Iranian Journal of Health Education & Promotion

Volume 15, Issue 1, Winter 2027

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Health Anxiety and Body Image Flexibility among women with Polycystic Ovary Syndrome

**Seyed Mojtaba Aghili**
* Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. **(Corresponding Author)** aghili@pnu.ac.ir

**Helen Mokhtari**
M.A. in General Psychology, Payame Noor University, Gorgan, Iran.

## Abstract

**Background and Objectives:** Polycystic ovary syndrome is one of the most common endocrine disorders in women of reproductive age. The present study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on health anxiety and body image flexibility among women with Polycystic Ovary Syndrome.

**Materials and Methods:** This study employed a quasi-experimental design using a pretest–posttest control group approach. The statistical population consisted of all women diagnosed with PCOS who attended Hakim Jorjani and Sayyad hospitals in Gorgan, Iran, in 2025. A total of 30 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to either the experimental group (n=15) or the control group (n=15). Data were collected using the Health Anxiety Inventory developed by Salkovskis et al. (2002) and the Body Image Acceptance and Action Questionnaire developed by Sandoz et al. (2013). The collected data were analyzed using univariate and multivariate analyses of covariance (ANCOVA and MANCOVA) in SPSS version 24 at a 95% confidence level.

**Results:** The findings indicated that, after controlling for pretest scores, significant differences were observed between the experimental and control groups in posttest health anxiety and body image flexibility. In other words, Acceptance and Commitment Therapy significantly reduced health anxiety (F=31.29, P=0.001, η2=0.54) and enhanced body image flexibility (F=52.36, P=0.001, η2=0.66) among women with Polycystic Ovary Syndrome.

**Conclusion:** Overall, the findings indicated that Acceptance and Commitment Therapy can contribute to improving the psychological well-being of women with polycystic ovary syndrome by reducing health anxiety and enhancing body image flexibility. Accordingly, therapists and healthcare professionals may consider Acceptance and Commitment Therapy as a complementary psychological intervention within the care and treatment programs for these women.

**Keywords:** Polycystic Ovary Syndrome, Hypochondriasis, Body Image, Acceptance and Commitment Therapy, Women

**Open Access Policy:** This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy ofthis licence, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Received: 2026/04/28
Accepted: 2026/09/16
Doi: 10.22034/ijhep.15.1.8

**Citation:** Aghili S.M, Mokhtari H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Health Anxiety and Body Image Flexibility among women with Polycystic Ovary Syndrome. *Iran J Health Educ Health Promot.* Winter 2027; 15(1):68-78.

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

# اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

**سیدمجتبی عقیلی**
* دانشیار گروه علمی روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. **(نویسنده مسئول)**
aghili@pnu.ac.ir
**هلن مختاری**
کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت:۱۴۰۵/۰۲/۰۸
تاریخ پذیرش:۱۴۰۵/۰۶/۲۵
نوع مقاله: پژوهشی

## چکیده

**زمینه و هدف:** سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، یکی از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز در زنان سنین باروری است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون _ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به سندروم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه‌کننده به بیمارستان حکیم جرجانی و صیاد گرگان در سال ۱۴۰۴ بود که تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های اضطراب سلامت سالکوسکی و همکاران (۲۰۰۲) و انعطاف‌پذیری تصویر بدن ساندوز (۲۰۱۳) بود. داده‌های پژوهش با تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) و استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح اطمینان ۰/۹۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت (F=۳۱/۲۹، P<۰/۰۰۱، η2=۰/۵۴) و انعطاف‌پذیری تصویر بدن (F=۵۲/۳۶، P<۰/۰۰۱، η2=۰/۶۶) در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک اثربخش بود.

**نتیجه‌گیری:** در مجموع یافته‌ها نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با کاهش اضطراب سلامت و افزایش انعطاف‌پذیری تصویر بدن، به بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک کمک کند. بر این اساس، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی مکمل در برنامه‌های مراقبتی و درمانی آنان استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، اضطراب سلامت، تصویر بدن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

**استناد:** عقیلی س.م، مختاری ه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک. *فصلنامه‌ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*. زمستان ۱۴۰۵;۱۵(۱): ۶۸- ۷۸.

