

# دانشور پژوهشی

## مقایسه اثربخشی آموزش هوش شخصی و بدنی بر علائم اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی بدن

نویسندگان: مظفر غفاری، محمد نریمانی\*، سجاد بشر پور و نادر حاجلو

گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

E-mail: m\_narimani@uma.ac.ir

\* نویسنده مسئول: محمد نریمانی

### چکیده

مقدمه و هدف: هوش شخصی و بدنی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار علائم اختلال بدشکلی بدن هستند که می‌توانند نقش اساسی در کاهش عمل زیبایی بدن داشته باشند. مطالعه حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش هوش شخصی و بدنی بر علائم اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بوده است. نمونه آماری تحقیق، شامل ۴۸ نفر از متقاضیان مراجعه‌کننده به مراکز عمل زیبایی بدن شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش تصادفی، در سه گروه آموزش هوش شخصی، آموزش هوش بدنی و گروه گواه اختصاص داده شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه هوش شخصی مایر و همکاران، مقیاس هوش بدنی اندرسون و مقیاس اختلال بدشکلی بدن ربیعی و همکاران استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس آمیخته، تعقیبی توکی و بنفرونی از طریق نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تحلیل قرار گرفتند. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج: آموزش‌های هوش شخصی و هوش بدنی، در کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی بدن اثربخش بوده‌اند؛ اما بین اثربخشی این دو روش در بهبود علائم اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن، تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی آموزش‌های هوش شخصی و هوش بدنی در کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی، به نظر می‌رسد آموزش‌های هوش شخصی و هوش بدنی باعث کاهش گرایش متقاضیان به عمل زیبایی شده‌اند.

واژگان کلیدی: هوش شخصی، هوش بدنی، اختلال بدشکلی بدن، متقاضیان، عمل زیبایی.

دوماهنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیست و پنجم-شماره ۱۳۱  
آبان ۱۳۹۶

دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۱۱

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۶/۰۷/۲۳

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۳۰

## مقدمه

بدن یک هستی زیست‌شناختی و روان‌شناختی صرف نیست. بلکه پدیده‌ای است که به صورت اجتماعی ساخته و پرداخته می‌شود (۱). تمایز افلاطون بین روح و بدن، دوگانه‌گرایی دکارتی ذهن و بدن (ذهن موضوع علوم انسانی و بدن موضوع علوم طبیعی)، تأکید بر ارزش‌ها و هنجارها باعث شده است که دو حوزه مستقل برای مطالعه بدن به وجود آید؛ به عبارت دیگر، بعد جسمانی به وسیله علوم زیستی و پزشکی و بعد روانی و مسائل مربوط به آن در رشته‌های علوم انسانی مورد بررسی قرار گیرد (۲). با شروع تغییرات اجتماعی، فرهنگی و سیاسی کلیدی در اواخر قرن بیستم، فناوری‌های جدید (ژن‌درمانی، مداخله پزشکی در بدن)، رشد فرهنگ مصرف‌گرایی در جوامع صنعتی مدرن، حرکت از مدرنیته به سوی مدرنیته متأخر، باعث توجه بیشتر به بدن و رفتارهای مرتبط با آن در جامعه مصرفی مدرن شده است. یکی از این رفتارها که در اغلب جوامع به تناسب مشاهده می‌شود جراحی زیبایی است (۳). جراحی زیبایی یکی از آخرین دستاوردهای بشر برای خلق زیبایی است که برای تغییر دادن ظاهر بدن، در غیاب بیماری، آسیب و جراحی یا بدشکلی‌های مادرزادی و ارثی است (۴)، به طور کلی منظور از جراحی زیبایی، جراحی‌هایی است که بدون ضرورت طبی خاص و صرفاً به منظور زیبایی انجام می‌شوند (۵). تحقیق‌های مختلف نشان می‌دهند که اصلاح و تغییر بدن با اهداف مختلفی انجام می‌شود و عوامل گوناگونی افراد را به سوی چنین رفتارهایی سوق می‌دهد که یکی از این عوامل، اختلال بدشکلی بدن است. مفهوم بدشکلی، دارای دو بعد است، سرمایه‌ی تصویر بدنی و ارزیابی تصویر بدنی. سرمایه‌ی تصویر بدنی به مقدار اهمیت رفتاری و شناختی که مردم به بدن و ظاهرشان می‌دهند، مربوط می‌شود و ارزیابی تصویر بدنی به درجه خشنودی یا ناخشنودی از بدن و ظاهر افراد مربوط است (۶). پژوهش‌ها نشان دادند که افراد متقاضی جراحی

زیبایی، تصویر بدنی منفی از خود دارند و این اختلال بدشکلی سبب گرایش به سوی جراحی زیبایی می‌شود (۷). برخی نیز به این نتیجه رسیدند که اختلال بدشکلی بدنی و تصویر بدنی منفی در افراد متقاضی عمل زیبایی شیوع بیشتری نسبت به افراد عادی دارد (۸). متقاضیان معمولاً برای غلبه بر اضطراب، احساس حسادت و تصویر بدنی منفی خود، به جراحی زیبایی روی می‌آورند تا به نوعی از واقعیت فرار کنند (۹).

