

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی دانش‌آموزان دختر متوسطه اول دارای علائم اختلال بدشکلی بدن

سید مجتبی عقیلی^{۱*}، نگار پور قاسم^۲

۱. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲، صفحات ۴۴۵-۴۵۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی دانش‌آموزان دختر متوسطه اول دارای علائم اختلال بدشکلی بدن بود. این پژوهش از حیث هدف، کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر محصل در مقطع متوسطه اول شهر گرگان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، درحالی‌که گروه گواه در طول اجرای پژوهش هیچ مداخله روان‌شناختی را دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه کمال‌گرایی فراست (۱۹۹۰) و پرسشنامه وسواس فکری-عملی بیل براون (۱۹۹۷) بود. داده‌های پژوهش با تحلیل کوواریانس چندمتغیره و استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر کمال‌گرایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). نتایج حاصل از پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش کمال‌گرایی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال بدشکلی بدن می‌شود.

کلیدواژه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمال‌گرایی، اختلال بدشکلی بدن.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی
 روانشناسی

مقدمه

یکی از ابعاد سلامت، سلامت جسمانی است؛ اما با وجود نقش سلامت جسمانی در سلامت کلی فرد، بعضی از افراد علیرغم طبیعی یا تقریباً طبیعی بودن ظاهر جسمانی، اشتغال ذهنی مداومی درباره ظاهر جسمانی خود دارند (صالحی، رجبی و دهقان، ۱۳۹۸) که سبب می‌شود ترس مفرط و نگران‌کننده‌ای از زشت بودن، غیر جذاب بودن و بدریخت بودن گزارش کنند (باس، وولینک، بوئرز و بیلدت^۱، ۲۰۲۱). انجمن روانپزشکی آمریکا^۲ (۲۰۱۳) بدریخت‌انگاری^۳ را اختلال روانی جدی می‌داند که با ناتوانی ذهنی درباره وضعیت سلامت و با یک سری از نشانه‌های مربوط به نگرانی‌های خیالی درباره بدن مانند افکار مزاحم و مکرر در مورد درک، تغییر شکل و یا نقص در ظاهر فیزیکی مشخص می‌شود (آنگلاکس، گودینگ، پاناگیوتی^۴، ۲۰۱۶). افراد مبتلا به این اختلال اشتغال ذهنی بیش‌ازحد درباره نقص در ظاهر فیزیکی دارند که منجر به اختلال در عملکرد یک یا چند ناحیه از بدن می‌شود، (بورگرز، کورتن و کامپلهوف^۵، ۲۰۲۲). در مرحله‌ای از این بیماری فرد در پاسخ به نگرانی‌هایش درباره‌ی ظاهر خود، رفتارهای تکراری دارد، مانند اینکه خود را مکرراً در آینه برانداز می‌کند و به‌صورت افراطی موهای خود را شانه و یا خودش را آرایش می‌کند (خوشینی، اکبری و محمدخانی، ۱۴۰۰) و یا اینکه اعمال ذهنی تکراری انجام می‌دهد، ظاهر فیزیکی خود را با ظاهر دیگران مقایسه می‌کند (سوکوپیرا، بریتو، لیتی^۶، ۲۰۲۱). اختلال بدریخت‌انگاری بدن می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی، حرمت خود، رفتارهای منجر به خودکشی، اختلال در روابط اجتماعی و دوری از اجتماع شود (هاربست و جیمج^۷، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات قاسمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که بدریخت‌انگاری بدنی با کمال‌گرایی و زیر مؤلفه آن خصوصاً کمال‌گرایی جامعه مدار همبستگی معنادار دارد. کمال‌گرایی به‌عنوان الگوی شناختی انتظارات فرد تعریف شده است که ویژگی اصلی آن تدوین اهداف محکم و انعطاف‌ناپذیر برای عملکرد و تنظیم استانداردهای غیرواقعی بالا است (همتی و همکاران، ۱۳۹۸). کمال‌گرایی تلاش و سواسی یا افراطی برای کمال و تحقق امور است (استوئه بر^۸، ۲۰۱۸). کمال‌گرایی یک استعداد شخصیتی چندوجهی است که با تلاش برای بی‌نقص بودن و تحقق بالاترین استانداردهای عملکردی و ارزشیابی انتقادی آشکار از عملکرد شخصی مشخص می‌شود (کوران و هیل^۹، ۲۰۱۹). اگرچه منابع مختلف تأکید دارند که کمال‌گرایی ماهیتی چندبعدی دارد و بین کمال‌گرایی انطباقی و غیر انطباقی تمیز قائل شده‌اند اما تلاش نیز می‌کنند تا کمال‌گرایی را به‌عنوان پیشنهاد حرکت به سمت موفقیت قلمداد شود، ویژگی‌های آسیب‌شناختی آن نیز در قالب کمال‌گرایی غیر انطباقی ظهور می‌کند که شاخصه آن نیز داشتن استانداردهای فوق‌العاده غیر منطقی علیرغم هر نوع شرایط بیرونی است (هیکس و واو^{۱۰}، ۲۰۱۸). تمیز بین کمال‌گرایی انطباقی و غیر انطباقی از طریق توجه به مؤلفه‌هایی چون انگیزه برای کامل

