



Comparison of the Effectiveness of the Healthy Body Image Package (HBIP) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Beliefs about Appearance

Shiva Akhtarian¹, Mansoureh Bahramipour Isfahani^{2*}, Gholamreza Manshaee³

1. Ph.D of Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Mansoureh Bahramipour Isfahani, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Email: bahramipourisfahani@yahoo.com

Received: 16 Jan 2024

Accepted: 6 Oct 2024

Abstract

Introduction: Adolescents with body dissatisfaction require serious attention from therapeutic and educational communities. This research aimed to determine the effectiveness of the Healthy Body Image Package (HBIP) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on beliefs about appearance in 12 to 15-year-old adolescents with body dissatisfaction.

Methods: The research employed a quasi-experimental method with pre-test, post-test, and follow-up phases, including an intervention group and a control group. Sixty adolescents from Isfahan High School were randomly assigned to the intervention and control groups. Body dissatisfaction was assessed using a 9-item scale from the 68-item Attitudes Towards Physical Appearance Questionnaire (Cash & Pruzinsky, 1990). The dependent variable, beliefs about appearance, was measured using a 20-item Appearance Beliefs Scale (Spangler, 1999). The intervention groups received either the HBIP or CBT in eight sessions (90 to 120 minutes each), while the control group received no intervention. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test in SPSS-26.

Results: The results showed a significant difference in beliefs about appearance between the HBIP and CBT groups and the control group ($P < 0.01$). However, no significant difference was found between the HBIP and CBT groups.

Conclusions: Therefore, considering the impact of both interventions on improving beliefs about appearance in adolescents with body dissatisfaction, the use of these treatments in adolescent psychology centers is recommended.

Keywords: Healthy body image, Cognitive-behavioral therapy, Beliefs about appearance, Body dissatisfaction.



مقایسه اثربخشی بسته تن انگاره سالم و درمان شناختی- رفتاری بر باورها نسبت به ظاهر نوجوانان

شیوا اختریان^۱، منصوره بهرامی پور اصفهانی^{۲*}، غلامرضا منشئی^۳

۱- دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: منصوره بهرامی پور اصفهانی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: bahramipourisfahani@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۷/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۷

چکیده

مقدمه: نوجوانان با ناراضایتی تن انگاره از زمره افرادی هستند که نیازمند توجه جدی از طرف جامعه درمانی و آموزشی می باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بسته تن انگاره سالم و درمان شناختی- رفتاری بر باورها نسبت به ظاهر نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله دارای ناراضایتی تن انگاره انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۶۰ نفر از نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله مدارس متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ از طریق نمونه گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. جهت سنجش ناراضایتی تن انگاره از مقیاس ۹ گویه‌ای از پرسش‌نامه کامل ۶۸ ماده‌ای ارزیابی نگرش افراد درباره‌ی ابعاد تصویر بدنی خویش استفاده شد. برای سنجش متغیر وابسته، مقیاس باورها نسبت به ظاهر ۲۰ سوالی اسپنگلر استفاده شد. دو گروه بسته تن انگاره سالم و درمان شناختی- رفتاری کش طی ۸ جلسه (۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای) تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم افزار SPSS-26 انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که در میزان باورها نسبت به ظاهر نوجوانان با ناراضایتی تن انگاره بین گروه آموزش تن انگاره سالم و درمان شناختی- رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که بین گروه آموزش تن انگاره سالم و گروه درمان شناختی- رفتاری بر باورها نسبت به ظاهر نوجوانان با ناراضایتی تن انگاره تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه گیری: بنابراین نتیجه این پژوهش نشان داد که با توجه به تاثیر دو مداخله بسته تن انگاره سالم و درمان شناختی رفتاری بر بهبود باورها نسبت به ظاهر نوجوانان دارای ناراضایتی تن انگاره، استفاده از این دو درمان در مراکز روانشناسی نوجوانان برای نوجوانان با ناراضایتی تن انگاره پیشنهاد می شود.

کلیدواژه‌ها: تن انگاره سالم، درمان شناختی- رفتاری، باورها نسبت به ظاهر، ناراضایتی تن انگاره.

مقدمه

طی چند دهه گذشته علاقه و توجه به تحولات چشمگیر همه جانبه نوجوانان، روز به روز در حال افزایش است (۱). این تغییرات ناشی از فرآیند بلوغ هستند و می‌تواند تأثیرات بالقوه‌ای بر زندگی نوجوان بگذارد؛ برای نمونه، نوجوانان به‌طور طبیعی روی شکل ظاهری خود حساسیت ویژه‌ای پیدا می‌کنند (۲). البته توجه به ظاهر از ویژگی‌های عادی هر انسان است؛ اما افراط در آن مشکلات فراوانی را برای فرد ایجاد می‌کند (۳). از جمله ممکن است باعث رنج بردن و نارضایتی فرد از تصویر بدنی شود (۴). تصویر بدنی به مثابه‌ی تجسم‌های درونی از جنبه‌های ظاهری بدن تعریف می‌شود و یا دیدگاه درونی فرد از این است که چطور به نظر می‌رسد و چه احساسی درباره‌ی خود دارد (۵).

نارضایتی از ظاهر خود به یک پدیده جهانی تبدیل شده است که با ایجاد رفتارهای افراطی همراه است (۶). نارضایتی تن‌انگاره (body image dissatisfaction) شامل مشغله ذهنی راجع به یک نقص تصویرسازی‌شده در چهره فرد، یا تأکید افراطی ذهنی بر نقصی جزئی است. محققین بر این باورند که در نوجوانی، فرد رفتارهای وسواسی (وارسی در آینه، آرایش افراطی) یا اعمال ذهنی (مانند مقایسه ظاهر خود با دیگران) انجام می‌دهند و اشتغال ذهنی مزبور می‌تواند سبب ناراحتی هیجانی یا اختلال بارز توانایی کارکرد در حوزه‌های مهم زندگی شود (۷). البته نوجوانان عمدتاً به دلیل احساس شرم، این موضوع را کمتر به صورت شکایت اصلی گزارش می‌دهند (۲). پیامدهای نارضایتی تن‌انگاره شامل مشکلات جسمانی و روان‌شناختی متوسط تا شدید در طول زندگی فرد هستند (۸). برای نمونه افراد دارای نارضایتی تن‌انگاره از مشکلات گوارشی، اختلالات هورمونی، فشار خون بالا، دیابت، سندرم روده تحریک‌پذیر، عدم تعادل مایعات و الکترولیت بدن رنج می‌برند؛ و در مقابل بیماری‌ها آسیب‌پذیر هستند؛ همچنین به خاطر تصویر منفی از بدن خود اغلب دچار بدتنظیمی هیجانی و هراس اجتماعی هستند و گرایش بیشتری به سوء مصرف مواد دارند (۹). لذا نارضایتی تن‌انگاره باعث اختلال در سبک زندگی و منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۰).

