اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کمال‌گرایی و عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن

مهرداد ساسانی،[1] سارا صفاری[2]
محمد صادق‌زاده،[3] مسعود رضازاده[4]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کمال‌گرایی و عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن شهر تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۴ـ۱۴۰۳ در مقطع متوسطه مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این نوجوانان بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس داشتن نشانه‌های بدریخت‌انگاری، قرار داشتن در سنین نوجوانی و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. مداخله واقعیت‌درمانی بر اساس پروتکل گلاسر(۲۰۱۷) به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن لیتلتون و همکاران(۲۰۰۵)، مقیاس کمال‌گرایی هیل و همکاران(۲۰۰۴) و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ(۱۹۶۵) بود که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری مناسب در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، در متغیرهای کمال‌گرایی($p<0/001$) و عزت‌نفس($p<0/001$)تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که واقعیت‌درمانی باعث کاهش کمال‌گرایی و افزایش عزت‌نفس در گروه آزمایش شد. بر اساس

۱. دکتری تخصصی مشاوره، استادیار دانشگاه فرهنگیان تبریز. (نویسنده مسئول) mehrdadsasni45S@gmail.com
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی،موسسه آموزش عالی میزان، تبریز. 1377sarasfr@gmail.com
۳. دکتری تخصصی علوم و حدیث، مدرس دانشگاه فرهنگیان تبریز. Mohamad.sadeghzadeh.edu2025@gmail.com
۴. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز. M-Rezazadeh@stu.scu.ac.ir

نتایـج ایـن پژوهش، واقعیت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان رویکردی کارآمد در مداخلات روان‌شـناختی برای کاهش کمال‌گرایـی و ارتقـای عزت‌نفـس نوجوانان مبتلا به اختـلال بدریخت‌انگاری بدن به کار گرفته شـود و ظرفیت آن برای بهبود سلامت روان و کارکردهای فردی و خانوادگی این نوجوانان قابل توجه است

واژگان کلیدی: واقعیت‌درمانی، کمال‌گرایی، عزت‌نفس، اختلال بدریخت‌انگاری، خود زشت پنداری

مقدمه

دوران نوجوانی، دوره حساس رشد است که با تغییرات قابل توجهی مشخص می‌شود(اندروز،[1] ۲۰۲۰). مرحله‌ای از چرخه زندگی فردی است که در آن نوجوان تغییرات و تحولات همه جانبه جسمانی، شناختی، اخلاقی، رفتاری و... را تجربه می‌کند که سازگاری با این تغییرات می‌تواند چالش‌برانگیز باشد(اکبری ابتکار و همکاران، ۱۳۹۶). در این دوره تغییرات در خور توجهی در مفهوم خود شکل می‌گیرد و نوجوان بحران هویت را تجربه می‌کند؛ چراکه نخستین بعد شکل‌گیری هویت در انسان، درک بدن و هویت بدنی است. اگر چه آدمی در طول زندگی تصویری از بدن خود را درونی می‌کند و عوامل مختلف زیستی، محیطی و روان‌شناختی در شکل‌گیری تصویری بدنی نقش دارند، برخی افراد و به خصوص نوجوانان در زمینه تصویر بدن خود و ظاهرشان بیش از اندازه احساس نگرانی می‌کنند. این ترس و افکار منفی درباره ظاهر و وجود رفتارهای ناسازگار که با این ترس همپوشی پیدا می‌کند، می‌تواند آغازی بر اختلال بدشکلی بدن[2] باشد. این تصویر بدنی منفی‌تر می‌تواند منجر به رفتارهای غذایی ناسالم‌تر مانند افزایش تعداد وعده‌های غذایی، پرخوری یا محدود کردن غذا خوردن شود. افزون بر این تحریف تصویر بدن بر شیوه‌های رفتار سالم مانند مشارکت در فعالیت‌های بدنی تأثیر می‌گذارد(جونگ و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی اختلال بدشکلی بدن (BDD) با عزت‌نفس پایین مرتبط است. بر این اساس افراد ممکن است نظرات مطلوب یا نامطلوبی در مورد خود داشته باشند و عزت‌نفس یک ارزیابی کلی از ارزش فرد است. بر این اساس افراد ممکن است «نظرات مطلوب یا نامطلوبی در مورد خود داشته باشند» و عزت‌نفس یک ارزیابی کلی از ارزش فرد است(کوک و همکاران، ۲۰۲۱). عزت‌نفس یا احترام به خود، مفهومی روان‌شناختی است که به احساس ارزشمندی فرد درباره خود اشاره می‌کند. این مفهوم به توانایی فرد برای ارزیابی، پذیرش و اعتماد به خود تأثیر می‌گذارد و با ارتباطات اجتماعی، عملکرد تحصیلی و شغلی و کیفیت زندگی در ارتباط است و تأثیر گسترده‌ای در رفتارها، تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های فرد دارد(مونتریو،[3] ۲۰۲۲). چیزی فراتر

1. Andrews
2. body dysmorphic concern
3. Monteiro

از احساس محض، بلکه تشکیل‌شده از عناصر هیجانی، ارزشیابی و شناختی است که پایه شکل‌گیری شخصیت، رفتار و موقعیت افراد معرفی می‌شود و بر تمامی جنبه‌های زندگی شخص تأثیر می‌گذارد(سلطانی و درتاج، ۱۳۹۸). افراد با عزت‌نفس بالا ویژگی‌های شخصیتی مانند پختگی روانی، ثبات، واقع‌گرایی، آرامش و تحمل بالای ناکامی دارند؛ در حالی که افراد با عزت‌نفس پایین فاقد این ویژگی‌ها هستند(باقرنژاد حصاری و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین عزت‌نفس بالا با پذیرش بیشتر تصویر بدنی و نگرانی کمتر در این زمینه همراه است(لین و لین،[1] ۲۰۱۸). در مقابل عزت‌نفس پایین می‌تواند به مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شود(کیم و همکاران، ۲۰۲۳). عزت‌نفس پایین باعث می‌شود افراد در برابر انتقاد از ظاهر خود آسیب‌پذیرتر باشند و تصویر بدن را منبع ارزش خود بدانند؛ به‌طوری که دریافت بازخورد منفی می‌تواند احساس ارزشمندی‌شان را تهدید کند(میراحمدی و منشئی، ۱۳۹۸). بین ارزیابی ظاهری، سوءگیری برازندگی و رضایت از نواحی بدنی با عزت‌نفس رابطه وجود دارد(صادقی صومعه اولیایی و همکاران، ۱۳۹۱) و نارضایتی از تصویر بدن با تمایل به جراحی زیبایی مرتبط است(موحد و همکاران، ۱۳۹۰). به طور کلی عزت‌نفس پایین یکی از عوامل خطر برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن محسوب می‌شود و ممکن است در نگهداری این اختلال نقش داشته باشد یا یکی از پیامدهای آن باشد(کوک[2] و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین گزارش شده است که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، اشتغال ذهنی با نقص تخیلی در ظاهر یا چهره خود دارند و این اشتغال ذهنی سبب ناراحتی بالینی چشمگیر یا تخریب حوزه‌های عملکردی مهم فرد می‌شود. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[3] تصریح می‌کند که در مقطعی از مسیر اختلال، بیمار رفتارهای وسواسی (وارسی در آینه، آرایش افراطی) یا اعمال ذهنی (مانند مقایسه ظاهر خود با دیگران) انجام می‌دهد(انجمن روان‌شناسی آمریکا،[4] ۲۰۲۲). توسعه اختلال بدشکلی بدن به چندین عامل بستگی دارد، در این شرایط تعاملات پیچیده‌ای بین تجربیات قبلی زندگی مثل آزار دادن و قلدری، عوامل زیستی

1. Lin & Lin
2. Kuck
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
4. american psychiatric association

و ژنتیکی و ویژگی‌های شخصیتی مانند کمال‌گرایی[1] برقرار می‌شوند(ویلهلم،[2] ۲۰۰۶).