1. Bass, Wolink, Boers & Bildt

2. American Psychiatric Association

3. Deformation

4. Angela Case, Gooding, Panagiotis

5. Burgers, Curton & Kamplhoff

6. Socopira, Brito, Little

7. Harbst & Jimij

8. Stoeber

9. Coran & Hill

10. Hicks & Wu

بودن، کنار هم قرار دادن ترس از شکست و میل به پیشرفت و موفقیت، به روشنی مشخص شده است (فارمر و کووی^۱، ۲۰۱۷). کمال‌گرایی غیر انطباقی به‌عنوان تلاش برای تحقق معیارهای افراطی و بالا و خودارزیابی منفی نسبت به عملکردها تعریف می‌شود. این ویژگی، خود را در نگرانی مفرط از اشتباه کردن و تنظیم اهداف غیرقابل حصول نشان می‌دهد درحالی‌که کمال‌گرایی انطباقی به‌عنوان نگرانی در مورد اشتباهات و تردید پیرامون اقدامات تعریف شده است (شپرد و هیکس^۲، ۲۰۱۷). هویت و فلت^۳ با نظر به کمال‌گرایی در ساختار اجتماعی، سه بعد کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور را متمایز کردند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹). کمال‌گرایی خود محور با تمایل به وضع معیارهای غیرواقع‌بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد همراه با خود نظارت‌گری‌های دقیق مشخص می‌شود (محمدی و روشن‌چسلی، ۱۳۹۹). کمال‌گرایی دگر محور بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است و کمال‌گرایی جامعه محور به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم به‌منظور کسب تائید اطلاق می‌شود (هی و جیانگ^۴، ۲۰۲۰). فردی که کمال‌گرایی منفی دارد شکست‌ها را تعمیم مفرط می‌دهد، خودارزیابی شدید و منفی دارد و در چارچوب دیدگاه همه‌یاهیچ خود را قضاوت می‌کند و تنها یک شکست یا موفقیت را ملاک ارزیابی قرار می‌دهد (قربان پور و همکاران، ۱۴۰۰).

برای بهبود عملکرد افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری، روش‌های مختلفی وجود دارد که یکی از رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ است (استادیان‌خانی، حسنی، سپاه‌منصور و کشاورزی، ۱۴۰۰؛ رستمخانی و همکاران، ۱۳۹۹). براساس مفاهیم نظری، پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی براساس روان‌شناسی رفتاری مدرن است که نظریه چهارچوب ارتباطی را شامل می‌شود و در آن فرایندهای توجه، آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار به کار می‌رود تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۶ حاصل شود (هیز، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شش فرآیند اصلی یعنی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (واکفیلد، روبوک و بویدن^۷، ۲۰۱۸). در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مهارت‌های روان‌شناختی را به انسان آموزش می‌دهد تا بتواند افکار و احساسات دردآور را به‌طور مؤثری بپذیرد و تحمل کند؛ به‌طوری‌که این افکار و احساسات تأثیر و نفوذ کمتری در فرد داشته باشند (قاسمی و جبل‌عاملی، ۱۳۹۸).

