

Research Article

The Effectiveness of Group Counseling Based on Acceptance and Commitment Therapy on Body Image and Self-Esteem of Female University Students

Z. Mohammad Alipour¹, M. Rasouli^{2*}, I. Asadpour², K. Zahra Kar²

1. PhD in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University

2. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.
Email: m.rasoul @khu.ac.ir

Abstract

Purpose: The aim of the current study was the determination of the effectiveness of group counseling based on the treatment of acceptance and commitment on the body image and self-esteem of female students. **Methods:** Method was quasi-experimental with pretest-posttest and follow-up with a control group. Statistical population include female students of Kharazmi University. Using convenient sampling method, 24 people were selected from them and randomly assigned to two experimental (n = 12) and control (n = 12) groups. The number of members in the experimental group was reduced to 8, and therefore 8 people were included in both groups. The research instruments were the Self-Esteem Scale Questionnaire (Rosenberg, 1965) and the Multidimensional Questionnaire on Relationships with the Body (Cash, 2000). The experimental group received acceptance and commitment therapy-based group counseling for 15 sessions. The duration of each session was 2 hours. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. **Results:** The results showed that there was a significant difference between the experimental and control group in terms of body image. There was also a significant difference in self-esteem between the two groups. These results were also consistent at the follow-up stage. **Conclusion:** It can be said that group counseling based on acceptance and commitment therapy improves girls' self-image and self-esteem and can be used to improve problems related to girls' self-image and self-respect.

Key words: *acceptance, commitment, body Image, self-esteem*

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر تن‌انگاره و حرمت خود دانشجویان دختر

زینب محمدعلی پور^۱، محسن رسولی^{۲*}، اسماعیل اسدیپور^۲، کیانوش زهراکار^۲

۱. دکترای مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران

۲. هیأت علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: m.rasoul @khu.ac.ir

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر تن‌انگاره و حرمت خود دختران دانشجو بود. **روش:** روش تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دختران دانشجوی دانشگاه خوارزمی است. با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، ۲۴ نفر از بین آن‌ها انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) کاربردی شدند. تعداد اعضای گروه آزمایش به هشت نفر ریزش پیدا کرد و بنابراین در هر دو گروه هشت نفر لحاظ شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه مقیاس حرمت خود (روزنبرگ، ۱۹۶۵) و پرسشنامه چندبعدی روابط خود با بدن (کش، ۲۰۰۰) بود. گروه آزمایش، به مدت ۱۵ جلسه، در جلسات مشاوره مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۲۰۰۴؛ هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۱) شرکت کردند. مدت زمان هر جلسه دو ساعت بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل مختلط واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ تن‌انگاره تفاوت معنادار وجود دارد. در حرمت خود نیز تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد. این نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود تن‌انگاره و حرمت خود دختران می‌شود و می‌توان از آن برای مشکلات مربوط به تن‌انگاره دختران و نیز ارتقای حرمت خود آن‌ها استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: پذیرش، تعهد، تن‌انگاره، حرمت خود

مقدمه

سرعت انتقال اطلاعات در جهان امروز موجب شده تا سبک زندگی مطلوب و مطابق با منافع نظام سرمایه‌داری با سهولت بیشتری به همه جای جهان مخابره شود و الگو قرار گیرد. یکی از حوزه‌های متأثر از این جریان پرشتاب سرمایه‌داری، افزایش تمرکز افراد متعلق به جنسیت‌ها، سنین و فرهنگ‌های مختلف بر ظاهر جسمی است تا جایی که گاهی، ظاهر جسمی، محور زندگی برخی افراد قرار می‌گیرد. در روان‌شناسی، سازه‌تن‌انگاره^۱ تا حدی در واکنش به این مشکلات ابداع شده است و پژوهش‌ها حاکی از وضعیت نامطلوب آن به‌ویژه در دختران جوان است (رایس، ریچارد، تیگمن و اسلیتر، ۲۰۱۶). بنابراین بهبود تن‌انگاره می‌تواند یکی از هدف‌های افزایش سلامت روان دختران باشد. شدت مشکلات تن‌انگاره تا حدی است که حتی بسیاری از دختران شش تا نه‌ساله نیز تحت تأثیر پیام‌های جنسیتی رسانه‌ها و فرهنگ به آن مبتلا هستند (اسلیتر و تیگمن، ۲۰۱۶). عوامل مختلفی در کاهش حرمت خود^۲ و تن‌انگاره نامطلوب تأثیر دارند که از آن جمله می‌توان به فقدان حمایت اجتماعی (مارشال، پارکر، سیاروچی و هیون، ۲۰۱۴) و افسردگی (اورث و رایبیز، ۲۰۱۳) اشاره نمود. علت بسیاری از نگرانی‌های مربوط به تن‌انگاره و حرمت خود پایین را می‌توان پیام‌های مخابره‌شده توسط رسانه‌ها دانست؛ تا جایی که رسانه‌ها نقش زیادی در تغییر ادراکات افراد نسبت به بدن‌شان دارند (فاردلی و وارتانیان، ۲۰۱۶؛ پرف، ۲۰۱۴). مشاهده تصاویر رسانه‌ای توسط دانشجویان دختر طرحواره^۳ آن‌ها در رابطه با ظاهر خود را تحت تأثیر قرار داده و نمرات تن‌انگاره و حرمت خود آن‌ها را پایین می‌آورد (کازمی، کیان‌پور و قاسمی، ۱۳۹۳).

حرمت خود و تن‌انگاره رابطه بسیار نزدیکی با هم دارند. معمولاً دختران و زنانی که تن‌انگاره نامطلوب یا رضایت از بدن پایین دارند و در مورد ظاهر فیزیکی خود احساس ارزشمندی ندارند، حرمت خود پایینی هم دارند و پژوهش‌ها وجود رابطه معنادار بین این دو متغیر را تأیید نموده‌اند (استیپلتون؛ کریگتون، کارتر و پیدگنون، ۲۰۱۷؛ آدامز، تایلر، کالگرو و لی، ۲۰۱۷؛ فولر-تسکوچ، ۲۰۱۵). حساسیت‌ها و نگرانی‌های افراد در مورد بدن‌شان می‌تواند به اندازه‌ای باشد که ابعاد مختلف زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، آن‌ها را از مشارکت در بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی بازدارد و البته حرمت خود آن‌ها را کاهش دهد (آنی، کول و شلر، ۲۰۱۱؛ لنتر، نایت و لینگورث، ۲۰۱۱). فردی که تن‌انگاره ضعیفی از خود دارد، مانند سایر افرادی که دچار اختلال تن‌انگاره هستند، ارزیابی درستی از تصویر یا شکل بدنی خود ندارد و این اختلال می‌تواند با

¹ Body image

² Self-esteem

اختلالات خوردن همراه شود (مانتفورد، هاس و والر، ۲۰۱۵) و اغلب در برابر مداخلات مبتنی بر استدلال مقاومت نشان می‌دهد، بنابراین معمولاً تحت درمان روان‌شناختی قرار نمی‌گیرد (فر-گارسیا و گوترز-مالدونادو، ۲۰۱۲)، در حالی که استرس و پریشانی شدیدی برای فرد ایجاد می‌کند و فرد مبتلا حتماً باید تحت درمان روان‌شناختی باشد (مانتفورد، هاس و والر، ۲۰۰۷). تن‌انگاره به تجربه روان‌شناختی چندوجهی فرد در رابطه با تجسم ظاهر فیزیکی‌اش برمی‌گردد و شامل خودپنداره‌ها و نگرش‌های فرد (مانند افکار، باورها، احساسات و رفتارها) در مورد بدنش است. اختلال تن‌انگاره شامل اختلال در ادراک اندازه بدن و اختلال در شناخت (ارزیابی منفی ظاهر فیزیکی) است (کش، ۲۰۱۶). نارضایتی از بدن وقتی می‌تواند اختلال باشد که ارتباط نزدیکی با مشکلات دیگر مانند احساس ناکارآمدی شخصی داشته باشد (روزن، ۲۰۱۳). حرمت خود نیز به معنای نگرش‌های مثبت یا منفی و ارزش‌هایی است که فرد در چهارچوب آن‌ها خود را می‌بیند (براون، ۲۰۱۴). براون (۲۰۱۴) معتقد است حرمت خود، سازه‌ای مبتنی بر عاطفه^۱ است، زیرا افراد دارای حرمت خود بالا خود را دوست دارند و احساسات مثبتی در مورد خود دارند. به عبارت دیگر حرمت خود، متضمن احساس ارزشمندی (بعد عاطفی) و شامل ابعاد شناختی (مجموعه‌ی باورهای ارزیابی) و رفتاری (گرایش به رفتار) نیز است.

