مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۰، اسفند ۱۴۰۰، ۱۳۳۸-۱۳۲۳

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متقاضی جراحی زیبایی: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی

فاطمه زهرا حامدی رستمی[۱]، ابراهیم محمدیان اکردی[۲]، شهربانو دهرویه[۳]، محترم عندلیب صحنه سرائی[۴]

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۰/۰۸/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۰/۰۹/۰۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۰۷

چکیده

زمینه و هدف: جراحی زیبایی، اقدامی طبی است که علی‌رغم هزینه‌های سنگین و تبعات جسمی و روانی، در ایران شیوع بالایی دارد. بنابراین لازم است تا مداخلاتی مؤثر برای بهبود آسیب‌های روانی در این افراد صورت پذیرد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متقاضی جراحی زیبایی شهرستان ساری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهرستان ساری در سال ۱۴۰۰ بود. از میان این مراجعین، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اختلال بدشکلی بدن Rabiei و همکاران و بهزیستی روان‌شناختی Ryffe استفاده شد. گروه آزمایش در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. جهت تحلیل داده‌ها از آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش اختلال بدریختی بدن و افزایش بهزیستی روان-شناختی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهرستان ساری شده است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد متقاضی جراحی زیبایی می‌تواند موجب افزایش سطح سلامت روان شود و اختلال بدریختی بدن را در آن‌ها کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بدریختی بدن، بهزیستی روان‌شناختی، جراحی زیبایی

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران
۲- (نویسنده مسئول): دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران
تلفن: ۰۱۱-۳۳۳۰۵۳۲۹، دورنگار: ۰۱۱-۳۳۳۰۵۳۲۹، پست الکترونیکی: Syavashmohammadian@yahoo.com
۳- دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران
۴- کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

مقدمه

جراحی زیبایی را نوعی جراحی برای تغییر دادن ظاهر بدن، در نبود بیماری، آسیب و جراحت یا مشکلات مادرزادی ارثی می‌دانند که می‌تواند عاملی برای بهبود کیفیت زندگی باشد [۱]. برخی جراحی زیبایی را یک روش رو به گسترش در بهبود کیفیت زندگی در افراد آسیب دیده جسمی، جهت افزایش اعتماد به نفس میدانند [۲]. این در حالی است که در چند دهه اخیر، جراحی زیبایی در سراسر دنیا به ویژه در برخی از مناطق از جمله ایران شیوع گسترده‌ای داشته است [۳]. مطالعات متعدد عواملی مانند نارضایتی از تصویر تن، اختلال بدشکلی بدنی، عزت نفس ضعیف، مشکلات سلامت روان، عوامل فرهنگی و تأثیر تبلیغات رسانه‌ای را به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر این گرایش معرفی کرده‌اند [۴]. یکی از جنبه‌های روان‌شناختی مورد بررسی در ارتباط با جراحی زیبایی، بدریختی بدن (Body dysmorphic) است [۴].

برخی افراد ترس مفرط و نگران کننده‌ای از ظاهر جسمانی خود دارند [۵] و همین نگرانی می‌تواند موجب گرایش آن‌ها به جراحی زیبایی شود. این نگرانی اغلب بر جنبه‌هایی از بدن مثل قد، وزن یا اندازه بینی و نازیبایی چهره متمرکز می‌شود و تمایل شدیدی به تغییر ظاهر خویش دارند [۶]. افرادی که اشتغال ذهنی وسواس گونه‌ای به ظاهر جسمانی خود دارند، اختلال بدریختی بدن قلمداد می‌شوند [۷] که در آن، افراد نگرانی دائمی از یک نقص اغراق‌آمیز یا تخیلی در ظاهر خویش دارند [۸]. گاهی نارضایتی از ظاهر جسمانی باعث می‌شود که افراد با روش‌های تهاجمی مثل جراحی پلاستیک ظاهر خویش را تغییر دهند [۹]. در اکثر متقاضیان جراحی پلاستیک، ملاک اصلی تشخیص اختلال بدریختی بدنی، احساس نقص در ظاهر بدنی و به ویژه در صورت است، در حالی که نقص‌ها تخیلی و یا بسیار خفیف می‌باشد [۱۰]. اختلال بدریختی بدنی با سایر اختلالات بالینی مانند افسردگی اساسی و اختلال وسواسی جبری همراه است [۱۱] و این افراد با وجود نقص جزئی در ظاهر خود، به دنبال عمل جراحی هستند و اغلب دچار پریشانی روان‌شناختی و عزت نفس پایین هستند [۱۲]. بنابراین به نظر می‌رسد در متقاضیان جراحی پلاستیک که از اختلال بدریختی بدنی رنج می‌برند، سطح بهزیستی روانی (Psychological well-being) نیز پایین است [۱۲].

