

اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی در متقاضیان جراحی های زیبایی

علی اصغر حسین زاده^۱ و مهشاد مجیدی^۲

۱. استادیار، روان شناسی، دانشگاه آزاد، واحد آمل، آمل، ایران

۲. دانشجوی فوق لیسانس، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد، واحد آمل، آمل، ایران

چکیده

در پژوهش حاضر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی در متقاضیان جراحی زیبایی شهرستان آمل بررسی شد. روش: پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون _ پس آزمون با گروه کنترل بود که برای تعیین حجم نمونه ابتدا ۱۴۵ نفر از متقاضیان جراحی زیبایی جهت اجرای پیش آزمون و غربالگری با روش نمونه گیری در دسترس از میان ۳ مرکز جراحی انتخاب و به پرسشنامه های نشخوار فکری نالن-هوکسیما و مارور (۱۹۹۱)، ترس از تصویر بدن لیتلتون (۲۰۰۵) و ترس از ارزیابی منفی لری (۱۹۸۳) پاسخ دادند. از این تعداد ۳۰ نفر که در مقیاس ها بالاترین نمره را کسب کردند انتخاب و با همین روش در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هفته ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. براساس نتایج تحلیل کواریانس بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود داشت. به طوری که میانگین نمره پس آزمون نشخوار فکری، ترس از تصویر بدن و ترس از ارزیابی منفی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت ($P < 0.001$). نتیجه گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی متقاضیان جراحی زیبایی موثر است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری، ترس از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی،

مقدمه

جراحی زیبایی برای کسانی که داوطلب می شوند، یک نوع کناره گیری از واقعیت یا به عبارتی مکانیسم دفاعی است؛ به طوری که فرد با اعتقاد به این موضوع که قادر است خودش را از نو بسازد، با توهم خودسازی، از واقعیت عقب نشینی می کند (برونینگ، اوکونومو، سینگ^۱، ۲۰۱۳). این صنعت تاکنون سالانه رشدی ۱۰ تا ۲۰ درصدی داشته است و حدود ۱۶ میلیارد دلار ارز در جهان صرف زیبایی شده است. علاوه بر رشد صنعت زیبایی، افزایش کسب زیبایی تصنعی به واسطه ی جراحی زیبایی؛ توجه را در کشورهای مختلف از جمله ایران، فراهم کرده است. (بروکس^۲، ۲۰۱۴). افراد نگران نسبت به ظاهر خود برای از بین بردن نارضایتی از تصویر بدنی، و نزدیک کردن واقعیت بدنی به ایده آل های درونی شده از راهبردهای مختلفی نظیر رژیم ها، ورزش افراطی، الگوهای رفتاری شبیه اختلال خوردن، و جراحی زیبایی استفاده می کنند. بررسی الگوهای تفکر و افکار در اختلال بدریختی بدنی و نقش آن ها در دوام این اختلال ها، مورد توجه متخصصین بالینی می باشد. یکی از انواع این الگوها، نشخوار فکری است. نشخوار های فکری، افکاری مقاوم و عودکننده هستند که پیرامون یک موضوع معمول دور می زنند، به طریق غیر ارادی وارد آگاهی می شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می سازند (فردریک، کلی، لاتنر، ساندو و تسانگ^۳، ۲۰۱۶).

از عوامل تاثیر گذار در جراحی زیبایی؛ درک نامناسب از ویژگی های جسمانی است، شکل ظاهری هر فرد بخش مهمی از هویت وی را تشکیل می دهد که در موقعیت های اجتماعی و در برخورد با دیگران به صورت هیجان های مثبت و منفی و یا رضایت یا نارضایتی نمایان می شود؛ از این رو تصویر بدنی را می توان یک نگرش چند بعدی راجع به شکل، اندازه و زیبایی بدن تعریف کرد (والتر و گولان^۴، ۲۰۱۷). در این راستا سارور^۵ و همکاران (۲۰۱۵) میزان افسردگی، اضطراب و تصویر بدنی را در افراد متقاضی جراحی زیبایی بررسی کردند گروهی که جراحی زیبایی انجام داده اند، نارضایتی از تصویر بدنی کمتری را نسبت به گروه عادی گزارش کردند. از دیگر عوامل تاثیر گذار جهت جراحی زیبایی؛ ترس از ارزیابی منفی است. ترس از ارزیابی منفی به عنوان یکی از ویژگی های اصلی اختلال اضطراب اجتماعی می باشد. در این اختلال نشانه های اجتماعی بی خطر و مبهم از طرف دیگران، می تواند بالقوه به عنوان ارزیابی منفی تفسیر شود (کراون^۶، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش گیلبرت و میر^۷ (۲۰۱۴) نشان داد که متغیرهای عزت نفس و ترس از ارزیابی منفی، به ترتیب بهترین پیش بینی کننده اضطراب اجتماعی بودند.

