زوج‌ها انگیزه‌ای برای انجام تحقیق به‌منظور پاسخگویی به این سؤال است که:

آیا با بالا بردن رضایت از تن پنداره به‌وسیله گروه‌درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی هشت مرحله‌ای کش و تعهد زناشویی زنان متأهل رابطه‌ای وجود دارد و آیا با بهبود تن پنداره می‌توان تعهد زناشویی را بالا برد؟

روش پژوهش

جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان متأهل در مشهد می‌باشد. اعضای نمونه شامل زنان متأهلی است که با مراجعه به کلینیک دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی در پرسشنامه روابط چندبعدی خود-بدن کش[4] ۱۹۹۰ نمره پایینی را گزارش کرده بودند؛ از میان داوطلبین ۲۰ نفر به‌عنوان آزمودنی انتخاب و در دو گروه ۱۰ نفری کنترل و آزمایش گمارده شدند.

1. Veale
2. Pruzinsky
3. Rosen, Orosan & Reiter
4. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

ابزار

گرداوری داده‌ها در پژوهش حاضر از طریق پرسشنامه روابط خود-بدن صورت می گیرد. پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی خود-بدن یک آزمون ۴۶ سؤالی است که برای سنجش روابط چندبعدی خود و بدن ساخته‌شده است. دارای شش خرده مقیاس ارزیابی وضع ظاهری (۷ سؤال)، گرایش به‌ظاهر (۱۲ سؤال)، ارزیابی تناسب (۳ سؤال)، دل‌مشغولی با اضافه‌وزن یا وزن ذهنی (۲ سؤال) و رضایت از نواحی بدنی (۹ سؤال) می‌باشد. نمره‌گذاری برحسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) می‌باشد که دامنه نمرات میان ۴۶- ۷۰ است. نمره بیشتر در این آزمون بیانگر رضایت بیشتر از بدن محسوب می‌شود. در مطالعه‌ای که کش ۱۹۹۴ انجام داده است، روایی خرده مقیاس وضع ظاهری ۸۸٪، خرده مقیاس رضایت از نواحی بدنی ۷۷٪ و پایایی در خرده مقیاس ارزیابی وضع ظاهری ۸۱٪، خرده مقیاس رضایت از نواحی بدنی ۸۶٪ بود. راحتی[1] به بررسی پایایی و روایی در نمونه ایرانی پرداخته است (مکین، اسکندری، بورجعلی و قدسی، ۱۳۸۹). آلفای کرونباخ در آزمودنی‌های مؤنث به ترتیب ۸۵٪، ۶۰٪، ۷۶٪، ۴۶٪، ۷۹٪، ۸۰٪ و ۸۱٪ و در آزمودنی‌های مذکر به ترتیب برابر ۸۸٪، ۶۷٪، ۷۹٪، ۵۷٪، ۸۳٪، ۸۳٪، ۸۴٪ بوده است (جندا[2]، ۱۹۹۶).

پرسشنامه تعهد زناشویی مقیاس دیگری است که از آن بهره گرفته شد. پرسشنامه تعهد زناشویی[3] شامل ۴۴ سؤال که توسط آدامز و جونز (۱۹۹۷) طراحی‌شده است و سه خرده آزمون تحت عنوان تعهد به همسر، تعهد به ازدواج و احساس تعهد (تعهد اجباری) دارد. نمره‌گذاری پرسشنامه تعهد زناشویی آدامز و جونز بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای انجام می گیرد؛ که امتیاز هر یک به ترتیب ذیل است: کاملاً مخالف= ۱، مخالف= ۲، نه مخالف نه موافق= ۳، موافق= ۴، کاملاً موافق= ۵. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده تعهد زناشویی بالاتر می‌باشد، دامنه نمرات میان ۴۴-۶۰ است. میزان روایی آن با استفاده از شیوه آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۸۵٪ و ضریب پایایی ۸۶٪ و میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های تعهد به همسر، تعهد به ازدواج و تعهد اجباری به ترتیب ۷۹٪، ۸۲٪ و ۸۴٪ به‌دست‌آمده است. این پرسشنامه توسط شاه سیاه، بهرامی و محبی در سال ۱۳۸۸ در ایران هنجاریابی شد.