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

## مقدمه

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک[1]، یکی از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز در زنان سنین باروری است که با مجموعه‌ای از نشانه‌ها از جمله بی‌نظمی قاعدگی، افزایش هورمون‌های آندروژنی، مشکلات تخمک‌گذاری، ناباروری، چاقی، آکنه و رشد موهای زائد شناخته می‌شود (۱). امروزه این اختلال نه‌تنها یک بیماری جسمانی، بلکه به‌عنوان یکی از چالش‌های فراگیر روانشناختی در میان زنان نیز مطرح است (۲)؛ زیرا تقریباً بسیاری از زنانی که تشخیص سندرم تخمدان پلی‌کیستیک برای آن‌ها مطرح می‌شود، در مقایسه با زنان سالم، درجات بالاتری از اضطراب[2]، افسردگی[3]، نگرانی‌های مرتبط با سلامت، کاهش عزت‌نفس[4]، نارضایتی از تصویر بدن[5] و افت کیفیت زندگی[6] را تجربه می‌کنند (۳). تغییرات ظاهری ناشی از بیماری، نگرانی درباره ناباروری، ترس از قضاوت اجتماعی و احساس کاهش جذابیت زنانه، فشار روانی قابل‌توجهی بر این بیماران وارد می‌کند (۴). این وضعیت می‌تواند به تشدید مشکلات هیجانی، انزوای اجتماعی، اختلال در روابط بین‌فردی و زناشویی، افزایش اضطراب سلامت، نشخوار فکری و حتی بروز اختلالات روانشناختی مزمن منجر شود (۵).

زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نسبت به جمعیت عادی، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارند (۶) و تداوم علائم جسمانی بیماری می‌تواند چرخه‌ای معیوب از تنیدگی روانی و تشدید نشانه‌های جسمانی ایجاد کند (۷). یکی از شکل‌های مهم اضطراب، اضطراب سلامت[7] است که در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[8] در طبقه اختلالات علائم جسمانی معرفی شد (۸). اضطراب سلامت مفهومی چندبعدی است و افراد از نظر شدت آن در طیفی از نگرانی خفیف تا اشکال شدید و پاتولوژیک قرار می‌گیرند (۹). این نوع اضطراب به وضعیتی اشاره دارد که فرد به‌صورت مداوم و افراطی درباره وضعیت جسمانی خود نگران است و ترس مداومی از ابتلا به بیماری‌ها را تجربه می‌کند (۱۰). ماهیت مزمن و نوسانی علائم این سندرم مانند بی‌نظمی قاعدگی، مراجعات مکرر پزشکی، انجام آزمایش‌های هورمونی و مواجهه با اصطلاحات پزشکی می‌تواند حساسیت نسبت به سلامت را افزایش دهد (۱۱).

زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نسبت به تصویر بدن، باروری و سلامت عمومی حساسیت بیشتری دارند و این حساسیت با کاهش کیفیت زندگی همراه است (۱۲). این پیامدها می‌توانند نگرش فرد نسبت به بدن خود و احساس کارآمدی در مدیریت وزن را تحت تأثیر قرار داده و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن[9] را کاهش دهند (۱۳). منظور از انعطاف‌پذیری تصویر بدن، توانایی فرد در پذیرش و تجربه افکار و احساسات مرتبط با بدن، بدون تلاش برای سرکوب یا تغییر آن‌ها است (۱۴). انعطاف‌پذیری تصویر بدن به افراد کمک می‌کند تا حتی در حضور افکار منفی، همچنان در مسیر اهداف و ارزش‌های خود حرکت کنند (۱۵)، در مواجهه با نارضایتی‌های بدنی، از راهبردهای سازگارانه استفاده کرده و افکار و احساسات خود را بدون تلاش برای تغییر آن‌ها بپذیرد و در عین حال به سایر جنبه‌های مهم زندگی توجه کند (۱۶).

برای درمان پیامدهای روانشناختی سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، رویکردهای روان‌شناختی متعددی به‌کار گرفته شده‌اند که در میان آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[10] به‌عنوان یکی از مداخلات کارآمد شناخته می‌شود (۱۷). این شیوه درمانی از اصول زیربنایی مانند پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل و عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته استفاده می‌نماید (۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (۱۹). مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر، در نظر

[1] Polycystic ovary syndrome
[2] anxiety
[3] depression
[4] self esteem
[5] Body image dissatisfaction
[6] quality of life
[7] Health anxiety
[8] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
[9] Body image flexibility
[10] Acceptance and commitment therapy

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]
[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (۲۰). در واقع هدف این درمان تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (۲۱). در این راستا نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت دختران دارای سندرم درد قاعدگی (۱۸)، کاهش اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدنی در زنان تحت عمل ماستکتومی (۲۲)، بهبود تصویر بدن زنان مبتلا به سرطان سینه (۲۳)، بهبود انعطاف ناپذیری تصویر بدنی زنان دارای اضافه وزن (۱۲) بود. هم‌چنین مطالعات نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (۱۴)، کاهش راهبردهای مقابله‌ای منفی و اضطراب سلامت در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (۱) شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود انعطاف‌پذیری تصویر بدن و سلامت روان در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شده است (۷). درمان پذیرش و تعهد در کاهش نارضایتی بدنی، نگرانی‌های مرتبط با ظاهر زنان اثربخش بود (۱۶).

