

Effectiveness of acceptance and commitment therapy on differentiation of self, body dissatisfaction and negative evaluation in women of visiting beauty centers

Maryam Bani Torfi¹, Rezvan Homaei²

1-MA. Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Assistance Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
(Corresponding Author). E-mail: homaei@iauahvaz.ac.ir

Received: 23/08/2020

Accepted: 07/11/2020

Abstract

Introduction: The rate of cosmetic surgery is increasing and it is necessary to pay attention to its common factors.

Aim: This study aims to examine the effect of the acceptance and commitment therapy on differentiation of self, body dissatisfaction and negative evaluation in women of visiting beauty centers.

Method: The research design was a semi-experimental research with pre-test and post-test with control group. Population were all the women of visiting beauty centers in 2018 in Ahvaz which of them 30 women participated based on targeted sampling method and they arranged in two groups experimental group (15 women) and Control group (15 women). After that two groups were assessed in pre-test exam. After discussion, treatment based on the acceptance and commitment (ACT) was performed during nine sessions in a week. Measurement tools consisted of Differentiating of self Inventory, body dissatisfaction Inventory and Negative Evaluation Scale. The data was analyzed by SPSS-20 and analysis of variances of multiple variables measures.

Results: The results of intergroup showed that differentiation of self, body dissatisfaction and negative evaluation were significantly different in the experimental group compared with the control group ($P < 0.05$). Acceptance and commitment-based therapy increases self-differentiation and reduces anxiety about body deformity and negative evaluation ($P < 0.05$).

Conclusion: According to therapeutic elements of acceptance and commitment therapy, acceptance and commitment therapy could be effective method to correct the factors that affect the performance of cosmetic surgery.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Differentiation of self, Body dissatisfaction, Fear of negative evaluation, Women of visiting beauty centers

How to cite this article : Bani Torfi M, Homaei R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on differentiation of self, body dissatisfaction and negative evaluation in women of visiting beauty centers. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (5): 130-144 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-793-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایز یافتگی خود، نگرانی از بدریختی بدن و ارزیابی منفی در زنان مراجعه کننده به مراکز زیبایی

مریم بنی طرفی^۱، رضوان همایی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (مولف مسئول). ایمیل: homaei@iauahvaz.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۶/۰۲

چکیده

مقدمه: میزان انجام جراحی زیبایی رو به افزایش است و توجه به عوامل رواج آن ضرورت دارد.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایز یافتگی خود، نگرانی از بدریختی بدن و ارزیابی منفی در زنان مراجعه کننده گان به مراکز زیبایی شهر اهواز انجام گرفت.

روش: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه مورد بررسی ۳۰ نفر از مراجعه کننده گان به مراکز زیبایی در سال ۱۳۹۶ در شهر اهواز بود که بر اساس نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه روی گروه آزمایش صورت گرفت. ابزار مورد استفاده مقیاس های خود تمایز سازی، نگرانی از بدریختی بدنی و ترس از ارزیابی منفی بود که در ابتدای پژوهش توسط شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۰ و به روش تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج بین گروهی نشان داد که تمایز یافتگی خود، نگرانی از بدریختی بدن و ارزیابی منفی در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی دار دارند ($P < 0/05$). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تمایز یافتگی خود و کاهش نگرانی از بدریختی بدن و ارزیابی منفی شده است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به عناصر درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند روش مناسبی برای اصلاح عوامل مؤثر بر انجام جراحی زیبایی باشد.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمایز یافتگی خود، نگرانی از بدریختی بدن، ترس از ارزیابی منفی، مراجعه کننده گان به مراکز زیبایی

مقدمه

نیمرخ شخصیتی هر فرد، یکی از عوامل مهم در تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی است (داولینگ، جکسون، هانگمن و فرانسیس^۴، ۲۰۱۱). یکی از عوامل تأثیرگذار از خودتوصیفی بدنی میزان خود متمایزسازی^۵ افراد است. افراد تمایز یافته تعریف مشخصی از خود دارند و در موقعیت‌های شدیداً عاطفی، که در بسیاری از افراد منجر به بروز رفتارهای غیرعادی و گرفتن تصمیمات نافرجام می‌شود، کنترل خود را از دست نداده و با در نظر گرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری می‌کنند (اسکورون و دندی^۶، ۲۰۰۴). افراد واجد ویژگی تمایز یافتگی، به حدی از بلوغ عاطفی رسیده‌اند که قادر به کنترل روابط باشند (کرانیان و کاکابرایی، ۱۳۹۴) و اگر در روابط بین فردی آنان مشکلی پیش بیاید، فعالانه به حل مشکل می‌پردازند و نیازی نمی‌بینند که برای حل این مشکلات، به راهبردهای ناسازگارانه‌ای چون تغییر شکل بدنی خود، فکر نمایند (خانجانی، باباپور و گریزه، ۱۳۹۱).