یکی از دلایل تن‌انگاره نامطلوب، نگرش و باورهای منفی در مورد ظاهر جسمی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه در حوزه درمان‌های شناختی قرار دارد، از طریق راهبردهای شناختی به اصلاح این باورها و نگرش‌ها می‌پردازد و به فرد کمک می‌کند تا خود را از تجارب ذهنی مربوط به ظاهر خویش جدا کند، اهداف و ارزش‌های خویش را مشخص کند و به آن‌ها متعهد شود (عباسی، پرزور، معاضدی و اصلانی، ۱۳۹۴). از آنجایی که حرمت خود متضمن

نگرش‌ها و باورهای فرد می‌شود، می‌تواند موضوع درمان پذیرش و تعهد^۲ باشد، زیرا این درمان به فرد اجازه می‌دهد که شناخت‌هایش را واری کند و به‌طور غیرمستقیم آن‌ها را اصلاح کند (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری است که از نظر سنن فلسفی و تمرکز مداخلات با درمان‌های شناختی سنتی متفاوت است. این رویکرد، رنج انسان را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند و به مراجع کمک می‌کند که از افکارش آگاه شود، آن‌ها را بیازماید، و تلاش کند بدون قضاوت و

¹ Affectivity- Based

² Acceptance and commitment therapy

ارزیابی به مشاهده افکارش بپردازد (مسر و گورمن، ۲۰۱۱). در واقع هدف این نوع درمان، تعدیل شناخت‌های مراجع نیست، بلکه هدف، افزایش ذهن‌آگاهی، افزایش فاصله از شناخت‌های فرد، مشاهده شناخت‌ها و هیجانات فرد به شیوه‌ای غیرقضاوت‌گونه، شناسایی ارزش‌ها، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (هیز و دیگران، ۲۰۰۶). فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل بررسی رویدادهای شناختی و تلاش برای این است که مراجع ارتباطات جدیدی با افکارش برقرار کند و در نهایت کنترل بیشتری بر آن‌ها داشته باشد (مسر و گورمن، ۲۰۱۱). درمان پذیرش و تعهد در راستای اهداف و چهارچوب فلسفی خود از فنون درمان‌های مختلف روان‌شناختی استفاده می‌کند. این درمان، مؤلفه‌های مثبتی مانند شادکامی و امیدواری را افزایش می‌دهد (الهی‌فر، قمری و زهراکار، ۱۳۹۸؛ مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶). با وجود اینکه حرمت خود در روان‌شناسی سنتی بسیار مورد توجه بوده و برای عملکرد سالم در شرایط گوناگون زندگی ضروری است (ضابطی، تقی‌لو و تاجری، ۱۳۹۶)، مطالعات اندکی در مورد آن انجام شده است. از جمله این مطالعات می‌توان به آقاییوسفی، استادیان خانی و فدایی مقدم (۱۳۹۶) و رسولی‌علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۶) اشاره کرد که گزارش کردند درمان پذیرش و تعهد می‌تواند تن‌انگاره را بهبود بخشد. مطالعه آقاییوسفی و همکاران در جامعه معلولین جسمی-حرکتی انجام شد و جامعه آماری مطالعه رسولی‌علی‌آبادی و کلانتری در زنان در دوره پس از زایمان بود. در جامعه دختران دانشجو، پژوهشی دیده نشد.

تن‌انگاره نامطلوب عمدتاً به احساس نارضایتی و بی‌ارزشی برمی‌گردد و با حرمت خود پایین ارتباط دارد (برای مثال استیپلتون و دیگران، ۲۰۱۷؛ آدامز و دیگران، ۲۰۱۷). مشکلات مربوط به تن‌انگاره و حرمت خود در دانشجویان دختر شیوع بالایی دارد (گراسبرد، لی، نیبورز و لاریمر، ۲۰۰۹). بندیکت و همکاران (۲۰۱۶) شیوع مشکلات تن‌انگاره را در زنان ۸۶٪ گزارش نمودند. بیشتر زنان از دوران کودکی و نوجوانی دچار نارضایتی بدنی می‌شوند (تالن، لارنس و پاول، ۲۰۱۳). دختران ایرانی هم با مشکلات مربوط به نارضایتی بدنی مواجه هستند. براساس مطالعه اثنی‌عشری، بخشایش و افشانی (۱۳۹۳) ۴۱٪ از دختران نوجوان شهر یزد در مورد ظاهر و بدن-شان، نگرانی‌های نامتعارف دارند. بسیاری از این افراد از حرمت خود پایین نیز رنج می‌برند و نگران ارزیابی منفی اجتماع هستند (محمدی و سجادی‌نژاد، ۱۳۸۶). بنابراین استفاده از مداخلاتی کارآمد برای بهبود تن‌انگاره و حرمت خود دختران ضرورت دارد. مطالعه حاضر از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می‌کند. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی مبتنی

بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره و حرمت خود دانشجویان دختر برای آزمون این فرضیه‌ها اجرا شد:

۱. مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

۲. مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود حرمت خود مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش، شبه‌آزمایشی^۱ با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و آزمون پیگیری سه ماهه بود. جامعه پژوهش شامل دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه خوارزمی در مقطع کارشناسی بودند. روش نمونه‌گیری داوطلبانه بود؛ به این شکل که ابتدا به ۱۰۰ نفر از دانشجویان دختر مقطع کارشناسی ساکن در خوابگاه دانشگاه خوارزمی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، پرسشنامه‌های تن‌انگاره و حرمت خود داده شد. سپس ۲۴ نفر از دانشجویانی که پایین‌ترین نمره را در هر دو مقیاس کسب کردند، انتخاب شدند (زیرا حداکثر تعداد در هر گروه مشاوره، ۱۲ نفر است) و به تصادف در یکی از گروه‌های مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) کاربردی شدند. اعضای گروه آزمایش در ۱۵ جلسه مشاوره گروهی شرکت کردند. این جلسات به‌طور هفته‌ای یک بار برگزار شد و مدت زمان هر جلسه دو ساعت بود. اعضای هر دو گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، مقیاس حرمت خود و تن‌انگاره را تکمیل کردند. سه ماه پس از اتمام جلسات نیز مقیاس‌های مذکور تکمیل شدند. با توجه به اینکه تعداد جلسات زیاد بود و نمونه پژوهش، دانشجویان خوابگاهی بودند که به‌طور مرتب به شهرستان محل زندگی تردد داشتند، در گروه آزمایش، هشت نفر باقی ماندند و گروه گواه نیز از نظر تعداد همسان‌سازی شد. بنابراین در هر دو گروه هشت نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: نمره پایین‌تر از میانه در مقیاس حرمت خود و تن‌انگاره، و دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود اختلال روان‌شناختی (برای این منظور از چک‌لیست نشانگان اختلال روانی^۲ استفاده شد)، دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی یا دارودرمانی هم‌زمان با اجرای پژوهش، عدم تمایل به ادامه جلسات، غیبت در بیش از سه جلسه متوالی.

¹ quasi- experimental

² SCL90

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس حرمت خود روزنبرگ**^۱. در این پژوهش برای سنجش حرمت خود، از مقیاس حرمت خود روزنبرگ استفاده شد. این مقیاس، یک مقیاس خودگزارشی است که توسط روزنبرگ (۱۹۶۵) به نقل از اشمیت و آلیک، (۲۰۰۵) به منظور ارزیابی میزان حرمت خود کلی افراد ساخته شده است. تعداد گویه‌های مقیاس ۱۰ گویه است و تنها یک نمره کلی از حرمت خود به دست می‌دهد. مقیاس در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً مخالفم (۴) درجه‌بندی می‌شود. پنج گویه نخست به طور مستقیم و پنج گویه دوم به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر به معنای حرمت خود بیشتر است. این مقیاس با وجود اینکه در سال ۱۹۶۵ ساخته شده است، ولی توانسته در مطالعات مختلف، پایایی و روایی خوبی نشان دهد و اغلب مطالعات جدید پیرامون حرمت خود از آن استفاده می‌کنند. از این مقیاس بارها در مطالعات مختلف استفاده شده است و روایی و پایایی آن تأیید شده است. اشمیت و آلیک (۲۰۰۵) روایی و پایایی آن را در جامعه‌ای متشکل از ۵۳ کشور تأیید نمودند. برای مثال، در پژوهش گرینبرگر، چن، دمیتریوا و فاروجیا (۲۰۰۳) گزارش شد که پایایی از نوع همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۴ است. در پژوهش پالمن و آلایک (۲۰۰۰) نیز پایایی از نوع ضریب همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۸ گزارش شد. رجبی و بهلول (۱۳۸۶) پایایی و روایی این مقیاس را در یک نمونه دانشجویی بررسی نمودند. براساس گزارش آن‌ها پایایی از نوع همسانی درونی ۰/۸۴ است. همچنین روایی واگرایی مقیاس قابل قبول است و این مقیاس در مجموع می‌تواند در فعالیتهای بالینی و پژوهشی به کار رود. در این مطالعه، پایایی از نوع آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. **پرسشنامه چندبعدی روابط خود با بدن**^۲. برای ارزیابی تن‌انگاره آزمودنی‌ها از پرسشنامه چندبعدی روابط خود با بدن استفاده شد. این مقیاس توسط کش^۳ (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی جنبه‌های خودنگرشی سازه تن‌انگاره ساخته شده است و ۶۹ گویه دارد. هر گویه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً (۱) مخالفم تا کاملاً موافقم (۵) یا خیلی ناراضی (۱) تا خیلی راضی (۵) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۴۲، ۴۸، ۲۳، ۳۲، ۴۰، ۴۹، ۳۳، ۶، ۱۵، ۱۶، ۲۵، ۳۴، ۴۳، ۱۷، ۳۰، ۴۵، ۲۸، ۳۸، ۳۷، ۴۷ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده تن‌انگاره مطلوب‌تر است. ضریب پایایی از نوع همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها (ارزیابی ظاهر، گرایش ظاهر،

¹ Rosenberg self-esteem scale

³ Cash

² The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

ارزیابی تناسب، گرایش تناسب، ارزیابی سلامت، گرایش سلامت، گرایش بیماری، رضایت بدنی، وزن ذهنی، دل‌مشغولی با اضافه‌وزن) در دامنه‌ای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ بود. روایی سازه، واگرا و همگرا نیز قابل قبول بوده است (کش، ۲۰۰۰). در این مطالعه، آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۸۲ به دست آمد.