در این راستا نتایج مطالعات گریوانی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری در کاهش کمال‌گرایی دارد. پژوهش تقوی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری اثربخش است. میری و منصور (۱۳۹۶) نشان دادند که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش میزان

1. Farmer & Covey

2. Shepard & Hicks

3. Howveyt & Felt

4. He & Jiang

5. Acceptance & Commitment Therapy

6. Psychological flexibility

7. Wakefield, Reebok & Odin

کمال‌گرایی و اضطراب امتحان دختران شده است. همچنین بیس گایر (۲۰۱۸)، ونگ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش کمال‌گرایی افراد مؤثر واقع شده است.

گرایش به زیبایی برای سنین نوجوانی و جوانی بسیار مورد توجه است و تحقیقات جدید نشان داده‌اند که جذابیت صورت در سنین نوجوانی و جوانی از اصول فرهنگی و اجتماعی ثابتی پیروی می‌کند؛ دختران توجه به تصویر بدن بالایی دارند و مباحث آنان به‌طور گسترده‌ای حول موضوعاتی نظیر هویت، جنبش اجتماعی، فرهنگ مصرف، سبک زندگی و اخلاق برانگیخته است و از استعاره‌هایی مانند جامعه بدنی و یا عصر بدن، استفاده می‌کنند (فیشر^۱، ۲۰۱۸). با توجه به پیامدهای خطرناک اختلال بدریخت‌انگاری بدن مانند رفتارهای پرخطر و خودکشی (هاریستون، کروز، اناندر، رادو و ماتویک^۲، ۲۰۱۶) و ارتباط آن با اختلال افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی و اختلال‌های خوردن (گوستاد و فیلیپس، ۲۰۱۳) و تبعات جسمانی و روانی جراحی‌های زیبایی و هزینه‌های مالی سنگینی که این جراحی‌ها می‌توانند بر خانواده‌ها و جامعه تحمیل کنند (سارور^۳، ۲۰۱۹) و در پی تلاش برای رفع عوامل زمینه‌ساز در گرایش به این اقدامات پزشکی، مسئله اصلی تحقیق این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی دانش‌آموزان دختر متوسطه اول دارای علائم اختلال بدشکلی بدن تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون/پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر محصل در مقطع متوسطه اول شهر گرگان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بوده‌اند. برای انتخاب نمونه مناسب، ابتدا گرگان به سه ناحیه تقسیم شد (جهت تحت پوشش قرار دادن تمام شهر). سپس روش نمونه‌گیری در دو سطح تعریف گردید: نمونه‌گیری طبقه‌ای و روش نمونه‌گیری تصادفی ساده. ابتدا از هر ناحیه دو مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب شد. سپس در هر مدرسه یک کلاس به شیوه تصادفی انتخاب و پرسشنامه و سواس فکری عملی یل-براون بین آن‌ها توزیع شد. در مجموع دویست و چهل پرسشنامه توزیع شد که سی‌ودو عدد از آن‌ها به دلایل مختلف از جمله، عدم تمایل به همکاری برخی دانش‌آموزان، غیبت و غیره، بازگشت داده نشدند. از بین دویست و هشت پرسشنامه بازگشت داده‌شده نیز چهار پرسشنامه به علت جواب دهی ناقص کنار گذاشته شدند و در نهایت دویست و چهار پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سپس سی نفر از دانش‌آموزانی که بالاترین نمره را در این پرسشنامه کسب کرده بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، وجود علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن، عدم وجود اختلال شخصیت با توجه به مصاحبه بالینی و ملاک‌های خروج عبارت بودند از عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