یکی دیگر از عوامل مؤثر در انجام جراحی زیبایی، نگرانی از بدریختی بدن^۷ است (خزیر، دهداری و محمودی، ۱۳۹۲). نگرانی از بدریختی بدنی دو بعد دارد: ادراکی و ارزیابی. بعد ادراکی اشاره دارد به اینکه فرد تا چه اندازه‌ای شایستگی او با ظاهرش سنجیده می‌شود و بعد ارزیابی، به رضایت فرد از ظاهر بدنی وی اشاره دارد (کش^۸، ۲۰۱۲). نگرانی از بدریختی بدنی به صورت فعالانه بر رفتار، عزت نفس و مشکلات روان‌شناختی فرد تأثیر دارد (کش، سانتوس و ویلیامز^۹، ۲۰۰۵) و به همین دلایل افراد به راهکارهایی نظیر اقدام به اعمال جراحی

از دلایلی که افراد از جمله زنان متحمل جراحی‌های زیبایی می‌شوند اغلب اوقات عزت نفس پایین و فقدان تصورات مثبت از خود، بدریختی بدنی یا کسب توجه عمومی، است (دری جانی و ابراهیمی نژاد، ۱۳۹۴). ارزیابی‌های منفی و عزت‌نفس پایین مادران می‌تواند تأثیرات مخربی بر ارزیابی از خود دختران آن‌ها داشته باشد؛ بنابراین اهمیت به سلامت زنان در ارتقاء سلامت خانواده می‌تواند تأثیرگذار باشد (شریفی، مسعودی علوی، تقریبی، سوکی، عسکریان و همکاران، ۱۳۹۰). تحقیقات نشان داده که زنان بیش از مردان به جراحی زیبایی تمایل دارند چرا که زنان بدن خود را به عنوان یک جسم بررسی می‌کنند و زیبایی ظاهری بدنشان برایشان اهمیت دارد، درحالی‌که مردان تمرکزشان بر کارآمد بودن عملکرد بدنشان است و کمتر به زیبایی ظاهری آن اهمیت می‌دهند (لیپوسکا، لیپوسکی، اولزوسکی و دیکاسکایک^۱، ۲۰۱۶). البته پژوهش صاحب‌الزمانی، چاله-چاله و فراهانی^۲ (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که عمل زیبایی در افزایش رضایت جنسی زنان مؤثر است؛ ولی در افزایش عزت نفس و رضایت جنسی همسر تأثیری ندارد. از آنجا که افراد، اغلب انتظارات غیرواقعی در مورد نتایج عمل جراحی زیبایی دارند و انتظار دارند که این جراحی، به عنوان راه حل برای مشکلات در سایر حوزه‌های زندگی باشد، اغلب از نتایج عمل جراحی خود ناراضی‌تری دارند (علوی، کلافی، ده‌بزرگی و جوادپور، ۲۰۱۱؛ سویز، اسپیتز و بری^۳، ۲۰۱۷).

^۴- Dowling, Jackson, Honigman, & Francis

^۵- Differentiating of self

^۶- Skowron & Dnday

^۷- Body dysmorphic concern

^۸- Cash

^۹- Cash, Santos & Williams

^۱- Lipowska, Lipowski, Olszewski & Dykalska-Bieck

^۲- Sahebalzamani, Chale Chale & Farahani,

^۳- Sweis, Spitz & Barry

در آمیختگی شناختی است تا فرد به این مفهوم پی ببرد که افکارش از او جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای پذیرفتن احساسها، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آنها، فرار از آنها یا توجه مجدد به آنها است. تماس با لحظه حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربه اینجا و اکنون. مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم نسبت به خود که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است (هاسکر، ۲۰۱۰). فکوری جویباری، حسن‌زاده و عباسی (۱۳۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تمایز یافتگی خود و سلامت روان فرزندان جانبازان مؤثر بود. صادقی معین (۱۳۹۶) در پژوهش خود دریافت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تمایز یافتگی دانشجویان تأثیر دارد. حبیب‌اللهی و سلطانی‌زاده (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش معنادار ناراضی‌تی بدنی و ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان می‌شود.

اثرات گسترش نامطلوب جراحی‌های زیبایی، زیربنایی شناختی و عاطفی دارد. وقتی افراد جامعه و به خصوص جوانان نتوانند از طریق توانایی‌های شخصی خود مورد توجه قرار گیرند و گروه‌های مرجع نیز نتوانسته‌اند آنان را در شناخت هویت خود یاری کنند، به این ترتیب ظاهری‌ترین لایه هویت هر فرد چنان برجسته می‌شود که دیگر ابعاد وجودی‌اش را به حاشیه می‌راند (عباس‌زاده، اقدسی علمداری، سعادت‌ی و مبارک بخشایش، ۱۳۹۱). اثربخشی این درمان به طور مستقیم در متقاضیان جراحی زیبایی بررسی نشده است و با توجه به پژوهش‌های

زیبایی می‌نمایند (عباس، کوکواغلو، آیتاپ یویسال و پلین^۱، ۲۰۱۷).

از جمله اختلالات رایج در متقاضیان جراحی‌های پلاستیک، اختلال اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی^۲، مورد انتقاد قرار گرفتن و یا طرد شدن است که به دنبال آن فرد به اجتناب مفرط از موقعیت‌های اجتماعی رو می‌آورد (آزالی علمداری، آذریان، قربانزاده و خوشنویس، ۱۳۹۵). اجتناب و عدم حضور در اجتماع به دلیل ترس از ارزیابی منفی می‌تواند به منفعل شدن ختم شود. این افراد از تماس فیزیکی با دیگران اجتناب می‌نمایند و رفتارهای اجتنابی برای حضور در اجتماع از خود نشان می‌دهند (بریتو، ناهاس، کرداس، گاما اسکوپیرا^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). تصویر بدنی و ارزیابی خود خود به صورت منفی این انتظار را در فرد ایجاد می‌کند که گویا دیگران نیز آنها را به طور منفی ارزیابی می‌کنند و در پی آن فرد خواستار تغییر در تصویر بدنی خود خواهد شد تا بتواند تصویر بدنی حقیقی خود را به تصویر بدنی ایده‌آلش نزدیک کند (ایبن^۴، ۲۰۱۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ از رایج‌ترین نوع درمان پذیرش هیجانات عاطفی و انعطاف‌پذیری است (کاوسیان، حریفی و کریمی، ۱۳۹۶). هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر است و شش فرایند مرکزی دارد که عبارت‌اند از: گسلش شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (هاسکر^۶، ۲۰۱۰). گسلش برای جلوگیری از درآمیختگی