بهزیستی روانی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین اهداف معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرآیند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود [۱۳]. بهزیستی شامل ارزش‌های شناختی افراد از زندگی می‌شود و اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را در برمی‌گیرد. احساس بهزیستی دارای دو مؤلفه عاطفی و شناختی است [۱۴]. این ارزش‌ها شامل واکنش‌های عاطفی به حوادث، خوبی قضاوت‌ها، شناخت از رضایت‌مندی و تکامل است. بهزیستی روانی درونی مفهوم وسیعی است که شامل تجربه عواطف لذت‌بخش می‌شود [۱۵]. افراد با احساس بهزیستی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

بالا به‌طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند [۱۶].

در پی شناسایی راه‌کار درمانی مؤثر در کاهش سطح بدریخت انگاری و افزایش سطح بهزیستی روانی در افراد با سابقه جراحی زیبایی، به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) می‌تواند یکی از درمان‌های مؤثر در این زمینه باشد. امروزه درمان‌های موج سوم در روان‌درمانی به جای چالش با شناخت‌ها، بر آگاهی و پذیرش افراد از احساسات و هیجان‌ها و شناخت‌ها و رفتارها تأکید دارند [۱۷]. در گروه درمانی پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی از راه‌بردهای پذیرش و به منظور بهبود پذیرش و تماس فعالانه با تمامی تجارب روان‌شناختی به‌طور کامل به منظور کاهش اجتناب‌های ظریف و آشکار از موقعیت‌های برانگیزاننده احساسات منفی مانند اضطراب و افزایش فعالیت‌های مبتنی بر ارزش‌ها استفاده می‌شود [۱۸]. تمرینات مواجهه‌ای در این درمان فرصتی فراهم می‌آورد تا در حالی که فرد به فعالیت‌های مبتنی بر ارزش‌ها و اهدافشان اقدام می‌کند، به تمرین پذیرش بپردازد [۱۹]. این درمان توانسته در کاهش دردهای مزمن، بهبود مشکلات بین فردی، بهبود مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان مانند بهبود اضطراب و عزت نفس مفید باشد [۲۱-۱۸]. با توجه به تبعات جسمانی و روانی جراحی‌های زیبایی و هزینه‌های مالی سنگینی که این جراحی‌ها می‌توانند بر خانواده‌ها و جامعه تحمیل کنند [۲] و در پی تلاش برای رفع عوامل زمینه‌ساز در گرایش به این اقدامات پزشکی و با توجه به این‌که افراد متقاضی جراحی زیبایی از بدریختی بدنی و سطح پایین بهزیستی روانی رنج می‌برند و این می‌تواند موجب تشدید گرایش به جراحی زیبایی شود [۱]، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. این پژوهش مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1400.040 می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهرستان ساری در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه اولیه حاضر شامل ۱۵۵ نفر از زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهرستان ساری بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس از میان مراجعینی که معیارهای ورود و خروج به مطالعه را داشتند، ۳۶ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی، در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۸ نفر).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان متقاضی جراحی زیبایی، کسب نمره بالا (حداقل نمره ۱۰۰) در پرسش‌نامه بدریختی بدن و سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه، داشتن اختلال روانی حاد مانند سایکوز و افسردگی اساسی بر اساس خود

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

اظهاری، مصرف داروهای روان‌پزشکی مانند داروهای ضدافسردگی و نورولپتیک و حضور هم‌زمان در جلسات روان‌درمانی دیگر بود. شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون (قبل از شروع مداخله)، پس آزمون (پس از پایان مداخله) و پی‌گیری (دو ماه پس از پایان مداخله) به پرسش-نامه‌ها پاسخ دادند. شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه را تکمیل کردند و هم‌چنین مشخصات جمعیت شناختی شامل سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات آن‌ها ثبت شد. در پژوهش‌های از نوع آزمایشی، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود [۲۲]. بنابراین حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد و به دلیل احتمال ریزش، این تعداد به ۱۸ نفر افزایش یافت. در نهایت از هر گروه، داده‌های مربوط به سه نفر به دلیل عدم مشارکت مداوم و یا عدم تکمیل پرسش‌نامه حذف شد و داده‌های ۱۵ نفر از هر گروه مورد آنالیز قرار گرفت.