شیوه اجرای پژوهش

آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل با پرسشنامه روابط خود- بدن و آزمون تعهد زناشویی موردبررسی قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی هشت مرحله‌ای کش برای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰-۱۲۰ دقیقه‌ای انجام شد. این در حالی است که گروه گواه تحت هیچ‌گونه رویکرد درمانی قرار نگرفتند. پس از اتمام آخرین جلسه‌ی اجرای برنامه‌ی مداخله آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و پس از جمع‌آوری داده‌ها، به‌منظور تحلیل آن‌ها، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و برای تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌های پژوهش، از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس استفاده گردید به‌علاوه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. افزون بر روش‌های آمار توصیفی، جهت استنباط

1. Rahati
2. Janda
3. DCI

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. در پایان پژوهشگر به جهت رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش، علاوه بر قدردانی از همکاری گروه گواه، جلسات درمان شناختی رفتاری هشت مرحله‌ای کش را برای افراد داوطلب برگزار نمود. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعین تکمیل گردید و پژوهشگر به مراجعین اطمینان داد که نتایج پرسشنامه و همه مطالب ارائه‌شده در جلسات آموزشی محرمانه خواهد بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این پژوهش عبارت‌اند از: جنسیت، وضعیت تأهل و کسب نمره پایین (آزمون نقطه برش ندارد) در پرسشنامه روابط چندبعدی خود- بدن[1] (عدم رضایت از تن پندارهٔ). ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها در این پژوهش عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه، عدم پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و شرکت در سایر جلسات آموزشی به‌طور هم‌زمان.

مداخله

جدول ۱ محتوای جلسات رفتاری-شناختی هشت مرحله‌ای کش، جلسات درمانی منطبق بر پروتکل است (کش، ۱۹۹۷؛ ترجمه رایگان، ۱۳۹۰):

فرایند درمان	اهداف	محتوا
گام اول	آشنایی با قوانین گروه شناخت تن پنداره کسب خودآگاهی صحیح	معرفی و بیان قواعد بنیادین جلسات مشاوره شامل حضور منظم در ساعات مقرر، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری، ارائه پرسشنامه رضایت از نواحی بدن، آرزوی مطلوب، وضعیت‌های پرشان کننده، افکار تن پندارهٔ و روابط چندبعدی خود- بدن
گام دوم	اشاره به فشارهای فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی برای داشتن ظاهری مناسب	شناخت شکایت‌های افراد از قسمت‌های مختلف بدنشان، ارزیابی بازتاب‌های فرهنگی و اجتماعی و نیز تاریخچه‌ی زندگی فرد در شکل‌گیری این تلقی از بدن
گام سوم	به‌کارگیری دانش برای تغییر	موزش به افراد برای درک مشخص از تن پندارهٔ خود آموزش رویکرد الیس درباره (فعال‌کننده‌ها، باورها و پیامدها)
گام چهارم	ایجاد واکنش‌های رضایت‌بخش از میان بردن پریشانی	آموزش آرام‌سازی ذهن و بدن، آموزش حساسیت‌زدایی منظم،
گام پنجم	ایجاد تردیدهای منطقی، درک تأثیر افکار بر خلق و رفتار	آموزش تأثیر گفتگوی خصوصی بدنی بر خلق، آموزش ده گمانه بنیادی منفی
گام ششم	اصلاح گفتگوی خصوصی بدنی	کشف و چالش تحریف‌های شناختی مربوط به تن پندارهٔ، به‌عنوان رویدادهای فعال‌سازی که منجر به عواطف منفی تن پندارهٔ می‌گردند
گام هفتم	غلبه بر رفتارهای خودشکن خود	آموزش برای تغییر الگوهای رفتاری دردسرآفرین خاص
گام هشتم	روبرو شدن با نقص‌های احتمالی بدن، داشتن اوقات خوش با بدن، بهبود رابطه با بدن خود به‌عنوان شریک	تلاش‌های هشیارانه برای اعاده حقوق بدن خویش، تقویت تن پندارهٔ خود باتجربه و مهارت، بهبود سلامت و تناسب، حواس پنج‌گانه و ظاهر با استفاده از آرایش متعادل
گام نهم	لمس پیشرفت و بهبود در تن پندارهٔ، تلاش برای تثبیت تغییرات	برگزاری آزمون برگزارشده ابتدایی، تعیین مجدد نیازهای خود و تنظیم دوباره خود
گام دهم	شناخت ویژگی‌های مثبت، حفاظت از تن پندارهٔ مثبت خود برای زندگی	بحث در مورد تغییرات انجام‌شده، رضایت افراد گروه

