

## مقاله اصلی

# اثر بخشی درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۰۶

### خلاصه

#### مقدمه

اختلال بدریخت انگاری بدن یک حالت مزمن و پریشان کننده است که می تواند منجر به مشکلات شدید اجتماعی، شغلی، تحصیلی و خانوادگی شود. هدف این پژوهش تعیین میزان اثر بخشی درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن بود.

#### روش کار

در یک مطالعه نیمه آزمایشی و از نوع طرح های پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه، ۳۰ دانشجوی دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن که در حال تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در طی ماههای آبان تا دی ماه ۱۳۹۸ بودند با روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس آزمودنیها به طور تصادفی و از طریق نرم افزار اکسل آفیس در دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. گروه آزمایش (n=15) تحت درمان پذیرش مبتنی بر تعهد به مدت ۸ جلسه هفتگی هر جلسه ۹۰ دقیقه قرار گرفتند. ابزار جمع آوری پرسشنامه انعطاف پذیری و پرسشنامه کمالگرایی ظاهر جسمانی (PAPS)، در سه مرحله خط پایه، پس از مداخله و پیگیری سه ماهه جمع آوری شدند. داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ وارد و با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### نتایج

یافته ها نشان داد که گروه تحت درمان پذیرش مبتنی بر تعهد، میانگین نمره انعطاف پذیری و کمالگرایی ظاهر جسمانی به طرز معناداری پایین تر از گروه کنترل است ( $P > 0/001$ ).

#### نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش مبتنی بر تعهد می تواند در بهبود کمالگرایی ظاهر جسمانی و انعطاف پذیری در دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن موثر باشد.

#### کلمات کلیدی

انعطاف پذیری، اختلال بدشکلی بدن، درمان پذیرش مبتنی بر تعهد، کمالگرایی ظاهر جسمانی.

**پی نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

معصومه قنبری<sup>۱</sup>

طاہر تیزدست<sup>۲\*</sup>

جواد خلعتیری<sup>۳</sup>

محمد علی رحمانی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: taheer.tizdast@toniau.ac.ir

## مقدمه

اختلال بدشکلی بدنی (BDD)<sup>۱</sup> یکی از اختلالات طیف وسواسی-جبری<sup>۲</sup> است و شامل اشتغال فکری شدید و آشفته ساز با نقص جزئی یا تصویری در ظاهر می باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>؛ ۲۰۱۳؛ به نقل از شنایدر، ترنر، استوری و هادسون<sup>۴</sup>؛ ۲۰۱۹). در واقع، علامت اصلی این اختلال احساس ذهنی و تصویری از زشت بودن یا یک نقص خیالی است که بیمار معتقد است برای سایر افراد آشکار و مشخص است، در حالی که فرد از ملاکها و پارامترهای یک چهره نرمال برخوردار می باشد. این اختلال می تواند باعث رنج و ناراحتی زیادی شود و درمان آن اغلب پیچیده و چالش برانگیز است (مارون، گارسیا-کازانا، میرنداسیولو و همکاران<sup>۵</sup>؛ ۲۰۱۸). اختلال بدریخت انگاری بدن یک حالت مزمن و پریشان کننده است که می تواند منجر به مشکلات شدید اجتماعی، شغلی، تحصیلی و خانوادگی شود (مارون و همکاران، ۲۰۱۸). میزان شیوع اختلال بدریخت انگاری بدن اغلب کمتر برآورد می شود؛ زیرا بیماران از صحبت کردن درباره ظاهر و علائم شان شرمند هستند، بنابراین، اگر به طور ویژه مدنظر قرار نگیرد، به راحتی نادیده گرفته می شود (شنایدر و همکاران<sup>۶</sup>؛ ۲۰۱۹؛ مارون و همکاران، ۲۰۱۸). میزان شیوع اختلال بدریخت انگاری بدن در جمعیت عمومی حدود ۲ درصد برآورد شده است. در نوجوانان شیوع آن بالاتر و حدود ۳ / ۶ درصد گزارش شده است و در درمانگاه های پوست و مو بین ۱۰ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (مارون و همکاران، ۲۰۱۸). برای افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، کنترل بیم و هراس مرتبط با

ظاهر دشوار است و مبتلایان به این اختلال ساعت های زیادی را با ناراحتی و ناامیدی صرف واری صرف ظاهر خود در آینه می کنند و تلاش می کنند تا نقص یا عیب درک شده را پنهان سازند (مارون و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از ویژگی های مهم و تأثیر گذار، انعطاف پذیری تصویر بدنی<sup>۷</sup> (BIF) است که به معنی توانایی پذیرش و تجربه همزمان افکار، عقاید و احساسات مثبت و منفی درباره بدن است و به عنوان یک عامل محافظت کننده مهم برای سلامت و بهزیستی جسمانی و روان شناختی می باشد (پلیزر، والر و واد<sup>۸</sup>؛ ۲۰۱۸). در واقع، از نظر واژگانی، سازه های تصویر بدنی مثبت شروع به ارائه مفاهیم گسترده ای نموده اند که توصیف کنند چگونه افراد می توانند به طور سازگارانه ای به چالش ها و تهدیدهای مربوط به تصویر بدنی پاسخ بدهند (تایلکا و وودبراکوف<sup>۹</sup>؛ ۲۰۱۵). به عنوان مثال منکوزوا (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داد که انعطاف پذیری تصویر بدنی به طور کامل رابطه بین ارزیابی منفی از تصویر بدنی و پاسخ های ناسازگارانه به تهدید تصویر بدنی را تعدیل می کند. با وجود این که در پژوهش های انجام شده پیشین پیشنهاد شده است که انعطاف پذیری بدن می تواند فرآیند تغییر مفیدی برای اهداف درمانی باشد (لی و همکاران، ۲۰۱۸)، اما در بررسی پیشینه پژوهش های انجام شده در این زمینه تنها یک مطالعه یافت شد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف پذیری تصویر بدنی مورد بررسی قرار داده و نشان داده بود این درمان در بهبود انعطاف پذیری تصویر بدنی نقش دارد (گیوه چی، افشار، گلی و همکاران<sup>۱۰</sup>؛ ۲۰۱۸). از دیگر عوامل خطر و زمینه ساز برای رشد

