



اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی و بدریخت انگاری بدنی در دختران نوجوان مبتلا به چاقی

فرزانه قربان پور احمدسرگورابی^۱، سعیده صالحی قرالر^۲، مرضیه پورامید^۳، محمد رضوی^۴

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی رحمان رامسر، مازندران، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه پزشکی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی رحمان رامسر، مازندران، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه پزشکی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی و بدریخت انگاری بدنی در دختران نوجوان مبتلا به چاقی بود. این پژوهش در زمره تحقیقات نیمه تجربی و با رویکرد پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری پژوهش حاضر را ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر نوجوان مبتلا به چاقی در شهرستان رشت بودند که در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم بندی شدند. روش نمونه گیری در این پژوهش تصادفی در دسترس بوده است. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه های اضطراب اجتماعی لیوویتزا (LSAS- SR) و مقیاس اصلاح شده ی وسواس فکری عملی برای بدریخت انگاری بدن (YBOCS - BDD) استفاده شد و پروتکل طرحواره درمانی یانگ در ۱۲ جلسه بر روی گروه آزمایش پیاده سازی گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS26 و آزمون تحلیل کوواریانس صورت پذیرفت. یافته های حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی و بدریخت انگاری بدنی دختران نوجوان مبتلا به چاقی تاثیر دارد ($p < 0/01$)، نتایج حاکی از آن بود که طرحواره درمانی موجب کاهش اضطراب اجتماعی و بدریختی انگاری بدنی در دختران نوجوان مبتلا به چاقی شده است.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، اضطراب اجتماعی، بدریخت انگاری بدنی، چاقی



مقدمه

چاقی^۱ یک عامل خطر جدی برای بیماریهای غیرواگیری مانند بیماری های قلبی - عروقی، فشار خون، سکته، دیابت قندی و انواع مختلف سرطان است (تامپسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر چاقی عامل مهمی در افزایش مشکلات روانشناختی است. محققین نشان داده اند که نوجوانان چاق با بسیاری از رفتارهای نامطلوب مواجه هستند و بیشتر رفتارهای تهاجمی در آنان مشاهده می شود (پورشریفی و همکاران، ۱۳۹۳) و همچنین محققین بیان کردند که مسخره شدن توسط دوستان به خاطر چاقی به شکل مثبت و معنی داری با علایم درونی شده و برونی شده ای که توسط والدین گزارش شده است، ارتباط دارد (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهش ها نشان می دهند که اضطراب اجتماعی^۳ با نگرانی در مورد بدن، چاقی و اختلالات خوردن ارتباط دارد (اسپتیک^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب اجتماعی یکی از مشکلات مرتبط با نارضایتی از وضعیت بدنی و در شرایطی رخ می دهد که فرد احساس می کند ویژگی های جسمانی او منبع بالقوه ی تمسخر یا تحقیر شدنش است، اختلال اضطراب اجتماعی چهارمین اختلال شایع روانی و غالباً تضعیف کننده است، این اختلال روانی همراه با آشفتگی هیجانی قابل توجه و اختلال عملکردی در کار و حوزه اجتماعی همراه است (کسلر^۵ و همکاران، ۲۰۰۵؛ ورنر^۶ و همکاران، ۲۰۱۲؛ تولمن^۷ و همکاران، ۲۰۰۹، به نقل از وب^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب اجتماعی به عنوان سطحی از ناراحتی که فرد در موقعیت های اجتماعی و در چارچوب ارزیابی اجتماعی ادراک شده احساس می کند، تعریف می شود. طبق نظر لا گرکا^۹ (۱۹۹۹؛ به نقل از مرادی و رسولی، ۱۳۹۹)، اضطراب اجتماعی برای نوجوانان دارای سه مولفه اصلی است: ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و پریشانی، و اجتناب اجتماعی و پریشانی در موقعیت های جدید می باشد. ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان شامل ترس از مسخره شدن، نگرانی از اینکه دیگران درباره آنان منفی صحبت می کنند، فکر می کنند که دیگران "پشت سر آنها" صحبت می کنند و غیره را در بر می گیرد. اما اجتناب اجتماعی و پریشانی، پریشانی عاطفی مربوط به تعامل با دیگران را توصیف می کند (در محیط های آشنا یا نا آشنا). برخی از نوجوانان ملاقات با افراد جدید و مجبور به تعامل در موقعیت های جدید را دشوار می دانند، در حالی که برای برخی دیگر تعامل در موقعیت های جدید و آشنا برایشان دشوار است. هر یک از این اجزای فرعی نشان دهنده بخش مشخصی از اضطراب اجتماعی است (راتناساری^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). موس^{۱۱} (به نقل از پورصالح و همکاران، ۱۳۹۹) معتقد است چنانچه فرد خود را از نظر ظاهری متفاوت از دیگران ادراک و ویژگی های ظاهری خود را به طور منفی ارزیابی نماید، احتمال دارد

