

April-May 2022, Volume 10, Issue 1

[10.22034/IJPN.10.1.64](https://doi.org/10.22034/IJPN.10.1.64)

Investigating the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Symptoms of Body Dysmorphic Disorder Mediated by Self-compassion

Elham Saadatmand¹, Majid Mahmood Alilou^{2*}, Khalil Esmaeilpour³, Touraj Hashemi⁴

1- PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

4- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Corresponding Author: Majid Mahmood Alilou, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Email: M-alilou@tabrizu.ac.ir

Received: 14 Feb 2022

Accepted: 19 April 2022

Abstract

Introduction: Body dysmorphic has a high prevalence rate and can lead to impaired daily functioning. The purpose of this study was to investigate the relationship between primary maladaptive schemas and symptoms of body dysmorphic disorder mediated by self-compassion.

Methods: The research method was a correlational study using structural equation analysis. The population of the study consisted of single students aged 18-35 years of Tehran universities in the academic year of 2021-2022, of which 622 were selected (Online response) by Convenience sampling. The research instrument included: the dysmorphic concern questionnaire of Oosthuizen et al. (1998), the Young Schema Questionnaire Short Form (1994), and the short form of the self-compassion scale of Raes et al. (2011). For data analysis, the structural equation method and SPSS software version 25 and AMOS version 24 were used.

Results: The results showed that the direct and indirect effects (mediated by self-compassion) of the schemas of »self-determination and disrupted performance« on symptoms of body dysmorphic disorder were significant respectively, as standardized effects, 0.26 ($P < 0.05$) and 0.14 ($P = 0.01$). Also, the indirect effect of schemas in the field of »cut and rejection« and »disrupted limitations« mediated by self-compassion symptoms of body dysmorphic disorder was significant respectively as standardized effects, 0.05 ($P = 0.05$) and 0.17 ($P < 0.01$). Finally, the results showed that the schemas of »other-oriented« and »Excessive tinnitus and inhibition« have a direct and indirect effect on symptoms of body dysmorphic disorder ($P > 0.05$).

Conclusions: Considering self-compassion as a mediator between early maladaptive schema and symptoms of body dysmorphic can help explain body dysmorphic disorder.

Keywords: Early maladaptive schemas, body dysmorphic, Self-compassion.



بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدنی با میانجیگری شفقت به خود

الهام سعادت‌مند^۱، مجید محمود علیلو^{۲*}، خلیل اسماعیل پور^۳، تورج هاشمی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳- دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴- استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: مجید محمود علیلو، استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

ایمیل: M-alilou@tabrizu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۵

چکیده

مقدمه: بدریخت انگاری بدنی نرخ شیوع بالایی دارد و می تواند منجر به اختلال در عملکرد روزانه گردد. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدنی با میانجیگری شفقت به خود بود.

روش کار: روش پژوهش همبستگی با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان مجرد ۳۵-۱۸ سال دانشگاه های شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که تعداد ۶۲۲ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس (پاسخگویی به صورت آنلاین) از آنها انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه نگرانی از بدشکلی استوزین و همکاران (۱۹۹۸)، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۴) و فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود ریس و همکاران (۲۰۱۱). برای تحلیل داده ها از روش معادلات ساختاری و نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۵ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که اثر مستقیم و غیرمستقیم (با میانجی گری شفقت به خود) طرحواره های حوزه «خودگردانی و عملکرد مختل» بر نشانه های بدریخت انگاری بدنی به ترتیب با اندازه اثرهای استاندارد شده ۰/۲۶ ($P < ۰/۰۵$) و ۰/۱۴ ($P = ۰/۰۱$) معنادار بود. همچنین اثر غیرمستقیم طرحواره های حوزه «بریدگی و طرد» و «محدودیت های مختل» با میانجی گری شفقت به خود بر نشانه های بدریخت انگاری بدنی نیز به ترتیب با اندازه اثرهای ۰/۰۵ ($P = ۰/۰۵$) و ۰/۱۷ ($P < ۰/۰۱$) معنادار بود. در نهایت نتایج نشان داد که طرحواره های حوزه های «دیگر جهت مندی و گوش بزنگی بیش از حد» و «بازداری» اثر مستقیم غیر مستقیم معناداری بر بدریخت انگاری بدنی ندارند ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: در نظر گرفتن شفقت به خود به عنوان میانجی در رابطه طرحواره ناسازگار اولیه و نشانه های بدریخت انگاری بدنی، می تواند به تبیین اختلال بدریخت انگاری بدنی کمک کند.

کلیدواژه ها: طرحواره های ناسازگار اولیه، بدریخت انگاری بدنی، شفقت به خود.

مقدمه

دانشجویان که در سنین جوانی قرار دارند اغلب نگرانی‌هایی در مورد ظاهر خود و اندام خود دارند (۱). ویژگی‌های رشدی و تمایل به مرکز توجه بودن اغلب انگیزه اساسی چنین گرایش‌هایی در جوانان است (۲). از طرف دیگر اختلال بدریخت‌انگاری بدنی (BDD) یک اختلال روانی است که با دل‌مشغولی وسیع به نقص‌های ظاهری مشخص می‌گردد (۳). مبتلایان به BDD اغلب ساعات زیادی را در روز صرف فکر کردن در مورد ظاهر خود می‌کنند و غالباً با بهبود یا پنهان کردن نواحی مورد نظر بدن که دارای نقص ادراک می‌شوند، در مراسم‌ها و اجتماع شرکت می‌کنند. در BDD افراد خودآگاهی بیش از حدی را تجربه می‌کنند (خودآگاهی که متمرکز بر نحوه دیدگاه دیگران است؛ یعنی این اعتقاد که مردم در مورد کاستی یا نقص ادراک شده آنها توجه می‌کنند، قضاوت می‌کنند یا صحبت می‌کنند (۴). همچنین افراد با این اختلال رفتارهای تکراری (مانند بررسی آینه، نظافت بیش از حد، واریسی پوست و اطمینان خاطرجویی) یا اعمال ذهنی (به عنوان مثال، مقایسه ظاهر خود) انجام خواهند داد. این رفتارها و اعمال ذهنی مکرر لذت بخش نیستند و کنترل/مقاومت در برابر آنها دشوار است (۵). در یکی از جدیدترین مطالعه‌ها که در ایران صورت گرفت، نتایج حاکی از این بود که حدود ۷۷ درصد از دانشجویان از حداقل یک قسمت از بدن خود ناراضی هستند. یافته‌ها همچنین نشان داد که شیوع علائم BDD در بین دانشجویان دانشگاه ۴/۵ درصد است (۱). علاوه بر نرخ شیوع نگران‌کننده BDD، همچنین به نظر می‌رسد که هزینه‌های مالی که این بیماری به همراه خود دارد، نگران‌کننده است؛ به گونه‌ای که به نظر می‌رسد BDD تبیین‌کننده اقدام به جراحی زیبایی و پلاستیک است (۶، ۷).