1. Body Dysmorphic Disorder

2. Obsessive-compulsive

3. American Psychiatric Association

4. Schneider, Turner, Story and Hudson

5. Maron, Garcia-Casana, Mirandasiouli et al

6. Schneider et al.

7. Flexible body image

8. Polisher, Waller and Wade

9. Tylaka and Wood Brakova

10. Giwi Qi, Afshar, Goli

مفهوم کمال گرایی ظاهر جسمانی را معرفی نموده اند. مطابق نظر آنها، مطالعات بیشتر نیاز است. پژوهش های متعددی خط اول درمان روان شناختی برای اختلال بدشکلی بدن را درمان شناختی- رفتاری (CBT) معرفی نموده اند (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ پلیرر، والر و واد؛ ۲۰۱۸؛ هنگ، نزگوراوا و هالندر؛ ۲۰۱۸). با وجود این، درمان شناختی- رفتاری برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن پاسخگو نیست و همه بیماران نمی توانند از آن استفاده نمایند (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۹). از جمله درمانهای مؤثر برای افراد مبتلا به دیابت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۶</sup> است (لویتان و داویس، ۲۰۱۰). واقعیت درمانی، شش فرایند مرکزی؛ پذیرش؛ عدم همجوشی؛ لحظه حال؛ خود به عنوان بافت یا زمینه؛<sup>۱</sup> ارزشها<sup>۲</sup> و عمل متعهدانه<sup>۳</sup> دارد (کمدی و همکاران، ۲۰۱۴). هدف اصلی ACT ایجاد انعطاف پذیری روانی<sup>۵</sup> است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود یا بر فرد تحمیل گردد (الیس و همکاران، ۲۰۱۹) یا افزایش توانایی فرد برای دادن پاسخ مؤثر به افکار و احساسات گوناگونی که هنگام بروز مشکلات ظاهر می شوند (گریک و همکاران، ۲۰۱۴). تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی کارآمدی درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی

اختلال بدشکلی بدن کمال گرایی است (یانگ، یانگ، زو، وو، ونگ و همکاران، ۲۰۱۷). کمال گرایی به مجموعه ای از معیارهای شدیدۀ افراطی همراه با خودارزیابی های انتقادی اشاره دارد و زمانی فعال می شود که فرد در برآوردن معیارها و ملاکهای شکست می خورد یا تصور می کند شکست خورده است) فراست، هیمبرگ، هالت، متیا و نبور، ۱۹۹۳؛ به نقل از کانینگهام، گریفیتس، بالی و موری، ۲۰۱۶).

در واقع، کمال گرایی یک حالت شخصیتی چند بعدی است که با تلاش برای بی عیب و نقص بودن و داشتن مجموعه ای از معیارهای فوق العاده افراطی برای عملکرد عالی مشخص می شود که با نگرانی بسیار زیاد از اشتباه کردن و ترس از ارزیابی منفی همراه است (یانگ، یانگ، زو، وو، ونگ و همکاران، ۲۰۱۷). یک یافته مهم مرتبط با کمال گرایی این است که اغلب دامنه اختصاصی دارد (استوبر و یانگ، ۲۰۱۵) و این دامنه اختصاصی از کمال گرایی می تواند نسبت به اندازه گیری کمال گرایی کلی پیش بینی کننده بهتری برای فرآیند و نتایج پژوهش های اختصاصی باشد (دون، کرفت، دون و گاتولز، ۲۰۱۱). در نتیجه، پژوهش ها شروع به اندازه گیری دامنه اختصاصی از ابعاد چند گانه کمال گرایی نموده اند و بررسی می کنند که چگونه کمال گرایی به حیطه های خاصی از زندگی مردم مانند ورزش، والدگری، روابط جنسی و اخلاقی مرتبط می شود (استوبر و یانگ، ۲۰۱۵؛ استوبر، یانگ و وانگ، ۲۰۱۶). یکی از حیطه هایی که بسیاری از مردم در آن تمایل به کمال گرایی دارند ظاهر جسمانی اشان است (استوبر و یانگ، ۲۰۱۵). برای توضیح تفاوت افراد در کمال گرایی مرتبط با ظاهر، یانگ و استوبر (۲۰۱۲)

6. acceptance & commitment therapy

7. Levitan

8. acceptance

9. defusion

1. present moment 0

1. self as a context 1

1. values 2

1. committed action 3

1. Comedy, R K., [et al] 4

1. psychological flexibility 5

1. Ellis, Carcone, Slatcher, Nfar-King,

1. Perfectionism

2. Yang, Yang, Zhu, Wu, Wang

3. Cunningham, Griffiths, Bali and Murray

4. Stoeberg and Yang

5. Don, Kraft, Don and Gatwoods

دارویی در خارج از مداخله آموزشی و درمانی پژوهش استفاده نکنند، توانایی شرکت در جلسه های گروه درمانی

### ابزار سنجش

هدف از این پرسشنامه، جمع آوری داده های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی توسط آزمودنی بود.

