Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Dysmorphic Disorder and Perfectionism Concerns in Students with Physical Deformity Concerns

Tahereh Golestanibkht[1*], Ensiyeh Babaie[1], Zeynab Masoomzadeh[1]

[1] Dept of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: 01 July 2021
Revised: 23 December 2021
Accepted: 12 Februrary 2022
Published Online: 23 January 2023

**** Correspondence to:***
Tahereh Golestanibkht
Dept of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
Email:
tahereh.golestani@yahoo.com

A B S T R A C T

Introduction: Body dysmorphic disorder (BDD) and perfectionism are the main mental concerns of adolescent students who are the future makers of the country. This study aimed to determine the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on perfectionism and BDD in students with these concerns.

Material & Methods: The quasi-experimental research design was pretest-posttest with a control group. From 360 high school female students from 4 high schools in the 14th district of Tehran (2016), 34 people with high scores on the cut line (score 93) were selected regarding the BDD scale and as a research sample were randomly divided into two groups of 17 cases per group. Due to the lack of collaboration and sample attrition, 11 and 13 cases in the experimental and control groups completed the perfectionism questionnaire, respectively. The experimental group participated in eight CBT sessions based on the treatment guide of Wright et al. in cyberspace; however, the control group did not receive any intervention. Finally, the post-test was administered. The research instruments were the Physical Appearance Perfectionism Scale and Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale. The data were analyzed in SPSS software (version 26) using ANCOVA, MANCOVA, and multivariate covariance analysis.
(Ethic code: IR.PNU.REC.1399.068)

Findings: The effectiveness of CBT in BDD was not significant at P≤0.01 and the perfectionism variable. The CBT explained 39.9% of the variance of predictor variables.

Discussion & Conclusion: Considering the effectiveness and efficiency of CBT to reduce students' mental concerns, prevent related disorders, and improve their quality of life, this piece of training can be included in the school curriculum.

Keywords: Body dysmorphic disorder, Cognitive-behavioral therapy, Perfectionism, Students

➢ **How to cite this paper**
Golestanibkht T, Babaie E, Masoomzadeh Z. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Dysmorphic Disorder and Perfectionism Concerns in Students with Physical Deformity Concerns. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2022;30(6): 83-92.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

© The Author(s)

Publisher: Ilam University of Medical Sciences

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIUMS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر کمال طلبی و نگرانی‌های بدشکلی بدنی در دانش آموزان دارای نگرانی‌های بدشکلی بدنی

طاهره گلستانی‌بخت[۱*]، انسیه بابایی[۱]، زینب معصوم زاده[۱]

[۱] گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور،تهران ، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۹
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳

نویسنده مسئول:
طاهره گلستانی بخت
گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Email:
tahereh.golestani@yahoo.com

چکیده

مقدمه: بدشکلی بدنی و کمال طلبی از دغدغه‌های ذهنی عمدهٔ دانش آموزان نوجوان، این آینده سازان کشور، است. هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کمال طلبی و اختلال بدشکلی بدن دانش آموزان دارای این نگرانی‌ها بود.

مواد و روش ها: طرح پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. از میان ۳۶۰ دانش‌آموز دختر دوم متوسطه از ۴ دبیرستان در منطقهٔ ۱۴ شهر تهران (۱۳۹۹)، تعداد ۳۴ نفر با نمرات بالای خط برش (نمرهٔ ۹۳) در مقیاس اختلال بدشکلی، انتخاب شدند و به‌عنوان نمونهٔ پژوهش، به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری قرار گرفتند. به علت همکاری نکردن و افت آزمودنی‌ها، ۱۱ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه گواه باقی ماندند. هر دو گروه پرسش نامهٔ کمال طلبی را پر کردند. درمان شناختی-رفتاری در گروه آزمایشی، طی ۸ جلسه بر اساس راهنمای درمانی رایت و همکاران در فضای مجازی انجام شد؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان پس آزمون انجام گردید. ابزار پژوهش مقیاس کمال طلبی و مقیاس اختلال بدشکلی بدنی بود. تحلیل داده‌ها به‌وسیلهٔ آنکوا در متن مانکوا و تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS vol.26 صورت گرفت.

یافته‌ها: اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بدشکلی بدن در سطح $P\leq0.01$ معنادار و در متغیر کمال طلبی معنادار نبود. درمان شناختی-رفتاری ۳۹/۹ درصد واریانس متغیرهای پیش‌بین را تبیین کرد.

بحث و نتیجه‌گیری: نظر به اثربخشی و کارآمدی درمان شناختی-رفتاری، برای کاهش نگرانی‌های ذهنی دانش آموزان و پیشگیری از اختلالات مرتبط و نیز ارتقای کیفیت زندگی آنان، می‌توان این آموزش‌ها را در برنامهٔ درسی گنجاند.