عوامل مختلفی در کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی نقش دارند که از این عوامل می‌توان از هوش شخصی (Personal Intelligence) نام برد. گاردنر اعتقاد داشت که هوش شخصی دو نوع است که عبارت هستند از هوش درون شخصی و هوش بین شخصی (۱۰). هوش شخصی، توانایی استدلال در مورد شخصیت و اطلاعات مرتبط با شخصیت و استفاده از این اطلاعات برای هدایت رفتارهای فرد، به طور کلی هدایت زندگی تعریف شده است (۱۱). رابطه هوش شخصی با اختلال خودشیفتگی، ضداجتماعی، بدشکلی بدن، اضطراب اجتماعی و مرزی منفی و معنی‌دار است (۱۲). نتایج ضریب همبستگی چند متغیری به روش Enter نشان داد که متغیر خوددلسوزی و مؤلفه‌های حس انسجام و هوش شخصی در تبیین افسردگی پس از زایمان مادران ( $R^2 = 39/6\%$ ) سهم دارند (۱۳). اثر مستقیم هوش شخصی بر میزان نگرانی و اضطراب دانشجویان معنی‌دار است (۱۴). دانش‌آموزان توانمند به هوش شخصی نسبت به سایر دانش‌آموزان، از مهارت‌های سازگاری بیشتری برخوردار بودند و اضطراب اجتماعی پایینی داشتند (۱۵). آموزش هوش شخصی باعث افزایش مهارت بین فردی و کاهش اضطراب اجتماعی معلمان اسکاتلندی شد (۱۶). اثر مستقیم و غیرمستقیم هوش شخصی بر میزان صفات مرزی دانشجویان معنی‌دار به دست آمد (۱۷). آموزش هوش شخصی

با بازنگری ادبیات پژوهشی خارج از کشور و نظریه‌های موجود در این زمینه و سایر منابع، می‌توان چنین استدلال کرد که آموزش‌های هوش شخصی و بدنی در کاهش میزان علائم بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی مؤثر می‌باشند. از آنجایی که در سال‌های اخیر انجام جراحی زیبایی در بین افراد افزایش یافته است، به طوری که بررسی‌ها نشان می‌دهد در سال ۲۰۱۳ در ایالات متحده در حدود ۱۱ میلیون جراحی زیبایی تهاجمی و غیرتهاجمی انجام شده است که این رقم ۶۵ درصد بیشتر از سال ۲۰۱۲ است (۲۶)، همچنین هزینه‌های گزاف آن و تقاضای سالانه بیش از ۲۵ تا ۳۰ هزار زن ایرانی برای جراحی زیبایی جای تأمل دارد (۲۷) که در فرایند درمان استفاده از نتایج تحقیقات، امکان درمان مطلوب، ارزان و بدون استفاده عمل جراحی برای متقاضیان عمل زیبایی و سایر افراد را فراهم می‌سازد. گذشته از این، در داخل و خارج کشور تحقیق روشنی راجع به موضوع حاضر صورت نگرفته است و اجرای چنین طرح‌ها، می‌تواند باعث تقویت دانش روانشناسی و روانشناسی پزشکی باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش هوش شخصی و بدنی بر میزان علائم بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی بدن انجام شد.

#### مواد و روش‌ها

روش این پژوهش آزمایشی گسترش یافته و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی بوده که شمای ترسیمی آن به صورت زیر است:

گروه آزمایش اول	R	T <sub>1</sub>	(آموزش هوش شخصی) X <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>
گروه آزمایش دوم	R	T <sub>1</sub>	(آموزش هوش بدنی) X <sub>2</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>
گروه سوم (کنترل)	R	T <sub>1</sub>	-	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>
منظور از T <sub>1</sub> پیش‌آزمون، T <sub>2</sub> پس‌آزمون و T <sub>3</sub> آزمون پیگیری است.					

گرفته شده بود. در مطالعه حاضر، دو روش درمانی - آموزشی هوش شخصی و هوش بدنی برای گروه‌های آزمایش یک و دو در شهرستان تبریز و به زبان فارسی اعمال شد که شرح این روش‌ها در زیر آمده است:

اختلال بدشکلی بدن بیماران را کاهش می‌دهد (۱۸). عامل بعدی که می‌تواند در کاهش اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی بدن نقش داشته باشد، هوش بدنی است. هوش بدنی یعنی اینکه تا چه حد در مورد بدن خود آگاهی داریم، چقدر در مورد بدن خود دانش داریم، و برای بدن خود واقعاً چه کارهایی را انجام می‌دهیم (۱۹). هوش بدنی هم می‌تواند به اندازه سایر توانایی‌های ذهنی مهم باشد زیرا منجر می‌شود که به علائم و نشانه‌های جسمانی خود توجه کنیم، از توانمندی‌ها و محدودیت‌های جسمانی خود آگاه شویم و روش زندگی را در پیش بگیریم که در هماهنگی با سلامتی جسمانی باشد (۲۰). افرادی که هوش جسمانی بالاتری دارند، از پرداختن به اموری که باعث آسیب دیدن جسمشان می‌شود، پرهیز می‌کنند (۲۱). رابطه هوشیاری بدنی و هوش بدنی با بهزیستی روانی و بدنی مثبت است (۲۲). اضطراب اجتنابی، درد و خستگی در بیماران آرتروز که از هوش و هوشیاری بدنی بالایی برخوردار بودند نسبت به سایر بیماران کمتر بوده است (۲۳). اختلال بدشکلی بدن و تغذیه در افراد توانمند به هوش بدنی کمتر از سایر افراد است (۲۴). آموزش هوش بدنی، شناخت و آگاهی فرد را نسبت به ویژگی‌های مثبت بدن خود افزایش می‌دهد همین عامل هم باعث می‌شود که ارزیابی منفی فرد نسبت به بدن خویش به ارزیابی مثبت تبدیل شود و از بدن خود رضایت داشته باشد (۲۵).