### پرسشنامه کمال گرایی ظاهر جسمانی (PAPS)

پرسشنامه کمال گرایی ظاهر فیزیکی توسط یانگ و استویبر (۲۰۱۲) با هدف بررسی و ارزیابی مؤلفه های کمال گرایی ظاهر فیزیکی (نگرانی در مورد عیب و نقص؛ امیدواری برای کمال) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال و ۲ مؤلفه نگرانی در مورد عیب و نقص و امیدواری برای کمال می باشد. سوالات پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج درجه ای (کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۲، کاملاً مخالفم نمره ۱) نمره گذاری می شوند. آلفای کرونباخ هر یک از مؤلفه ها در پژوهش یانگ و همکاران (۲۰۱۷) برای مؤلفه نگرانی از کامل نبودن و امیدواری برای کامل بودن هر دو ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ بود. در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] پرسشنامه کمال گرایی ظاهر جسمانی برای حجم نمونه (n=۳۰) ۰/۹۳ به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می دهد پرسشنامه کمال گرایی ظاهر جسمانی از اعتبار بالایی برخوردار است.

### پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی

این پرسشنامه که توسط دنیس و وند روال (۲۰۱۰) ساخته شده است. یک ابزار خود گزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری

در اختلال بدشکلی بدن پرداخته است. با توجه به موارد فوق، این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن انجام پذیرفت. بدین ترتیب با توجه به مطالعات گذشته، ادبیات نظری و پیشینه تحقیق، دو فرضیه مطرح شده در این مطالعه عبارت بود از:

۱. درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر انعطاف پذیری در اختلال بدشکلی بدن موثر و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) می باشد.

۲. درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن، موثر و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) می باشد.

### روش

#### روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی که در حال تحصیل در بازه زمانی آبان تا دی ماه ۱۳۹۸ بودند تشکیل داده و پس از بررسی های اولیه و انجام مصاحبه بالینی، تشخیص اختلال بدشکلی بدن دریافت کردند، تشکیل دادند. حجم نمونه پژوهش حاضر برای این بررسی ۱۵ نفر برای هر گروه محاسبه شد.

ملاک های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۳۵-۲۰ سال، دریافت تشخیص اختلال بدشکلی بدن مطابق معیارهای DSM-۵، نداشتن اختلالات همبود دیگر (اضطراب، افسردگی، استرس و اختلال وسواسی-جبری) با استفاده از مصاحبه تشخیصی، لازم است آزمودنی ها در طول اجرای پژوهش از برنامه های روان درمانی و تغییر درمان های

## روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این تحقیق، پژوهشگر بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، با شماره IR.IAU.TON.REC.1399.079؛ مجوز کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران مراجعه کرده و معرفی نامه جهت کار در محیط دانشگاه حضور پیدا کرد و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کرد. پس از کسب موافقت ریاست دانشگاه کار نمونه گیری آغاز گردید. از بین دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، مصاحبه بالینی و ویزیت اولیه انجام گرفت و ۳۰ نفر از افرادی را که معیارهای ورودی زیر را داشته باشند، با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه کرده است. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و دردسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و پرسشنامه کمال گرایی را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند گروه آزمایشی تحت مداخله ذکر شده قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه ای با هدف ارزیابی کلی اثر بخشی مداخله صورت پذیرفت. مداخله در جلسات اول، دوم، سوم و چهارم به صورت حضوری انجام گرفت و چهار جلسه بعدی به دلیل شیوع بیماری کرونا و تعطیلی دانشگاهها به صورت آنلاین برگزار گردید. در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و پرسشنامه کمال گرایی قبل و بعد از مداخله در گروه های آزمون جهت سنجش این دانشجویان به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. به لحاظ اخلاقی در طی مطالعه ارتباطی بین گروه کنترل و آزمون وجود نداشت. همچنین در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش

شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می‌باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسشنامه در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری بیماری‌های روانی به کار می‌رود. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بود. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰).

همچنین پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی از روایی عاملی همگرا، و هم‌زمان مطلوبی در ایران برخوردار است. در نسخه‌ی فارسی، برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار می‌باشد. (شاره و همکاران، ۱۳۹۲). در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی برای حجم نمونه ( $n=30$ ) در انعطاف‌پذیری شناختی، ۰/۹۳۰، همچنین در مولفه عامل ادراک گزینه‌های مختلف ۰/۸۸۰ عامل ادراک کنترل‌پذیری ۰/۹۱ عامل ادراک توجیه رفتار ۰/۸۹ به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی از اعتبار بالایی برخوردار است.

داده شده به گروه آزمون، در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد.

