

## دو فصلنامه پژوهشنامه روانشناسی عدالت

سال اول، شماره دوم، پاییز و زمستان ۱۳۹۵

### مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد عادی

فاطمه مختاری<sup>۱</sup>؛ حمیدرضا حاتمی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۱

#### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه بهزیستی روان‌شناختی متقاضیان مراجعه کننده به جراحی زیبایی با افراد غیر متقاضی در کلانشهر تهران بود و در بازه زمانی اردیبهشت و خرداد ماه ۱۳۹۵ صورت پذیرفت. روش انجام پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علمی - مقایسه‌ای بود، جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی در بازه زمانی اردیبهشت و خرداد ماه ۱۳۹۵ بود، نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر افراد مراجعه به کلینیک‌ها، ۱۰۰ نفر افراد عادی) بودند که به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد، برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد هم‌چنین در تحلیل داده‌ها از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصیتی متقاضیان مراجعه کننده به جراحی زیبایی با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). بهزیستی روان‌شناختی متاثر از عوامل شخصیتی و از طرفی مؤلفه‌ای مهم در سلامت روان افراد می‌باشد و با توجه به نتایج به‌دست آمده در این پژوهش می‌توان گفت متقاضیان جراحی زیبایی به‌طور کلی بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند.

**کلید واژه‌ها:** جراحی زیبایی، بهزیستی روان‌شناختی، متقاضی جراحی، مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه عدالت (نویسنده‌ی مسئول) fatemeh.mokhtari1@yahoo.com

۲. دانشیار دانشگاه جامع امام حسین (ع)

### مقدمه

جراحی زیبایی اغلب با توصیفات منفی از ظاهر بدنی ارتباط دارد نه توصیفات مثبت از آن. پژوهش‌ها نشان داد که عوامل مؤثر در گرایش به جراحی زیبایی شامل نارضایتی از ظاهر، کسب ظاهر آرمانی و ایده‌آل، جنسیت، شریک عشقی، درآمد و تصویر مناسب بدنی می‌باشد، براساس نظریه‌ی شناختی‌رفتاری، میزان درجه‌ی ارزیابی افراد از ظاهر خود بستگی به طرح‌واره‌هایشان در رابطه با ظاهر دارد (پارک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹، به نقل از یوسفی، ۱۳۸۹). هر شخص یک تصویر ذهنی از بدن خویش دارد که اصلی‌ترین عنصر سازنده شخصیت اوست، تصویر بدنی دربرگیرنده رفتار، احساس و ارزش‌های فرد نسبت به خود است و چگونه به حساب آوردن قیافه و کلیه احساسات داخلی هر کس تصویر بدنی او را تشکیل می‌دهد. به‌طور کلی، تصویر بدنی مجموعه‌ای از تصویر وضعیت بدنی و نقش بسته و درک شده آن در مغز و دیگر ادراک‌ها، گرایش‌ها، احساسات و واکنش‌های شخصی است که هر فرد در مورد بدن خود دارد می‌باشد. (راش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از رجایی، ۱۳۹۲)

زیبایی نه برای همه، بلکه در نزد اکثر افراد جامعه، از اهمیت زیادی برخوردار است. بسیاری شاید به اهمیت زیبایی در جامعه پی برده باشند، اما واقعیت این است که زیبایی برای زنان نماینده بسیاری از چیزها نظیر پایگاه اجتماعی، باز تولید مطلوبیت، درآمد، هوش و احتمال دریافت کمک از نامحرم است. در واقع، مردم برای افراد جذاب ویژگی‌های مثبتی را بر می‌شمرند، در حالی که برای افراد غیر جذاب چنین حالتی را متصور نمی‌شوند (پاول هیکس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). برای دیویس<sup>۴</sup>، جراحی زیبایی می‌تواند اعمال قدرتی تلقی گردد که در صورت عدم انجام آن، برای فرد ممکن نباشد. بنابراین از این منظر، جراحی زیبایی می‌تواند زندگی یک زن را با تغییر شکل بدنش شکل دهد. از طرف دیگر، جراحی زیبایی می‌تواند در راستای نزدیک شدن به ارزش‌های پدرسالارانه باشد؛ یعنی با

- 
1. Park
  2. Rash
  3. Powell- Hicks
  4. Deivis

توسل به جراحی زیبایی، زنان تصویر مورد علاقه و ایده آل مردان را فراهم می‌سازند. (گلباس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸)

با گذشت زمان و بیشتر شدن تمایل نسل جوان به این نوع جراحی در جهت زیباتر شدن، شاهد افزایش ۸۰ درصدی آن در دهه ۷۰ و ۸۰ هستیم که این امر ایران را در کنار برزیل با داشتن رتبه بالا در میزان جراحی زیبایی قرار داده است (عاملی، ۱۳۹۰). انجمن بین‌المللی جراحی زیبایی (ISAPS) اعلام کرد: در سال (۲۰۱۳) بیش از ۲۳ میلیون عمل جراحی و روش غیرجراحی زیبایی در دنیا انجام شده است که ایران در میان ۱۰ کشور اول دنیا است. میزان جراحی‌های بینی در ایران هفت برابر امریکا بوده (سالانه بیش از ۸۰ هزار مورد)، ۵۰ درصد مراجعان نیازی برای جراحی بینی نداشته و در گروه‌های سنی ۱۷ تا ۲۵ سال بوده‌اند (نراقی، ۱۳۹۳)؛ ۵۰ درصد مراجعان جراحی دچار اختلال روان‌شناختی بدریخت‌انگاری بدنی هستند (مظاهری، ۱۳۹۳). بر مبنای مطالعات تجربی موجود، جراحی زیبایی به مثابه‌ی یک رفتار مصرفی هویت بخش ماهیت فراطبقاتی پیدا کرده است (حقیقتیان، انصاری و عسگری، ۱۳۹۱). در این دسته از مطالعات جراحی زیبایی در قالب رفتار بدنی مطالعه شده و در تبیین آن به عواملی نظیر فشارهای منفی اطرافیان (جواهری، ۱۳۸۹)؛ فشارهای هنجاری (احمدنیا، ۱۳۸۵)؛ تصور از بدن، نارضایتی از بدن، مصرف‌گرایی (چو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷)؛ جیمیلین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰)؛ تمایل به مطلوب بودن نزد دیگران و تصاویر ارائه شده در رسانه‌ها (انصاری، عسگری، ۱۳۹۱)؛ رضایی، اینانلو، فکری، ۱۳۸۹)؛ جیمیلین، ۲۰۰۰)؛ اعتماد به نفس پایین (توسلی، مدیری، ۱۳۹۱)؛ میزان پایبندی به ایدئولوژی سنتی خانواده و میزان حساسیت دینی (آقایی، ۱۳۸۴)؛ چاوشیان، ۱۳۸۱) اشاره شده است.