کمال‌گرایی یکی از متغیرهای مؤثر بر اختلال بدشکلی عضلانی در زنان است. از این‌رو همبستگی مشابهی نیز می‌تواند در مردان مورد سؤال قرار گیرد. گزارش شده است که استعداد ابتلا به بدشکلی عضلانی و اختلالات خوردن به نگرش‌های کمال‌گرایانه از پیش موجود به‌ویژه کمال‌گرایی تجویز شده توسط جامعه بستگی دارد. کمال‌گرایی یک ساختار چند بعدی است که با پیگیری بی‌وقفه یک فرد برای بی‌عیب و نقص بودن و تعیین استانداردهای بسیار بالا و سختگیرانه برای خود مشخص می‌شود(علوان و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس نظر هویت و فلت[3] (۱۹۹۱ به نقل از هویت و همکاران، ۲۰۲۰) کمال‌گرایی از سه بعد مجزای خودمدار،[4] دیگرمدار[5] و جامعه‌مدار[6] تشکیل شده است. کمال‌گرایی خودمدار معطوف به شرایطی است که در آن فرد برای خود اهداف و انتظارهای سطح بالایی انتخاب و برای رسیدن به آن‌ها تلاش می‌کند. در مقابل کمال‌گرایی دیگرمدار معطوف به ارزیابی کردن مستمر دیگران و داشتن انتظارهای بسیار سطح بالا از ایشان است. در این حالت فرد انتظار دارد که دیگران کارهای خود را طبق معیارهای او انجام دهند(اسمیت[7] و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر کمال‌گرایی جامعه‌مداربا‌ور فردی است که افراد مهم در زندگی‌شان آن‌ها را برای رسیدن به استانداردهای فوق‌العاده بالا و در نتیجه فشار آن‌ها برای کامل و بی‌نقص بودن نگه می‌دارد(یوسوپو،[8] ۲۰۲۰). همچنین کمال‌گرایی بر بیشتر جنبه‌های زندگی افراد مانند جنبه‌های روانی آنان تأثیر دارند. بعد مثبت کمال‌گرایی با معیارهای فردی و کارکرد سالم و رضایت از زندگی و بعد منفی با ارزیابی‌های کمال‌گرایانه و پیامدهای منفی مانند اضطراب و افسردگی مرتبط است(استریکر[9] و همکاران، ۲۰۲۲).

1. perfectionism
2. Wilhelm
3. Hewitt & Flett
4. Self-sufficient
5. Other circuit
6. Community-oriented
7. Smith
8. Yosopov
9. Stricker

یکی از حیطه‌هایی که بسیاری از مردم در آن تمایل به کمال‌گرایی دارند، ظاهر جسمان‌شان است. خودارائه‌گری فرد کمال‌گرا یا نیاز به کمال به نظر رسیدن در نشان دادن ظاهر به صورت کامل و پوشاندن عیوب و نقص‌های ظاهری نمایان است(تلیچ ـ تریبا[1] و همکاران، ۲۰۲۳). فرد کمال‌گرا ممکن است معیارهای غیرمعقول برای ظاهر خود در نظر بگیرد که موجب بروز علائم اختلال بدشکلی شود. به نظر می‌رسد شخصیت‌های کمال‌گرا بیشترین متقاضی جراحی زیبایی و به خصوص جراحی زیبایی بینی را تشکیل می‌دهند و بخش عمده‌ای از نارضایتی بعد از عمل مربوط به این افراد است(سهرابی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین شواهد محکمی وجود دارد که کمال‌گرایی با عزت‌نفس[2] پایین و علائم افسردگی در ارتباط است که می‌توانند خطر ابتلا به نارضایتی از بدن را تقویت می‌کنند(کوک و همکاران، ۲۰۲۱؛ میراحمدی و منشئی، ۱۳۹۸).

برای بهبود تصویر بدنی، عزت‌نفس و کاهش کمال‌گرایی، درمان‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است. برخی از این مداخلات شامل روان‌درمانی مثبت‌نگر(مرادی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸)، طرح‌واره‌درمانی(سهرابی و همکاران، ۱۳۹۹) و درمان تحلیل متقابل(حدادی بهرام و همکاران، ۱۳۹۹) بر کاهش کمال‌گرایی است. همچنین نتایج تحقیقات حاکی از این است که انواع روان‌درمانی‌های شناختی ـ رفتاری بر تصویر بدن(فدائی و همکاران، ۲۰۱۱) و اصلاح تصویر تن و عزت‌نفس(ایزدی اجیرلو و همکاران، ۱۳۹۱) زنان با تجربه جراحی پستان موثر هستند. با این وجود درمان شناختی ـ رفتاری برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن پاسخگو نیست و همه بیماران نمی‌توانند از آن استفاده کنند(اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به این محدودیت‌ها، بررسی روش‌های درمانی جایگزین که بتوانند در کاهش کمال‌گرایی و افزایش عزت‌نفس مؤثر باشند؛ ضروری است. یکی از این رویکردها، واقعیت‌درمانی[3] است که بر اساس نظریه گلاسر[4] شکل گرفته است. ویلیام گلاسر در اواخر دهه ۵۰ و اوایل دهه ۶۰ قرن بیستم میلادی، واقعیت‌درمانی را به عنوان روشی نوین برای

1. Telich-Tarriba
2. self-esteem
3. reality therapy
4. Glaser

کمک به مراجعان معرفی کرد تا بتوانند رفتارهایی را که مانع رسیدن به خواسته‌هایشان است، شناسایی کنند(مونتسانو[1] و همکاران، ۲۰۲۱). واقعیت‌درمانی بر تئوری انتخاب استوار و برای کمک به افراد است تا کنترل مؤثر بر زندگی خود را به دست آورند. ماهیت و هدف اصلی تئوری انتخاب آن است که به افراد آموزش دهد تا به نیازهای بنیادین روان‌شناختی خود از جمله عشق و تعلق، قدرت، تفریح، بقا و آزادی آگاهی یابند و از به‌کارگیری کنترل بیرونی اجتناب ورزند. به عبارت دیگر واقعیت‌درمانی با تمرکز بر کنترل درونی و مسئولیت‌پذیری به فرد کمک می‌کند که مسئولیت امور درست و نادرست زندگی خود را برای رفع مشکلات به عهده بگیرد(گلاسر، ۱۴۰۲). بر این اساس افراد رفتارهایشان را انتخاب می‌کنند و مسئول زندگی، اعمال و احساسات خود هستند(صاحبدل و همکاران، ۱۳۹۰). پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی(حدادی بهرام و همکاران، ۱۳۹۹؛ مرادی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸) و افزایش عزت‌نفس (نوروزی، ۱۳۹۷؛ میراحمدی و منشئی، ۱۳۹۸؛ کیم وجانگ،[2] ۲۰۱۹؛ روزیدی[3] و همکاران، ۲۰۱۸) بود. با توجه به این شواهد به نظر می‌رسد واقعیت‌درمانی می‌تواند در کاهش کمال‌گرایی و بهبود عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش مؤثری داشته باشد. اهمیت سلامت روان‌شناختی، کاهش کمال‌گرایی و افزایش عزت‌نفس در شکل‌گیری ابعاد مختلف زندگی نوجوانان ـ اعم از جنبه‌های فردی، روابط اجتماعی، عملکرد تحصیلی و حتی آینده شغلی ـ ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر در این حوزه را آشکار می‌کند. با این وجود پژوهش‌های اندکی به بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر این متغیرها در میان نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن پرداخته‌اند و همین امر خلأ پژوهشی قابل توجهی ایجاد کرده است. از این‌رو انجام مطالعه‌ای که بتواند اثربخشی این رویکرد درمانی را بر بهبود متغیرهای ایجاد شده ارزیابی کند، ضروری به نظر می‌رسد. روشن است که هر گونه بهبود در کمال‌گرایی ناسازگار و عزت‌نفس این نوجوانان می‌تواند پیامدهایی همچون افزایش اعتماد به نفس، رضایت از خود، مهارت در روابط اجتماعی،