## جدول ۱. ساختار پروتکل آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (هنرپوران، ۱۳۹۳؛ ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳)

جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق: که در این شرایط می‌توان بر ناپایده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد (توضیح مفاهیم مربوط به خودکارآمدی) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته و خودکارآمدی پایین (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف).
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به صورت زیر: ۱) در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت، ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، ۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی
جلسه سوم	نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل) (آموزش این نکته که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)، تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق.
جلسه چهارم	ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها.
جلسه پنجم	ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها.
جلسه ششم	هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به خودکارآمدی، ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون کنترل قند و خودکارآمدی. آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌ماند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند.
جلسه هفتم	هدف جلسه کمک به افراد گروه که خودکارآمدی خود را مطابق با ارزش‌های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش‌هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخابها در برابر قضاوتها / تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگ‌تر). کاهش وزن برای داشتن تصویر بدنی بهتر
جلسه هشتم	هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعالسازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت‌های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش‌های بزرگتر درمانجو مشخص شده است. ارزیابی عمل متعهدانه؛ آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت‌های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به‌کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT. ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون تکالیف پیشنهادی: ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود: ادامه جلسات می‌تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی ظاهری شرکت‌کنندگان در پژوهش

گروه	مرحله	متغیر	خرده مولفه‌ها		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
			ادراک	کنترل‌پذیری	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش)	شناختی	انعطاف‌پذیری	ادراک	۶/۵۰	۲/۷۰	۱۳/۵۰	۱/۱۴	۱۱/۲۵	۱/۱۶
			کنترل‌پذیری						
			ادراک گزینه‌های مختلف	۶/۷۰	۱/۷۶	۱۴/۸۰	۱/۸۰	۹/۰۵	۱/۶۶
کنترل	شناختی	انعطاف‌پذیری	ادراک	۷/۰۵	۲/۳۲	۱۳/۴۰	۱/۷۳	۱۰/۴۰	۱/۶۰
			رفتار						
			ادراک گزینه‌های مختلف	۷/۶۰	۲/۷۰	۸/۰۱	۲/۶۱	۸/۷۵	۲/۴۸
آزمایش (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش)	فیزیکی	کمال‌گرایی ظاهر	ادراک	۶/۸۵	۲/۰۷	۶/۹۵	۱/۷۶	۷/۹۵	۱/۹۰
			کنترل‌پذیری						
			ادراک گزینه‌های مختلف	۷/۳۰	۲/۳۴	۷/۵۰	۲/۲۱	۷/۷۵	۲/۰۲
کنترل	فیزیکی	کمال‌گرایی ظاهر	نگرانی در مورد	۴۸/۸۰	۴/۵۲	۲۲/۶۰	۴/۷۸	۳۰/۰۱	۴/۹۳
			عیب و نقص						
			امیدواری برای کمال	۴۱/۲۵	۳/۹۵	۳۹/۲۰	۳/۶۲	۳۹/۵۰	۳/۲۰
آزمایش (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش)	فیزیکی	کمال‌گرایی ظاهر	نمره کل	۷۴/۵۲	۵/۴۱	۳۴/۳۴	۶/۱۴	۴۹/۵۶	۵/۵۸
			نگرانی در مورد	۴۸/۳۰	۳/۸۸	۴۸/۵۵	۴/۱۸	۴۸/۷۰	۴/۲۸
			عیب و نقص						
کنترل	فیزیکی	کمال‌گرایی ظاهر	امیدواری برای کمال	۴۸/۹۵	۴/۳۹	۴۸/۲۵	۴/۴۹	۴۸/۳۵	۴/۲۹
			نمره کل	۷۹/۵۲	۴/۵۹	۷۹/۴۲	۴/۵۹	۷۸/۱۲	۴/۵۹

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی ظاهری شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه شده است. همین‌طور که مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار مولفه نگرانی در مورد عیب و نقص شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش) در مرحله پیش‌آزمون  $13/50 \pm 2/70$  و در مرحله پیگیری نیز  $11/25 \pm 1/16$  و در مرحله پیش‌آزمون  $14/80 \pm 1/76$  و در مرحله پیگیری نیز  $9/05 \pm 1/66$  کاهش یافته است اما نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. در گروه آزمایش دوم

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی ظاهری شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه شده است. همین‌طور که مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار مولفه نگرانی در مورد عیب و نقص شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش) در مرحله پیش‌آزمون  $13/40 \pm 2/32$  و در مرحله پیگیری نیز  $10/40 \pm 1/60$  و در مرحله پیش‌آزمون  $13/40 \pm 1/73$  و در مرحله پیگیری نیز  $8/75 \pm 2/48$  کاهش یافته است اما نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. در گروه آزمایش دوم

اینکه نسبت به پس آزمون افزایش نشان می‌دهد با این حال نسبت به پیش آزمون وضعیت بهتر انعطاف‌پذیری شناختی را گزارش کرده است. در گروه آزمایش دوم (طرحواره درمانی) در مرحله پیش آزمون  $۶/۱۵ \pm ۲/۷۳$ ، در مرحله پس آزمون  $۱۳/۱۵ \pm ۲/۲۷$  افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز  $۱۰/۲۰ \pm ۲/۱۴$  نیز کاهش یافته است. مرحله پیگیری با اینکه نسبت به پس آزمون افزایش نشان می‌دهد با این حال نسبت به پیش آزمون وضعیت بهتر انعطاف‌پذیری شناختی را گزارش کرده است. در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون  $۷/۶۰ \pm ۲/۷۰$ ، در مرحله پس آزمون  $۸/۰۱ \pm ۲/۶۱$  و در مرحله پیگیری نیز  $۸/۷۵ \pm ۲/۴۸$  نسبتاً ثابت مانده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجه رفتار به تفکیک گروه‌ها و مراحل مختلف مشاهده می‌شود.