جراحی زیبایی یک عمل پیشرفته پزشکی- فرهنگی میریول<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) و یکی از موضوعات مورد بررسی در جامعه‌شناسی بدن است. جامعه‌شناسی بدن در چگونگی تاثیر پذیری بدن افراد از عوامل و نیروهای اجتماعی کاوش می‌کند. از دهه ۱۹۹۰ محققان به غایب بودن بدن در تئوری‌های جامعه‌شناسی اذعان داشته و از بدن به‌عنوان «حاضری غایب» در جامعه‌شناسی یاد کرده‌اند (فیت

- 
1. Gulbas
  2. Chou, E
  3. Gimlin, D
  4. Mirivel

ریستون و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱؛ اوکوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). تصویری که اکنون از بدن در جامعه وجود دارد این است که بدن به مثابه پارچه‌ای دیده می‌شود که می‌توان از روی آن موقعیت اجتماعی افراد را دید و طبقه، جنسیت و گرایش‌های مختلف آن را تشخیص داد که از نظر نتلتون، این عوامل از تاثیر پیشرفت‌های تکنولوژی بر بدن افراد؛ تلاش‌های افراد به کنترل بدن خود؛ مالکیت بدن‌ها و وضع بدن در جامعه مصرفی ناشی است. (سعیدی، ۱۳۸۶)

با توجه به این موضوع، می‌توان گفت بدن زنان به‌عنوان سرمایه‌ای مطرح می‌شود که باید در جامعه شاهکار و جذاب باشد (کوینگ و کرک ولد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲) بنابراین، زنان به‌طور اجتماعی برای درگیر شدن در طرح‌های بدنی تشویق می‌شوند و از آن‌ها انتظار می‌رود در بدن‌های خود دستکاری کنند (آتکینسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). در این رابطه مباحث اجتماعی- فرهنگی که درباره ظاهر و بدن به وجود می‌آید مملو از پیام‌هایی است که زیبایی زنان و جذابیت آن‌ها را با مناسب بودن برابر می‌کند (اوگلی و دام هورست<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). برخی از محققان، این عامل را ناشی از نقش مهم رسانه در شکل بخشیدن به ایده‌آل‌های زیبایی می‌دانند که از طرف جامعه به زنان تحمیل می‌شود (میلکین و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹). تبلیغات، نارضایتی از بدن را تشویق و ایده‌آل‌های زیبایی را بدون در نظر گرفتن سلامتی زنان به آن‌ها تحمیل می‌کند. (سنگوپتا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶؛ جونگ و فوربس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶)

واقعیت این است که زیبایی، گرایش کاملاً طبیعی و مشترک بین تمامی انسان‌هاست، اما امروزه گرایش به زیبایی به مرحله ظاهرپرستی و خودنمایی رسیده است. جوانان و نوجوانان و حتی میانسالان به تبع گرایش‌ها و اقتضای سنی خود، با صرف هزینه‌های گزاف و قبول عواقب جسمی، روانی و حتی جانی، در صدد کسب سهم بیشتری از زیبایی و به دنبال زیباتر شدن هستند. زیبایی مصنوعی شاید بهترین عبارت برای این قبیل دستکاری‌ها باشد؛ دستکاری‌هایی مانند: برجسته کردن لب، کاشت گونه، کوچک کردن بینی، کاشت نگیں در داخل چشم و روی دندان و پیرسینگ، یعنی

- 
1. Feathereton
  2. Ucok
  3. Kving& Kirkevold
  4. Atkinson
  5. Ogle& Damhorst
  6. Milkin
  7. Sengupta
  8. Jung& Forbes

سوراخ کردن اعضای مختلف بدن برای آویزان کردن حلقه‌های فلزی. ایرانیان پیش از تغییر ساختار الگوی زندگی و باورهای زیبایی خود، بر داشتن سیرت زیبا در زندگی و جامعه تاکید داشتند و صورت زیبا را نهی نمی‌کردند، اما آن را بر سیرت زیبا هم ترجیح نمی‌دادند. اکنون این باورها در فرهنگ چندگانه و مختلط شهری کمتر یافت می‌شود، زیرا تغییر ساختار الگوی زندگی، شهرنشینی و فناوری به شدت در حال ایجاد دگرگونی در ارزش، فرهنگ و اعتقادات مردم هستند. آمارها نشان می‌دهد هم اکنون در ایران بیش از ده هزار زن، متقاضی جراحی پلاستیک هستند و مردان به نسبت کمتری؛ یعنی ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان، خواهان این جراحی و مراجعان به مطب‌ها و کلینیک‌های زیبایی را تشکیل می‌دهند. زندگی روزمره به موضوع انتخاب شخصی تبدیل شده است؛ بدین معنا که مردم می‌توانند کاری را انجام دهند که می‌خواهند و می‌توانند چیزی بشوند که خودشان می‌خواهند؛ رویه‌ای که حاکی از فردی شدن است. امروزه، افراد به‌طور فزاینده‌ای بر مبنای علایق و منافع فردی دست به کنش می‌زنند. (رضایی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۴۱-۱۷۰)