۳. مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد. فرایند مشاوره شامل ۱۵ جلسه مشاوره گروهی بود که بر مبنای هیز و استروسال (۲۰۰۴) و هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۱۱) اجرا شد. مدت زمان هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بود و هر هفته یک جلسه به اجرا درآمد.

جدول ۱. شرح جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسه اول	هدف این جلسه، ایجاد فضای امن، راحت و دوستانه بود که اعضا بتوانند به راحتی در مورد نگرانی‌های مربوط به ظاهر جسمی خود صحبت کنند. بنابراین از فنون گرم کردن مانند نقاشی و تصویرسازی استفاده شد. از آنجایی که اجرای صحیح فنون مشاوره‌ای به خودآگاهی نیاز دارد، فنون گرم کردن با حوصله و دقت بیشتری انجام شد. از اعضا خواسته شد تا آنچه در ذهن‌شان می‌گذرد را در صفحه کاغذ به تصویر بکشند. جلسه با صحبت در مورد تصاویر سپری شد.
جلسه دوم	در این جلسه به معرفی قوانین و هنجارهای گروه و معرفی مسئولیت‌های اعضا پرداخته شد. معرفی قوانین گروه و ماهیت مشاوره گروهی به شکل کلیشه‌ای نبود. به اعضا فرصت کافی داده شد که فضای گروه را بشناسند و سوالات خود را بپرسند. در مورد محتوا و فرایند کل جلسات، اطلاعاتی به اعضا داده شد. از اعضا خواسته شد تا جلسه بعدی در مورد هدف‌ها و انتظاراتی که از جلسات مشاوره دارند، فکر کنند. به‌ویژه در مورد حرمت خود صحبت شد و اینکه چه احساسی در مورد بدن‌شان دارند. از آن‌ها در مورد اینکه در مورد ظاهرشان چه احساسی دارند و چگونه فکر می‌کنند، سوال شد. از اعضا خواسته شد تا انتظارات‌شان در مورد ظاهر ایده‌آل را روشن کنند.
جلسه سوم	در این جلسه، از اعضا خواسته شد تا در مورد احساساتی که در مورد ظاهرشان دارند، صحبت کنند. آن‌ها متوجه شدند که ظاهری مطابق با معیارهای زیبایی ایده‌آل یکی از ارزش‌های مهم زندگی آن‌ها است و به دلیل اینکه احساس می‌کنند فاصله زیادی از آن دارند، احساس ناراحتی می‌کنند. برای اینکه اعضا متوجه شوند که بهای زیادی به ارزش‌های مرتبط با ظاهر در مقایسه با سایر ارزش‌ها می‌دهند و بتوانند به سایر ارزش‌های خود نیز توجه نمایند، تکلیف قطب‌نمای ارزش‌ها شرح داده شد و از اعضا خواسته شد تا جلسه بعدی این تکلیف را انجام دهند. در این تکلیف، اعضا یک دایره می‌کشند که شامل دایره‌های تو در تو است و چهار قسمت دارد: رشد شخصی/سلامت، فراغت، کار/تحصیل و روابط. از آن‌ها خواسته شد که فاصله خود از مرکز دایره را تعیین کنند. هر چه فاصله کمتر باشد، به ارزش‌های مربوط به هر حیطه نزدیک‌ترند.

<p>جلسه پنجم</p>	<p>در این جلسه، از اعضاء خواسته شد تا در مورد تکالیف جلسه قبل صحبت کنند، مثل اینکه هنگام انجام تکلیف با چه دشواری‌هایی مواجه بودند، آیا به راحتی آن را ترسیم کردند یا نه، یا اینکه آن را پاک‌نویس کردند یا نه. آن‌ها دایره‌های ترسیم‌شده را روی زمین وسط گروه چیدند و به بررسی آن‌ها پرداختند. این تکلیف اعضاء را به تفکر در مورد ارزش‌هایشان و فاصله موقعیت کنونی تا موقعیت مطلوب‌شان واداشت. در پایان از آن‌ها خواسته شد تا در قالب یک جدول، بگویند که در هر یک از چهار حیطه رشد شخصی/سلامت، فراغت، کار/تحصیل و روابط، چه اهدافی دارند. تمرکز روی ارزش‌ها نگاه داشته شد. اعضاء ارزش‌های سختگیرانه‌ای در مورد ظاهر جسمانی داشتند در حالی که خودشان، این ارزش‌ها را سختگیرانه نمی‌دانستند. از آن‌ها خواسته شد تا اهمیت این ارزش‌ها را درجه‌بندی کنند. آن‌ها نمره بالایی را برای ارزش‌های مربوط به ظاهر در نظر گرفتند. از اعضاء خواسته شد تا جلسه بعدی، این جدول را کامل تر کنند.</p>
<p>جلسه ششم</p>	<p>در این جلسه، مجدداً بر جدول ارزش‌ها تمرکز شد. درمانگر بر فاصله موقعیت کنونی اعضاء از ارزش‌ها تأکید نمود. سپس از آن‌جایی که شناخت دقیق ارزش‌های شخصی در درمان پذیرش و تعهد بسیار مهم است، تکلیف دیگری برای شناخت ارزش‌ها داده شد. از اعضاء خواسته شد که تصور کنند فوت کرده‌اند و مراسم ختم‌شان است. دوست دارند دیگران، آن‌ها را چگونه توصیف کنند. این تمرین اعضاء را به فکر واداشت. آنچه اعضاء گفتند، مهم‌ترین ارزش‌های آن‌ها را شناسایی نمود. این تمرین به اولویت‌بندی ارزش‌ها کمک می‌کند. یکی از ارزش‌های مهم اعضاء، زیبایی بود. در گفت‌وگو بین اعضاء مشخص شد که آن‌ها مایل هستند در بین آشنایان، دوستان و بستگان به زیبایی شناخته شوند. زیبا بودن برای آن‌ها به معنای محبوبیت اجتماعی بود. در واقع آن‌ها برای دستیابی به محبوبیت اجتماعی به دنبال تحقق معیارهای زیبایی هستند و از آن‌جایی که معیارهای سختگیرانه‌ای برای زیبایی ظاهری دارند، احساس می‌کنند که محبوبیت چندان در بین دیگران ندارند. در مورد سایر راه‌های رسیدن به محبوبیت اجتماعی نیز گفت‌وگو شد. از اعضاء خواسته شد تا جلسه بعدی، چندین بار این تمرین را انجام دهند.</p>
<p>جلسه ششم</p>	<p>از اعضاء خواسته شد آنچه از تمرین مراسم ختم، تجربه کرده‌اند را بازگو کنند. این تمرین برای اعضاء دشوار بود. اعضاء دشواری‌های خود را در مورد این تمرین ابراز کردند. به آن‌ها کمک شد تا متوجه شوند که چرا شناسایی مهم‌ترین ارزش‌ها برای‌شان دشوار است. در نتیجه این تمرین، آن‌ها متوجه فاصله خود از مهم‌ترین ارزش‌های‌شان شدند و نوعی درماندگی را تجربه نمودند. درمانگر با پرسیدن سوالاتی آن‌ها را متوجه این موضوع کرد که چرا از ارزش‌های‌شان فاصله دارند. برخی سوالات عبارتند از: «چه شده که این قدر از ارزش‌های‌تان فاصله گرفته‌اید؟»، «چه می‌شود که با وجود اینکه تلاش می‌کنید، به آنچه می‌خواهید دست نمی‌یابید؟». تلاش شد که اعضاء متوجه شوند که یکی از علل نارضایتی آن‌ها از خود، ارزش‌های سختگیرانه در مورد زیبایی است. تلاش شد که نگاه واقع‌بینانه‌تری به ارزش‌های مربوط به ظاهر داشته باشند و در این مورد فکر کنند که می‌توانند اهداف آسان‌گیرانه‌تری در این مورد داشته باشند. از اعضاء خواسته شد تا جلسه بعدی به این موضوع توجه کنند که چه قدر برای رسیدن به ارزش‌های‌شان تلاش می‌کنند و چقدر این تلاش‌ها مؤثر است.</p>