واژه‌های کلیدی: بدشکلی بدنی، کمال طلبی، درمان شناختی رفتاری، دانش آموزان

استناد: گلستانی بخت، طاهره؛ بابایی، انسیه؛ معصوم زاده، زینب. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کمال‌طلبی و نگرانی‌های بدشکلی بدنی در دانش‌آموزان دارای نگرانی‌های بدشکلی بدنی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، بهمن ۱۴۰۱؛۳۰(۶): ۸۳-۹۲.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

CC BY NC

مقدمه

ویژگی‌های ظاهری و جسمانی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی نوجوانان است که با وضعیت روان‌شناختی‌شان ارتباط دارد. نوجوانان معمولاً از ظاهر بدنی خود احساس نارضایتی دارند و به‌طور افراطی و اغراق‌آمیز تصور می‌کنند در ظاهرشان نقصی وجود دارد و این فکر به دغدغه و مشغلهٔ ذهنی مداوم تبدیل می‌شود. باورهای وسواسی بر تصویر بدنی تأثیر دارد. از سوی دیگر، اختلال وسواس از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در کل جمعیت جهان است و کمال‌گرایی کلیدواژهٔ اصلی این اختلال است. کمال‌گرایان معتقدند که با کوشش و تلاش حداکثری می‌توان به نتایج کامل رسید. کمال‌گرایی با بسیاری از اختلالات مرتبط با وسواس فکری عملی ازجمله اختلال بدشکلی بدن ارتباط دارد (۱). فرد کمال‌گرا ممکن است معیارهای غیرمعقول برای ظاهر خود در نظر بگیرد که موجب بروز علائم اختلال بدشکلی گردد (۲).

نگرانی دربارهٔ بدشکلی بدنی از دیگر متغیرهای مرتبط با وضعیت روان‌شناختی دانش آموزان است. اختلال بدشکلی بدنی یکی از مجموعه اختلال‌های شخصیت است که در ملاک‌های آسیب‌شناسی روانی به آن اشاره‌شده است. بر اساس کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، نسخهٔ پنجم معیارهای اختلال بدشکلی بدن از این قرارند: فرد دائم نگران است که نقص یا عیبی در ظاهر فیزیکی خود داشته باشد، درحالی‌که دیگران اصلاً متوجه این نقص‌ها نیستند یا آن‌ها را خیلی کم می‌بینند؛ البته این نگرانی علت دیگری مانند علل پزشکی هم ندارد. فرد رفتارهای تکراری در واکنش به نگرانی‌هایش دارد؛ مانند برانداز کردن دائم در آینه یا به حد افراطی شانه زدن و غیره. این دغدغهٔ ذهنی تا حدی است که موجب نابسامانی در عملکرد فرد می‌گردد. افرادی که به این اختلال دچار می‌شوند، دسته‌ای از باورهای اشتباه دارند که بر اثر آن با خود می‌پندارند که همهٔ بدن آنان یا برخی اندام‌هایشان زشت و ناقص است و به همین سبب، رفتارهای اجتنابی اتخاذ می‌کنند؛ یعنی از نشان دادن آن بخش از بدنشان که می‌پندارند ناقص یا زشت است، به‌شدت اجتناب می‌کنند و همین رفتار اجتنابی موجب تداوم مشکل اضطراب آنان در زمینهٔ ظاهرشان می‌شود (۳).

آلبرت آلیس اولین نظریه‌پرداز شناختی-رفتاری است که دربارهٔ کمال‌گرایی توضیح می‌دهد و اعتقاد دارد، کمال‌گرایی یکی از ۱۲ باور غیرمنطقی‌ای است که باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌شود. او کمال‌گرایی را این‌گونه تعریف می‌کند: پذیرش این باور که فرد باید کاملاً شایسته، لایق و باهوش و در همهٔ امور ممکن پیشرو باشد و همواره یک‌راه حل دقیق و کامل و درست برای مشکلات انسانی وجود دارد و اگر این راه‌حل کامل پیدا نشود، فاجعه‌آمیز خواهد بود (۴). کمال‌گرایی یک ویژگی منفی شخصیتی توصیف‌شده است که مشخصهٔ آن تلاش برای بی‌نقص بودن و تنظیم استانداردهای بیش‌ازحد بالا برای کارایی، همراه با تمایلاتی برای ارزیابی‌های بیش‌ازحد انتقادی از رفتار شخص است (۵). اولین مورد مطالعهٔ کنترل‌شده برای درمان شناختی-رفتاری در اختلال بدشکلی بدن را محققانی انجام دادند که دستورالعمل درمان گروهی‌ای برای بیماران طراحی کردند و به تأیید رساندند؛ همچنین فنون شناختی را برای اصلاح کردن اندیشه‌ها، تفکر ناکارآمد و غیرعادی و نیز فن‌های رفتاری مانند مواجهه با موقعیت‌های اجتناب‌شده و کاهش میزان چک کردن را برای اصلاح علائم رفتاری بیماری به‌کار بردند (۶).

به نظر می‌رسد، در دنیای مدرن کنونی و با هجمه‌های فرهنگی رسانه‌ها و به‌ویژه در فضای مجازی، نگرانی از تصویر بدنی و کمال طلبی به‌ویژه در جوانان و نوجوانان گسترش‌یافته است. آموزش مهارت‌هایی ضروری به نظر می‌رسد تا باورهای شناختی منطبق با واقعیت ایجاد گردد و تحریفات شناختی‌ای که بر اثر کمال‌طلبی فرد به وجود آمده است، حذف شود تا شاهد کاهش نگرانی‌ها و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

دغدغه‌های ذهنی نوجوان در این زمینه باشیم؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کمال‌طلبی و اختلال بدشکلی بدنی در دانش آموزان دارای نگرانی‌های بدشکلی بدنی انجام شد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعهٔ آماری شامل همهٔ دانش آموزان دختر دبیرستانی چهار دبیرستان اعتصام، بعثت، ولیعصر و سمیه به روش در دسترس، واقع در منطقهٔ ۱۴ تهران در سال ۱۳۹۹ بود.