به نظر می‌رسد این ذهنیت در میان نوجوانان جا افتاده که زیبایی چهره با عمل جراحی کامل می‌شود. با این حال گاهی نه تنها تغییر چندان در شکل و قیافه‌شان پیدا نمی‌شود، بلکه در مواردی، زیبایی اولیه و حتی جان خود را نیز در این راه از دست می‌دهند، تا آن‌جا که کشوی میز داسراها و کمیسیون تخصصی پزشکی قانونی در ایران هم اکنون انباشته از پرونده‌هایی از همین دست است. هر چند آمار دقیقی از تعداد فوت شدگان عمل زیبایی وجود ندارد و مسئولان بهداشتی و پزشکی قانونی با توجه به حساسیت‌های موجود کمتر اظهار نظر می‌کنند، اما آمار غیر رسمی گویای آن است که در سال نزدیک ۱۲۰ نفر قربانی این عمل‌ها می‌شوند، با توجه به موارد یاد شده، توجه به این نکته اساسی است که نباید از تبعات جراحی‌های زیبایی برای سلامتی بدنی و روانی به سادگی گذشت، به‌نظر می‌رسد یکی از تبعاتی که جراحی‌های زیبایی در افراد به‌وجود می‌آورد پایین آمدن بهزیستی روان‌شناختی افراد است (دورنلس دی اندرید<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). حس نازیبا بودن و اقدام به جراحی زیبایی بیشتر متأثر از ذهن افراد است و باورها نقش عمده‌ای در ایجاد آن ایفا می‌کنند، به‌طوری که

افراد با باورهای غیرمنطقی مانند احساس کهنتری معمولاً بهزیستی روان‌شناختی پایین را نشان می‌دهند. (آقاخانی، ۱۳۹۰)

روان‌شناسی مثبت‌نگر سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی مفهوم‌سازی کرده است، از این منظر بهزیستی روان‌شناختی به معنی کارکرد روان‌شناختی بهینه است (رایان و دکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱)، به بیانی دیگر بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و موثر با جهان، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد، این حالت می‌تواند مولفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز دربرگیرد. (کارادماس، ۲۰۰۷)

در تعریفی دیگر می‌توان گفت بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان رشد استعدادهای واقعی هر فرد تعریف می‌شود و طبق نظریه ریف (۱۹۹۸) مفهومی چند مولفه‌ای شامل؛ پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصیتی را دربردارد. (نقل از رحیمی‌نسب، مظاهری و حسینی، ۱۳۹۵)

مؤلفه پذیرش خود، به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است؛ اگر فرد در ارزشیابی استعدادها، توانایی‌ها و فعالیت‌های خود در کل احساس رضایت کند و در رجوع به گذشته خود احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسان‌ها تلاش می‌کنند علی‌رغم محدودیت‌هایی که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی به خویشتن داشته باشند، این نگرش پذیرش خود است (هوسر، اسپرینگر و پاروسکار<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). مؤلفه خودمختاری به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌شود؛ فردی که بتواند براساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است؛ در حقیقت، توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی، به این مؤلفه مربوط می‌شود (ریف و سینگر، ۱۹۹۸، به نقل از میکائیلی منبع، ۱۳۸۷). ارتباط مثبت با دیگران، دیگر مؤلفه این مدل، به معنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاکنده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتاً انسان‌هایی مطبوع، نوع‌دوست و توانا در دوست داشتن

---

1. Rayan&Dakie  
2. Speriger& Parosukare

دیگران هستند و می‌کوشند رابطه‌ای گرم براساس، اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد کنند (کی‌یس، ۲۰۰۳). هدفمندی در زندگی، به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه‌مدت در زندگی و معنادار شمردن آن است؛ فرد هدفمند نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می‌دهد و به شکل مؤثر با آنها، درگیر می‌شود؛ یافتن معنی برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی در قالب این مؤلفه قرار می‌گیرد (میکائیلی منیع، ۱۳۸۷). تسلط بر محیط، به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است. لذا فردی که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می‌تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان دستکاری کند، تغییر دهد و بهبود بخشد (دستجردی و همکاران، ۱۳۹۰). رشد شخصی، به گشودگی نسبت به تجربیات جدید و داشتن رشد شخصی پیوسته باز می‌شود. فردی با این ویژگی همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش و از طریق یادگیری و تجربه است. (کردتمینی، ۱۳۸۴)

در افرادی که به جراحان زیبایی مراجعه می‌کنند نوع باور در مورد پذیرش خود نقش بسزایی دارد، پژوهش‌های مختلفی نیز به ارتباط بین رضایت بدنی، مدیریت بدن و متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی پرداخته‌اند که از آن جمله می‌توان به پژوهش آکارد<sup>۱</sup>، کرول<sup>۲</sup> و کیرنی کوک<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) اشاره کرد که نشان دادند بین آسیب‌های روان‌شناختی با تصویر بدنی ارتباط معناداری دارد (نقل از رقیبی، میناخانی، ۱۳۹۰) و بین باورهای غیرمنطقی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. (اونا الکساندرا، دانیل، ریموند و تامارا، ۲۰۱۱)

در افرادی که برای جراحی زیبایی مراجعه می‌کنند اغلب عدم پذیرش خود و عدم استقلال و رشد شخصیتی و تاثیرپذیری از قضاوت‌های اجتماعی وجود دارد (فری، ۱۹۹۹؛ ترجمه صاحبی، حمیدپور و اندوزه، ۱۳۸۲) در همین راستا ملکی (۱۳۸۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین افسردگی، اضطراب، نگرش منفی در مورد خود در بین افرادی که جراحی زیبایی می‌کنند با افراد عادی تفاوت وجود دارد و این مشکلات در افراد مراجعه کننده بیشتر است.