با توجه به افزایش جراحی های زیبایی سیر صعودی دارد و هزینه ها و پیامد های روان شناختی زیادی در پی داشته باشد، ارائه درمانی های مفید بسیار لازم و مهم می باشد که یکی از این درمان ها که می تواند مفید باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در رواندرمانی مورد استفاده قرار می گیرد (هایس، استروسال و ویلسون^۸، ۲۰۱۲). در این راستا دیندو^۹ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی درمان پذیرش و تعهد برای پیشگیری از درد پس از جراحی مزمن پرداختند. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد، بر کاهش درد پس از جراحی موثر است. همچنین نتایج پژوهش ماسودا، هیز، ساکت و توینگ^{۱۰} (۲۰۱۴)، نشان داد، تکنیک های گسلش شناختی، افکار خود ارزیابی منفی مانند افکار مرتبط با ناکارآمدی را کاهش می دهند. بنابراین، با توجه به مطالب بیان شده، هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی

1. Breuning, Oikonomou & Singh

2- Brooks

3. Frederick, Kelly, Latner, Sandhu & Tsong

4. Walter & Golan

5- Sarwer

6. Craven

7- Gilbert & Meyer

8. Hayes, Strosahl & Wilson

9. Dindo,

10. Masuda, Hayes, Sackett, & Twohig,

درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی در متقاضیان جراحی های زیبایی بود.

روش:

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی، پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد نظر کلیه متقاضیان جراحی زیبایی شهرستان امل در سال ۹۷-۹۸ تشکیل می دادند. برای تعیین حجم نمونه ابتدا ۱۴۵ نفر جهت اجرای پیش آزمون و غربالگری با روش نمونه گیری در دسترس از میان ۳ مرکز جراحی زیبایی انتخاب و به پرسشنامه های نشخوار فکری نالن-هوکسیما و مارور (۱۹۹۱)، ترس از تصویر بدن لیتلتون (۲۰۰۵) و ترس از ارزیابی منفی لری (۱۹۸۳) پاسخ دادند. سپس ۳۰ نفر از متقاضیانی که در مقیاس های مورد نظر بالاترین نمره کسب کردند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هفته ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. اما گروه کنترل، هیچ مداخله ای در این زمینه دریافت نکرد. ملاکهای ورود پژوهش عبارت بودند؛ اعلام رضایت و همکاری، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، افرادی که در شرف انجام یکی از انواع گونه های جراحی زیبایی غیر طبی (بینی، کاشت مو، پروتز و ...) بودند و ملاک خروج از مطالعه حاضر نیز شامل عدم تمایل یا نداشتن توانایی شرکت در جلسات، غیبت بیش از سه جلسه در فرآیند درمان، وجود اختلال های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی یا تحت درمان روان شناختی دیگر در حین مشارکت در طرح باشند.