1. Montesano
2. Kim& Jang
3. Rosidi

ارتباط مؤثر با همسالان و بهبود عملکرد تحصیلی را به دنبال داشته باشد و از بروز مشکلات روان‌شناختی در بزرگسالی پیشگیری کند. بر همین اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی و افزایش عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن بود.

بر پایه مبانی نظری و پیشینه موجود، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر تدوین شدند:

واقعیت‌درمانی موجب کاهش کمال‌گرایی در نوجوتان مبتلا به اختلا بدریخت‌انگاری بدن می‌شود.

واقعیت‌درمانی موجب افزایش عزت‌نفس در نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن می‌شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. پس از پیش‌آزمون، گروه آزمایش در دوره آموزشی ۸ جلسه‌ای شرکت کردند و پس از پایان دوره از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جامعه آماری پژوهش حاضر را همه دختران نوجوان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدنی در شهر تبریز تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۳ـ۱۴۰۴ در مقطع متوسطه مشغول تحصیل بودند. معیارهای ورود داشتن سن (۱۴ تا ۱۸ سال)، ابتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدنی (بر اساس نمره پرسشنامه)، جنسیت (دختر) و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی همزمان با اجرای پژوهش حاضر، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمان و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود و گروه نمونه نیز شامل دانش‌آموزان دختر مدارس متوسطه ناحیه ۳ شهر تبریز بودند که در پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از کسب رضایت از مسئولین مدارس و دانش‌آموزان واجد شرایط، پرسشنامه‌های نگرانی از تصویر بدن لیتلتون و همکاران(۲۰۰۵)، کمال‌گرایی هیل و همکاران(۲۰۰۴) و عزت‌نفس روزنبرگ(۱۹۶۵) در بین شرکت‌کنندگان اجرا شد و از میان افرادی

که در پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن و کمال‌گرایی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین و در پرسشنامه عزت‌نفس یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند، ۳۰ نفر با با استفاده از گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. تعداد نمونه با بهره‌گیری از نرم‌افزار G_Power (α=۰/۰۵، اندازه اثر=۰/۳۹) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، ۳۰ نفر تعیین شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱. **نگرانی از تصویر بدن**[1] (BICI): این پرسشنامه از نوع خودگزارشی و مداد ـ کاغذی است و ۱۹ ماده دارد که اولین بار توسط لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) ساخته و اعتبارسنجی شده است. آزمودنی‌ها باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی در طیف ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) پاسخ دهند. حداقل نمره فرد در این آزمون، ۱۹ و حداکثر آن، ۹۵ است. نمره بالا نشان‌دهنده نگرانی بیشتر از بدریختی بدن است. هدف این پرسشنامه، سنجش نارضایتی فرد از ظاهر خود در اختلالاتی مثل اختلال بدریختی بدن و اختلالات خوردن یا سنجش نشانه‌شناسی مشابه در سطوح بالینی و غیر بالینی است. این ابزار برای نخستین بار توسط بساک‌نژاد و غفاری (۱۳۸۶) به فارسی ترجمه و روی جمعیت دانشجویی اعتباریابی شد. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است. ضرایب روایی این پرسشنامه نیز در پژوهش مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران (۱۳۷۸) از طریق همبستگی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی ظاهر جسمانی و ترس از ارزیابی منفی، به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۳ به دست آمد که در سطح (۰/۰۰۱) معنادار بود. در پژوهش بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آمده است.

۲. **مقیاس چندبعدی کمال‌طلبی هیل**:[2] این مقیاس توسط هیل همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد که ۵۸ گویه و ۶ خرده‌مقیاس شامل حساسیت بین‌فردی (۲، ۵، ۹، ۱۳، ۱۵،

1. body image concern inventory (BICI)

2. multidimensional perfectionism scale

۱۷، ۲۳، ۲۵، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۲، ۵۶، ۵۸)، تلاش برای عالی بودن (۱، ۷، ۸، ۱۶، ۲۴، ۳۲، ۴۰)، نظم و سازماندهی (۱۱، ۱۹، ۲۷، ۳۵، ۴۳، ۵۰، ۵۵)، ادراک فشار از سوی والدین (۶، ۱۴، ۲۲، ۳۰، ۴۶، ۵۳، ۵۷)، هدفمندی (۴، ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۶، ۴۴، ۵۱، ۵۴) و استانداردهای بالا برای دیگران (۳، ۱۰، ۱۸، ۲۱، ۲۶، ۳۴، ۴۱، ۴۲، ۴۹) دارد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۴) است. دامنه نمرات بین ۵۸ تا ۲۳۲ است و نمره بین ۵۸ تا ۱۱۶ نشان‌دهنده کمال‌گرایی پایین، نمره بین ۱۱۶ تا ۱۷۴ نشان‌دهنده کمال‌گرایی متوسط و نمره ۱۷۴ به بالا نشان‌دهنده کمال‌گرایی بالاست. این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی پس از ۳ تا ۶ هفته برای ابعاد مختلف بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ و به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش شده است(هیل و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهش جمشیدی و همکاران(۱۳۸۸) ضریب پایایی کل این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود و برای بررسی روایی مقیاس از تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که مقیاس مذکور مشتمل بر ۶ عامل است(جمشیدی و همکاران، ۱۳۸۸).

۳. **مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ:**[1] این مقیاس توسط روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ ساخته شد و ۱۰ ماده دارد و نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای، از ۱ (به طور کامل موافقم) تا ۴ (به طور کامل مخالفم) رده‌بندی می‌شود که نمره بالا بیانگر میزان بالای عزت‌نفس است و نمره پایین عزت‌نفس پایین را نشان می‌دهد. دامنه نمرات از ۱۰ تا ۴۰ است. ۵ عبارت آن به شکل مثبت (گویه‌های ۱ تا ۵) و ۵ عبارت به صورت منفی (گویه‌های ۶ تا ۱۰) ارائه شده است. ضریب اعتبار درونی این مقیاس در پژوهش پالمن و الیک[2] ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی نسخه ایرانی این مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش محمدی (۱۳۸۴ به نقل از رجبی و نادری، ۱۳۹۲) ۰/۶۹ گزارش شده است(رجبی و نادری، ۱۳۹۲).