گروه آزمایش در کلینیک جراحی‌های پارس در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر پروتکل Hayes و همکاران [۲۳] به مدت دو ماه در قالب ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) قرار گرفت و گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. جلسات مداخله توسط نویسنده اول این مقاله و زیر نظر استاد راهنمای وی در اردیبهشت و خرداد سال ۱۴۰۰ در کلینیک جراحی‌های پارس انجام شد. آزمودنی‌ها قبل و بعد از انجام مداخله و دو ماه بعد از آن، پرسش‌نامه بدریختی بدن و پرسش‌نامه استاندارد بهزیستی روان‌شناختی را به صورت خودگزارشی تکمیل کردند. پذیرفتن زنان مراجعه کننده برای شرکت در پژوهش، پس از امضاء رضایت‌نامه کتبی بود. آزمودنی‌ها در این پژوهش به صورت کاملاً داوطلبانه و تحت اختیار تام خود در این مطالعه شرکت نمودند. رعایت حق بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها، تعهد اخلاقی به محرمانه نگه‌داشتن پاسخ‌ها، محرمانه بودن اطلاعات شخصی افراد و این‌که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از ادامه آن انصراف دهند، از ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بودند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه اختلال بدشکلی بدن Rabiei **و همکاران:** این پرسش‌نامه در سال ۱۳۹۰ توسط Rabiei و همکاران ساخته شد. پرسش‌نامه اختلال بدشکلی بدن دارای ۳۱ سؤال و با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، نظری ندارم = ۳، موافقم = ۴ و کاملاً موافقم = ۵) می‌باشد. ابعاد فراشناخت بدشکلی بدن، راهبردهای کنترل فراشناختی، درآمیختگی افکار، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی در این پرسش‌نامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. برای به دست آوردن امتیاز کل، امتیازات سؤالات با هم جمع می‌شود که در دامنه ۳۱ تا ۱۵۵ قرار دارد. روایی همزمان این پرسش‌نامه با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری علمی Yale-Brown برابر با ۰/۷۴ توسط تهیه کنندگان این پرسش‌نامه محاسبه شده است. هم‌چنین ضریب آلفای‌کرونباخ پرسشنامه مذکور ۰/۷۰ نیز گزارش شده است [۲۴]. ضریب آلفای‌کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۶۸ به دست آمد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

پرسش‌نامه استاندارد بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being scale): پرسش‌نامه استاندارد بهزیستی روان‌شناختی در سال ۱۹۵۵ توسط Ryff و Keyesطراحی شد [۲۵]. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود، ولی در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش از فرم ۵۴ سؤالی استفاده شد. طریقه نمره‌گذاری نیز براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت از خیلی کم =۱ تا خیلی زیاد= ۵ می‌باشد. این پرسش‌نامه شش عامل خودمختاری (۹ سؤال)، تسلط بر محیط (۹ سؤال)، رشد شخصی (۹ سؤال)، ارتباط مثبت با دیگران (۹ سؤال)، هدفمندی در زندگی (۹ سؤال) و پذیرش خود (۹ سؤال) را می‌سنجد و مجموع این شش عامل به صورت نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی را محاسبه می‌کند. دامنه نمرات کل در محدوده ۵۴ تا ۲۷۰ متغیر و دامنه نمره هر خرده مقیاس از ۹ تا ۴۵ است. Ryff و Keyes با بررسی ساختار عاملی این پرسش‌نامه، ساختار ۶ عاملی و بنابراین روایی سازه آن را مورد تأیید قرار داده‌اند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی این پرسش‌نامه ۰/۸۲ گزارش داده‌اند. در پژوهش Bayani و همکاران همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی اکسفورد و مقیاس عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد که نشان دهنده روایی همزمان آن بود. هم‌چنین وی پایایی این پرسش‌نامه را ۰/۸۲ گزارش کرده است [۲۶]. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۷۴ و عامل خودمختاری ۰/۶۶، تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۷۷، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۵، هدفمندی در زندگی ۰/۶۸ و پذیرش خود ۰/۷۰ به دست آمد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جلسات درمان پذیرش و تعهد ارائه شده است.

برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف استاندارد، آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی، آزمون کرویت موخلی برای بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا، آزمون Levene برای بررسی همگنی واریانس متغیرها در بین گروه‌ها، آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین متغیر سن در دو گروه، آزمون مجذور کای برای مقایسه توزیع فراوانی وضعیت تأهل و سطح تحصیلات در دو گروه و آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی اثرات مداخله تعهد و پذیرش بر متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و بدریختی بدن در طول دور مطالعه، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۲۳]

جلسات	اهداف
جلسه اول	خوش‌آمدگویی و آشنایی و معارفه اعضاء گروه با درمانگر و با یک‌دیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است. از جمله: به موقع آمدن، عدم غیبت (وقت شناسی)، انجام تکلیف و غیره؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضاء گروه به یک‌دیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ اراده کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون.
جلسه دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات؛ آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و اجساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری.
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره احساسات و افکار اعضاء گروه؛ آموزش این مطلب که اعضاء بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه تکلیف این‌که چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر نفس؛ ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف تفکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم آگاهی به این موضوع که آن‌چه نمی توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضاء به این‌که احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند؛ فقط شاهد آن‌ها باشند، ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.
جلسه ششم	ازائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضاء گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.
جلسه هفتم	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضاء گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف؛ به گونه ای که مناسب‌تر باشد، نه عملی‌تر.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضاء جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضاء گروه؛ قدردانی و سپاس-گزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون

نتایج

گروه از نظر سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات تفاوت معناداری وجود نداشت ($P>۰/۰۵$).

براساس یافته‌های توصیفی این پژوهش در جدول ۲، بین دو

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

جدول ۲- مقایسه برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهرستان ساری برحسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۴۰۰ (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

متغیر			گروه آزمایش	گروه کنترل	نتایج مقایسه بین گروهی
سن (سال)	انحراف معیار ± میانگین		۳۵/۲۸±۶/۷۱	۳۶/۲۷±۷/۱۴	T= ۰/۳۹ P= ۰/۸۸۲
وضعیت تأهل	تعداد (درصد)	مجرد	(۲۶/۷)۴	(۲۶/۷)۴	χ^2=۰/۴۸ P=۰/۳۸۴
	تعداد (درصد)	متأهل	(۵۴/۳)۸	(۴۶/۸)۷	
	تعداد (درصد)	مطلقه	(۲۰)۳	(۲۶/۷)۴	
سطح تحصیلات	تعداد (درصد)	دیپلم و زیردیپلم	(۲۶/۷)۴	(۲۶/۷)۴	P=۰/۱۹۲ χ^2=۰/۷۲
	تعداد (درصد)	لیسانس	(۴۰)۶	(۴۶/۸)۷	
	تعداد (درصد)	فوق لیسانس	(۲۶/۷)۴	(۲۰)۳	

آزمون مجذور کای، آزمون t مستقل، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

همان‌گونه که در جدول ۳ قابل مشاهده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نمرات بدریختی بدن شده است، در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری قابل مشاهده نیست.

جدول۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهرستان ساری در سال ۱۴۰۰ (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحرف معیار
بدریختی بدن	آزمایش	پیش آزمون	۱۱۵/۲۲	۱۹/۷۶
		پس آزمون	۱۰۳/۳۸	۱۷/۳۱
		پی‌گیری	۱۰۱/۹۲	۱۹/۲۰
	کنترل	پیش آزمون	۱۱۶/۸۱	۱۸/۵۹
		پس آزمون	۱۱۵/۹۶	۱۹/۴۲
		پی‌گیری	۱۱۴/۳۶	۱۷/۶۱
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	پیش آزمون	۹۱/۵۵	۱۶/۸۰
		پس آزمون	۱۰۲/۱۶	۱۴/۲۷
		پی‌گیری	۱۰۳/۱۱	۱۲/۵۷
	کنترل	پیش آزمون	۹۲/۴۹	۱۴/۷۳
		پس آزمون	۹۳/۰۲	۱۵/۴۸
		پی‌گیری	۹۰/۹۷	۱۲/۴۲

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

در ادامه با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری-های مکرر به مقایسه تفاوت نمرات بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی برحسب منبع اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه (آزمایش و کنترل) پرداخته شد. قبل از آن، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها بررسی شد و نتایج آزمون ناپارامتریک Kolmogorov-Smirnov حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود (P>۰/۰۵). مفروضه آزمون کرویت موخلی، بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا، آزمون شد که نتایج آن نشان داد که این فرض در مورد بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی رعایت نشده است (P<۰/۰۵) و بر این اساس از آزمون ناپارامتریک Green House Geisser استفاده شد. مفروضه آزمون همگنی واریانس‌های Levene بررسی شد که طبق نتایج این آزمون برای متغیر بدریختی بدن (F=۰/۹۴، P=۰/۳۱) و بهزیستی روان‌شناختی (F=۰/۸۵، P=۰/۱۷) معنادار نبود و این نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس در بین گروه‌های مستقل برقرار است.