روش نمونه‌گیری و حجم نمونه: از تعداد ۳۶۰ نفری که داوطلب شرکت در پژوهش بودند و پرسش‌نامهٔ بدشکلی بدنی را پر کردند، تعداد ۲۴۶ پرسش‌نامهٔ قابل‌بررسی با پاسخ‌های کامل باقی ماند. از این تعداد، ۳۴ نفر با نمرات بالای نقطهٔ برش و دچار نگرانی‌های بدشکلی بدنی بودند. ۳۴ آزمودنی به‌طور تصادفی از طریق قرعه‌کشی، در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گروه گواه (۱۷ نفر) قرار گرفتند. به علت انجام آموزش‌ها در فضای مجازی، پژوهش با همکاری نکردن و افت شدید آزمودنی مواجه شد و تعداد اعضای گروه آزمایش به ۱۱ نفر و گروه گواه به ۱۳ نفر تقلیل یافت.

ملاک‌های ورود و خروج پژوهش؛ ملاک ورود: داشتن رضایت آگاهانه، بالاتر بودن نمرهٔ بدشکلی بدنی بر اساس مقیاس، نداشتن اختلال روانی یا بیماری مزمن جسمی، دریافت نکردن مشاورهٔ فردی و دارودرمانی و شرکت نکردن همزمان در برنامهٔ درمانی مشابه بر اساس گزارش فردی دانش آموزان.

معیارهای خروج: غیبت از جلسات آموزش مجازی، همکاری نکردن و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده.

روش جمع‌آوری اطلاعات: برای ورود به ۴ مدرسه در منطقهٔ ۱۴ تهران، مجوزهای لازم از اداره آموزش‌وپرورش گرفته شد. در روزی که مدیران مدارس مشخص کرده بودند، به مدارس مراجعه گردید. به هریک از دانش‌آموزان حاضر، دربارهٔ اهمیت و ضرورت پژوهش، معیارهای اخلاقی پژوهش و زمانی که لازم است با محققان همکاری کنند، اطلاع‌رسانی شد و رضایت آگاهانهٔ آنان جلب گردید. از ۳۶۰ پرسش‌نامه، تنها به ۲۴۶ پرسش‌نامه پاسخ‌های کامل داده‌شده بود و نمره‌گذاری شد که تعداد ۳۴ نفر نمراتی بالای خط برش (نمرهٔ ۹۳) داشتند که به‌عنوان افراد دارای نگرانی‌های بدشکلی بدنی تشخیص داده شدند. تعداد ۳۴ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه به‌طور تصادفی قرار گرفتند. در گام بعدی، دو گروه در فضای مجازی تشکیل گردید. افراد هر دو گروه به پرسش‌نامهٔ کمال‌طلبی هم پاسخ دادند. به افراد گروه آزمایش از طریق گروه مجازی واتساپ، برای ادامهٔ روند پژوهش اطلاع‌رسانی شد و مداخله آموزشی طی ۸ جلسه به ایشان ارائه گردید و به‌صورت مدام با اعضای گروه ارتباط برقرار می‌شد. آموزش‌ها به‌صورت کتبی، شفاهی، تصویری، ترسیمی و ... صورت گرفت. در انتهای دوره پس‌آزمون انجام گردید. گروه گواه در طی این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. درنهایت، با وجود اقدامات ترغیبی و تشویقی آموزش مجازی در واتساپ، با همکاری نکردن آزمودنی‌ها و افت شدید آزمودنی مواجه شد و تعداد اعضای گروه آزمایش به ۱۱ نفر و افراد گروه گواه به ۱۳ نفر تقلیل یافت. ملاحظات اخلاقی در همهٔ مراحل پژوهش رعایت شد. مجوز اخلاق با کد اخلاق IR.PNU.REC.1399.068 از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه پیام نور اخذ گردید. اطلاعات و داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS vol.26 تجزیه‌وتحلیل شدند.

ابزار پژوهش؛ پرسش نامهٔ اختلال بدشکلی بدنی: برای سنجش اختلال بدشکلی بدن از مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی هیل براون (۱۹۹۷) استفاده گردید. این پرسش‌نامهٔ ۳۱ سؤالی در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» رتبه‌بندی شده است و امتیاز مربوطه از جمع امتیاز همهٔ سؤالات به‌دست می‌آید. دامنهٔ نمرات از ۳۱ تا ۱۵۵ با خط برش ۹۳ است و نمرهٔ

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

بالای خط برش بیانگر این است که رضایت از ظاهر در حد مطلوبی نیست. ضریب کرونباخ همسانی درونی کل پرسش نامه ۹۴ درصد و ضریب میان خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷ تا ۰/۹۴ است که نشان‌دهندهٔ روایی و پایایی بالای آن است. در تحلیل عاملی اکتشافی، عامل‌های شناسایی‌شده به‌ترتیب عبارت بودند از: عامل اول. راهبردهای کنترل فراشناختی سؤال‌های ۱ تا ۱۴؛ عامل دوم. ائتلاف فکر-عمل یا درآمیختگی افکار (عینیت بخشیدن به افکار مربوط به بدشکلی) با ۸ پرسش، از سؤال ۱۵ تا ۲۲؛ عامل سوم. باورهای مثبت و منفی فراشناختی (دربارهٔ ظاهر) ۵ پرسش، از سؤال ۲۳ تا ۲۷؛ و عامل چهارم. رفتارهای ایمنی، ۴ پرسش، از سؤال ۲۸ تا ۳۱. ضریب آلفای کرونباخ برای چهار عامل نیز بالای ۰/۷ بود؛ درنتیجه، این پرسش نامه روایی و پایایی مناسبی دارد (۷).