¹ Obesity

² Thompson

³ Social Anxiety

⁴ Spettigue

⁵ Kessler

⁶ Werner

⁷ Tulman

⁸ Webb

⁹ Lagerka

¹⁰ Ratnasari

¹¹ Mouse



مشکلات اجتماعی بیشتری را تجربه کرده، واکنش های ضعیف تری را از دیگران دریافت و بنابراین سازگاری کلی ضعیف تری را ابراز نماید. از سویی نوجوانی دوره ای است که در آن تغییرات ظاهری جایگاه مهمی در تصویر فرد از خود دارد. نوجوانی یک مرحله حیاتی رشد است که با تغییرات جسمی و روانی چشمگیر مشخص می شود. دهه گذشته شاهد تعداد فزاینده ای از مطالعات در مورد بررسی رابطه بین چاقی و افسردگی در بین نوجوانان بود. اگرچه مشخص شده است که عزت نفس پایین با پیامدهای جدی مانند افسردگی، خودکشی، اختلالات خوردن و سوء مصرف مواد مرتبط است (اوزساهی^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). در این راستا بلنک^۲ و همکاران (۲۰۰۶) اظهار داشتند که نوجوانان چاق در مورد حضور در جمع و تصویر بدنی شان نگران هستند و در این میان دخترانی که اضافه وزن دارند بیشتر از پسران دچار مشکلاتی مانند تعامل اجتماعی پایین و حضور کم رنگ در جامعه می شوند. تامپسون و همکاران (۲۰۱۸) اظهار داشتند بین اضطراب اجتماعی و چاقی نوجوانان همبستگی مثبتی وجود دارد، بطوری که در بررسی مقایسه ای صورت گرفته نشان دادند نوجوانان چاق از اضطراب اجتماعی بیشتری برخوردار بودند. راتناساری و همکارانش (۲۰۲۱) اظهار داشتند دختران نوجوان مبتلا به چاقی نسبت به پسران نوجوان چاق از اضطراب اجتماعی بالاتری برخوردارند و همچنین بیان نمودند که در دختران نوجوان مبتلا به چاقی بدریخت انگاری بدنی^۳ بالایی نیز گزارش گردید. اختلال بدریخت انگاری بدن در نسخه ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳) در طبقه ی اختلال وسواسی اجباری جای گرفته است، این در حالی است که پیشتر جزو اختلالات سوماتوفرم^۵ به حساب می آمد. افراد مبتلا به این اختلال به شدت نسبت به یک نقص خیالی با بیش برآورد شده احساس نگرانی می کنند و دچار اشتغال ذهنی می شوند. برای آنکه شخصی مبتلا به این اختلال تشخیص داده شود بایستی شدت افکار مزاحم مرتبط با نقص جسمانی به حدی باشد که به کار کردهای اجتماعی، حرفه ای و زندگی فردی او آسیب برساند. اختلال بدریخت انگاری بدن می تواند موجب اضطراب، افسردگی، اجتناب از موقعیت های اجتماعی و برقراری روابط صمیمانه، انزوا و تفکر و اقدام به خودکشی بشود؛ شیوع بدریخت انگاری در نمود ظاهری، در شکل گیری عزت نفس افراد نوجوان نقش مهمی دارد و وزن بدن یک عامل مهم در تعیین جذابیت افراد به حساب می آید (برایرلی^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). در عصر حاضر معیار های یک بدن مطلوب برای دختران نوجوان باریک اندامی در نظر گرفته می شود، بنابراین دختران عمدتاً به کاهش وزن تمایل نشان می دهند (گرگن^۷، ۲۰۱۶). در مطالعات اولیه، تمرکز عمدتاً بر نگرانی های مرتبط با سر و صورت بوده (والی^۸ و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیلیپس^۹ و همکاران، ۱۹۹۳) و چندان به نگرانی از اضافه وزن اشاره نشده است، با این حال در مطالعات اخیر با تاکید بیشتری به این