وجود تفاوت فرهنگی و عدم افشای این اختلال بر ضرورت درک بیشتر عوامل پیش‌بینی‌کننده BDD در هر جامعه‌ای جهت بهبود مداخله‌ها، افزوده است (۸). به نظر می‌رسد که ارزیابی‌ها و قضاوت‌های منفی نسبت به خود از جمله نشانه‌های رایج در BDD است (۵). در همین رابطه شفقت به خود به عنوان یک ظرفیت روان‌شناختی مثبت، به یک موضع و نگاه مثبت نسبت به خود، حتی زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود، اشاره دارد (۹). شفقت به خود شامل مهربانی به خود در مقابل قضاوت کردن

خود، تجارب مشترک انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی مفرط است. مهربانی با خود مستلزم ملامت، حمایت و درک خود بجای سرزنش و انتقاد از خود به خاطر کاستی‌ها و همچنین تسلی و آرامش به خود در مواقع پریشانی و نهایتاً پذیرش بدون قید و شرط خود است؛ تجارب مشترک انسانی مستلزم آگاهی از درد و ناراحتی تجربه شده در زمان حال بدون این که نادیده گرفته شود و یا به نشخوار منتهی‌گردد و ذهن‌آگاهی بیانگر تجربه و بودن در زمان حال است؛ ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی بیانگر آگاه بودن از ضعف‌ها و کاستی‌های خود بدون نشخوار فکری و غرق شدن در آن‌ها (۱۰). بر عدم توانایی در شفقت به خود به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری در برابر نشانه‌های BDD تاکید شده و تا حدودی رابطه معناداری میان آنها گزارش شده است (۱۱). در مقابل وجود ظرفیت شفقت به خود، به نظر می‌رسد به عنوان یک عامل محافظ در برابر مواردی مانند آزار و اذیت دوستان در قبال ظاهر فرد و تاثیرپذیری از تمسخر آنها است (۱۲). در مقابل شفقت به خود که مبتنی بر ارزیابی‌های مثبت و مهربانانه نسبت به خود است و عامل محافظ در برابر BDD است، اما ارزیابی منفی در BDD به عنوان یک عامل خطر محسوب می‌گردد که تنها به ظاهر محدود نمی‌شود بلکه به سایر حوزه‌های «خود» نیز گسترش می‌یابد (۱۳).

یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMS) را به عنوان یک نظریه جهت تبیین کژکاری‌های شناختی و همچنین رفتارها و هیجان‌های مختل‌کننده، مطرح کرد. از لحاظ نظری، با توجه به اینکه طرحواره‌ها در زمان کودکی شروع به شکل‌گیری می‌کنند، می‌توانند اثرات پویایی بر وضعیت روان‌شناختی فرد نظیر شفقت به خود داشته باشند (۱۴، ۱۵). طرحواره‌ها ساختارهای ذهنی سفت و سختی هستند که شامل هیجان‌ها، شناخت‌ها، احساسات بدنی و خاطراتی است که با الگوهای مداوم تجربیات آسیب‌رسان شکل گرفته و حفظ می‌شوند (۱۶). به طور کلی ۱۵ طرحواره در قالب ۵ حوزه مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند که عبارتند از: ۱- حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی، رهاشدگی بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی بدرفتری، انزوای اجتماعی بیگانگی، نقص/شرم)، ۲- خودگردانی و عملکرد مختل (شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتاری/خویشترن تحول نیافته)، ۳- دیگرجهت‌مندی (اطاعت و ایثارگری)، ۴- گوش‌بزننگی بیش

در گروه‌ها و کانال‌های دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران به اشتراک گذاشته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم ابتلا به سایر اختلال‌های روانی تشخیص داده شده توسط روان‌پزشک (طبق اظهار نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش)، عدم معلولیت جسمی (طبق اظهار نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش) و رضایت از شرکت در پژوهش. ملاک خروج از پژوهش شامل عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از سوالات پرسشنامه‌ها، متاهل بودن، سابقه طلاق و سن بالاتر از ۳۵ و کمتر از ۱۸ سال بود. ابزار پژوهش شامل سه پرسشنامه بود که در ادامه معرفی شده‌اند.

پرسشنامه نگرانی از بدشکلی به منظور سنجش اختلال بدریخت‌انگاری بدن توسط استوزین و همکاران (۲۳) ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۷ سوالی است که بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (هرگز = ۰ تا خیلی بیشتر از دیگران = ۳) نمره‌گذاری می‌شود و کسب نمره بالاتر به معنای نگرانی بیشتر از بدشکلی بدن است. مواردی که در این پرسشنامه سنجیده می‌شوند شامل: نگرانی در مورد ظاهر فیزیکی، باور به بدشکلی و بدریخت‌بودن، اعتقاد به کژکاری جسمی (مانند بوی بد)، مشاوره با متخصصان زیبایی با اینکه به این افراد گفته می‌شود که از نظر ظاهری طبیعی هستند ولی آنها باور نمی‌کنند. سازندگان پرسشنامه ضمن تایید مدل تک‌عاملی پرسشنامه و روایی درونی پرسشنامه، ضریب همبستگی معناداری میان پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (BDI) را گزارش کردند. در ایران این پرسشنامه توسط کاظمینی و همکاران (۲۴) هنجاریابی شده است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از تایید و برازش مطلوب مدل تک‌عاملی داشت ($RAMSE=0/07$). همچنین این پرسشنامه با مقیاس شرم بیرونی گروس و همکاران ($I=0/38$)، مقیاس کمالگرایی اهواز ($I=0/22$) و مقیاس عاطفه منفی واتسون و همکاران ($I=0/22$)، همبستگی معناداری را نشان داد و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ

یانگ و براون (۲۵) این پرسشنامه را از روی فرم پرسشنامه اصلی ۲۰۵ سوالی طراحی کردند و فرم ۷۵ سوالی آن را ارائه کردند. طریقه نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای است که گزینه‌های آن از کاملاً غلط=۱ تا کاملاً درست=۶ می‌شود و نمره ۷۵ نشان دهنده کمترین میزان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نمره ۴۵۰ بازگو کننده

از حد و بازداری (بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه) و ۵- محدودیت‌های مختل (استحقاق/بزرگ‌منشی و خویشتن‌داری/ خود انضباطی ناکافی) (۱۴). نتایج بدست آمده از پژوهش روی جمعیت‌های مختلف حاکی از این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شفقت به خود (۱۷-۱۹) رابطه معناداری دارند. همچنین نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به صورت پویا و با میانجی‌گری متغیرها و کارکردهای روان‌شناختی بر سلامت روانی اثر بگذارند (۲۰-۲۲).