یکی از عواملی که بر مفهوم نارضایتی تن‌انگاره تأثیر مهمی دارد، باورها نسبت به ظاهر راجع به یک

نقص جزئی یا تصویرسازی‌شده در شکل ظاهری فرد است (۷). به عبارتی فرد از اعتقاد اغراق‌آمیز و باورهای خود رنج می‌برد، (به طور مثال: «من جذاب نیستم»، «بینی من کج و کوله است»، «اندام کوچک من موجب می‌شود نتوانم شغل خوبی پیدا کنم») (۱۱). پژوهشگران در تحقیقات متعددی بین باورهای غیرمنطقی و سوء مصرف مواد، اقدام به خودکشی، نابسامانی‌های خانوادگی و طلاق، شخصیت نورتیک، افسردگی، پرخاشگری و شکست تحصیلی ارتباط معنی‌داری یافتند که خود نشانگر تأثیر باورهای فرد بر دیگر جنبه‌های روانی و زندگی اجتماعی می‌باشد (۱۲).

در سال‌های اخیر مداخلات روان‌شناختی در رویکرد چارچوب‌دار شناختی-رفتاری، برای کمک به افراد دارای نارضایتی تن‌انگاره، بالاخص نوجوانان مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است. در کنار ظرفیت‌افزایی نوجوانان از طریق ارتقاء تن‌انگاره سالم در راستای افزایش بهداشت روان‌شناختی و عاطفی، «درمان شناختی-رفتاری Cash» نیز کماکان در جایگاه ویژه‌ای قرار دارد (۱۳). درحقیقت یک روش کاربردی فردی یا گروهی، برای کمک به بهبود تن‌انگاره منفی در بین مراجعان کلینیکی در کوتاه‌مدت است. درمان شناختی-رفتاری ترکیبی از دیدگاه بازسازی شناختی در شناخت درمانی به همراه روش‌های اصلاح رفتار در رفتاردرمانی است. درمانگر در این مداخله تلاش می‌کند تا هم رفتارها و هم افکاری که عامل آشفتگی هستند را آشکار کند و تغییر دهد تا رفتار سازگار شود (۱۴).

بر همین اساس با توجه به این‌که فقدان تن‌انگاره سالم می‌تواند موقعیتی سخت، غیرطبیعی و فشارزا برای نوجوانان باشد و با در نظر گرفتن نقش عوامل حمایتی مداخلات آموزشی در نارضایتی تن‌انگاره، سوال اصلی پژوهش این بود که آیا بسته‌ی تن‌انگاره سالم و درمان کش با تکیه بر چهارچوب، اصول و قواعد رویکرد شناختی-رفتاری بر باورها نسبت به ظاهر نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله دارای نارضایتی تن‌انگاره، دارای اثربخشی هستند؟

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی با طرح سه گروهی شامل گروه‌های آزمایشی یک تن‌انگاره سالم، آزمایشی دو درمان شناختی-رفتاری کش و گروه کنترل

شیوا اختریان و همکاران

یا درمان شناختی- رفتاری بر باورها نسبت به ظاهر بود. جهت گردآوری داده‌ها از مقیاس‌های زیر استفاده شد.

۱- **مقیاس رضایت از بخش‌های مختلف بدن (BASS):** برای سنجش نارضایتی تن‌انگاره از خرده‌مقیاس ۹ گویه‌ای از پرسش‌نامه کامل ۶۸ ماده‌ای مقیاس رضایت از بخش‌های مختلف بدن (BASS) شامل ارزیابی نگرش افراد درباره‌ی ابعاد تصویر بدنی خویش کش و همکاران، استفاده شد (۱۵). این مقیاس برای سنین بالاتر از ۱۲ سال طراحی گردیده است. گویه‌های این خرده‌مقیاس رضایت از بخش‌های مختلف بدنی شامل صورت، بالاتنه، میان تنه و پایان تنه، قوام عضلات، وزن، قد و ظاهر کلی، را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس توسط خود فرد تکمیل می‌شود و از آنان خواسته می‌شود که میزان رضایت خود را بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «خیلی رضیم» تا «خیلی ناراضیم» درجه‌بندی کنند. دامنه نوسان امتیازهای این خرده‌مقیاس (۹-۴۵) و امتیاز بالاتر بیانگر افزایش رضایت از بخش‌های مختلف بدنی است. کش و همکاران، همسانی درونی خرده‌مقیاس رضایت‌مندی بدنی دارای اعتبار ۰/۸۶ بود (۱۶). در پژوهش دیگر محققین، به‌منظور بررسی پایایی خرده‌مقیاس رضایت‌مندی بدنی از پرسشنامه نگرش به تصویر بدنی، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن برای خرده‌مقیاس رضایت بدنی ۰/۹۲ به دست آمد (۱۷) و باتوجه به این که ضریب آلفای کرونباخ از مقدار ۰/۷۰ بیشتر است، می‌توان گفت این پرسشنامه از پایایی مطلوبی برخوردار است. پایایی این خرده‌مقیاس از پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه شد.

۲- **مقیاس باورها نسبت به ظاهر (BAAS):** برای سنجش باورها نسبت به ظاهر از پرسش‌نامه ۲۰ سوالی اسپنگلر استفاده شد (۱۶). این پرسش‌نامه توسط محمدپناه‌اردکان و یوسفی ترجمه و روایی محتوای آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد و این مقیاس دارای ۲۰ گویه شامل نگرش‌های منفی در مورد ظاهر بدنی است که به‌طور مکرر به وسیله‌ی بیماران که از اختلالات خوردن رنج می‌برند، گزارش شده است. مقیاس باورها در مورد ظاهر، یک ابزار خودگزارش‌دهی است که میزان موافقت افکار در مورد ظاهر بدنی شامل روابط میان‌فردی، پیشرفت، تصور از خود و احساسات را می‌سنجد. میزان توافق در هر یک از مقوله‌ها براساس مقیاس لیکرت در دامنه‌ای از نمرات ۰ تا