پرسش‌نامهٔ کمال طلبی: در این پژوهش، برای سنجش کمال طلبی از پرسش نامهٔ ۵۹ سؤالی هیل براون (۲۰۰۴) استفاده گردید که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» درجه‌بندی‌شده است. دامنهٔ نمرات از ۵۹ تا ۲۹۵ نمره و خط برش ۱۷۷ است. نمرات زیر خط برش بیانگر این است که فرد از نظر کمال طلبی در حد مطلوبی قرار دارد و نمرات بالای خط برش نشان می دهد، فرد از نظر کمال طلبی در حد نامطلوبی قرار دارد. هیل پایایی و روایی این مقیاس را با ضریب آلفای ۷۹ درصد تا ۹۱ درصد گزارش کرده است (۸). در ایران، این پرسشنامه هنجاریابی شد و ضریب پایایی ۰/۹۲۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۲۶ به‌دست آمد؛ همچنین ضریب همبستگی همگرایی با پرسشنامهٔ فراست نیز ۰/۷۴۱ حاصل شد (۹).

جلسات درمان شناختی-رفتاری: جلسه‌های درمان شناختی-رفتاری بر اساس دستورالعمل درمانی رایت (۲۰۰۶) بود (۱۰). دورهٔ آموزشی ۸ جلسه‌ای دستورالعمل درمانی با توجه به شرایط ویژهٔ شیوع بیماری کرونا، در فضای مجازی در جلسات ۳-۲ ساعتی برگزار شد و در این مدت، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان دورهٔ آموزش، مجدداً از افراد هر دو گروه با هر دو پرسش‌نامهٔ کمال طلبی و اختلال بدشکلی آزمون گرفته شد.

محتوای آموزش ۸ جلسهٔ ساختاربندی‌شدهٔ رایت و همکاران:

جلسهٔ اول. آشنایی با گروه و علل تشکیل آن، بیان اهداف و مقررات گروه، معرفی مشکل کمال‌گرایی و بیان کمال‌گرایی منفی و مثبت و توضیح توجه انتخابی و معیار سخت دوقطبی، معرفی اجمالی درمان شناختی؛

جلسهٔ دوم. بیان اهمیت طرز فکر افراد روی احساس و رفتار و ترسیم الگوی چرخهٔ معیوب برای مشکلات فرد (برای تمرکز بر اهداف درمانی، تعریف شناخت و بازسازی شناختی و آموزش اینکه افکار می‌تواند منطقی یا غیرمنطقی باشد و باید شناسایی شود)؛

جلسهٔ سوم. توضیح ضرورت اصلاح افکار و بازسازی شناختی بک، ایجاد چالش با افکار خودآیند منفی، تأکید و تشویق بر تغییرات مثبت مراجع در زدودن افکار خودآیند منفی، توضیح تصویر ذهنی، علت بروز باورهای غیرمنطقی، فرضیه و فکر آلیس و ذکر اینکه کمال طلبی هم یک باور غیرعقلانی است، تمرکز بر نگرانی و دغدغه‌های ذهنی نوجوانان دربارهٔ ظاهر بدنی و تصوری که از بدن خود داشتند، به‌عنوان یک باور نادرست؛

جلسهٔ چهارم. بازشناسی باورهای زیربنایی، دادن یک متن مناسب برای مطالعه که مثالی از تغییر فکر غیرمنطقی به منطقی را با به چالش کشیدن افکار توسط درمانگر مثال می‌زند؛ و کشف پاسخ عاقلانه با اجرای فنون رفتاری توجه‌برگردانی و انحراف از توجه و با خیال‌پردازی‌های خوشایند و انجام فعالیت‌های جالب و با شمارش افکار و تمرین‌های ذهنی و مانند آن که در جدول نظارت بر افکار و فعالیت‌های روزانه ارائه می‌شود؛

جلسهٔ پنجم. توسعهٔ آگاهی نسبت به باور زیربنایی، ایجاد تردید نسبت به باورهای غلط و ادامهٔ آزمایش‌های رفتاری برای بررسی راهبردها و شناخت‌های کسب‌شده، دستیابی به درک اینکه این‌ها ایدهٔ شخصی‌اند؛ نه حقایق

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

اساسی زندگی و هدایت فکر و افزایش درگیری ذهن برای رفع باورهای کمال طلبانه؛

جلسهٔ ششم. آرام‌سازی و افزایش انعطاف‌پذیری، حذف تفکر همه یا هیچ و سیاه‌وسفید، شناسایی حوزه‌های جدید زندگی و خودارزیابی مثبت از روش‌های جدید، شناخت ریشهٔ اصلی هیجانات، به‌جای تخریب تعاملات اجتماعی افزایش اعتمادبه‌نفس و جرئت و تعاملات و مهارت‌های اجتماعی؛