1. Fisher

2. Harrison, Cruz, Enander, Radua, & Mataix

3. Sarwer

ابزار

پرسشنامه کمال‌گرایی فراست^۱: این پرسشنامه توسط فراست در سال (۱۹۹۰) ساخته شد که شامل ۳۵ گویه و ۶ بعد یا زیرمقیاس را در برمی‌گیرد. ابعاد ناسازگار و منفی پرسشنامه شامل نگرانی درباره اشتباه‌ها (۹ گویه)، شک درباره اعمال (۴ گویه)، انتظارات والدینی (۵ گویه) و انتقادگری والدینی (۴ گویه) و ابعاد سازگار و مثبت پرسشنامه شامل استانداردهای شخصی (۷ گویه) و سازماندهی (۶ گویه) می‌باشد (۲۲). همه گویه‌ها در یک پیوستار ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات بین ۳۵ و ۱۷۵ می‌باشد. روایی همگرایی پرسشنامه طبق همبستگی با پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی روایی مناسبی گزارش شده است (تری شورت و همکاران، ۱۹۹۵). در پژوهش‌های داخلی برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، لیاقت و قاسمی (۱۳۹۳) ضریب همسانی پرسشنامه را ۰/۸۱۹، روایی همگرایی پرسشنامه اضطراب امتحان، ۰/۲۸۷ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار گزارش نمودند. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری-عملی ییل-براون برای اختلال بدشکلی بدن^۲: این مقیاس توسط فیلیپس، هولاندر، راسموسن، آرونوویتز، دکاریا^۳ و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲ سؤالی، شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را ارزیابی می‌کند و آزمودنی‌ها موافقت خود را روی مقیاس لیکرت پنج سطحی از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) مشخص می‌کنند. نقطه برش برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن در این مقیاس کسب نمره حداقل ۲۰ یا نمره بالاتر تعیین شده است (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷). در پژوهش فیلیپس و همکاران (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس است. این مقیاس با نمرات سنجش عملکرد کلی همبستگی مثبتی داشت و روایی تشخیص در مقایسه با فرم درجه‌بندی شده کوتاه روان‌پزشکی مناسب بود. دمرچلی، کاکاوند و جلالی (۱۳۹۶) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و پایایی به روش دو نیمه‌سازی با استفاده از ضریب گاتمن^۴ را ۰/۹۳ گزارش نمودند. همچنین همسانی درونی را نیز ۰/۸۷ و عالی برآورد کرده‌اند. همچنین، ضرایب پایایی از نوع آلفای کرونباخ، دو نیمه‌سازی و ضریب گاتمن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

1. Frost Perfectionism Questionnaire

2. (YBOCS-BDD)

3. Phillips, Hollander, Rasmussen, Aronowitz, Decaria

4. Guttman

مداخله

مداخلات براساس کتاب راهنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی (۱۳۹۵) ارائه شد که خلاصه آن به شرح زیر است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	هدف: آشنایی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان. تکلیف خانگی: پیدا کردن سیستم‌های ناکارآمد گذشته
دوم	هدف: آشنایی با مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه. تکلیف خانگی: یادداشت و لیست منفی و کنترل ناکارآمد افکار و احساسات.
سوم	هدف: درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک اینکه کنترل، مسئله است نه راه‌حل. تکلیف خانگی: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق.
چهارم	هدف: شناسایی ارزش‌ها و تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع. تکلیف خانگی: تمرین ذهن‌آگاهی و لیست کردن ارزش‌های شخصی.
پنجم	هدف: نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن "تمایل/پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد. تکلیف خانگی: مشخص کردن ارزش‌ها با استفاده از استعاره‌ها.
ششم	هدف: بررسی همجوشی و گسلش. تکلیف خانگی: انجام تمرینات برای گسلش با استفاده از استعاره‌ها.
هفتم	هدف: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خوبستن به‌عنوان یک بستر و تأکید بر زمان حال. تکلیف خانگی: بودن در زمان حال.
هشتم	هدف: ارزیابی عمل متعهدانه. جمع‌بندی و اختتام، اجرای پس‌آزمون. تکلیف خانگی: شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و متعهد بودن به ارزش‌ها.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۵/۶ سال بود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر کمال‌گرایی به تفکیک گروه