1- Abbas, Kukcuoglu, Aytop, Uysal & Pelin

2- Fear of negative evaluation

3- Brito, Nahas, Cordas, Gama, Sucupira

4- Ebben

5- Treatment based on admission and commitment

6- Hasker

تمایل به شرکت در این طرح را داشتند دعوت به عمل آمد. تعداد ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها که دارای ملاک حضور در پژوهش بودند، انتخاب و به صورت تصادفی دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در طی نمونه‌گیری، به شرکت‌کنندگان اعتماد به حدود رازداری و محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه و شخصی افراد داده شد و جلسه پیش‌آزمون با تکمیل سؤالات مقیاس‌های تمایز یافتگی خود، نگرانی از بدریختی بدن و ارزیابی منفی بر همه افراد نمونه هر دو گروه اجرا شد. در مرحله بعد گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی طی نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت دو بار در هفته بر اساس پکیج هیز^۱ (۲۰۰۸) بر روی گروه آزمایش آغاز شد. برای گروه کنترل یک جلسه آشنایی و مشاوره درباره جراحی زیبایی برگزار شد اما تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفت. پس از اتمام نه جلسه مداخله و درمان گروه آزمایش، جلسه پس‌آزمون در هر دو گروه با مقیاس‌های مذکور اجرا شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش و قدردانی از گروه کنترل بعد از اتمام درمان، پیشنهاد برگزاری یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت‌کنندگان علاقه‌مند داده شد. رئوس کلی مطالب جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۰ در دو قسمت توصیفی (شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیری و یک راهه) انجام شد.

صورت گرفته و ابعاد و عناصر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این درمان شاید بتواند در بهبود شناختی و برجسته نمودن توانمندی‌ها و ارزش‌های وجودی زنان متقاضی جراحی زیبایی مؤثر واقع گردد. همچنین چون پژوهش‌ها به تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درمان اضطراب، اشاره نموده‌اند؛ لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود تمایز یافتگی (عاملی مهم در کنترل نگرانی‌ها و استفاده از راهبردهای سازگارانه در چنین موقعیت‌ها) و نگرانی از بدریختی بدن و ارزیابی منفی در زنان مراجعه‌کنندگان به مراکز زیبایی شهر اهواز بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیق نیمه تجربی و از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کنندگان به مراکز زیبایی شهر اهواز بود که از این بین ۳۰ شرکت‌کننده به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش، عدم وجود اختلال روان‌پزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم وقوع رخداد تنش‌زا مانند طلاق، مرگ عزیزان و غیره در شش ماه گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل دو جلسه غیبت در جلسات درمان، عدم همکاری در تکمیل کردن پرسشنامه‌ها و پر کردن پرسشنامه به شکل نادرست و نامعتبر بود. ابتدا با مراجعه به مطب پزشکان جراحی زیبایی در شهر اهواز و پس از اخذ مجوز از پزشک، از زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مرکز، که

^۱ - Hayes

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان

| جلسات | محتوای جلسات |
|------------|---|
| جلسه اول | فهم کامل ماهیت اضطراب و شناخت راهبردهای مقابله با آن بر اساس نتایج پرسشنامه و یا هر روش دیگری. |
| جلسه دوم | در نظر گرفتن کنترل به عنوان یک مشکل، کنترل رویدادهای شخصی و ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه سوم | پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی او از این موضوع که کنترل خود معضل است. |
| جلسه چهارم | ایجاد یک جهت گیری برای توسعه مهارت های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای نگرانی و معرفی مفهوم گسلش |
| جلسه پنجم | معرفی اهمیت ارزش ها و چگونگی تمایز آن ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده برای شناسایی یک رفتار ارزشی، به منظور رسیدن به ارزش های مشخص. |
| جلسه ششم | تداوم ایجاد یک جهت گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه های عملی بیشتر برای پرورش گسلش. |
| جلسه هفتم | توجه به عملکرد هیجانات، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانات واضح و مبهم. |
| جلسه هشتم | معرفی تمایز بین خودهای مشاهده گر و خودهای مفهومی و شناسایی ارتباط بین مفهوم سازی های خود و اضطراب و نگرانی. |
| جلسه نهم | جلسه ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب ها جهت رسیدن به آن اهداف. |

ابزار

کرونباخ محاسبه شده توسط اسکورن و فریدلندر^۳ (۱۹۹۸) ۰/۸۸ می باشد. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد. **مقیاس نگرانی از تصویر بدنی**^۴ این مقیاس توسط لیتلتون، اکسوم و پورای^۵ (۲۰۰۵) ساخته شده است. حاوی ۱۹ آیتم است که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ی ظاهرش می پردازد. در پاسخ به هر سؤال باید به یک مقیاس ۵ درجه لیکرتی پاسخ دهند که طیف پاسخ ها به صورت: ۱ (هرگز)، ۲ (به ندرت)، ۳ (گاهی)، ۴ (اغلب)، ۵ (همیشه) است. نمره ی کل مقیاس بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که نمرات بالاتر بیانگر نارضایتی بیشتر از تصویر بدنی است. نمره بین ۱۹ تا ۳۸: میزان ترس از تصویر ظاهر و اندام خود پایین است. نمره بین ۳۸ تا ۵۷: ترس از تصویر ظاهر و اندام خود متوسط است. نمره بالاتر از ۵۷: ترس از تصویر ظاهر و اندام خود بالا است. این ابزار دو