^۱ ÖZŞAHİN

^۲ Blank

^۳ Body Dysmorphic

^۴ American Psychiatric Association

^۵ Somatoform Disorders

^۶ Brierley

^۷ Grogan

^۸ Walley

^۹ Phillips



مساله پرداخته شده است (کیتلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از فننگ و هافمن آ، ۲۰۱۰). در یک مطالعه که به مقایسه ی افراد مبتلا به بدریخت انگاری با و بدون نگرانی از اضافه وزن پرداخته شد، مشخص شد که بدریخت انگاری همراه با نگرانی از اضافه وزن با بروز افسردگی و اضطراب اجتماعی بیشتری نسبت به نوع بدون نگرانی از اضافه وزن همراه است. کیتلر و همکاران (۲۰۰۷)؛ به نقل از دهستانی و همکاران، ۱۳۹۷) نشان دادند که ۲۹ درصد افراد با بدریخت انگاری، یک نگرانی بیش از حد نسبت به وزن خود دارند. این افراد عموماً نوجوانان و جوانان هستند و نرخ بالاتری از رفتارهای مرتبط با اختلال بدریخت انگاری، تلاش برای خود کشی، همبودی با سایر اختلالات نظر افسردگی و عملکرد اجتماعی ضعیف را بروز می دهند. به طور کلی دختران، در رابطه با اضافه وزن نسبت به پسران نگرانی بیشتری نشان می دهند و نشان داده شد که ۴۰ تا ۵۰ درصد دانش آموزان دختر ۱۳ تا ۱۴ ساله سوئدی خودشان را بیش از حد چاق ارزیابی می کنند در حالی که این رقم برای دانش آموزان پسر بین ۲۰ تا ۲۵ درصد است.

به همین سبب به تازگی در راستای تلاش متخصصان سلامت، یکی از راهکارهای مؤثر برای پیشگیری و درمان چاقی و نیز کاهش پیامدهای متعدد روانی اجتماعی و بهداشتی ناشی از آن در نظر گرفتن برنامه های درمانی روان شناختی در کنار سایر روش های درمانی پزشکی و ورزشی بوده است (پیترز^۲ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ که از جمله می توان به طرحواره درمانی^۳ یانگ^۴ (۱۹۹۹) اشاره کرد. طرحواره درمانی روش نوین و یکپارچه ای است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است. این مدل به عمیق ترین سطح شناخت پرداخته و طرح واره های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می دهد و با بهره گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی مراجعان را در غلبه بر طرحواره های ناسازگار اولیه که مفهوم کلیدی در این رویکرد محسوب می شود، یاری می دهد و هدف اولیه ی آن، ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح واره ها است و هدف نهایی آن نیز بهبود طرحواره ها و سبک های مقابله ای است (رنر^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان باورهای پایدار، شبه صفت و مقاوم در برابر تغییر در رابطه با خود شخص و جهان، در نظر گرفته می شود که ریشه در تجارب دوران کودکی فرد دوانیده است؛ برخی از طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد با بدریخت انگاری بدن با احتمال بیشتری نمود پیدا می کند (دهستانی و همکاران، ۱۳۹۷). با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا می توان به کمک طرحواره ی درمانی، شدت نشانگان اختلال بدریخت انگاری و اضطراب اجتماعی در دختران نوجوان مبتلا به چاقی را کاهش داد؟

¹ Kitller

² Fang & Hofmann

³ Peeters

⁴ Schema therapy

⁵ Yang

⁶ Renner



روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با رویکرد پیش آزمون و پس آزمون بود که در آن متغیرهای اضطراب اجتماعی و بدریخت انگاری بدنی به عنوان متغیر وابسته و طرحواره درمانی به عنوان متغیر مستقل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر از دانش آموزان دختر چاق شهرستان رشت در بازه سنی ۱۲ الی ۱۵ سال بودند، دانش آموزان با استفاده از پاسخگویی پرسشنامه ها که در ادامه تشریح داده می شود و کسب امتیاز بالا در اضطراب اجتماعی و بدریخت انگاری بدنی بالا به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ($n=15$) کاربندی شدند.

مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوویتزا (LSAS- SR¹): اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده ای از موقعیت های اجتماعی که مواجه شدن با آنها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت در دو زیر مقیاس اضطراب عملکرد (۱۳ عبارت) و اجتناب (۱۱ عبارت) است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و رفتار اجتنابی ۰/۹۱ گزارش شده است (فرسکو^۲، ۲۰۰۱).

مقیاس اصلاح شده ی وسواس فکری عملی برای بدریخت انگاری بدن (YBOCS - BDD³): توسط فلیپس و همکاران (۱۹۹۷) معرفی و ۱۲ گویه در رابطه با تصویر بدنی فرد دارد که شرکت کنندگان بایستی نظر خود را در مورد هر یک از گویه ها بر روی یک طیف لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص کنند. ریعی و همکاران (۲۰۰۹) اعتبار و پایایی این آزمون را تایید کرده اند. شواهد نشان می دهد بین پرسشنامه ی YBOCS - BDD و مقیاس اندازه گیری وسواس فکری- عملی پادوآ (بارنز^۴ و همکاران، ۱۹۹۶) و پرسشنامه ی رضایت بدنی یک همبستگی معنی دار (به ترتیب بین ۰/۲۵ تا ۰/۵۸ و بین ۰/۲۵ تا ۰/۳۳) وجود دارد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳ است.

شیوه ی اجرا

بعد از توجیه پژوهش و اخذ رضایت کتبی آزمودنی ها، گروه آزمایش، ۱۲ جلسه ی طرحواره ی درمانی گروهی با فاصله ی دو جلسه در هر هفته و هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت، به عنوان مداخله ی درمانی دریافت کرد (جدول ۱).

¹ Liebowitz Social Anxiety Scale

² Fresco

³ Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale- Body Dysmorphic

⁴ Barnez



جدول ۱- اهداف و محتوای جلسات طرحواره ی درمانی (برگرفته از: طرحواره یانگ به نقل از دهستانی و همکاران، ۱۳۹۷)

جلسات	مضامین اصلی
جلسات ۱ و ۲	طرحواره های ناسازگار اولیه اعضا پیشتر توسط درمانگر مورد مطالعه قرار گرفته و متناسب با آن سبک های مقابله ای افراد مورد نظر قرار گرفت. طی این جلسات تلاش شد تا مشکلات اعضا با تمرکز بر نگرانی از اضافه وزن و به طور کلی شکایات مرتبط با بدریخت انگاری بدن فرمول بندی شود.
جلسات ۳ تا ۵	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی ها، آموزش طرحواره ها، ریشه های تحولی و حوزه های مرتبط، نیازها و سبک های مقابله ای. آموزش ذهنیت های طرحواره ای و شناسایی تجارب ذهنیت های خود.
جلسات ۶ و ۷	برخی از تکنیک های تجربی مانند گفتگوی خیالی، اجرای نقش والد در هنگام استفاده از تصویر سازی ذهنی، تصویر سازی ذهنی از وقوع اتفاقات ناخوشایند و نامه نویسی برای کاهش قدرت ذهنیت های مقابله ای ناسازگار مورد استفاده قرار گرفت.
جلسات ۸ و ۹	برخی از تکنیک های شناختی مانند برقراری گفتگو میان جنبه ی سالم و جنبه ی ناسالم طرحواره، تکمیل فرم ثبت طرحواره، توصیف مزایا و معایب سبک های مقابله ای، تعریف شواهد تایید کننده طرحواره مورد استفاده قرار گرفت.
جلسات ۱۰ و ۱۱	برخی از تکنیک های رفتاری مانند تمرین برای رها ساختن سبک های مقابله ای ناسازگار و جایگزین کردن آنها با راهکاری های بهینه و تمرین راهکارهای مقابله ای کار آمد به منظور مهار هیجانی مورد استفاده قرار گرفت.
جلسه ۱۲	پرورش ذهنیت کودک شاد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم با برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ی طرحواره.

اعضای گروه آزمایش ۱۲ جلسه پروتکل طرحواره درمانی (۲ جلسه یک و نیم ساعته در هفته) بر روی آنها پیاده سازی شد اما گروه کنترل هیچ پروتکلی را دریافت نکردند. پس از جمع آوری اطلاعات لازم داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد آنالیز در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ قرار گرفت.