پرسشنامه نشخوار فکری نالن-هاکسما و مارو (۱۹۹۱)

پرسشنامه سبک های پاسخ (RSQ) از ۷۱ گویه تشکیل شده است که انواع پاسخ های مقابله ای افراد به خلق افسرده را در سه حیطه مورد ارزیابی قرار می دهد: حل مسئله، راهبرد حواس پرت کن، اقدام به فعالیت های مخاطره آمیز نمودن و نشخوار فکری. ۲۲ گویه از این مقیاس، پاسخ های مرتبط با نشخوار فکری را مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره گذاری به صورت لیکرت (۱= تقریباً هرگز تا ۴= تقریباً همیشه) می باشد. دامنه نمره ها از ۲۲ تا ۸۸ می باشد. پاسخ هایی که در پرسشنامه برای نشخوار فکری گنجانده شده اند متمرکز بر چهار حوزه متمرکز بر خود، متمرکز بر نشانه ها، متمرکز بر عواقب و پاسخ های رفتاری. نالن-هاکسما و مارو، همسانی درونی این مقیاس را (۰/۸۹) ارزیابی نموده اند. روایی این مقیاس در نمونه خارجی به شیوه بازآزمایی از ۰/۴۸ تا ۰/۸۰/۴= به دست آمده است. لطفی نیا و همکاران (۱۳۸۶) ضرایب پایایی آن را ۰/۸۲ محاسبه کرده اند.

ترس از تصویر بدن (BICI) لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)

این پرسشنامه این آزمون حاوی ۱۹ پرسش است که هر پرسش دارای پنج گزینه است که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می شود و دامنه نمره ها از ۱۹ تا ۹۵ قرار می گیرد. این پرسشنامه نارضایتی از تصویر بدنی را در دو بعد نارضایتی از ظاهر و تداخل در عملکرد اجتماعی اندازه گیری می کند. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی ماده-کل بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ گزارش کردند. همچنین ضریب روایی این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی با مقیاس خودگزارشی اختلال برابر ۰/۸۳ گزارش شده است. در ایران بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) پایایی و روایی این پرسشنامه ۰/۷۳ و ۰/۸۷ گزارش شده است و بر اساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۵ گزارش کردند (شیخ و مسلمی نژاد، ۱۳۹۵).

مقیاس ترس از ارزیابی منفی - فرم کوتاه لری (۱۹۸۳)

نسخه کوتاه دارای ۱۲ پرسش است که میزان اضطراب تجربه شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را اندازه گیری می کند. در این مقیاس نمره گذاری در یک طیف پنج درجه ای ۱= هرگز تا ۵= تقریباً همیشه می باشد. دامنه آن ۱۲ تا ۶۰ می باشد. امتیاز بالاتر بیانگر ترس بیشتر فرد پاسخ دهنده از ارزیابی منفی درباره خود است و برعکس. در پژوهش گراوند و همکاران (۱۳۹۰) نتایج تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از چرخش آبلیمین نشان داد که نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی از دو عامل تشکیل شده است. همبستگی معنادار بین نمره کلی و زیر مقیاس های ترس از ارزیابی منفی با زیرمقیاس ها و نمره کلی پرسشنامه دشواری

های بین فردی و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، روایی همگرایی این پرسشنامه را تایید کرد. ضرایب آلفای کرانباخ برای نمره کلی و زیر مقیاس های سوال های نمره گذاری شده مثبت و سوال های نمره گذاری شده منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۱، و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) برای نمره کلی، BFNE و زیر مقیاس ها بین ۰/۷۷ - ۰/۷۹ به دست آمد. پروتکل جلسات درمان مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، در ۸ هفته ی پایایی برگزار شد و خلاصه ی محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان پذیرش و پایبندی به شرح ذیل می باشد

جلسه اول:	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی. تکلیف خانگی: فهرست نمودند ۵ نمونه از مهم ترین مشکلاتی که متقاضیان جراحی در زندگی با آن مواجه اند.
جلسه دوم:	بررسی تکلیف جلسه ی قبل، سنجش مشکلات مراجعان از نگاه های فرد. تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از مزایا و معایب و شیوه های کنترل مشکلات
جلسه سوم:	بررسی تکلیف جلسه ی قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه های ناکارآمد کنترل شده اند.
جلسه چهارم:	بررسی تکلیف جلسه ی قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی ها از تجارب شخصی استعاره فنجان بدو اتخاذ موضع مشاهده ی افکار بدون قضاوت. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده اند.
جلسه پنجم:	بررسی تکلیف جلسه ی قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه استعاره ی صفحه شطرنج و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده اند.
جلسه ششم:	بررسی تکلیف جلسه ی قبل، شناسایی ارزش های زندگی متقاضیان جراحی و سنجش ارزش ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزشها.
جلسه هفتم:	بررسی تکلیف جلسه ی قبل، ارائه ی راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش ها. تکلیف خانگی: گزارشی از گام های پیگیری ارزش ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.
جلسه هشتم:	جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه ی زندگی

