

رابطه حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی عمومی در افراد دارای علائم اختلال

بدشکلی بدنی

مصطفی حکم‌آبادی^۱، عزت‌الله احمدی^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هجدهم، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۹-۱۸

چکیده

اختلال بدشکلی بدنی با نگرانی از بدشکلی بدن و اختلال در تصویر کردن ذهنی بدن مشخص می‌شود که نرخ شیوع بالایی نیز دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی عمومی در افراد دارای علائم اختلال بدشکلی بدنی است. روش پژوهش از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان است که از میان آن‌ها تعداد ۲۵۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار بررسی شامل پرسشنامه نگرانی از بدشکلی استوزین و همکاران (۱۹۹۸)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زمیت (۱۹۸۸) و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی اورشلیم (۲۰۰۰) است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار spss، نسخه ۲۶ استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون انجام شد. نتایج نشان داد بین علائم اختلال بدشکلی بدنی با حمایت اجتماعی درک و خودکارآمدی عمومی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی عمومی به عنوان متغیرهای پیش‌بین توان پیش‌بینی علائم اختلال بدشکلی بدنی را دارند.

واژه‌های کلیدی: علائم اختلال بدشکلی بدنی، حمایت اجتماعی درک شده، خودکارآمدی عمومی.

مقدمه

نگرانی از بدشکلی بدن با اختلال در تصویر کردن ذهنی بدن مشخص می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). این مفهوم، احساسات فردی در مورد اندازه، جنس، عملکرد و توانایی بدن را شامل می‌شود (تمنائی فر و منصوری، ۱۳۹۳) و همچنین شامل اشتغال فکری شدید و آشفته ساز با نقص جزئی و یا تصویری از نقص در ظاهر است (ریدینگ و کوس، ۲۰۲۰). اشتغال ذهنی افراد مبتلا به این اختلال، اعتقاد به زشت بودن، نابهنجار یا بدشکل به نظر رسیدن است. افراد در پاسخ به این مشغولیت‌های ذهنی و یا نگرانی‌ها، رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر و افراطی انجام می‌دهند. نگرانی‌ها با رفتارهای تشریفاتی (مثل چک کردن یا استتار کردن) یا اعمال ذهنی (مثل مقایسه ظاهر خود با ظاهر دیگران) نشان داده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخه پنجم، در طبقه وسواس فکری- عملی و اختلالات مربوط قرار دارد. در این اختلال زمانی تشخیص بالینی داده می‌شود که عیوب درک شده توسط فرد، برای دیگران قابل مشاهده نباشد یا حداقل به نظر برسد و با علائمی همراه باشد که باعث اختلال قابل توجه در عملکرد اجتماعی (به عنوان مثال، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی) و یا کاهش کیفیت زندگی فرد شود (کلی، برالت و دیدی، ۲۰۱۷). این نگرانی‌ها باعث شده که این گروه از افراد بیشتر از سایر افراد درصدد عمل جراحی زیبایی برآیند و مراجعه برای استفاده مکرر از خدمات پزشکی و جراحی‌های پلاستیک در این افراد به وفور گزارش شده است. این در حالی است که افراد مبتلا به این اختلال بعد از طی فرایند جراحی زیبایی و تغییر ظاهر بازهم مشکلات قبلی را دارند و نارضایتی از تصویر بدنی در آن‌ها دیده می‌شود (سارور و کرراند، ۲۰۰۸). براساس مطالعات انجام گرفته، شیوع این اختلال بین ۱٫۹ تا ۳٫۳ درصد در جمعیت عمومی گزارش شده است (ویلی، گلدییل، کریستودولو و هدسل، ۲۰۱۶). همچنین در مطالعه‌ای که مبتنی بر جمعیت بزرگی از افراد در ایالات متحده بود، تخمین زده شده است که ۱٫۸ تا ۲٫۴ درصد افراد از اختلال بدشکلی بدنی رنج می‌برند (بولمن، گلاسمر، میوز، فاما، ویلهلم، برهلمر و ریف، ۲۰۱۰). در ایران نیز، در مطالعه‌ای که توسط اثنی عشری و همکاران (۱۳۹۳) انجام گرفت، ۴۱ درصد از افراد گروه نمونه دارای نگرانی‌های نامتعارفی در خصوص شکل ظاهری و بدن خود بودند که در طیف ضعیف تا خیلی شدید گنجانده می‌شدند. بیشتر افراد شدت متوسطی از اختلال را تجربه می‌کردند، درحالی که ۷٫۱ درصد از افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی شدید تشخیص داده شدند که نیاز به مداخله روان‌شناختی فوری داشتند. میزان شیوع این اختلال در نوجوانان دختر هم، ۷٫۱ درصد برآورد شده است و شایع‌ترین سن ابتلا، ۱۷ سالگی است. طبق پژوهش‌ها سن بروز این اختلال در افراد معمولاً بین ۱۵ تا ۳۰ سالگی می‌باشد و کمتر پیش آمده است که فردی بعد از گذر از سن ۳۰ سالگی مبتلا به این اختلال شود. همچنین زنان تا حدودی بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند (زرگر، صیاد و بساک نژاد، ۲۰۱۱). متأسفانه بدون درمان، این اختلال به سمت مزمن شدن پیش می‌رود (فلیپس، منارد، فای و پاگنو، ۲۰۰۵؛ فلیپس، منارد، کوپین، دیدی و استوت^۲، ۲۰۱۳)؛ و از جمله اختلالاتی است که با نرخ بالای همبودی با اختلالات دیگر همراه است (جنوستار و فیپس^۳،