1. MBSRQ

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

یافته‌ها

بررسی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد، وضعیت سنی آزمودنی به تفکیک، گروه آزمایش ۱۴ تا ۲۸ سال ۶ نفر و ۲۹ تا ۳۴ سال ۲ نفر و درمجموع ۸ نفر قرار دارند. همچنین از میان ۸ آزمودنی گروه گواه نیز ۴ نفر در گروه ۱۹ تا ۲۳ سال، ۱ نفر در گروه ۲۴ تا ۲۸ سال و ۳ نفر در گروه ۲۹ تا ۳۴ سال می‌باشند. از میان ۸ آزمودنی گروه آزمایش که در این پژوهش شرکت داشتند؛ از جهت وضعیت اشتغال ۱ نفر خانه‌دار و ۷ نفر دانشجو می‌باشند همچنین همه آزمودنی‌های گروه گواه نیز دانشجو می‌باشند. ازنظر تحصیلی گروه آزمایش ۷ نفر دانشجوی کارشناسی و ۱ نفر آن‌ها دانشجو کارشناسی ارشد بود. تمامی آزمودنی‌های گروه گواه دانشجو کارشناسی بودند.

نتایج حاصل از آمار توصیفی این پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آمده است($p<0/05$).

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تن پندارهٔ	آزمایش	۱۱۳/۲۵	۱۶/۴۳	۱۴۲	۵/۷۵
	کنترل	۱۰۶/۱۲	۱۱/۸۲	۱۱۰	۱۱/۶۳
تعهد زناشویی	آزمایش	۱۱۹/۸۷	۱۲/۷۶	۱۶۱	۱۱/۸۵
	کنترل	۱۳۲/۷۵	۱۳/۱۵	۱۳۵/۷۵	۱۰/۲۰

به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش میانگین‌های نمرات اختلافی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل از طریق تجزیه‌وتحلیل کوواریانس تک متغیره موردبررسی قرار گرفت. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس (انکوا) مفروضه‌های برابر یک واریانس و همگنی شیب‌ها (رگرسیون) موردبررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه برابری کوواریانس مقدار F به‌دست‌آمده معنی‌دار نیست؛ بنابراین تساوی واریانس‌ها برقرار است و اجرای کوواریانس امکان‌پذیر است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات تن پندارهٔ

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۰/۵۵	۱	۰/۵۵	۰/۰۰۶	۰/۹۳	۰/۰۰
میان گروه‌ها	۳۸۰۱/۶۷	۱	۳۸۰۱/۶۷	۴۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶
درون گروه‌ها	۱۱۷۶/۴۴	۱۳	۹۰/۷۲			
کل	۲۵۹۲۹۲	۱۶				

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

همان‌طوری که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود (Eta=۰/۷۶، p=۰/۰۰۱، $F_{(۱/۱۳)}$= ۴۱/۹۰) نشان می‌دهد میان دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر میان نمرات تن پنداره گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۷۶ حاکی از این است که ۷۶٪ از بهبود تن پندارهٔ گروه آزمایش را می‌توان به تأثیر درمان شناختی رفتاری هشت مرحله‌ای کش نسبت داد؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر گروه‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هشت مرحله‌ای کش تأثیر معنی‌داری در بهبود تن پندارهٔ زنان متأهل گروه آزمایش نسبت به گروه گواه دارد، تائید می‌گردد.