در این پژوهش روش‌های درمانی در دو سطح آموزش هوش شخصی و هوش بدنی و عدم آموزش (گروه کنترل) به عنوان متغیر مستقل فعال و متغیر اختلال بدشکلی بدن به عنوان متغیر وابسته در نظر

۴. جلسه چهارم: آگاهی از روزنانس مجسمه-لگن.
۵. جلسه پنجم: آموزش سلامت اورجینال.
۶. جلسه ششم: آموزش هوش احشایی.
۷. جلسه هفتم: آگاهی از ماتریس های عصبی.
۸. جلسه هشتم: آموزش آگاهی از نشانه های چهره ای.
۹. جلسه نهم: آموزش هوش سلولی.
- جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنانی که در مراکز تخصصی عمل زیبایی بدن شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۵ تکمیل پرونده کرده بودند، تشکیل می دهند، برای گزینش اعضای نمونه، از بین ۷۰۰ پرونده (عدم ضرورت عمل زیبایی)، پرونده ۴۸ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و سپس در سه گروه ۱۶ نفری (گروه آموزش هوش شخصی، هوش بدنی و گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. با توجه به آنکه در روش پژوهش آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است (۲۸)، در این پژوهش به دلیل احتمال افت آزمودنی ها (به دلایل مختلف) برای هر گروه ۱۶ نفر در نظر گرفته شد ( $n=48$ ). ملاک های ورود به پژوهش شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ضرورت عمل زیبایی (با توجه به تشخیص متخصصان عمل زیبایی بدن) و داشتن تمایل همکاری با مطالعه. تنها ملاک خروج از مطالعه، انصراف فرد از ادامه همکاری با پژوهشگران بوده است.
- برای جمع آوری اطلاعات از فرم کوتاه پرسشنامه هوش شخصی مایر و همکاران، مقیاس هوش بدنی اندرسون و پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن ریعی و همکاران استفاده شد.
- فرم کوتاه پرسشنامه هوش شخصی: فرم کوتاه پرسشنامه هوش شخصی توسط مایر و همکاران (۲۰۱۳) طراحی شده است و ۱۲ سؤال ۴ گزینه ای دارد که از دو خرده مقیاس تشکیل یافته است که عبارت اند از: الف- شکل دادن مدل ها، ب- راهنمای انتخاب. سؤالات پرسشنامه همانند آزمودن IQ است یعنی فرد موقعی نمره می گیرد که به سؤال مورد نظر پاسخ صحیح داده باشد در غیر این صورت نمره نمی برد. برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی همزمان استفاده شد و به
- برای گروه اول آموزش هوش شخصی در ۱۱ جلسه و هر جلسه به مدت یک الی یک ساعت و نیم آموزش داده شد. آموزش این روش با استفاده از درمان ها و راهبردهای هوش شخصی، توسط آموزش دهنده طراحی شده بود که جلسات آن به صورت زیر بوده است:
۱. جلسه اول: اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی مشکل.
  ۲. جلسه دوم: آموزش و آگاهی از خصوصیات و ویژگی های شخصیتی بر اساس نشانه های صورت.
  ۳. جلسه سوم: آموزش چگونگی استفاده از درون گرایی.
  ۴. جلسه چهارم: آموزش و آگاهی از نحوه برچسب زدن صفات شخصیت نسبت خود و دیگران.
  ۵. جلسه پنجم: آموزش نحوه شناخت انگیزه ها و اهداف.
  ۶. جلسه ششم: آموزش آگاهی از افکار دفاعی.
  ۷. جلسه هفتم: آموزش آگاهی از علاقه و تمایلات شخصی خود.
  ۸. جلسه هشتم: آموزش نحوه تصمیم گیری در مورد خصوصیات شخصیتی خود.
  ۹. جلسه نهم: آموزش نحوه پیدا کردن جهت گیری زندگی رضایت بخش.
  ۱۰. جلسه دهم: آموزش نحوه زمان بندی اهداف زندگی خود بر اساس انتظارات جامعه.
  ۱۱. جلسه یازدهم: آموزش نحوه پیدا کردن معناداری در زندگی خود.
- برای گروه دوم آموزش هوش بدنی (موسسه بین المللی زیستی حرکتی، ۲۰۰۶) در ۹ جلسه و هر جلسه به مدت یک الی یک ساعت و نیم آموزش داده شد:
۱. جلسه اول: اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی مشکل.
  ۲. جلسه دوم: آموزش آگاهی از خصوصیات و عملکرد خط میانی
  ۳. جلسه سوم: آموزش آگاهی از حرکات کل بدن

(عینیت بخشیدن به افکار مربوط بدشکلی)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی (در مورد ظاهر) و رفتارهای ایمنی. که روایی هم‌زمان پرسشنامه بدشکلی بدن با مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی براون برابر با  $r=0/74$  بود. در تحلیل عاملی اکتشافی، عامل‌های شناسایی‌شده به ترتیب عبارت بودند از: راهبردهای کنترل فراشناختی، ائتلاف فکر - عمل (عینیت بخشیدن به افکار مربوط بدشکلی)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی (در مورد ظاهر) و رفتارهای ایمنی که در مجموع ۴۸ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین کردند. علاوه بر این، نمرات گروه مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در پرسشنامه به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه سالم بود. ضریب آلفای کرونباخ برای چهار عامل نیز بالای ۰/۷ بود (۳۱). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های راهبردهای کنترل فراشناختی، ائتلاف فکر - عمل (عینیت بخشیدن به افکار مربوط بدشکلی)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی (در مورد ظاهر) و رفتارهای ایمنی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۲، ۰/۷ و ۰/۷۶ به دست آمد.

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته، آزمون تعقیبی توکی و بنفرونی از طریق برنامه نرم افزار SPSS۲۲ مورد تحلیل قرار گرفتند.

#### یافته‌ها

نمونه آماری مطالعه حاضر شامل ۴۸ نفر از خانم‌های متقاضی عمل زیبایی بدن با میانگین و انحراف معیار سنی  $27 \pm 8/27$  بودند که در دامنه سنی ۱۵ الی ۵۰ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار متغیرها در جدول ۱ آمده است.

علت همبستگی ۰/۸۷ با فرم بلند پرسشنامه، روایی هم‌زمان پرسشنامه مناسب ارزیابی شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش دو نیمه سازی و باز آزمایی استفاده شد که میزان آن‌ها به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۱ به دست آمد؛ که نشان از مطلوب بودن پایایی پرسشنامه است (۲۹). در مطالعه نریمانی و غفاری (۱۳۹۵) برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد که میزان آن ۰/۸۸ بدست آمد (۱۳).

