

مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر کمال‌گرایی و عزت‌نفس زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی

مریم فرح‌زادی^۱، محمدابراهیم مداحی^{۲*}، جواد خلعتبری^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کمال‌گرایی و عزت‌نفس زنان دارای نارضایتی بدنی بود.

روش: پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان ۲۳-۳۸ ساله دارای نارضایتی از تصویر بدنی که در سال ۹۵-۱۳۹۶ به مراکز سلامت شهرداری تهران مراجعه نمودند، بود. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین ۴۵۳ نفر، با توجه به نمرات برش در پرسشنامه‌ها، ملاک‌های ورود و خروج، تعداد ۴۵ زن انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه (مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و کنترل) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت از مصاحبه ساختاریافته، پرسشنامه‌های روابط چندبعدی بدن-خود (کش، ۱۹۹۷)، کمال‌گرایی چندبعدی تهران (بشارت، ۱۳۸۶) و عزت‌نفس (روزنبرگ، ۱۹۶۵) بود. گروه‌های آزمایشی ۱۲ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت گروه‌درمانی قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌های تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد الف) افزایش معنادار عزت‌نفس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ($P < 0/01$) ب) کاهش معنادار کمال‌گرایی در مراحل پس‌آزمون ($P < 0/01$)؛ د) دو روش به یک‌میزان بر عزت‌نفس ($F = 13/16$; $P < 0/01$) و کمال‌گرایی ($F = 4/91$; $P < 0/01$) تأثیرگذار بوده‌اند، اما لازم به ذکر است اثر مداخلات در پیگیری فقط بر مؤلفه‌ی کمال‌گرایی دیگر محور حفظ شد.

بحث و نتیجه‌گیری: استفاده از این روش‌های مداخله می‌تواند در بهبود مشکلات روان‌شناختی این گروه از افراد مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، کمال‌گرایی، عزت‌نفس.

*Email: memadahi@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

نشریه علمی

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۸۹-۱۰۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۰۸

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 89-100

مقدمه

همچنین در کمال‌گرایی اجتماعی به دلیل ایجاد کمال بدنی یا تلاش برای کسب رضایت دیگران مهم تمایل به انجام عمل جراحی زیبایی وجود دارد [۵ و ۷].

مؤلفه‌ی دیگر که با نارضایتی از تصویر بدن ارتباط دارد، عزت‌نفس است. آتا (۲۰۰۶ نقل از [۸]) معتقد است که عزت‌نفس با افکاری درباره‌ی بدن مشخص می‌شود و ظاهر فیزیکی به‌طور مستمر به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده عزت‌نفس در سنین مختلف در نظر گرفته می‌شود. افراد دارای نارضایتی از تصویر بدنی که عزت‌نفس کمتری دارند، بر تصویر بدن خود به‌عنوان یک منبع ارزشمند، سرمایه‌گذاری می‌کنند. هنگامی که به این افراد بازخورد منفی داده می‌شود، احساس خود ارزشمندی آن‌ها تهدید می‌شود و به دلیل اینکه مبنای دیگری برای ارجاع و ذخیره‌سازی مجدد احساس ارزشمندی وجود ندارد دچار کاهش عزت‌نفس بیشتر و رضایت بدنی کمتر می‌شوند [۹].

اگرچه کشور ایران به‌عنوان یک کشور مسلمان و درحال توسعه با فرهنگ اسلامی عجین است و با توجه به فرهنگ اسلامی و تأکید قوانین اسلامی مانند پوشیدن بدن مخصوصاً برای زنان می‌بایست مشغولیت ذهنی با بدن نسبت به فرهنگ غربی کمتر باشد، اما از سویی مواجهه با اطلاعات گسترده در مورد بدن و ایده آل‌های ظاهری که از طریق رسانه‌ها منتشر می‌شود و از سوی دیگر تأکید جامعه بر شکل بدنی به‌عنوان عامل جذابیت، زیبایی، پذیرش اجتماعی و موفقیت (عبدالهی، ۲۰۰۱ نقل از [۱۰]) و تعامل آن با ویژگی‌هایی نظیر عزت‌نفس و کمال‌گرایی سبب می‌شود که زنان دچار نارضایتی از ظاهر فیزیکی خود شوند و برای کاهش پریشانی و نزدیک شدن به ایده آل‌های جامعه راهبردهای نظیر رژیم‌های افراطی، جراحی‌ها، محدودیت غذایی، ورزش افراطی، آرایش استفاده نمایند [۱۱]. این راهبردها از سویی پرهزینه و از سوی دیگر سبب سردرگمی و نارضایتی بیشتر می‌گردد چراکه ایده آل‌های زنان دست‌نیافتنی است. شاهد این مدعا آمار گسترده جراحی زیبایی که سالانه ۲۵ تا ۳۰ هزار جراحی زیبایی انجام می‌شود، و کسب مقام سوم منطقه در واردات محصولات آرایشی در منطقه [۱۲] است که سبب حل مسئله به‌صورت سطحی شده است، ولی پس از مدتی مجدداً احساس نارضایتی نمودار می‌گردد.

لذا برای جلوگیری از اینکه رفتارهای جبرانی مطرح‌شده به‌صورت مسئله شدیدتر و وسواس گونه درنیاید،

ظاهر فیزیکی یکی از ابعاد مهم و تأثیرگذار در زندگی افراد مخصوصاً زنان می‌باشد. گستردگی تبلیغات رسانه‌ای، اینترنتی و مجلات در قرن ۲۱ که محصولات زیبایی، مداخلات جراحی و پزشکی را بر روی زنان متمرکز نموده‌اند، سبب شده است که مفهوم زیبایی برای زنان از اهمیت و حساسیت ویژه‌ای برخوردار باشد. تبلیغات رسانه‌ای، بازار گسترده‌ی محصولات زیبایی، جراحی‌های مختلف، رژیم‌ها و ورزش‌های مختلف همه یک پیام را منتقل می‌کنند که لاغر، زیبا، جوان و جذاب بودن، بااهمیت است [۱].

زمانی که ایده آل‌های ظاهر فیزیکی توسط این پیام‌ها در ذهن زنان نقش می‌بندد آن‌ها با مقایسه‌ی این پیام‌های درونی شده و دست‌نیافتنی با ظاهر فیزیکی واقعی دچار تضاد می‌شوند، و در برخی از زنان این عدم هماهنگی با مؤلفه‌های مهم دیگر نظیر کمال‌گرایی^۱ و عزت‌نفس^۲ گره می‌خورد و سبب ایجاد نارضایتی از تصویر بدنی^۳ می‌شود. همان‌گونه که پژوهش‌های [۲، ۳، ۴، ۵] نشان دادند که کمال‌گرایی به‌صورت مجموعه‌ای از استانداردهای شخصی غیرواقعی، ارزیابی انتقادآمیز خود در مورد ظاهر می‌تواند سبب افزایش نارضایتی از تصویر بدنی در زنان شود.