یافته ها

یافته های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در جدول ۲ آمده است. مطابق با جدول، نمرات برای هر یک از متغیرها بر اساس پیش آزمون، پس آزمون و گروه آزمایش و گواه تفکیک شده است.

جدول ۲- مولفه های توصیفی سن و نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیر های مورد اندازه گیری به تفکیک گروه ها

گروه کنترل	گروه آزمایش	سنجش	متغیر
۱۲/۰±۸/۷	۱۴/۰±۶/۶		سن
۵±۳۱/۵	۳۱/۵±۵۶/۷	پیش آزمون	اضطراب اجتماعی
۳۰/۳±۳۹/۸	۴±۲۴/۸	پس آزمون	
۳۲/۳±۸۹	۳۴/۳±۲۲/۵	پیش آزمون	اضطراب عملکرد
۳۱/۲±۹۴/۴	۲۴/۵±۷۸/۱	پس آزمون	
۲۸/۳±۷۸	۲۸/۴±۴۴/۳	پیش آزمون	اجتناب
۳۰/۳±۱۱	۲۳/۳±۲۸/۱	پس آزمون	
۲۴/۲±۴۴/۸	۲۸/۳±۷۸/۹	پیش آزمون	بدریخت انگاری بدن
۲۵/۳±۶۱/۴	۲۳/۲±۱۷/۶	پس آزمون	



جهت بررسی فرض اثر طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید. پیش از به کارگیری این آزمون، مفروضه های آن بررسی شد. نخست، به منظور پیش فرض همسانی ماتریس های واریانس-کواریانس در گروه ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این پیش فرض به خوبی رعایت شده است ($p > 0.05$). به منظور نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده گردید، نشان داده شد تمامی مؤلفه ها دارای توزیع نرمال هستند ($p > 0.05$). لذا پیش فرض مربوطه مورد تأیید قرار گرفت. همچنین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس های شاخص های اضطراب اجتماعی از آزمون لوین استفاده گردید، که با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای متغیرها، می توان بیان نمود که شرط برابری واریانس ها برای همه متغیرها رعایت گردیده است. با توجه به بررسی های جدول (۳) می توان در بررسی فرض فوق از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده نمود که نتایج مربوطه در جدول (۴) آمده است.

جدول ۳- نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف جهت نرمال بودن متغیرها و آزمون لوین

Sig	Z	آزمون کولموگروف-اسمیرنف
0/31	0/97	اضطراب عملکرد
0/34	0/94	اجتناب
0/97	0/49	اضطراب اجتماعی
Sig	F	آزمون لوین
0/09	2/98	اضطراب عملکرد
0/19	1/78	اجتناب
0/06	3/47	اضطراب اجتماعی

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کواریانس جهت بررسی شاخص های اضطراب اجتماعی در گروه ها

eta	Sig	F	MS	df	SS	متغیر
0/55	0/001	38/30	547/98	1	547/98	اضطراب عملکرد
0/69	0/001	70/35	474/76	1	474/76	اجتناب
0/42	0/001	22/65	196/64	1	196/64	اضطراب اجتماعی

نتایج جدول فوق نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج ارائه شده در جدول (۲) و تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون این شاخص، می توان گفت که طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان مبتلا به چاقی اثرگذار است، لذا فرض فوق این مطالعه مورد تأیید قرار گرفت.

جهت بررسی نقش طرحواره درمانی بر بدریخت انگاری بدنی دختران نوجوان مبتلا به چاقی، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه هایی است که می بایست رعایت نمود. به منظور نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر وابسته از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده گردید که مؤلفه بدریخت انگاری بدنی دارای توزیع نرمال است ($p > 0.05$). جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس شاخص بدریخت انگاری بدنی از آزمون



لویین استفاده شد که می توان بیان نمود که شرط برابری واریانس ها برای همه متغیرها رعایت گردیده است. با توجه به نتایج به دست آمده از دو پیش فرض فوق، می توان در بررسی فرضیه نخست از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده نمود که نتایج مربوطه در جدول (۶) آمده است.