مقیاس هوش بدنی: پرسشنامه هوش بدنی توسط اندرسون (۲۰۰۶) طراحی شده است و ۱۷ سؤال ۵ گزینه‌ای دارد که از سه خرده تشکیل شده است که عبارتند از: الف- آگاهی از انرژی بدن، ب- آگاهی از راحتی بدن، ج- آگاهی از بدن درونی؛ که در مطالعه اندرسون (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آگاهی از انرژی بدن، آگاهی از راحتی بدن و آگاهی از بدن درونی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ به دست آمد (۱۹). همچنین پارک، کیم و لی (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آگاهی از انرژی بدن، آگاهی از راحتی بدن و آگاهی از بدن درونی را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ به دست آوردند (۳۰). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آگاهی از انرژی بدن، آگاهی از راحتی بدن و آگاهی از بدن درونی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن: پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن توسط ربیعی و همکاران در سال ۱۳۹۰ طراحی شده است که ۳۱ سؤال ۴ گزینه‌ای دارد که از ۴ خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از: راهبردهای کنترل فراشناختی، ائتلاف فکر - عمل

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار علائم بدشکلی بدن و ابعاد آن در سه گروه آموزش هوش شخصی، جسمانی و کنترل به

تفکیک نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
مؤلفه راهبردهای کنترل فراشناختی	آموزش هوش شخصی	۴۲/۵۶±۲/۸۵	۳۹/۳۱±۴/۳۳	۳۹/۱۲±۴/۲۴
	آموزش هوش بدنی	۴۲/۸۷±۳/۰۳	۳۸/۳۷±۳/۴۲	۳۸/۰۰±۳/۴
	کنترل	۴۲/۶۲±۲/۹۶	۴۲/۴۳±۳/۰۷	۴۲/۴۳±۳/۰۷
مؤلفه ائتلاف فکر-عمل	آموزش هوش شخصی	۲۳/۱۲±۴/۲۴	۲۱/۱۲±۴/۲۴	۲۰/۹±۴/۴۳
	آموزش هوش بدنی	۲۲/۹۳±۴/۰۲	۱۹/۹۳±۴/۰۲	۱۹/۵۶±۴/۳
	کنترل	۲۲/۲۵±۴/۴	۲۲/۰۶±۴/۳۱	۲۲/۳۷±۴/۳۹
مؤلفه باورهای مثبت و منفی فراشناختی	آموزش هوش شخصی	۱۳/۹±۳/۰۴	۱۰/۴۳±۴/۴۲	۱۰/۱۸±۴/۶۷
	آموزش هوش بدنی	۱۴/۱۲±۳/۲۴	۹/۵۶±۵/۱۶	۹/۲۵±۴/۴
	کنترل	۱۳/۱۸±۴/۳۸	۱۴/۱۲±۴/۸۹	۱۴/۴۳±۴/۵۳
مؤلفه رفتارهای ایمنی	آموزش هوش شخصی	۱۱/۸۱±۲/۷۶	۸/۶۲±۳/۴	۸/۳۷±۳/۵۷
	آموزش هوش بدنی	۱۱/۸۷±۲/۶۲	۸/۷۵±۳/۶۷	۸/۵۶±۳/۵۲
	کنترل	۱۱/۸۷±۲/۶۲	۱۱/۸۷±۲/۶۲	۱۲/۱۲±۲/۶۸
علائم بدشکلی بدن	آموزش هوش شخصی	۹۱/۴۳±۱۱/۰۲	۷۹/۵±۱۱/۴	۸۷/۶۲±۱۲/۰۷
	آموزش هوش بدنی	۹۱/۸۱±۱۲/۳۱	۷۶/۶۲±۱۱/۶۶	۷۵/۳۷±۱۱/۴۵
	کنترل	۸۹/۹۳±۱۳/۲۲	۹۰/۵±۱۳/۳۵	۹۱/۳۷±۱۳/۱۶

واریانس در متغیرهای وابسته دارد. به منظور آزمون فروض کروییت از آزمون مویلی استفاده شد که نتایج نشان دهنده ناهمگونی ماتریس واریانس-کواریانس در متغیرهای پژوهش است، بنابراین از آزمون محافظه کارانه تر گرین هاوس-گیرز (Greenhouse Geisser) استفاده شد که با هدف تعدیل درجه آزادی برای تفسیر F انجام می شود

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس مختلط به روش گرین هاوس-گیرز

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	P	مجذور اتا
مؤلفه راهبردهای کنترل فراشناختی	دوره	۲۴۱/۰۱	۱/۰۹	۲۱۹/۳۱	۸۵/۲۳	+۰۰۰	۰/۶۵۴
	گروه*دوره	۱۱۴/۴۰	۲/۱۹	۵۲/۰۵	۲۰/۲۲	+۰۰۰	۰/۴۷۳
	خطا	۱۲۷/۲۵	۴۹/۴۵	۲/۵۷			
مؤلفه ائتلاف فکر-عمل	دوره	۱۰۰/۵۱	۱/۲۸	۷۸/۲۳	۴۸۴/۶	+۰۰۰	۰/۹۱۵
	گروه*دوره	۵۶/۸۱	۲/۵۷	۲۲/۱۱	۱۳۶/۹۷	+۰۰۰	۰/۸۵۹
	خطا	۹/۳۳	۵۷/۸۱	۰/۱۶۱			
مؤلفه باورهای مثبت و منفی فراشناختی	دوره	۱۸۷/۰۵	۱/۰۹	۱۷۱/۳۴	۱۵/۱۳	+۰۰۰	۰/۲۵۲
	گروه*دوره	۲۰۵/۴۴	۲/۱۸	۱۲۳/۳۴	۹۴/۰۹	+۰۰۰	۰/۲۷۰
	خطا	۵۵۶/۱۶	۴۹/۱۲	۱۱/۳۲			
مؤلفه رفتارهای ایمنی	دوره	۱۴۶/۰۱	۱/۱۴	۱۲۷/۹	۴۲/۷۶	+۰۰۰	۰/۴۸۷
	گروه*دوره	۸۲/۹۸	۲/۲۸	۳۶/۳۴	۱۲/۱۵	+۰۰۰	۰/۳۵۱
	خطا	۱۵۳/۶۶	۵۱/۳۷	۲/۹۹			
اختلال بدشکلی بدن	دوره	۲۶۳۲/۲۹	۱/۰۸	۲۴۲۲/۲۲	۱۲۹/۴	+۰۰۰	۰/۷۴۲
	گروه*دوره	۱۷۰۳/۶۶	۲/۱۷	۷۸۳/۸۵	۴۱/۸۷	+۰۰۰	۰/۶۵
	خطا	۹۱۵/۳۷	۴۸/۹	۱۸/۷			