جلسه پنجم	<p>این جلسه با صحبت در این مورد آغاز شد که اعضاء چه قدر احساس می‌کنند برای رسیدن به ارزش‌های‌شان تلاش می‌کنند. درمانگر، استعاره طناب‌کشی با هیولا را مطرح کرد و از اعضاء خواست تا در مورد آن فکر کنند. این استعاره به این شکل است: «تصور کنید که شما با یک هیولا مسابقه طناب‌کشی دارید. کدام یک از شما برنده است؟ آیا می‌توانید او را ببرید؟ اگر او شما را به سمت خودش ببرد شما را می‌خورد و اگر شما او را به سمت خود ببرید، باز او شما را می‌خورد پس چگونه می‌توان بر او غلبه کرد و پیروز شد؟ کار شما برنده شدن نیست بلکه کار شما انداختن طناب است». از آن جایی که اعضاء مشغولیت فکری زیادی با نگرانی‌های مربوط به تن‌انگاره داشتند، از این استعاره استفاده شد تا به اعضاء آموخته شود که هرچه بیشتر درگیر افکار مربوط به تن‌انگاره باشند، انرژی بیشتری از دست می‌دهند و موفق نیز نخواهند بود.</p>
جلسه ششم	<p>در این جلسه بر اهمیت این موضوع تأکید شد که بر آنچه نمی‌توانیم کنترل کنیم تمرکز نکنیم. برای این منظور از استعاره آب و هوا استفاده شد. این استعاره به این صورت است: «خود مشاهده‌گر ما مانند آسمان است و افکار و احساسات ما مثل آب و هوا هستند. آب و هوا دائماً در حال تغییر است و حتی اگر خیلی هم بد باشد به آسمان صدمه نمی‌زند. قدرتمندترین رعد و برق، شدیدترین طوفان، و سردترین زمستان‌ها می‌آیند و می‌روند و آسمان همچنان پابرجا است. مهم نیست که این تغییرات چه هستند، زیرا آسمان همیشه جایی برای آن‌ها دارد. همچنین، دیر یا زود شرایط عوض می‌شود و آب و هوا تغییر می‌کند. گاهی اوقات ما فراموش می‌کنیم آسمان وجود دارد، اما وجود دارد. گاهی اوقات ما نمی‌توانیم آسمان را ببینیم، زیرا پوشیده از ابر است ولی اگر به اندازه کافی بالا و بر فراز آن ابرها برویم آسمان را حتی در پس تیره‌ترین ابرها می‌بینیم و در نهایت ما آسمان صاف را مشاهده می‌کنیم که باشکوه و پر قدرت بر جای خود استوار است و این بخشی از وجود ما است که همیشه به ما امکان مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند را می‌دهد بدون آنکه آسمان ذهن ما را ابری کند و این توانمندی با تمرین قابل دسترسی است. در این جلسه از این استعاره استفاده شد تا به اعضاء آموزش داده شود که در مورد بهبود تن‌انگاره روی موارد دست‌یافتنی و واقع‌بینانه تمرکز کنند و از انتظارات سختگیرانه و غیرواقعی دست بردارند.</p>
جلسه هفتم	<p>در این جلسه، درمانگر در مورد اهمیت تجارب واقعی زندگی صحبت کرد. برای مثال اینکه غرق شدن در افکار آزارنده، چگونه ما را از تجارب اینجا و اکنون باز می‌دارد. اعضاء روی اهداف واقع‌بینانه‌ای که می‌توانند در مورد ظاهر جسمانی داشته باشند، متمرکز شدند. آن‌ها تشویق شدند که به جای نشخوار ذهنی در مورد ظاهر ایده‌آل، برای دستیابی به آن تلاش کنند. در این مسیر نیاز دارند که در اینجا و اکنون زندگی کنند. اعضاء در این مورد صحبت کردند که چگونه وقت خود را به جای رسیدن به ارزش‌های‌شان، صرف امور بیهوده می‌کنند. رهبر، تمریناتی در مورد ذهن آگاهی ارائه داد. غذا خوردن ذهن آگاهانه در جلسه تمرین شد. اعضاء تمرین کردند که چگونه تمرکز خود را به آنچه در حین غذا خوردن تجربه می‌کنند، برگردانند. از اعضاء خواسته شد این تمرین را در طول هفته تکرار کنند.</p>

جلسه دوم	فرایند این جلسه به این شکل بود که اعضاء تجارب خود در مورد تجربه ذهن آگاهانه در طول هفته بعد را بازگو کردند. رهبر در مورد دشواری این تجربه، آن‌ها را به چالش کشید. بار دیگر در جلسه، تمرین تنفس ذهن آگاهانه ارائه شد و اعضاء با راحتی بیشتری نسبت به قبل، این تمرین را انجام دادند. در این جلسه، اعضاء اظهار کردند که توانسته‌اند با غذا خوردن ذهن آگاهانه، احساس بهتری نسبت به بدن‌شان داشته باشند. از اعضاء خواسته شد تا ذهن خود را تماشا کنند و با دقت به افکاری که می‌آیند و می‌روند، بدون قضاوت توجه کنند و این کار را در هفته بارها انجام دهند.
جلسه سوم	در این جلسه، رهبر از اعضاء خواست تا تجربه خود در مورد تماشای ذهن را بازگو کنند. بیشتر اعضاء اعلام کردند که این کار برای‌شان سخت بوده است. رهبر از آن‌ها خواست دوباره تکلیف قطب‌نمای ارزشی را انجام دهند، سپس یک جهت‌گیری ارزشی برای خود انتخاب کنند و نگاه دوباره‌ای به موانع بیرونی و درونی ارزش‌ها بیاندازند. آن‌ها ارزش‌هایی متناسب با بهبود ظاهر جسمانی انتخاب کردند.
جلسه دوازدهم	در این جلسه از اعضاء خواسته شد تا میزان همسویی رفتارهای فعلی خود با ارزش‌ها را تعیین کنند و به تعیین اهداف بپردازند. اعضاء در جلسه، اهداف خود را به صورت کتبی تدوین کردند. این اهداف، مشخص، ملموس، شامل فعالیت و عملی در زمینه بهبود تن‌انگاره و حرمت خود بودند. از اعضاء خواسته شد تا برگه اهداف را نزد خود نگهداری کنند.
جلسه سیزدهم	هدف این جلسه، برنامه‌ریزی فعالیت بود. به اعضاء کمک شد تا اهداف را به گام‌های کوچک و ملموس تبدیل کنند. از اعضاء خواسته شد تا با مرور مجدد راهبردهای پذیرش، خود را برای مواجه با موانع پیش‌رو آماده کنند. با صحبت بیشتر در مورد ارزش‌ها، تمرکز اعضاء روی ارزش‌های‌شان حفظ شد. این افزایش تمرکز به ایجاد تعهد نسبت به ارزش‌ها کمک نمود.
جلسه چهاردهم	در این جلسه، اعضاء ترغیب شدند تا در مورد تعهد خود نسبت به ارزش‌های‌شان صحبت کنند. رهبر آن‌ها را به تفکر بیشتر در مورد رفتار کنونی‌شان واداشت و از آن‌ها خواست تا هر آنچه که برای تعهد بیشتر لازم است را بازگو کنند. آن‌ها تعهد بیشتری به فعالیت‌های مربوط به بهبود تن‌انگاره و حرمت خود گزارش کردند.
جلسه پانزدهم	هدف این جلسه این بود که به تجربه گروه خاتمه داده شود. مسائل ناتمام اعضای گروه بررسی شد. اعضاء تجربه خود در مورد شرکت در این گروه را بازگو کردند. آن‌ها گزارش کردند که احساس بهتری در مورد خود و ظاهر جسمانی خود دارند. تأثیرات گروه بر زندگی خارج از گروه مرور شدند. رهبر خلاصه‌ای از آنچه در جلسات گذشت، ارائه داد.

شیوه اجرا

پس از موافقت و هماهنگی مدیر خوابگاه دانشگاه خوارزمی، یکی از سالن‌های خوابگاه دختران برای انجام این پژوهش در نظر گرفته شد. در یک جلسه مقدماتی به شرکت‌کنندگان در مورد طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و سرفصل‌های احتمالی جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات توضیحاتی داده شد، و پس از جلب رضایت مشارکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت

در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها دریافت شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایشی در روزهای دوشنبه از ساعت ۱۹ الی ۲۱ برگزار شد. داده‌های به دست آمده بعد از اجرا نمره‌گذاری شده، و در تحلیل آن‌ها افزون بر روش‌های آمار توصیفی از روش آمار استنباطی واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS، ویرایش ۱۹ صورت گرفت.