جلسهٔ هفتم. تعمیق و تثبیت مهارت‌های شناختی که تاکنون آموخته‌شده است و مهارت‌های رفتاری که به‌کار گرفته‌اند، تأکید بر اصلاح ارتباطات مدیریت‌شده با آینه با درجه‌بندی کردن هجوم افکار منفی؛

جلسهٔ هشتم. تعمیق باورهای سالم جدیدی که جایگزین باورهای منفی شده، با تمرکز و توجه مستمر و مداوم برای تثبیت آن‌ها و جلوگیری از احتمال برگشت باورهای منفی پیشین.

یافته ها

نمونهٔ پژوهش دختران پایهٔ یازدهم و دوازدهم دبیرستان در دامنهٔ سنی ۱۶ تا ۱۸ سال بودند. داده‌های این پژوهش با ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل محاسبه شد. اندازهٔ میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهشی در دو گروه در پیش‌آزمون-پس‌آزمون در جدول شمارهٔ ۱ ارائه گردیده است.

توزیع طبیعی متغیرها: از مفروضه‌های اصلی آزمون مانکوا، همگنی یا طبیعی بودن متغیرهای پژوهش است. برای آزمون توزیع نرمال متغیرها از آزمون‌های شاپیرو ویلک، کولموگروف اسمیرنف و ام‌باکس استفاده شد (جدول شمارهٔ ۲).

جدول شمارهٔ ۱. میانگین و انحراف‌معیار متغیرها در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون بدشکلی بدن-گواه	۱۰۶/۳۶	۷۳/۱۳
پیش‌آزمون بدشکلی بدن-آزمایش	۱۰۴/۶۹	۸/۵۵
پیش‌آزمون کمال طلبی-گواه	۱۹۹/۸۲	۲۳/۰۷
پیش‌آزمون کمال طلبی-آزمایش	۲۰۰/۳۱	۲۲/۴۱۴
پس‌آزمون بدشکلی بدن-گواه	۱۰۱/۱۸	۱۳/۷۱
پس‌آزمون بدشکلی بدن-آزمایش	۸۶/۱۵	۱۳/۳۶۶
پس‌آزمون کمال طلبی-گواه	۱۹۳/۴۵	۱۴/۸۸۹
پس‌آزمون کمال طلبی-آزمایش	۲۰۳/۲۳	۱۹/۶۱۸

جدول شمارهٔ ۲. آزمون‌های کولموگروف اسمیرنف و شاپیرو ویلک برای بررسی طبیعی بودن داده‌ها

متغیرها در دو آزمون	کولموگروف اسمیرنف			شاپیرو ویلک		
	آماره	درجهٔ آزادی	معنی‌داری	آماره	درجهٔ آزادی	معنی‌داری
پیش‌آزمون بدشکلی بدن- کنترل	۰/۲۷۱	۱۱	۰/۰۲۴	۰/۸۷۱	۱۱	۰/۰۷۹
پیش‌آزمون بدشکلی بدن- آزمایش	۰/۲۰۱	۱۳	۰/۱۵۸	۰/۹۱۲	۱۳	۰/۱۹۴
پیش‌آزمون کمال طلبی- کنترل	۰/۱۸۰	۱۱	۰/۲۰۰	۰/۸۹۸	۱۱	۰/۱۷۴
پیش‌آزمون کمال طلبی- آزمایش	۰/۲۷۰	۱۳	۰/۰۱۰	۰/۸۷۹	۱۳	۰/۰۶۹
پس‌آزمون بدشکلی بدن- کنترل	۰/۱۹۳	۱۱	۰/۲۰۰	۰/۹۳۱	۱۱	۰/۴۱۷
پس‌آزمون بدشکلی بدن- آزمایش	۰/۱۸۸	۱۳	۰/۲۰۰	۰/۸۹۹	۱۳	۰/۱۲۹
پس‌آزمون کمال طلبی- کنترل	۰/۲۱۵	۱۱	۰/۱۶۳	۰/۹۱۳	۱۱	۰/۲۶۸
پس‌آزمون کمال طلبی- آزمایش	۰/۱۳۴	۱۳	۰/۲۰۰	۰/۹۷۴	۱۳	۰/۹۳۳

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون‌های بالا نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهشی در هر دو گروه، در پیش آزمون-پس آزمون طبیعی هستند. نتایج نشان داد: ۲/۰۳۸=(۱۷۳۳۸۳۷ و ۳)F؛ M Box=6.789 و sig=0.106 که همگنی ماتریس‌های کوواریانس را نشان می‌دهد؛ بنابراین، شرایط و مفروضه‌های آزمون کوواریانس چندمتغیره رعایت شده است.

آمار استنباطی: به‌منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال بدشکلی بدنی و کمال‌طلبی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده گردید که نتایج در جدول شمارهٔ ۳ آمده است:

اثر گروهی با لامبدای ویکلز ۰/۶۰۱؛ ۶/۳۰۶=(۱۹ و ۲)F و sig=0.008 نشان داد که اثر آموزش روی ترکیب متغیرهای بدشکلی بدن و کمال‌طلبی معنادار است و ۳۹/۹ درصد از واریانس متغیرهای پیش‌بین را تبیین می‌کند؛ بنابراین، فرضیه تأیید شد (جدول شمارهٔ ۳).