در این پژوهش از سه مقیاس خود متمایز سازی، نگرانی از بدریختی بدنی و ترس از ارزیابی منفی استفاده شد. **مقیاس خود متمایز سازی**^۱: توسط اسکورن^۲ (۲۰۰۰) ساخته شده است، ابزاری ۴۶ سؤالی بوده که به منظور سنجش میزان تمایز یافتگی افراد به کار می رود. این مقیاس با مقیاس لیکرت و در یک ردیف ۶ گزینه ای درجه بندی شده است. مقیاس مذکور از ۴ خرده مقیاس هم آمیختگی عاطفی با دیگران، جایگاه من، گریز عاطفی و واکنش پذیری عاطفی تشکیل شده است. به هر سؤال نمره ای بین ۱ و ۶ تعلق می گیرد. حداکثر نمره این مقیاس برابر با ۲۷۶ است. نمره کمتر در این مقیاس نشانه سطوح پایین تمایز یافتگی است. اسکیان، ثنایی ذاکر و نوایی نژاد (۱۳۸۷) پایایی این مقیاس را با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه کرده و همچنین ضریب آلفای

^۳- Friedlander

^۴- Body Dysmorphic Concern Inventory

^۵- Littleton, Axson & Pury

^۱- Differentiating of self Inventory

^۲- Skowron

را توصیف می‌کنند. شکری و همکاران (۱۳۸۷) مقیاس ترس از ارزیابی منفی را بر ۳۲۵ دانش‌آموز دبیرستانی اجرا کردند و پایایی را ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی این پژوهش از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب ۳۲/۷۳ و ۷/۰۶ و گروه کنترل ۳۱/۴۷ و ۹/۷۴ بود. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۱۳ نفر از شرکت‌کنندگان کارشناسی، ۱ نفر کارشناسی ارشد و یک نفر نیز تحصیلات خود را ذکر نکرده بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات همگی افراد، کارشناسی بود. در گروه آزمایش ۶ نفر از شرکت‌کنندگان خانه‌دار و ۹ نفر شاغل بودند. در گروه کنترل، ۵ نفر از شرکت‌کنندگان خانه‌دار و ۱۰ نفر شاغل بودند. نتایج بررسی شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف نمرات خود متمایزسازی، نگرانی از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است.

عامل دارد که عامل اول نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریس کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده را در برمی‌گیرد. عامل دوم میزان تداخل نگرانی درباره‌ی ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد. لیتتون و همکاران (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ به دست آوردند. محمدی و سجادی نژاد (۱۳۹۲) با تحلیل عوامل ساختار عاملی مقیاس را در دانشجویان تأیید نمودند و آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی این پژوهش از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس ترس از ارزیابی منفی: نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی توسط لری (۱۹۸۳) دارای ۱۲ پرسش است که میزان اضطراب تجربه شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس روی یک طیف پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ = هرگز صدق نمی‌کند تا ۵ = تقریباً همیشه صدق می‌کند). نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر تجربه اضطراب و ترس هستند. در این مقیاس پرسش‌های نمره‌گذاری شده مثبت (هشت پرسش) و پرسش‌های نمره‌گذاری شده معکوس (چهار پرسش باقی‌مانده) وجود ترس و نگرانی

جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد برای نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|----------------------------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| هم‌آمیختگی عاطفی با دیگران | ۳۳/۰۵ | ۴/۵۱ | ۲۴/۹۰ | ۵/۴۷ |
| | ۳۱/۰۵ | ۴/۵۱ | ۲۷/۵۰ | ۴/۹۳ |
| جایگاه من | ۳۸/۸۰ | ۴/۹۳ | ۴۶/۸۰ | ۴/۶۰ |
| | ۳۸/۲۰ | ۳/۰۷ | ۳۷/۹۵ | ۳/۴۲ |
| گریز عاطفی | ۳۶/۳۰ | ۳/۴۸ | ۳۰/۹۰ | ۳/۵۲ |
| | ۳۷/۲۵ | ۲/۹۵ | ۳۷/۳۰ | ۳/۵۲ |
| واکنش‌پذیری عاطفی | ۳۸/۵۳ | ۴/۳۴ | ۳۰/۹۰ | ۴/۴۲ |

خود متمایزسازی

| | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|--------|--------------------------------|
| ۴/۱۷ | ۳۷/۲۰ | ۳/۸۳ | ۳۷/۱۶ | کنترل | |
| ۱۲/۳۱ | ۱۱۱/۶۵ | ۱۲ | ۹۹/۹۵ | آزمایش | نمره کل خود متمایز سازی |
| ۱۲/۸۴ | ۸۵/۴۰ | ۱۱/۸۶ | ۹۶/۸۰ | کنترل | |
| ۱۱/۸۳ | ۴۷/۷۰ | ۱۱/۳۵ | ۵۵/۸۵ | آزمایش | نگرانی از تصویر بدنی |
| ۹/۳۵ | ۵۶/۱۰ | ۸/۸۵ | ۵۶/۸۰ | کنترل | |
| ۸/۲۹ | ۴۰/۷۰ | ۹/۶۲ | ۴۹/۳۳ | آزمایش | ترس از ارزیابی منفی |
| ۸/۶۶ | ۴۸/۱۰ | ۸/۷۴ | ۴۸/۷۱ | کنترل | |