یافته‌ها

با توجه به مندرجات جدول ۱، در گروه مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات ارزیابی ظاهر، گرایش ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش تناسب، ارزیابی سلامت، گرایش سلامت، گرایش بیماری، رضایت بدنی و حرمت خود افزایش چشمگیری داشته است، در حالی که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشده است. همچنین در گروه مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات وزن ذهنی و دل‌مشغولی با وزن کاهش چشمگیری داشته است، در حالی که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه

نام متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی ظاهر	درمان پذیرش و تعهد	۱۶/۴۴۴	۲/۵۵۵	۲۴/۵۵۶	۰/۷۲۶	۲۴/۵۵۶	۰/۷۲۶
	کنترل	۱۷/۶۶۷	۱/۴۱۴	۱۷/۸۸۹	۱/۲۶۹	۱۷/۷۷۸	۱/۸۵۶
گرایش ظاهر	درمان پذیرش و تعهد	۳۲/۸۸۹	۳/۱	۴۷/۸۸۹	۲/۱۴۷	۴۶/۱۱۱	۱/۰۵۴
	کنترل	۳۶/۲۲۲	۱/۳۹۴	۳۶/۱۱۱	۱/۳۶۴	۳۴/۸۸۹	۲/۰۸۸
ارزیابی تناسب	درمان پذیرش و تعهد	۸/۳۳۳	۱	۱۱	۱/۷۳۲	۹/۴۴۴	۱/۵۹
	کنترل	۷/۲۲۲	۱/۸۵۶	۷/۲۲۲	۱/۸۵۶	۷	۱/۸۷۱
درمان پذیرش و تعهد	درمان پذیرش و تعهد	۳۳/۷۷۸	۵/۴۹۵	۴۶/۴۴۴	۱/۳۳۳	۴۶/۳۳۳	۱/۳۲۳
	کنترل						

۲/۸۲۸	۳۵	۱/۹۲۲	۳۴/۲۲۲	۲	۳۴/۳۳۳	کنترل	گرایش تناسب
۱/۳۰۲	۲۲/۲۲۲	۲/۱۷۹	۲۳	۳/۳۹۱	۱۲	درمان پذیرش و تعهد	ارزیابی سلامت
۳/۰۱۸	۱۰/۸۸۹	۳/۰۴۱	۱۱	۳/۰۴۱	۱۱	کنترل	گرایش سلامت
۱/۹۳۶	۲۷/۳۳۳	۱/۴۵۳	۲۷/۸۸۹	۳/۱۵۳	۲۱/۷۷۸	درمان پذیرش و تعهد	گرایش سلامت
۲	۲۲/۳۳۳	۱/۶۶۷	۲۲/۴۴۴	۲/۰۴۸	۲۲/۷۷۸	کنترل	گرایش بیماری
۱/۴۲۴	۱۸/۴۴۴	۱/۴۲۴	۱۸/۴۴۴	۱/۱۳	۱۵/۴۴۴	درمان پذیرش و تعهد	رضایت بدنی
۱/۶۱۶	۱۴/۸۸۹	۰/۶۰۱	۱۵/۱۱۱	۰/۷۲۶	۱۵/۴۴۴	کنترل	رضایت بدنی
۱	۷/۳۳۳	۱/۳۹۴	۷/۷۷۸	۱/۴۱۴	۴	درمان پذیرش و تعهد	وزن ذهنی
۱/۳۳۳	۳/۵۵۶	۱/۳۳۳	۳/۵۵۶	۱/۳۳۳	۳/۵۵۶	کنترل	دل- مشغولی با
۱/۳۰۲	۳/۲۲۲	۱/۲۳۶	۳/۴۴۴	۲/۰۲۸	۷/۱۱۱	درمان پذیرش و تعهد	اضافه‌وزن
۲/۴۳۸	۶/۷۷۸	۲/۶۰۳	۶/۵۵۶	۲/۶۴۶	۶/۶۶۷	کنترل	حرمت خود
۱/۳۲۳	۹/۳۳۳	۱/۵	۹/۳۳۳	۱/۸۷۸	۱۴/۵۵۶	درمان پذیرش و تعهد	
۲/۶۰۳	۱۴/۴۴۴	۲/۵۵۵	۱۴/۳۳۳	۱/۴۱۴	۱۴/۶۶۷	کنترل	
۲/۰۶۲	۳۳/۳۳۳	۲/۸۶۳	۳۴/۷۷۸	۲/۱۰۸	۲۸/۷۷۸	درمان پذیرش و تعهد	
۲/۶۹۳	۲۷/۳۳۳	۲/۸۲۸	۲۷/۳۳۳	۲/۶۸۲	۲۹/۷۷۸	کنترل	

نتایج آزمون لوین نشان داد مقدار معناداری آزمون برای همه مؤلفه‌های تن‌انگاره و حرمت خود در هر سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری بزرگ‌تر از ۰/۰۱ است؛ بنابراین فرضیه صفر یعنی برابری واریانس‌ها را می‌پذیریم. به عبارت دیگر برای مؤلفه‌های تن‌انگاره و حرمت خود تفاوت معناداری میان واریانس‌های گروه‌ها وجود ندارد. مقدار معنی‌داری آزمون کولموگروف اسمیرنوف در همه حالت‌ها بزرگتر از ۰/۰۱ می‌باشد؛ به عبارتی با توجه به نتایج این آزمون، فرض نرمال بودن داده‌ها برای این متغیرها تأیید می‌شود. بر اساس آزمون کرویت ماچلی، فقط برای متغیر ارزیابی تناسب چون مقدار معناداری آزمون کرویت ماچلی بزرگتر از ۰/۰۱ (۰/۲۴۵) به‌دست آمده است، آزمون ماچلی برای این متغیر معنادار نیست. بنابراین از فرض کرویت تخطی

نشده است. برای سایر مؤلفه‌ها لازم است از آمارهٔ آزمون‌های گرین‌هاوس-گیسر یا هینه-فیلت استفاده کنیم. بر اساس آزمون ام‌باکس، برای متغیرهای تن‌انگاره و حرمت خود، چون مقدار معناداری آزمون باکس بزرگتر از ۰/۰۱ است، آمارهٔ ام‌باکس معنادار نیست. بنابراین از فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس تخطی نشده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره برای مقایسهٔ نمرات

مؤلفه‌های تن‌انگاره

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آمارهٔ F	مجذور اتا
بدن	ارزیابی ظاهر	۲	۱۵۵/۰۱۲	۳۷/۱۷۵**	۰/۷۵۶
	گرایش ظاهر	۲	۳۴۴/۶۷۹	۶۴/۵۱۵**	۰/۸۴۳
	ارزیابی تناسب	۲	۴۶/۸۶۴	۱۰/۶۱۸**	۰/۴۶۹
	گرایش تناسب	۲	۵۵۸/۶۰۵	۸۸/۹۸۱**	۰/۸۸۱
	ارزیابی سلامت	۲	۶۸۷/۷۹	۴۵/۴۹۷**	۰/۷۹۱
	گرایش سلامت	۲	۸۵/۱۹۸	۱۸/۶۷۷**	۰/۶۰۹
	گرایش بیماری	۲	۴۶/۷۰۴	۲۴/۰۵۷**	۰/۶۶۷
	رضایت بدنی	۲	۷۹/۶۰۵	۲۴/۶۱۱**	۰/۶۷۲
	وزن ذهنی	۲	۵۰/۸۱۵	۶/۰۸۷**	۰/۳۳۷
	دلمشغولی با اضافه وزن	۲	۱۱۵/۷۱۶	۱۸/۱۳۸**	۰/۶۰۲
تفکر	ارزیابی ظاهر	۱/۲۷۱	۴۰۸/۸۰۱	۱۰۷/۱۲۷**	۰/۸۱۷
	گرایش ظاهر	۱/۶۵۶	۹۴۰/۴۰۹	۲۶۶/۶۱۶**	۰/۹۱۷
	ارزیابی تناسب	۲	۱۲/۰۱۲	۸/۸۱۵**	۰/۲۶۹
	گرایش تناسب	۱/۴۱	۸۸۲/۵۰۴	۵۵/۴۵۳**	۰/۶۹۸
	ارزیابی سلامت	۱/۲۱	۷۱۱/۰۶۸	۱۰۴/۲۴۲**	۰/۸۱۳