زنان دارای نارضایتی از تصویر بدن که کمال‌گرایی نیز دارند از طریق راهبردهای نظیر محدود کردن غذا و ورزش‌های افراطی برای نزدیک شدن به ایده آل‌های زیبایی جامعه تلاش می‌کنند، همچنین جهت کسب تأیید دیگران، اجتناب از طرد بین فردی، تسهیل در تعاملات اجتماعی تحت عمل جراحی زیبایی قرار گیرند (بران و پتریک^۴ ۲۰۰۸ نقل از [۶]؛ هویت و همکاران، ۲۰۰۳ و فینگلد، ۱۹۹۰ نقل از [۷])، تا بدین نحو به رضایت از تصویر بدن دست یابند. لذا ابعاد مختلف کمال‌گرایی با نارضایتی از تصویر بدنی ارتباط دارد، بدین‌صورت که بررسی دقیق خود، عارضه‌یابی و انتقاد از خود که در کمال‌گرایی خودمحور مشاهده می‌گردد با نارضایتی از تصویر بدنی، جراحی زیبایی و بی‌اشتهایی روانی ممکن است ارتباط داشته باشد و نیز حساسیت به فشارهای اجتماعی، معرفی خود عالی که در کمال‌گرایی اجتماعی مشاهده می‌گردد ممکن است در کاهش عزت‌نفس، اختلال در تصویر بدن و رفتارهای ناسازگار خوردن مؤثر باشد.

¹ Perfectionist

² self-esteem

³ body image dissatisfaction

⁴ Brannan& petric

تحت‌الشعاع قرار می‌دهند، نظیر سرطان، سوختگی و....) و همچنین تمایل به شرکت در کلاس‌ها در نهایت ۴۵ زن ۲۳-۳۸ ساله، انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی بدن-خود^۳: در این پژوهش از پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی بدن-خود که در سال ۱۹۹۷ توسط کش آماده شد به‌عنوان پرسشنامه غربال‌گری اولیه، استفاده شد که مشتمل بر ۴۶ گویه و شش بعد روابط بدن-خود شامل ارزشیابی قیافه^۴، جهت‌گیری قیافه^۵، ارزشیابی تناسب‌اندام^۶، جهت‌گیری تناسب‌اندام^۷، وزن ذهنی^۸ و رضایت بدنی^۹ می‌باشد که به‌منظور ارزیابی نگرش افراد درباره ابعاد تصویر بدنی خود بکار می‌رود [۲۲]. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت ۵ مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالف = ۱، کاملاً موافق = ۵) است. لازم به ذکر است که در سؤالات ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۳۲ نمره‌گذاری به‌صورت معکوس صورت می‌گیرد. نمره کلی پرسشنامه در طیف ۴۶ و ۲۳۰ برآورد شده است.

مشخصه‌های روان‌سنجی پرسشنامه در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. از جمله در مطالعه‌ای که توسط کش در سال ۱۹۹۴ انجام شد، همسانی درونی^{۱۰} زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری، ۰/۸۸ و همسانی درونی زیرمقیاس رضایتمندی از نواحی ۰/۷۷ بود. همچنین زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری دارای اعتبار ۰/۸۱ و زیرمقیاس رضایتمندی بدنی دارای اعتبار ۰/۸۶ بود. اعتبار گزارش شده بر اساس دو بار اجرا به‌دست آمده است [۲۳].

در ایران راحتی [۲۴] به بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه پرداخت نتایج به شرح ذیل بوده‌اند: اولین همگرایی آزمون، از طریق بررسی رابطه بین پرسشنامه تصویر بدنی و عزت‌نفس بررسی شد. نتایج مربوطه نشان داد که بین تصویر بدنی با عزت‌نفس، در دختران، پسران و کل نمونه‌های دانشجویی، به ترتیب، همبستگی‌های ۰/۵۲، ۰/۵۸، ۰/۵۵ به دست آمد.

۲) پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی:

می‌توان از طریق رویکردهای شناختی-رفتاری^۱ و مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ به تبیین چرایی علت مسئله و نیز بهبود شرایط افراد اقدام نمود. در رویکرد شناختی-رفتاری از هر دو عنصر شناختی و رفتاری برای درک جامع تصویر بدنی و مؤلفه‌های مرتبط به آن استفاده می‌شود و بر تغییر افکار ناکارآمد تأیید می‌گردد [۱۳]. در مقابل در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بجای تغییر در شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار، احساساتش افزایش یابد. از محدود پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان به پژوهش‌های [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱] اشاره کرد که اثربخشی این مداخلات درمانی را بر نارضایتی از تصویر بدن در نمونه‌های مختلف مورد بررسی قرار دادند.

لذا در این پژوهش به این سؤال پرداخته شده است که آیا بین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (بر اساس الگوی ۸ مرحله‌ای کش) بر میزان کمال‌گرایی و عزت‌نفس زنان ۲۳-۳۸ ساله مبتلا به نارضایتی از تصویر بدنی شهر تهران تفاوت وجود دارد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری ۳ ماهه، بود که مداخله‌های درمانی به‌عنوان متغیر مستقل و کمال‌گرایی و عزت‌نفس به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی زنان ۲۳-۳۸ ساله‌ی دارای نارضایتی از تصویر بدنی بود که در سال ۱۳۹۵ به مراکز سلامت مناطق ۲۲ گانه‌ی شهرداری تهران مراجعه نمودند.

ب) نمونه پژوهش: از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای (که شرح آن در روش اجرا به تفصیل آورده شده است)، ابتدا ۴۵۳ نفر انتخاب و سپس با توجه به ملاک‌های ورود (کسب نمره برش در پرسشنامه‌ها، نداشتن جراحی زیبایی، سن ۲۳-۳۸ سال، تحصیلات دیپلم)، ملاک‌های خروج (برآورده شدن ملاک‌های اختلال خوردن و اختلال بدشکلی بدنی از طریق مصاحبه؛ وجود ضایعات چهره‌ای حاصل از سانحه یا بیماری‌های خاص که ظاهر را

³ Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

⁴ appearance evaluation, AE

⁵ appearance orientation, AO

⁶ fitness evaluation, FE

⁷ Fitness orientation, FO

⁸ subjective weight, SW

⁹ body areas satisfaction, BAS

¹⁰ internal consistency

¹ Cognitive- Behavioral Approach

² Acceptance and Commitment Approach

با مشکلات بین شخصی $p < 0/001$ $r = 0/19$ ، بهزیستی روان‌شناختی $r = 0/35$ ، درماندگی روان‌شناختی $r = 0/26$ ، نورو گرای $r = 0/25$ و برون‌گرایی $r = 0/22$ و بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور با بهزیستی روان‌شناختی $r = 0/29$ ، نورو گرای $r = 0/27$ ، برون‌گرایی $r = 0/44$ همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران را تأیید می‌کنند.

۳) پرسشنامه‌ی عزت‌نفس: در این پژوهش از پرسشنامه‌ی عزت‌نفس روزنبرگ^۳ استفاده گردید که در سال ۱۹۶۵ توسط روزنبرگ ساخته شد [۲۹].

شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت لیکرتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است که دامنه آن از ۱ تا ۴ مرتب‌شده است. پنج سؤال اول این مقیاس به‌صورت مثبت و پنج سؤال دوم آن به‌صورت منفی طراحی شده است. پاسخ‌های مربوط به سؤالات منفی معکوس می‌گردند و با پاسخ‌های مربوط به سؤالات مثبت جمع می‌شوند تا نمره کلی عزت‌نفس فرد به دست آید [۳۰]. دامنه‌ی نمرات آن بین ۱۰ و ۴۰ است، که نمره‌ی بالاتر بیانگر میزان بالای عزت‌نفس در افراد است.