فرضیهٔ اصلی پژوهش با آزمون مانکوا در متن مانکوا تحلیل گردید. آزمون کوواریانس یک‌راهه برای متغیر بدشکلی بدنی در جدول شمارهٔ ۴ نشان داده‌شده است.

جدول شمارهٔ ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره

اثر		مقدار	F	درجهٔ آزادی فرضیه	درجهٔ آزادی خطا	معناداری	مجذور اتای تفکیکی
برش	اثر پیلایی	۰/۲۸۸	۳/۸۴۴	۲	۱۹	۰/۰۴۰	۰/۲۸۸
	لامبدای ویکلز	۰/۷۱۲	۳/۸۴۴	۲	۱۹	۰/۰۴۰	۰/۲۸۸
	اثر هتلینگ	۰/۴۰۵	۳/۸۴۴	۲	۱۹	۰/۰۴۰	۰/۲۸۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۰۵	۳/۸۴۴	۲	۱۹	۰/۰۴۰	۰/۲۸۸
پیش‌آزمون بدشکلی بدن	اثر پیلایی	۰/۳۸۵	۵/۹۴۷	۲	۱۹	۰/۰۱۰	۰/۳۸۵
	لامبدای ویکلز	۰/۶۱۵	۵/۹۴۷	۲	۱۹	۰/۰۱۰	۰/۳۸۵
	اثر هتلینگ	۰/۶۲۶	۵/۹۴۷	۲	۱۹	۰/۰۱۰	۰/۳۸۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۶۲۶	۵/۹۴۷	۲	۱۹	۰/۰۱۰	۰/۳۸۵
پیش‌آزمون کمال طلبی	اثر پیلایی	۰/۱۵۴	۱/۷۳۴	۲	۱۹	۰/۲۰۳	۰/۱۵۴
	لامبدای ویکلز	۰/۸۴۶	۱/۷۳۴	۲	۱۹	۰/۲۰۳	۰/۱۵۴
	اثر هتلینگ	۰/۱۸۳	۱/۷۳۴	۲	۱۹	۰/۲۰۳	۰/۱۵۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۸۳	۱/۷۳۴	۲	۱۹	۰/۲۰۳	۰/۱۵۴
گروه	اثر پیلایی	۰/۳۹۹	۶/۳۰۶	۲	۱۹	۰/۰۰۸	۰/۳۹۹
	لامبدای ویکلز	۰/۶۰۱	۶/۳۰۶	۲	۱۹	۰/۰۰۸	۰/۳۹۹
	اثر هتلینگ	۰/۶۶۴	۶/۳۰۶	۲	۱۹	۰/۰۰۸	۰/۳۹۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۶۶۴	۶/۳۰۶	۲	۱۹	۰/۰۰۸	۰/۳۹۹

جدول شمارهٔ ٤. تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای متغیر بدشکلی بدن

منبع	مجموع مربعات	درجهٔ آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	مجذور اتای تفکیکی
مدل اصلاح‌شده	۲۸۴۶/۶۶۸	۲	۱۴۲۳/۳۳۴	۱۱/۸۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۵۳۰
جداکننده	۶۱/۷۵۴	۱	۶۱/۷۵۴	۰/۵۱۴	۰/۴۸۱	۰/۰۲۴
متغیر هم‌تغییر (پیش‌آزمون)	۱۵۰۱/۰۳۶	۱	۱۵۰۱/۰۳۶	۱۲/۴۹۷	۰/۰۰۲	۰/۳۷۳
گروه	۱۱۲۷/۲۰۷	۱	۱۱۲۷/۲۰۷	۹/۳۸۵	۰/۰۰۶	۰/۳۰۹
خطا	۲۵۲۲/۲۹۰	۲۱	۱۲۰/۱۰۹			
کل	۲۱۳۱۳۱	۲۴				
کل اصلاح‌شده	۵۳۶۸/۹۵۸	۲۳				

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

جدول شمارهٔ ۵. تحلیل کوواریانس یک راهه برای متغیر کمال طلبی

منبع	مجموع مربعات	درجهٔ آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	مجذور اتای تفکیکی
مدل اصلاح‌شده	۱۲۱۳/۹۹۴	۲	۶۰۶/۹۹۷	۲/۰۵۹	۰/۱۵۳	۰/۱۶۴
جداکننده	۶۳۶۳/۳۶۰	۱	۶۳۶۳/۳۶۰	۲۱/۵۸۶	۰/۰۰۰۵	۰/۵۰۷
متغیر هم‌تغییر (پیش‌آزمون)	۶۴۴/۵۲۹	۱	۶۴۴/۵۲۹	۲/۱۸۶	۰/۱۵۴	۰/۰۹۴
گروه	۵۵۵/۸۸۸	۱	۵۵۵/۸۸۸	۱/۸۸۶	۰/۱۸۴	۰/۰۸۲
خطا	۶۱۹۰/۵۰۶	۲۱	۲۹۴/۷۸۶			
کل	۹۵۵۴۴۲	۲۴				
کل اصلاح‌شده	۷۴۰۴/۵۰۰	۲۳				

طبق جدول شمارهٔ ۴، میزان ۱۱۲۷/۲۰۷=(۲۱ و ۱)F؛ sig=0.006 و ۰/۳۰۹=مجذور اتای تفکیکی نشان می‌دهد، میزان اثربخشی آموزش‌ها در متغیر بدشکلی بدن معنادار است و ۳۰/۹ درصد از میزان بدشکلی بدن توسط متغیر هم‌تغییر تبیین می‌شود و این فرضیهٔ فرعی تأیید شد.