جدول ٤ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات تعهد زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۰۲۹/۸۹	۱	۱۰۲۹/۸۹	۱۹/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰
میان گروه‌ها	۳۵۵۸/۳۸	۱	۳۵۵۸/۳۸	۶۷/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳
درون گروه‌ها	۶۸۳/۶۰	۱۳	۵۲/۵۸			
کل	۳۵۶۵۰۶	۱۶				

همان‌طوری که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود (Eta=۰/۶۰، p<۰/۰۰۱، F=۱۹/۵۸) نشان می‌دهد که اثر نمرات پیش‌آزمون معنی‌دار می‌باشد. بدین معنا که میان نمرات پیش‌آزمون تعهد زناشویی و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون تعهد زناشویی معنی‌دار می‌باشد (Eta=۰/۸۳، p<۰/۰۰۱، F=۶۷/۵۸). به‌عبارت‌دیگر، میان آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تعهد زناشویی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۸۳ حاکی از این است که ۸۳٪ از افزایش تعهد زناشویی گروه آزمایش را می‌توان به بهبود تن پندارهٔ نسبت داد؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر بهبود تن پندارهٔ در زنان متأهل گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری در افزایش تعهد زناشویی آن‌ها نسبت به گروه گواه دارد، تائید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هشت مرحله‌ای کش تأثیر معنی‌داری در بهبود تن پندارهٔ زنان متأهل گروه آزمایش نسبت به گروه گواه دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کش (۱۹۹۷)؛ کش (۲۰۱۲)؛ اسکوکواتز و برونل[1] (۲۰۰۴) در مورد آزمودنی‌های غیر ایرانی تائید شده است.

1. Schwartz & Brownell

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

نتایج به‌دست‌آمده با پژوهش‌های عابدی پریجا، صادقی، شلانی و صادقی (۱۳۹۶)؛ صداقت سروندانی، مشهدی و حسن‌آبادی (۱۳۹۶)؛ بیات، رحیمیان بوگر، طالع پسند، یوسفی چایجان و حمیدی (۱۳۹۶)؛ احمدی و باقری (۲۰۱۴)؛ رایگان، شعیری و اصغری مقدم (۱۳۸۵) نیز هم‌خوانی دارد.

برای تبیین این یافته می‌توان گفت، با در نظر گرفتن این امر که تن پندارهٔ متشکل از نگرش‌ها و افکار فرد در مورد خودش و مخصوصاً با ظاهر فیزیکی مرتبط است می‌توان از الگوی هشت مرحله‌ای کش که این موارد را در نظر گرفته است موجب بهبود در تن پندارهٔ آزمودنی‌ها شده باشد (کش، ۲۰۰۴). در این الگو به افراد کمک می‌کند تا با شناخت افکار ناکارآمد و باورهای غلط به درک صحیح‌تری از بدن خود برسند (دوبسن و دوبسن[1]، ۲۰۱۸: ۵۵). افراد ویژگی‌های بدن خود را در مداخله گروهی بهتر می‌شناختند و در مورد ویژگی‌های بدنی خود با افراد دیگر گروه صحبت می‌کردند و از بزرگنمایی ایجادشده در ذهن خود می‌کاستند. در گروه افراد با فشارهایی که جامعه برای داشتن ظاهر جذاب و اینکه باورها و افکار آنان چقدر تحت تأثیر این باورهاست آشنا می‌شدند. افراد تأثیر این افکار بر خلقشان را متوجه می‌شدند و با تغییر الگوی رفتاری خود سعی در بهبود تن پندارهٔ خودکرده و سعی در ایجاد تصویر بهتری از بدن می‌کردند.