در مورد روایی و پایایی پرسشنامه می‌توان اشاره کرد که پالمن و آلیک (۲۰۰۰ نقل از [۲۹]) ضریب همسانی درونی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ بر روی ۷۴۱ دانشجوی دانشگاه کالیفرنیا ۰/۸۸، برای مقیاس اصلی ۰/۹۱ برای ویرایش تجدیدنظر شده با کلمات منفی و مثبت ۰/۹۱ را به دست آورد. در ایران محمدی [۲۹] پایایی این مقیاس را در دانشجویان با استفاده از سه روش آلفای کرونباخ، باز آزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸، ۰/۶۸ محاسبه کرد. در بررسی وی ضریب روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت ۰/۶۱ به‌دست آمده است.

مسعود نیا [۳۱] در پژوهش خود اشاره کرد که ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و برای آیتم‌های پرسشنامه ۰/۷۲ و ۰/۸۰ محاسبه شد که در سطح مطلوبی قرار داشتند. رجبی و بهلول [۳۲] نیز پایایی این مقیاس را با کاربرد روش آلفای کرونباخ در کل نمونه دانشجویی ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ محاسبه کرده‌اند. رجبی و بهلول [۳۲] دریافتند که نتایج ضرایب همبستگی بین هر یک از ماده‌های مقیاس با نمره کل ماده‌ها از ۰/۵۶ تا ۰/۷۲ متغیر و تمام ضرایب در

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی چندبعدی تهران^۱ استفاده می‌گردید. مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران یک آزمون ۳۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس‌های قبلی [۲۵، ۲۶، ۲۷] توسط بشارت [۲۸] ساخته شده است. در این مقیاس ۳۰ سؤالی، که کمال‌گرایی خویش‌تن‌دار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار را مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. نحوه‌ی نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت لیکرتی از نمره ۱ تا ۵ می‌باشد. هر یک از سه بعد با ۱۰ سؤال سنجیده می‌شوند. مقیاس‌های سه‌گانه به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. یعنی کسی که در هر یک از زیرمقیاس‌ها نمره ۱۰ را به دست آورده است دارای کمترین میزان کمال‌گرایی و کسی که نمره ۵۰ را کسب نموده دارای بیشترین میزان کمال‌گرایی در هر یک از سه بعد کمال‌گرایی می‌باشد. حداکثر نمره ممکن در این مقیاس ۱۵۰ و حداقل نمره ۳۰ می‌باشد.

در مورد روایی و پایایی پرسشنامه می‌توان اشاره کرد که بشارت [۲۸] اعتبار محتوایی مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران را با استفاده از ضرایب توافق کندال برای ابعاد کمال‌گرایی خودمدار (۰/۸۰)، کمال‌گرایی دیگرمدار (۰/۷۲) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار (۰/۶۹) محاسبه کرد و ضریب باز آزمایی همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت بافاصله دو تا چهار هفته را برای مؤلفه کمال‌گرایی خودمدار $r = 0/85$ ، برای کمال‌گرایی دیگرمدار $r = 0/79$ و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار $r = 0/84$ محاسبه نمود. همچنین همسانی درونی مقیاس کمال‌گرایی تهران را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ($n = 500$) برای مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار ۰/۹۰، کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۹۱ و کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی رضایت بخشی است. روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی، مقیاس سلامت روانی و مقیاس نورو گرای و برون‌گرایی مقیاس شخصیتی^۲ محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی در زیر مقیاس کمال‌گرایی خودمحور با مشکلات بین شخصی $p < 0/001$ ، $r = 0/44$ ، بهزیستی روان‌شناختی $r = 0/62$ ، روان‌شناختی درماندگی $r = 0/59$ ، نورو گرای $r = 0/74$ ، همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کمال‌گرایی دیگرمدار

¹ Tehran Multidimensional Perfectionism Scale

² NEO-Personality Inventory – Revised (NEOPI-R)

³ Rosenberg self-esteem scale (RSES)

نظر گرفته شد. پس از سه ماه از پایان مداخلات مجدداً کلیه پرسشنامه‌ها برای سه گروه اجرا شد و نمرات حاصل به‌عنوان نمرات پیگیری در نظر گرفته شدند.

مرحله‌ی مداخله: محتوای جلسات گروه‌درمانی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (برگرفته از پروتکل پیرسون و همکاران) عبارت بود:

جلسه اول: تسهیل‌کننده در مورد مقررات گروه شامل تعداد جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف توضیح داد، سپس از اعضا خواست خود را معرفی کنند. تسهیل‌گر در مورد تصویر بدنی توضیح داد.

جلسه دوم: تسهیل‌گر در مورد عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی (نظیر ژنتیک، خانواده، رسانه‌ها و...) توضیح داد. سپس در مورد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک از اصطلاح دو کوه توضیحاتی را ارائه کرد. سپس در مورد راهبردهای ناکارآمد اعضا در مقابله با تصویر بدنی منفی بحث شد. از اعضا خواسته شد به‌عنوان تکلیف راهبردهای ناکارآمد در مواجهه با تصویر بدنی نظیر اجتناب‌های اجتماعی، وسایل آرایشی و... را یادداشت کنند.

جلسه سوم: تسهیل‌گر از اعضا خواست تا هر یک راهبردهای ناکارآمد خود را در کلاس به اشتراک‌گذارند. سپس از آن‌ها خواست تا از طرف ذهن به بدن نامه و سپس خود را جای بدن بگذارند و به ذهن نامه بنویسند. در تمرین دیگر خواسته شد بدون هیچ گفتگویی هر دو نفر به چشمان هم نگاه کنند و پس دو دقیقه شروع به نوشتن حدس‌های خود در مورد اینکه مخاطب چه فکری در موردشان می‌کرده کردند و تجربیات خود را به اشتراک گذاشتند. تکلیف خانگی (رویداد، باور و پیامد)

جلسه چهارم: در مورد مفهوم گسلش شناختی توضیح داده شد، به اعضا توضیح داده شد که افکار در مورد ظاهر را به‌عنوان حقیقت مطلق فرض نموده‌اند. سپس از اعضا خواسته شد کلمه شیر را تکرار کنند تا متوجه شوند به یک‌صدای بی‌معنی تبدیل می‌شود. سپس از استعاره سربازان در حال رژه و تمرین با ذهن صحبت کن استفاده شد.

جلسه پنجم و ششم: از اعضا خواسته شد به‌منظور تمرین تمرکز بر تنفس در موقعیت آسوده قرار بگیرند و بر نحوه‌ی ورود و خروج تنفس متمرکز باشند. سپس تمرین ذهن آگاهی خوردن انجام شد که بدین منظور تکه‌ای شکلات به اعضا داده و از آن‌ها خواسته شد مطابق دستورات به لمس، جویدن و بلعیدن آن و احساسات حین این اعمال

سطح ۰ / ۰۰۱ معنادار بود. در پژوهش دیگری نیز که توسط برخوری، رفاهی و فرح‌بخش [۳۳] بر روی ۱۲۰ نفر از دانش‌آموزان شهر جیرفت انجام گرفت ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۱ گزارش شد.