با وجود شواهد موجود درباره ارتباط سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با پیامدهای روان‌شناختی و نیز اثربخشی برخی مداخلات روان‌شناختی در بهبود مشکلات هیجانی این بیماران، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های پیشین بر پیامدهایی مانند افسردگی، اضطراب عمومی، کیفیت زندگی و نارضایتی از تصویر بدن متمرکز بوده‌اند و شواهد محدودی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و به‌ویژه انعطاف‌پذیری تصویر بدن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک وجود دارد. به بیان دیگر، هنوز مشخص نیست که آیا تمرکز بر پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به‌طور هم‌زمان نگرانی‌های افراطی مرتبط با سلامت و نحوه مواجهه فرد با افکار و تجارب مربوط به تصویر بدن را در این گروه بهبود بخشد. این خلأ ضرورت بررسی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر فرآیندهای انعطاف‌پذیری را در این جمعیت آشکار می‌سازد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک اثربخش است؟

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی زنان مبتلا به سندروم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه‌کننده به بیمارستان حکیم جرجانی و صیاد گرگان در سال ۱۴۰۴ بودند. تخمین اندازه نمونه به کمک نرم‌افزار جی‌پاور[1] انجام شد. مقدار اندازه اثر متوسط برابر با ۰/۲۵ انتخاب شده که همه زیر گروه‌ها و مداخلات را پوشش دهد، بر این اساس و با توجه به سطح آلفای ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۹۵، حجم نمونه برای هر گروه برابر ۱۵ نفر پیشنهاد شد؛ که با احتمال خطای نمونه‌گیری تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و کنترل) جایدهی شدند. از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک طبق تشخیص پزشک و درج در پرونده پزشکی، حداقل تحصیلات دیپلم، بازه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم مصرف مواد مخدر، فقدان بیماری‌های جسمانی و روانی طبق پرونده پزشکی و مصاحبه بالینی بود. هم‌چنین معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند مداخله، عدم همکاری مؤثر و فعال در طی جلسات آموزشی، عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، بروز مشکلات حاد روان‌شناختی در طول اجرای پژوهش، وجود پرسشنامه مخدوش بود.

### *ابزارهای پژوهش*

***پرسشنامه اضطراب سلامت[2]:*** این آزمون توسط سالکوسکی[3] و همکاران، در سال ۲۰۰۲ به منظور ارزیابی اضطراب سلامت (مستقل از وضعیت سلامت جسمانی) ساخته شد. یک شاخص خودسنجی و دارای ۱۸ ماده و ۳ عامل به این شرح است: احتمال بیماری، پیامدهای منفی بیماری و اشتغال ذهنی با بیماری است. در هر سؤال ۴ عبارت مطرح شده است که آزمودنی می‌بایست یکی از آن‌ها را انتخاب نماید. عبارات مذکور به صورت صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس به روش

[1] G power
[2] Health Anxiety Questionnaire
[3] Salkovskis

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]
[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ است (۲۴). ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس برای نمونه ایرانی به این صورت گزارش شد: روایی درونی مقیاس کلی برابر ۰/۸۸ و پایایی کل مقیاس از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و به شیوه بازآزمایی (با فاصله ۲۱ روز) ۰/۷ به دست آمده است (۲۵). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

***مقیاس انعطاف‌پذیری تصویر بدن[1]:*** این پرسشنامه توسط ساندوز و همکاران در سال ۲۰۱۳ ساخته شد. هدف از ساخت این مقیاس، سنجش میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی مرتبط با تصویر بدنی است. نحوه نمره‌گذاری مقیاس انعطاف‌پذیری تصویر بدن بدین گونه است که دارای ۱۲ سؤال است و در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملا غلط (نمره ۱) تا کاملا درست (نمره ۷) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری بیشتر هستند. روایی این ابزار در نسخه اصلی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد و هم‌چنین پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است و ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۶). روایی همزمان این ابزار را با همبستگی ۰/۷۴ با پرسشنامه تحریف تصویر بدنی گزارش کرده‌اند (۲۷). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ است و ضرایب بازآزمایی با فاصله زمانی نیز ۰/۹۰ گزارش شده است. هم‌چنین در مطالعه داخل کشور نیز میزان پایایی برابر با ۰/۷۸ برآورد شد (۲). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

### مداخله درمانی

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر از برنامه مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز[2] و همکاران (۲۸) اقتباس شده است که در نمونه‌ای مشابه در پژوهش مرادی و همکاران (۲۹) هم مورد استفاده قرار گرفته است. محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل بود **(جدول ۱)**.