در مجموع بررسی دقیق پژوهش‌ها حاکی از شیوع بیشتر اختلال بدریخت‌انگاری بدنی در جمعیت نوجوانان و جوانان دارد (۱) و به نظر می‌رسد در جمعیت عمومی نیز گسترده باشد. بنابراین توجه و بررسی متغیرهای تبیین‌کننده این اختلال و نشانه‌های آن در جمعیت عمومی نیز می‌تواند یک مسئله پژوهشی اساسی باشد. بررسی پیشینه تا حدودی حاکی از این است شفقت به خود از یک سو با اختلال بدریخت‌انگاری و از سوی دیگر با طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه دارد. البته نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بررسی نشده است. در همین راستا پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این مسئله بود که آیا نقش میانجی شفقت به خود در رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری معنی‌دار است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع همبستگی با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان مجرد ۱۸-۳۵ سال دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی سطح شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. حداقل حجم نمونه مورد نیاز از طریق نرم‌افزار G*Power نسخه ۳,۱,۹,۷ برای مدل‌های رگرسیون چندگانه با اثرات ثابت و انحراف مجذور همبستگی چندگانه از صفر با پارامترهای اندازه اثر اندک؛ خطای نوع اول ۰/۰۵؛ توان ۰/۸۰ و تعداد پیش‌بین‌ها و میانجی‌ها ۵۷۰ نفر برآورد شده بود که با احتساب ۱۰ درصد ریزش نمونه یا پاسخ‌های ناقص حجم نمونه نهایی به ۶۲۲ نفر رسید (۵ نفر بخاطر پاسخگویی ناقص از پژوهش کنار گذاشته شدند). نمونه‌گیری به صورت دردسترس و با استفاده از پاسخگویی آنلاین صورت گرفت. پرسشنامه‌ها در سایت پرس لاین طراحی گردید و لینک پاسخگویی به آن

مقدار آلفای کرونباخ $0/86$ و بالاتر را گزارش کردند. همچنین سازندگان روایی همگرایی فرم کوتاه و فرم بلند پرسشنامه شفقت به خود را $0/97$ گزارش داده اند. شهبازی و همکاران (۲۸) ضمن بررسی و تایید روایی سازه مدل شش عاملی پرسشنامه ($RMSEA=0/04$) ضریب آلفای کرونباخ بالای $0/70$ را برای نمره کل پرسشنامه و خرده مقیاس های آن گزارش کرده اند. همچنین ضریب روایی همزمان آن را با پرسشنامه سلامت عمومی $0/45$ ($p < 0/001$) و برای خرده مقیاس های ششگانه با پرسشنامه سلامت عمومی از $0/28$ - $0/36$ ($p < 0/001$) تا $0/48$ گزارش داده اند.

مراحل اجرای پژوهش بدین صورت بود که با تهیه پرسشنامه های لازم، لینک پاسخگویی آنلاین آنها تهیه شد. سپس با هماهنگی مدیران کانال ها و گروه های مجازی دانشگاه های سطح شهر تهران، لینک پاسخگویی در این گروه ها و کانال ها به اشتراک گذاشته شد. لازم به ذکر است همراه با لینک پاسخگویی توضیحاتی پیرامون هدف پژوهش و ملاکهای ورود و خروج از پژوهش نیز نوشته شد. فرآیند نمونه گیری تا رسیدن به تعداد نمونه لازم و معرفی شده برای انجام پژوهش ادامه یافت. برای تحلیل داده ها علاوه بر استفاده از شاخص های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره، کجی و کشیدگی، فروانی و درصد فراوانی) از آزمون همبستگی پیرسون و همچنین تحلیل معادلات ساختاری و روش بوت استرپ جهت بررسی اثرات میانجی استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از دو نرم افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۵ و AMOS نسخه ۲۴ صورت گرفت. لازم به ذکر است که از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه شامل اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت کنندگان بود. همچنین پژوهش حاضر با کد اخلاق شناسه اخلاق IR.TABRIZU.REC.1400.057 در دانشگاه تبریز مصوب گردید.

یافته ها

از ۶۲۲ نفر شرکت کننده در پژوهش ۲۰۲ نفر ($32/5$ درصد) شاغل و ۴۲۰ نفر ($67/5$ درصد) بیکار بودند. همچنین ۵۹۲ نفر ($95/2$ درصد) از نمونه مورد مطالعه دانشجوی کارشناسی بودند و ۳۰ نفر ($4/8$ درصد) دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد و دکتری بودند. همچنین ۴۳۷ نفر (70 درصد) از شرکت کنندگان دختر و ۱۸۵ نفر (30 درصد) نیز پسر بودند. در نهایت میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در

بیشترین میزان طرحواره های ناسازگار اولیه است. فرم کوتاه این پرسشنامه ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه را می سنجد که عبارتند از: ۱- حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی: گویه های ۱ تا ۵، رهاسدگی بی ثباتی: گویه های ۶ تا ۱۰، بی اعتمادی بدرفتاری: گویه های ۱۱ تا ۱۵، انزوای اجتماعی بیگانگی: گویه های ۱۶ تا ۲۰، نقص / شرم: گویه های ۲۱ تا ۲۵)، ۲- خودگردانی و عملکرد مختل (شکست: گویه های ۲۶ تا ۳۰، وابستگی / بی کفایتی: گویه های ۳۱ تا ۳۵، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری: گویه های ۳۶ تا ۴۰، گرفتاری / خویشتن تحول نیافته: گویه های ۴۱ تا ۴۵)، ۳- دیگر جهت مندی (اطاعت: گویه های ۴۶ تا ۵۰، ایثارگری: گویه های ۵۱ تا ۵۵)، ۴- گوش بزنگی بیش از حد و بازداری (بازداری هیجانی: گویه های ۵۶ تا ۶۰، معیارهای سرسختانه: گویه های ۶۱ تا ۶۵) و ۵- محدودیت های مختل (استحقاق / بزرگ منشی: گویه های ۶۶ تا ۷۰ و خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی: گویه های ۷۱ تا ۷۵). برای پایایی خرده مقیاس های پرسشنامه آلفای کرونباخ از $0/62$ تا $0/81$ و برای کل پرسشنامه $0/96$ بدست آمده است. همچنین پرسشنامه روایی همگرایی معناداری با پرسشنامه افسردگی بک و روایی واگرایی معناداری با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارزر و همکاران نشان داده است (۱۴). در ایران پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین $0/54$ تا $0/73$ و نمره کل آن $0/86$ بدست آمده است. همچنین در تایید روایی همگرا و واگرا، ضرایب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه های عزت نفس استرنبرگ، افسردگی بک و نگرش های ناکارآمد گودرزی، همگی معنادار بوده اند (۲۶).

فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود ریس و همکاران

فرم کوتاه مقیاس شفقت خود توسط ریس و همکاران (۲۷) برای اندازه گیری سه مؤلفه مهربانی به خود (گویه های ۲ و ۶) در برابر قضاوت کردن خود (گویه های ۱۱ و ۱۲)، تجارب مشترک انسانی (گویه های ۵ و ۱۰) در برابر انزوا (گویه های ۴ و ۸) و ذهن آگاهی (گویه های ۳ و ۷) در برابر همانندسازی افراطی (گویه های ۱ و ۹) طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال و ۶ مولفه می باشد و بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت (تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵) به سنجش شفقت خود می پردازد. نمره بالاتر بیانگر خودشفقتی بالاتر است. ضمناً ماده های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. سازندگان برای نمره کل پرسشنامه و خرده مقیاس های آن

($P=0/02$) اندازه اثر و ($P=0/91$) بر نشانه های بدریخت انگاری بدنی از مدل کنار گذاشته شد و مبتنی بر شاخص های اصلاحی پیشنهاد شده توسط نرم افزار AMOS برخی از مقادیر خطا نیز با پیکان دو جهته به یکدیگر متصل گردیدند. نگاره مدل اصلاحی در شکل (شکل ۱) ارائه شده است. نتایج جدول (جدول ۳) نشان می دهد که مقدار بدست آمده برای شاخص های برازش مدل اصلاح شده در سطح بسیار مطلوبی قرار دارند. به طور کلی اگر شاخص های GFI, CFI, IFI, NFI و $AGFI$ بزرگتر از $0/90$ ، شاخص $RMSEA$ کوچکتر $0/10$ و df/χ^2 کوچکتر از ۳ باشد، نتایج حاکی از برازش مطلوب مدل دارد. نتایج بدست آمده از جدول (جدول ۴) نشان می دهد که در مورد حوزه خودگردانی و عملکرد مختل هم اثر مستقیم طرحواره های این حوزه بر نشانه های بدریخت انگاری بدنی و هم اثر غیرمستقیم آن (با میانجیگری شفقت به خود) به ترتیب با اندازه اثرهای استاندارد شده $0/26$ ($P<0/05$) و $0/14$ ($P=0/01$) معنادار است و طرحواره های حوزه بریدگی و طرد و محدودیت های مختل نیز به ترتیب با اندازه اثرهای $0/05$ ($P=0/05$) و $0/17$ ($P<0/01$) اثر غیر مستقیم معناداری بر نشانه های بدریخت انگاری بدنی دارند. در نهایت نتایج نشان داد که طرحواره های حوزه های دیگر جهت مندی و گوش بزنگی بیش از حد و بازداری، علاوه بر اینکه اثر مستقیمی بر نشانه های بدریخت انگاری بدنی ندارند، همچنین با اندازه اثرهای $0/02$ و $0/03$ اثر غیر مستقیم معناداری نیز بر نشانه های بدریخت انگاری بدنی ندارند ($P>0/05$).

پژوهش به ترتیب $22/93$ و $4/39$ بود. در جدول (جدول ۱) شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. با توجه به اینکه شاخص کجی و کشیدگی بدست آمده برای متغیرهای پژوهش به غیر از چهار مورد همگی بین $+1$ تا -1 قرار دارد و چهار مورد نیز در محدوده قابل قبول $+2$ تا -2 قرار دارند، بنابراین می توان گفت که توزیع متغیرها در شرایط تقریباً نرمالی قرار دارند. نتایج بدست آمده از جدول (جدول ۲) نشان می دهد که بدریخت انگاری بدنی با هر شش مولفه شفقت به خود حداقل در سطح $0/05$ رابطه معناداری دارد و از سویی دیگر نیز هر پنج حوزه طرحواره با هر شش مولفه شفقت به خود (به غیر از رابطه محدودیت های مختل با تجارب مشترک انسانی) حداقل در سطح $0/05$ رابطه منفی و معناداری دارند. بر همین اساس می توان گفت که فرض وجود رابطه میان متغیر میانجی با متغیر درون زا و برون زا برقرار است، بنابراین مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار می گیرد. در ابتدا مدل پیشنهادی پژوهش مبنی بر «رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدنی با میانجیگری شفقت به خود» مورد بررسی قرار گرفت، اما از برازش مطلوبی برخوردار نبود ($RMSEA=0/12$). بر همین اساس برای اصلاح مدل، مسیرهای غیر معنی دار مربوط به اثر مستقیم طرحواره های حوزه بریدگی و طرد ($P=0/10$)، دیگر جهت مندی ($P=0/01$) = اندازه اثر و $0/93$ ($P=0/93$)، گوش بزنگی و بازداری بیش از حد ($P=0/03$) = اندازه اثر و $0/31$ ($P=0/31$) و محدودیت های مختل

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش طرحواره های ناسازگار اولیه، شفقت به خود و بدریخت انگاری بدنی

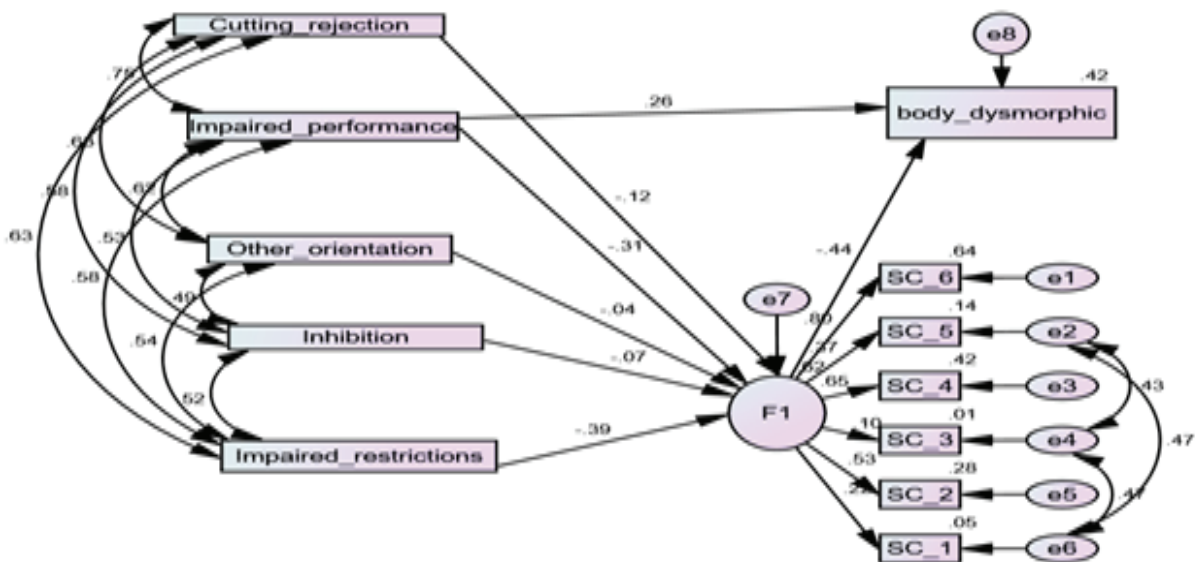
متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
بریدگی و طرد	۲۵	۱۳۵	۵۳/۰۱	۱۹/۸۱	۱/۱۱	۰/۹۷
خودگردانی و عملکرد مختل	۲۰	۱۰۴	۳۶/۱۵	۱۵/۸۷	۱/۳۹	۱/۷۱
حوزه طرحواره	۱۰	۶۰	۲۵/۶۱	۹/۰۳	۰/۹۰	۰/۹۳
دیگر جهت مندی	۵	۳۰	۱۱/۹۷	۶/۲۶	۱/۰۱	۰/۴۹
گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	۱۰	۶۰	۲۸/۴۰	۹/۶۹	۰/۴۷	۰/۱۰
محدودیت های مختل	۲	۱۰	۶/۶۹	۲/۰۷	-۰/۲۶	-۰/۷۰
مهربانی به خود	۲	۱۰	۶/۶۴	۲/۲۲	-۰/۱۴	-۰/۸۱
قضاوت کردن خود	۲	۱۰	۶/۳۶	۱/۸۸	-۰/۲۵	-۰/۴۷
تجارب مشترک انسانی	۲	۱۰	۶/۳۸	۲/۲۱	-۰/۱۷	-۰/۸۱
شفقت به خود	۲	۱۰	۶/۸۶	۲/۱۳	-۰/۳۹	-۰/۶۹
انزوا	۲	۱۰	۶/۸۹	۲/۱۸	-۰/۴۰	-۰/۷۴
ذهن آگاهی	۰	۱۹	۵/۴۱	۴/۲۲	۰/۹۰	۰/۴۶
هماندسازی افراطی						
بدریخت انگاری بدنی						