بود که در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سنجش شد. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله مدارس متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. در ابتدا جهت غربالگری و شناسایی نوجوانان با نارضایتی تن‌انگاره، مقیاس رضایت از بخش‌های مختلف بدن در اختیار ۶۰۰ دانش‌آموز شهر اصفهان قرار گرفت، که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، از بین مدارس متوسطه دوره اول آموزش و پرورش اصفهان این تعداد مورد هدف قرار داده شده بودند. پس از آن نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله (که نمره آنان در پرسشنامه از نقطه برش ۳۰ به بالا بود) با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش، تعداد ۶۰ نفر انتخاب و سپس بصورت تصادفی در سه گروه گمارده شدند. در این مطالعه بر اساس منطق پیشنهادی کوهن، با فرض آن که $a=0/05$ و اندازه اثر برابر با $0/50$ است برای دستیابی به توان آزمون آماری برابر با $0/90$ ، برای هر یک از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، نمونه‌ای برابر با ۲۰ مشارکت‌کننده انتخاب شدند. لازم به ذکر است که در حین اجرای جلسات مداخله، ۲ نفر از گروه بسته تن‌انگاره سالم و ۴ نفر از گروه درمان شناختی-رفتاری ریزش داشتند که به ترتیب گروه‌های مورد اشاره از نظر تعداد به ۱۸ و ۱۶ نفر تقلیل یافتند. معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به اختلالات روان شناختی نظیر اختلال بدشکلی بدن، خوردن (مثل پرخوری عصبی و بی‌اشتهایی روانی) افسردگی و اضطراب و مواردی از این دست و یا اختلالات مزمن جسمی، قرار نداشتن تحت درمان‌های روانپزشکی (دارو درمانی)، رده سنی ۱۲ تا ۱۵ سال و کسب حداکثر نمره ۳۰ از پرسشنامه رضایت از بخش‌های مختلف بدنی و ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات، عدم انجام تکالیف ارایه شده و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات اجرا بود.

ملاحظات اخلاقی شامل رعایت رازداری، استفاده از داده‌ها صرفاً در راستای اهداف پژوهش بدون ذکر نام و آزادی کامل افراد برای انصراف از ادامه مشارکت در مطالعه، اطلاع‌رسانی دقیق در مورد نتایج پژوهش در صورت درخواست شرکت‌کنندگان، کسب تعهدنامه کتبی از شرکت‌کنندگان، دریافت کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1402.025) از کمیته اخلاق، آموزش گروه کنترل پس از اتمام جلسات آموزشی در صورت تمایل شرکت‌کنندگان به صورت فشرده، تحت یکی از درمان‌های بسته تن‌انگاره سالم

کنندگان در سه گروه بسته تن‌انگاره سالم، گروه درمان شناختی-رفتاری کش و یک گروه کنترل، بسته تن‌انگاره سالم محقق ساخته (۲۱) و درمان شناختی-رفتاری کش (۱۶) طی مدت ۸ جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه ای اجرا شدند. گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند و در انتظار بود. پس از اتمام جلسات درمانی پس آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. عناوین جلسات درمانی و شرح مختصر جلسات هر دو درمان در جداول ۱ و ۲ آمده است.

۵) (اصلا درست نیست تا کاملا درست است) درجه‌بندی می‌شود (۱۸). همسانی درونی گویه‌های مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش اسپنر و استیس در سه نمونه مورد بررسی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۵ و ۰/۹۶ بوده است (۱۹). در پژوهش محمدپناه اردکان و یوسفی نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است (۲۰). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد. پس از اجرای پیش آزمون و جای‌گذاری تصادفی شرکت

جدول ۱. شرح مختصر جلسات بسته تن‌انگاره سالم (۲۱)

جلسات	شرح خلاصه جلسات
اول	معرفه، آشنایی و تعیین اهداف عملی و کاربردی دوره آموزشی و اجرای پیش آزمون آشنایی مقدماتی با مفهوم، نقش ها و ابعاد مطرح برای تن‌انگاره سالم. بحث و تبادل نظر گروهی درباره تن‌انگاره مثبت، تن‌انگاره منفی، درباره پیامدهای تن‌انگاره مثبت، پیامدهای تن‌انگاره منفی، نمودهای رفتاری تن‌انگاره منفی، نمودهای رفتاری تن‌انگاره مثبت، بحث تغذیه سالم و آسیب زا بر پایه تجارب زیسته تک تک اعضا. معرفی بعد ادراکی تن‌انگاره سالم و امکان ارتقاء آن. آموزش تکنیک درک و آگاهی درونگرانه از ارگان های بدن و کارکردهای آن. جمع بندی جلسه اول و ارائه تکلیف در منزل.
دوم	آموزش و تمرین خودمراقبتی برای پاسخ به نیازهای درک شده بدن به شیوه سالم. تکنیک ذهن آگاهی خود مراقبتی برای تقویت تناسب ادراک با واقعیت در مورد بدن خود و کارکردهای آن. آموزش درک و جذب منابع حمایتی و تمرین گسترش سطح ادراکات نسبت به بدن فراتر از ظاهر. جمع بندی جلسه دوم و ارائه تکلیف در منزل.
سوم	معرفی و آشنایی با بعد عاطفی تن‌انگاره سالم و شیوه های ارتقاء آن. آموزش راهبردهای خودشفقتی در ارتباط با بدن و کارکردهایش. آموزش استفاده از راهبردهای مقابله با شرم و تقویت عزت نفس. جمع بندی جلسه سوم و ارائه تکلیف در منزل.
چهارم	آموزش نوشتن احساسی و عاطفی در باره بدن و اعضای بدن. آموزش راهبردهای تنظیم هیجان منفی و مثبت در باره بدن. جمع بندی جلسه چهارم و ارائه تکلیف در منزل.
پنجم	معرفی و آشنایی با بعد شناختی تن‌انگاره سالم و شیوه های ارتقاء آن. آموزش تکنیک ذهن آگاهی برای ارتقا تن‌انگاره سلامت و مثبت (مقابله با تحریف های شناختی و باورهای ناکارآمد). آموزش خودگویی‌های مثبت در مورد بدن و ظاهر خود (جایگزینی تحریف های شناختی و باورهای ناکارآمد). جمع بندی جلسه پنجم و ارائه تکلیف در منزل.
ششم	معرفی و آشنایی با بعد رفتاری تن‌انگاره سالم و شیوه های ارتقاء آن. آموزش آمادگی برنامه ریزی رفتاری برای اقدام. آموزش خودنظارتی رفتاری جامع. آموزش تمرینات مواجهه رفتاری. جمع بندی جلسه ششم و ارائه تکلیف در منزل.
هفتم	آموزش راهبردهای پذیرش و قدرانی از بدن و ظاهر خود جهت ارتقا تن‌انگاره سالم و مثبت. آموزش تکنیک آموزش شرطی سازی های ارزیابی و شناختی (ادامه جایگزینی تحریفهای شناختی و باورهای ناکارآمد). جمع بندی جلسه هفتم و ارائه تکلیف در منزل.
هشتم	آموزش مدیریت استرس و راهبردهای مقابله با تن‌انگاره منفی. آموزش پیشگیری رفتاری از بازگشت به ناراضی‌تی از تن‌انگاره. جمع بندی جلسات آموزش، ارائه تکلیف در منزل و اجرای پس آزمون.