(طرحواره درمانی) در مرحله پیش آزمون  $۴۹/۱۵ \pm ۳/۸۲$ ، در مرحله پس آزمون  $۲۸/۸۹ \pm ۳/۶۶$  کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز  $۲۴/۲۵ \pm ۳/۸۳$  نیز کاهش یافته است اما نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است. در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون  $۴۸/۵۲ \pm ۴/۵۹$ ، در مرحله پس آزمون  $۴۸/۴۲ \pm ۴/۵۹$  و در مرحله پیگیری نیز  $۴۸/۱۲ \pm ۴/۵۹$  نسبتاً ثابت مانده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار برای مولفه‌های نگرانی در مورد عیب و نقص، امیدواری برای کمال و نمره کل نیز به تفکیک گروه‌ها و مراحل مختلف مشاهده می‌شود. میانگین و انحراف معیار متغیر ادراک کنترل‌پذیری شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش) در مرحله پیش آزمون  $۶/۵۰ \pm ۲/۷۰$ ، در مرحله پس آزمون  $۱۳/۵۰ \pm ۱/۱۴$  و در مرحله پیگیری نیز  $۱۱/۲۵ \pm ۱/۱۶$  افزایش پیدا کرده است. مرحله پیگیری با

جدول ۳- نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها

متغیر	مولفه	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
کمال گرایی ظاهر فیزیکی	نگرانی در مورد عیب و نقص	پیش آزمون	۰/۷۸۹	۰/۵۶۳
		پس آزمون	۰/۹۸۷	۰/۵۴۵
	امیدواری برای کمال	پیش آزمون	۰/۸۹۵	۰/۴۵۳
		پس آزمون	۰/۶۴۷	۰/۸۹۱
	نمره کل	پیش آزمون	۰/۶۴۱	۰/۴۹۶
		پس آزمون	۰/۶۶۷	۰/۴۹۴

جدول ۴- بررسی توزیع همگنی آزمون‌ها

انعطاف‌پذیری	ادراک	گزینه‌های	پیش آزمون	پس آزمون	ادراک کنترل‌پذیری	پیش آزمون	پس آزمون
			۰/۷۱۰	۰/۷۰۱		۰/۷۱۰	۰/۷۰۱
			۰/۴۴۰	۰/۸۶۷		۰/۴۴۰	۰/۸۶۷
			۰/۷۱۳	۰/۶۹۹		۰/۷۱۳	۰/۶۹۹



مختلف	پس آزمون	۰/۸۶۷	۰/۴۴۰
ادراک توجیه رفتار	پیش آزمون	۰/۸۴۵	۰/۴۷۳
	پس آزمون	۰/۶۷۲	۰/۷۵۶

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، سطح معناداری همه آزمون ها ( $p > 0.05$ ) می باشد که نشان می دهد توزیع به دست آمده به توزیع نرمال نزدیک است.

**جدول ۵.** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به متغیر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر فیزیکی در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجدوراتا
انعطاف پذیری	ادراک کنترل پذیری	۲	۴۱۵/۰۵۰	۹۳/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷
	ادراک گزینه های مختلف	۲	۲۹۴/۳۵۰	۱۱۰/۶۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
	ادراک توجیه رفتار	۲	۲۷۹/۵۱۷	۷۷/۳۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
کمال گرایی ظاهر فیزیکی	نگرانی در مورد عیب و نقص	۲	۱۱۴۴/۸۵۰	۶۳/۸۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
	امیدواری برای کمال	۲	۸۱۶/۰۵۰	۴۴/۸۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱
	نمره کل	۲	۱۵۷/۵۱۷	۴۰/۴۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷

$p \leq 0.001$

نقص، امیدواری برای کمال و نمره کل کمتر از ۰/۰۱ می باشد، تفاوت بین سه گروه در این مولفه ها تایید می شود. بنابراین می توان گفت درمان تعهد مبتنی بر پذیرش و طرحواره درمانی در تغییر این مولفه ها از کمال گرایی ظاهر فیزیکی دانشجویان دچار اختلال بد شکلی بدنی تاثیر معناداری دارد.

### بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل دانشجویان مبتلا به بدشکلی بدنی می باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی های

براساس جدول بالا از آنجا که سطح معناداری در مولفه های ادراک کنترل پذیری ، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار کمتر از ۰/۰۱ می باشد، تفاوت بین سه گروه در این مولفه ها تایید می شود. بنابراین می توان گفت درمان تعهد مبتنی بر پذیرش و طرحواره درمانی در تغییر این مولفه ها از انعطاف پذیری (ادراک گزینه های مختلف، ادراک کنترل پذیری ، ادراک توجیه رفتار) اختلال بدشکلی بدن تاثیر معناداری دارد. برای مقایسه اثربخشی گروه ها در مولفه های ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار از آزمون تعقیبی LSD که کوچکترین اختلاف بین گروه ها را مورد مقایسه قرار می دهد، استفاده شد. براساس جدول بالا از آنجا که سطح معناداری در مولفه های نگرانی در مورد عیب و

که با تأکید بر مقاومت درونی، افزایش انعطاف پذیری و پذیرش می‌توانند به انسانها کمک کرد تا با شرایط زندگی پیچیده، دشوار و استرس آمیز و با فقدانها و دردها سازگار شوند و از آنها نجات یابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تأکید بر درد و رنج می‌آموزد که چگونه می‌توان درد را پذیرفت و چگونه می‌توان به امیدواری دست یافت که این موضوع در دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی بسیار مهم است (قاسمپور، جودت، سلیمانی و شعبانلو، ۱۳۹۳).