جدول ۲. نتایج آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه، شفقت به خود و بدریخت انگاری بدنی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
بریدگی و طرد	۱											
خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۷۵**	۱										
دیگر جهت مندی	۰/۶۳**	۰/۶۲**	۱									
گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	۰/۵۸**	۰/۵۳**	۰/۴۹**	۱								
محدودیت‌های مختل	۰/۶۲**	۰/۵۸**	۰/۵۴**	۰/۵۲**	۱							
مهربانی به خود	-۰/۲۲**	-۰/۲۹**	-۰/۱۹**	-۰/۲۰**	-۰/۰۸*	۱						
قضاوت کردن خود	-۰/۳۲**	-۰/۳۳**	-۰/۲۹**	-۰/۲۴**	-۰/۴۱**	۰/۱۳**	۱					
تجارب مشترک انسانی	-۰/۱۳**	-۰/۱۹**	-۰/۰۹*	-۰/۱۱**	۰/۰۳	۰/۴۸**	۰/۰۴	۱				
انزوا	-۰/۴۳**	-۰/۴۲**	-۰/۳۸**	-۰/۳۶**	-۰/۴۶**	۰/۱۰*	۰/۳۶**	۰/۰۵	۱			
ذهن آگاهی	-۰/۲۶**	-۰/۳۵**	-۰/۲۱**	-۰/۲۳**	-۰/۲۲**	۰/۵۰**	۰/۱۹**	۰/۴۴**	۰/۱۹**	۱		
هماندسازی افراطی	-۰/۵۱**	-۰/۵۵**	-۰/۴۲**	-۰/۴۰**	-۰/۵۵**	۰/۱۵**	۰/۴۲**	۰/۰۶	۰/۵۳**	۰/۳۱**	۱	
بدریخت انگاری بدنی	۰/۵۲**	۰/۵۶**	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۴۶**	-۰/۱۷**	-۰/۳۳**	-۰/۰۹*	-۰/۳۷**	-۰/۲۳**	-۰/۵۰**	۱

طرحواره

شفقت به خود



شکل ۱. نگاره مدل اصلاحی پژوهش مبنی بر رابطه حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانه های بدریخت انگاری بدنی با نقش میانجی گر شفقت به خود

پی نوشت: بریدگی و طرد = Cutting_rejection، خودگردانی و عملکرد مختل = Impaired_performance، دیگر جهت مندی = Other_orientation، گوش بزنگی بیش از حد و بازداری = Inhibition، محدودیت های مختل = Impaired_restrictions، مهربانی به خود = 1_SC، قضاوت کردن = 2_SC، تجارب مشترک انسانی = 3_SC، انزوا = 4_SC، ذهن آگاهی = 5_SC، همانندسازی افراطی = 6_SC، بدریخت انگاری بدنی = body_dysmorphic

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اصلاحی پژوهش مبنی بر رابطه حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی با نقش میانجی گر شفقت به خود

شاخص	df/χ ²	RMSEA	NFI	IFI	CFI	GFI	AGFI
آماره پژوهش حاضر	۲/۱۰	۰/۰۴	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۶

جدول ۴. نتایج اثرات مستقیم و غیرمستقیم حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی در مدل اصلاحی پژوهش با نقش میانجی گر شفقت به خود

متغیر	اثر	اندازه اثر استاندارد	حد پایین	حد بالا	P
حوزه طرحواره	بریدگی و طرد	اثر غیرمستقیم	۰/۰۵	۰/۰۹	۰/۰۵
	خودگردانی و عملکرد مختل	اثر مستقیم	۰/۲۶	۰/۱۶	۰/۳۳
		اثر غیرمستقیم	۰/۱۴	۰/۱۰	۰/۱۹
	دیگر جهت مندی	اثر غیرمستقیم	۰/۰۲	-۰/۰۰۹	۰/۲۶
	گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	اثر غیرمستقیم	۰/۰۳	۰/۰	۰/۰۶
	محدودیت‌های مختل	اثر غیرمستقیم	۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۲۳

بحث

به خود بر نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی اثر می‌گذارد. در همین رابطه اخیراً خوشبینی و همکاران (۳۹) همسو با یافته بدست آمده در پژوهش حاضر نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اثر مستقیمی بر بدریخت‌انگاری بدنی ندارد، ولی به واسطه متغیرهای دیگر نظیر تحمل پریشانی بر بدریخت‌انگاری بدنی اثرگذار است. اگر چه متغیر میانجی در پژوهش حاضر شفقت به خود بود، با این حال شفقت به خود نیز به نوعی با بهبود تحمل پریشانی همراه است، چرا که با کاهش مواردی مانند قضاوت‌های منفی و افزایش رفتارها و شناخت‌های مثبتی مانند پذیرش خود همراه است. همچنین صالحی و همکاران (۳۰) اگر چه مدل ساختاری پیرامون بدریخت‌انگاری بدنی را مورد مطالعه قرار نداد، با این حال از این جهت که نشان داد که طرحواره‌ها هیجانی و آسیب‌های دل‌بستگی نقش معناداری در پیش‌بینی بدریخت‌انگاری بدنی در متقاضیان جراحی دارد، نتایج همسویی را نشان داد. البته پژوهش حاضر از لحاظ نمونه مورد مطالعه و همچنین روش پژوهش با مطالعه ذکر شده دارای تفاوت است. همچنین نتایج پژوهش‌های مقدم و همکاران (۳۱) و اسماعیلی نیا و همکاران (۳۲) از این جهت که نشان دادند مدل ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تبیین بدریخت‌انگاری بدنی از برازش مطلوبی برخوردار هستند، نتایج همسویی را با یافته پژوهش حاضر نشان دادند، با این حال پژوهش حاضر بر روی نمونه‌ای از دانشجویان صورت گرفت و متغیر میانجی آن شفقت به خود که با پژوهش‌های ذکر شده که نمونه آنها شامل