جدول ۲. شرح مختصر جلسات بسته درمان شناختی رفتاری کش (۲۲)

جلسات	شرح خلاصه جلسات
اول	آشنایی با درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر و ارزیابی تن‌انگاره. بیان قوانین و انتظارات، توضیح مختصر از رویکرد شناختی رفتاری بک و به دنبال آن آشنایی با رویکرد درمانی کش از طریق ارزیابی تن‌انگاره شرکت‌کننده برای پیدا کردن سطوح تصویر تن‌انگاره، توسط پرسشنامه‌های خود ارزیابی
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، کشف انعکاس‌های ظاهری و ذهنی، در آینه در خصوص آثار صفات ثانویه جنسی ناشی از تغییرات بلوغ، و یادگیری ABC های تن‌انگاره
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ایجاد بازتاب‌های رضایت بخش و کشف عواطف تن‌انگاره، آموزش آرام‌سازی و حساسیت زدایی با آینه
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، استقرار ترندهای منطقی در خصوص بدن آسیب دیده، تاکید درمانگر بر فرضیه‌های ناخوشایند و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی از طریق تکنیک بازسازی شناختی و گوش دادن به صدای درونی جدیدشان و ارائه E و D در مدل ABC
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصحیح گفتگوی بدنی خصوصی توسط افکار اصلاحی (D) و ارائه نمونه‌های از افکار اصلاحی در جلسه گروهی، توسط موارد گفته‌شده از جانب نوجوانان

شیوا اختربان و همکاران

ششم	شکستن رفتارهای خودشکنانه در خصوص بدنشان و روبرو شدن با موقعیت‌هایی که از آن اجتناب می‌کنند و نگران هستند، مورد ارزیابی قرار بگیرند.
هفتم	پرداختن به حقوق بدن، توجه به نکات مثبت بدن، تشویق شدن توسط درمانگر برای هدیه دادن به خود، بحث پیرامون اهداف و برنامه‌های آینده در زندگی نوجوانان در راستای کسب نگرش جدید نسبت به تن‌انگاره خود بعد از تغییرات ظاهری ناشی از بلوغ و ارزیابی راه‌حلهایی به منظور برطرف نمودن برخی موانع قابل رفع.
هشتم	حفاظت از تن‌انگاره مثبت (جلوگیری از عود مجدد) بیان گروه از دستاوردهایشان شرح خلاصه‌ای از مفاهیم مطرح شده در هر جلسه و جمع‌بندی مباحث.

داده‌های حال از اجرای پژوهش از طریق تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۶ تحلیل گردید. سن، جنسیت، تعداد فرزند در خانواده و ترتیب تولد از طریق آزمون

خی دو مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که بین سه گروه پژوهش در متغیرهای مورد اشاره تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۳).

یافته‌ها

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی گروه‌های پژوهش

مقدار خیدو (معناداری)	کنترل فراوانی (%)	بسته کش	بسته تن‌انگاره سالم	متغیر و سطوح آن
	(۱۸/۸)۳	(۳۱/۳)۵	(۲۲/۲)۴	۱۲
۵/۳۵۲	(۳۷/۵)۶	(۱۸/۸)۳	(۱۶/۷)۳	۱۳
(P=۰/۵۰۰)	(۲۵)۴	(۱۸/۸)۳	(۴۴/۴)۸	۱۴
	(۱۸/۸)۳	(۳۱/۳)۵	(۱۶/۷)۳	۱۵
۰/۱۴۵	(۶۲/۵)۱۰	(۶۲/۵)۱۰	(۶۶/۷)۱۲	دختر
(P=۰/۹۳۰)	(۳۱/۳)۶	(۳۷/۵)۶	(۳۳/۳)۶	پسر
	(۶/۳)۱	(۶/۳)۱	(۲۲/۲)۴	یک
۷/۴۸۴	(۵۶/۳)۹	(۵۶/۳)۹	(۵۵/۶)۱۰	دو
(P=۰/۲۷۸)	(۱۸/۸)۳	(۲۵)۴	(۲۲/۲)۴	سه
	.	(۱۲/۵)	.	چهار
	(۵۶/۳)۹	(۲۵)۴	(۳۳/۳)۶	یکم
۸/۴۳۴	(۲۵)۴	(۳۷/۵)۶	(۵۵/۶)۱۰	دوم
(P=۰/۲۰۸)	(۱۲/۵)۲	(۱۸/۸)۳	(۱۱/۱)۲	سوم
	(۶/۳)۱	(۱۲/۵)۲	.	چهارم

بررسی میانگین و انحراف معیار باورها نسبت به ظاهر نشان داد که در گروه‌های بسته تن‌انگاره سالم و درمان شناختی رفتاری کش نسبت به گروه کنترل، تغییراتی در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود داشت (جدول ۴).

بررسی میانگین و انحراف معیار باورها نسبت به ظاهر نشان داد که در گروه‌های بسته تن‌انگاره سالم و درمان شناختی رفتاری کش نسبت به گروه کنترل، تغییراتی در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود داشت (جدول ۴).

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیر باورها نسبت به ظاهر در گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	میانگین	انحراف معیار	بسته تن‌انگاره سالم	میانگین	انحراف معیار	بسته کش	میانگین	انحراف معیار	کنترل	میانگین	انحراف معیار
باورها نسبت به ظاهر	پیش آزمون	۴۸/۲۸	۱۲/۸۰۱	۴۹/۵۶	۱۱/۲۰۷	۴۸/۶۳	۱۱/۹۸۳	۴۸/۶۳	۱۱/۹۸۳	۴۸/۶۳	۱۱/۹۸۳	
	پس آزمون	۳۰/۶۱	۹/۳۰۶	۳۱/۶۹	۷/۸۳۸	۴۸/۷۵	۱۱/۵۲۷	۴۸/۷۵	۱۱/۵۲۷	۴۸/۷۵	۱۱/۵۲۷	
باورها نسبت به ظاهر	پیگیری	۳۰/۶۷	۹/۴۶۲	۳۱/۰۰	۸/۰۵۸	۴۸/۱۳	۱۲/۱۰۴	۴۸/۱۳	۱۲/۱۰۴	۴۸/۱۳	۱۲/۱۰۴	
	پس آزمون	۴۰/۱۶۷	۷/۴۴۶	۶۶/۰۰۰	۱۵/۰۶۴	۹۶/۴۳۸	۱۲/۰۴۹۷	۹۶/۴۳۸	۱۲/۰۴۹۷	۹۶/۴۳۸	۱۲/۰۴۹۷	
	پیگیری	۴۰/۳۸۹	۷/۰۱۴	۶۶/۶۸۹	۱۶/۰۲۴	۹۶/۰۰۰	۱۱/۹۷۲	۹۶/۰۰۰	۱۱/۹۷۲	۹۶/۰۰۰	۱۱/۹۷۲	

این معنی که پیش فرض کرویت برای این متغیر رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نمی‌شود می‌توان، آماره گرین‌هاوس-گیرز در جداول تحلیل نهایی را به کار برد. نتیجه تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر تفاوت معناداری را در متغیر مورد بررسی بین گروه تن انگاره سالم و درمان شناختی رفتاری کش و گروه کنترل نشان داد (جدول ۵).