آنچه در این الگو بر آن تأکید می‌شود تأکید بر رضایتمندی از بدن است و درواقع به آزمودنی آموخته می‌شود که چگونه می‌تواند فرصت‌هایی برای لذت بردن از ظاهرش ایجاد کند برای این کار، فعالیت‌های فیزیکی مثبت و فعالیت‌هایی در مورد پرداختن به‌ظاهر که سبب ایجاد احساس مثبت از ظاهر و بدن می‌شود به او پیشنهاد می‌شود

اکثر افرادی که سطوح پایین رضایت از تن پنداره را تجربه می‌کنند در طی روز ساعات زیادی صرف ارزیابی اندام و چهره خود در آیینه می‌کنند و مشغولت ذهنی در این رابطه می‌شود. افراد با دیدن اندامی که از آن‌ها خوششان نمی‌آید ریشه افکار را در خود تقویت کنند به همین دلیل در درمان این افراد پرهیز از ارزیابی بیش از معمول خود در آیینه توصیه می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، بهبود تن پندارهٔ در زنان متأهل گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری در افزایش تعهد زناشویی آن‌ها نسبت به گروه گواه دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کش (۲۰۰۴)؛ سلیمی، صفر بیگی، صدیقی و شاه سیاه (۱۳۹۳)؛ بیات، رحیمیان بوگر، طالع پسند، یوسفی چایجان و حمیدی (۱۳۹۶)؛ حشمتی، خداپرست کازرونی و کروغی پور (۱۳۹۶)؛ کریمیان، کریمی و بهمنی (۱۳۹۰) و زارعی و حسینقلی (۲۰۱۴) همسو است.

نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های گذشته در این زمینه بیانگر این مهم است که رضایت از تن پنداره عامل تعیین‌کننده مهمی در میزان تعهد زناشویی در زوجین می‌باشد. به‌طوری‌که هرچقدر این تصویر ذهنی در

1. Dobson & Dobso

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

مورد بدن مثبت‌تر باشد می‌تواند تأثیر مثبت‌تری در روابط میان زوجین بگذارد و نهایتاً به سازگاری و رضایت زناشویی بیشتر در زوجین بیانجامد. افراد دارای تن پندارهٔ منفی دائماً در حال ارزیابی بدن و ویژگی‌های بدنی خود می‌باشند و نشخوار فکری منفی در مورد ظاهر خود می‌کنند که این نشخوار سبب کاهش اعتمادبه‌نفس می‌شود (فیلیپس[1]، ۲۰۰۹: ۹۲) و ممکن است فرد را از حضور در مکان‌هایی که ممکن است ظاهر یا اندامش در معرض دید قرار بگیرد منع کند. این احساس خجالت در روابط جنسی زن و شوهر خود را نشان می‌دهد و هرکدام از زوجین به خاطر این نقص نمی‌تواند خواسته جنسی طرف مقابل را به نحوی مطلوب جوابگو باشد که درنتیجه این عدم برآوری انتظارات جنسی از سوی هر یک از زوجین ممکن است نارضایتی جنسی را به وجود آورد.

از مهم‌ترین اختلالاتی که با تن پندارهٔ منفی و اختلال بدشکلی بدنی همراه است افسردگی و اضطراب است (فیلیپس، ۲۰۰۹) و طبیعتاً افراد که دچار افسردگی و اضطراب نیستند بالاخره نه به شکل اختلال ولی نگرانی‌هایی را در مورد بدن خود دارند که این می‌تواند در زندگی زناشویی آنان وارد شود و می‌تواند این موضوع را تبیین کند که زنان دارای تن پندارهٔ منفی نمی‌توانند ارتباط خوبی با همسرانشان برقرار کنند و درنتیجه رضایت زناشویی آن‌ها کم می‌باشد و تعهد زناشویی آنان تحت تأثیر تن پندارهشان قرار می‌گیرد.

در این پژوهش هیچ‌یک از آزمودنی‌ها اقدام به رابطه نامشروع نکرده بودند و تنها احساس تعهد در آن‌ها در ابتدای درمان نسبت به انتهای درمان کمتر بود. محقق عدم تعهد کافی در آزمودنی‌ها را به مورد تائید قرار گرفتن آزمودنی‌ها توسط همسرانشان و درنتیجه خدشه‌دار کردن تن پندارهٔ آن‌ها می‌داند. اکثر همسران آزمودنی‌ها افرادی انتقادگر بودند که خود انتقاد ممکن است افراد در جستجوی رابطه بهتر با افراد دیگر غیر از همسرانشان که افرادی انتقادگر نباشند بی اندازد.