- 
1. Ackard
  2. Croll
  3. Kearney-Cooke

فروغی (۱۳۹۲) در پژوهشی دیگر نشان داد که بین عزت‌نفس و باورهای فراشناختی افراد متقاضی جراحی بینی و افراد عادی تفاوت وجود دارد. متقاضی جراحی بینی عزت‌نفس پایین‌تر و باورهای فراشناختی بالاتری را نشان دادند. پیتز<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، به نقل از فروغی، (۱۳۹۲) در طی پژوهشی گزارش نمود که اعتماد به نفس و کیفیت زندگی و هوش شناختی افرادی که جراحی زیبایی می‌کنند کمتر از افراد عادی است.

فرانکل<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، به نقل از یآوری، (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان داد که باورهای غیرمنطقی و باورهای فراشناخت افرادی که جراحی بینی می‌کنند بیشتر از افرادی است که عمل نمی‌کنند. آریندل و همکاران (۱۹۹۹) در بررسی رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی، سلامت عمومی به این نتیجه رسیدند که با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، سلامت عمومی نیز تحت تاثیر قرار گرفته و افزایش می‌یابد. شات و ریف در مطالعه رابطه بهزیستی روان‌شناختی و شخصیت به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و روان‌رنجوری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. رونی و همکاران (۲۰۰۳) دریافته‌اند که بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب، افسردگی و خصومت در متقاضیان جراحی زیبایی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. (نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۸۶)

بنا به آنچه گفته شد و با توجه به بررسی پیشینه‌های داخلی و خارجی پژوهشی، خلاء پژوهشی در زمینه بهزیستی روان‌شناختی افراد متقاضی جراحی زیبایی وجود دارد، بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که آیا بین بهزیستی روان‌شناختی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد عادی در کلانشهر تهران تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

### روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا از روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای استفاده شده است. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی افراد مراجعه کننده به مراکز جراحی زیبایی کلانشهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود که این تعداد ۱۳۷ نفر بودند. در انتخاب نمونه از جامعه مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی زیبایی از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. به این ترتیب که لیست مراکز جراحی زیبایی کلانشهر تهران تهیه شد که شامل ۱۰ مرکز بود و

1. Pitre  
2. Ferancel



از میان افرادی که به این ۱۰ مرکز جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه می‌کردند براساس جدول مورگان از بین ۱۳۷ نفر ۱۰۰ نفر به تصادف انتخاب شدند. هم‌چنین افراد عادی پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از افراد عادی از میان بستگان بیماران به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند به این ترتیب در ابتدا توضیحات لازم به داوطلبان داده شد و به آن‌ها در محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. اعلام رضایت و همکاری، حتمی بودن زمان انجام عمل زیبایی توسط پزشک متخصص طی ۱۵ روز آینده با گذراندن مراحل پزشکی، نداشتن دلیل طبی و ضروری برای انجام عمل زیبایی، انجام عمل زیبایی در اتاق عمل و نه به صورت سرپایی و تزریق مواد در مطب، معیار ورود و پذیرش افراد متقاضی جراحی زیبایی به پژوهش بود و انتخاب افراد غیرمتقاضی نیز با هم‌تاسازی سن، جنسیت و سطح تحصیلات از میان بستگان داوطلبین انجام گرفت.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 انجام شد. هم‌چنین جهت تحلیل داده‌ها پس از بررسی وضعیت نرمال بودن داده‌ها از روش MANOVA برای مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن بین افراد متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی استفاده شد.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی Ryff: این پرسشنامه توسط ریف در سال (۱۹۸۹) به‌منظور اندازه‌گیری مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ساخته شد. ریف و کینز (۱۹۸۹) الگوی بهزیستی روان‌شناختی را پیشنهاد نمودند که به‌طور گسترده‌ای توسط پژوهشگران بررسی گردید و سپس برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن نسخه اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی که دارای ۸۴ عبارت بود را در سال ۱۹۸۹ طراحی کردند. سپس نسخه‌های ۵۴ عبارتی و سپس فرم کوتاه ۱۸ عبارتی را طراحی کردند. پرسشنامه دارای ۶ زیرمقیاس است که عبارتند از: ۱- پذیرش خود ۲- روابط مثبت با دیگران ۳- خودمختاری ۴- تسلط بر محیط ۵- زندگی هدفمند ۶- رشد فردی. هم‌چنین از جمع کل نمرات، نمره بهزیستی روان‌شناختی به دست می‌آید. (ریف، ۲۰۰۹)

شیوه نمره‌گذاری: در این پرسشنامه که برای بزرگسالان تهیه شده است آزمودنی در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) مشخص می‌سازد که تا چه حد با هر

یک از عبارات موافق یا مخالف است، سوال‌های (۳-۴-۵-۹-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. (ریف، ۲۰۰۹)

### روایی و اعتبار

پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد گزارش گردیده است. دایرونک<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. اعتبار پرسشنامه: همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به‌دست آمد (ریف، ۲۰۰۹). زنجانی طبسی در سال (۱۳۸۳) آزمون بهزیستی روان‌شناختی را بر روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی کرده است و با روش همسانی درونی پایایی برای کل آزمون بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۳ و ۰/۸۹ گزارش می‌کند (زنجانی طبسی، ۱۳۸۳). بیانی و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان رابطه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر روایی پرسشنامه را ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش ۰/۶۹ به‌دست آمد.