### روند اجرای پژوهش

پس از دریافت کد اخلاق (IR.PNU.REC.1405.099) از واحد پژوهش دانشگاه پیام نور و هماهنگی با بیمارستان‌های حکیم جرجانی و صیاد شیرازی شهر گرگان و همکاری کارشناس سلامت روان بیمارستان، فراخوان شرکت در پژوهش به صورت بنر نصب شده و اطلاع‌رسانی پیامکی ارائه گردید و پس از اعلام رضایت افراد مشارکت‌کننده جلسه‌ای توجیهی برای افراد برگزار شد، ضمن بیان اهداف پژوهش، آگاه‌سازی از روند اجرای تحقیق و کسب رضایتنامه آگاهانه، و زنانی که مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تعداد ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. قبل از شروع مداخله هر دو گروه مورد مطالعه به عنوان پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و از آنان خواسته شد تا به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دهند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (توسط درمانگر آموزش‌دیده) به صورت دو روز در هفته قرار گرفتند و گروه کنترل تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. آزمودنی‌ها پس از اتمام مداخله به عنوان پس آزمون مجددا پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. در تمام مراحل اجرای پژوهش، اصول اخلاقی پژوهش رعایت شد. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان این حق را داشتند که در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از ادامه همکاری انصراف دهند. به‌منظور حفظ محرمانگی، اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان کدگذاری شده و نتایج پژوهش به‌صورت کلی و گروهی گزارش شد و از انتشار هرگونه اطلاعات هویتی خودداری گردید. هم‌چنین، داده‌های گردآوری‌شده صرفاً در راستای اهداف علمی و پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت و دسترسی به اطلاعات محدود به پژوهشگر بود. در طول اجرای مداخلات، تلاش شد از هرگونه آسیب روان‌شناختی احتمالی پیشگیری شود و در صورت بروز هرگونه ناراحتی یا مشکل، امکان ارجاع به متخصص فراهم بود. این پژوهش مطابق با اصول اخلاق در پژوهش‌های علوم رفتاری انجام شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل شدند.

[1] Body Image Psychological Inflexibility Scale
[2] Hayes

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]
[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | اهداف جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|---|
| اول | ایجاد اتحاد درمانی و آشنایی با چارچوب درمان | معرفی ساختار جلسات و قوانین درمان؛ ایجاد فضای امن هیجانی؛ بررسی تجربه زیسته بیماری، نگرانی‌های مربوط به تغییرات بدنی؛ تبیین تفاوت بین درد اجتناب‌ناپذیر و رنج روان‌شناختی؛ آموزش مفهوم تلاش‌های کنترل‌گرایانه ناکارآمد. |
| دوم | افزایش آگاهی از اجتناب تجربی و پیامدهای آن | شناسایی الگوهای اجتناب هیجانی، شناختی و رفتاری مرتبط با نارضایتی بدنی؛ بررسی هزینه‌های اجتناب در زندگی فردی، زناشویی و اجتماعی؛ تمرین مشاهده بدون قضاوت تجربه‌های درونی. |
| سوم | آموزش پذیرش تجربه‌های درونی ناخوشایند | آموزش پذیرش هیجان‌ها، افکار و احساسات بدنی مرتبط با بیماری و تصویر بدنی؛ کاهش جنگ درونی با بدن؛ تقویت تحمل هیجانی. |
| چهارم | کاهش هم‌آمیختگی شناختی با افکار منفی | شناسایی افکار خودانتقادی، فاجعه‌سازی و پیش‌بینی‌های منفی درباره بدن و آینده بیماری؛ آموزش فاصله‌گیری از افکار؛ تمرین مشاهده افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی نه واقعیت مطلق. |
| پنجم | تقویت تماس با لحظه اکنون | آموزش حضور آگاهانه در لحظه حال؛ تمرین توجه به بدن با نگرش مهربانانه؛ افزایش آگاهی بدنی بدون قضاوت؛ کاهش نشخوار ذهنی درباره بیماری. |
| ششم | تقویت خود به‌عنوان زمینه | آموزش تمایز بین «خود مشاهده‌گر» و «تجربه‌های دردناک»؛ کمک به بازسازی هویت فراتر از بیماری و ظاهر جسمانی؛ کاهش همانندسازی با نقش بیمار. |
| هفتم | شفاف‌سازی ارزش‌های زندگی | شناسایی ارزش‌های فردی در حوزه‌های خانواده، سلامت، روابط، رشد فردی و معنای زندگی؛ بررسی تأثیر اضطراب بر دور شدن از ارزش‌ها؛ پیوند ارزش‌ها با پذیرش بدن و تجربه بیماری. |
| هشتم | تعهد به عمل ارزش‌مدار و جمع‌بندی | تدوین برنامه عمل متعهدانه مبتنی بر ارزش‌ها؛ آموزش مواجهه انعطاف‌پذیر با اضطراب در آینده؛ مرور مهارت‌ها؛ پیشگیری از بازگشت الگوهای اجتنابی؛ تقویت امید واقع‌بینانه و مسئولیت‌پذیری روان‌شناختی. |

## یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف‌معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲۹/۱±۰۵/۶۷ و در گروه کنترل ۳۰/۱±۱۲/۵۹ بود. از ۳۰ شرکت‌کننده پژوهش، ۱۷ نفر (۵۶/۶۷٪) مجرد و ۱۳ نفر (۴۳/۳۳٪) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۷ نفر (۲۳/۳۳٪) دارای مدرک دیپلم، ۶ نفر (۲۰٪) کاردانی، ۱۳ نفر (۴۳/۳۳٪) کارشناسی و ۴ نفر (۱۳/۳۳٪) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. نتایج آزمون کای‌دو نشان داد که بین دو گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشته و همگن بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در **جدول ۲** ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن

| متغیر | مرحله | گروه آزمایش | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| احتمال بیماری | پیش‌آزمون | ۱۵/۸۷ | ۳/۱۴ | ۱۵/۵۳ | ۳/۲۷ |
| | پس‌آزمون | ۹/۱۳ | ۱/۸۲ | ۱۵/۲۰ | ۳/۱۹ |
| پیامدهای منفی بیماری | پیش‌آزمون | ۱۲/۲۷ | ۱/۸۸ | ۱۲/۱۳ | ۱/۷۹ |
| | پس‌آزمون | ۷/۶۷ | ۱/۴۱ | ۱۲/۲۹ | ۱/۸۲ |
| اشتغال ذهنی با بیماری | پیش‌آزمون | ۱۴/۳۳ | ۲/۳۶ | ۱۴/۵۶ | ۲/۲۹ |
| | پس‌آزمون | ۸/۴۷ | ۱/۹۵ | ۱۳/۸۰ | ۲/۲۲ |
| نمره کل اضطراب سلامت | پیش‌آزمون | ۴۲/۴۷ | ۷/۳۸ | ۴۲/۲۲ | ۷/۳۵ |
| | پس‌آزمون | ۲۵/۲۷ | ۵/۱۸ | ۴۱/۲۹ | ۷/۲۳ |
| انعطاف‌پذیری تصویر بدن | پیش‌آزمون | ۵۱/۳۶ | ۴/۱۸ | ۵۳/۹۴ | ۴/۳۱ |
| | پس‌آزمون | ۶۸/۴۲ | ۳/۸۲ | ۵۱/۲۷ | ۴/۰۶ |

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

با توجه به جدول ۲ میانگین نمرات متغیرهای اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری، مفروضات آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که پیش‌فرض، توزیع نرمال نمونه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است (P>۰/۰۵). خطای واریانس در متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ هم‌چنین نتایج آزمون ام‌باکس معنی‌دار نبود (P>۰/۳۱۸، F=۱/۱۷۶، M Box,s=۷/۸۴) که تأیید می‌کند همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار است. نتایج آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض همسانی خطای واریانس برای متغیرهای اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن رعایت شده است. سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کوچکتر از ۰/۰۱ است (P<۰/۰۰۱).

بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بین اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن دو گروه آزمایش و کنترل، در پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار است. به طور کلی مفروضات (پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در **جدول ۳** ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که ۵۸ درصد از واریانس احتمال بیماری، ۵۴ درصد از واریانس پیامدهای منفی بیماری، ۶۳ درصد از واریانس اشتغال ذهنی با بیماری و ۶۶ درصد از واریانس انعطاف‌پذیری تصویر بدن در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

**جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن**

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **احتمال بیماری** | ۲۴۸/۳۷ | ۱ | ۲۴۸/۳۷ | ۳۶/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸ |
| **پیامدهای منفی بیماری** | ۱۶۲/۹۱ | ۱ | ۱۶۲/۹۱ | ۳۱/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ |
| **اشتغال ذهنی با بیماری** | ۲۷۶/۵۴ | ۱ | ۲۷۶/۵۴ | ۴۲/۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ |
| **انعطاف‌پذیری تصویر بدن** | ۳۱۸/۶۷ | ۱ | ۳۱۸/۶۷ | ۵۲/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶ |

## بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری تصویر بدن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بود. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شده است. این یافته با نتایج مطالعات عقیلی و همکاران (۱۸)، پاسیار و همکاران (۲۲)، هو و همکاران (۱)، بویل و همکاران (۱۶) همسو بود. در تبیین این یافته باید گفت که تغییر در نحوه پردازش نشانه‌های جسمانی و کاهش اعتباردهی افراطی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود تفسیرهای سریع و تهدیدمحور نسبت به احساسات بدنی جای خود را به ارزیابی‌های منعطف‌تر می‌دهند و فرد کمتر در دام نتیجه‌گیری‌های قطعی درباره وجود بیماری گرفتار می‌شود. این تغییر باعث می‌شود پیوند خودکار میان حس جسمانی و خطر بیماری تضعیف شده و در نتیجه، چرخه شکل‌گیری نگرانی‌های پایدار درباره سلامت متوقف گردد. با کاهش این پیوند شناختی، شدت واکنش‌های اضطرابی نیز به‌طور تدریجی افت می‌کند (۱۸). کاهش درگیری ذهنی با سناریوهای محتمل بیماری نیز نقش مهمی در افت اضطراب سلامت ایفا می‌کند. هنگامی که ذهن از بازسازی مکرر پیامدهای احتمالی و بدبینانه فاصله می‌گیرد، فضای شناختی از حالت تهدیدمحور خارج شده و پردازش اطلاعات بدنی با شدت هیجانی کمتری انجام می‌شود. این تغییر موجب می‌شود نشانه‌های جسمی به‌جای تبدیل شدن به محرک اضطراب، در حد تجربه‌های

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]
[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

طبیعی و گذرا باقی بمانند و نیاز به جست‌وجوی مداوم اطمینان یا تحلیل افراطی کاهش یابد (۱).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری تصویر بدن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک شده است. این یافته با نتایج مطالعات رجبی و همکاران (۲۳)، انصاری اصل و محمدپور (۱۲)، چاپولاجی و سونر (۱۴)، هافمن و همکاران (۷) همسو بود. افزایش تماس با فعالیت‌های ارزش‌محور موجب تغییر جهت‌گیری رفتاری فرد نسبت به بدن می‌شود. به جای آنکه رفتارها عمدتاً بر اساس اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی یا پنهان‌سازی بدن تنظیم شوند، فرد به تدریج رفتارهایی را انتخاب می‌کند که با اهداف و ارزش‌های شخصی او هماهنگ هستند. این تغییر جهت‌گیری رفتاری، تجربه‌های اصلاح‌کننده‌ای ایجاد می‌کند که در آن بدن دیگر مانع اصلی مشارکت اجتماعی یا عملکرد فرد تلقی نمی‌شود، بلکه به‌عنوان بخشی از تجربه کلی زندگی پذیرفته می‌شود (۲۳). یکپارچه شدن این فرآیندها موجب افزایش ظرفیت روان‌شناختی برای تحمل نارضایتی‌های بدنی بدون فروپاشی هیجانی یا رفتاری می‌شود. فرد قادر می‌شود در حضور افکار منفی درباره بدن، همچنان رفتارهای سازگار و هدفمند را ادامه دهد و هویت خود را فراتر از ویژگی‌های ظاهری سازمان‌دهی کند. این انعطاف‌پذیری در پاسخ‌دهی روانی، به تدریج ساختار ثابت و سخت‌گیرانه ارزیابی از بدن را تضعیف کرده و الگوی پویاتری از پذیرش و تعامل با تصویر بدنی ایجاد می‌کند که در نهایت به افزایش انعطاف‌پذیری تصویر بدن منجر می‌شود (۷).

**نقاط قوت و محدودیت‌های پژوهش:** انتخاب نمونه از میان مراجعان دو مرکز درمانی، باعث می‌شود تعمیم نتایج به کل جامعه زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با احتیاط انجام شود. به دلیل عدم دسترسی به نمونه‌ها دوره پیگیری برگزار نشد. شدت علائم جسمانی سندرم، وضعیت هورمونی، و نوع درمان دارویی شرکت‌کنندگان به‌طور دقیق کنترل نشده و می‌تواند بر اضطراب سلامت و تصویر بدن اثرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و در چندین مرکز درمانی مختلف انجام شوند تا امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. پیشنهاد می‌شود دامنه پژوهش به گروه‌های دیگر از جمله نوجوانان، زنان نابارور و سایر اختلالات مرتبط با تصویر بدن گسترش یابد. پیشنهاد می‌گردد همکاری میان متخصصان زنان و روان‌شناسان در قالب مداخلات تلفیقی جسمی_روانی تقویت شود. پیشنهاد می‌گردد محتوای آموزشی دیجیتال شامل ویدئوها و دوره‌های آنلاین بر اساس اصول این درمان برای آموزش مهارت‌های روان‌شناختی به بیماران تولید شود.