کمال‌گرایی	منبع	گروه آزمایش		گروه کنترل		نرمالیت داده‌ها
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نگرانی درباره اشتباه‌ها	پیش‌آزمون	۱۴/۶۶	۱/۹۸	۱۳/۸۰	۲/۴۸	p=۰/۱۷۸
	پس‌آزمون	۱۳/۲۶	۱/۴۸	۱۴/۴۰	۱/۳۵	k-z=۰/۱۳۴
شک درباره اعمال	پیش‌آزمون	۲۱/۰۶	۲/۰۱	۱۹/۴۶	۱/۹۹	p=۰/۷۰۰
	پس‌آزمون	۱۹/۳۳	۲/۱۲	۱۹/۹۳	۱/۹۴	k-z=۰/۱۱۵
انتظارات والدینی	پیش‌آزمون	۱۴/۰۰	۱/۹۲	۱۴/۰۶	۱/۳۸	p=۰/۰۶۷
	پس‌آزمون	۱۳/۱۳	۱/۴۵	۱۴/۲۰	۱/۲۶	k-z=۰/۱۵۴
انتقادگری والدینی	پیش‌آزمون	۸/۲۶	۳/۰۳	۸/۴۰	۲/۶۶	p=۰/۹۵
	پس‌آزمون	۱۰/۰۶	۳/۵۵	۸/۰۶	۲/۴۰	k-z=۰/۰۸
استانداردهای شخصی	پیش‌آزمون	۹/۳۳	۳/۱۵	۹/۰۰	۲/۸۲	p=۰/۸۳
	پس‌آزمون	۱۰/۸۶	۱/۶۷	۸/۴۰	۲/۲۶	k-z=۰/۱۹
سازماندهی	پیش‌آزمون	۱۳/۴۶	۴/۵۳	۱۴/۳۳	۴/۵۷	p=۰/۷۲
	پس‌آزمون	۱۶/۶۶	۳/۳۳	۱۳/۳۳	۳/۸۱	k-z=۰/۲۰

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیر کمال‌گرایی برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد که پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است. همچنین آزمون کلموگروف اسمیرنوف که نشان می‌دهد فرض نرمال بودن برقرار است ($p < ۰/۰۵$). نتایج آزمون لون نشان داد که فرض همگنی واریانس نیز برای کمال‌گرایی ($F=۰/۲۶۲$) برقرار است ($p < ۰/۰۵$). نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه گروه‌ها

مراحل پژوهش	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلائی	۰/۵۵	۵/۴۶	۵	۲۲	۰/۰۰۱
	لامبدا ویکس	۰/۴۵	۵/۴۶	۵	۲۲	۰/۰۰۱
	اثر هتاینگ	۱/۲۴	۵/۴۶	۵	۲۲	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱/۲۴	۵/۴۶	۵	۲۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده در تمامی آزمون‌ها، با درجه آزادی ۵ و ۲۲ در سطح $P < 0/05$ معنادار است. یافته‌های حاصل نشان داد که در متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد $P < 0/05$ و $(Df = 22 \text{ و } 5)$ و $(F = 5/46 \text{ و } Pillais Trace = 0/55)$. در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تأثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیر وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس میانگین نمرات کمال‌گرایی در گروه‌های مطالعه

عوامل مؤثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری P	اندازه اثر Eta.
مقدار ثابت	۱۰۳/۸۹۲	۱	۱۰۳/۸۹۲	۷/۷۲۳	۰/۰۱	۰/۲۲
پیش‌آزمون	۱/۰۷۴	۱	۱/۰۷۴	۰/۸۰	۰/۷۸۰	۰/۰۱
عضویت گروهی	۱۲۱۶/۰۳۳	۱	۱۲۱۶/۰۳۳	۹۰/۴۰۱	۰/۰۰۱*	۰/۷۷
خطا	۳۶۳/۱۹۳	۲۷	۱۳/۴۵۲			
کل	۱۵۸۳۹۹/۰۰۰	۳۰				

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر کمال‌گرایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی دانش‌آموزان دختر متوسطه اول دارای علائم اختلال بدشکلی بدن انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش کمال‌گرایی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال بدشکلی بدن می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات گریوانی و همکاران (۱۳۹۹)، تقوی و همکاران (۱۳۹۸)، میری و منصور (۱۳۹۶)، بیس‌گایر (۲۰۱۸)، ونگ و همکاران (۲۰۱۹) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد دچار کمال‌گرایی بالا، استانداردهای غیرقابل دسترسی برای خود در نظر می‌گیرند، به‌صورت مداوم درگیر تحقیر و انتقاد درونی و نشخوار فکری به علت دست نیافتن به آن استانداردها هستند. با آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که به جای اجتناب تجربه‌ای از افکار و احساسات خود که ناشی از تفکرات کمال‌گرایانه هستند، نسبت به آن‌ها پذیرش ذهنی داشته و وضعیت زندگی خود را بهبود دهند، ارزش‌های زندگی را شناسایی کرده و در جهت آن‌ها هدف‌گذاری انجام دهند، موانع را پشت سر گذاشته و از این طریق باعث افزایش سلامت روانی و جسمانی خود شوند. یکی از کارهای مهم در این درمان، تصریح ارزش‌هاست که افراد طی آن ارزش‌های واقعی را در زندگی خود شناسایی کرده و جایگزین