۰/۵۶۱	۳۰/۷۱۵**	۱۷۴/۱۱۳	۱/۳۷۳	۲۳۸/۹۸۸	گرایش سلامت
۰/۴۴۲	۱۹/۰۴۲**	۳۴/۲۶۸	۱/۶۶۹	۵۷/۱۸۵	گرایش بیماری
۰/۶۹۴	۵۴/۵۰۲**	۸۳/۷۷۳	۱/۱۳۷	۹۵/۲۱	رضایت بدنی
۰/۸۴۲	۱۲۷/۴۷۶**	۱۱۵/۳۹۷	۱/۳۰۲	۱۵۰/۲۹۶	وزن ذهنی
۰/۷۸۷	۸۸/۶۴۶**	۱۹۷/۳۱۶	۱/۲۰۲	۲۳۷/۲۱	دلمشغولی با اضافه وزن
۰/۶۷۷	۲۵/۱۸۱**	۹۶/۰۹۴	۲/۵۴۱	۲۴۴/۱۹۸	ارزیابی ظاهر
۰/۸۶۶	۷۷/۳۱**	۲۷۲/۶۸۹	۳/۳۱۳	۹۰۳/۳۸۳	گرایش ظاهر
۰/۲۰۹	۳/۱۶۲*	۴/۳۰۹	۴	۱۷/۲۳۵	ارزیابی تناسب
۰/۵۲۱	۱۳/۰۴۱**	۲۰۷/۵۳۵	۲/۸۲۱	۵۸۵/۳۸۳	گرایش تناسب
۰/۶۸۹	۲۶/۵۵۲**	۱۸۱/۱۱۹	۲/۴۲	۴۳۸/۲۷۲	ارزیابی سلامت
۰/۴۳۹	۹/۳۹۹**	۵۳/۲۸۳	۲/۷۴۵	۱۴۶/۲۷۲	گرایش سلامت
۰/۳۸۳	۷/۴۴۹**	۱۳/۴۰۵	۳/۳۳۸	۴۴/۷۴۱	گرایش بیماری
۰/۵۳۵	۱۳/۷۹۵**	۲۱/۲۰۴	۲/۲۷۳	۴۸/۱۹۸	رضایت بدنی
۰/۷۳۷	۳۳/۶۷۵**	۳۰/۴۸۴	۲/۶۰۵	۷۹/۴۰۷	وزن ذهنی
۰/۶۱۲	۱۸/۹۱۶**	۴۲/۱۰۴	۲/۴۰۴	۱۰۱/۲۳۵	دلمشغولی با اضافه وزن

زمان × گروه

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

طبق جدول شماره (۳)، اثر اصلی متغیر زمان معنادار است، چون مقدار معناداری کوچکتر از ۰/۰۱ به دست آمده است. پس نتیجه می‌گیریم که امتیازات مؤلفه‌های تن‌انگاره به‌گونه‌ای معنادار، در سه حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر می‌کنند. به عبارت دیگر زمان در امتیازات مؤلفه‌های تن‌انگاره تأثیر معناداری داشته است. اثر اصلی گروه هم معنادار است، چون مقدار معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ به دست آمده است. پس نتیجه می‌گیریم که امتیازات مؤلفه‌های تن‌انگاره به‌گونه‌ای معنادار در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل، متفاوت هستند. همچنین اثر متقابل زمان × گروه نیز معنادار است، چون مقدار معناداری کوچکتر از ۰/۰۱ به دست آمده

است. بنابراین روند تغییرات میانگین امتیازات مؤلفه‌های تن‌انگاره در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل، در طول سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری متفاوت است. در مجموع با عنایت به نتایج به‌دست آمده مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره دانشجویان دختر تأثیر دارد. بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی، بین نمرات "تن‌انگاره" ۲ مرحله "پس‌آزمون" و "پیگیری" با مرحله "پس‌آزمون" اختلاف معناداری وجود دارد چون مقدار معناداری آزمون تعقیبی بونفرونی کمتر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. بنابراین مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره دانشجویان دختر تأثیر دارد.

جدول ۴. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمرات حرمت خود

منبع اثر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	مجدور اتا
گروه	۲۷۲/۸۰۲	۲	۱۳۶/۹۰۱	۱۳/۴۵۳**	۰/۵۲۹
زمان	۱۳۷/۵۸	۱/۶۵۸	۸۲/۹۹۱	۱۵/۰۷**	۰/۳۸۶
زمان × گروه	۲۴۳/۳۰۹	۳/۳۱۶	۷۳/۳۸۴	۱۳/۳۲۵**	۰/۵۲۶

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

طبق جدول شماره (۴)، اثر اصلی متغیر زمان معنادار است، چون مقدار معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. پس نتیجه می‌گیریم که امتیازات حرمت خود به‌گونه‌ای معنادار، در سه حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری تغییر می‌کنند. به عبارتی زمان در امتیازات حرمت خود تأثیر معناداری داشته است. اثر اصلی گروه هم معنادار است چون مقدار معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. پس نتیجه می‌گیریم که امتیازات حرمت خود به‌گونه‌ای معنادار، در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل، متفاوت هستند. همچنین اثر متقابل زمان × گروه نیز معنادار است، چون مقدار معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ به‌دست آمده است. بنابراین روند تغییرات میانگین امتیازات حرمت خود در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل، در طول سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری متفاوت است. در مجموع با عنایت به نتایج به‌دست آمده مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود حرمت خود دانشجویان دختر تأثیر دارد. بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی، بین نمرات حرمت خود در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با مرحله پیش‌آزمون اختلاف معناداری وجود دارد چون مقدار معناداری آزمون تعقیبی بونفرونی کمتر از ۰/۰۱ به‌دست آمده است. بنابراین مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود حرمت خود دانشجویان دختر تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش در پی این بود که اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر حرمت خود و تن‌انگاره دختران دانشجو تعیین کند. نتایج حاکی از تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تن‌انگاره و حرمت خود دختران دانشجو بود. نتایج این مطالعه با یافته‌های تحقیق آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. آن‌ها نیز گزارش کردند که گروه‌درمانی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، تن‌انگاره را بهبود می‌بخشد. رسولی علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۶) نیز به نتایج مشابهی رسیدند. آن‌ها نتیجه گرفتند که این درمان می‌تواند با افزایش حرمت خود، نگرانی‌های مربوط به تن‌انگاره را کاهش دهد. اما هر دو مطالعه مربوط به جامعه آماری متفاوتی بودند. مطالعه آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۶) در جامعه معلولین جسمی-حرکتی و مطالعه رسولی علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۶) در زنان پس از زایمان انجام شد.

در تبیین اثربخشی و کارآمدی این روش درمانی باید گفت که درمانگر تلاش نمود تا توجه اعضا را به ارزش‌های‌شان معطوف کند. استفاده از تمثیل‌ها و استعاره‌ها به اعضا کمک می‌کند تا ارزش‌های اساسی خود را در زندگی شناسایی کنند. صرف زمان و تأکید درمانگر برای شناسایی ارزش‌ها، اهمیت ارزش‌ها را برای اعضا روشن نمود. اعضا در مرحله اول یعنی بحث بر سر ارزش‌ها، یکی از ارزش‌های خود را مربوط به جذابیت ظاهری و سلامت جسمی دانستند. درمانگر در مورد ارزش‌ها با آن‌ها جدال نکرد، اما به آن‌ها کمک نمود تا ارزش‌های اساسی‌تر خود را کشف کنند. در این مورد از استعاره تشییع جنازه استفاده شد. این استعاره با پرسش این سوال مطرح شد: «دوست دارید برای چه زندگی کنید؟» و سپس به اعضا گفته شد که تصور کنند، مراسم خاکسپاری آن‌ها است. دوست دارند دیگران چه چیزی در مورد آن‌ها بگویند و چگونه توصیف‌شان کنند. دوست دارند روی سنگ قبرشان چه نوشته شود. سپس تکلیف چرخه ارزش‌ها ارائه شد. سپس درمانگر اعضا را هدایت می‌کنند تا مشخص کنند که چگونه باید ارزش‌های خود را عملی کنند. اعضا یاد می‌گیرند که نسبت به آنچه برای‌شان اهمیت دارد، متعهد باشند. همین که اعضا برای کسب رضایت بیشتر نسبت به ظاهر جسمی خود، قدمی برمی‌دارند، تن‌انگاره آن‌ها رو به بهتر شدن پیش می‌رود. در ابتدای جلسات، اعضا صرفاً در مورد ظاهر خود ابراز نگرانی می‌کردند و درمانگر به جای اینکه تلاش کند تا آن‌ها را قانع کند که در مورد ظاهرشان اشتباه می‌کنند، از آن‌ها می‌خواهد برای کسب تن‌انگاره مطلوب تلاش کنند (هیز و دیگران، ۲۰۰۶).