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، طبق بررسی های انجام شده، در متغیر باورها نسبت به ظاهر، تنها در مرحله پیش-آزمون، توزیع نرمال ($p > 0.05$) بود. برابری واریانس خطا، برای هر سه مرحله آزمون برقرار بود ($p > 0.05$). برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس)، برقرار نبود ($p < 0.05$). آزمون ماکلی برای متغیر باورها نسبت به ظاهر معنادار بود ($p < 0.05$). به

جدول ۵. داده های تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای باورها نسبت به ظاهر

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
باورها نسبت به ظاهر	زمان	۴۸۰۱/۶۱۳	۱/۰۸۰	۴۴۴۵/۵۸۰	۱۸۴/۱۸۳	۰/۰۰۰	۰/۷۹۷	۱/۰۰۰
	تعامل درون گروهی	۲۲۸۳/۴۶۴	۲/۱۶۰	۱۰۵۷/۰۷۴	۴۳/۷۹۵	۰/۰۰۰	۰/۶۵۱	۱/۰۰۰
باورها نسبت به ظاهر	خطا (زمان)	۱۲۲۵/۲۸۲	۵۰/۷۶۴	۲۴/۱۳۷	-	-	-	-
	گروه	۴۴۸۱/۴۱۲	۲	۲۱۹۰/۷۰۶	۷/۰۱۵	۰/۰۰۲	۰/۲۳۰	۰/۹۱۱
بین گروهی	خطا	۱۴۶۷۸/۴۸۱	۴۷	۳۱۲/۳۰۸	-	-	-	-
	خطا	۲۱۰۷۹/۰۳۷	۴۷	۴۴۸/۴۹۰	-	-	-	-

گروه های آزمایش و کنترل، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت (جدول ۶).

به دلیل معنادار شدن تعامل زمان با گروه، در متغیر باورها نسبت به ظاهر، برای بررسی احتمالی تفاوت دو به دو

جدول ۶: داده های آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه های پژوهش در متغیر باورها نسبت به ظاهر

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
زمان	۱	پیش آزمون	پس آزمون	۱۱/۸۰۶ ^{**}	۰/۸۹۷	۰/۰۰۰
	۲	پیش آزمون	پیگیری	۱۲/۲۲۵ ^{**}	۰/۸۴۹	۰/۰۰۰
	۳	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۱۹	۰/۲۰۷	۰/۱۴۵
	۴	بسته تن انگاره سالم	بسته کش	-۰/۸۹۸	۳/۵۰۶	۱/۰۰۰
باورها نسبت به ظاهر	۷	بسته تن انگاره سالم	کنترل	-۱۱/۹۸۱ ^{**}	۳/۵۰۶	۰/۰۰۴
	۹	بسته کش	کنترل	-۱۱/۰۸۳ ^{**}	۳/۶۰۷	۰/۰۱۱

گرفته در پایگاه های اطلاعاتی، مطالعه ای در دسترس قرار نگرفت که اثربخشی بسته تن انگاره سالم را با درمان شناختی- رفتاری بر باورها نسبت به ظاهر در نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله دارای ناراضی تن انگاره مورد بررسی قرار داده باشد.

از این نظر که بسته آموزشی تن انگاره سالم برای اولین بار در مطالعه حاضر تدوین و سپس از نظر اثربخشی بر باورها نسبت به ظاهر با درمان شناختی و رفتاری مورد مقایسه قرار گرفته است، عدم دسترسی به مطالعه ای که دو درمان مورد استفاده در این مطالعه را با یکدیگر مورد مقایسه قرار داده باشد، منطقی است. در مطالعاتی که

بحث

در این مطالعه که با هدف بررسی اثربخشی بسته تن انگاره سالم و درمان شناختی- رفتاری، بر باورها نسبت به ظاهر نوجوانان دارای ناراضی تن انگاره انجام گرفت و مشخص شد که بین بسته تن انگاره سالم و بسته کش با گروه کنترل تفاوت معنادار است، ولی بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معناداری مشاهده نشد. به معنای دیگر اثربخشی آموزش تن انگاره سالم و درمان شناختی و رفتاری بر متغیر باورها نسبت به ظاهر یکسان بود و تفاوتی بین دو درمان در این متغیر به دست نیامد. در جستجوهای صورت

شیوا اختربان و همکاران

در تبیین اثربخشی آموزش تن انگاره سالم به نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ سال بر باورها نسبت به ظاهر می توان گفت باورها نسبت به ظاهر با احتمال زیاد طیفی متنوع از باورهای منطقی و غیرمنطقی را در بر می گیرند و به ویژه در متن نارضایتی از تن انگاره باورهای غیرمنطقی برجستگی بیشتری دارند (۳۲). باورهای غیر منطقی نسبت به ظاهر، مانند باورهای غیرمنطقی در عرصه های دیگر، دارای ویژگی هایی نظیر با واقعیت موجود هماهنگ و هم جهت نیستند، توسط شواهد عینی تایید نمی شوند و فرد درصد آزمایش آن ها نیست، این باورها به شکل شناختی (اطلاعات) و یا به شکل رفتاری (در قالب تصمیمات با پیامدهای درست و نادرست) نمود می یابند، باورهای غیرمنطقی با اجبار و الزام همراه هستند، یعنی این باورها خشک و انعطاف ناپذیر هستند و باعث حالت های آشفته و ناراحت کننده در فرد می شوند و در نهایت منجر به اضطراب، افسردگی و احساس گناه می شوند هستند. این باورها در شکل غیرمنطقی در مورد ظاهر اعم از سایز و زیبایی و موارد دیگر ترکیبی از ذهنیت ها و دوری های همراه با قضاوت نادرست در مورد ظاهر خود هستند (۲۰).

البته توجه به ظاهر از ویژگی های عادی هر انسان است؛ اما افراط در آن مشکلات فراوانی را برای فرد ایجاد می کند (۳). از جمله ممکن است باعث رنج بردن و نارضایتی فرد از تصویر بدنی شود (۴). در چنین بستری، آموزش تن انگاره سالم با تمرکز بر قضاوت ها و ادراکات غیرمنطقی زیربنایی که بستری برای تجربه عواطف و هیجان های منفی نسبت به خود است و شفقت به خود و مهربانی با خود را سرکوب و در نهایت فرد را از رفتارها و باورهای کارآمد نسبت به خود و ظاهر خود دور می کند، اصلاح ادراکات، شناخت ها و رفتارهای تغذیه کننده باورهای غیرمنطقی در مورد ظاهر را با باورها، ادراکات و رفتارها و عواطف مثبت و کارآمدتر مد نظر قرار داده و سطح باورهای کارآمد و منطقی را نسبت به ظاهر ارتقا می دهد.