جدول ۵- نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف جهت نرمال بودن متغیرها و آزمون لویین

Sig	Z	آزمون کولموگروف-اسمیرنف
۰/۵۷	۰/۷۹	بدریخت انگاری بدنی
Sig	F	آزمون لویین
۰/۱۱	۲/۷۸	بدریخت انگاری بدنی

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل کواریانس جهت بررسی شاخص بدریخت انگاری بدنی در گروه ها

eta	Sig	F	MS	df	SS	متغیر
۰/۴۶	۰/۰۰۱	۲۸/۴۴	۳۹۳/۲۰	۱	۳۹۳/۲۰	بدریخت انگاری بدنی

بر اساس جدول (۶)، بین دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه بدریخت انگاری بدنی تفاوت معناداری وجود دارد. البته باید گفت که نمره بالاتر در این شاخص، نشانگر ناکارآمدی فرد است. طبق شاخص های ارائه شده در جدول (۲) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون، می توان مطرح نمود که فرض این مطالعه مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر بدریخت انگاری بدنی دختران نوجوان مبتلا به چاقی، مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به بررسی های صورت گرفته تاثیر طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی را تأیید کرده است. طرحواره درمانی به عنوان درمان روان شناختی با تاکید فراوان بر تجارب دوران کودکی و آسیب شناختی شخصیتی مورد بحث قرار گرفته است. بر اساس مطالعات صورت گرفته بدیهی به نظر می رسد که بین تجربیات اولیه ی دوران کودکی و ایجاد طرحواره های ناسازگار اولیه رابطه ای وجود دارد این طرحواره ها یکی از عوامل اصلی در مدل بیماری پذیری ارثی-تنش اختلالات روانی را تشکیل می دهند. تشابه مضمونی قابل ملاحظه ای بین طرحواره های غیر انطباقی اولیه و سوگیری های شناختی مشخصه ی دختران نوجوان مبتلا به چاقی دچار اضطراب اجتماعی وجود دارد. ترس از طرد شدن و ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران، نقش اصلی در شکل گیری اضطراب اجتماعی و حفظ آن در این افراد ایفا می کند. دختران نوجوان مبتلا به چاقی دچار اضطراب اجتماعی در موقعیت های اجتماعی، عواقب فجیعی را از لحاظ از دست دادن شان و مرتبه ی خود و طرد شدن پیش بینی می کنند. بنابراین، طرحواره های غیرانطباقی اولیه، به هنگام مواجهه ی دختران نوجوان مبتلا به چاقی با موقعیت های اجتماعی، پردازش اطلاعاتی را هدایت می کنند که به تفکرات خودبخود اضطرابی بارز منتهی می شود، مثلا این که شکست خواهند خورد و از نظر دیگران به طور منفی ارزیابی خواهند شد، که آن هم به نوبه ی خود، واکنش های اضطرابی را تحریک می کند. طرحواره درمانی تاثیر مستقیم بر درمان اضطراب اجتماعی دختران نوجوان مبتلا به چاقی دارد. در واقع طرحواره درمانی به درمانگر کمک می کند تا مشکلات مزمن و عمیق دختران نوجوان مبتلا به چاقی را دقیق



تر تعریف کرده، آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. در این مدل، ردپای طرح‌واره‌ها با تاکید بر روابط بین فردی دختران نوجوان مبتلا به چاقی از کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با بکارگیری این مدل دختران نوجوان مبتلا به چاقی می‌توانند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی خود را به صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه‌ی بیشتری پیدا می‌کنند. طرح‌واره‌ها، مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را زیر کنترل خود دارند و در طول سال‌های زندگی فرد تحول یافته‌اند؛ محتوای طرح‌واره‌ها، همه‌ی جنبه‌های زندگی فرد اعم از آگاهانه یا غیر آگاهانه را در برگیرد. طرح‌واره‌ها، معنی و ساختاری را که فرد به دنیا می‌دهد، ایجاد می‌کنند. آنها در طول دوره‌ی تحول فرد شکل گرفته‌اند؛ به این معنا که به موازات دریافت اطلاعات فرد از محیط اطراف، آن را پردازش و فیلتر می‌کنند. به طور خلاصه، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند و نتایج همچنین نشان داد که از روش طرح‌واره‌ی درمانی می‌توان برای کاهش نشانگان بدریخت‌انگاری بدنی در دختران نوجوان مبتلا به چاقی استفاده کرده است. دختران نوجوان مبتلا به چاقی به بدریختی‌انگاری بدنی نگاهی متفاوت به زندگی دارند به گونه‌ای که در روابط بین فردی خود نسبت به ظاهر خویش حساس بوده و درباره قضاوت‌های دیگران از چاق بودنشان کنج‌کاو هستند. آنها درباره‌ی خود احساس حقارت می‌کنند و از عزت نفس پایینی برخوردارند زیرا تصور می‌کنند که اثربخشی آنها در روابط بین فردی از طریق ظاهر جسمانی است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرح‌واره‌ی درمانی می‌تواند در کاهش بدریختی‌انگاری بدنی دختران نوجوان مبتلا به چاقی موثر واقع باشد، از این رو پیشنهاد می‌شود مشاورین در مدارس به مساله چاقی دختران نوجوانی توجه بیشتر نموده و از طرح‌واره‌ی درمانی برای رفع مشکلات روانشناختی این گروه از نوجوانان استفاده نمایند و همچنین پیشنهاد می‌شود این بررسی با استفاده از رویکردهای دیگر درمانی همچون روایت‌درمانی بر روی مولفه‌های دیگر روانشناختی همچون افسردگی در دختران نوجوان مبتلا به چاقی مورد بررسی قرار گیرد.