یکی از علل موفقیت این درمان این است که این رویکرد، دلبستگی به محتوای ذهن (افکار و هیجانات) را کاهش می‌دهد. آموزش و تمرین ذهن‌آگاهی به مراجع اجازه می‌دهد تا در مورد این محتواهای روانی آگاهی یابد و بر آن‌ها غلبه کند و اجازه دهد آزادانه بیانند و بروند. درمانگران

درمان پذیرش و تعهد به دلیل تمرکز بر پیامدهای اعمال مراجعان‌شان و نحوه هم‌تراز شدن این پیامدها با ارزش‌ها و اهداف‌شان، در این تأکید عمل‌گرایانه اشتراک دارند. مراجعان تشویق می‌شوند که به شناسایی و پرورش اعمالی بپردازند که در تطابق با ارزش‌های عمیق‌شان هستند و اعمالی که این ارزش‌ها را نقص می‌کنند رها کنند. تمرین ذهن‌آگاهی آن‌ها را قادر می‌کند تا از شناسایی محتوای ذهن‌شان دست بردارند به طوری که به فعالیت‌هایی نپردازند که رنج بیشتری به همراه دارد (هیز و دیگران، ۲۰۱۲). در جلسات گروهی اعضاء یاد گرفتند که اجتناب از رنج، آن‌ها را از ارزش‌ها دور می‌کند و حرکت در مسیر ارزش‌ها احساس رضایت بیشتر و واقعی به آن‌ها می‌دهد. وقتی فرد برای تحقق ارزش‌ها قدم برمی‌دارد، تصویر مثبت‌تری نسبت به خود پیدا می‌کند و همین موضوع به ارتقای حرمت خود او نیز کمک می‌کند.

تن‌انگاره یک مشکل اضطرابی است و بهبود وضعیت تن‌انگاره مراجعان مستلزم کاهش سطح اضطراب است (کش، ۲۰۱۶). درمان پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا اضطراب مراجع کاهش پیدا کند. به این ترتیب که درمانگر با کمک استعاره دروغ‌سنج به اعضاء کمک نمود تا تأثیرات مشکل‌آفرین تلاش برای کنترل اضطراب را تجربه کنند؛ یعنی متوجه می‌شوند که افزایش مبارزه به افزایش رنج منجر می‌شود. تجربه تأثیرات متناقض تلاش برای کنترل اضطراب، به تدریج اعضاء را به این درک رسانید که باید شیوه مواجهه خود را تغییر دهند و روش‌های جدیدی را امتحان کنند. پس از اینکه مراجعان به این درک رسیدند، درمانگر با کمک استعاره مقیاس‌های دوگانه به آن‌ها کمک کرد که اضطراب‌شان در مورد بدن را بپذیرند ولی در عین حال ارزشمند زندگی کنند. با کمک این استعاره، اعضای گروه یاد گرفتند که به جای تمرکز روی کاهش اضطراب، اشتیاق خود برای زندگی ارزشمند (یعنی در جهت ارزش‌های شخصی) را بالا ببرند. افزایش اشتیاق برای حرکت در مسیر زندگی ارزشمند نیز مسلماً نیاز به انجام تمریناتی داشت. تمرین اساسی این بود که مراجعان یاد بگیرند در زمان حال زندگی کنند. برای این منظور درمانگر از تمرینات ذهن‌آگاهی استفاده نمود و به‌طور خاص بر اسکن دنیای بیرون و اسکن دنیای درون تمرکز نمود.

از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر، ریزش تعداد اعضای گروه آزمایش به دلیل تردد به شهرستان محل زندگی بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران هنگام اجرای پژوهش در جامعه خوابگاهی به این مهم توجه کنند. پژوهشگران می‌توانند برای اجتناب از طولانی شدن دوره اجرای جلسات و کاهش احتمال ریزش، جلسات را در یک هفته، دو بار برگزار کنند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی، این درمان را با سایر درمان‌ها مقایسه کنند. مقایسه این درمان در پسران و دختران دانشجوی نیز می‌تواند مفید باشد. از نظر کاربردی نیز مراکز مشاوره

دانشگاه‌ها می‌توانند با استفاده از اجرای جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، حرمت خود و تن‌انگاره دانشجویان دختر را بهبود بخشند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط شرکت‌کنندگان و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها، ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، به آن‌ها در مورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی غیر از سن اطمینان داده شد. به آن‌ها گفته شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. پس از اتمام آموزش، سه جلسه آموزشی برای گروه گواه برگزار شد. در این سه جلسه، برخی مهارت‌های اساسی درمان پذیرش و تعهد مانند مهارت ذهن‌آگاهی آموزش داده شد.

سپاسگزاری

از همه دانشجویایی که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و از مسئولین خوابگاه دختران دانشگاه خوارزمی که با همکاری صمیمانه آنان اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره دانشگاه خوارزمی به کد ثبت ۹۶۴۷۸۵۱۲ به تاریخ ۱۳۹۶/۰۴/۱۲ است و همه نویسندگان این مقاله بنا بر نقشی که داشتند، به ترتیب ذکر شده‌اند. نویسنده اول با کد ارکید 0000-0001-5841-7958 مسئولیت نگارش و اجرا را داشته است. نویسنده دوم با کد ارکید 0000-0002-8901-5828 و نویسنده سوم با کد ارکید 0000-0002-2516-6635 مسئولیت راهنمایی و نویسنده چهارم با کد ارکید 0000-0002-7854-2934 مسئولیت مشاوره را برعهده داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آقایوسفی، علیرضا؛ استادیان خانی، زهرا و فدایی مقدم، ملیحه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد را بر تصویر بدنی و هراس اجتماعی معلولین جسمی-حرکتی. *مطالعات ناتوانی*، ۱۳(۷)، ۷-۱ [پیوند].
- اثنی عشری، ندا؛ بخشایش، علیرضا؛ افشانی، سید علیرضا. (۱۳۹۳). میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان دختر یزد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۲(۳)؛ ۱۲۳۷-۱۲۴۵ [پیوند].
- الهی فر، حسن، قمری، محمد و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم های زن. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۱)؛ ۱۴۱-۱۶۲ [پیوند].
- رجبی، غلامرضا، بهلول، نسرين. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس حرمت خود روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۳(۳)؛ ۳۳-۴۸ [پیوند].
- رسولی علی‌آبادی، بهاره و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۵(۵)؛ ۱۰۳-۱۱۲ [پیوند].
- ضابطی، عطیه السادات، تقی لو، صادق و تاجری، بیوک. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گر حرمت خود در رابطه بین چشم‌انداز زمان و کیفیت زندگی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۱)؛ ۸۵-۱۰۱ [پیوند].
- عباسی، مسلم، پرزور، پرویز، معاضدی، کاظم و اصلانی، طاهر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر مبتلا به پر اشتهایی عصبی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۱(۱)؛ ۱۶-۲۴ [پیوند].
- کاظمی، فروغ، کیان‌پور، مسعود و قاسمی، وحید. (۱۳۹۳). تبیین جامعه‌شناختی تأثیر تصاویر رسانه‌ای بر تصویر بدن و حرمت خود با تأکید بر نقش خودطرحواره ظاهر (مطالعه موردی: دانشجویان دختر خوابگاه دانشگاه اصفهان). *فصلنامه‌ی جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۵(۴)؛ ۹۱-۱۱۱ [پیوند].
- محمدی، نواله؛ سجادی‌نژاد، مرضیه سادات. (۱۳۸۶). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت‌نفس با اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۲(۵)؛ ۵۵-۷۰ [پیوند].
- مرمرچی نیا، مژگان و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۲)؛ ۱۵۷-۱۷۴ [پیوند].

Adams, K. E., Tyler, J. M., Calogero, R., & Lee, J. (2017). Exploring the relationship between appearance-contingent self-worth and self-esteem: The roles of self-objectification and appearance anxiety. *Body Image*, 23, 176 [Link].

- Benedict, C., Philip, E. J., Baser, R. E., Carter, J., Schuler, T. A., Jandorf, L., ... & Nelson, C. (2016). Body image and sexual function in women after treatment for anal and rectal cancer. *PsychoOncology*, 25, 316-323 [[Link](#)].
- Brown, J. D. (2014). Self-esteem and self-evaluation: Feeling is believing. *Psychological Perspectives on the Self*, 4, 27-58 [[Link](#)].
- Cash, T. F. (2000). The multidimensional body-self relations questionnaire users' manual. Available from the author at www.body-images.com [[Link](#)].
- Cash, T. F. (2016). Multidimensional body-self relations questionnaire (MBSRQ). *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, 1-4 [[Link](#)].
- Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1-5 [[Link](#)].
- Ferrer-García, M., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2012). The use of virtual reality in the study, assessment, and treatment of body image in eating disorders and nonclinical samples: a review of the literature. *Body Image*, 9, 1-11 [[Link](#)].
- Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M., Skouteris, H., Richardson, B., Nihill, K., Watson, B., & Solomon, D. (2015). Does body satisfaction influence self-esteem in adolescents' daily lives? An experience sampling study. *Journal of Adolescence*, 45, 11-19 [[Link](#)].
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter?. *Personality and Individual Differences*, 35, 1241-1254 [[Link](#)].
- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2009). Body image concerns and contingent self-esteem in male and female college students. *Sex Roles*, 60, 198-207 [[Link](#)].
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media [[Link](#)].
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25 [[Link](#)].
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press [[Link](#)].
- Latner, J. D., Knight, T., & Illingworth, K. (2011). Body image and self-esteem among Asian, Pacific Islander, and White college students in Hawaii and Australia. *Eating Disorders*, 19, 355-368 [[Link](#)].
- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. (2014). Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study. *Child Development*, 85(3), 1275-1291 [[Link](#)].
- Messer, S. B., & Gurman, A. S. (Eds.). (2011). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. Guilford Press [[Link](#)].
- Mountford, V., Haase, A. M., & Waller, G. (2007). Is body checking in the eating disorders more closely related to diagnosis or to symptom presentation?. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2704-2711 [[Link](#)].