بودن توزیع نمره‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنف و فرض برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی و در مورد همه متغیرها تأیید شد. جهت بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات شرکت کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تحلیل آماری کوواریانس استفاده شد. نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش میانگین نمرات خود متمایز سازی افزایش و نمرات نگرانی از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی شرکت کنندگان کاهش داشته است و در گروه کنترل میانگین نمرات شرکت خود متمایز سازی، نگرانی از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی شرکت کنندگان تفاوت چندانی نداشته است. همچنین برای بررسی نرمال

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه

| نام آزمون | مقدار | درجه آزادی فرض شده | درجه آزادی خطا | F | سطح معنی داری | مجذور آتا | توان آماری |
|--------------------------|-------|--------------------|----------------|------|---------------|-----------|------------|
| آزمون اثر پیلابی | ۰/۷۲ | ۷ | ۲۵ | ۹/۳۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۲ | ۱/۰۰ |
| آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۲۷ | ۷ | ۲۵ | ۹/۳۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۲ | ۱/۰۰ |
| آزمون اثر هتلینگ | ۲/۶۱ | ۷ | ۲۵ | ۹/۳۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۲ | ۱/۰۰ |
| آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی | ۲/۶۱ | ۷ | ۲۵ | ۹/۳۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۲ | ۱/۰۰ |

کردن این‌که در کدام متغیرها تفاوت وجود دارد از تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات متغیرهای وابسته (تمایز یافتگی خود، نگرانی از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

در جدول ۳ آورده شده است که با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معنی داری همه آزمون‌ها نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تمایز یافتگی خود، نگرانی از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی) تفاوت معنی داری وجود دارد $P < 0/0001$ و $F = 14/40$ ؛ بنابراین برای مشخص

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری | مجدوراتا | توان آماری |
|------------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|----------|------------|
| هم آمیختگی با عاطفی | پیش آزمون | ۶۲۸/۳۸ | ۱ | ۶۲۸/۳۸ | ۱۵۹/۷۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۷ | ۱ |
| | گروه | ۳۲۳/۰۳ | ۱ | ۳۲۳/۰۳ | ۸۲/۱۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۸ | ۱ |
| | خطا | ۱۴۵/۵۲ | ۲۷ | ۳/۹۳ | | | | |
| جایگاه من | پیش آزمون | ۴۹۵/۷۶ | ۱ | ۴۹۵/۷۶ | ۹۲/۱۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۱ | ۱ |
| | گروه | ۱۸۶/۷۵ | ۱ | ۱۸۶/۷۵ | ۳۴/۷۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۸ | ۱ |
| | خطا | ۱۹۸/۹۸ | ۲۷ | ۵/۳۷ | | | | |
| گریز عاطفی | پیش آزمون | ۵۰۰/۵۸ | ۱ | ۵۰۰/۵۸ | ۱۶۰/۰۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱ |
| | گروه | ۲۹۹/۰۵ | ۱ | ۲۹۹/۰۵ | ۷۳/۲۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۶ | ۱ |
| | خطا | ۱۱۵/۷۱ | ۲۷ | ۳/۱۲ | | | | |
| واکنش پذیری عاطفی | پیش آزمون | ۴۴۳۸/۴۸ | ۱ | ۴۴۳۸/۴۸ | ۱۶۸/۶۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۲ | ۱ |
| | گروه | ۲۲۳۰/۳۷ | ۱ | ۲۲۳۰/۳۷ | ۸۴/۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱ |
| | خطا | ۹۷۳/۶۶ | ۲۷ | ۲۶/۳۱ | | | | |
| نمره کل خود متمایزسازی | پیش آزمون | ۳۵۳۲/۷۵ | ۱ | ۷۵۳۵۳۲ | ۳۲۲/۷۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۹ | ۱ |
| | گروه | ۳۷۹/۵۲ | ۱ | ۳۷۹/۵۲ | ۳۴/۶۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۸ | ۱ |
| | خطا | ۴۰۴/۹۹ | ۲۷ | ۱۰/۹۴ | | | | |
| نگرانی از تصویر بدنی | پیش آزمون | ۸۸۷۴/۰۱ | ۱ | ۸۸۷۴/۰۱ | ۱۲۷/۷۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۷ | ۱ |
| | گروه | ۳۰۷۰/۳۶ | ۱ | ۳۰۷۰/۳۶ | ۴۴/۲۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۴ | ۱ |
| | خطا | ۲۵۷۰/۱۸ | ۲۷ | ۶۹/۴۶ | | | | |
| نرس از ارزیابی منفی | پیش آزمون | ۴۶۰/۷۶ | ۱ | ۴۶۰/۷۶ | ۱۱۱/۹۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱ |
| | گروه | ۱۲۶/۳۲ | ۱ | ۱۲۶/۳۲ | ۳۰/۷۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۵ | ۱ |
| | خطا | ۱۵۲/۲۳ | ۲۷ | ۴/۱۱ | | | | |

واکنش پذیری عاطفی و تمایز یافتگی به طور کلی، در گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش هم آمیختگی عاطفی، گریز عاطفی و واکنش پذیری عاطفی و افزایش جایگاه من و نمره کل تمایز یافتگی شده است. با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=۴۴/۲۰$ و $p<۰/۰۰۰۱$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین نگرانی از تصویر بدنی گروه آزمایش نسبت به

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ هم آمیختگی عاطفی ($F=۸۲/۱۳$ و $p<۰/۰۰۰۱$)، جایگاه من ($F=۳۴/۷۲$ و $p<۰/۰۰۰۱$)، گریز عاطفی ($F=۷۳/۲۴$ و $p<۰/۰۰۰۱$)، واکنش پذیری عاطفی ($F=۸۴/۷۵$ و $p<۰/۰۰۰۱$) و نمره کل خود متمایزسازی ($F=۳۴/۶۷$ و $p<۰/۰۰۰۱$) تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین هم آمیختگی عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی،