یافته ها:

برای آزمون فرضیه فوق با توجه به اینکه اثر متغیر مستقل بر چند متغیر وابسته در دو گروه آزمایشی و کنترل است از تحلیل کوواریانس (مانکوا) استفاده شده است. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس پیش فرض های این آزمون مورد تحلیل قرار گرفت که شامل: وجود رابطه خطی (خط مستقیم) بین متغیرهای وابسته که با بررسی نمودارهای پراکندگی بین هر جفت از متغیرهای وابسته صورت می گیرد (ترسیم رگرسیون)، وجود همگنی ماتریس های واریانس و کوواریانس (آزمون باکس)، نرمال بودن توزیع داده-های چند متغیری و یکسانی واریانس ها (لون). مطابق با جدول ۲؛ میانگین و انحراف معیار پیش آزمون متغیر وابسته؛ بیانگر میزان نشخوارفکری، تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی نزدیک گروههای آزمایش و گروه کنترل می باشد. پس از تعدیل نرمات، گروه های آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون نشخوارفکری، تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی نزدیک با هم اختلاف معنادار

داشتند. همچنین بین پیش آزمون و پس آزمون گروههای آزمایش تفاوت معنادار مشاهده شد. ولی در گروه کنترل تفاوت مشهودی مشاهده نشد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نشخوارفکری، تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی

پس آزمون		پیش آزمون		متغیر	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر
۹/۷۱	۵۲/۸۰	۹/۲۰	۶۸/۰۶۶	آزمایش	نشخوار فکری
۹/۲۹	۶۸	۹/۱۶	۶۷/۸۶	گواه	
۱۱/۷۱	۵۸	۱۴/۲۵	۶۹/۴۶	آزمایش	ترس تصویر بدنی
۱۳/۳۶	۶۹/۱۳	۱۳/۹۱	۶۹/۲۰	گواه	
۵/۰۸	۳۹/۸۶	۵/۴۲	۴۹/۴۰	آزمایش	ترس ارزیابی منفی
۵/۸۹	۵۰/۷۳	۴/۲۹	۵۰/۱۳	گواه	

به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن از آزمون کالمو گروف اسمیرنوف استفاده شد با توجه به اینکه سطح معنی داری بدست آمده از ۰/۰۱ بیشتر است نتیجه می گیریم توزیع جامعه نرمال است. F بدست آمده برای بررسی تعامل بین متغیر مستقل و پیش آزمون، از نظر آماری معنادار نیست ($P > 0.01$)؛ بنابراین مفروضه های همگنی رگرسیون مورد تأیید است. همانطور که آزمون باکس نشان می دهد با توجه به معنی دار نبودن مقدار $P \geq 0.01$ ، $F(6, 568.0/3) = 0.92$ ، فرض تساوی ماتریسهای واریانس کوارینانس تأیید می شود. آزمون لون برای بررسی فرض یکسانی واریانس ها انجام پذیرفت. با توجه به نتایج آزمون لون معنی دار نبودن مقدار آماره F لون، برابری واریانس ها متغیر های وابسته برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است ($P \geq 0.01$). همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می دهد؛ مقدار F برای متغیر نشخوار فکری $(1.25) = 89/809$ به دست آمد که در سطح $(P < 0.001)$ ، یعنی درمان باعث کاهش نشخوار فکری در گروه آزمایش شده است. برای متغیر ترس از تصویر بدنی $(1.25) = 178/523$ به دست آمد که در سطح $(P < 0.001)$ ، یعنی درمان باعث کاهش ترس از تصویر بدنی در گروه آزمایش شده است. برای متغیر ترس از ارزیابی منفی $(1.25) = 146/157$ به دست آمد که در سطح $(P < 0.001)$ ، معنادار است، یعنی درمان باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش شده است. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۷۸۲ درصد تغییر در متغیر نشخوار فکری، ۸۷۷ درصد تغییر در متغیر ترس از تصویر بدنی، ۸۵۴ درصد تغییر در متغیر ترس از ارزیابی منفی، ناشی از تأثیر متغیر مستقل (آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بوده است.