- Mountford, V. A., Brown, A., Bamford, B., Saeidi, S., Morgan, J. F., & Lacey, H. (2015). BodyWise: evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23, 62-67 [Link].
- Oney, C. N., Cole, E. R., & Sellers, R. M. (2011). Racial identity and gender as moderators of the relationship between body image and self-esteem for African Americans. *Sex Roles*, 65, 619-631 [Link].
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460 [Link].
- Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, 71, 363-377 [Link].
- Pullmann, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715 [Link].
- Rice, K., Prichard, I., Tiggemann, M., & Slater, A. (2016). Exposure to Barbie: Effects on thin-ideal internalization, body esteem, and body dissatisfaction among young girls. *Body Image*, 19, 142-149 [Link].
- Rosen, J. C. (2013). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. *The Etiology of Bulimia: the Individual and Familial Context*, 157-177 [Link].
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623 [Link].
- Slater, A., & Tiggemann, M. (2016). Little girls in a grown up world: Exposure to sexualized media, internalization of sexualization messages, and body image in 6–9 year-old girls. *Body Image*, 18, 19-22 [Link].
- Stapleton, P., Crighton, G. J., Carter, B., & Pidgeon, A. (2017). Self-esteem and body image in females: The mediating role of self-compassion and appearance contingent self-worth. *The Humanistic Psychologist*, 45, 238 [Link].
- Thelen, M. H., Lawrence, C. M., & Powell, A. L. (2013, February). Body image, weight control, and eating disorders among children. In *The Etiology Of Bulimia Nervosa: The Individual and Familial Context: Material Arising From The Second Annual Kent Psychology Forum, Kent* (p. 81) [Link].

پرسشنامه حرمت خود

کاملاً موافقم	موافقم	نه مخالف نه	مخالفم	کاملاً مخالفم	۱
۵	۴	۳	۲	۱	۱. احساس می‌کنم انسان با ارزشی هستم.

۵	۴	۳	۲	۱	۲. احساس می‌کنم چند ویژگی خوب دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳. می‌توانم به خوبی اکثر مردم کارها را انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴. نسبت به خودم نگرش مثبت دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵. به طور کلی، از خودم راضی هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶. احساس می‌کنم چیز زیادی ندارم که به آن‌ها افتخار کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷. با درنظر گرفتن همه چیزها، معمولاً فکر می‌کنم شکست خورده‌ام.
۵	۴	۳	۲	۱	۸. ای کاش می‌توانستم احترام بیشتری به خودم قائل می‌شدم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹. گاهی احساس می‌کنم بی‌فایده هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. گاهی فکر می‌کنم اصلاً نمی‌توانم کاری انجام دهم.

پرسشنامه تن انگاره

کاملاً موافقم	کاملاً مخالفم	کاملاً موافقم	کاملاً مخالفم	کاملاً موافقم	کاملاً مخالفم	گویه‌ها
۵	۴	۳	۲	۱	۱	قبل از اینکه وارد جمع شوم، برایم مهم است که چگونه به نظر بیایم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	لباس‌هایی را انتخاب می‌کنم که ظاهر مرا به بهترین نحو نشان دهد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	قادرم اکثر تست‌های آمادگی جسمانی را با موفقیت پشت سر بگذارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	برایم مهم است که نیروی جسمی زیادی داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	بدن من از لحاظ جنسی جذاب است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	فعالیت ورزشی منظمی تدارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	سلامتی خود را در کنترل دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	درباره عواملی که بر سلامتی تأثیر می‌گذارند، اطلاعات زیادی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	آگاهانه یک شیوه‌ی زندگی سالم در پیش گرفته‌ام.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	مدام نگران چاق بودن یا چاق شدن هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	ظاهرم را همانگونه که هست می‌پذیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	هر گاه بتوانم ظاهرم را در آینده چک می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	قبل از خارج شدن از خانه، معمولاً زمان زیادی را صرف آماده شدن می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	تحمل و طاقت بدنی من مطلوب است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	شرکت در ورزش‌ها برای من چندان مهم نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	معمولاً برای اینکه از لحاظ جسمی متناسب بمانم کاری انجام نمی‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	سلامتی من تحت تأثیر شرایط و موقعیت‌های غیرمنتظره است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	سالم بودن یکی از مهمترین موارد زندگی من است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱	کاری که سلامتی را تهدید می‌کند انجام نمی‌دهم.

۵	۴	۳	۲	۱	نسبت به کوچک‌ترین تغییرات در وزنم آگاه هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	اکثر مردم مرا فردی خوش‌قیافه می‌دانند.
۵	۴	۳	۲	۱	برایم مهم است که همواره خوب به نظر بیایم.
۵	۴	۳	۲	۱	خیلی کم از محصولات آرایشی استفاده می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	به راحتی مهارت‌های جسمانی را یاد می‌گیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	داشتن تناسب جسمی جزء اصول اولیه زندگی نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	برای افزایش نیروی جسمانی‌ام تلاش می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	به ندرت دچار بیماری جسمی می‌شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	سلامتی‌ام را مسلّم می‌دانم.
۵	۴	۳	۲	۱	غالباً مجلات و کتاب‌هایی در زمینه‌ی سلامتی می‌خوانم.
۵	۴	۳	۲	۱	ظاهر خود را بدون لباس دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	چنان‌چه آرایشم متناسب نباشد، نسبت به آن آگاهی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	معمولاً هر چه در دسترس باشد را بدون توجه به ظاهرش می‌پوشم.
۵	۴	۳	۲	۱	در ورزش‌ها و مهارت‌ها ضعیف عمل می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	به ندرت به مهارت‌های قهرمانی می‌اندیشم.
۵	۴	۳	۲	۱	برای بهبود توان و قدرتم تلاش می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	هیچگاه نسبت به احساس بدنم آگاه نیستم و احساس بدنی‌ام ثابت است.
۵	۴	۳	۲	۱	اگر بیمار باشم به علائم بیماریم توجه نمی‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	هرگز برای داشتن رژیم غذایی متعادل و مغذی تلاش خاصی نمی‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	متناسب بودن اندازه‌ی لباس‌هایم را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	به اینکه مردم درباره ظاهر من چه فکری کنند، بها نمی‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	به نظافت موی سرم خیلی توجه می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	بدن خود را دوست ندارم.
۵	۴	۳	۲	۱	به بهبود توانایی‌هایم در انجام فعالیت‌های جسمانی اهمیت نمی‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	سعی می‌کنم از نظر جسمی فعال باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	غالباً احساس می‌کنم نسبت به بیماری آسیب‌پذیر هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	برای شناسایی علائم بیماری توجه زیادی به بدنم دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	اگر سرما بخورم یا دچار آنفولانزا شوم بیماری را در نظر نگرفته و مانند سابق به کارهایم ادامه می‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	از لحاظ جسمی جذاب نیستم.
۵	۴	۳	۲	۱	هرگز به ظاهر من فکر نمی‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	همیشه تلاش می‌کنم ظاهر بدنی‌ام را ارتقا دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	از هماهنگی بسیار بالایی برخوردارم.
۵	۴	۳	۲	۱	اطلاعات فراوان در مورد سلامت جسمانی دارم.

۵	۴	۳	۲	۱	در طول سال به طور منظم ورزش می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	از لحاظ جسمانی سالم هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	نسبت به کوچکترین تغییرات وضع سلامتی بدنم بسیار حساس هستم. با آشکار شدن اولین علائم بیماری نزد پزشک می‌روم. رژیم کاهش وزن دارم.
تقریباً همیشه	غالباً	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	تلاش کرده‌ام از طریق روزه گرفتن یا رژیم‌های سخت، وزن کم کنم.
خیلی اضافه وزن دارم.	تا حدودی اضافه وزن دارم.	وزن مناسب است.	تا حدودی کمبود وزن دارم.	خیلی کمبود وزن دارم.	فکر می‌کنم
خیلی اضافه وزن دارم.	تا حدودی اضافه وزن دارم.	وزن مناسب است.	تا حدودی کمبود وزن دارم.	خیلی کمبود وزن دارم.	با نگاه کردن به من اکثر مردم فکر می‌کنند که
ناراضیم	تا حدودی ناراضیم	نظری ندارم	تا حدودی راضیم	راضیم	میزان رضایت یا عدم رضایت در مورد بخش‌های مختلف بدن
					صورت (اجزای صورت، رنگ چهره) مو (رنگ، ضخامت، بافت) نیم‌تنه‌ی تحتانی (باسن، لگن، ران، ساق پا) نیم‌تنه (بخش میانی، کمر، شکم) نیم‌تنه‌ی فوقانی (قفسه سینه یا پستان‌ها، شانه‌ها و بازوها) قوام عضلانی وزن قد