شیوه انجام پژوهش

از طریق اداره کل سلامت شهرداری تهران و کسب مجوز مربوطه، از ۳۵۴ خانه سلامت، ۲۰ خانه‌ی سلامت انتخاب شد، از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ابتدا شهر تهران بر اساس پهنه‌بندی شهرداری تهران (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) در نظر گرفته شد، سپس از هر جهت جغرافیایی یک منطقه به تصادف انتخاب شد و از هر یک از ۵ منطقه‌ی انتخاب‌شده ۴ خانه سلامت به تصادف انتخاب شد. جهت تعیین نمره برش ابتدا ۳۰ زن ۲۳-۳۸ ساله به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و سه پرسشنامه پژوهش را تکمیل کردند. میانگین و انحراف استاندارد مربوط به این سه پرسشنامه‌ها مشخص شد که در پرسشنامه‌های چندبعدی نگرش فرد (میانگین ۱۶۵/۹۳ و انحراف استاندارد ۱۱/۹۸) لذا نمره برش دو انحراف پایین‌تر از میانگین آن‌ها یعنی ۱۴۲ در نظر گرفته شد، در عزت‌نفس (میانگین ۳۱/۶۵ و انحراف استاندارد ۲/۱۴) که یک انحراف پایین‌تر از میانگین آن‌ها نمره ۳۰ که به‌عنوان نمره برش در نظر گرفته شد و در کمال‌گرایی (میانگین ۸۲/۸۲ و انحراف استاندارد ۱۰/۵۴) برآورد شد که یک انحراف بالاتر از میانگین یعنی نمره ۹۳ به‌عنوان نمره برش در نظر گرفته شد.

لذا با توجه به نمره‌ی برش و دیگر ملاک‌های ورود، ملاک‌های خروج (که پیش‌تر اشاره شد)، از ۴۵۳ نفر، در نهایت تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. سپس به‌گونه‌ی تصادفی روش‌های مداخله اعمال گردید. گروه اول گروه‌درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس الگوی پیرسون و همکاران، گروه دوم گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر اساس الگوی ۸ مرحله‌ای کش و گروه سوم کنترل مشخص شدند. آزمودنی‌های گروه کنترل به دلیل رعایت موازین اخلاقی در لیست انتظار قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی پذیرش و شناختی-رفتاری قرار گرفتند. بعد از اتمام مداخلات در هر گروه تمامی پرسشنامه‌ها مجدداً در سه گروه اجرا شد و نمرات آزمودنی‌ها به‌عنوان پس‌آزمون در

توضیح داد، سپس از اعضا خواست خود را معرفی کنند. تسهیل گر در مورد تصویر بدنی توضیح داد.

جلسه دوم و سوم: تسهیل گر از اعضا خواست تا برگه‌های راهنما تکمیل کنند تا بدین صورت نسبت به نقاط مثبت و ضعف تصویر بدنی خود آگاه شوند. سپس در مورد عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی (نظیر محیط، مقایسه‌های اجتماعی، ژنتیک، خانواده و...) توضیحات داده شد و در مورد نارضایتی از تصویر بدنی تاریخچه، آمارهای مکتوب ارائه گردید. از اعضا خواسته شد تا آن‌ها نیز نظرات و تجربیات خود را در مورد مطالب مطرح شده ارائه دهند.

جلسه چهارم: تسهیل گر به آموزش (رویداد، باور و پیامد) پرداخت، از اعضا خواسته شد تا تجربیات خود را بیان کنند سپس در چهارچوب الگوی فوق تجربیات آن‌ها صورت‌بندی شد. تکلیف خانگی انجام (رویداد، باور و پیامد) در مورد تجربیات خارج از جلسه بود.

جلسه پنجم: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته انجام شد. تمرین آرمیدگی یعنی اعضا در موقعیت راحت قرار گرفتند، سپس با توجه به موقعیت‌هایی که مراجع از آسان به دشوار ساخته است به انجام تمرین حساسیت‌زدایی منظم پرداخته شد، و بر افکار، هیجانات ناشی از آن موقعیت‌ها تمرکز شد. پس از تمرین اعضا شروع به بحث در مورد این تجربه نمودند.

جلسه ششم و هفتم: تسهیل گر در مورد افکار خود آیند منفی و چرخه‌ی فکر، هیجان و رفتار توضیح داد سپس از اعضا خواست تا تجربه‌ای را که سبب شده بود نسبت به‌ظاهر خود هیجان منفی را تجربه کنند یادداشت نمایند، هر یک از اعضا تجربه خود را در کلاس به اشتراک گذاشته و با کمک تسهیل گر شناسایی فرض‌های مشکل‌آفرین صورت گرفت، سپس جایگزین کردن فکر منطقی با مشارکت خود فرد و کمک تسهیل گر انجام شد. تکلیف خانگی عبارت بود از انجام این فرایند برای تجربیات خارج از جلسه و مکتوب کردن آن.

جلسه هشتم: مرور تکلیف جلسه‌ی گذشته، تسهیل گر به توضیح انواع تحریف‌ها در مورد تصویر بدنی (نظیر خوارشماری، ذهن‌خوانی، اغراق، تفکر همه‌ی‌هیچ و...) پرداخت، سپس از هر یک از اعضا خواسته شد تا موقعیت خاصی را مدنظر قرار دهند و نوع خطاهای شناختی را با توجه به مثال‌ها و توضیحات تسهیل گر مشخص و در کلاس به اشتراک گذارند. آموزش مؤلفه‌های دیگر یعنی مجادله و اثرات مجادله با خطاهای شناختی توضیح داده شد. سپس تکلیف خانگی شامل انجام این فرایند بیرون از جلسه به

توجه کنند. در تمرین ذهن آگاهی از هیجانات و تمرین نزدیک شدن به موقعیت دشوار از اعضا خواسته شد بر روی کار برگ‌ها موقعیت‌های دشوار را یادداشت و به آن‌ها اولویت دهند و سپس از موقعیت‌های کمتر استرس‌آور شروع به تمرین کنند.

از اعضا خواسته شد تکلیف خانگی تمرین ذهن آگاهی با استفاده از آیین را انجام دهند یعنی به بدن نگاه کنند و سپس هیجانات و افکار خود را یادداشت کنند.

جلسه نهم و هشتم: مرور تکلیف اعضا انجام شد، سپس در مورد خود مفهومی و خود زمینه‌ای توضیح داده شد، برای درک بهتر اعضا از استعاره خانه با مبلمان، داستان خیاط و لباس استفاده گردید. تمرین خانگی اعضا از آن‌ها خواسته شد دو خود مفهومی را شرح دهند، چگونه فکر می‌کنند، چه احساسی دارند، ظاهرشان چگونه است. سپس رفتارهایی را توصیف کنند که دقیقاً با انتظارات آن‌ها در مورد این خود مفهومی متضاد باشد.

جلسه نهم و دهم: تسهیل گر و اعضا به‌مرور تکلیف پرداختند، سپس توضیحاتی در مورد اهداف و ارزش‌ها، تفاوت آن‌ها ارائه گردید. سپس تسهیل گر تمرین زندگی بدون نگرانی از تصویر بدنی را انجام داد و از اعضا خواست ارزش‌های خود را یادداشت کنند و اولویت بندی نمایند، سپس از اعضا خواست تا بر طبق اینکه چقدر به ارزش‌ها می‌پردازند نمره دهند. همچنین تمرین لکه نارنجی انجام شد و از اعضا خواسته شد تا با ماژیک نارنجی لکه ای روی دست بگذارند و سپس با استفاده از این لکه طراحی کنند.

جلسه یازدهم و دوازدهم: تسهیل گر با مشارکت اعضا هدف‌های رفتاری که در راستای رسیدن به ارزش‌ها می‌باشد یادداشت کردند. سپس آموزش الگوریتم (شامل آمیختگی شناختی، ارزیابی تجربه‌ها^۱، اجتناب از تجارب^۲، دلیل برای اجتناب کردن از رفتار^۳) به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا این سرفصل‌ها را یادداشت کنند و به تمرین بپردازند. سپس جمع‌بندی جلسات، موارد آموزشی و اهداف مدنظر از تشکیل گروه مرور شد و در آخر پس‌آزمون گرفته شد.