در آزمون تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند که در این طرح از سه گروه (گروه آزمایش اول، دوم و

در جدول ۲ نمره های متقاضیان عمل زیبایی بدن در متغیر اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن با استفاده از

گروه کنترل) به عنوان عامل بین گروهی و از زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون‌گروهی استفاده شد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، می‌توان گفت که اثر عامل زمان بر میزان اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن معنادار بوده است، به عبارت دیگر میزان اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش یافته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز بیانگر این است که بین سه گروه (آزمایش اول، دوم و کنترل) از لحاظ نمرات اختلال بدشکلی بدن ( $F=41/87$ ;  $Partial\ Eta^2 = 0/65$ ;  $P<0/000$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور روشن کردن ماهیت تفاوت‌های موجود در دوره‌های مختلف، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

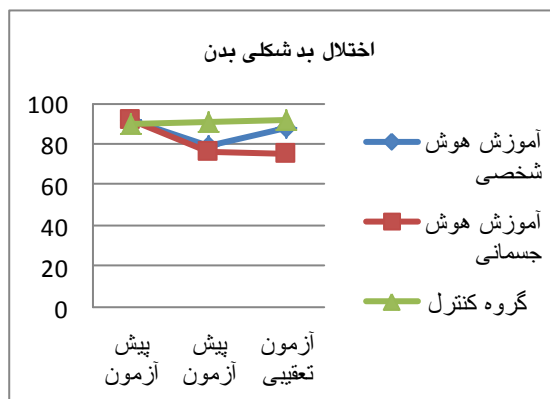
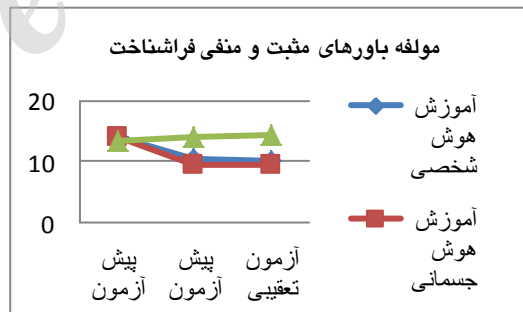
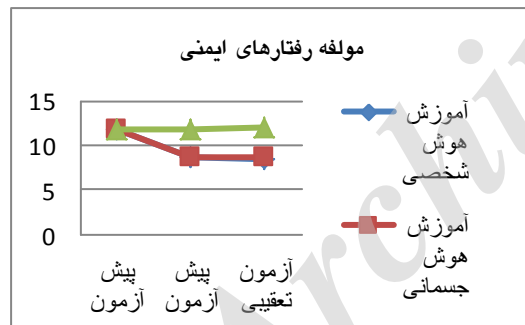
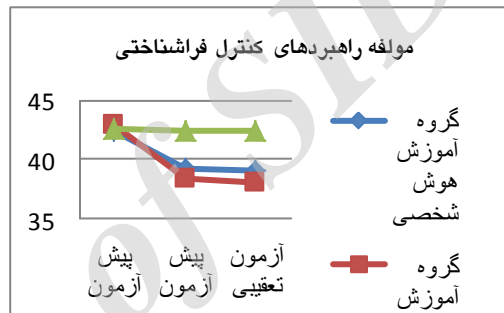
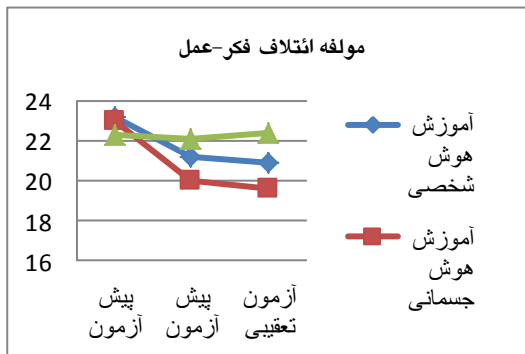
جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن به تفکیک گروه‌های آموزش هوش شخصی، آموزش هوش بدنی و کنترل