جدول ٤- نتایج آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت در نمرات بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی شهرستان ساری در سال ۱۴۰۰

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
بدریختی بدن	زمان	۲۰۵۲/۴۱	۱/۸۸	۱۰۹۱/۷۰	۱۹/۳۹	< ۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه × زمان	۱۱۱۳/۶۲	۱/۸۸	۵۹۲/۳۵	۱۰/۳۱	< ۰/۰۰۱	۰/۳۸
	خطا	۲۸۵/۲۹	۵۱/۳۳	۵/۵۵		< ۰/۰۰۱	
	گروه	۲۱۰۶/۳۴	۱	۲۱۰۶/۳۴	۲۶/۸۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خطا	۱۱۸۹/۹۱	۲۸	۴۲/۴۹			
بهزیستی روانشناختی	زمان	۱۲۸۸/۷۴	۱/۹۰	۶۷۸/۲۸	۲۲/۹۴	< ۰/۰۰۱ < ۰/۰۰۱	۰/۵۱
	گروه × زمان	۵۰۳/۳۷	۱/۹۰	۲۶۴/۹۳	۸/۹۷	< ۰/۰۰۱	۰/۳۱
	خطا	۱۱۰۷/۰۹	۴۸/۸۹	۲۲/۶۴		< ۰/۰۰۱	
	گروه	۱۳۳۱/۱۴	۱	۱۳۳۱/۱۴	۲۹/۶۴	< ۰/۰۰۱	۰/۶۸
	خطا	۵۸۲/۳۰	۲۸	۲۰/۷۹			

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

در جدول ۴، نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر آورده شده است. در جدول ۴، آزمون اثرهای درون گروهی نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشخص شده است، اثر زمان در مورد متغیر بدریختی بدن (P<۰/۰۰۱، F=۱۹/۳۹) و بهزیستی روان‌شناختی (P<۰/۰۰۱، F=۲۲/۹۴) معنادار است و لذا میانگین نمرات بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زمان پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری تفاوت معناداری دارد. بر اساس مقادیر اندازه اثر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است تا ۴۱٪ از تغییرات نمرات بدریختی بدن و ۵۱ درصد از تغییرات نمرات بهزیستی روان‌شناختی را در طی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری تبیین کند. هم‌چنین اندازه اثر با در نظر گرفتن مقایسه بین گروهی نشان دهنده این است که مداخله مورد نظر توانسته است ۶۰ درصد از تغییرات نمره بدریختی بدن و ۶۸ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کند. هم‌چنین در این جدول اثر تعاملی (Interaction) بین زمان و گروه نیز نشان داده شده است که این اثر از نظر آماری برای متغیر بدریختی بدن (P<۰/۰۰۱، F=۱۰/۳۱) و بهزیستی روان‌شناختی (P<۰/۰۰۱، F=۸/۹۷) معنادار است. یعنی شیب تغییرات میانگین نمرات بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در طی مراحل آزمایش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) متفاوت است، به طوری که در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، نمرات بدریختی بدن کاهش و نمرات بهزیستی روان‌شناختی افزایش یافته است. پس از مشخص شدن این‌که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پی-گیری تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات بین گروهی بررسی شد. جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله تعهد و پذیرش موجب ایجاد تفاوت معنادار در میانگین نمرات بدریختی بدن (P<۰/۰۰۱، F=۲۶/۸۱) و بهزیستی روان-شناختی (P<۰/۰۰۱، F=۲۹/۶۴) در دو گروه آزمایش و کنترل شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متقاضی جراحی زیبایی شهرستان ساری بود. طبق نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متقاضی جراحی زیبایی مؤثر بود که این یافته با نتایج مطالعات قبلی مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود دردهای مزمن، مشکلات بین فردی، مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و عزت نفس و افزایش سلامت روان همسو است [۲۱-۱۸]. Mirzaeidoostan و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان مبتلاء به ایدز در کاهش اضطراب مرگ و افزایش سطح سلامت روان اثر معناداری دارد [۱۸]. Sianturi و همکاران در بررسی خود بر روی افراد دچار سکته مغزی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب آن‌ها مؤثر است [۱۹].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

Asadpour و همکارش در یک بررسی بر روی زنان مبتلا به دیابت نوع دوم نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش دلزدگی زناشویی و کاهش مشکلات زناشویی و افزایش عزت نفس تأثیر معنادار دارد [۲۰]. هم‌چنین یافته برخی از مطالعات گویای عدم تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. به طور مثال Azam Abid و همکاران در یک مطالعه به بررسی اثرات درمان پذیرش و تعهد بر بهبود درد و کاهش استفاده از مواد اپیودی به منظور کاهش درد در بیمارانی پرداختند که دوره بعد از عمل جراحی را می‌گذراندند. طبق نتایج این مطالعه، مداخله پذیرش و تعهد اثری معنادار در کاهش درد و کاهش استفاده آن‌ها از مواد اپیودی در این افراد نداشت که دلیل آن می‌تواند این باشد که افراد تحت مطالعه به خاطر شرایط جسمی حاد خود هنوز آمادگی لازم برای دریافت این مداخله و استفاده از مزایای آن را نداشتند [۲۷].