### یافته‌های پژوهش

نمونه‌های پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از متقاضیان جراحی زیبایی در کلانشهر تهران و ۱۰۰ نفر افراد عادی بودند که این تعداد از نظر سن، جنسیت و سطح تحصیلات هم‌تاسازی شدند که میانگین سنی آنها  $33 \pm 5/23$  به‌دست آمد، ۲۳ درصد از آن‌ها مجرد و ۷۷ درصد متاهل بودند، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی در افراد عادی  $191/98 \pm 39/07$  و در متقاضیان جراحی زیبایی  $132/38 \pm 21/78$  به‌دست آمده است، از طرفی میانگین و انحراف معیار مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در جدول ۲ نشان داده شده است:

---

1 . Dierendonck

جدول ۱: توزیع فراوانی سن و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک دو گروه

میانگین کل در هر دو گروه	غیر متقاضی		متقاضی			دامنه سنی
	درصد	فراوانی	در صد	فراوانی		
۲۵,۳۶	۳۰,۸	۱۶	۱,۹	۱	۱۷-۲۰	
	۴۶,۲	۲۴	۳۸,۵	۲۰	۲۰-۲۵	
	۱۹,۲	۱۰	۴۰,۴	۲۱	۲۵-۳۰	
	۳,۸	۲	۱۹,۲	۱۰	۳۰ به بالا	
	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	۵۲	مجموع	

جدول ۱- وضعیت میانگین و انحراف معیار مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیر متقاضی

غیر متقاضی		متقاضی		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۶/۲۳	۳۱/۴۲	۶/۱۱	۳۰/۱۵	پذیرش خود
۶/۹۶	۳۰/۳۳	۴/۴۵	۲۲/۱۱	روابط مثبت با دیگران
۶/۱۹	۳۱/۶۷	۵/۷۸	۲۰/۲۰	خودمختاری
۷/۰۳	۳۵/۲۱	۵/۲۰	۲۳/۱۶	تسلط بر محیط
۴/۴۵	۲۳/۱۳	۴/۱۸	۲۰/۳۹	زندگی هدفمند
۶/۸۶	۲۶/۹۵	۴/۷۵	۲۰/۷۸	رشد شخصی

در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد عادی تفاوت وجود دارد به‌طوری که میانگین نمره بهزیستی

روان‌شناختی و مولفه‌های آن در افراد عادی بیشتر از متقاضیان جراحی زیبایی بینی به‌دست آمده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در افراد مراجعه‌کننده برای جراحان زیبایی و افراد عادی

سطح معنی داری F	تفاوت میانگین	آماره‌ی F	
۰/۰۰۰**	۶/۸۳	۱۰/۵۰	بهزیستی روان‌شناختی
*۰/۰۴۲	۱/۲۷	۴/۳۴	پذیرش خود
۰/۰۰۰**	۸/۲۲	۱۲/۲۹	روابط مثبت با دیگران
۰/۰۰۰**	۱۰/۵۳	۱۵/۳۷	خودمختاری
۰/۰۰۰**	۱۲/۰۵	۲۰/۱۸	تسلط بر محیط
*۰/۰۱۲	۲/۷۴	۵/۸۹	زندگی هدفمند
۰/۰۰۰**	۶/۱۷	۱۰/۴۵	رشد شخصی

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین متقاضیان جراحی زیبایی گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ کلیه متغیرهای وابسته (بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بین مولفه‌های روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط و رشد شخصی تفاوت در سطح  $(p < ۰/۰۱)$  و بین مولفه‌های پذیرش خود و زندگی هدفمند تفاوت در سطح  $(p < ۰/۰۵)$  معنی‌دار است.

#### بحث و نتیجه‌گیری:

همان‌گونه که در قسمت‌های پیشین بیان شد هدف از پژوهش حاضر مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در متقاضیان مراجعه‌کنندگان به جراحی زیبایی با افراد عادی در شهر

تهران بود. نتایج نشان داد بین متقاضیان جراحی زیبایی و افراد عادی از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد و متقاضیان مراجعه کننده به جراحی زیبایی بهزیستی روان‌شناختی کمتری نسبت به افراد عادی دارند. نتیجه این پژوهش با تحقیقات ملکی (۱۳۸۹) که به این نتیجه رسید بین نگرش منفی در مورد خود در بین افرادی که جراحی زیبایی می‌کنند با افراد عادی تفاوت وجود دارد و این مشکلات در افراد مراجعه کننده بیشتر است و همچنین فروغی (۱۳۹۲) که بیان داشت افراد متقاضی جراحی بینی عزت‌نفس پایین‌تر و باورهای فراشناختی بالاتری را نشان می‌دهند، پیتر (۲۰۱۲) و فرانکل (۲۰۱۳) که بیان نمودند باورهای غیرمنطقی و باورهای فراشناخت (نگرانی در مورد خود و نشخوار فکری) افرادی که جراحی بینی می‌کنند بیشتر از افرادی است که عمل نمی‌کنند همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که افرادی که برای جراحی زیبایی مراجعه می‌کنند اغلب استرس و نشانه‌های اضطراب دارند و اغلب تصویر بدنی رفتار، احساس و ارزش‌های فردی نسبت به خود کمتری را دارا هستند و ظاهر خود را قبول ندارند و با آن ظاهر احساس بدی دارند و در مجموع احساسات داخلی، استقلال و رشد شخصیتی کمی نسبت به تصویر بدنی خود در مقایسه با افراد عادی دارا می‌باشند. همچنین دچار افکار منفعلانه و افکاری که مانع حل سازگاران می‌شوند هستند و در کل افکار منفی، میزان ناامیدی و ارزیابی‌های منفی بیشتری نسبت به افراد عادی از خود دارند.