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
مؤلفه راهبردهای کنترل فراشناختی	آموزش هوش شخصی	پیش‌آزمون	۳/۲۵ **	۳/۴۳ **
		پس‌آزمون	-	۰/۱۸۸
	آموزش هوش بدنی	پیش‌آزمون	۴/۵ **	۴/۹ **
		پس‌آزمون	-	۰/۲۶
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱/۸	۰/۱۷
		پس‌آزمون	-	۰/۰۹
مؤلفه ائتلاف فکر-عمل	آموزش هوش شخصی	پیش‌آزمون	۲/۰ **	۲/۱ **
		پس‌آزمون	-	۰/۱۹
	آموزش هوش بدنی	پیش‌آزمون	۳/۱ **	۳/۳ **
		پس‌آزمون	-	۰/۳۸
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۱۹	۰/۱۲
		پس‌آزمون	-	-۳/۱
مؤلفه باورهای مثبت و منفی فراشناختی	آموزش هوش شخصی	پیش‌آزمون	۳/۵ **	۳/۷ **
		پس‌آزمون	-	۰/۲۵
	آموزش هوش بدنی	پیش‌آزمون	۴/۶ **	۴/۹ **
		پس‌آزمون	-	۰/۳۱
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۹۳	-۱/۲
		پس‌آزمون	-	-۳/۲
مؤلفه رفتارهای ایمنی	آموزش هوش شخصی	پیش‌آزمون	۳/۱ **	۳/۴ **
		پس‌آزمون	-	۰/۲۵
	آموزش هوش بدنی	پیش‌آزمون	۳/۱۲ **	۳/۳ **
		پس‌آزمون	-	۰/۱۹
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۰۷	-۰/۲۵
		پس‌آزمون	-	۰/۰۶
علائم اختلال بدشکلی بدن	آموزش هوش شخصی	پیش‌آزمون	۱۱/۹۳ **	۱۲/۸۱ **
		پس‌آزمون	-	۸/۷۵
	آموزش هوش بدنی	پیش‌آزمون	۱۵/۱۹ **	۱۶/۴۳ **
		پس‌آزمون	-	۰/۹
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۵۶۳	-۱/۴۳
		پس‌آزمون	-	-۰/۸۷

\*  $p<0/05$  و \*\*  $p<0/01$

در پس آزمون و پیگیری، میانگین اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن (به‌غیر از مؤلفه انتلاف فکر-عمل)، در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌دار کاهش پیدا کرده است. به‌عبارت‌دیگر آموزش‌های هوش شخصی و هوش بدنی، در کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی اثربخش بوده‌اند؛ اما بین اثربخشی این دو روش در بهبود علائم اختلال بدشکلی بدن و ابعاد اختلال بدشکلی بدن، تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. همچنین تفاوت گروه‌ها در میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون تعقیبی از طریق نمودار شماره ۱ نمایش داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین پس‌آزمون و پیگیری اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن در گروه آموزش هوش شخصی و هوش بدنی نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ اما در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. باهدف روشن کردن ماهیت تفاوت‌های موجود بین گروه‌ها، از آزمون مقایسه چندگانه توکی استفاده شد که نتایج نشان بین میانگین پیش‌آزمون اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن در سه گروه آموزش هوش شخصی، هوش بدنی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد؛ اما



نمودار ۱. مقایسه‌ی میانگین نمرات گروه‌های آموزش هوش شخصی، آموزش هوش بدنی و کنترل در پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن



## بحث و نتیجه گیری

تأثیر منفی می‌گذارند و باعث ایجاد خودارزیابی منفی (مثل من زیبا نیستم یا من مشکل زیبایی دارم) می‌شود. تنها حس معناداری در زندگی آن‌ها، زیبا بودن و اندام مانکن داشتن است. همین عوامل هم منجر به شکل‌گیری اختلال بدشکلی بدن در این افراد می‌شود؛ اما آموزش هوش شخصی در متقاضیان عمل زیبایی، باعث اصلاح نحوه خودارزیابی و خود ارزشیابی می‌شود؛ به عبارت دیگر، متقاضیان توانمند به هوش شخصی، با توجه به شناختی که از شخصیت خود دارند سعی نمی‌کنند که خودشان فقط بر اساس تصویر بدنی و ویژگی‌های بدنی ارزیابی کنند بلکه هوش شخصی توانایی جستجوی معناداری در زندگی است و باعث می‌شود که متقاضیان عمل زیبایی، معناداری را در سایر موضوعات زندگی (مثل قهرمانی در ورزش، داشتن فرزند موفق، موفقیت در شغل، سیاست، روابط بین فردی، تحصیل و ...) دنبال کنند و به دنبال عمل‌های غیرضروری بدن نباشند (۱۸)؛ که یافته مطالعه حاضر در تائید با نتایج مطالعات (۱۲-۱۸) است که نشان دادند آموزش هوش شخصی باعث اصلاح خودارزیابی در متقاضیان عمل زیبایی می‌شود و اختلال بدشکلی آنان را بهبود می‌دهد.

در خصوص اثربخشی آموزش هوش بدنی بر بهبودی اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی می‌توان گفت که هوش بدنی، توانایی شناخت و آگاهی از خصوصیات، نقاط ضعف و قوت، خواسته‌ها و نیازهای بدن است (۱۹). آموزش هوش بدنی باعث می‌شود که متقاضیان عمل زیبایی، به علائم و نشانه‌های جسمانی خود توجه کنند، از توانمندی‌ها و محدودیت‌های جسمانی خود آگاه شوند و روش زندگی را در پیش گیرند که هماهنگ با سلامتی جسمانی‌شان باشد (۲۰). به‌طور کلی توانایی هوش بدنی در متقاضیان عمل زیبایی باعث می‌گردد که: ۱- با تکیه بر نقاط قوت بدن خود برای بهبود نقاط ضعف بدن خود تلاش کنند، ۲- از نیازهای بدن خود آگاه شوند و از مسیرهای سالم، نیازهای خود را مرتفع سازند، ۳- برای بدن خودشان