محدودیت‌ها

در تحقیق حاضر تعداد کم‌حجم نمونه و انجام تحقیق روی زنان ازجمله محدودیت‌های تحقیق می‌توان نام برد.

پیشنهادها

تحقیق با نمونه بیشتری انجام گیرد. بر مشاوره پیش از ازدواج تأکید بیشتری صورت گیرد. پژوهشی با حضور زوج مرد انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

از همه زنان متأهل شرکت‌کننده در تحقیق که درروند اجرای تحقیق کمال همکاری را مبذول داشتند، صمیمانه سپاس گذارم.

1. Philips

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

منابع

امیری، حسن و امیریان، کامران. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین مؤلفه‌های عشق و سبک‌های دل‌بستگی با رضایت زناشویی. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۱(۴)، ۱۵-۲۰.

بیات، عصمت؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ طالع پسند، سیاوش؛ یوسفی چایجان، پارسا و حمیدی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی-رفتاری خانواده‌مدار بر اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان. مجله دانشگاه پزشکی مازندران،۲۶(۱۳۷)،۱۱۵-۱۲۷.

پیرساقی، فهیمه؛ زهراکار، کیانوش؛ کیامنش، علیرضا؛ محسن زاده، فرشاد و حسنی، جعفر. (۱۳۹۶). شاخص های ارتباط زناشویی کارآمد: یک مطالعه‌ی کیفی. *مشاوره کاربردی*، ۷(۱)، ۱-۲۶.

حشمتی، رسول؛ خداپرست کازرونی، سارا و کروغی پور، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی نقش پیش‌بین تصویر بدنی و شاخص توده بدن، بهوشیاری زمینه‌ای و ناگویی خلقی در رضایت‌مندی زناشویی زنان شاغل. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۴(۴)، ۴۳-۶۸.

رایگان، نیلوفر؛ شعیری، محمدرضا و اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر تصویر بدنی منفی دختران دانشجو. *دانشور رفتار-روانشناسی: بالینی و شخصیت*، ۱(۱۹)، ۱۱-۲۲.

ربیعی، مهدی، بهرامی، فاطمه و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۰). اختلال بدشکلی بدن اثر مهدی ربیعی فاطمه بهرامی - مهرداد کلانتری. ماهیت، سبب‌شناسی و درمان، تهران: کتاب ارجمند، ارجمند: نسل فردا.

سلیمی، سمانه، صفر بیگی، شهناز، صدیقی، اکرم و شاه سیاه، مرضیه. (۲۰۱۴). بررسی تأثیر آموزش زوج‌درمانی شناختی رفتاری اسلام محور بر تعهد زناشویی زنان. *تحقیقات نظام سلامت*، ۱۰(۳)، ۵۲۵-۵۳۷.

شاه سیاه، مرضیه؛ بهرامی، دکتر فاطمه و محبی، سیامک. (۱۳۸۸). بررسی رابطه رضایت جنسی و تعهد زناشویی زوجین شهرستان شهرضا مجله: اصول بهداشت روانی، ۴۳، ۲۳۳-۲۳۸.

صداقت سروندانی، *فاطمه*؛ مشهدی، *علی* و حسن‌آبادی، *حسین*. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری افراد دارای نشانگان اختلال بدریخت انگاری بدن: پژوهش مورد منفرد. In *دومین کنگره سراسری روانشناسی ایران*

عابدی پریجا، حسین؛ صادقی، سعید، شلانی، بیتا و صادقی، الهه. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش هراس اجتماعی و بهبود تصویر بدنی منفی در نوجوانان پسر. دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، ۲۴(۱۲۸)، ۱۴-۲۱.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

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)، ۶۹-۸۹

کریمیان، نادر؛ کریمی، یوسف و بهمنی، بهمن. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ابعاد سلامت روان و احساس گناه با تعهد زناشویی افراد متأهل. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۲)، ۲۴۳-۲۵۶.