اثربخشی درمان شناختی و رفتاری کش بر باورها نسبت به ظاهر در مطالعه حاضر (اگرچه طیف مطالعات در دسترس قرار گرفته از نظر جامعه آماری و متغیرهای مورد مطالعه تفاوت هایی را با متغیر باورها نسبت به ظاهر و جامعه نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله دارای نارضایتی از تن انگاره دارند، ولی به لحاظ جهت گیری کلی درمان شناختی و رفتاری کش و متغیر باورها نسبت به ظاهر این مقایسه و تطبیق

در دسترس قرار گرفت در مواردی مثل مطالعه یوسفی و همکاران روان درمانی بین فردی و درمان شناختی- رفتاری (۱۴)، مطالعه پاک اندیش و همکاران درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی (۲۲)، مطالعه فرحزادی و همکاران گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی و رفتاری (۲۳) و مطالعه شفیع آبادی و همکاران درمان شناختی رفتاری هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفته اند (۲۴)، که در عمل همانطور که کاملاً محسوس است، در هیچ یک از این مطالعات در دسترس ردپایی از آموزش صریح و آشکار تن انگاره سالم به چشم نمی خورد. به دلیل مورد اشاره، در ادامه فقط برای تطبیق نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات دیگر محققان به مطالعات که به هر یک از دو آموزش تن انگاره سالم و یا درمان شناختی و رفتاری مربوط می شود، پرداخته شده است.

اثربخشی بسته آموزشی تن انگاره سالم بر باورها نسبت به ظاهر در نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله دارای نارضایتی تن انگاره در مطالعه حاضر با نتایج حاصل از مطالعه ترابی و بهرامی پوراصفهان‌ئی درباره اثربخشی پروتکل درمانی تن انگاره تایلور بر پذیرش خود (با توجه به این که در پذیرش خود به شکلی طبیعی باورها نسبت به ظاهر خود نقش آفرینی می کنند) نوجوانان دختر دارای وسواس تن انگاره (۲۵)، با نتایج مطالعه کلاتری و همکاران در باره اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر تن انگاره (در تصویر و پنداری که افراد از بدن خود دارند، باورها نسبت به ظاهر نقش جدی بازی می کند) در نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۸ سال دارای اضافه وزن (۲۶)، با نتایج مطالعه بالسیون و همکاران در باره اثربخشی مداخله فعالیت بدنی مبتنی بر آموزش و ذهن آگاهی برای ارتقای تن انگاره مثبت در دانش آموزان دختر (۲۷)، با نتایج مطالعه یاگر و اودیا، در باره اثربخشی مداخله آموزش تن انگاره سالم بر تن انگاره (۲۸)، با نتایج مطالعه سانداگت-برگن و همکاران در باره اثربخشی مداخله تن انگاره سالم بر تجسم مثبت در دانش آموزان دبیرستانی (۲۹)، با نتایج مطالعه لویس اسمیت و همکاران در باره اثربخشی یک مداخله مبتنی بر تن انگاره در هند در بهبود تن انگاره (۳۰) و با نتایج مطالعه مورگان و همکاران در باره اثربخشی درمان تن انگاره بر نگرانی از شکل و وزن (باورهای منفی نسبت به ظاهر خود با نگرانی از شکل و وزن بدن دارای رابطه است) دارای همسویی است (۳۱).

که افراد نسبت به ظاهر و بدن خود دارند ماحصل تعامل بین باورهایی است که توسط تجربه قبلی درباره خود شکل گرفته اند و به تدریج در طول زمان تغییر شکل یافته اند (۲۰). البته در روند تحول این باورها، عواملی نیز از تجارب و موقعیت های کنونی، دخالت خواهند داشت. از چنین منظری، تغییر نگرش ها و باورها نسبت به ظاهر و بدن خود، بیشترین تاثیر را بر باورهای غیرمنطقی نسبت به خود و ظاهر خود خواهد داشت (۳۸). این همان ساز و کار اثربخشی درمان شناختی و رفتاری کش بر باور نسبت به ظاهر در مطالعه حاضر است.

نکته بعدی در بحث و تبیین مربوط به سوال دوم بخش کمی، اثربخشی یکسان آموزش تن انگاره سالم و درمان شناختی-رفتاری کش بر باورها نسبت به ظاهر مربوط می شود. در اثربخشی یکسان مورد اشاره چند نکته به لحاظ نظری و تبیینی نهفته است که لازم است به آن توجه شود. نکته اول این که در مورد باورها نسبت به ظاهر، بسته تدوین شده آموزش تن انگاره سالم که در مطالعه حاضر برای اولین بار تدوین گردید، با بسته درمانی شناختی و رفتاری کش که درمانی بسیار مورد استفاده و شناخته شده است، دارای اثربخشی یکسانی بود. این امر به نوعی اعتباربخشی مجدد فرایند تدوین و اعتبارآزمایی مقدماتی بسته آموزشی تن انگاره سالم را نشان می دهد. در درجه دوم چرایی این اثربخشی یکسان است که لازم است به خوبی به آن نیز توجه شود. واقعیت امر آن است که بسته آموزشی تن انگاره سالم با محوریت و تمرکز بر چهار بعد تن انگاره ادراکی، عاطفی، شناختی و رفتاری در عمل به ویژه در ابعاد رفتاری و شناختی با درمان شناختی-رفتاری کش دارای همپوشی است. با این حال وارد کرد نظام های درگیر عاطفی و ادراکی زیربنایی در بسته آموزشی تن انگاره سالم نسبت به درمان شناختی-رفتاری کش، وجه تمایز اصلی بسته آموزشی تن انگاره سالم است که به سادگی با نگاهی به محتوای کامل این بسته آموزشی قابل رویت است. بنابراین می-توان گفت اثربخشی دو آموزش و درمان با احتمال زیاد به همسویی فنون و مهارت های مطرح شناختی و رفتاری در دو بسته مربوط است.