مروری بر شواهد موجود در خصوص وضعیت روحی و روانی دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی نشان می‌دهد که منشأ بسیاری از حالات نامتعادل روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی، یأس، احساس تنهایی است و همچنین درمانهای حمایتی و مبتنی بر پذیرش موفقیت آمیز، و کاهش آمار این بیماران است که می‌تواند خطر عوارض جدی همچون افسردگی، رفتارهای خود آسیب رسان و خودکشی را کاهش دهد. در حرکت از سوی دیدگاههای بیماری محور به سوی دیدگاههای سلامت محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شعار تمرکز و پرورش توانمندیها، فضیلتها و هیجانهای مثبت نقش بسزایی در پژوهش‌های مختلف داشته است (لیوبو مرسکی و لایوس، ۲۰۱۳). بر اساس پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است پذیرش و افزایش انعطاف پذیری سپری در برابر بیماریها و عامل مهمی برای دل بستگی ناایمن و رفع ناامیدی است (قویدل، ۱۳۹۳).

در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد ملاقات افراد مشابه مایه تسکین و اطمینان خاطر برای والدین است که می‌تواند آنها را به یادگیری شیوه‌های تطابقی برای غلبه بر شدت درد و داشتن شانس بیشتر برای زندگی وادار سازد زمانی که دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی با یکدیگر ارتباط برقرار کرده، همدردی نموده و به صورت گسترده در خصوص مشکلات و تجارب خود به بحث پرداخته و محیطی حمایتی برای انتقال دانش و آگاهی به وجود می‌آید در کل عوامل درمانی

فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد.

فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود که درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر بهبود انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی مؤثر است. نتایج پژوهش نشان داد که درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر ارتقاء انعطاف پذیری و کاهش کمال گرایی ظاهر جسمانی مؤثر است. این یافته با نتایج به دست آمده در این پژوهش‌های با یافته‌های تحقیقات آلبر دسون، دیف و دیل - شاکلفورد و همکاران، گنزالس و همکاران، البردسون و همکاران، همچنی گنزالس و همکاران، پردرزدیکی و همکاران، لوکر و کورتی براهلر و همکاران، اشوردت و همکاران، رایس، مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به صورت غیرمستقیم همسو و در تأیید آنها می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در افراد مبتلا به بدشکلی بدنی در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله عناصری است که توانسته است بر میل و رغبت درونی افراد در انجام و یا عدم انجام یک عمل خاص، همچنین بر قرار گرفتن بر یک مسیر و یا قرار نگرفتن در آن مسیر از طریق تغییر در امید به نتایج درمان، تغییر در نوع تفکر (مثبت و منفی) و تغییر در منبع کنترل، داشتن هدف و هدفگذاری، توانایی دریافتن مسیر مناسب، دعا و توکل بر منبع هستی آفرین، مؤثر واقع گردد. در واقع می‌توان گفت که بر اساس نتایج این پژوهش و مباحث مطروحه در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (امید، تفکر مثبت و منفی، پذیرش، هدف و هدفگذاری، راهیابی، دعا و نیایش و توکل) پس از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سپس مقایسه‌ی پیش آزمون و پس آزمون تغییرات معناداری در انعطاف پذیری، اجتناب از تصویر بدن، کمال گرایی ظاهر فیزیکی و دل بستگی نا ایمن در دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی گروه آزمایش مشاهده شده است.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت روانشناسی مبتنی بر تعهد و پذیرش جای تمرکز بر آسیب شناسی، بر این عقیده است

نخستین محدودیت حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی دانشجویان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی دانشجویان با اختلال مشابه در سایر دانشگاهها اجرا کنند.

### تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران می‌باشد." و دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1399.079 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

گروه مانند: تخلیه هیجانی، احساس مقبولیت، ناعدوستی، تایید همگانی، همدلی، همانند سازی، تقلید، بصیرت، تعامل، یادگیری، واقعیت‌سنجی، انتقال، همگانی‌پنداری و بسیاری از عوامل دیگر، باعث بالا رفتن توان مقابله سازگاری، ایجاد حس امیدواری، پاسخگویی بیشتر به امور زندگی توجه به جنبه‌های نادیده گرفته شده و در نتیجه کاهش افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود.