ارزش‌های موجود می‌کنند. این ارزش‌گذاری مجدد سبب کاهش بروز تفکرات کمال‌گرایانه می‌شود (گریوانی و همکاران، ۱۳۹۹). از طرفی افراد طی این درمان می‌آموزند که نگاهی بدون قضاوت و سرشار از آگاهی ذهنی نسبت به اتفاقات و هیجانات درونی خود داشته باشند و آن‌ها را همان‌طور که هستند پذیرش کنند. فرایندهای محوری این درمان به افراد یاد می‌دهد که چگونه خود را از افکار مزاحم و اضطراب‌زا جدا کنند و دچار درهم‌آمیختگی افکار نشوند و چگونه احساسات و هیجانات خود را مدیریت کنند. با استفاده از تکنیک‌های هم‌جوشی زدایی و پذیرش، دانش‌آموزان آموختند که چگونه در موقعیت‌های سخت، فشار روانی و رنج کمتری را تجربه کنند. پس آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمال‌گرا موجب می‌شود که آن‌ها احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند. پذیرش این احساسات موجب کاهش حساسیت بیش‌ازحد و توجه افراطی آن‌ها به دست‌یابی به استانداردهای غیرقابل دسترسی می‌شود و همین امر کاهش میزان کمال‌گرایی در دانش‌آموزان را به همراه دارد (ونگ و همکاران، ۲۰۱۹).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه از نظر تعداد، جنسیت و سن اشاره کرد. هم‌چنین به دلیل انجام پژوهش در شهر خاص، بهتر است نسبت به تعمیم نتایج آن به دانش‌آموزان سایر شهرها با احتیاط برخورد شود. با توجه به تأثیر مثبت این مداخله بر روی دانش‌آموزان، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌هایی برای آموزش مشاوران سازمان آموزش و پرورش جهت استفاده از این پروتکل برگزار شود. هم‌چنین در پژوهش‌های بعدی، تأثیر این مداخله بر کمال‌گرایی گروه‌های مختلف با نمونه بیشتر صورت گیرد.

منابع

- استادیان خانی، زهرا؛ حسنی، فریبا؛ سپاه منصور، مژگان؛ کشاورزی ارشد، فرناز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن و تکانش‌گری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی. خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۴)، ۲۸۵-۳۰۹.
- تقوی، مهدی؛ اکبری، بهمن؛ حسین زاده، عباسعلی؛ مشکبید، محسن. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری. طب داخلی روز، ۲۶(۱)، ۳۷-۲۴.
- خوشبینی، فاطمه؛ اکبری، مهدی؛ و محمدخانی، شهرام. (۱۴۰۰). رابطه ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹(۲)، ۱۰۱-۱۱۹.
- دمرچلی، نسیم؛ کاکاوند، علیرضا؛ جلالی، محمد رضا. (۱۳۹۶). تدوین مدل ارتباط اضطراب اجتماعی با اختلال بدریخت‌انگاری بدن: نقش میانجی ترس از ارزیابی مثبت و منفی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۳(۲)، ۱۱۳-۱۳۲.
- رستمخانی فاطمه، قمری محمد، باباخانی وحیده، مرقاتی خوبی غفت السادات. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان یائسه. مجله سلامت و مراقبت. ۲۲(۲)، ۱۱۳-۱۰۲.
- زارعی، سحر؛ غرایق زندگی، حسن؛ بشارت، محمدعلی؛ حومنیان شریف آبادی، داود و باقرزاده، فضل‌الله. (۱۳۹۹). مدل یابی کیفیت رابطه مربی ورزشکار بر اساس کمال‌گرایی مربیان: نقش واسطه‌ای بخشش و رفتار کنترلی. مطالعات روانشناسی ورزشی، ۹(۳۴)، ۳۰۵-۳۳۰.