بدریخت‌انگاری بدنی از جمله مشکلات شایع در جمعیت افراد جوان و بزرگسال است که می‌تواند بر کیفیت زندگی فردی، تحصیلی و شغلی آنها تاثیر منفی بگذارد. بر همین اساس شناسایی متغیرهای مرتبط و تبیین‌کننده آن می‌تواند راهنمایی برای تهیه مداخله‌ها و آموزش‌های اثربخش جهت پیشگیری و کاهش آن باشد. در همین رابطه اگر چه رابطه شفقت به خود با بدریخت‌انگاری بدنی و رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شفقت به خود مورد توجه قرار گرفته است، با این حال مدل ساختاری که همزمان بر پایه طرحواره ناسازگار اولیه و نقش میانجی شفقت به خود باشد، به چشم نمی‌خورد. در همین راستا پژوهش حاضر به بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی با میانجیگری شفقت به خود در دانشجویان پرداخت. نتایج بدست آمده نشان داد که طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل اثر مستقیم و غیرمستقیم معناداری بر نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی دارد و طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد و محدودیت‌های مختل نیز اثر غیر مستقیم معناداری بر نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی دارند. با این حال طرحواره‌های حوزه‌های دیگر جهت مندی و گوش بزنگی بیش از حد و بازداری اثر مستقیم و غیرمستقیم معناداری بر نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی دانشجویان نشان ندادند. این نتایج بدست آمده بیانگر این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری شفقت

گردد. به عبارتی دیگر بر خلاف شفقت به خود که نیازمند مهربانی نسبت به خود و پذیرش بدون قضاوت است، بدریخت انگاری بدنی با قضاوت منفی خود و عدم پذیرش ظاهر و شکل اندام های خود در ارتباط است.

نتایج همچنین حاکی از این بود که طرحواره های حوزه بریدگی و طرد و محدودیت های مختل نیز اثر غیر مستقیم معناداری بر بدریخت انگاری بدنی دارند. بخش عمده ای از طرحواره های حوزه بریدگی و طرد بیانگر ادراک نقص، شرم و بیگانگی اجتماعی است (۱۶). بنابراین می توان این احتمال را داد که افزایش فعالیت های این حوزه با توجه به اینکه بیانگر افزایش هیجان ها و باورهای مبنی بر نقص است بنابراین می تواند منجر به کاهش شفقت به خود گردد. علاوه بر این بخشی از فعال شدن این طرحواره ها بیانگر احساس بیگانگی اجتماعی است، بنابراین می تواند منجر به افزایش انزوا و کاهش شفقت به خود گردد. همچنین با توجه به اینکه طرحواره های حوزه محدودیت های مختل بیانگر این است که فرد از دیگران برتر است و تحمل ناامیدی را ندارد و کنترل هیجانی ضعیف مشخصه این افراد است، بنابراین احتمال دارد که به شدت متأثر از هیجان های ناراحت کننده خود گردند و نتوانند احساس خوشایندی نسبت به خود که همراه با خودشفقتی است را تجربه کنند. به عبارتی دیگر فعالیت این طرحواره ها همراه با نیاز به برتر بودن و عدم پذیرش هیجان ها و ادراک های منفی است. بنابراین می تواند با کاهش پذیرش بدون قضاوت همراه گردد و با توجه به اینکه در این طرحواره ها نگاه خود بزرگ بینی وجود دارد، تمایل به در نظر گرفتن تجارب خود به عنوان بخشی از تجربه های مشترک انسانی کاهش یابد و با کاهش خود شفقتی افراد را مستعد این امر کند که بر رفع نواقص ظاهری خود جهت برتر بودن از دیگران متمرکز گردند. در همین رابطه نیز نشان داده شده که توجه به دیگران و اجتماع و تلاش برای برتر بودن از دیگران یک عامل آسیب پذیری معنادار برای بدریخت انگاری است (۳۱). بر همین اساس می توان گفت که طرحواره های حوزه بریدگی و طرد و محدودیت های مختل با توجه به اینکه یا بیانگر ترس از طرد شدن و یا تلاش برای برتر بودن از دیگران است، می توانند با کاهش ظرفیت فرد برای توجه به خواسته ها و نیازهای فردی و به نوعی خودشفقتی، منجر به افزایش بدریخت انگاری بدنی در دانشجویان گردد. به ویژه اینکه دانشجویان در یک زمینه اجتماعی بزرگ از

مراجعه به مراکز جراحی زیبایی بود و متغیرهای میانجی آنها نیز شامل مواردی مانند عزت نفس و اضطراب بود، تفاوت دارد. علاوه بر این نتایج بدست آمده از پژوهش های آلن و همکاران (۱۱)، روبرتس (۱۲) و کوک و همکاران (۱۳) اگرچه به بررسی نقش طرحواره ها در بدریخت انگاری بدنی نپرداختند، با این حال از این جهت که نشان دادند که شفقت به خود با بدریخت انگاری بدنی رابطه معناداری دارد، نتایج همسویی را نشان می دهند. همچنین نتایج پژوهش حسنی و همکاران (۱۹)، سالگو و همکاران (۱۸) و یاکین و همکاران (۱۷) از این جهت که نشان دادند طرحواره های ناسازگار اولیه با شفقت به خود رابطه معناداری دارد نتایج همسویی را با پژوهش حاضر نشان می دهند.

در تبیین اینکه طرحواره های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل اثر مستقیم و غیرمستقیم معناداری بر نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدنی دارد، می توان به این مورد اشاره کرد که طرحواره های خودگردانی و عملکرد مختل بیانگر طرح های با محتوای شناختی و هیجانی مبنی بر بی کفایتی، شکست و آسیب پذیری است (۱۶). با توجه به اینکه بدریخت انگاری بدنی نیز بیانگر این است که ظاهر و بدن فرد دارای نقص و عیب است و به نوعی بیانگر عدم کفایت مندی کافی است، بنابراین می توان این احتمال را داد که هیجان ها و شناخت های اساسی که در طرحواره های خودگردانی و عملکرد مختل وجود دارند و به نشانه های محیطی و درونی مبنی بر نقص و عدم کفایت مندی حساسیت نشان می دهند، تا اندازه ای متمرکز بر ظاهر شوند و نسبت به اندام ها و شکل ظاهری حساسیت نشان دهند. علاوه بر این بخشی از فعالیت های طرحواره های این حوزه شامل خود تحول نیافته و گرفتاری است که فرد تا حدود زیاد متأثر از یک فرد مهم و یا حتی از ارزش و اصل مهم می گردد. بنابراین می توان این احتمال را داد که فعالیت این طرحواره باعث شود فرد درگیر ارزش ها و دیدگاه های مبتنی بر ارزشمندی عدم نقص و زیبایی ظاهری به صورت افراطی گردد که از طرف یک فرد مهم یا منبع اطلاعاتی مهم به فرد داده می شود. با توجه به اینکه فعالیت طرحواره های این حوزه تا حدودی همراه با قضاوت منفی در مورد خود و تجربه احساس شکست و ناتوانی است (۱۴)، بنابراین می توان این احتمال را داد که به واسطه کاهش شفقت به خود که نیازمند عدم قضاوت منفی و پذیرش خود است، منجر به افزایش بدریخت انگاری بدنی