محتوای جلسات گروه‌درمانی شناختی- رفتاری (برگرفته از پروتکل هشت مرحله‌ای کش) عبارت بود از:

جلسه اول: تسهیل‌کننده در مورد مقررات گروه شامل تعداد جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف

¹ fusion

² evaluation

³ avoidance

⁴ Reason giving

اعضا داده شد.

شیوه تحلیل داده ها

در این پژوهش علاوه بر استفاده از آماره‌های توصیفی، مانند میانگین و انحراف معیار، جهت آزمودن فرضیه‌ها از واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان بدین شرح بود که از میان اعضای گروه آزمایش (مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۴۷ درصد تحصیلات کارشناسی و ۱۳ درصد تحصیلات دانشجوی مقطع کارشناسی داشتند؛ همچنین در گروه آزمایشی (شناختی- رفتاری) از میان اعضا ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۵۳ درصد تحصیلات کارشناسی و ۷ درصد دانشجوی مقطع کارشناسی داشتند و گروه گواه ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم و ۶۰ درصد تحصیلات کارشناسی داشتند. همچنین میانگین سنی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۰/۶ سال و گروه شناختی- رفتاری ۳۰/۸ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه ۳۰/۶۷ سال بود. اطلاعات توصیفی به‌دست‌آمده از متغیرهای کمال‌گرایی و عزت‌نفس در پیش/پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ نشان داده‌شده است.

جلسه نهم: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، سپس به بررسی اجتناب‌ها و آیین‌های دل‌مشغولی نظیر اجتناب از برخی موقعیت‌های اجتماعی پرداخته شد. تسهیل‌گر اعضا را با توجه به اینکه هرکدام از اعضا نحوه‌ی اجتناب‌های خود را کشف کرده‌اند تشویق کرد تا نردبان موفقیت برای مواجهه را ایجاد کنند. تسهیل‌گر بر اساس نردبان مواجهه، یادگیری مرحله هماهنگ کردن (یعنی آمادگی، عمل، مقابله، لذت) را آموزش داد.

جلسه دهم: اعضا به بیان نقاط و اظهارنظرهای مثبت به‌ظاهر پرداختند، سپس اولویت بندی فعالیت‌های جسمانی بر اساس تسلط و لذت انجام شد. از آن‌ها خواسته شد طبق لیست به‌عنوان تکلیف در یکی از اولویت‌ها و موقعیت‌های اجتماعی قرار بگیرند.

جلسه یازدهم و دوازدهم: مرور تکلیف، اعضا مجدد آزمون‌های مرتبط به تصویر بدنی را تکمیل کردند، سپس به بررسی موانع احتمالی پرداخته شد. راهبردهای جرئت ورزی در موقعیت‌های اجتماعی آموزش داده شد.

جلسه دوازدهم: تسهیل‌گر به جمع‌بندی جلسات پرداخت، پاسخ به سؤالات اعضا انجام شد و پس‌آزمون اجرا شد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی کمال‌گرایی و عزت‌نفس

مؤلفه‌های کمال‌گرایی	مراحل آزمون	پذیرش و تعهد		شناختی-رفتاری		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
خودمحور	پیش‌آزمون	۳/۵۹	۰/۳۶	۳/۴۳	۰/۴۳	۰/۲۷
	پس‌آزمون	۳/۳۱	۰/۳۵	۲/۹۰	۰/۳۸	۰/۴۳
	پیگیری	۳/۱۳	۰/۳۶	۳/۶۹	۰/۳۲	۰/۳۶
دگر محور	پیش‌آزمون	۲/۹۷	۰/۲۷	۲/۹۰	۰/۲۶	۰/۲۲
	پس‌آزمون	۳/۲۹	۰/۳۴	۳/۴۷	۰/۴۲	۰/۳۶
	پیگیری	۲/۹۷	۰/۳۶	۲/۸۷	۰/۲۱	۰/۲۶
جامعه‌محور	پیش‌آزمون	۲/۸۸	۰/۲۶	۲/۸۵	۰/۳۶	۰/۳۲
	پس‌آزمون	۳/۴۱	۰/۵۳	۳/۲۸	۰/۳۸	۰/۴۰
	پیگیری	۳/۰۰	۰/۳۴	۳/۰۳	۰/۲۸	۰/۳۶
نمره کلی کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	۳/۳۴	۰/۲۱	۳/۳۴	۰/۲۵	۰/۲۰
	پس‌آزمون	۳/۰۸	۰/۱۹	۳/۰۸	۰/۱۷	۰/۱۷
	پیگیری	۳/۱۰	۰/۲۳	۳/۰۵	۰/۱۶	۰/۱۶
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	۲/۷۹	۰/۱۷	۲/۸۳	۰/۱۳	۰/۱۹
	پس‌آزمون	۳/۰۴	۰/۲۸	۳/۰۶	۰/۱۷	۰/۲۲
	پیگیری	۳/۰۰	۰/۲۳	۳/۰۵	۰/۱۶	۰/۲۰

جدداً بررسی شدند. نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس آمیخته در مورد کمال‌گرایی در جدول ۲ گزارش شده است.

یافته‌های جدول ۱ نشان‌دهنده کاهش میانگین کمال‌گرایی و افزایش میانگین عزت‌نفس در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون می‌باشد. در جداول زیر مؤلفه‌ها به‌صورت

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس آمیخته در مؤلفه‌های کمال‌گرایی و کمال‌گرایی کلی

اندازه اثر	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات	منابع تغییر	مؤلفه‌های کمال‌گرایی
۰/۲۷	**۷/۸۱	۱/۰۱	۴	۴/۰۵	تعامل آزمون* گروه	خودمحور
۰	۰/۰۲	۰	۲	۰/۰۱	گروه	
۰/۱	۲/۳۶	۰/۳۷	۳/۲۲	۰/۸۸	تعامل آزمون* گروه	دگر محور
۰/۲۴	**۶/۵۴	۰/۶۳	۲	۱/۲۵	گروه	
۰/۱۳	*۳/۲۷	۰/۵۷	۳/۳۸	۱/۹۳	تعامل آزمون* گروه	جامعه‌محور
۰/۱	۲/۲۲	۰/۲۴	۲	۰/۴۸	گروه	
۰/۶۳	**۷۲/۱۷	۰/۷۰	۲	۱/۴۱	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	کمال‌گرایی کلی
۰/۱۹	**۴/۹۱	۰/۰۵	۴	۰/۱۹	تعامل آزمون* گروه	
۰/۰۹	۲/۰۳	۰/۱۹	۲	۰/۳۹	گروه	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین کلی مؤلفه‌های کمال‌گرایی و کمال‌گرایی کلی بر حسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری

خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل		خطای استاندارد	میانگین	میانگین	پدیرش و تعهد	شناختی-رفتاری	رویکردهای درمان	خودمحور
		شناختی-رفتاری	پذیرش و تعهد							
۰/۰۸	۰/۰۰	شناختی-رفتاری	پذیرش و تعهد	۰/۰۶	۳/۳۴	۳/۳۴	۳/۳۴	۳/۳۴	رویکردهای درمان	خودمحور
۰/۰۸	-۰/۰۱	کنترل	شناختی-رفتاری	۰/۰۶	۳/۳۶	۳/۳۶	۳/۳۶	۳/۳۶		
۰/۰۸	-۰/۰۲	کنترل	پیش‌آزمون با	۰/۰۵	۳/۴۹	۳/۴۹	۳/۴۹	۳/۴۹	مراحل	خودمحور
۰/۰۷	**۰/۴	پس‌آزمون	پس‌آزمون با	۰/۰۶	۳/۰۹	۳/۰۹	۳/۰۹	۳/۰۹		
۰/۰۷	۰/۰۴	پیگیری	پس‌آزمون با	۰/۰۵	۳/۴۶	۳/۴۶	۳/۴۶	۳/۴۶	مراحل	خودمحور
۰/۰۹	**۰/۳۶	پیگیری	پس‌آزمون با	۰/۰۵	۳/۰۸	۳/۰۸	۳/۰۸	۳/۰۸		
۰/۰۷	۰/۰۰	شناختی-رفتاری	پذیرش و تعهد	۰/۰۵	۳/۰۸	۳/۰۸	۳/۰۸	۳/۰۸	رویکردهای درمان	دگر محور
۰/۰۷	**۰/۲۱	کنترل	شناختی-رفتاری	۰/۰۵	۳/۲۸	۳/۲۸	۳/۲۸	۳/۲۸		
۰/۰۷	**۰/۲۰	کنترل	پیش‌آزمون با	۰/۰۴	۳/۰۵	۳/۰۵	۳/۰۵	۳/۰۵	مراحل	دگر محور
۰/۰۷	**۰/۳۴	پس‌آزمون	پس‌آزمون با	۰/۰۶	۳/۳۹	۳/۳۹	۳/۳۹	۳/۳۹		
۰/۰۵	۰/۰۵	پیگیری	پس‌آزمون با	۰/۰۴	۳/۰۰	۳/۰۰	۳/۰۰	۳/۰۰	مراحل	دگر محور
۰/۰۷	**۰/۳۹	پیگیری	پس‌آزمون با	۰/۰۴	۳/۱۰	۳/۱۰	۳/۱۰	۳/۱۰		
۰/۰۷	۰/۰۴	شناختی-رفتاری	پذیرش و تعهد	۰/۰۵	۳/۰۵	۳/۰۵	۳/۰۵	۳/۰۵	رویکردهای درمان	جامعه‌محور
۰/۰۷	-۰/۱۰	کنترل	شناختی-رفتاری	۰/۰۵	۳/۲۰	۳/۲۰	۳/۲۰	۳/۲۰		
۰/۰۷	-۰/۱۴	کنترل	پیش‌آزمون با	۰/۰۵	۳/۰۲	۳/۰۲	۳/۰۲	۳/۰۲	مراحل	جامعه‌محور
۰/۰۸	**۰/۲۹	پس‌آزمون	پس‌آزمون با	۰/۰۷	۳/۳۱	۳/۳۱	۳/۳۱	۳/۳۱		
۰/۰۶	۰/۰۰	پیگیری	پس‌آزمون با	۰/۰۵	۳/۰۲	۳/۰۲	۳/۰۲	۳/۰۲	مراحل	جامعه‌محور
۰/۰۹	*۰/۲۹	پیگیری	پس‌آزمون با	۰/۰۳	۳/۳۵	۳/۳۵	۳/۳۵	۳/۳۵		
۰/۰۲	**۰/۲	پس‌آزمون	پس‌آزمون با	۰/۰۳	۳/۱۵	۳/۱۵	۳/۱۵	۳/۱۵	مراحل	کمال‌گرایی کلی
۰/۰۲	**۰/۲۳	پیگیری	پس‌آزمون با	۰/۰۳	۳/۱۲	۳/۱۲	۳/۱۲	۳/۱۲		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

بنفرونی انجام گرفت.

بر اساس جدول (۳) همان‌گونه که مشاهده می‌شود در مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمحور و جامعه‌محور، نتایج نشان داد که در مراحل نمرات پیش‌آزمون، با پس‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار دارد. در مؤلفه کمال‌گرایی دیگر محور نتایج نشان داد که بین گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری با کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ولی بین دو گروه آزمایش تفاوت معنادار نیست. همچنین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه کمال‌گرایی خودمحور و جامعه‌محور در تعامل آزمون* گروه در سه مرحله اندازه‌گیری گروه‌های موردبررسی معنی‌دار است. نیز در بخش گروه یا متغیرهای آزمایشی تفاوت میانگین دگر محوری در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیگیری معنی‌دار است.

نتایج در کمال‌گرایی کلی حاکی از آن است که F کمال‌گرایی کلی در بخش تکرار آزمون و تعامل آزمون* گروه در سه مرحله معنادار است. با توجه به معنی‌داری F مقایسه‌های پس از تجربه ضروری و توسط آزمون تعقیبی

معنادار در این مؤلفه دارد. همچنین نتایج نشان داد که در کمال‌گرایی کلی در مراحل بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار است.

بررسی مؤلفه عزت‌نفس انجام و نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس آمیخته در مورد آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته در عزت‌نفس

اندازه اثر	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات	منابع تغییر
۰/۲۷	۱۵/۷۶	۰/۳۵	۲	۰/۶۹	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)
۰/۱۶	۳/۸۵	۰/۰۸	۴	۰/۳۴	تعامل آزمون* گروه
۰/۳۹	۱۳/۱۶	۰/۹۹	۲	۱/۹۹	گروه (متغیرهای آزمایشی)

**P<۰/۰۱

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین کلی متغیر عزت‌نفس برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری

خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد
۰/۰۴۱	۲/۹۴۴	۰/۰۴۱	شناختی-رفتاری	-۰/۰۳۶	۰/۰۵۸
۰/۰۴۱	۲/۹۸۰	۰/۰۴۱	پذیرش و تعهد	**۰/۲۳۸	۰/۰۵۸
۰/۰۴۱	۲/۷۰۷	۰/۰۴۱	شناختی-رفتاری	**۰/۲۷۳	۰/۰۵۸
۰/۰۲	۲/۷۸	۰/۰۲	پیش‌آزمون	**۰/۱۶۷	۰/۰۳۱
۰/۰۳	۲/۹۴	۰/۰۳	پیش‌آزمون با	**۰/۱۳	۰/۰۲۴
۰/۰۳	۲/۹۱	۰/۰۳	پس‌آزمون با	۰/۰۳۶	۰/۰۲۹

**P<۰/۰۱

گروه‌درمانی تفاوت معنادار وجود ندارد.

این یافته‌ها با پژوهش‌های [۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰] همسو، ولی با یافته‌ی [۱۸] ناهمسو بود.

در تبیین نتایج فوق می‌توان اشاره کرد که افراد دارای ناراضیاتی از تصویر بدنی که کمال‌گرایی بالا و عزت پایینی دارند ملاک‌ها و ایده آل‌های زیبایی غیرواقعی که توسط جامعه ارزش پنداشته می‌شود را درونی می‌سازند، و به دلیل شناخت‌های غیرقابل انعطاف خود برای دستیابی به ایده آل ظاهری، هرگونه تفاوت بین ظاهر واقعی و ایده آل را برنمی‌تابند و بیشتر بر عیوب ظاهری تمرکز می‌کنند. همچنین تمایل دارند دیگران که با آن‌ها در ارتباط‌اند بدون نقص و عالی به نظر بیایند. این افراد خصوصیات نظیر نیاز به کامل بودن خود و دیگران، تردید نسبت به خود، نیاز به تأیید از جانب دیگران و توانایی کم برای تقویت خودشان دارا هستند. آن‌ها علاوه بر تمرکز بر ظاهر خود، سعی در ایجاد ارتباط و دوستی با افرادی دارند که از نظر ظاهر، موقعیت اجتماعی، محبوبیت و ... در جایگاه بالایی باشند، و ارتباط با این افراد را تضمین و ملاک ارزشمندی خود قلمداد می‌کنند. اما به دلیل اینکه بندرت امکان دستیابی به چنین افرادی وجود دارد در ایجاد دوستی، ازدواج و زندگی زناشویی خود دچار مشکلات زیادی می‌شوند [۷]. با توجه به این فرایند درمان شناختی-رفتاری (الگوی ۸ مرحله‌ای

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار F در دو بخش درون‌گروهی و بین‌گروهی معنادار است. (P<۰/۰۱). با توجه به معنی‌دار شدن آزمون F در کلیه بخش‌ها انجام مقایسه‌های پس از تجربه یعنی آزمون تعقیبی بنفرونی ضروری است.