منابع

- اسماعیلی، ل.، امیری، ش.، عابدی، م.، مولوی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۸ (۳۰)، ۱۱۷-۱۳۷.
- پورشریفی، ح.، هاشمی نصرت آباد، ت.، احمدی، م. (۱۳۹۳). مقایسه اضطراب اجتماعی-جسمانی و نگرش های خوردن در نوجوانان چاق و دارای وزن طبیعی: بررسی نقش تعدیل کنندگی فشار اجتماعی- فرهنگی برای کاهش وزن و تغییر بدنی. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۹ (۲)، ۴۹-۵۸.
- پورصالح، ع.، حمید، ن.، داوودی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر علایم اختلال اضطراب اجتماعی و سرمایه های روان شناختی دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۴ (۵۶)، ۸۳-۹۴.
- دهستانی، م.، عزیزی، ز.، مهدوی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره ی درمانی گروهی بر نشانگان بدریخت انگاری و طرحواره های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دختر با نگرانی اضافه وزن. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۲ (۴۷)، ۴۷-۵۶.
- مرادی بیدهندی، ر.، رسولی ساروی، ث. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی دختران نوجوان دارای نشانه های اضطراب اجتماعی، ششمین همایش بین المللی روان شناسی مدرسه، تهران.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Blank, M. J., Berg, A. C., & Melaville, A. (2006). *Growing Community Schools: The Role of Cross-Boundary Leadership*. Coalition for Community Schools. 4455 Connecticut Avenue NW Suite 310, Washington, DC 20008.
- Brierley, M. E., Brooks, K. R., Mond, J., Stevenson, R. J., & Stephen, I. D. (2016). The body and the beautiful: health, attractiveness and body composition in men's and women's bodies. *PLoS one*, 11(6), e0156722.
- Fang, A., & Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical psychology review*, 30(8), 1040-1048.
- Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., Leibowitz, M.R., Hami, S., Stein, M.B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered forms. *Psychol Med*, 31, 1025-1035.
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Taylor & Francis.
- ÖZŞAHİN, A. K., & ALTINTAŞ, E. (2018). Factors associated with social anxiety disorder in a group of obese Turkish female patients. *Turkish journal of medical sciences*, 48(2), 391-398.
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*.



Ratnasari, S. E., Pratiwi, I., & Wildannisa, H. (2021). RELATIONSHIP BETWEEN BODY IMAGE AND SOCIAL ANXIETY IN ADOLESCENT WOMEN. *European Journal of Psychological Research*, 8.

Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105.

Spettigue, W., Obeid, N., Santos, A., Norris, M., Hamati, R., Hadjiyannakis, S., & Buchholz, A. (2020). Binge eating and social anxiety in treatment-seeking adolescents with eating disorders or severe obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 787-793.

Thompson, J. E., Phillips, B. A., McCracken, A., Thomas, K., & Ward, W. L. (2018). Social anxiety in obese youth in treatment setting. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 30(1), 37-47.

Webb, H. J., Kerin, J. L., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2021). Increases in emotional eating during early adolescence and associations with appearance teasing by parents and peers, rejection, victimization, depression, and social anxiety. *The Journal of Early Adolescence*, 41(5), 754-777.