پروتکل واقعیت‌درمانی(گلاسر،[3] ۲۰۱۳؛ وابولدینگ،[4] ۲۰۱۱)

1. Rosenberg self-esteem scale
2. Pullmann & Allik
3. Glasser
4. Wubbolding

پروتکل جلسات واقعیت‌درمانی در این پژوهش بر اساس الگوی استاندارد روبرت ووبلدینگ و تئوری انتخاب ویلیام گلاسر تدوین شده است. چارچوب نظری این پروتکل بر مدل WDEP استوار است که شامل چهار مؤلفه اصلی خواسته‌ها، رفتارهای فعلی، ارزیابی و برنامه‌ریزی است. این ساختار در منابع اصلی واقعیت‌درمانی به طور جامع تشریح شده است. محتوای هشت جلسه ارائه شده در جدول ۱ مستقیماً برگرفته از این نظام درمانی است و با ساختار عمومی پروتکل‌های معتبر واقعیت‌درمانی مورد استفاده در پژوهش‌های بالینی بین‌المللی همخوانی دارد. روایی محتوایی پروتکل از طریق تطبیق جلسات با سرفصل‌های رسمی واقعیت‌درمانی در آثار ووبلدینگ و گلاسر و نیز بررسی متخصصان روان‌شناسی و مشاوره دارای تجربه در حوزه درمان‌های مبتنی بر تئوری انتخاب تأیید شد (گلاسر، ۲۰۱۳؛ وابولدینگ، ۲۰۱۱). این پروتکل از نظر اعتبار کاربردی نیز در مطالعات متعدد داخلی و خارجی اثربخشی خود را در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی، تنظیم هیجانی، کاهش رفتارهای ناسازگار، کاهش کمال‌گرایی، افزایش مسئولیت‌پذیری و ارتقای سلامت روان نوجوانان و بزرگسالان نشان داده است. نتایج پژوهش‌هایی که از پروتکل مبتنی بر WDEP استفاده کرده‌اند، سطح مناسبی از تأثیرپذیری متغیرهای هیجانی و شناختی را گزارش کرده‌اند و این امر اعتبار تجربی الگوی مذکور را تقویت می‌کند. بنابراین پروتکل حاضر از پشتوانه نظری و تجربی کافی برخوردار بوده و در پژوهش‌های معتبر به عنوان یکی از ساختارمندترین و قابل اعتمادترین مدل‌های درمان کوتاه‌مدت مورد استفاده قرار گرفته است.

جدول ۱. محتوی جلسات و پروتکل واقعیت درمانی (گلاسر، ۲۰۱۳؛ وابولدینگ، ۲۰۱۱)

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	آشنایی و بیان اهداف	محتوای جلسه شامل معارفه، توضیح اهداف و مشخص کردن روش‌ها، بررسی انتظارات افراد، توضیح قوانین و پاسخ به سؤالات افراد بود
دوم	شناسایی نیازها	محتوای جلسه شامل مروری بر جلسه قبل، توضیح مبحث نیازهای انسان در تئوری انتخاب، کشف نیازهای اساسی و درجه‌بندی آن‌ها بود

جلسه	هدف	محتوای جلسه
سوم	آشنایی با مفهوم دنیای مطلوب	محتوای جلسه شامل آشنا کردن گروه با دنیای مطلوب خودشان، توضیح این موضوع که چگونه تعارض بین خواسته‌ها و داشته‌ها باعث انتخاب رفتار نامناسب می‌شود و کمک به اعضا برای تغییر تصاویر ذهنی موجود در دنیای مطلوب خود بود
چهارم	آشنایی با سیستم رفتاری	محتوای جلسه شامل آشنا کردن گروه با ۴ عامل تشکیل‌دهنده رفتار (فکر، احساس، فیزیولوژی، عمل) بود
پنجم	ارزیابی رفتارهای فعلی	محتوای جلسه شامل ارزیابی رفتارهایی که اعضا تا کنون برای رسیدن به دنیای مطلوب انجام داده‌اند، پاسخ به سؤالات (آیا آن راهبرد مؤثر بوده؟ آیا مشکل را حل کرده؟ آیا وضع بهتر شده است؟ آیا از نتیجه خوشحال بودید؟ آیا رفتارهایتان موفقیت‌آمیز بوده؟) بود
ششم	رفتارهای پیشنهادی دیگر	محتوای جلسه شامل پیشنهاد کردن گزینه‌هایی برای جایگزینی رفتار فعلی و پاسخ به سؤالاتی همچون گام بعدی چیست؟ چه گزینه‌های دیگری اکنون دارید؟ چه راه‌های دیگری می‌توانید انتخاب کنید؟ آیا راه دیگری وجود دارد؟ آیا میل دارید گزینه‌های دیگر را به شما پیشنهاد کنم؟ بود
هفتم	ارائه راه‌حل‌های جدید	محتوای جلسه شامل ارائه راهکارهای جدید توسط درمانگر یا سایر اعضا بود
هشتم	جمع‌بندی	محتوای جلسه شامل مروری بر جلسه‌های قبل، بررسی مسائل پیش‌آمده، بررسی کارهای تمام نشده، بررسی راهکارها و توصیه‌هایی برای پایان گروه درمانی بود

یافته‌های پژوهش

پیش از تحلیل فرضیه‌ها، شاخص‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان برای ارزیابی همسانی اولیه گروه‌های آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های پژوهش (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار± میانگین	آماره	سطح معناداری
سن	آزمایش	۱۶/۱±۱۳/۰۶۰	T =-۰/۷۳۹	۰/۳۶۱
	کنترل	۱۶/۰±۴۰/۹۱۰		
	کل	۱۶/۰±۲۷/۹۸۰		

آزمون T دو گروه مستقل# اختلاف معناداری p<۰/۰۵

p<۰/۰۵ همان‌گونه که در مندرجات جدول ۲ مشاهده می‌شود، نمونه پژوهش حاضر شامل ۲ گروه ۱۵ نفره هستند. میانگین و انحراف معیار کل سن شرکت‌کنندگان ۱۶/۲۷±۰/۹۸۰ بود. همگنی آزمودنی‌ها در این متغیر از طریق آزمون T دو گروه مستقل مورد بررسی قرار گرفت. بین سن شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر بدریخت‌انگاری بدن به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	انحراف معیار± میانگین	آماره	سطح معناداری
بدریخت‌انگاری بدن	آزمایش	۷۲/۶±۹۳/۲۳۷	T =-۰/۱۲۲	۰/۹۰۴
	کنترل	۷۳/۵±۲۰/۶۷۰		
	کل	۷۳/۵±۰۷/۸۷۸		

آزمون T دو گروه مستقل# اختلاف معنی‌داری p<۰/۰۵

همان‌گونه که در مندرجات جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین شرکت‌کنندگان در متغیر بدریخت‌انگاری بدن در گروه کنترل۷۳/۲۰ و در گروه آزمایش۷۲/۹۳ بود. همگنی آزمودنی‌ها در این متغیر از طریق آزمون T دو گروه مستقل مورد بررسی قرار گرفت. بین نمرات شرکت‌کنندگان در این متغیر، در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول۴. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمون‌ها

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی	آزمایش	۱۹۷/۴۰	۱۰/۹۶۰	۱۹۴/۰۰	۱۱/۰۷۸
	کنترل	۱۹۵/۴۰	۱۰/۴۱۲	۱۹۶/۰۰	۱۰/۵۲۲
	کل	۱۹۶/۴۰	۱۰/۵۵۲	۱۹۵/۰۰	۱۰/۶۶۴
عزت‌نفس	آزمایش	۱۴/۵۳	۲/۸۰۰	۱۵/۲۷	۳/۱۰۵
	کنترل	۱۵/۴۰	۲/۹۹۵	۱۵/۰۰	۳/۰۰۰
	کل	۱۴/۹۷	۲/۸۸۳	۱۵/۱۳	۳/۰۰۳

در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همان‌گونه که یافته‌های مندرج در جدول نشان می‌دهد، میانگین متغیر کمال‌گرایی در گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون ۱۹۵/۴۰ و در مرحله پس‌آزمون ۱۹۶/۰۰ است. همچنین میانگین این متغیر در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۱۹۷/۴۰ و در مرحله پس‌آزمون ۱۹۴/۰۰ به دست آمده است. میانگین متغیر عزت‌نفس در گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون ۱۵/۴۰ و در مرحله پس‌آزمون ۱۵/۰۰ است و میانگین این متغیر در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۱۴/۵۳ و در مرحله پس‌آزمون ۱۵/۲۷ به دست آمده است.