آزمون کوواریانس برای بررسی اثربخشی این درمان بر کمال طلبی در جدول شمارهٔ ۵ بیان‌شده است.

یافته های این جدول (۱/۸۸۶=(۲۱ و ۱)F؛ sig=0.184 و ۰/۰۸۲=مجذور اتای تفکیکی) نشان‌می‌دهد، اثربخشی آموزش‌ها در میزان کمال طلبی معنادار نیست و این فرضیهٔ فرعی رد شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کمال طلبی و اختلال بدشکلی بدنی در دانش آموزان دارای اختلال بدشکلی بدنی صورت گرفت و یافته‌های آماری نشان داد که تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر ترکیب هر دو متغیر و نمرهٔ کل هر دو مقیاس بیانگر آن است که تغییرات در گروه آزمایش معنادار بوده است؛ بنابراین، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به‌عنوان شیوهٔ درمانی مناسبی برای بهبود کمال طلبی و اختلال بدشکلی بدنی در دانش‌آموزان دارای نگرانی‌های بدشکلی بدنی استفاده گردد.

این یافته با نتایج پژوهش‌های مشابه دربارهٔ درمان شناختی-رفتاری بر کمال طلبی و اختلال بدشکلی بدنی همسو بود. نتایج روزنتال و همکاران (۱۱) دربارهٔ اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نگرانی‌های بدشکلی بدنی با پژوهش حاضر همسو است و نیز با پژوهش شی وان جانسون و همکارانش همسویی دارد (۱۲) که موفقیت درمانی چشمگیری را گزارش کردند. نتایج با یافته‌های پژوهش قاسمی و کریمی (۱۳) و پژوهش آبرین و همکاران (۱۴) که اثر مداخلهٔ شناختی-رفتاری را بر بدشکلی بدنی مثبت دیدند و با پژوهش پرازرس، ناستیمنتو و فونتله دربارهٔ درمان شناختی بر بدشکلی که آن را روش درمانی مناسب و مفیدی دانستند (۱۵) و با پژوهش رازن و همکاران (۱۹۹۵) که درواقع اولین مطالعهٔ اثر شناختی را به‌صورت کنترل‌شده بر بدشکلی انجام دادند و نتیجه را رضایت‌بخش دیدند (۶) و با بررسی ویال و همکاران که دومین پژوهش اثر درمان شناختی بر بدشکلی را انجام دادند و نتیجهٔ درمان ۱۲ جلسه‌ای را به‌اندازهٔ پیشرفت دارودرمانی اعلام کردند، همسو بود (۱۶).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش های شناختی-رفتاری توانسته است ۳۹/۹ درصد واریانس هر دو متغیر را تبیین کند. به نظر می رسد، آموزش ها توانسته است تا حد بسیاری تعامل میان این دو متغیر را تحت تأثیر قرار دهد و به کاهش تحریفات شناختی، کاهش اشتغال ذهنی و نگرانی دربارهٔ ظاهر، جایگزینی باورهای منطقی و مثبت به‌جای ملاک‌های سخت‌گیرانه با وجود تأکید جامعه و رسانه و ارزش‌های فرهنگی کمک کند. در این پژوهش، درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش معناداری

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

در میزان نگرانی‌های مربوط به بدشکلی بدن دانش آموزان گردید. باورها و طرز تلقی دانش آموزان به چالش کشیده شد و انتظارات و ارزشیابی های بلندپروازانه آن‌ها تعدیل گشت. در ملاک های غیرواقع‌بینانه دربارۀ ظاهر جسمانی تجدیدنظر شد و پایبندی شدید به آن معیارها کاهش یافت. در پژوهش موفادل و همکاران نیز که روش‌های درمانی را بر بدشکلی مرور کردند، همبودی بدشکلی را با وسواس در علت‌ها و پاسخ‌های درمانی دریافتند (۱۷)؛ همچنین صاحب‌الزمانی و همکاران نیز دریافتند، وسواس با اختلال بدشکلی ارتباط مستقیم دارد (۱۸)؛ بنابراین، نیاز به مداخلۀ روان‌شناسانه ضرورت دارد. برای انجام مداخلۀ صحیح، ابتدا باید روش‌های درمانی متعدد آزموده شود و در صورت کسب نتیجۀ مطلوب، به‌عنوان روشی معتبر از آن استفاده گردد؛ به همین علت، روش شناختی-رفتاری هم در مطالعات مختلف بررسی و نتیجۀ درمانی آن تأییدشده است و برای درمان کمال طلبی منفی به استفاده از این روش نیز توصیه می‌شود.