در مطالعه حاضر، در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متقاضی جراحی زیبایی می‌توان گفت در مدل پذیرش و تعهد بر افزایش سطح انعطاف پذیری بیماران در جهت پذیرش تجارب بیرونی و درونی ناراحت کننده بدون تلاش برای مقابله و مبارزه علیه آن‌ها تمرکز می‌شود و این پذیرش به مراجع کمک می‌کند تا فعالیت‌هایی که در جهت ارزش‌هایش است را انتخاب کرده و راهبردهای کنترل را رها کند [۱۷]. زمانی که راه‌برد اجتناب هیجانی از سمت بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد، هیجانات و احساسات دردناک و باور و عقاید مرتبط با آن نیرومندتر و شدیدتر می‌شود و این می‌تواند احساس بهزیستی را تضعیف سازد [۱۹]. در رویکرد پذیرش و تعهد هدف از زندگی سالم این نیست که فرد احساس خوبی داشته باشد، بلکه هدف آن فراتر از داشتن یک احساس خوب است. سلامت روان‌شناختی این است که ما همین‌طور که احساسات خوب را تجربه می‌کنیم، بتوانیم با افزایش ظرفیت روانی، احساسات بد را نیز بدون تلاش برای کنترل یا سرکوب آن‌ها تجربه کنیم. زمانی که تنها داشتن احساسات مثبت و کاهش تجارب منفی اهمیت پیدا می‌کنند و احساسات اعمال ما را تعیین می‌کنند ما قادر نخواهیم بود تا این احساسات را آزادانه و بدون دفاع درک کنیم. در خلال فرآیندهای کلامی، بیماران هیجاناتشان را شدیدتر از میزان واقعی آن‌ها درک می‌کنند و این می‌تواند به تشدید آسیب‌های روانی از جمله اختلال بدریختی بدن منجر شود. زمانی که راهبرد اجتناب هیجانی مورد استفاده قرار گیرد، هیجانات و احساسات دردناک و باور و عقاید مرتبط با آن نیرومندتر و شدیدتر می‌شود [۱۹]. برعکس، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیمار کمک می‌شود تا هیجانات و احساسات منفی را به جای تلاش برای کنترل و اجتناب از آن‌ها صرفاً به عنوان احساسی گذرا ببیند و بدون قضاوت مورد مشاهده قرار دهد و خود را اسیر احساسات و افکار آزار دهنده نسازد [۲۱] و به این طریق در مورد زنان تحت مطالعه این روند می‌تواند به آن‌ها در کاهش حس بدریختی بدن و افزایش سطح سلامت روان کمک کند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

بنابراین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیمار کمک می‌شود تا هیجانات و احساسات منفی را به جای تلاش برای کنترل و اجتناب از آن‌ها صرفاً به عنوان احساسی گذرا ببیند و بدون قضاوت مورد مشاهده قرار دهد و خود را اسیر احساسات و افکار آزار دهنده نسازد [۲۱] و بنابراین در مورد افرادی که از افکار و هیجانات منفی مرتبط با بدریختی بدنی رنج می‌برند، تقویت انعطاف‌پذیری می‌تواند به آن‌ها در جهت رهایی از این افکار و هیجانات کمک کند. بنابراین در مدل پذیرش و تعهد، برطرف نمودن اجتناب‌های تجربی ضرورتاً هدف مراجع قرار نمی‌گیرد، بلکه هدف کمک به مراجع در جهت کشف و شفاف‌سازی ارزش‌هایش می‌باشد و هم‌چنین در این مورد که اجتناب از موقعیت‌های ترس‌آور با حرکت در جهت ارزش‌ها ممکن است تداخل کند، بحث می‌شود [۲۰]. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم اهداف و شفاف سازی ارزش‌ها با اهمیت شمرده می‌شود و ارزش‌ها به عنوان مسیر کلی زندگی مطرح می‌شوند. اهداف و ارزش‌ها، انتخاب های خود مراجع هستند. این مرحله درمانی دو هدف مفید را تأمین می‌کند: اول این‌که مراجع را تشویق می‌کند تا خودش اهداف و ارزش‌هایش را انتخاب کند و دوم این‌که اهدافی را که احتمالاً واضح نبوده را برجسته می‌نماید که این ارزش‌ها در زنان تحت مطالعه حاضر می‌تواند ارتقاء بهزیستی روانی و عزت نفس و بهبود تصویر بدنی مطلوب از خود باشد [۱۸]. هم‌چنین می‌توان گفت زنان مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن ممکن است به چیزهایی فکر کنند که اصلاً وجود ندارد و یا اصلاً دیگران متوجه آن نمی‌شوند و در واقع با آمیختگی با افکار درونی خود موجب آزار خود می‌شوند. بنابراین بخشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر کمک به بیماران برای گسلش شناختی و جدا ساختن خود از افکار آزار دهنده و دیدن این افکار نه به عنوان واقعیت محض بلکه به عنوان تجربیاتی که در حال گذر هستند، تمرکز داشت [۱۹].