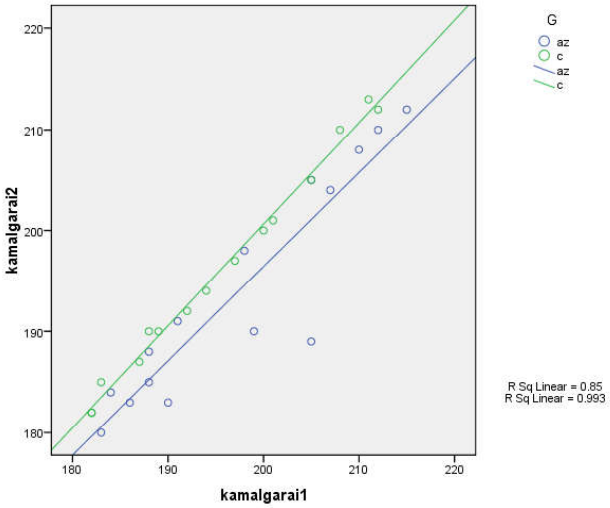
جدول ۵. آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	z	سطح معناداری
پیش‌آزمون کمال‌گرایی	۰/۱۲۹	۰/۲۰۰
پس‌آزمون کمال‌گرایی	۰/۱۴۷	۰/۰۹۶

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیر مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است؛ چرا که مقادیر z محاسبه‌شده هم در پیش‌آزمون

و هم پس‌آزمون در سطح ۰p/۰۵> معنادار نیست.

نمودار ۱. بررسی خطی‌بودن برای متغیر کمال‌گرایی



جدول ۶. آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس برای بررسی تعامل بین متغیر همپراش و متغیر مستقل

متغیر	اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کمال‌گرایی	گروه پیش‌آزمون‌ها	۴/۴۸۷	۱	۴/۴۸۷	۰/۴۳۳	۰/۵۱۶

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود تعامل بین نمرات پیش‌آزمون و گروه معنادار نیست [F=۰/۴۳۳ ،P<۰/۵۱۶]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون لوین مبتنی بر همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی بین‌گروهی (df۱)	درجه آزادی درون‌گروهی (df۲)	سطح معناداری
کمال‌گرایی	۲/۸۵۹	۱	۲۸	۰/۱۰۶

همان‌گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است (p>۰/۰۵).

پس از تأیید همه مفروضه‌ها برای مقایسه میانگین نمرات کمال‌گرایی گروه‌ها در پس‌آزمون از آزمون ANCOVA استفاده شد؛ به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول۸. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون کمال‌گرایی گروه‌ها

متغیر	اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
کمال‌گرایی	گروه	۱۱۵/۰۴۵	۱	۱۱۵/۰۴۵	۱۱/۳۴۵	۰/۰۰۲	۰/۲۹۶

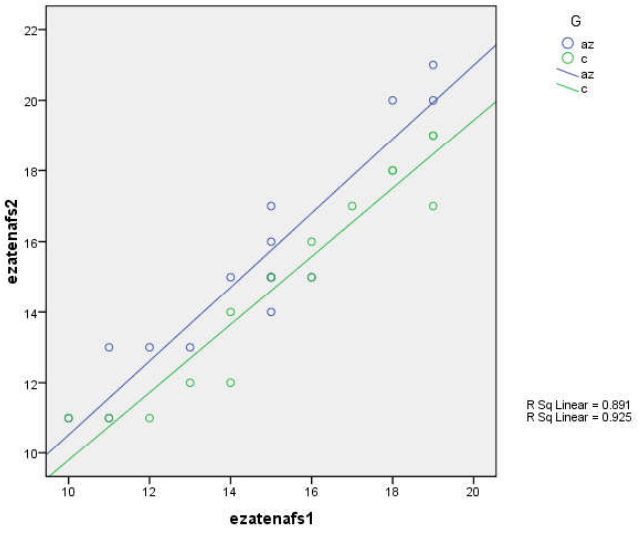
نتایج به دست آمده در جدول ۸ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمره‌های پیش از مداخله، تفاوت معناداری بین دو گروه (گروه کنترل و گروه آزمایش) در نمره‌های پس از مداخله در کمال‌گرایی وجود داشت (F=۱۱/۳۴۵؛ P=۰/۰۰۲). این نتایج بیانگر تأثیر واقعیت‌درمانی بر کمال‌گرایی نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری به دنیاست. همچنین ضریب تأثیر به دست آمده نشان می‌دهد که ۰/۲۹ از تفاوت‌های گروه‌ها در نمرات کمال‌گرایی در پس‌آزمون، مربوط به تأثیر واقعیت‌درمانی است.

جدول۹. آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	Z	سطح معناداری
پیش‌آزمون عزت‌نفس	۰/۱۲۰	۰/۲۰۰
پس‌آزمون عزت‌نفس	۰/۱۱۸	۰/۲۰۰

مندرجات جدول ۹ نشان می‌دهد که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیر مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است؛ چرا که مقادیر z محاسبه‌شده هم در پیش‌آزمون و هم پس‌آزمون در سطح p>۰/۰۵ معنادار نیست.

نمودار ۲. بررسی خطی بودن برای متغیر عزت‌نفس



جدول۱۰. آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس برای بررسی تعامل بین متغیر همپراش و متغیر مستقل

متغیر	اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عزت‌نفس	گروه پیش‌آزمون‌ها	۰/۴۰۷	۱	۰/۴۰۷	۰/۴۳۹	۰/۵۱۳

همان‌گونه که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، تعامل بین نمرات پیش‌آزمون و گروه معنادار نیست [P<۰/۵۱۳، F=۰/۴۳۹]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۱۱. نتایج آزمون لوین مبنی بر همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی بین‌گروهی (df1)	درجه ازادی درون‌گروهی (df2)	سطح معناداری
عزت‌نفس	۰/۷۹۹	۱	۲۸	۰/۳۷۹

همان‌گونه که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود، مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است (p>۰/۰۵).