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش اجرای مداخله در فضای مجازی بود که به‌سبب شرایط کرونایی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در واتساپ انجام شد. محدودیت دیگر اینکه تعمیم یافته‌های پژوهش به دانش آموزان پسر و نیز سایر رده های سنی و در سایر مناطق تهران و شهرهای دیگر باید بااحتیاط انجام شود. همسو یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد، برای حصول نتایج دقیق‌تر، این پژوهش در پسران و نیز سنین مختلف نیز انجام گیرد؛ همچنین اجرای پژوهش‌های مشابه در گسترۀ زمانی وسیع‌تر و با دورۀ پیگیری انجام پذیرد تا تداوم اثربخشی مداخله‌ها بررسی شود. ضمن اینکه در صورت کنترل شرایط پاندمی، جلسات به‌صورت حضوری و چهره‌به‌چهره انجام گیرد تا آموزش‌ها اثربخشی بیشتری داشته باشند.

تشکر و قدردانی

از همۀ شرکت کنندگان در پژوهش که ما را درانجام این تحقیق یاری نمودند، تقدیر و تشکر میشود. برای انجام این تحقیق هیچگونه کمک مالی از سوی افراد حقیقی و حقوقی دریافت نشده است؛ همچنین نویسندگان اعلام می کنند در این مقاله تضاد منافعی وجود ندارد.

تعارض منافع

نتایج این پژوهش با منافع هیچ سازمان و یا افرادی تعارض ندارند.

کد اخلاق: IR.PNU.REC.1399.068

References

1. Besharat M, Hosseini SA, Jahed H. Obsessive-compulsive disorder and perfectionism, a review. J Thought Behav Clin Psychol 2019; 13: 77-81 (In persian).
2. Kiamarsi A, Narimani M, Sobhi QaraMaleki N, Mikaeli N. The effectiveness of positive and cognitive-behavioral therapies on the psychological well-being of perfectionist students. J Psychological Studies Alzahra Uni 2018; 14:143-160 (In persian). doi:10.22051/PSY. 2018.15934.1441.
3. Ganji M. Psychopathology based on DSM5; Edited by Dr. Hamzeh Ganji; Publishing Savalan. 2013.
4. Alizadeh Sahraei UH, Khosravi Z, Besharat M. The relationship between irrational beliefs and positive and negative perfectionism in Noshahr students. J Psychological Studies Alzahra Uni 2010; 6:9-42. doi: 10.22051/PSY.2010.1561(In persian).
5. Stoeber J, Childs JH. The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. J Pers Assess 2010; 92: 577-85. doi:10.1080/00223891.2010.513306.
6. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. J Consult Clin Psychol 1995;63:263-9. doi:10.1037//0022-006x.63.2.263.
7. Rabiee M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and validation of a physical deformity metacognition assessment question-naire. J Mazandaran Uni Sci 2011; 21: 43-52 (In persian).
8. Sharifi HP, Salehi M, Emamipour S, Bashardost S. An Investigation into Psychometric Properties of Hill's Perfectionism Inventory. Journal of Modern Insustrial/Organisation Psychology2011; 2:9-19 (In Persian).
9. Jamshidi B, HosseinChari M, Hghighat SH, Razmi MR. Validation of new measure of perfectionism. J Behav Sci 2009; 3: 35-43 (In persian).
10. Adibi Sh. Thesis Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on depression and

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]

anxiety of mothers of children with autism spectrum disorder. Psychlogic Acheiv 2018; 25:129-46. doi:10.22055/psy.2018.21515.1825.
11. Rozental A, Kothari R, Wade T, Egan S, Andersson G, Carlbring P, et al. Reconsidering perfect: a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism. Behav Cogn Psychother 2020;48: 432-41. doi: 10.1017/S1352465820000090.
12. Johnson S, Egan SJ, Andersson G, Carlbring P, Shafran R, Wade TD. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for perfectionism: Targeting dysmorphic concern. Body Image 2019; 30:44-55. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.05.002.
13. Ghasemi F, Karimi M. Effect of the Behavioral-Cognitive-Metacognitive Intervention on the Severity of Body Dysmorphic Disorder Symptoms in Military Personnel. J Disciplin Med 2018; 8:13-19. doi: 10.30505/8.1.13(In persian).
14. Abrin M, Zemestani M, Rabiee M, Bagheri AH. The effectiveness of cognitive-behavioral hypnotherapy on body deformity disorder: case study. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2018; 23:394-407. doi:10.29252/nirp.ijpcp.23.4.394.
15. Prazeres AM, Nascimento AL, Fontenelle LF. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy. Neuropsychiatr Dis Treat 2013;9:307-16. doi: 10. 2147/NDT.S41074.
16. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. Behav Res Ther 1996;34:717-29. doi: 10.1016/0005-7967(96) 00025-3.
17. Mufaddel A, Osman OT, Almugaddam F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. Prim Care Companion CNS Disord 2013; 15:PCC.12r01464. doi: 10.4088/PCC.12r01464.
18. Sahib Al-Zamani M, Saghiri S, Safavid M, Alavi Fajr H. Relationship Between Body Dysmorphic Disorder and Obcessive -Compulsive Disorder in Students of Tehran Universities of Medical Sciences: (A Short Report). J Rafsanjan Uni Med Sci 2020; 11:495-502 (In persian).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.6.83]