نتایج جدول ۵ نشان داد که بین گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری با کنترل تفاوت معنادار است اما بین دو گروه‌درمانی تفاوت معنادار نیست. همچنین بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری در مراحل تفاوت معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر میزان کمال‌گرایی و عزت‌نفس زنان دارای ناراضیاتی از تصویر بدنی انجام شد. نتایج بررسی‌ها نشان داد که نمرات کمال‌گرایی در خرده‌مقیاس‌ها و کمال‌گرایی کلی کاهش معناداری نسبت به قبل از مداخله داشت. در مؤلفه دیگر محور نتایج نشان داد هر دو گروه‌درمانی نسبت به گروه کنترل سبب کاهش نمرات آزمودنی در این مؤلفه شدند اما بین آن‌ها تفاوت معنادار وجود نداشت. بررسی‌ها برای مؤلفه عزت‌نفس نشان داد که دو گروه‌درمانی سبب افزایش عزت‌نفس اعضا نسبت به گروه کنترل شده‌اند اما بین دو

برابر خواسته‌های اجتماعی با استفاده از راهبردهای مناسب حل مسئله، ابراز خود و واکنش نشان دهند.

اما در عزت‌نفس و مؤلفه‌ی دیگر محور اثربخشی دو درمان در درازمدت نیز به صورت مشابه حفظ شد. در نهایت پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب شد، با افزایش عزت‌نفس اشتغال ذهنی به ظاهر و راهبردهای غیرضروری جراحی‌ها جهت تغییر ظاهر فیزیکی اعضا کاهش یابد، لذا از صرف هزینه‌ها و زمان جهت ایجاد احساس ارزشمندی موقت جلوگیری شد. همچنین اعضا توانستند اشکالات در ارتباط‌های بین فردی خود که به دلیل کمال‌گرایی بالا و داشتن انتظار غیرواقعی از دیگران برای بی‌نقص بودن و ایده آل بودن ایجاد شده بود را مجدد بررسی و با کاهش چنین انتظارات غیرواقعی بینانه‌ای در ایجاد ارتباط دوستی و تعاملات اجتماعی سازنده‌تر گام بردارند. همچنین با کاهش نظرات انتقاد گرایانه، صرف زمان و هزینه جهت تغییر ظاهر خود، فعالیت‌های سودمندی چون حضور در کلاس‌های ورزشی، مهمانی‌ها را در اولویت‌های برنامه‌ی زندگی روزمره قرار دهند. لذا درمانگران می‌توانند با استفاده از رویکردهای مطرح‌شده با توجه به ظرفیت‌های مراجع، تسلط درمانگر، و از طریق کار بر مؤلفه‌های مهمی چون عزت‌نفس و کمال‌گرایی سبب کاهش هزینه‌های تحمیلی جراحی، آرایشی بر خانواده‌ها، کاهش مشکلات اضطرابی حاصل از ایده آل‌گرایی غیرواقعی و نیز کاهش افسردگی و خودخوارشماری، کاهش احتمال بروز اختلال خوردن و بدشکلی در جمعیت جوان، افزایش درگیری مراجعان در موقعیت‌های اجتماعی شوند. از محدودیت‌های پژوهش نمونه با یک جنسیت (زنان) بود.

منابع

- 1- Follette, V., Heffner, M., & Pearson, A. (2010). Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. New Harbinger Publications
- 2- Barnett, M. D., & Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among US college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99, pp. 225-234.
- 3- Rasooli, S. S., & Lavasani, M. G. (2011). Relationship between personality and perfectionism with body image. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, pp. 1015-1019.

کش) با بازشناسی شناختی سبب آشنایی آزمودنی‌ها با خطاهای فکری نظیر اغراق کردن، شخصی‌سازی، دوقطبی کردن و... شد، سپس ترغیب کردن آن‌ها برای اینکه این خطاها را شناسایی کنند و بتوانند افکار سازگارتری را جایگزین افکار خود آیند منفی ریشه‌دار در نیاز به کامل بودن و احساس بی‌ارزشی کنند. بر اساس تمرینات رفتاری مانند حساسیت‌زدایی منظم از طریق مواجه‌شدن با بدن واقعی و متفاوت از ایده آل با معیارها و شناخت‌های کمال‌گرایانه خود مواجه شدند و سپس به اصلاح خطاهای شناختی پرداختند. همچنین نکات مثبت ظاهر خود را دریافتند در نتیجه نسبت به آن احساس ارزشمندی کردند. در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد آزمودنی‌ها دریافتند که راه‌های امتحانی برای بهتر کردن ظاهر و ایده آل کردن آن‌ها نه تنها مؤثر نبوده بلکه رنجشان را مضاعف کرده است. آن‌ها دریافتند که بسیاری از مسائل به خاطرات و تجارب گذشته بازمی‌گردد و این مسئله سبب احساس بی‌ارزشی در آن‌ها و تلاش جبرانی برای بدون نقص شدن، شده بود، تجربه در حال بودن توجه آن‌ها را به موقعیت اکنون و حال جلب کرد که فاقد خاطرات ارزشیابی شده گذشته است. همچنین آزمودنی‌ها دریافتند فکر را به‌عنوان واقعیت مطلق در نظر نگیرند، ذهن خود را به‌عنوان یک راوی در نظر بگیرند که اظهاراتی دارد اما بر عملکرد آن‌ها تأثیر نمی‌گذارد. از طریق شناسایی ارزش‌های زندگی و اولویت‌های آن، سبب شد احساس ارزشمندی نمایند. هر دو رویکرد به دلیل بازسازی شناختی، تمرینات رفتاری نظیر آرمیدگی، حساسیت‌زدایی منظم و عملیاتی کردن پیشرفت آزمودنی‌ها با مقیاس‌های اندازه‌گیری الگوی کش در گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و نیز با تأکید بر ارزش‌های زندگی، استعاره‌ها، تمرینات مربوط به گسلش شناختی، و نیز تمرینات ذهن آگاهی در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز تعامل بین اعضا، دیدار گروهی، به اشتراک گذاشتن تجربیات مشکلات بین فردی در جلسات سبب افزایش عزت‌نفس، کاهش نمرات مؤلفه‌های کمال‌گرایی و کمال‌گرایی کل گردید. اما بررسی‌ها نشان داد که در بلندمدت در مؤلفه‌های کمال‌گرایی (خودمحور و جامعه‌محور) و کمال‌گرایی کلی اثربخشی درمان حفظ نشده است که می‌توان عدم حفظ اثر در بلندمدت را به دلیل فشردگی جلسات، پیگیری اعضا پس از سه ماه از خاتمه‌ی درمان دانست. دو بعد از کمال‌گرایی انتقاد از خود و نیاز به کامل بودن از جانب اجتماع را در برمی‌گیرد به نظر می‌رسد اعضا برای مقابله با دو مؤلفه نیاز به تمرینات بیشتری داشته‌اند تا بتوانند در