جدول (۴) : تحلیل آنکوا در متن مانکوا میانگین نمرات پس آزمون نشخوارفکری، تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
نشخوار فکری	گروه	۱۷۴۸/۴۰	۱	۸۹/۸۰۹	۰/۰۰۰۰	۰/۷۸۲	۱
	خطا	۴۸۶/۷۰۵	۲۵				
ترس تصویر بدنی	گروه	۹۵۸/۲۹۶	۱	۱۷۸/۵۲۲	۰/۰۰۰۰	۰/۸۷۷	۱
	خطا	۱۳۴/۱۹۹	۲۵				
ترس ارزیابی منفی	گروه	۷۶۳/۲۸۹	۱	۱۴۴/۱۵۷	۰/۰۰۰۰	۰/۵۴	۱
	خطا	۱۳۰/۵۵۹	۲۵				

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی اثر بخش است؛ تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با پس‌آزمون گروه کنترل، پس از کنترل تفاوت‌های اولیه؛ وجود دارد. این یافته با یافته‌های دیندو و همکاران (۲۰۱۸)، دویسون و همکاران (۲۰۱۶)، ماسودا و همکاران (۲۰۱۴) دوکاس و همکاران (۲۰۱۸)، هافمن و همکاران (۲۰۱۴)، (یاداوا، هیز و ویلدراگا، ۲۰۱۴) و (هربرت، ۲۰۱۳) همسو می‌باشد. ماسودا و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روانشناختی مانند انعطاف‌پذیری روانشناختی، سرمایه روانشناختی، تاب‌آوری، پیشگیری از درد پس از جراحی، کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و افکار ناکارآمد تأثیرگذار است. دویسون و همکاران (۲۰۱۶) به اثربخشی یک مداخله درمانی بر اساس پذیرش و تعهد درمانی بر بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب دست یافتند. در تبیین این یافته می‌توان گفت نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که آن چه خارج از کنترل شخصی شما است را بپذیر و به عملی که زندگی شما را غنی می‌سازد، متعهد باش (ماسودا و همکاران، ۲۰۱۴). به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند همان گونه که هستند، مهارت کسب کنند. در پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری صورت می‌گیرد، فرد تشویق می‌شود؛ تا درحالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند، آنها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود، شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند (هافمن و همکاران، ۲۰۱۴). از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریفات فکری و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی؛ نحوه مقابله با این شناخت‌ها (نسبت به وضعیت جسمی و تصویر از بدن) استفاده می‌شود. بدین صورت که با اجازه دادن به آمد و رفت افکار و ادراکات مربوط به تصویر بدنی بدون اینکه با آنها مبارزه شود، به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب ذهنی مربوط به وضعیت جسمی خود جدا سازد (جداسازی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و این کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد، به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها) در نهایت، انگیزه‌ای جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در فرد ایجاد می‌شود (یاداوا، هیز و ویلدراگا، ۲۰۱۴). به طوری که فرد دارای تصویر بدنی منفی، به ارزش‌های شناسایی شده در طول درمان از جمله وضعیت جسمی خود، آگاهی روانی پیدا کرده و از طریق کاهش نشخوارگری، افزایش میزان پذیرش، کاهش گسلس هیجانی می‌تواند بر بهبود تصویر بدنی خود تأثیر بگذارد. بنابراین پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. بر اساس این دیدگاه متقاضیان جراحی‌های زیبایی درگیر قضاوت منفی درباره خود بوده با افکارشان پیرامون ارزیابی منفی از خود آمیخته می‌شوند، این امر تأثیر نامطلوبی بر انتخاب‌های افراد گذاشته؛ منجر به رفتارهای اجتنابی می‌گردد. در این درمان تکنیک‌های گسلس و ذهن آگاهی، یک خودنظاره‌گر را در فرد ایجاد می‌کند. خودنظاره‌گر یا خود به عنوان زمینه، حسی از خود را در فرد به