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش هوش شخصی و هوش بدنی بر علائم اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل واریانس مختلط نشان داد که اثر عامل زمان بر میزان متغیر اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن در متقاضیان عمل زیبایی معنادار بوده است، به عبارت دیگر میزان اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن در متقاضیان عمل زیبایی از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش یافته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز بیانگر این است که بین سه گروه (آزمایش اول، دوم و کنترل) از لحاظ نمرات اختلال بدشکلی بدن ( $\text{Partial Eta}^2 = 0/65$ )؛  $F=41/87$ ؛  $P<0/000$ )، مؤلفه راهبردهای کنترل فراشناختی ( $\text{Partial Eta}^2 = 0/473$ )؛  $F=20/22$ ؛  $P<0/000$ )، مؤلفه ائتلاف فکر-عمل ( $\text{Partial Eta}^2 = 0/859$ )؛  $F=136/97$ ؛  $P<0/000$ )، مؤلفه باورهای مثبت و منفی فراشناختی ( $\text{Partial Eta}^2 = 0/270$ )؛  $F=94/09$ ؛  $P<0/000$ ) و مؤلفه رفتارهای ایمنی ( $\text{Partial Eta}^2 = 0/351$ )؛  $F=12/15$ ؛  $P<0/000$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر آموزش‌های هوش شخصی و هوش بدنی، در کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی بدن اثربخش بوده‌اند؛ اما بین اثربخشی این دو روش در بهبود علائم اختلال بدشکلی بدن و ابعاد اختلال بدشکلی بدن، تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد، به عبارت دیگر هر دو مداخله به یک اندازه در بهبودی علائم اختلال بدشکلی بدن و ابعاد آن مؤثر بودند. بر اساس مدل شبکه تداعی (associative network model)، در خصوص اثربخشی آموزش هوش شخصی در بهبودی اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی می‌توان گفت که افراد متقاضی عمل زیبایی، هر اطلاعاتی را که در ذهن نگهداری، پردازش، بازیابی و یادآوری می‌کنند با تصویر بدنی‌شان پیوند تنگاتنگی دارد، به عبارت دیگر در این افراد، ویژگی‌های شخصیتی نظیر کمال‌گرایی و نگرانی در خصوص تصویر بدنی؛ مثل یک صافی عمل می‌کنند و بر تمامی عملکردهای شناختی آنان نظیر توجه، حافظه، تصمیم‌گیری و تفسیر،

درمانگر پیشنهاد می‌شود که از کمک درمانگر نیز استفاده شود. سوم، از آنجای که نمونه مورد مطالعه خانم‌های متقاضی عمل زیبایی بدن بودند، لازم هست در تعمیم یافته‌ها به متقاضیان مرد، احتیاط شود. در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی، مرحله پیگیری ۱ ماه پس از درمان اجرا شد که فاصله نسبتاً کمی برای بررسی اثرات بلندمدت مداخله‌های درمانی است، بنابراین انجام پژوهش‌های که اثرات بلندمدت مداخله‌های مذکور را مورد توجه قرار دهند ضروری است.

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش‌های هوش شخصی و هوش بدنی در کاهش نمرات اختلال بدشکلی بدن متقاضیان عمل زیبایی بدن نقش دارند و می‌توان از این متغیرها برای افزایش سلامت روانی متقاضیان استفاده کرد بر اساس یافته‌های به دست آمده، برای افزایش سلامت روانی و کاهش گرایش متقاضیان به عمل‌های زیبایی غیرضروری، لازم است کارگاه‌های آموزشی در این زمینه اجرا شود.

#### سپاس و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی است که با حمایت مالی دانشگاه محقق اردبیلی اجرا شده است محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

اهداف واقعی (نظیر بدن سالم، ورزشکاری، مقاوم و...) دنبال نمایند و از دنبال کردن اهداف غیرواقعی و کمال گرایانه (نظیر بدن مانکن داشتن) پرهیز کنند چراکه اهداف غیرواقعی بینانه باعث ناکامی و درنهایت به اختلال بدشکلی منتهی می‌شود. همچنین عمل جراحی زیبایی، مانند هر جراحی دیگری اثرهای جانبی و عوارضی دارد که آموزش هوش شخصی باعث آگاهی متقاضیان از این عوارض و خطرات احتمالی می‌شود. به عبارت دیگر، متقاضیان توانمند به هوش بدنی، از پرداختن به اموری که (عمل جراحی غیرضروری) باعث صدمه به بدن می‌شود، پرهیز می‌کنند (۲۱)؛ که یافته حاضر در تائید دیدگاه لوبل در سال ۲۰۱۴ است که اعتقاد داشت جسم یا بدن فرد هم می‌تواند روی روان تأثیر داشته باشد که توانمند شدن افراد به توانایی هوش بدنی، باعث می‌شود که این تأثیر مثبت باشد و اختلالات روانی چون بدشکلی بدن را بهبود دهد (۳۲).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. اول اینکه در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد، از این رو با توجه به این که پرسشنامه‌ها جنبه خودسنجی داشته‌اند ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش مصاحبه و مشاهده هم برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود. دوم اینکه در این مطالعه اجرای کلیه جلسات مداخله توسط یک نفر بود در مطالعات بعدی برای جلوگیری از خستگی مفرط