پس از تأیید همه مفروضه‌ها برای مقایسه میانگین نمرات عزت‌نفس گروه‌ها در پس‌آزمون از آزمون ANCOVA استفاده شد؛ به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول۱۲. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون عزت‌نفس‌گروه‌ها

متغیر	اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
عزت‌نفس	گروه	۹/۴۴۱	۱	۹/۴۴۱	۱۰/۳۹۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷۸

نتایج به دست آمده در جدول ۱۲ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمره‌های پیش از مداخله، تفاوت معناداری بین دو گروه (گروه کنترل و گروه آزمایش) در نمره‌های پس از مداخله در عزت نفس وجود داشت (P=۰/۰۰۳؛F=۱۰/۳۹۰). این نتایج بیانگر تأثیر واقعیت درمانی بر عزت نفس نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدنی است. همچنین ضریب تأثیر به دست آمده نشان می‌دهد که ۰/۲۷ از تفاوت‌های گروه‌ها در نمرات عزت‌نفس در پس‌آزمون، مربوط به تأثیر واقعیت‌درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل‌هایی که با هدف بررسی فرضیه اول انجام شد، نشان داد واقعیت‌درمانی بر کمال‌گرایی نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدنی اثربخش است (جدول ۸)؛ زیرا در مرحله پس‌آزمون، کمال‌گرایی آزمودنی‌های گروه آزمایش که مداخله را دریافت کرده بودند؛ به طور معناداری کاهش یافته است. پس فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. این یافته‌ها تا حدودی با نتایج پژوهش‌های مختلف در راستای اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کمال‌گرایی، از جمله پژوهش‌های حاجی‌دوست‌گیو و همکاران(۱۴۰۳)، شاهی‌نژاد و همکاران(۱۴۰۳)، مرادی‌زاده و همکاران(۱۳۹۸)، حدادی بهرام و همکاران(۱۳۹۹)، عبدی دهکردی و همکاران(۱۳۹۷) و نوگراهو و سانیچزولفا(۲۰۲۵) و ساهیانینگسیه و استیاواتی(۲۰۲۲) همسوست.

در تبییـن یافته‌هـای حاصـل از این فرضیه می‌توان گفت انسـان‌ها هنگام مواجه شـدن بـا رویدادهایـی کـه در زندگی آن‌ها رخ می‌دهد، تعبیرهای مختلفی به ذهن‌شـان می‌رسـد و معمـولاً بـا انتخاب یکی از آن‌ها به پردازش آن می‌پردازند، اما افراد کمال‌گرا معیارهای بسـیار بالایی را برای موفقیت در نظر می‌گیرند و اگر به آن اهداف بلندپروازانه نرسـند؛ خودشـان را شکست‌خورده می‌دانند. آن‌ها نسخه همه اتفاق‌های دنیا را با قانون همه یا هیچ می‌پیچند. برای کمال‌گراها نتیجه هر کاری یا شکست کامل و یا موفقیت کامل است(مرادی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). بنابرایـن افـراد کمال‌گرا گاهـی در برخـورد بـا اتفاقـات به دلیـل اضطراب بیـش از حد ممکن اسـت انتخاب‌هایی را که به ذهن‌شـان می‌رسـد، محدود نمایند و نتوانند برای خود راه‌حل‌هایی مفید گزینش کنند و صرفاً روی گزینه‌ای خاص تمرکز می‌کنند. در مراحله چهارم واقعیت‌درمانی، مراجع به بررسی گزینه‌های بیشتر به جز گزینه‌های موجود می‌پردازد. در این مرحله گزینه‌های بیشتری شناسایی و برای اجرای آن‌ها در مرحله پنجم طرح‌ریزی می‌شود. انسان‌ها زمانی که بتوانند گزینه‌های بیشتری برای یک اتفاق پیش‌روی خود ببینند، با توجه به شرایط و موقعیت خود دست به انتخاب‌های کاراتر و بهتری می‌زنند(گلسر، ۱۴۰۲).

در واقعیت‌درمانـی تأکیـد اصلـی بر روی قبول واقعیـت، پذیرش مسـئولیت و زمان حال اسـت. از ایـن‌رو بـه آزمودنی‌هـا آموزش داده می‌شـود تا رفتارشـان را مورد ارزیابـی قرار دهند و ببیننـد کـه آیـا ایـن رفتار برای آن‌هـا کاربردی و مفید اسـت یا خیـر و برای انجـام رفتارهای بهتـر برنامـه‌ای واقع‌بینانـه تنظیم کننـد. از این‌رو برای آنکـه به اهداف خود برسـند، باید به انجـام آن متعهـد باشـند(مرادی‌زاده و همـکاران، ۱۳۹۸). این درمان می‌توانـد موجب ایجاد طرز تفکری مناسـب شود و افراد می‌توانند چگونگی شـناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند. طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشـکلات پیش‌رو مقابله‌ای سـالم داشـته باشـند، بر سـختی‌ها فائق آینـد و با جریان زندگی حرکت کنند. این آمـوزش احتمالاً می‌تواند منشـأ تغییرات از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشـد. به نظر می‌رسـد با توجه به گرایش جـدی واقعیت‌درمانـی به مسـائل بنیادی و اساسـی زندگـی، توجه به دنیـای مطلوب، درک آنان از محیط اطراف، حذف کنترل‌گری بیرونی، توجه به رفتار کلی و انتخاب‌شـده برای حل

تعارضات در زندگی، در ترازوی شناختی افراد، اثربخشی این درمان بر کمال‌گرایی نوجوانان مبتلا به بدریخت‌انگاری بدنی قابل توجیه باشد(همان).

نتایج تحلیل‌هایی که با هدف بررسی فرضیه دوم انجام شد، نشان داد واقعیت درمانی بر عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدنی اثربخش است(جدول ۱۲)؛ زیرا در مرحله پس‌آزمون، عزت‌نفس آزمودنی‌های گروه آزمایش که مداخله را دریافت کرده بودند؛ به طور معناداری افزایش یافته است. پس فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود. این یافته‌ها تا حدودی با نتایج پژوهش‌های مختلف در راستای اثربخشی واقعیت‌درمانی بر عزت‌نفس از جمله پژوهش‌های حاجی‌دوست‌گیو و همکاران(۱۴۰۳)، میراحمدی و منشئی(۱۳۹۸)، نوروزی(۱۳۹۷)، اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران(۱۳۹۳)، فرقانی طرفی و همکاران(۱۳۹۱)، دورسن و چیهان(۲۰۲۳)، ساهیانینگسیه و استیاواتی[1](۲۰۲۲)، کیم و جانگ (۲۰۱۹)، روزیدی و همکاران (۲۰۱۸) و کیم (۲۰۰۵) همسوست.

جلسات بحث گروهی واقعیت‌درمانی، تجربه جدیدی برای کنترل استرس و ترس این بیماران است. آن‌ها با مفهوم اختلال بدشکلی بدن آشنا و با واقعیتی از زندگی خود روبه‌رو می‌شوند و سپس با بازسازی شناخت‌های خود دست به انتخاب جدیدی در زندگی می‌زنند. در نهایت این افراد انتخاب و مسئولیت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می‌کنند(میراحمدی و منشئی، ۱۳۹۸). برون‌سازی وقایع زندگی، یکی از مراحل واقعیت‌درمانی است که درمان‌جویان با یافتن هویتی جدید برای زندگی می‌توانند به تغییر در روابط بین فردی بدون تغییر و دستکاری در ظاهر جسمانی خود فکر کنند. این بیماران درگیری دائمی با افسرده بودن، مضطرب بودن یا تجربه کردن احساس گناه همراه وسواس فکری، ترس از ارزیابی منفی، خودپنداره منفی، عزت‌نفس پایین و تصویر بدنی نامطلوب از خود دارند. آن‌ها تصور می‌کنند که تصویر بدنی نامطلوبی دارند و دیگران به خاطر این تصویر نامطلوب، آن‌ها را طرد می‌کنند(نوروزی، ۱۳۹۷).