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه است. یکی این‌که جمع‌آوری داده‌ها بر اساس روش استفاده از پرسش‌نامه خودگزارشی بوده است و بنابراین امکان سوءگیری در دادن اطلاعات وجود دارد. دیگر این‌که مطالعه حاضر تنها متمرکز بر مراجعان یک کلینیک در شهر ساری بوده است و امکان تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می شود تا مطالعات آتی بر روی جامعه بزرگ‌تر انجام پذیرد تا قابلیت تعمیم نتایج وجود داشته باشد و هم‌چنین اثربخشی مداخله تعهد و پذیرش با سایر مداخلات روان‌شناختی در افراد متقاضی جراحی زیبایی مورد بررسی قرار گیرد تا شیوه‌ای مؤثرتر برای کمک به این گروه شناسایی شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بدریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متقاضی جراحی زیبایی مؤثر است. به نظر می‌رسد این مداخله می‌تواند با کمک به افراد متقاضی جراحی زیبایی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مشاهده بدون قضاوت تجارب درونی ناراحت کننده و به عنوان وقایع ذهنی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

ساده‌ای که می‌آیند و می‌روند و انعکاسی از واقعیت نیستند، آن‌ها را در افزایش بهزیستی روانی و سلامتی یاری برسانند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد. از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش که زمینه انجام مطالعه حاضر را فراهم آوردند، نهایت تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

References

[1] Walker CE, Krumhuber EG, Dayan S, Furnham A. Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. *Current Psychology* 2021; 40(7): 3355-64.

[2] Sarwer DB. Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body Image* 2019; 31: 302-8.

[3] Kalantar Hormozi A, Maleki S, Rahimi A, Manafi A, Amirizad SJ. Cosmetic surgery in Iran: sociodemographic characteristics of cosmetic surgery patients in a large clinical sample in Tehran. *AJCS* 2018; 35(4): 177-82. [Farsi]

[4] Andrews V, Hansen F, Hammerum AM, Hasman H, Roer L, Hansen DS, et al. Infection with multiple carbapenemase-producing bacteria following cosmetic surgery in Iran detected after the introduction of systematic screening of repatriates. *J Glob Antimicrob Resist* 2019; 16: 144-6.

[5] Casiglia E, Rempelou P, Tikhonoff V, Giacomello M, Finatti F, Albertini F, et al. Hypnotic focused analgesia obtained through body dysmorphism prevents both pain and its cardiovascular effects. *Sleep Hypn* 2017; 19(4): 89-95.

[6] Formica I, Pellerone M, Iacolino C, Falduto ML, Gualtieri S, Calabrese L, et al. Impairment of the Body Image: Perceptions and Subjective

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]

[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

Evaluations in Adolescents and Young Adults. *World Futures* 2019; 75(7): 393-409.

[7] Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013; 12(2): 92-8.

[8] Higgins S, Wysong A. Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder–an update. *Int J Women's Dermatology* 2018; 4(1): 43-8.

[9] Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118(7): 167e-80e.

[10] Pikoos TD, Rossell SL, Tzimas N, Buzwell S. Is the needle as risky as the knife? The prevalence and risks of body dysmorphic disorder in women undertaking minor cosmetic procedures. *Aust N Z J Psychiatry* 2021; 000486742_ 1998753.

[11] Kashan DL, Horan MP, Wenzinger E, Kashan RS, Baur DA, Zins JE, et al. Identification of Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Corrective Procedures From Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Craniofac Surg* 2021; 32(3): 970-3.

[12] Aflakseir A, Jamali S, Mollazadeh J. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Among a Group of College Students in Shiraz. *Zahedan J Res Med* 2021; 23(2). [Farsi]

[13] Liu D, Baumeister RF, Yang CC, Hu B. Digital communication media use and psychological well-being: A meta-analysis. *J Comput-Mediat Comm* 2019; 24(5): 259-73.