نتیجه گیری

اثربخشی همسان دو رویکرد در تبیین سوم به متغیر باور نسبت به ظاهر که در عمل ماهیت شناختی داشته مربوط

امکان پذیر است) با نتایج حاصل از مطالعه حیثی زنجانی و همکاران در باره اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر تن انگاره (۳۲)، با نتایج مطالعه موسی پورپس کلاسی درباره اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر اجتناب تجربی (که با باورها نسبت به ظاهر رابطه دارد) در دختران نوجوان دارای نارضایتی از تن انگاره (۳۳)، با نتایج مطالعه یوسفی و همکاران در باره اثربخشی روان درمانی بین فردی و درمان شناختی- رفتاری بر تن انگاره زنان مراجعه کننده به مراکز جراحی زیبایی (۱۴)، با نتایج مطالعه رحمتی و برجعلی در باره اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر تن انگاره در زنان مبتلا به اختلال خوردن (۳۴)، با نتایج مطالعه پاک اندیش و همکاران درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر تن انگاره زنان چاق (۲۲)، با نتایج مطالعه عطار و همکاران، در باره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی از تن انگاره در زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی میلی جنسی) (۳۵)، با نتایج مطالعه پورفرهانی و همکاران درباره اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری هشت مرحله ای بر تن انگاره (۳۶)، با نتایج مطالعه رایگان و همکاران درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی هشت مرحله ای کش بر تن انگاره منفی دختران دانشجو (۳۷) و با نتایج مطالعه شفیع آبادی و همکاران درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تن انگاره در دختران نوجوان مایل به جراحی زیبایی دارای همسویی نسبی است (۲۴).

اثربخشی درمان شناختی و رفتاری کش بر باورها نسبت به ظاهر نیز با توجه به این که درمان شناختی و رفتاری مورد اشاره اغلب نظامی از فنون و تمرینات درمانی معطوف به نگرش ها، افکار، خودگویی ها و رفتارهای معیوب را هدف اصلاح و تغییر قرار می دهد. به خوبی قابل تبیین است (۳۵). با توجه به اینکه هم فرآیندهای ادراکی و هم نگرشها در مطالعه تصویر بدن مهم هستند، رویکرد شناختی و رفتاری، منطقی-ترین چارچوب را در فهم آنچه مربوط به تن انگاره است را در ترکیب تفکرات، احساسات و رفتارهای مرتبط با ظاهر که بسیاری ممکن است تغییر شکل یافته واقعیت باشند، در نظر گرفته و از این طریق بر استفاده از راهبردها و فنون تغییر افکار، باورها، نگرش ها و رفتارهای ناهمخوان با واقعیت تاکید می نماید. کش معتقد است رویکرد شناختی-رفتاری نشان داده که تصویر و حتی باوری

نسبت به ظاهر نوجوانان دارای ناراضایتی تن انگاره، در سطح عملی، پیشنهاد می‌شود مسئولان و برنامه‌ریزان آموزش و پرورش با فعال کردن مشاوران و متخصصان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آن سازمان و همچنین بکارگیری روان‌شناسان خبره حوزه تن‌انگاره و با بکارگیری درمان نوجوان محور نسبت به باورها نسبت به ظاهر نوجوانان اقدام نمایند تا بدین طریق بتوان بر بهبود عملکرد فردی و یادگیری آنان نیز تاثیر گذاشت.

سیاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دکتری روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق از کمیته پژوهشی تحقیقات علمی دانشگاه برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1402.025 می باشد. بدین وسیله از تمامی نوجوانان مورد تحقیق و مدارس دست اندکار که با صبر و بردباری و حضور خود این مطالعه را همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافع در مقاله ندارند.

References

1. Harriat AW, Criss MM. Parents and peers in child and adolescent development: Preface to the special issue on additive, multiplicative, and transactional mechanisms. *Children*. 2021;8(10):831. <https://doi.org/10.3390/children8100831>
2. Sabzavari H, Ghaderi F, Shariffar A. Investigating the relationship between physical readiness related to health and body self-esteem in adolescents. *Appl Res Sport Sci Educ* 2019;11(4):20-43.(Persian).
3. Boland R, Verdun M, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
4. Mirhosseini VS, Rafiepour A, Alavi S. Cognitive-behavioral therapy, body dysmorphic disorder: A review study. *Roshd Psychol*. 2020;9(8):71-8.(Persian).
5. Hajiyousef H, Dehestani M, Darvishmolla M. The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relationship between Abuse

است. ماهیت قابل توجه شناختی و رفتاری در دو بسته آموزشی و درمانی این امکان و فرصت را فراهم نموده تا متغیری با بار شناختی یعنی باورها نسبت به ظاهر تا یک اندازه تحت تاثیر این دو درمان قرار گیرد. با این حال تا انجام مطالعات بیشتر در آینده در این عرصه لازم است، صبور بود تا مشخص شود که آیا این اثربخشی یکسان قابل تکرار است یا خیر.

مطالعه حاضر نیز مانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی است. محدود بودن جامعه پژوهش به نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله دارای ناراضایتی تن انگاره در مدارس متوسطه دوم شهر اصفهان اولین محدودیت این پژوهش بود. همچنین در این پژوهش شرایط اقتصادی و تحصیلی این دانش‌آموزان نیز مورد سنجش و کنترل قرار نگرفت. علاوه بر این با توجه به ویژگی‌های جامعه آماری، در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده نشد. به نظر می‌رسد با توجه به حجم نمونه و محدودیت جغرافیایی و همچنین روش تحقیق، نتیجه‌گیری به جامعه آماری کل قابل تعمیم نیست. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در دیگر شهرها، پایش شرایط اقتصادی و تحصیلی دانش‌آموزان و بکارگیری شیوه نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. با توجه به اثربخشی آموزش تن انگاره سالم و درمان شناختی رفتاری بر باورها

- Experiences and Body Image Dissatisfaction among Adolescent Girls. *J Appl Psychol Res*. 2022;13(1):327-44.(Persian).
6. Hicks RE, Kenny B, Stevenson S, Vanstone DM. Risk factors in body image dissatisfaction: gender, maladaptive perfectionism, and psychological wellbeing. *Heliyon*. 2022;8(6). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09745>
 7. Will D, NazirOglu F. Body Dysmorphic Disorder, Treatment Guide. : Ahmadi Tahoor Sultan M, Peymbari M (Translators). Tehran: Arjmand Publications;2021. (Persian).
 8. Milano W, Milano L, Capasso A. Health consequences of bulimia nervosa. *Biomed Res Clin Pract*. 2018;3(1):1-5. <https://doi.org/10.15761/BRCP.1000158>
 9. Anitha L, Alhussaini AA, Alsuwedan HI, Alnefaie HF, Almubrek RA, Aldaweesh SA. Bulimia nervosa and body dissatisfaction in terms of self-perception of body image.2019. 23-33 p. <https://doi.org/10.5772/intechopen.84948>