وجود می‌آورد که صرف نظر از افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات جسمی که در مسیر زندگی فرد می‌آیند و می‌روند، او هم‌چنان ثابت است (دالریمپل و هربرت، ۲۰۰۷). افراد دارای ترس از ارزیابی منفی افکار پریشان‌کننده‌ای دارند. این افراد از موقعیت‌ها یا فعالیت‌هایی برانگیزاننده این افکار و احساسات اجتناب می‌کنند. سرخوردگی ناشی از عدم کنترل این افکار و احساسات پریشان‌کننده، اثرات ناخواسته جدیدی ایجاد می‌کند، فرد را به طور فزاینده‌ای از چیزهایی که برایش اهمیت دارند از قبیل سلامتی، کار، دوستان و خانواده دور می‌کند. کسی که به خاطر نگرانی از ارزیابی منفی بدنی و آمیختگی با افکار همچون «من زشتم»، «من جذاب و دوست‌داشتنی نیستم»، در خانه می‌ماند و تعاملات اجتماعی خود را کاهش می‌دهد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار نتیجه یک ذهن طبیعی اند و باورها حاصل فرایند آمیختگی شناختی، آن چه افکار را تبدیل به باور می کند، آغشته شدن فرد به محتوای افکار است. وقتی فردی طبق یک فکر مربوط به ناراضی بدن عمل می کند، یعنی با محتوای آن آمیخته شده است؛ حاصل این آمیختگی، باورهای مربوط به بدشکلی بدن هستند. تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید زیاد دارند. وقتی آمیختگی شناختی کاهش یابد، یعنی فرد از محتوای افکار گسلیده شده است. تمرینات گسلش شناختی به مراجعان می آموزد افکار را فقط افکار و احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی ببینند (دویسون و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به موارد اشاره شده به متخصصان این امر پیشنهاد می شود تا در مراکز مشاوره و روان درمانی کارگاه های آموزشی برای این افراد در نظر گرفت. می توان به صورت انفرادی مشاوره درمانی برای کاهش نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی و ترس از ارزیابی منفی اجرا نمود. از محدودیت های این پژوهش عدم نبود مرحله پیگیری برای ارزیابی میزان ماندگاری تأثیر مداخله ای انجام شده تفسیر و تعمیم یافته های است.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی می باشد. بدین وسیله نگارنده مقاله بر خود لازم می داند که از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد آمل که امکان انجام تحقیق حاضر را فراهم کردند، تقدیر و تشکر بعمل آورد.

منابع

- بساک نژاد، سودابه؛ و غفاری، مجید. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بدریخت انگاری از بدنی و اختلالات روانشناختی در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۱ (۲)، ۱۷۹-۱۸۷.
- شیخ، محمود؛ و مسلمی نژاد، مرضیه. (۱۳۹۵). مقایسه نگرانی از تصویر بدنی زنان سالمند ورزشکار و غیرورزشکار: نقش میانجی گر شاخص توده بدنی در ارتباط بین حرمت خود و نگرانی از تصویر بدنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۵ (۵۷)، ۹۸-۱۱۲.
- لطفی نیا، علی. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی روش حل مسئله در دانشجویان افسرده با سبک پاسخ نشخوار فکری و توجه برگردانی. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- گراوند، فریبرز؛ شکری، امید؛ نقش، زهرا؛ طرخان، رضاغلی؛ و پاییزی، مریم. (۱۳۹۰). ویژگی های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران*، ۱۴ (۳)، ۳۱۶-۳۲۵.

Breuning E, Oikonomou D, Singh P. (2013). Cosmetic surgery in the NHS: Applying local and national guidelines. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 63, 1437-1442.

Biglan, A. (2014). Contextualize and development of effective prevention practice. *Prevention Science*, 5 (1), 15-21.