[14] Dejonckheere E, Mestdagh M, Houben M, Rutten I, Sels L, Kuppens P, et al. Complex affect dynamics add limited information to the prediction of psychological well-being. *Nat Hum Behav* 2019; 3(5): 478-91.

[15] Orben A, Przybylski AK. Screens, teens, and psychological well-being: Evidence from three time-use-diary studies. *Psychol Sci* 2019; 30(5): 682-96.

[16] Hanawi SA, Saat NZ, Zulkafly M, Hazlenah H, Taibukahn NH, Yoganathan D, et al. Impact of a Healthy Lifestyle on the Psychological Well-

being of University Students. *Int J Pharm Res* 2020; 9(2).

[17] Huang C. Time spent on social network sites and psychological well-being: A meta-analysis. *Behav Soc Netw* 2017; 20(6): 346-54.

[18] Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2019; 25(1): 2-13. [Farsi]

[19] Sianturi R, Keliat BA, Wardani IY. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria Clinica* 2018; 28: 94-7.

[20] Asadpour E, Veisi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual self-esteem and burnout martial among women with type 2 diabetes. *J Arak Uni Med Sci* 2019; 21(7): 8-17. [Farsi]

[21] Khazraee H, Omidi A, Kakhki RD, Zanjani Z, Sehat M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in cognitive emotion regulation strategies, headache-related disability, and headache intensity in patients with chronic daily headache. *Iran Red Crescent Med J* 2018; 20(S1). [Farsi]

[22] Delavare A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publications, 2011.

[23] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2009. [Farsi]

[24] Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and Standardization of the Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011; 21(83): 43-52. [Farsi]

[25] Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69(4): 719.

[26] Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2008; 14(2): 146-51. [Farsi]

[27] Abid Azam M, Weinrib AZ, Montbriand J, Burns LC, McMillan K, Clarke H, et al. Acceptance and Commitment Therapy to manage pain and opioid use after major surgery: Preliminary outcomes from the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. *J Pain* 2017; 1(1): 37-49.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]
[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Deformity and Psychological Well-Being in Women Seeking Cosmetic Surgery: A Quasi-Experimental Study

F. Z. Hamedi rostami[1], E. Mohammadian Akerdi[2], Sh. Dehrouyeh[3], M. Andalib Sahnesaraee[4]

Received: 21/09/21 Sent for Revision: 06/11/21 Received Revised Manuscript: 27/11/21 Accepted: 28/11/21

Background and Objectives: Cosmetic surgery is a medical procedure that has become widespread in Iran despite its high costs and physical and psychological consequences. Therefore, it is necessary to take effective interventions to improve psychological trauma in these people. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on body deformity and psychological well-being in women applying for cosmetic surgery in Sari.

Matrials and Methods: This quasi-experimental study was carried out with pre-test, post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the study included all women referred to cosmetic surgery clinics in Sari in 2021. From these clients, 30 people were selected by availability and randomly assigned into the experimental and control groups (15 people in either group). To collect data, the Body Deformity Questionnaire of Rabiei et al., and Ryff's Psychological Well-being Questionnaire were used. The experimental group underwent acceptance and commitment treatment for 8 sessions of 45 minutes and the control group did not receive any treatment. To analyze the data, two-way repeated measures analysis of variance (ANOVA) was used.

Results: The results showed that acceptance and commitment based treatment reduced the body deformity and increased psychological well-being in women referred to the cosmetic surgery clinics in Sari ($p<0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, it can be said that treatment based on acceptance and commitment in people seeking cosmetic surgery can increase the level of mental health and reduce the body deformity in them.

Key words: Acceptance and commitment therapy, Body deformity, Psychological well-being, Cosmetic surgery

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of the Islamic Azad University, Sari Branch approved the study (IR.IAU.SARI.REC.1400.040).

How to cite this article: Hamedi rostami FZ, Mohammadian Akerdi E, Dehrouyeh Sh, Andalib Sahnesaraee M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Deformity and Psychological Well-Being in Women Seeking Cosmetic Surgery: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2022; 20 (12): 1323-38. [Farsi]

1- MSc in General Psychology, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran, ORCID: 0000-0003-3510-1680

2- PhD in Psychology, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran, ORCID: 0000-0003-0905-4761

(Corresponding Author) Tel: (011) 33305329, Fax: (011) 33305329, Email: Syavashmohammadian@yahoo.com

3- PhD in Educational Psychology, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran ORCID: 0000-0001-6668-3201

4- MSc in Educational Psychology, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran ORCID: 0000-0001-7866-9626

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.12.3.5]

[DOI: 10.52547/jrums.20.12.1323]