این افراد توقع مدام از تأیید دیگران دارند و انتظارات بیش از حد از خود دارند و همچنین میزان سرزنش خود، ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی و درماندگی برای تغییر کاهش بیشتری نسبت به افراد عادی دارند که در نتیجه نشان می‌دهد این افراد رشد و استقلال شخصیتی کمتری در مقایسه با افراد عادی دارند. محدودیت‌های پژوهش عبارت بودند از: به دلیل محدود بودن نمونه پژوهش در تعمیم نتایج باید محتاط بود. متغیرهای مداخله‌گری نظیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی و غیره کنترل و اندازه‌گیری نشده است.

در جامعه امروزی تأکید فرهنگی اجتماعی بسیاری بر روی جذابیت و تناسب جسمانی وجود دارد. طبق تحقیقات، فشارهای اجتماعی در مورد لاغری و نظرات گسترده در مورد ساختار بدن باعث شده است که نارضایتی از بدن و تصویر بدنی منفی در میان جامعه و به‌خصوص در نوجوانان،

بسیار شایع شود (پوپ، گرابر، منگوت، بوا، دی کول و جوونت، ۲۰۰۰؛ به نقل از رقیبی، میناخانی، ۱۳۹۰). با توجه به موضوع مورد بحث نگاهی خواهیم داشت به پژوهش‌های داخلی و خارجی صورت گرفته در این حوزه: رضایی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیق خود به این نتیجه رسیده‌اند که زنان نسبت به مردان حساسیت و توجه بیشتری به جراحی‌های زیبایی صورت نشان داده‌اند. پژوهش کیوان آرا، ربانی و ژیان پور (۱۳۸۹) هم اهمیت اجتماعی زیبایی و تمایل افراد طبقات گوناگون اقتصادی و اجتماعی جهت کسب موقعیت بالاتر و دستیابی به احترام بیشتر را تأیید می‌کند. اخلاصی (۱۳۸۶) با عنوان مدیریت بدن و رابطه‌ی آن با پذیرش اجتماعی نشان می‌دهد توجه زنان به بدن برای پذیرش اجتماعی از مردان بیشتر است.

اهمیت موضوع بهزیستی روان‌شناختی از آن جهت است که شاد بودن یکی از مهم‌ترین هدف‌های نوع بشر است، از طرف دیگر شادکامی دستیابی به اهداف دیگر را تسهیل می‌کند و رفتارهای مطلوب و پیامدهای رفتاری مطلوب به دنبال دارد. براساس یافته‌های کینگ (۲۰۰۸) نوع دوستی، اجتماعی بودن، فعال بودن، دوست داشتن خود و دیگران، داشتن بدنی سالم و قوی و داشتن مهارت‌های بالای حل مساله از ویژگی‌های افراد شاد است. براساس دیدگاه دینر و سلینگمن (۲۰۰۳) بالا بودن بهزیستی روان‌شناختی در افراد، اداره کشور را برای مسئولان تسهیل می‌کند، زیرا این افراد فرصت‌های بیشتری برای دیگران خلق می‌کنند و به دلیل برخورداری از سلامت روان بالا، روابط اجتماعی بهتری در سطح جامعه ایجاد می‌کنند (لارسن و اید، ۲۰۰۸). این‌که افراد چگونه درباره خود و زندگی خود فکر کرده و احساس می‌کنند، برای درک بهزیستی در هر جامعه ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که بهزیستی روان‌شناختی بالا می‌تواند به‌عنوان یکی از ویژگی‌های جامعه خوب محسوب شود. لذا قلمرو بهزیستی از اهمیت زیاد در علوم رفتاری برخوردار است.

در پایان پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه عوامل شناختی و هیجانی افراد مراجعه به جراحان زیبایی و افراد عادی پرداخته شود. کلینیک‌های جراحی از تست‌ها و روش‌های آموزشی در زمینه کاهش مشکلات مراجعه‌کنندگان بهره بیشتری جویند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش بعد متغیرهای مداخله‌گر نظیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی اندازه‌گیری و کنترل شود.

تبیین احتمالی در مورد یافته‌ها این است که ناراضایی افراد از زندگی و تصویر بدنی خود تحت تاثیر فرهنگ و گروه همسالان منجر به ارزیابی‌های نادرست افکار و هیجانات منفی وی شده، زمینه کاهش اعتماد به نفس برای او را فراهم می‌آورد و در چنین حالتی افراد روابط اجتماعی خود را محدودتر و حتی دچار اضطراب در برخوردهای اجتماعی خود می‌شوند. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند خلاء اطلاعاتی در مورد این افراد را اندکی کامل نماید و هم‌چنین یافته‌های این پژوهش اطلاعات درست و ارزشمندی را در اختیار مسئولان، برنامه‌ریزان و سازمان‌ها و نهادهایی که وظیفه حمایت سلامت خانواده‌هایی را برعهده دارند، قرار می‌دهد. از سوی دیگر با انجام این‌گونه پژوهش‌ها زمینه لازم برای ارائه پیشنهادات کاربردی با هدف کنترل، مدیریت پیامدهای سوء جراحی زیبایی در جامعه فراهم خواهد شد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه شده‌اند؛ اولاً اینکه آزمودنی‌های پژوهش از زنان داوطلب که جراحی زیبایی کرده‌اند و زنان غیرداوطلب که به جراحی زیبایی تن نداده‌اند در کلانشهر تهران بوده‌اند؛ بنابراین ممکن است تعمیم‌پذیری آن به سایر افراد و یا قومیت‌ها و محدودیت‌هایی همراه باشد و دوم اینکه در گردآوری داده‌های پژوهش تنها از ابزار خودگزارشی و پرسشنامه استفاده شده است. با توجه به موضوعات پیشنهاد شود در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد و گروه‌های قومی دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نموده و در صورت امکان از سایر ابزارهای سنجش به‌ویژه مصاحبه برای کسب اطلاعات بیش‌تر و وسیع‌تر استفاده گردد.