میانگین گروه گواه، موجب کاهش نگرانی از تصویر بدنی گروه آزمایش شده است. همچنین با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ ترس از ارزیابی منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=30/70$ و $p<0/0001$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین ترس از ارزیابی منفی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش ترس از ارزیابی منفی گروه آزمایش شده است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخلات روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایز یافتگی خود، نگرانی از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی در زنان مراجعه کننده به مراکز زیبایی شهر اهواز انجام گرفت. در ذیل نتایج به دست آمده مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج به دست آمده، مشاهده می‌گردد که با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تمایز یافتگی خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین تمایز یافتگی خود در گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تمایز یافتگی خود در گروه آزمایش شده است ($p<0/05$). پژوهش‌ها در زمینه موضوع حاضر بسیار محدود بود. نتایج پژوهش حاضر به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های صادقی معین (۱۳۹۶)، مظلومی و ابراهیمی‌نژاد (۱۳۹۵)، حبیب‌اللهی و سلطانی‌زاده (۱۳۹۴)، محمدی، صالح‌زاده ابرقوئی و نصیریان (۱۳۹۴)، فورمن و لاو^۱ (۲۰۱۴)، اسکندر^۲

(۲۰۱۳) همسو و همخوان بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که با توجه به تکنیک‌هایی که در رویکرد پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد مانند تمرینات مراقبه‌ای، تمرینات تجربه‌ای، استعاره‌ها و قراردادهای زبانی (هیز و استروساه،^۳ ۲۰۱۰)، اغلب باعث افزایش توانمندی افراد برای سازگاری با مشکلات زندگی خواهد شد. این رویکرد، باعث افزایش توانایی زندگی در زمان حال و بهزیستی ذهنی می‌شود و افراد در موقعیت‌های شدیداً عاطفی و آشفته، از طریق افزایش تمرکز بر زمان حال و بالا بردن سطح درگیری منطقی و مثبت با مسائل زندگی، کنترل خود را از دست نداده و با در نظر گرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری می‌کنند، قادر به کنترل روابط هستند و به جای تأکید بر رفتارهای آشفته هیجانی، بیشتر بر تجارب و پیدا نمودن راه‌حل متمرکز هستند (صادقی معین، ۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شیوه درمانی است که با استفاده از آن می‌توان باعث افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرد شد و در آن فرد، به جای اجتناب از رویارویی با مشکلات و نگاه پیش‌داورانه و غرض‌ورزانه به آن‌ها، با واقعیت‌ها روبه‌رو می‌شود و با تأکید بر پذیرش واقعیت، به گونه‌ای خودکارآمد به حل آن می‌پردازد (فورمن و لاو، ۲۰۱۴). در این رویکرد به افراد کمک می‌شود تا واکنش‌ها و افکار منفی را به شیوه‌های جدید تجربه کنند و به مهار و پذیرش موقعیت‌ها و افکاری که قبلاً از آن‌ها اجتناب کرده‌اند، پردازند و در نتیجه پریشانی آن‌ها کاهش خواهد یافت (دیویس، مورینا، پاورز، اسمیتسو امل کمپ^۴، ۲۰۱۴). امروزه متقاضیان جراحی زیبایی، با این روش درمانی به دنبال حل مشکلات عاطفی و روابط بین فردی خود

³- Hayes & Strosah

⁴- Davis, Morina, Powers, Smits&Emmelkamp

¹- Forman & Lowe

²- Skandar

و بر طرحواره های مرتبط به شکل، وزن، ظاهر بر فرایند اطلاعات درباره‌ی تصویر بدنی اثر می‌گذارد. نارضایتی از تصویر بدنی، باعث افکار پریشان کننده‌ای خواهد شد که منجر به قضاوت‌های منفی فرد از خود و رفتارهای دیگران خواهد شد و در نتیجه اعتماد به نفس فرد را مخدوش می‌سازد. این افکار باعث ایجاد رفتارهای آشفته مانند دوری، اجتناب از روابط بین فردی خواهد شد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱). عوامل مختلفی نظیر همسالان، رسانه‌ها و ... در تصویر بدنی و توجه به ظاهر خود، تأثیر دارند و افراد را تحریک می‌کنند که به جذابیت ظاهری خود توجه کنند نه به صفات درونی. ارزیابی افراد از خود تحت تأثیر بازتاب‌های ذهنی و طرز تفکر آن‌ها نسبت به خودشان است (کش، ۲۰۱۲). رویکرد پذیرش و تعهد معتقد است که به محض آن‌که تجارب خصوصی (افکار، تصورات، احساسات، خاطرات و طغیان‌های درونی) برجسب می‌خورند، بلادرنگ نزاع و کشمکشی با آنان شروع می‌شود؛ زیرا علائم به عنوان یک موضوع آسیب‌زا و مرضی معنی می‌گردند (آنچه که ما تلاش می‌کنیم از آن خلاص شویم). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به عنوان علائم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرد که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند (هریس^۳، ۲۰۰۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد زمینه‌ای است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات متعهد گردد.