## منابع

1. Krieger N, Smith G. Bodies Count and Body Count: Social Epidemiology and Embodying Inequality. *Epidemiologic Reviews* 2004; 26,940-41.
2. Howson A. *Embodying gender*. Sage Publications: London; 2005.
3. Gregan K. *The Sociology of the body: Mapping the Abstraction of Embodiment*. Sage Publications: London 2006.
4. Breuning EE, Oikonomou D, Singh P, Rai JK, Mendonca DA. Cosmetic surgery in the NHS: Applying local and national guidelines. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2010; 6: 1437-42.
5. Tavasoli GH, Modiri F. Women's tendency toward cosmetic surgery in Tehran. *Women's Studies* 2012; 10(1): 61-82.
6. Khosravi M, Nazari M. The study of relationship between narcissistic disorder and body dysmorphic between applicants and non-applicants for nose cosmetic surgery. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2015; 17 (3):30-39.
7. Gupta R, Huynh M, Lona, H. Body dimorphic Disorder. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 2013; 32(2): 82-78.
8. Fredrick DA, LeverJJ, Letitia A. Interest in cosmetic surgery and body image: View of men and women across the lifespan. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2007; 120(5): 1407-15.
9. Mohammadpanah A, Yousefi, R. Assessment of beliefs about appearance and inferiority feeling in cosmetic surgery candidates. *Journal of Dermatology and Cosmetic* 2011; 2 (2): 85-97.
10. Gardner H. *Frames of mind: The Theory of Multiple Intelligence*. Basic books: New York 2004.
11. Mayer JD, Caruso DR, Panter AT, SaloveyP. The growing significance of hot intelligences. *American Psychologist* 2012; 67: 502-13.
12. McCallum M, Piper W. *Psychological Mindedness: A Contemporary Understanding*. Mahwah, New Jersey: London 1997.
13. Narimani M Ghaffari M. The relationship between senses of coherence, self-compassion and personal intelligence with postpartum depression in women. *Iranian Journal of Nursing Research* 2016; 11 (1):25-33.
14. Mowlaie M, Mikaeili N, Aghababaei N, Ghaffari M. The Relationships of Sense of Coherence and Self-Compassion to Worry: the Mediating Role of Personal Intelligence. *Current Psychology* 2016; 1: 1-7.
15. Diana M. Art Activity and Personal Intelligence: It's Influence to Children Adaptation Skill (Experiments at Hidayatullah Islamic School). *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research* 2015; 3(4):133-139.
16. Martin M, Rippon J. Teacher induction: personal intelligence and the mentoring relationship. *Journal of In-Service Education* 2003; 29(1): 141-62.
17. Ghaffari M, Abolghasemi A. Relationship of thought-action fusion and personal intelligence with the symptoms of borderline personality disorder in students: The mediating role of affective control. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2016; 14(2): 80-90.
18. Mayer JD. *Personal intelligence: The power of personality and how it shape our lives*. Farrar, Straus and Giroux: New York 2015.
19. Anderson R. *Body Intelligence Scale: Defining and Measuring the Intelligence of the Body*. *Journal The Humanistic Psychologist* 2006; 34(4): 357-67.
20. Anderson R. Embodied writing: Presencing the body in somatic research, Part I, What is embodied writing. *Somatics Magazine-Journal of Mind/Body Arts and Sciences* 2002; 13(4): 40-4.
21. AndersonR. Embodied writing: Presencing the body in somatic research, Part II, Research Applications. *Somatics Magazine-Journal of Mind/Body Arts and Sciences* 2002; 14(1), 40-44.
22. Brani O, Hefferon K, Lomas T, Ivtzan I & Painter J. The Impact of Body Awareness on Subjective Wellbeing: The Role of Mindfulness. *International Body Psychotherapy Journal the Art and Science of Somatic Praxis* 2014; 13(1): 95-124.
23. Loof H. Pain and fatigue fear- avoidance beliefs in relation to physical activity and body awareness in persons diagnosed with rheumatoid arthritis. Thesis of Sophiahemmet University, Stockholm, Sweden 2015.
24. Abramson EE. *Body intelligence*. McGraw-Hill: New Yurok; 2005.
25. Cardillo J. *Body intelligence: harness your body energies for your best life*. Atria Books: New Yurok 2015.
26. Dehdari T, Khanipou A, Khazir Z, Dehdari L. Predict the intention to perform cosmetic surgery on female college students based on the theory of reasoned action. *Military Caring Sciences* 2015; 1 (2):109-115.

27. Tahmasbi S, Tahmasbi Z, Yaghmaie. Factors related to cosmetic surgery based on theory of reasoned action in shahrekord students. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2015; 24 (4):53-61.
28. Pallant J. *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using spss for windows*. Australia: Allen & Unwin Publication 2007.
29. Mayer JD, Panter AT & Caruso D R. *Test of Personal Intelligence mini marker-12 (TOPI INI-12) (2nded): Brief Manual*. Unpublished manuscript. University of New Hampshire 2013.
30. Park SG, Kim H M & Lee H S. A study on the application of a measuring instrument of the body insight: focusing on people with physical disabilities in sport for all. *Korean Council Physics Multi Health Disability* 2013; 56:41-58.
31. Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and Standardization of the Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2011; 21 (83):43-52.
32. Lobel T. *Sensation: The New Science of Physical Intelligence*. New York City: Brilliance Audio Publication 2014.

Archive of SID

Daneshvar  
Medicine

*Scientific-Research  
Journal of Shahed  
University  
25<sup>th</sup> Year, No.131  
October- November  
2017*

Received: 02/09/2017

Last revised: 15/10/2017

Accepted: 22/10/2017

## Comparison of the effectiveness of personal intelligence and body intelligence training on the symptoms of body dysmorphia in cosmetic surgery applicants

Mozafar Ghaffari, Mohammad Narimani\* , Sajjad Basharpour, Nader Hajlo

Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

\* Corresponding author e-mail: m\_narimani@uma.ac.ir

### Abstract

**Background and Objective:** Personal intelligence and body intelligence are the most effective factors on the symptoms of body dysmorphia and can have a basic role for the decrease of cosmetic surgery. This research was performed to compare the effectiveness of personal intelligence and body intelligence training on the symptoms of body dysmorphia in cosmetic surgery applicants.

**Materials and Methods:** This research was an experimental with pre-test, post-test and follow-up. Statistical sample of the present study included 48 applicants who referred to Tabriz cosmetic surgery centers in 2016. They randomly assigned to personal intelligence, body intelligence training groups and control groups. Mayer's personal intelligence, Anderson's body intelligence and Rabiei's body dysmorphic questionnaires were used for data collection. The data was analyzed by mixed ANOVA, Tukey and Bonferroni analysis with SPSS-22 software. P value less than 0.05 was considered significant.

**Results:** Personal intelligence and body intelligence training had significant effects to decreasing the body dysmorphia and aspect of body dysmorphia in cosmetic surgery applicants. But difference effectiveness of these interventions was not significant to treatment of the body dysmorphia and aspect of body dysmorphia in cosmetic surgery applicants.

**Conclusion:** According to the effectiveness of personal and body intelligence training to decreasing the body dysmorphia in the cosmetic surgery applicants, it seems that personal and body intelligence training reduces the cosmetic surgery tendency in applicants.

**Keywords:** Personal intelligence, Body intelligence, Body dysmorphia, Applicants, Cosmetic surgery.