کش، توماس. (۱۹۹۷). راهنمای تن‌انگاره: (روان‌شناسی تصویر بدن). (ترجمه نیلوفر رایگان). تهران: دانژه.

References

Cash, T. F. (1997). *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. New Harbinger Publications, Inc.

Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 334-342).

Cash, T. F. (2015). Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). In *Encyclopedia of feeding and eating disorders* (pp. 1-4). Springer Singapore.

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. Guilford Press.

Cash, T. F., Theriault, J., & Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. *Journal of social and clinical psychology*, *23*(1), 89-103.

Cornelius, T. L., & Alessi, G. (2007). Behavioral and physiological components of communication training: Does the topic affect outcome?. *Journal of Marriage and Family*, *69*(3), 608-620.

Crandol, D. E. (2010). The Relationship between Body Image and Free Time Physical Activity in Children 5-8 Years Old.

Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford Publications.

Fisher, S. (2014). *Development and Structure of the Body Image: Volume 2*. Psychology Press.

Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge.

Janda, L. H. (1996). *The Psychologist's Book of Self-tests: 25 Love, Sex, Intelligence, Career, and Personality Tests Developed by Professionals to Reveal the Real You*. Penguin.

Jones, D. C. (2001). Social comparison and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys. *Sex roles*, *45*(9-10), 645-664.

Khayata, G. M., Rizk, D. E. E., Hasan, M. Y., Ghazal-Aswad, S., & Asaad, M. A. N. (2003). Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *80*(2), 183-188.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

Lewis, V., & Devaraj, S. (2010). Body image and women's mental health: An evaluation of a group intervention program. *Pakistan Journal of Psychological Research*, *25*(2), 99-115.

Lucas-Thompson, R., & Clarke-Stewart, K. A. (2007). Forecasting friendship: How marital quality, maternal mood, and attachment security are linked to children's peer relationships. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *28*(5), 499-514.

Meltzer, A. L., & McNulty, J. K. (2010). Body image and marital satisfaction: Evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. *Journal of Family Psychology*, *24*(2), 156.

Philips, K. (2009). Understanding body dysmorphic disorder.

Rosen, J. C., Orosan, P., & Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior therapy*, *26*(1), 25-42.

Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *101*(6), 1644-1649.

Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, *1*(1), 43-56.

Sherwood, E. M. (2008). *Marital strength in Canadian military couples: A grounded theory approach* (Doctoral dissertation, University of Calgary).

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.

Sung, M. H., & Lim, Y. M. (2009). Factors affecting sexual satisfaction in Korean women who have undergone a hysterectomy. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, *27*(2), 46.

Thornton, B., Ryckman, R. M., & Gold, J. A. (2013). Competitive orientations and women's acceptance of cosmetic surgery. *Psychology*, *4*(01), 67.

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body image*, *1*(1), 113-125.

References in Persian

Ahmadi, M. & Bagheri, M. (2014). Mediating role of cognitive distortions in the relationship of adolescents' body image with social anxiety. *International Journal of Behavioral Sciences*, *7*(4), 321-329. [Persian]

Daniali, S., Azadbakht, L., & Mostafavi, F. (2013). Relationship between body satisfaction with self esteemand unhealthy body weight management. *Journal of education and health promotion, 2*. [Persian]

KARIMIAN, N., KARIMI, Y., & BAHMANI, B. (2011). THE RELATIONSHIP OF MENTAL HEALTH DIMENSIONS AND GUILT FEELING WITH MARITAL COMMITMENT IN MARRIED PEOPLE. [Persian]

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]

MacKean, S. S., Eskandari, H., Borjali, A., & Ghodsi, D. (2010). The comparison between efficacy of narrative therapy and diet therapy on body image in women with overweight and obesity. *Pajoohandeh Journal*, *15*(5), 225-232. [Persian]

Zarei, S., & Hosseingholi, F. (2014). The Prediction of Marital Commitment based on Self-Conscious Affects (Shame and Guilt) and Self-Differentiation among Married University Students. *Family Counseling and Psychotherapy*, *4*(1), 113-135. [Persian]

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.3.3]