10. Behdarvandan A, Maktabi A, Ghasemzadeh R, Dastoorpor M. The Relationship Between the Amount of Time for Brace Wear and Its Psychological Effects and the Level of Social Participation of Adolescents With Spinal Deformity. *JSMJ*. 2021;20(2):112-9.(Persian). <https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.2.2>
11. Logan MH. Lone wolf killers: A perspective on overvalued ideas. *Violence Gen*. 2014;1(4):159-60. <https://doi.org/10.1089/vio.2014.0036>
12. Barton R, Aouad P, Hay P, Buckett G, Russell J, Sheridan M, et al. Distinguishing delusional beliefs from overvalued ideas in anorexia nervosa: an exploratory pilot study. *J Eat Disord*. 2022;10(85):85. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00600-2>
13. Kang NR, Kwack YS. An update on mental health problems and cognitive behavioral therapy in pediatric obesity. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2020;23(1):15. <https://doi.org/10.5223/pghn.2020.23.1.15>
14. Yusefi A, Taher M, Aghaei H, Baqerinia H. Comparison of the effectiveness of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioral therapy on body image in women referred to cosmetic surgery centers. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2022;29(2):281-90.(Persian).
15. Brown TA, Cash TF, Mikulka PJ. Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *J Pers Assess*. 1990;55(1-2):135-44. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674053>
16. Cash TF, Smolak L. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*: Guilford press; 2011.
17. Hashemian M, Aflakseir A, Goudarzi M, Rahimi C. The Relationship between Attachment Styles and Attitudes toward body image in High School Girl Students: The Mediating Role of Socio-cultural attitudes toward appearance and Self-acceptance. *CBS*. 2021;11(2):1-26.(Persian).
18. Spangler D. The beliefs about appearance scale. Manuscript in preparation. 1999.
19. Spangler DL, Stice E. Validation of the beliefs about appearance scale. *Cognit Ther Res*. 2001;25:813-27. <https://doi.org/10.1023/A:1012931709434>
20. Mohammadpanah O, Yosefi R. Beliefs about appearance and feelings of superiority in individuals volunteering for cosmetic surgery. *JDC*. 2011;2(2):85-97.(Persian).
21. Akhtarian S, Bahramipour Isfahani M, Man-shae G. Preparing a Healthy Body Image Package and Comparing its Effectiveness with Cash Cognitive-Behavioral Therapy on Beliefs about Appearance, Body Image Quality of Life, Fear of Negative Evaluation, Self-Esteem and Perfectionism of 12 to 15 Years Old Adolescents with Body Image Dissatisfaction. PHD thesis. 2024.
22. Pakandish S, Kraskyan A, Jomehri F. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Body Image of Obese Women. *J Couns Psychol*. 2020;9(34):20-32.(Persian).
23. Farhazadi M, Madahi M, Khalatbari J. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Cognitive-Behavioral Group Therapy on Dissatisfaction with Body Image and Interpersonal Sensitivity in Women with Body Image Dissatisfaction. *Clin Psychol Res Consult*. 2018;7(2):69-89.(Persian).
24. Shafiabadi A, Hasani J, Yari M. Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Image and Cognitive Emotion Regulation in Adolescent Girls Want in Cosmetic Surgery. *Psychol Achiev*. 2023;30(19-36).(Persian).
25. Torabi H, Bahramipour-Isfahani M. The effectiveness of the Taylor self-concept illusion therapy protocol on individual support factors and self-acceptance in adolescent girls with obsessive-compulsive disorder. *JACP* 2023;14(52):91-107.(Persian).
26. Kalantari F, Davoodi I, Bassaknejad S, Mehrbizadeh Honarmand M, Karandish M. The effects of rational-emotive behavior therapy on body mass index, weight self-efficacy, and body image among overweight teenage girls. *PSY*. 2015;22(2):75-98.(Persian).
27. Balciuniene V, Jankauskiene R, Baceviciene M. Effect of an education and mindfulness-based physical activity intervention for the promotion of positive body image in Lithuanian female students. *Eat Weight Disord*. 2021;27:563-77. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01195-4>
28. Yager Z, O'Dea J. A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among

- trainee health education and physical education teachers. *Health Educ Res.* 2010;25(5):841-52. <https://doi.org/10.1093/her/cyq036>
29. Sundgot-Borgen C, Friberg O, Kolle E, Engen KM, Sundgot-Borgen J, Rosenvinge JH, et al. The healthy body image (HBI) intervention: Effects of a school-based cluster-randomized controlled trial with 12-months follow-up. *Body image.* 2019;29:122-31. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.03.007>
 30. Lewis-Smith H, Garbett KM, Chaudhry A, Dhillon M, Shroff H, White P, et al. Evaluating a body image school-based intervention in India: A randomized controlled trial. *Body Image.* 2023;44:148-56. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.12.006>
 31. Morgan JF, Lazarova S, Schelhase M, Saeidi S. Ten session body image therapy: Efficacy of a manualised body image therapy. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(1):66-71. <https://doi.org/10.1002/erv.2249>
 32. Habibizanjani N, Boraziyani S, Ahadi H. The effectiveness of rational-emotional-behavioral therapy on body image, body mass index, and social anxiety reduction in overweight adolescents. *AFTJ.* 2022;3(4):135-49.(Persian). <https://doi.org/10.61838/kman.afj.3.4.8>
 33. MousapourPasaklasi M. The effectiveness of mindfulness training on cognitive distortions and experiential avoidance in adolescent girls dissatisfied with their body image. . Thirteenth International Conference on Research in Psychology, Counseling, and Educational Sciences; Tbilisi-Georgia2021.
 34. Rahmati S, Borjali A. The Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy on Body Image, Attachment Style and Emotion Regulation in Women with Eating Disorder. *JAPR.* 2022;12(4):175-96.(Persian).
 35. Atar S, Behniaasl F, Heidari Z, Mahmodi N. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on increasing sexual intimacy and reducing body image concerns in women with sexual dysfunction attending counseling centers in Shiraz. *Adv Behav Sci.* 2020;5(43):13-25. (Persian).
 36. Pour Farahani M, Ariyan Moghadam Z, Aghamohammadian Sherbaf H. Effectiveness of cognitive-behavioral eight-stage therapy on the body image and marital commitment. *Famil, Patho, Counsel, Enrich* 2018;4(1):63-76.
 37. Rayegan N, Shaieeri M, Moghaddam A. The investigation of Cognitive Behavioral Therapy influencem based on Cashs Eight stage model on negative body image of female college students. *Clin Psychol Pers.* 2006;4(2):11-22.(Persian).
 38. Abbasi Sarcheshmeh MR, Mohammadpanah Ardakan A, Abbasi Sarcheshmeh A. Comparison of beliefs about appearance, irrational beliefs and body mass index in those demanding cosmetic surgery with those who need it. *J Cosmet Dermatol.* 2016;7(3):156-62.(Persian).