یافته پژوهش نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ ترس از ارزیابی منفی

هستند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مبنای پذیرش، روبه روشن شدن با مسئله و مواجهه مستقیم و اجتناب از گریز عاطفی از مسائل را آموزش می‌دهد. در این رویکرد فرد تلاش می‌کند که خود به طور مستقیم به حل منطقی مسئله بپردازد و از راهبردهای سازگارانه‌ای به حل مسئله بپردازد، تصمیم‌گیری بر اساس هیجانات، فرد را به سمت پاک کردن صورت مسئله و اتخاذ شیوه‌های ناسازگارانه حل مسئله نظیر تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی سوق خواهد داد (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین فرد با یادگیری الگوهای رفتاری جدید و مهار موقعیت‌های قبلی که در آن به شیوه‌ای ناکارآمد تصمیم‌گیری می‌نموده، حس روشن‌تری از خود، خواهد داشت و جایگاه من در فرد تثبیت خواهد شد. در نتیجه این درمان، به جهت ایجاد آگاهی لحظه به لحظه از تمام رفتار و اعمال، توجه به مسائل و تلاش برای حل آن، به فرد کمک خواهد کرد که حتی در روابط بین فردی منطقی عمل نموده، مسئولیت اعمال خود را پذیرفته و استقلال خود را حفظ نماید (ایبن، ۲۰۱۴).

با توجه به نتایج به دست آمده، مشاهده می‌گردد که با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نگرانی از تصویر بدن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین نگرانی از تصویر بدن گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش نگرانی از تصویر بدن گروه آزمایش شده است ($p < 0/05$). نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های گراهام، گوئیک، کراها و گیلاندرز^۱ (۲۰۱۶) و مارگولیس و ارسیلو^۲ (۲۰۱۶) همسو و همخوان بود. نارضایتی از تصویر بدنی یک سازه‌ی پیچیده از تصویر ذهنی درباره‌ی اندازه، شکل، ظاهر به بدن و احساسات نسبت به این ویژگی‌ها است

^۱- Graham, Gouick, Krahé & Gillanders

^۲- Margolis & Orsillo

^۳- Harris

بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. همچنین در جلسات بعدی که بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود، افراد نقاط مثبت و منفی خود را دوباره مورد سنجش قرار می‌دهند و سعی می‌کنند قضاوت درستی در مورد مشکلات خود بکنند. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آن که روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعه کنندگان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است خلاص نماید و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش هم آمیختگی عاطفی، گریز عاطفی و واکنش‌پذیری عاطفی و افزایش جایگاه من و نمره کل تمایز یافتگی شده است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، موجب کاهش نگرانی از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی شد. پژوهش حاضر به فواید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی با زمینه‌های عاطفی و شناختی اشاره کرد. از محدودیت این پژوهش، محدود بودن نمونه پژوهش به مراجعه کنندگان به مراکز زیبایی اهواز، عدم وجود مرحله پیگیری و استفاده از پرسشنامه در جمع‌آوری داده‌ها بود. این محدودیت‌ها تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند؛ با وجودی که شرکت کنندگان در

تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین ترس از ارزیابی منفی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش ترس از ارزیابی منفی گروه آزمایش شده است ($p < 0.05$). نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های حبیب‌اللهی و سلطانی‌زاده (۱۳۹۴)، محمدی، صالح‌زاده ابرقوئی و نصیریان (۱۳۹۴) و فورمن و لاو^۱ (۲۰۱۴)، همسو و همخوان بود. ترس از ارزیابی منفی و اضطراب ناشی از آن، سبب اجتناب از رویارویی با دیگران خواهد شد، این اجتناب نیز سبب محدودیت تجربه افراد در روابط اجتماعی و ناکارآمدی در روابط اجتماعی خواهد شد. این سیکل معیوب ادامه یافته و ترس از ارزیابی منفی را افزایش می‌دهد (بریتو و همکاران، ۲۰۱۶). از آنجایی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر مواجهه منطقی و عدم آشفتگی هیجانی تأکید دارد و افراد را تشویق می‌کند که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها گردند، این تمرینات کمک می‌نمایند تا فرد مستقیماً با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود خصوصاً در جلسات درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل و یا کشمکش با آن‌ها، تجربه نماید. فرد به طور کامل افکار و هیجانات مربوط به تصور بدنی خود را تجربه می‌کند. در نهایت این درمان، باعث کاهش نگرانی از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی می‌گردد (حبیب‌اللهی و سلطانی، ۱۳۹۴). در جلسات مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد که انعطاف‌پذیری روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی آموزش داده می‌شود. جداسازی شناختی باعث می‌شود افراد، مشکلات خود را از بیرون ببینند و راحت‌تر در مورد مشکلات خود حرف بزنند و این به فرد کمک می‌کند تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را

¹ - Forman & Lowe

abdominoplasty. *Aesthetic Surgery Journal*, 36, 324-332.

Cash TF, Santos MT, Williams EF. (2005). Coping with body- image threat and challenges: Validation of the body Image coping strategies Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(2), 191-199.

Cash TF. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 3(2), 334-42.

Davis M, Morina N, Powers M, Smits J, Emmelkamp P. (2014). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-6.

Dori Jani T, Ebrahimi Nejad Gh. (2015). Relationship between concern about body image and self-esteem (academic and social) with social anxiety. *International Conference on Psychology and the Culture of Life*, Istanbul, July. (In Persian).

Dowling NA, Jackson AC, Honigman RJ, Francis KL. (2011). Psychological characteristics and outcomes of elective cosmetic surgery patients: the influence of cosmetic surgery history. *Plastic Surgery Nurses*, 31(4), 176-84.

Ebben WP. (2014). Body image as a motivator and barrier to exercise participation. *International Journal of Exercise Science*, 3(1), 14-24.