## نتیجه‌گیری

به‌صورت کلی می‌توان گفت تغییر در نحوه پردازش نشانه‌های جسمانی و کاهش اعتباردهی افراطی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود تفسیرهای سریع و تهدیدمحور نسبت به احساسات بدنی جای خود را به ارزیابی‌های منعطف‌تر می‌دهند و فرد کمتر در دام نتیجه‌گیری‌های قطعی درباره وجود بیماری گرفتار می‌شود. این تغییر باعث می‌شود پیوند خودکار میان حس جسمانی و خطر بیماری تضعیف شده و در نتیجه چرخه شکل‌گیری نگرانی‌های پایدار درباره سلامت متوقف گردد. با کاهش این پیوند شناختی، شدت واکنش‌های اضطرابی نیز به‌طور تدریجی افت می‌کند. هم‌چنین فرد به تدریج یاد می‌گیرد که هم‌زمان با تجربه نارضایتی‌های بدنی، همچنان در فعالیت‌های اجتماعی و فردی مشارکت داشته باشد. این هم‌زیستی با تجربه‌های ناخوشایند بدون اجتناب، ساختار انعطاف‌پذیرتری در رابطه با بدن ایجاد می‌کند و از تثبیت الگوهای سخت‌گیرانه و محدودکننده درباره ظاهر جلوگیری می‌نماید.

**تشکر و قدردانی:** پژوهشگران از تمامی افرادی که با همکاری خود به اجرای پژوهش کمک کردند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

**تضاد منافع:** نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

**حمایت مالی:** پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام شده است.

**ملاحظات اخلاقی:** مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در رشته روانشناسی عمومی است. مجوز اجرای این پژوهش با کد اخلاق (IR.PNU.REC.1405.099) صادر شده است و در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی نیز قابل مشاهده است.

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

**سهم نویسندگان:** همه نویسندگان در طراحی، گردآوری اطلاعات و تحلیل نتایج مطالعه، اجرا و تهیه دست‌نوشته مشارکت داشتند.

## References

1. Hu X, Shen P, Zhang R, Sui C, Liu X. The relationship between stress perception and anxiety among patients with polycystic ovary syndrome: The mediating role of negative coping strategies. BMC Womens Health. 2025;26(1):93-111. https://doi.org/10.1186/s12905-025-04252-7 PMid:41612285 PMCid:PMC12903289

2. Rashid Dobakhshari F, Nasrollahi B, Azadikata M. Structural model of the relationship between body image flexibility and weight self-efficacy with the mediating role of resilience in women with polycystic ovary syndrome. J Psychol Sci. 2025;24(146):27-44.

3. Gül Ö, Akkuş M, Akkuş F. Depression, anxiety, and stress in polycystic ovary syndrome: Understanding the impact of adult separation anxiety and uncertainty intolerance. BMC Womens Health. 2025;25:377. https://doi.org/10.1186/s12905-025-03930-w PMid:40721778 PMCid:PMC12302598

4. Kandi MJ, Haghshenas R. Effect of twelve weeks of aerobic exercise combined with vitamin D supplementation on serum testosterone, insulin, and glucose levels in women with polycystic ovary syndrome. Appl Exerc Physiol Res J. 2025;20(40):39-50.

5. Zhang Y, Boyle S, Chen L. Non-pharmaceutical interventions targeting psychological health in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2026;1(2):719-731.

6. Decrinis C, Hofmann K, Bitterlich N, Singer A, Tropschuh K, Lozza-Fiaco S, et al. Sleep disorders and psychological comorbidities in women with polycystic ovary syndrome: A cross-sectional study. Arch Gynecol Obstet. 2025;312:573-582. https://doi.org/10.1007/s00404-025-08049-9 PMid:40358729 PMCid:PMC12334535

7. Hofmann K, Decrinis C, Bitterlich N, Tropschuh K, Stute P, Bachmann A. Body image and mental health in women with polycystic ovary syndrome: A cross-sectional study. Arch Gynecol Obstet. 2025;312(1):177-190. https://doi.org/10.1007/s00404-024-07913-4 PMid:39945793 PMCid:PMC12176914

8. Cook R, Nam X, Weitzman M. Eco-anxiety and climate anxiety: Bellwethers of the climate crisis's mental health impact on children and adolescents. J Dev Behav Pediatr. 2025;46(2):e223-e226 https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001357 PMid:40232809

9. Yu MHM, Cao Y, Fung SSY, Kwan GSY, Tse ZCK, Shum DHK. Intolerance of uncertainty, aging, and anxiety and mental health concerns: A scoping review and meta-analysis. J Anxiety Disord. 2025;110:102-113. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.102975 PMid:39842138

10. Bandeira EO, Pompeo DA, Sasaki NSGMD, Pancote CG, Menezes-Júnior LAA, Alves DM, et al. General health, anxiety, and depression: Relationship with perceived self-efficacy and positive mental health in nursing students. Rev Esc Enferm USP. 2025;59:225-235. https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2025-0260en PMid:41251442 PMCid:PMC12625990

11. Golestan S, Morshed Behebahani B, Keshavarz M. Effect of polycystic ovary syndrome on mental health and premenstrual physical and psychological symptoms: A case-control study. Payesh. 2025;24(5):697-708. https://doi.org/10.61882/payesh.24.5.697

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

12. Ansari-Asl M, Mohammadpour S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image avoidance and body image inflexibility in overweight and obese women. J Disabil Stud. 2022;12:47.