ظاهر و بدن خود است، نباشد. به عبارتی دیگر به نظر می‌رسد جهت حرکت و اقدام طرحواره‌های حوزه دیگر جهت مندی و بدریخت‌انگاری بدنی متفاوت از یکدیگر باشد و این شاید دلیلی بر عدم اثر معنادار این طرحواره‌ها بر بدریخت-انگاری بدنی باشد. به طور مشابه نیز طرحواره‌های حوزه گوش-بزننگی بیش از حد و بازداری، اگرچه تا حدودی شامل معیارهای سختگیرانه پیرامون خود می‌شوند، با این حال نباید از این مورد غافل شد که تا حدود زیادی عملکرد این طرحواره‌ها مبتنی بر بازداری و مهار هیجانها و احساس‌ها و ترویج منطق‌گرایی است. این در حالی است که بدریخت‌انگاری بدنی تا حدودی متاثر از عملکرد تکانه‌ای و هیجانی افراد است، به عبارتی افراد برای فرار از احساس‌ها و ادراک‌های ناخوشایند بر ظاهر خود متمرکز می‌گردند تا با اقدام به رفتارهایی نظیر جراحی زیبایی آنها را تقلیل دهند (۵). این در حالی است که طرحواره‌های حوزه گوش‌بزننگی بیش از حد و بازداری، برای اجتناب، سرکوب و مهار چنین هیجان‌هایی عمل می‌کند و اجازه اثرگذاری آنها در جهت رفع بدریخت‌انگاری بدنی را نمی‌دهد.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که اگرچه از میان پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، فقط طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل به صورت مستقیم بر نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی در دانشجویان اثر معناداری دارد، با این حال بررسی اثرات میانجی نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار این حوزه به همراه دو حوزه بریدگی و طرد و محدودیت مختل به واسطه شفقت به خود اثر غیرمستقیم معناداری بر نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی دانشجویان دارد. این یافته تا حدودی نشان دهنده این است که در نظر گرفتن شفقت به خود به عنوان میانجی در رابطه طرحواره ناسازگار اولیه و بدریخت‌انگاری بدنی، می‌تواند به تبیین بدریخت‌انگاری بدنی کمک کند و تا حدودی بیانگر این است که مداخله‌های مبتنی بر شفقت به خود نیز می‌تواند در پیشگیری و کاهش بدریخت‌انگاری بدنی مثرتر باشد. البته باید توجه کرد که نمونه مورد مطالعه شامل جمعیت عمومی و غیر بالینی بود، بنابراین در تعمیم نتایج آن به جمعیت بالینی و با تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری محدودیت وجود دارد. همچنین اگرچه تلاش شد با

همسالان خود قرار دارند، بنابراین ترس از طرد شدن از جانب آنها و یا تلاش برای برتر بودن از آنها می‌تواند انگیزه‌ای اساسی برای تمرکز بر ظاهر خود و رشد ادراک‌های مبنی بر بدریخت‌انگاری بدنی گردد.

بخشی از نتایج بیانگر این بود که طرحواره‌های حوزه دیگر جهت مندی و گوش‌بزننگی بیش از حد و بازداری اثر معناداری بر نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی دانشجویان ندارند. در همین رابطه نتایج عابدی و همکاران (۳۳) اگرچه بیانگر این بود بین هر پنج حوزه طرحواره‌ها بدریخت‌انگاری بدنی رابطه معناداری وجود دارد، با این حال زمانی که حوزه‌های در یک مدل رگرسیونی قرار گرفتند و هم خطی آنها تا حدودی کنترل گردید، نتایج نشان داد که طرحواره‌های حوزه دیگر جهت مندی و گوش‌بزننگی بیش از حد و بازداری نقش معناداری در پیش‌بینی بدریخت‌انگاری بدنی ندارند. همسو با این یافته نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که اگر چه همبستگی معناداری میان هر پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بدریخت‌انگاری وجود دارد، ولی در مدل ساختاری نقش معناداری برای حوزه‌های دیگر جهت مندی و گوش‌بزننگی وجود ندارد. به طور مشابه مقدم و همکاران (۳۱) نشان دادند که دیگر جهت مندی اثر مستقیمی بر نگرانی‌های تصویر بدنی ندارد. البته نتایج آنها همچنین نشان داد که دیگر جهت مندی و گوش‌بزننگی بیش از حد و بازداری به واسطه عزت نفس بر نگرانی‌های بدنی اثر غیرمستقیم دارند، با این حال این نتایج نمی‌تواند متضاد با پژوهش حاضر باشد، چون علاوه بر تفاوت در متغیر میانجی، همچنین دو پژوهش در نمونه مورد مطالعه نیز تفاوت دارند. در تبیین این مورد که دیگر طرحواره‌های حوزه دیگر جهت مندی و گوش‌بزننگی بیش از حد و بازداری اثر معناداری بر بدریخت‌انگاری بدنی دانشجویان ندارند می‌توان گفت که بدریخت‌انگاری بدنی نیازمند متمرکز شدن فرد بر جوانب ظاهری خود و تلاش در جهت ساختن تصویر ایده‌آل و فاقد نقص از خود است که مورد قبول خود و دیگران نیز واقع شود. این درحالی است که طرحواره‌های دیگر جهت مندی متمرکز بر اطاعت از دیگران و گذشت از خواسته‌های فردی است (۱۴). بنابراین این احتمال وجود دارد که متمرکز شدن بر دیگران و عدم توجه و تمرکز بر خود که ماهیت طرحواره‌های حوزه دیگر جهت مندی است، تبیین‌کننده معناداری برای بدریخت‌انگاری بدنی که نیازمند متمرکز شدن بر

آموزشی در سطح دانشگاه با توجه به نقش خودشفقتی، می توانند در کاهش و پیشگیری از بدریخت انگاری بدنی در دانشجویان اقدام کنند. همچنین در سطح کلان، می توان در رسانه های دیداری و شنیداری آموزش های خودشفقتی را تهیه و در جهت کاهش و پیشگیری از بدریخت انگاری بدنی در دسترس عموم قرار داد.