در تبیین دیگر یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت تمرینهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش نگرش پذیرشی و شفقت نسبت به خود، دیگران و طبیعت می‌شود. داشتن نگرش پذیرشی موجب می‌شود که فرد بدون قضاوت و تعبیر و تفسیر حوادث و تجارب درونی خود را بپذیرد و تلاشی برای تغییر، اجتناب یا حذف آنها انجام ندهد. شفقت به مثابه داشتن عشق بی قید و شرط نسبت به انسان‌ها و اشیاء و توانایی پذیرش همه بخش‌های (چه خوشایند و چه ناخوشایند) خودمان، دیگران و زندگی توصیف می‌شود. پرورش روح شفقت به مثابه گذرگاهی در غلبه بر هیجان‌های منفی و رشد ارتباط با دیگران است (دز، استودان و فریسن، ۲۰۱۳). با توجه با تاثیر مثبت این گونه برنامه‌ها، در جهت سازش با موقعیت و کاهش فشارهای روانی می‌تواند مفید واقع شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نگر عمدتاً به تقویت کردن توانایی‌ها و سرمایه‌های روانشناختی فرد توجه دارد. افراد برای جلوگیری از بیماری باید از توانایی‌هایی چون امید، خوش بینی، مهارت، پشتکار انگیزش درونی و قابلیت روانی برخوردار باشند. مسئله این نیست که چگونه می‌توانیم ضعف‌های افراد را اصلاح کنیم بلکه این است که چگونه می‌توانیم توانایی‌های افراد را پرورش دهیم و تقویت کنیم (سلیگمن، استن، پارک و پترسون، ۲۰۱۵).

### References

1. Azadi, M.; Origin, G; Gol Paror, Mohsen. Comparing the effectiveness of mindfulness interventions based on mobile phone social networks with acceptance and commitment group therapy

- (ACT) and mindfulness group interventions on depression, anxiety and stress in patients with type ۲ diabetes. *Diabetes Nursing Quarterly*. 2017; (۲): ۷۹۲-۷۷۵
2. Amanzad, Z; Hosseinian, S. Effectiveness of group counseling based on existential approach on life attitude and spiritual health of patients with type ۲diabetes. *Women and family studies*. 2017; 6(۱): ۶۷-۴۹
  3. Taghizadeh, M.; Bigley, Z; Mohteshmi, T. The effectiveness of behavior modification program training in the lifestyle of type ۲diabetic patients. *Scientific-Research Quarterly of Health Psychology*. 2013; ۳(۹): ۴۵-۳۰
  4. Hor; Aghaei, A; Abedi, A; Golparvar, M. The effectiveness of the integrated treatment package (health lifestyle based on acceptance and commitment therapy) with mindfulness-based treatment on self-care and glycosylated hemoglobin of patients with type ۲diabetes. *Islamic lifestyle with a focus on health*. 2017; ۲(۲): ۶۵-۵۷
  5. hor; Manshey, G. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the mental health of patients with type ۲diabetes in Isfahan city. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2016; ۱۶(۶): ۳۰۹-۳۱۶
  6. Saifullahi, M.; Monfardi, A; Mohteshmi, J.; Mohammadi, H. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on reducing anxiety, depression and increasing the quality of life and self-efficacy of patients with multiple sclerosis. *Journal of Principles of Mental Health*, ۱۸(Special Issue of the Third International Conference on Psychology and Educational Sciences), 2015; ۶۰۵-۵۹۶
  7. Shaygian, Z; Amiri, P; Aguilar Vafai, M.; Basharat. M.A. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on improving glycosylated hemoglobin and self-care activities in type ۲diabetes patients. *Journal of Contemporary Psychology*. 2014;(۲) ۱۰: ۴۱-۵۰
  8. Taheri, N; Qajri, H; Shahbazi, H. Relationship between health literacy and self-efficacy and self-care in patients with type ۲diabetes. *Iranian Journal of Endocrine and Metabolism*. 2017; (۳): ۱۴۱-۱۳۵
  9. Sabour, S; Kakabrai, Kivan. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression symptoms, stress and pain indicators in women with chronic pain. *Journal of rehabilitation research in nursing*. 2015; ۲(۴): ۹-۱
  10. Mirmehdi, S; Reza Ali, M. Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on resilience, emotion regulation and life expectancy in women with type ۲diabetes. *Scientific-Research Quarterly of Health Psychology*, 2017; ۷(۲۸): ۱۸۳-۱۶۷
  11. Bogusch, L. M., & O'Brien, W. H. *The effects of Mindfulness-based interventions on diabetes-related distress, quality of life, and metabolic control among persons with diabetes: A meta-analytic review*. *Behavioral Medicine*, 2019; 45(1): 19-29.
  12. Cherrington, A., Wallston, K. A., & Rothman, R. L. *Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes*. *Journal of behavioral medicine*, 2015; 33(1): 81-89.
  13. Dong, C., Kou, T., Liu, Y., Zou, Y., Sun, L., Tian, H., & Wang, Q. *Study on the effect of smoking on the risk of active pulmonary tuberculosis in patients with type 2 diabetes mellitus*. *Chronic Diseases Prevention Review*. 2019;10 (6): 36-41.
  14. Ellis, D. A., Carcone, A. I., Slatcher, R., Naar-King, S., Hains, A., Graham, A., & Sibinga, E. *Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in emerging adults with poorly controlled, type 1 diabetes: A pilot randomized controlled trial*. *Pediatric diabetes*, 2019; 20(2): 226-234.
  15. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. *Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial*. *J Consult Clin Psychol*. 2007; 75(2):336-43.
  16. Harrington, C., Carter-Templeton, H., & Appel, S. *Diabetes self-management education and self-efficacy among African American women living with type 2 diabetes in rural primary care*. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 2017;10(1): 11-16.
  17. Hasker SM. *Evaluation of the Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) Approach for Enhancing Athletic Performance*. Theses and Dissertations (All). 2010;913.
  18. Hayes SC and Duckworth MP. *Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy Approaches to Pain*. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2006;13:185-187.
  19. Kamody, R. C., Berlin, K. S., Rybak, T. M., Klages, K. L., Banks, G. G., Ali, J. S., ... & Diaz Thomas, A. M. *Psychological flexibility among youth with type 1 diabetes: Relating patterns of acceptance, adherence, and stress to adaptation*. *Behavioral Medicine*, 2018;44(4): 271-279.
  20. Jan, S. M. *The effect of non-surgical phase on fasting sugar level in type 2 diabetic patients with generalized chronic periodontitis*. *Paripex-Indian Journal of Research*, 2019;8(4): 32-39