مبتلایان به بدریخت‌انگاری بدنی نگاهی متفاوت به زندگی دارند؛ به‌گونه‌ای که در روابط بین فردی خود نسبت به ظاهر خویش حساس و درباره قضاوت‌های دیگران از

1. Cahyaningsih&Setiawati

ظاهرشان کنجکاو هستند. آن‌ها درباره خود احساس حقارت می‌کنند و از عزت‌نفس پایینی برخوردارند؛ زیرا تصور می‌کنند که اثربخشی آن‌ها در روابط بین‌فردی از طریق ظاهر جسمانی است(میراحمدی و منشئی، ۱۳۹۸). واقعیت‌درمانی می‌تواند در خصوص کنترل ادراک‌ها و رفتارهای ناسازگارانه به این بیماران کمک کند. در جلسات واقعیت‌درمانی رفتارهای سازگارانه آموزش داده می‌شود تا در ادراک و برداشت خود از پیرامون درک درستی داشته باشند و بتواند خود و دیگران را آن‌گونه که هستند، بپذیرند؛ نه آن‌گونه که تصور می‌کنند و انتظار دارند. تصوری که بیماران مبتلا به بدریخت‌انگاری بدنی از خود دارند، بر عزت‌نفس، سلامت روان و حس ارزشمندی آن‌ها مؤثر است. اگر افراد تصور مثبتی از خودشان داشته باشند و تصویرشان در دنیای کیفی از خودشان مثبت باشد، عزت نفس آن‌ها بالاتر می‌رود(گلاسر، ۱۴۰۲). در طی جلسات واقعیت‌درمانی سعی شد تا دنیای کیفی منفی مراجعان از خودشان به دنیایی مثبت تغییر یابد. همچنین به مراجعان آموزش داده شد تا به طور صحیحی نیازهای اساسی خود را برآورده سازند؛ زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه صحیح سبب افزایش میزان عزت‌نفس می‌شود(میراحمدی و منشئی، ۱۳۹۸).

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی بر کمال‌گرایی و عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدنی اثربخش است. در روند واقعیت‌درمانی نوعی سازگاری و حس وظیفه‌شناسی در نوجوانان مبتلا به اختلال بدیخت‌انگاری بدنی تقویت شده است. این تفکر به فرد مسئولیت‌پذیری نسبت به انتخاب‌ها و کنترل درونی را یادآور می‌شود که موجب می‌شود که این افراد کمتر از راهبردهای ناکارآمد توجیه خود استفاده کنند و پیامدهای مثبت و منفی هر آنچه را که انجام می‌دهند، بپذیرند. وقتی که مراجعان احساس خوبی نسبت به خود داشته باشند، رفتارهای بیهوده و خودویرانگر مانند کمال‌گرایی و احساس بی‌ارزشی و عزت‌نفس پایین را انتخاب نمی‌کنند. در نتیجه می‌توان از آن به عنوان یک مداخله بالینی مؤثر در کاهش مشکلات روانی نوجوانان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدنی استفاده کرد. از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به کوتاه‌مدت بودن پژوهش و عدم انجام مطالعه روی دو جنس دختران و پسران برای مقایسه نتایج آنان با یکدیگر اشاره کرد.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

۲. اسمخانی اکبرنژاد، هادی، احمد اعتمادی و فریبا نصیرنژاد (۱۳۹۳)، «اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب زنان»، مطالعات روان‌شناختی، دوره ۱۰، ش۲، ص۸۷ـ۷۴.

۳. اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی، محمد قمری، جعفر پویامنش و قربان فتحی‌اقدم (۱۳۹۸)، «مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان: پیگیری ۴ ماهه»، مجله بالینی پرستاری و مامایی، دوره ۸، ش۲، ص۴۰۱ـ۳۸۶.

۴. ایزدی اجیرلو، احمد، بهمن بهمنی و علی قنبری مطلق (۱۳۹۱)، «اثربخشی مداخله‌شناختی رفتاری گروهی بر اصلاح تصویر تن و افزایش عزت‌نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی»، توانبخشی، دوره ۱۳، ش۴، ص۸۳ـ۷۲.

۵. باقرنژاد حصاری، بی‌بی‌فاطمه، محمدعلی مروتی شریف‌آباد، بهنام جمشیدی، مسعود حسنی چاری، شهربانو حقیقت و محمدرضا رزمی (۱۳۸۸)، «اعتباریابی مقیاس جدید کمال‌گرایی»، مجله علوم رفتاری، دوره ۳، ش۱، ص۴۳ـ۳۵.

۶. بساک‌نژاد، سودابه، مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، محدثه حسنی و فریده نرگسی (۱۳۹۱)، «اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر نگرانی از بدریختی بدن در دانشجویان دختر»، فصلنامه علمی ـ پژوهشی روان‌شناسی سلامت، دوره ۱، ش۲، ص۱۱ـ۵.

۷. حاجی‌دوست‌گیو، فاطمه، محمدحسن غنی‌فر و فاطمه شهابی‌زاده (۱۴۰۳)، «بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر نشانگان روان‌شناختی نوجوانان»، مجله پژوهش پرستاری ایران، دوره ۱۹، ش۴، ص۱۴ـ۴.

۸. حدادی بهرام، آزیتا، سمیه تکلوی و محمد نریمانی (۱۳۹۹)، «مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان تحلیل تعامل متقابل بر کمال‌گرایی زنان مبتلا به نشانگان وانمودگرایی»، مطالعات ناتوانی، دوره ۱۰، ش۵۶، ص۷ـ۱.

۹. حسن‌زاده، رمضان و پژمان بریمانی (۱۳۹۶)، «اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تصویر تن و نشخوار افسرده‌کننده دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم بابل»، فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی، دوره ۱، ش۲، ص۲۶ـ۱۹.

۱۰. رجبی، غلامرضا و زهرا نادری (۱۳۹۲)، «ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تنیدگی پس از زایمان»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۱۹، ش۱، ص۷۲ـ۶۵.

۱۱. زرگر، یداله، صحر صیاد و سودابه بساک‌نژاد (۱۳۹۰)، «اثر بخشی گروه‌درمانی شناختی ـ رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش‌آموزان دختر»، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، ش۵، ص۱۲۳ـ۱۱۵.

۱۲. سلطانی، مریم و فریبرز درتاج (۱۳۹۸)، «مقایسه اضطراب اجتماعی و عزت‌نفس دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد»، مجله تعالی در مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۷، ش۲۸، ص۲۹ـ۱۹.

۱۳. سهرابی، فاطمه، احمد برجعلی و محمدمهدی مؤمنی (۱۳۹۹)، «اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی افراطی»، فصلنامه رویش روان‌شناسی، دوره ۹، ش۴۹، ص۸۲ـ۷۵.