سیاسگزاری

نویسندگان از تمامی دانشجویانی که با مشارکت خود در پژوهش حاضر نقش اصلی را در انجام آن داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

انتخاب نمونه ای با حجم بالا قدرت تعمیم پذیری نتایج بدست آمده را بالا برد، با این حال نباید از این نکته غافل شد که عدم نمونه گیری تصادفی که تعمیم پذیری نتایج را کاهش می دهد، دیگر محدودیت پژوهش حاضر بود. همچنین باید توجه کرد که نمونه پژوهش حاضر فقط شامل دانشجویان بود، بنابراین نتایج بدست آمده محدود به این جمعیت است. بر همین اساس پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی نمونه هایی از گروه های بالینی با تشخیص اختلال بدریخت انگاری بدنی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین در صورت امکان از نمونه گیری تصادفی برای انتخاب نمونه ها استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می شود اثربخشی برنامه های آموزشی خودشفقتی در کاهش بدریخت انگاری بدنی در دانشجویان مورد توجه قرار گیرد. در نهایت از لحاظ کاربردی نیز پیشنهاد می شود موسسات آموزشی و دانشگاه از طریق کارگاه ها و سمینارهای

References

- Jahandideh H, Dehghani Firouzabadi F, Dehghani Firouzabadi M, Ashouri A, Haghighi A, Roomiani M. Persian Validation and Cultural Adaptation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire-Aesthetic Surgery for Iranian Rhinoplasty Patients. *World J Plast Surg.* 2021;10(2):55-60. <https://doi.org/10.52547/wjps.10.2.55>
- Dohme L-C, Backhouse S, Piggott D, Morgan G. Categorising and defining popular psychological terms used within the youth athlete talent development literature: a systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology.* 2017;10(1):134-63. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2016.1185451>
- Schulte J, Schulz C, Wilhelm S, Buhlmann U. Treatment utilization and treatment barriers in individuals with body dysmorphic disorder. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):69. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02489-0>
- Organization WH. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icd/11> 2018
- Malcolm A, Labuschagne I, Castle D, Terrett G, Rendell PG, Rossell SL. The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review of direct comparative studies. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018;52(11):1030-49. <https://doi.org/10.1177/0004867418799925>
- Pikoos TD, Rossell SL, Tzimas N, Buzwell S. Is the needle as risky as the knife? The prevalence and risks of body dysmorphic disorder in women undertaking minor cosmetic procedures. *Aust N Z J Psychiatry.* 2021;55(12):1191-201. <https://doi.org/10.1177/0004867421998753>
- Sathyanarayana HP, Padmanabhan S, Balakrishnan R, Chitharanjan AB. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder among patients seeking orthodontic treatment. *Prog Orthod.* 2020;21(1):20. <https://doi.org/10.1186/s40510-020-00322-8>
- Singh AR, Veale D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry.* 2019;61(Suppl 1):S131-s5. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_528_18
- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol.* 2013;69(1):28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff KD, Costigan AP. Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich.* 2014;2(3):114-9.
- Allen LM, Roberts C, Zimmer-Gembeck MJ, Farrell LJ. Exploring the relationship between self-compassion and body dysmorphic symptoms in adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2020;25:100535. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100535>
- Roberts CL. *Body Dysmorphic Disorder in Adolescents: A New Multidimensional Measure and Associations with Social Risk, Mindfulness, and Self-Compassion.* Griffith University; 2019.
- Kuck N, Cafitz L, Bürkner PC, Hoppen L, Wilhelm S, Buhlmann U. Body dysmorphic disorder and self-esteem: a meta-analysis.

- BMC Psychiatry. 2021;21(1):310. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03185-3>
14. Oettingen J, Chodkiewicz J, Maçik D, Gruszczynska E. Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3-PL). *Psychiatr Pol*. 2018;52(4):707-18. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541>
 15. Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child Abuse Negl*. 2020;99:104235. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104235>
 16. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cogn Behav Ther*. 2018;47(4):328-49. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
 17. Yakın D, Gençöz T, Steenbergen L, Arntz A. An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *J Clin Psychol*. 2019;75(6):1098-113. <https://doi.org/10.1002/jclp.22755>
 18. Salgó E, Bajzát B, Unoka Z. Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2021;8(1):19. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00160-y>
 19. Hassani SF, Tizdast T, Zarbakhsh MR. The Role of Self-compassion and Hope in the Relationship Between Psychological Wellbeing, Maladaptive Schemas, Resilience, and Social Support in Women With Multiple Sclerosis. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2021;7(3):195-204. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.7.3.372.1>
 20. Orue I, Calvete E, Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *J Adolesc*. 2014;37(8):1281-91. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.004>
 21. Zade-Mohammadi A, Kordestanchi Aslani H. The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship of Early Maladaptive Schemas With Spouse Abuse. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2021;26(4):502-23. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.4.3217.1>
 22. Majidi Yaychi N, Hasanzadeh R, Faramarzi M, Homayouni AR. Modeling the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Mediating Health Promoting Behaviors on Students' Mental Health. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018;8(0):43-8.
 23. Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ. Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(1):129-32. <https://doi.org/10.3109/00048679809062719>
 24. Mohabbat k, foroughi A, khanjani s, Mohammdi A. Factor Structure and Psychometric Properties of Persian Version of Dysmorphic Concern Questionnaire. *Navid No*. 2016;18(61):56-65.
 25. Young JE, Brown G. Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. 1994;2:63-76.
 26. Naamy A, Pormeydany S. Prediction of makeup usage based on early maladaptive schemas in women and girls in Isfahan city. *Quarterly Social Psychology Research*. 2017;7(27):67-78.
 27. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother*. 2011;18(3):250-5. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
 28. Shm, R G, M E, J A. Confirmatory Factor Analysis of the Persian Version of the Self-Compassion Rating Scale-Revised. *Psychological Methods and Models*. 2015;6(19):31-46.
 29. Khoshini F, Akbari M, Mohammadkhani S. The structure relationship of body dysmorphic disorder (BDD) with early maladaptive schema and perceived emotional invalidation: the mediating Role of metacognition, body image and distress tolerance. *Clinical Psychology and Personality*. 2021:-.
 30. Salehi M, Rajabi S, Dehghani Y. The prediction of body dysmorphic disorder based on emotional schemas, attachment styles, and personality traits in individuals prone to cosmetic surgery. *The Journal Of Psychological Science*. 2019;18(73):77-87.
 31. Moghadam F, Ebrahimi Moghadam H, Jahangir P. The Relationship Between Perfectionism, Early Maladaptive Schemas, Attachment Styles, and Body Image Concern by the Mediating Role of Self-esteem in Cosmetic Surgery Applicants. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2021;7(1):27-42. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.7.1.351.1>
 32. Esmaeilnia M, Dousti Y, Mirzaian B. The Role of Early Maladaptive Schema and Perfectionism on Body Dysmorphic Disorder Mediating Through Thought Fusion, Meta-worry, Anxiety, and Attributional Style: A Structural Model. *Avicenna Journal of Neuropsychophysiology*. 2018;5(4):169-78. <https://doi.org/10.32598/ajnpp.4.3.280>
 33. Abedi A, Sepahvandi MA, Mirderikvand F. Investigating the role of early maladaptive schemas in Body image disturbance. *Pharmacy Education & Research*. 2018;8(2):51-7.