Eskandar M. (2013). Correlation of perceived body image and physical activity in women and men according to the different levels of Body Mass Index (BMI). *Journal of Health Promotion Management*, 2(2), 59-70.

Fakuri Joybari Z, Hassanzadeh R, Abbasi Gh. (2019). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to self-differentiation and mental health of veterans' children. *Journal of Social Health*, 6 (3), 326-314. (In Persian).

Forman EM, Lowe MR. (2014). Efficacy of an acceptance based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 45-50.

پژوهش حاضر همگی رضایت کتبی شرکت در آزمایش را پر نموده بودند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از پزشکان و متخصصین جراحی پلاستیک شهر اهواز و کلیه شرکت کنندگان در پژوهش که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نماییم.

References

Abbas OL, Kukcuoglu A, Aytop CD, Uysal C, Pelin C. (2017). Perception of symmetry in aesthetic rhinoplasty patients: Anthropometric, demographic, and psychological analysis. *Perception*, 46, 1151-1170.

Abbaszadeh M, Aqdasi Alamdari F, Saadati M, Mubarak Bakhshai M. (2012). Sociological study of the tendency to beauty with plastic surgery and related factors. *Journal of Applied Sociology*, 23 (3), 140-123. (In Persian).

Alavi M, Kalafi Y, Dehbozorgi GR, Javadpour A. (2011). Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64, 738-741.

Askian P, Sanaei Zakir B, Nawabi Nejad Sh. (2008). Investigating the effect of psychodrama on the increase in individual segregation from the main family in high school female students in District 5 of Tehran. *Counseling research (news and counseling research)*, 7 (25), 27-42. (In Persian).

Azali Alamdari K, Azaryan S, Ghorbanzadeh B, Khoshnevis F. (2016). Figure rating and body appreciation in sedentary and those women present in sport activities from Tabriz City. *JHPM*, 5 (3), 1-14. (In Persian).

Brito MJ, Nahas FX, Cordas TA, Gama MG, Sucupira ER, Ramos TD. (2016). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and body weight concerns in patients seeking

- Graham CD, Gouick J, Krahe C, Gillanders D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58.
- Habibollahi A, Soltanizadeh M. (2016). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Body Dissatisfaction and Fear of Negative Evaluation in Girl adolescents with Body Dysmorphic Disorder. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 25 (134), 278-290. (In Persian).
- Harris R. (2009). *ACT made simple: Aneasy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. (pp. 3-29). New York, NY: Springer ScienceBusiness Media.
- Hasker SM. (2010). Evaluation of the Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) approach for enhancing athletic performance. Dissertation for the Degree Doctor of Psychology, University of Pennsylvania.
- Hayes SC, Strosah KD. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer science and business media Inc.
- Hayes SC. (2008). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Kavousian J, Haniffi H, Karimi K. (2017). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction in Couples. *JHC*, 19 (1), 75-87. (In Persian).
- Khanjani Z, Babapour J, Saba G. (2012). Investigating Mental Status and Body Image in Cosmetic Surgery Applicants in Comparison with Non-applicants. *JSSU*, 20 (2), 237-48. (In Persian).
- Khazir Z, Dehdari T, Mahmoodi M. (2014). Attitude of female medical students towards cosmetic surgery and its relation with body image. *RJMS*. 20 (117), 1-9. (In Persian).
- Kranian F, Kakabarai K. (2015). Investigating the relationship between differentiated and variable variables in nurses in Kermanshah city. 3rd International Conference on Psychology and Social Sciences, Tehran, October. (In Persian).
- Leary RM. (1983). A Brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371- 375.
- Lipowska M, Lipowski MZ, Olszewski H, Dykalska-Bieck D. (2016). Gender differences in body-esteem among seniors: Beauty and health considerations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67 (1), 160-170.
- Littleton HL, Axsom DS, Pury CL. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavior Research Thrapy*, 43(2), 229-241.
- 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.
- Mazlumi N, Ebrahimi Nejad Gh. (2016). Determining the effectiveness of a commitment-based group treatment approach and accepting the nose-raising of mothers with children with a learning disability problem in middle school. World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the Beginning of the Third Millennium, Shiraz, March. (In Persian).
- Mohammadi L, Salehzade Abarghoei M, Nasirian M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Men under Methadone Treatment. *JSSU*, 23 (9), 853-861. (In Persian).
- Mohammadi N, Sajjadinejad MS. (2007). Concerns about body image fear of negative evaluation and self-esteem with social anxiety. *Journal of Modern Psychological Research*, 16 (5), 70-55. (In Persian).
- Sadeghi Moein F. (2017). The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy training on the differentiation of individual well-being and living in the present. Master Thesis, Shahid Bahonar University, Kerman. (In Persian).

- Sahebalzamani M, Chale Chale Kh, Farahani H. (2018). Data for the level of women's self-esteem and couples' sexual satisfaction before and after mammoplasty. *Data in Brief*, 19 (1), 2344-2347.
- Sharifi K, Masoudi-Alavi N, Tagharobi Z, Sooki Z, Asgarian FS, Akbari H. (2011). Relationship between mothers' and daughters' self-esteem. *Feyz*, 15 (4), 352-358. (In Persian).
- Shokri O, Geravand F, Naghsh Z, Ali Tarkhan R, Paezi M. (2008). The Psychometric Properties of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *IJPCP*, 14 (3), 316-325. (In Persian).
- Skowron E, Friedlander M. (1998). The differentiation of self inventory: development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 235-246.
- Skowron EA, Dnday AK. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy an International Journal*, 26, 337-357.
- Skowron EA. (2000). The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 229-237.
- Sweis IE, Spitz J, Bary DR, Cohen M. (2017). A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 41, 949-954.