Broksi, D. L., Bayer, A. M. (2014). Body image and media use among adolescents. *Adolescent Med Clinics*, 16(2), 230-289 .

Craven, M. (2015). *Effects of self-focused attention and fear of evaluation on anxiety and perception of speech performance*. A thesis presented to the faculty of the college of Arts and Sciences, Ohio University.

Dindo, L., Zimmerman, M. B., Hadlandsmayth, K., StMarie, B., Embree, J., Marchman, J., Tripp-Reimer, T., & Rakel, B. (2018). Acceptance and commitment therapy for prevention of chronic postsurgical pain and opioid use in at-risk veterans: A pilot randomized controlled study. *The Journal of Pain*, 19 (10), 1211-1221.

Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Acceptance and commitment therapy

for the management of suicidal patients: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 87, 211–222.

Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (2016). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.

Frederick, D.A., Kelly, M.C., Latner, J.D., Sandhu, G., & Tsong, Y. (2016). Body image and face image in Asian American and white women: Examining associations with surveillance, construal of self, perfectionism, and sociocultural pressures. *Body image*; 16, 113-125.

Gilbert, N., & Meyer, C. (2014). Fear of Negative Evaluation and the among adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*, 16 (2), 289 - 302.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press.

Hoffmann, D., Halsboe, L., Eilenberg, T., Jensen, J., & Frostholm, L. (2014). A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3 (3), 189-195.

Herbert, M. (2013). *An exploration of the relationships between psychological capital (hope, optimism, self-efficacy, resilience), occupational stress, burnout and employee engagement*. Unpublished Master Thesis in Industrial Psychology, University of Stellenbosch.

Leary, MR. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Pers Soc Psychol Bull*, 9 (3), 371-375.

Littleton, H. L., Axom, D. S. and Pury, C. L. (2005). Development of the Body Image Concern Inventory. *Behavior Research and Therapy*. 43, 229- 241.

Masuda, A., Hayes, S. C, Sackett, C.F & Twohig, M. P. (2014). Cognitive diffusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a 90-year-old technique. *Behav Res Ther*, 42 (4), 477-485.

Nolen-Hoeksema S. Morrow J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 loma prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol*, 61 (1), 115-121.

Sarwer, D. B., Alison, L., Baker, J. L., Casas, L. A., Glat, P. M., Gold, A. H. (2011). Two-Year results of a prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesthet Surg J*, 28, 245-250

Walter, O., & Golan, V. Sh. (2017). Effect of the Parent–Adolescent Relationship on Adolescent Boy’s Body Image and Subjective Well-Being. *American Journal of Men's Health*, 11 (4), 920-929.

Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 248–257.

Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to ruminant thinking, worrying about body image, and negative evaluation of applicants for cosmetic surgeries

Aliasghar Hosseinzadeh¹ and Mahshad Majidi²

1. Assistant Professor of Psychology, Azad University, Amol Unit, Amol, Iran

2. Graduate Student, Clinical Psychology, Azad University, Unit Alem, Amol, Iran

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to investigate effectiveness of acceptance and commitment therapy on rumination, physical image and fear of negative evaluation in applicants for cosmetic surgery

Method: The research method was semiexperimental with control group. The statistical population was all applicants for cosmetic surgery in Amol. To determine the sample size, 145 people were selected by Available sampling for screening and responded to Ralph-Nullen-Huxima and Morvar (1991), Littleton's fears of body image (2005) and fear of evaluation Negative Lori (1983) questionnaires. among them, 30 subjects who had high score in questionnaires were selected and replaced in the same way in two groups (15 people each). The experimental group received a 90-minute admission and commitment treatment for 10 sessions (weekly one session). To analyze the data, multivariate covariance analysis was used.

Results: Findings showed that there was a significant difference between the mean post-test scores of the experimental group and the post-test control group ($P < 0.001$).

Conclusion: acceptance and commitment therapy can reduction rumination, body image and fear of negative evaluation of applicants for cosmetic surgery .

Keywords: Acceptance and commitment therapy, rumination, fear of body image, fear of negative evaluation