13. Gopan H, Rajkumar E, Gopi A, Romate J. Mindfulness-based interventions for body image dissatisfaction among clinical population: A systematic review and meta-analysis. Br J Health Psychol. 2025;29(2):488-509.
https://doi.org/10.1111/bjhp.12710
PMid:38097499

14. Çapulacı R, Söner O. The effect of an acceptance and commitment therapy-based self-compassion program on self-compassion and psychological flexibility in mothers. Sci Rep. 2026;16:56-62.
https://doi.org/10.1038/s41598-026-36049-5
PMid:41571725 PMCid:PMC12891696

15. Lazarescu G, Vintila M. The relationship between objectification and the desire to undergo cosmetic surgery: The mediating role of intuitive eating and body image flexibility. Front Nutr. 2025;12(1):153-167.
https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1537433
PMid:40584093 PMCid:PMC12202425

16. Boyle S, Dorfan N, Sepehry AA. Acceptance and commitment therapy for body dissatisfaction: A systematic review and meta-analysis. J Clin Psychol. 2025;81(11):1031-104
https://doi.org/10.1002/jclp.70021
PMid:40748001

17. Howard LR, Earleywine M, DeCount T, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy (ACT) for comorbid generalized anxiety disorder and premenstrual dysphoric disorder: A transdiagnostic approach. Clin Case Stud. 2026;25(3):117-129
https://doi.org/10.1177/15346501261421541

18. Aghili SM, Haghparast Y, Babaei A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive fusion, emotion regulation, and health anxiety in girls with primary dysmenorrhea. Nurs Educ. 2024;13(1):11-21.

19. Burns MF, Secinti E, Johns SA, Wu W, Helft PR, Turk AA, et al. Impact of acceptance and commitment therapy on physical and psychological symptoms in advanced gastrointestinal cancer patients and caregivers: Secondary results of a pilot randomized trial. J Contextual Behav Sci. 2025;27(1):107-115.
https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.01.001
PMid:37064761 PMCid:PMC10100868

20. Tayebi M, Ouraki M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, alexithymia, and treatment adherence in adolescent girls with gastroesophageal reflux disease. J Psychol Sci. 2025;24(147):273-288.

21. Khan F, Govender N, Mitha SB. The lived experiences of women with polycystic ovary syndrome and its psychological challenges: A systematic review and meta-synthesis. Arch Womens Ment Health. 2025;28:39-52.
https://doi.org/10.1007/s00737-025-01636-4
PMid:41673346 PMCid:PMC12894167

22. Pasyar S, Boghouli H, Barzegar M, Sohrabi-Shegafti N. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based stress reduction on dysfunctional attitudes, health anxiety, psychological well-being, and body image in women undergoing mastectomy. Psychol Achiev. 2023;30(1):285-314.

23. Rajabi F, Etemadi-Mehr H, Rouhi F, Alinia M, Alimehdi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image and emotion regulation in patients undergoing mastectomy. Royesh Psychol. 2024;13(3):225-234.

24. Salkovskis PM, Warwick HMC. Making sense of hypochondriasis: A cognitive theory

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]

of health anxiety. Health Anxiety Clin. 2002;12:46-64.

25. Panahi S, Asghari Moghadam MA, Shaeiri MR, Eghtedarnejad S. Factor structure and psychometric properties of the Persian version of the Short Health Anxiety Inventory in a non-clinical sample. Q J Educ Meas. 2010;1(2):21-46.

26. Sandoz EK, Wilson KG, Merwin RM, Kellum KK. Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. J Context Behav Sci. 2013;2(1-2):39-48.
https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002

27. Callaghan GM, Sandoz EK, Darrow SM, Feeney TK. The Body Image Psychological Inflexibility Scale: Development and psychometric properties. Psychiatry Res. 2015;226(1):45-52.
https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.039
PMid:25618470

28. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: Towards a unified model of behavior change. World Psychiatry. 2012;18(2):226-227.
https://doi.org/10.1002/wps.20626
PMid:31059616 PMCid:PMC6502411

29. Moradi F, Ghadiri-Anari A, Dehghani A, Vaziri S R, Enjezab B. The effectiveness of counseling based on acceptance and commitment therapy on body image and self-esteem in polycystic ovary syndrome: An RCT. IJRM. 2020;18(4):243-252.
https://doi.org/10.18502/ijrm.v13i4.6887
PMid:32494763 PMCid:PMC7218668

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11 ]

[ DOI: 10.22034/ijhep.15.1.8 ]