### منابع

- آقاخانی، علی. (۱۳۹۰). مقایسه خودپندار بدنی و عزت‌نفس افراد مراجعه‌کننده به جراحان زیبایی با افراد عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- حافظی، فرهاد. کوچک زاده، کمال. نقیب زاده، بیژن. (۱۳۸۸). تاریخچه و جایگاه جراحی بینی. نشریه جراحان ایران. دوره ۱۷. شماره ۲: ۲۵-۴۰.
- رحیمی نسب، مصیب؛ مظاهری، نسترن؛ حسینی، زینب السادات. (۱۳۹۵). ارتباط بین تفکر منطقی، خوش‌بینی و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمانشاه. مجله پژوهش در پرستاری. جلد یازدهم، شماره ۳: ۴۹-۵۶.

رضایی، احمد؛ اینانلو، مینا؛ فکری، محمد. (۱۳۸۹). مدیریت بدن و ارتباط آن با عوامل اجتماعی در بین دختران دانشگاه مازندران، فصلنامه مطالعات راهبردی زنان، سال دوازدهم، شماره ۴۷. سعیدی، علی اصغر. (۱۳۸۶). بدن و فرهنگ مصرفی، ماهنامه مهندسی فرهنگی، سال دوم، شماره چهاردهم.

سهرابی، فائزه؛ محمد علیلو، مجید؛ رسولی آزاد، مراد. (۱۳۹۰). بررسی نیمرخ آسیب شناسی روانی در متقاضیان جراح پلاستیک. مجله اصول بهداشت روانی. دوره ۱۳، شماره ۳. صص ۹-۲۶۰. سید توتونچی، سید جواد؛ فخاری، علی؛ کلاهی، فریناز. (۱۳۸۶). ارتباط علائم روان شناختی با رضایت از عمل ریتوپلاسمی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دوره ۲۹، شماره ۲. صص ۷۱-۷۶. علمدارساروی، مریم. (۱۳۸۲). بررسی ویژگی شخصیتی داوطلبین جراحی زیبایی مراجعه کنندگان به کلینیک. پایان نامه تخصصی روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران. فروغی، آرزو. (۱۳۹۲). مقایسه عزت نفس و باورهای فراشناختی افراد متقاضی جراحی بینی و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز. فری، مایکل. (۱۹۹۹). شناخت درمانی گروهی. ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندروز (۱۳۸۲). مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.

قربانی، نیما. (۱۳۸۳). بازنگری در مبادی معنایی خودشناسی. معاونت پژوهشی دانشگاه تهران. قلعه بندی، میرفرهاد؛ علمدار ساروی، مریم. (۱۳۸۱). الگوهای شخصیتی انجام جراحی زیبایی بینی. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال نهم. شماره ۴. پیاپی ۱۱. کار، آلان. (۱۹۵۷). روانشناسی مثبت نگر علم شادمانی و نیرومندی انسان، ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند و باقر ثنائی، تهران: سخن، ۱۳۸۵. کاکابرایی، کیوان؛ افروز، غلامعلی؛ هومن، حیدرعلی؛ مرادی، علیرضا. (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه بهزیستی ذهنی، سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان استثنایی و عادی. مقاله پژوهشی. ۵. (۳): ۴۵-۵۸.

کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب. مجله‌ی تازه‌های علوم شناختی. ۷. (۱): ۳۲-۴۵.

محمدپناه اردکان، عذرا؛ یوسفی، رحیم. (۱۳۹۰). بررسی باورها در مورد ظاهر و احساس کهنتری در افراد در طلب جراحی زیبایی. مجله پوست و زیبایی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز. ۲. (۲): ۸۵-۹۷.