- ۱۵- رهبریان، مهرک؛ ترجان، مرتضی؛ جلالی، محمدرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر خود پنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی. دانشگاه علوم پزشکی قزوین. سال ۱۵، شماره ۴، صص: ۴۵-۵۲
- 16- Thombs BD, Notes LD, Lawrence JW, et al.(2008). From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of psychosomatic research*; 64 (2): pp. 205-212
- 17- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), pp. 1325-1339
- 18- Alasty, H., Dolatshahi, B., & Ekhtiari, H. (2015). Efficacy of Cognitive-Behavioral Interventions in Weight Loss of People with Body Mass Index of 30 or Above (Obesity). *Practice in Clinical Psychology*, 3(3), pp. 157-166
- ۱۹- عباسی، مسلم؛ پرزور، پرویز؛ معاضدی، کاظم و اصلانی، طاهر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش آموزان دختر مبتلابه پراشتهایی عصبی. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. سال ۱۵، شماره ۱، صص ۱۵-۲۴
- 20- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), pp. 367-378.
- ۲۱- حبیب عبدالهی، اعظم؛ سلطانی زاده، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی در دختران نوجوان مبتلابه اختلال بدشکلی بدن. علوم پزشکی مازندران. سال ۲۵، شماره ۱۳۴، صص ۲۷۸-۲۹۰
- ۲۲- رقیبی، مهرنوش، میناخانی، غلامرضا (۱۳۹۰) ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خود پنداره، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال ۱۲، شماره ۴، صص ۸۱-۷۲
- 23- Wolf GE, Clark MM.(2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 2(2): pp.97-104.
- 4- Sharry,S.B., Vriend,J., Hewitt, P.L., Sherry, D.L., Flett, G. L., Wardrop, A.(2009). Perfectionism dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and university students. *Body Image*; 6(2): pp. 83-89
- 5- Grammas, D. L., & Schwartz, J. P. (2009). Internalization of messages from society and perfectionism as predictors of male body image. *Body Image*, 6(1), pp. 31-36
- 6- Brannan, M., Petrie, T. A., Greenleaf, C., Reel, J., & Carter, J. (2009). The relationship between body dissatisfaction and bulimic symptoms in female collegiate athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 3(2), pp. 103-126.
- 7- Sherry, S.B., Hewitt, P.L., Flett. G.L., Lee bagyley, D. L. (2007). Perfectionism and undergoing cosmetic surgery. *Journal of Plastic Surgery*; 29: pp. 349-354
- 8- Omori, M., Yamazaki, Y., Aizawa, N., De zoysa, P. (2016). Thin-ideal internalization and body dissatisfaction in Sri Lankan adolescents. *Journal of Health Psychology*; 10, pp. 1-11.
- 9- Neziroglu, F., & Khemlani-Patel, S. (2003). Therapeutic approaches to body dysmorphic disorder. *Brief treatment and crisis intervention*, 3(3), pp. 307-322
- 10- Nikniaz, Z., Mahdavi, R., Amiri, S., Ostadrahimi, A., & Nikniaz, L. (2016). Factors associated with body image dissatisfaction and distortion among Iranian women. *Eating behaviors*, 22, pp. 5-9.
- 11- Krishen, A. S., & Worthen, D. (2011). Body image dissatisfaction and self-esteem: A consumer-centric exploration and a proposed research agenda. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 24, pp. 90-106
- ۱۲- کیانی، مژده و موگویی، فریبا. (۱۳۹۱). عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر میزان استفاده از لوازم آرایش توسط دختران زیر ۲۰ سال یزدان شهر نجف‌آباد. پوست و زیبایی. سال ۴، شماره ۲، صص ۱-۹
- 13- Burke, N. L., Schaefer, L. M., Thompson, J. K. (2012). Body Image. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behaviour* (pp. 365-371). New York, NY: Academic Press.
- ۱۴- رایگان، نیلوفر؛ شعیری؛ محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر تصویر بدنی منفی دختران دانشجو. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). سال ۱، شماره ۱۹، صص ۱۱-۲۲

- symptoms and body image dissatisfaction in obese women. *Journal of Social Issues & Humanities*, 2, pp.187-190.
- ۳۵- عزیزی، مریم. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در ترکیب با درمان رویارویی آینه ای در بهبود علائم اختلال در بیماران مبتلا پراشتهایی روانی. کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.
- ۳۶- بذل دوست، شکوه. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی، رضایتمندی از تصویر بدن و عزت نفس؛ کاهش افسردگی و شاخص توده بدن مبتلایان به چاقی. کارشناسی ارشد. دانشگاه شاهد.
- ۳۷- کتیبایی، ژیلدا؛ گنجوی، لیلی؛ حسن بیکی، زینب؛ قنبری، سعید و سید موسوی، پرینا سادات. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر اصلاح تصویر بدنی منفی و افزایش حرمت خود در دختران نوجوان. *مجله روانشناسی*. سال ۱۴، شماره ۴، صص ۳۵۷-۳۶۹
- 38- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., & Epel, E. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of obesity*, 10: pp. 1-13
- 39- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research and Clinical Practice*, 6(1), pp. 21-30.
- 40- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 13, pp. 1-9.
- ۲۴- راحتی، آمنه. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی راهکارهای شناختی- رفتاری بر اصلاح تصویر بدنی دختران نوجوان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران
- 25- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K., & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and individual differences*, 12(1), pp. 61-66
- 26- Flett, G. L., Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association: Washington DC, pp: 433.
- 27- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), pp.449-468
- ۲۸- بشارت، محمد. علی. (۱۳۸۶). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال گرایی چندبعدی تهران، پژوهش‌های روان‌شناختی. سال ۱۰، شماره (۲و۱)، صص ۴۹-۶۷
- ۲۹- محمدی، نورا... (۱۳۸۴). بررسی مقدماتی اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس حرمت خود روزنبرگ. فصلنامه روانشناسان ایرانی. سال ۱، شماره ۴، صص ۸-۱
- ۳۰- ملکی، بهرام؛ علی پور، احمد؛ زارع، حسین و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۳). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ترجیح حروف الفبای نام (آی پی تی) برای سنجش عزت‌نفس نا آشکار. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی. سال ۵، شماره ۱۷، صص ۱۰۱-۱۲۳
- ۳۱- مسعود نیا، ابراهیم. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عزت‌نفس و اضطراب اجتماعی در دانشجویان دوره کارشناسی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. شماره ۱۶، شماره ۳۷، صص ۴۹-۵۸
- ۳۲- رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرين. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی دانشگاه اصفهان. سال ۳، شماره ۸، صص ۳۳-۴۸
- ۳۳- برخوردار، حمید؛ رفاهی، ژاله؛ فرح‌بخش، کیومرث. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به شیوه گروهی بر انگیزه پیشرفت، عزت‌نفس و شادکامی دانش آموزان پسر پایه اول. *رهیافتی نو در مدیریت آموزشی*. سال ۲، شماره ۵، صص ۱۳۱-۱۴۴
- 34- Rafiee, M., Sedrpoushan, N., & Abedi, M. R. (2014). The effect of Acceptance and Commitment Therapy on reducing anxiety