۱۴. شاهی‌نژاد، مصیب، شیرعلی خرامین و سید یوسف رسولی (۱۴۰۳)، «مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و طرح‌واره‌درمانی بر افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره ۶۶، ش۶، ص۱۲۱۴ـ۱۲۰۴.
۱۵. صاحبدل، حسین، ابوالقاسم خوش‌کنش و تقی پورابراهیم (۱۳۹۰)، «بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت روانی سالمندان مقیم آسایشگاه شهید هاشمی‌نژاد کهریزک»، نشریه علمی پژوهشی سالمند، دوره ۷، ش۲۴، ص۲۴ـ۱۶.
۱۶. صادقی صومعه اولیایی، راحله، آناهیتا خدابخشی کولایی، محمداسماعیل اکبری، مهدی کوهساریان و مهری کلهرنیا گلکار (۱۳۹۱)، «تصویر بدنی و عزت‌نفس: مقایسه دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان»، مجله بیماری‌های پستان ایران، دوره ۵، ش۳ـ۲، ص۲۹ـ۱۶.
۱۷. عبدی دهکردی، صفر، طیبه شریفی، احمد غضنفری و کمال صولتی (۱۳۹۷)، «اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر باورهای غیرمنطقی، سرسختی روان‌شناختی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان با استعدادهای درخشان»، فصلنامه کودکان استثنایی، دوره ۱۹، ش۱، ص۱۰۸ـ۹۵.
۱۸. فرقانی طرقی، ام‌البنین، مریم جوانبخت، محمدحسین بیاضی، علی صاحبی، شعیب وحیدی و خدیجه دروگر (۱۳۹۱)، «مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت‌درمانی بر عزت‌نفس دانش‌آموزان دبیرستانی»، اصول بهداشت روانی، دوره ۱۴، ش۲، ص۱۸۰ـ۱۷۲.
۱۹. گلسر، ویلیام (۱۴۰۲ش)، واقعیت‌درمانی، ترجمه علی صاحبی، تهران: سایه سخن.
۲۰. مرادی‌زاده، سیروس، حسن‌علی ویسکرمی، فضل‌الله میردریکوند، عزت‌الله قدم‌پور و فیروزه غضنفری (۱۳۹۸)، «بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و واقعیت‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی و استرس تحصیلی دانش‌آموزان دختر تیزهوش»، فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی، دوره ۹، ش۳۴، ص۱۱۰ـ۹۱.
۲۱. موحد، مجید، نورالله محمدی و مریم حسینی (۱۳۹۰)، «مطالعه رابطه بین رسانه‌ها، تصویر بدن و عزت‌نفس با عمل و تمایل به آرایش»، مطالعات اجتماعی ـ روان‌شناختی زنان (مطالعات زنان)، دوره ۹، ش۲، ص۱۵۹ـ۱۳۳.
۲۲. مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز، بهمن نجاریان و رؤیا بهارلویی (۱۳۷۸)، «رابطه کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی در دانشجویان»، مجله روان‌شناسی، دوره ۳، ش۳، ص۲۴۸ـ۲۳۱.
۲۳. میراحمدی، مهشاد و غلامرضا منشئی (۱۳۹۸)، «اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر عزت‌نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی»، نشریه ارزیابی و پژوهش در مشاوره و روان‌شناسی، دوره ۱، ش۱، ص۷۴ـ۵۷.
۲۴. نوروزی، مهین (۱۳۹۷)، «اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر خودکارآمدی و عزت‌نفس و احساس خشنودی نوجوانان کم‌توان مالی»، پنجمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، قزوین، ایران.

ب)منابع لاتین

1. Alwan, S. A., Jawad, K. K., Alyaseri, N. H. A., Subhi, K. A., Hussein, E. K., Aned, A. M., … & Abed, R. A. (2023). The psychological effects of perfectionism on sport, economic and engineering students. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y elDeporte*, 18(3), 330–333.
2. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. American Psychiatric Association.
3. Andrews, J. L., Foulkes, L. E., Bone, J. K., & Blakemore, S. J. (2020). Amplified concern for social risk in adolescence: Development and validation of a new measure. *Brain Sciences*, 10(6), 397.
4. Cahyaningsih, N., & Setiawati, F. A. (2022). Effectiveness of Reality Group Counseling to Enhance Students' Self-efficacy in High School. In *International Seminar on Innovative and Creative Guidance and Counseling Service*, 159-163.
5. Dursun, A., & Ceyhan, A. A. (2023). The effectiveness of reality therapy based psycho-education program regarding decreasing the level of problematic internet usage of adolescents. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 13(69), 146–159.
6. Glasser, W. (2013). *Take Charge of Your Life: How to Get What You Need with Choice Theory*. HarperCollins.
7. Fadaei, S., Janighorban, M., Mehrabi, T., Ahmadi, S. A., Mokaryan, F., &Gukizade, A. (2011). Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(8), 1047.
8. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contents: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
9. Hewitt, P. L., Smith, M. M., Deng, X., Chen, C., Ko, A., Flett, G. L., & Paterson, R. J. (2020). The perniciousness of perfectionism in group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*, 57(2), 206–219.
10. Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of personality assessment*, 82(1), 80-91.
11. Jung, E. H., & Jun, M. K. (2022). Factors affecting body image distortion in adolescents. *Children*, 9(12), 1944.
12. Kim, J. (2005). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(8), 1485–1492.
13. Kim, J. Y., & Han, C. K. (2023). Asset effects on the life satisfaction of workers with

disabilities in Korea: The mediating effects of self-esteem and job satisfaction. *Journal of Social Service Research*, 48(1), 98–107.

14. Kim, N. R., & Jang, M. H. (2019). Effects of self-assertive training applying reality therapy techniques on self-esteem and internalized stigma in schizophrenia patients. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(1), 37-49.
15. Kuck, N., Cafitz, L., Bürkner, P.-C., Hoppen, L., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2021). Body dysmorphic disorder and self-esteem: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21, 310.
16. Lin, H.-C., & Lin, Y.-C. (2018). The study of body image, self-esteem and sexual satisfaction of college students in southern Taiwan. *Universal Journal of Educational Research*, 6(28), 647–652.
17. Littelton, H. L., Axsom, D.,& Pury, C. L. S. (2005). Development of the Body Image Concern Inventory. *Behavior Research & Therapy*, 43(2), 229- 241.
18. Monteiro, R. P., Coelho, G. L. d., Hanel, P. H. P., et al. (2022). The efficient assessment of self-esteem: Proposing the brief Rosenberg Self-Esteem Scale. *Applied Research Quality Life*, 17, 931–947.
19. Montesano, A., Medina, J. C., & Paz, C. (2021). Does virtual reality increase the efficacy of psychotherapy for young adults with mild-to-moderate depression? A study protocol for a multicenter randomized clinical trial. *Trials*, 22, 916.
20. Nugroho, S., &Saniatuzzulfa, R. (2025). The Effectiveness of Reality Therapy in Reducing the Fear of Failure Among X University Students. *Psikologika: JurnalPemikiran dan PenelitianPsikologi*, 30(1).
21. Rosidi, R., Sutoyo, A., & Purwanto, E. (2018). Effectiveness of reality therapy group counseling to increase the self-esteem of students. *JurnalBimbinganKonseling*, 7(1), 12–16.
22. Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y. J., Hewitt, P. L., Flett, G. L., &Baggley, D. L. (2022). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 63(1), 16–31.
23. Stricker, J., Kröger, L., Johann, A. F., Küskens, A., Gieselmann, A., &Pietrowsky, R. (2022). Multidimensional perfectionism and poor sleep: A meta-analysis of bivariate associations. *Sleep Health*, 9(2), 228-235.
24. Telich-Tarriba, J. E., Seidman-Sorsby, A., Cruz-Zermeño, M., Leyva-Vazquez, A., &Telich-Vidal, J. (2023). Development and implementation of an aesthetic surgery fellowship after residency: The Universidad La Salle/Hospital Angeles experience. *Aesthetic Plastic Surgery*, 47(Suppl 1), 85–87.
25. Wubbolding, R. E. (2011). Reality Therapy: Theories of Psychotherapy Series. American Psychological Association.

26. Wilhelm, S. (2006). *Feeling good about the way you look: A program for overcoming body image problems.* Guilford Press.
27. Yosopov, L. (2020). *The relationship between perfectionism and procrastination: Examining trait and cognitive conceptualizations, and the mediating roles of fear of failure andovergeneralization of failure* (Doctoral dissertation, The University of Western Ontario (Canada).