21. Jesse, C. D., Creedy, D. K., & Anderson, D. J. *Effectiveness of psychological interventions for women with type 2 diabetes who are overweight or obese: a systematic review protocol*. JBI database of systematic reviews and implementation reports, 2019;17(3):281-289.
22. Lin, L. Y., Hsu, C. Y., Lee, H. A., Wang, W. H., Kurniawan, A. L., & Chao, J. C. J. *Dietary patterns in relation to components of dyslipidemia and fasting plasma glucose in adults with dyslipidemia and elevated fasting plasma glucose in Taiwan*. Nutrients, 2019;11(4): 845-851
23. Lappalainen R, Lehtonen T, Skarp E, Taubert E, Ojanen M, & Hayes SC. *The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists*. Behavior Modification, 2007;31(4): 488-511.
24. Lustman PJ and Gavard JA. *Chapter 24; Psychosocial Aspects of Diabetes in Adult Populations. Diabetes in America, 2nd Edition Table of Contents*. Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, 2012; 507-517.
25. Messina, R., Rucci, P., Sturt, J., Mancini, T., & Fantini, M. P. *Assessing self-efficacy in type 2 diabetes management: validation of the Italian version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale (IT-DMSES)*. Health and quality of life outcomes, 2018;16(1): 71.
26. Patton, K., Connor, J. P., Rundle-Thiele, S., Dietrich, T., Young, R. M., & Gullo, M. J. *Measuring adolescent drinking-refusal self-efficacy: Development and validation of the Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Shortened Adolescent version (DRSEQ-SRA)*. Addictive behaviors, 2018; 81:70-77.
27. Pain, W. I. C. *Accept Pain for a Vital Life: Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Chronic Pain. Somatoform and Other Psychosomatic Disorders: A Dialogue between Contemporary Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy Perspectives*, 2018;163.
28. Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. *On the failure of psychology to advance self-help: Acceptance and commitment therapy (ACT) as a case example*. Journal of Contemporary Psychotherapy, 2016;46(2): 71-77.
29. Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., & Rogers, R. W. *The Self-Efficacy Scale : Construction and validation* Psychological Reports, 1982;51(2):663-671.
30. Xing, L., Liu, S., Tian, Y., Yan, H., Jing, L., Chen, K., & Sun, Y. *Relationship between Fasting Plasma Glucose and Unfavorable Outcomes in Patients of Ischemic Stroke without Diabetes*. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2019;28(5): 1400-1408.
31. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. *Mindfulness based relapse prevention for alcohol and substance use disorders*. J Cognit Psychother. 2005;19(3):221-8.

## Original Article

# The effectiveness of commitment-based acceptance therapy on flexibility and perfectionism of physical appearance in body deformity disorder

Received: 20/01/2022 - Accepted: 26/04/2022

Masoumeh Ghanbari <sup>1</sup>

Taher Tizdast <sup>2\*</sup>

Javad Khalatbari <sup>3</sup>

Mohammad Ali Rahmani <sup>4</sup>

<sup>1</sup> PhD student General Psychology ,  
Department of Psychology , Tonekabon  
Branch , Islamic Azad University,  
Tonekabon , Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor Department of  
Psychology , Tonekabon Branch, Islamic  
Azad University, Tonekabon, Iran.  
)Corresponding author(

<sup>3</sup> Associate Professor Department of  
Psychology , Tonekabon Branch , Islamic  
Azad University, Tonekabon , Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor Department of  
Psychology , Tonekabon Branch, Islamic  
Azad University, Tonekabon, Iran

Email: taher.tizdast@toniau.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** Body deformity disorder is a chronic and distressing condition that can lead to severe social, occupational, educational and family problems. The aim of this study was to determine the effectiveness of commitment-based acceptance treatment on flexibility and perfectionism of physical appearance in body deformity disorder.

**Materials and Methods:** In a quasi-experimental study of pre-test-post-test-follow-up designs with a control group, 30 female students with deformity who are studying at the Islamic Azad University of Tehran University of Medical Sciences during the months of November to January 2017 were selected by available sampling method. Subjects were then randomly assigned to the experimental and control groups through Excel Office software. The experimental group (n = 15) underwent commitment-based admission treatment for 8 weekly sessions of 90 minutes each session. The flexibility questionnaire and the Physical Appearance Perfectionism Questionnaire (PAPS) were collected in three baseline stages after quarterly intervention and follow-up. Data were entered in SPSS statistical software version 21 and analyzed using repeated measures multivariate analysis of variance.

**Results:** The results showed that the group undergoing commitment-based acceptance treatment, the mean score of flexibility and perfectionism of physical appearance was significantly lower than the control group (P < 0.001).

**Conclusion:** The results of this study showed that commitment-based acceptance therapy can be effective in improving the perfectionism of physical appearance and flexibility in students with deformity.

**Key words:** flexibility, body deformity disorder, commitment-based acceptance therapy, perfectionism of physical appearance.

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.