- ملکی، فرشته. (۱۳۸۹). مقایسه میزان افسردگی، اضطراب، نگرش منفی در مورد خود افرادی که جراحی زیبایی کرده با افراد عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.
- مولوی، حسین؛ ترکان، هاجر؛ سلطانی، ایرج؛ پالاهنگ، حسن. (۱۳۸۹). هنجاریابی و سنجش روایی و پایایی پرسشنامه بهزیستی ذهنی. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۶. (۳): ۲۳۱-۲۳۸.
- میراکبری، سید مصطفی؛ فتحی، مهتری؛ تقدسی نژاد، فخرالدین؛ عطری، علی. (۱۳۸۲). بررسی شکایت تصور پزشکی از جراحی بینی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در فاصله ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۷۹. مجله علوم پزشکی قانونی. ۳۱. (۹): ۱۳۸-۲۳۶.
- میکائیلی منیع، فرزانه. (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران با و بدون دانش آموزان ابتدایی کم‌توان ذهنی: اثر سبک‌های مقابله‌ای. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۸. (۱): ۶۸-۵۳.
- یاوری، مهرداد. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی بر میزان خودپنداره ذهنی و بدنی و نشخوار ذهنی افراد متقاضی جراحی بینی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.
- Atkinson, Michael (2002). *Pretty in ink: Conformity resistance, and negotiation in women's tattooing, Sex Roles*. 47. (5):219-235.
- Brad bury K, E. & clark, I.(2009). *cognitive behavioral Therapy for anger management: effectives in adult mental health services. Behavioral and cognitive psychotherapy*. 35, 201-208.
- Brown A. Furnham A.(2007). *Factors that affect the likelihood of undergoing cosmetic surgery*. 27: 8-501.
- Brown KW, Koohestani, HR, Roosta Z.(2008). *the short-term effect of chest physiotherapy on spirometric indices in chemical warfare victims exposed to mustard gas (Persian)] Armaghane Danesh*.13 (3,4):81-91.
- Cash, T.F., Labarge, A.S. (1996). *Development of the appearance schema inventory: A new cognitive body-image assessment. Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.
- Coiecen, W. E. (2003). *Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy*. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of psychology vol. 8, Clinical Psychology*. NJ: Jone Wiley, & Sons.
- Cooka, S. A., et al. (2006). *Cosmetic surgery and psychosocial dysfunction. Journal of plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 59 (1), 54-64.
- Dorneles de Andrade, Daniela. (2010). *on norms and bodies: findings from field research on cosmetic surgery in Rio de Janeiro, Brazil, Reproductive Health Matters*; 18 (35):74-83
- Dull, D., West, C. (1991). *Accounting for cosmetic surgery: The accomplishment of gender. Social Problems*, 38, abstract.

- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, smart C, Haglin D.(2008). *mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorder*. *J Anxiety Disord* . 22 (4): 716-21
- Featherstone, Mike, Hepworth, Mike & Turner, Bryan S. (1991). *The Body: Social Process and Cultural Theory*, London & New Delhi: Sage Publications.
- Flugelgoll, k., Vincent, A.(2010). *Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program*. *Complement There Clin pract* . 16 (1): 36-40.
- Gulbas Lauren E. (2008). *Cosmetic Surgery and the politics of race, class and gender in Caracas*, Dissertation presented to the Graduate Faculty of Dedman College, Southern Methodist University in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Venezuela, 328 pages.
- Joormann, J. (2006). *Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidance from a negative priming task*. *Cognitive and Research Therapy*, 30, 149- 160.
- Jung, Jaehee & Forbes, Gordon B, (2006). *Multidimensional Assessment of Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Korean and US College Women: A Comparative Study*, *Sex Roles*, Vol 55 :39-50.
- Kieviet-Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig H.(2008). *Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: patients appraisal and changes in well-being*. *Patient Educ and Couns* . 72 (3): 436-42.
- Kving Kari & Kirkevold, Marit, (2002). *A feminist perspective on stroke rehabilitation: The relevance of de Beauvoir's theory*, *Nursing Philosophy*, vol 3:79-89.
- Lathama, M. (2010). *A poor prognosis for autonomy: self-regulated cosmetic surgery in the United Kingdom*. *Reproductive Health Matters*, 18 (35), 47-55.
- Lo CSL, Ho SMY, and Hollon SD. *The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis*. *Behavior Res There* 2012; 46: 487-495.
- Markey, C. N., & Markey, P. M. (2010). *A correlational and experimental examination of reality television viewing and interest in cosmetic surgery*. *Body Image*, 7, 165-171.
- Milkin, A.R; Wornian, K & Chrisler, J.(1999). *Women and Weight :Gendered messages on magazine covers*, *Sex Roles*, vol 40 :647-655.
- Mirivel, Julien, (2007). *Managing poor surgical Candidacy: Communication problems for plastic surgeons*, *Discourse & Communication*, vol 1 (3): (309-336).

Mulkens, Jansen A. *Changing a ppearnces: Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder*. *Neth J psychol* 2006;61: 34-41.

Napoleon, A., & Lewis, C. (1989). *Psychological considerations in lipoplasty: the problematic or "special cars" patient*. *Annals of Plastic Surgery*, 23, 430-432.

Ogle, Jennifer Paff & Damhorst, Mary Lynn. (2005). *Critical reflections on the body and related sociocultural discourses at the midlife transition: an interpretive study of women's experiences*, *Journal of Adult Development*, vol 12 (1): 1-18.

Ostafin BD, Chawla N, Bowen S, Dillworth TM, Witkiewitz K, Marlatt GA. (2006). *Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: A preliminary study*. *Cogn Behav Pract*. 13 (3): 191-7.

Powell-Hicks Allycin (2011), *Body Objectification and Elective Cosmetic Procedures in African American Women*, Thesis submitted in partial satisfaction of The requirements for the degree of Master of Arts in General Psychology School of Science and Technology In conjunction with the Faculty of Graduate Studies, Loma Linda University, 50 pages.

Ryff. C. D., & Singer, B. H. *Best news yet on the six-factor model of well-being*. *Social science Research*. 2006. 35, 4, 1103-1119.

Sengupta, Rhea, (2006). *Reading representations of Blak, East Asian, and White women in magazines for adolescent girls*, *Sex Roles*, vol 54 :799 -808.

Smith, E.R., & Mackie, D.M. (2000). *Social psychology*. Philadelphia. Psychology Press. Veal, D., Boocock, A., & Gournay, K. (1996). *Body dysmorphic disorder, A survey*

Swami V, Arteché A, Chamorro-premuzic T, Furnham A, Stieger S, Haubner T, et al. *Looking good: Factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery*. *Eur J Plast surg* 2008, 30 : 8-211.

Ucok, Uzum, (2005), *the meaning of appearance in surviving breast cancer*, *Human Studies*, vol 28:291 -316.

Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. (2010). *Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training*. *Conscious Cogn*. 19 (2):597-605.