- صالحی، مریم؛ رجبی، سوران؛ و دهقانی، یوسف. (۱۳۹۸). پیش‌بینی اختلال بدریخت انگاری بدن براساس طرحواره های هیجانی، سبک های دلبستگی و ویژگی های شخصیتی در افراد متقاضی جراحی زیبایی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی، ۱۸ (۷۳)، ۷۷-۸۷.
- قاسمی، نظام‌الدین؛ جانقربان لاریجه، محبوبه؛ محمدی، نورالله. (۱۳۹۹). پیش‌بینی میزان بدریخت انگاری بدنی براساس کمال‌گرایی روان رنجو، شفقت خود و حساسیت اضطرابی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، دومین همایش ملی روانشناسی و سلامت با محوریت سبک زندگی، شیراز.
- قربان پور لقمجانی، امیر؛ محمدزاده، عباس و رضائی، سجاد. (۱۴۰۰). نقش ابراز وجود و کمال‌گرایی در انعطاف‌پذیری کنشی کارکنان یک واحد نظامی. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱۲(۴۷)، ۱۱۹-۱۴۸.
- گریوانی، غزاله؛ آذربویه، مونا؛ طاهری، الهام. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کمال‌گرایی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات تیک. مجله اصول بهداشت روانی، ۲۲(۶)، ۳۴۹-۳۵۵.
- لیاقت، ریتا و قاسمی، فریده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه کمال‌گرایی فراست و رابطه آن با اضطراب امتحان دانش‌آموزان (مطالعه موردی: دبیرستان های تهران). فصلنامه تحقیقات روان‌شناختی، ۶(۲۳)، ۶۰-۷۶.
- محمدی، علیرضا و روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۹). ارتباط کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی با میانجی‌گری شفقت‌به‌خود در دانشجویان دانشگاه شاهد. دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، ۸(۱۵)، ۱۶۱-۱۸۱.
- میری، سمانه؛ منصوری، احمد. (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و اضطراب امتحان دانشجویان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۵(۲): ۱۷-۲۶.
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical psychology review*, 49(1), 55-66.
- Borgers, T., Kürten, M., & Kappelhoff, A. (2022). Brain functional correlates of emotional face processing in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 147(3), 103-110.
- Bos, L., Vulink, N., Broers, D., & Bildt, M. (2021). Mental disorders in the dental practice. Patients with body dysmorphic disorder. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, 128(5), 263-268.
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410.
- Farmer, J. R., Mackinnon, S. P., & Cowie, M. (2017). Perfectionism and life narratives: A qualitative study. *SAGE Open*, 7(3), 215-227.
- Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2013). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 44(4), 270-276.
- Herbst, I., & Jemec, G. (2020). Body Dysmorphic Disorder in Dermatology: a Systematic Review, *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 1003- 1010.
- Hicks, R. E., & Wu, F. M. Y. (2018). Psychological capital as mediator between adaptive perfectionism and academic procrastination. *GSTF Journal of Psychology (JPsych)*, 2(1), 14-20.
- He, T., Su, J., Jiang, Y., Qin, S., Chi, P., & Lin, X. (2020). Parenting Stress and Depressive Symptoms Among Chinese Parents of Children with and Without Oppositional Defiant Disorder: A Three- Wave Longitudinal Study. *Child Psychiatry & Human Development*, 2(1), 1-13.

- Harrison, A., De la Cruz, L. F., Enander, J., Radua, J., & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48(1), 43-51.
- Hayes, S. (2019). *A Liberated Mind How to Pivot Toward What Matters*, Newyork: an imprint of Penguin Random House.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronowitz, B. R., DeCaria, C., & Goodman, W. K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the YaleBrown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 33(1), 17-22.
- Sucupira, S., Brito, M., Leite A., Aihara, E., Neto, & M., Ferreira, L. (2021). Body Dysmorphic Disorder and Personality in Breast Augmentation: The Big-Five Personality Traits and BDD Symptoms. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 14(11), 17-26.
- Stoeber, J. (2018). *The psychology of perfectionism: An introduction*. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (3-16). London: Routledge.
- Sheppard, L., & Hicks, R. E. (2017). Maladaptive perfectionism and psychological distress: The mediating role of resilience and trait emotional intelligence. *International Journal of Psychological Studies*, 9(4), 65-71.
- Sarwer, D. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body Image*, 31(1), 302-308.
- Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