1. Phillips, Menard, Fay & Pagano
2. Phillips, Menard, Quinn, Didie & Stout
3. Gunstad

۲۰۰۳) و همچنین با میزان بالای خودکشی نیز همراه است (بولمن، گلاسمر، میوز، فاما، ویلهلم، برهلم و ریف، ۲۰۱۰؛ آنجلیسکا، گودینگ و پاناگیوتی^۱، ۲۰۱۶). در نهایت باید گفت که نتایج پژوهش‌ها در مورد اختلال بدشکلی بدنی قویاً بر اثرات نامطلوب این اختلال بر زندگی فردی و اجتماعی افراد مبتلا تأکید می‌کنند (فنگ و هافمن^۲، ۲۰۱۰) و بی‌شک داشتن یک زندگی فردی و اجتماعی سالم نیازمند ایجاد روابط و داشتن حمایت‌های اجتماعی است. همانطور که شواهد مطالعات مختلف نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی تأثیر مهمی در حفظ سلامتی افراد ایجاد می‌کند. با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کاسته می‌شود و در نتیجه، تعاملات و حمایت اجتماعی برای رشد شخصیت سالم در جوانان حیاتی است (بلکمر و میلز^۳، ۲۰۱۴؛ اوربن، توموا و بلکمر^۴، ۲۰۲۰). حمایت اجتماعی به طیف وسیعی از منابع روانی-عاطفی و مادی اطلاق می‌شود که در دسترس فرد است و بر اساس روابط بین فردی و تعاملات تعیین می‌شود (هلگسون^۵، ۲۰۰۳). اگرچه حمایت دریافت شده ممکن است به‌طور عینی‌تر منعکس‌کننده حمایت واقعی دریافت شده از دیگران باشد، اما در نهایت حمایتی که یک فرد به‌صورت ذهنی تجربه می‌کند، وابسته به تفسیری است که فرد از رفتارهای حمایتی دیگران به دست می‌آورد (ایجل، هیلز و پروچهودلبل^۶، ۲۰۱۸). در نتیجه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حمایتی است که افراد به‌صورت ذهنی تجربه می‌کنند و به تجربه عاطفی یا رضایت فرد از احساس احترام، حمایت و درک در جامعه اشاره دارد (ساراسون، ساراسون و پیرز^۷، ۱۹۹۰). در افرادی که حمایت کمتری را در زمینه‌های مختلف دریافت کردند، شاهد آن هستیم که عملکرد اجتماعی-عاطفی آن‌ها همراه با آسیب بوده است و حمایت درک شده ضعیف از سوی دیگران، شانس تجربه تنهایی را افزایش می‌دهد (کاوناک و بوهرلر^۸، ۲۰۱۶). نارضایتی از حمایت اجتماعی از سویی با استرس (اورنگا^۹، ۲۰۰۲)، افسردگی (بل، ریدلی، اورهولسر، یانگ، آسی، لهما و فلیپس^{۱۰}، ۲۰۱۸) و اضطراب (شاملو و مقتدر^{۱۱}، ۲۰۱۹) رابطه منفی دارد، درحالی‌که از سویی دیگر حمایت اجتماعی درک شده مطلوب با کاهش اضطراب، افزایش اعتمادبه‌نفس و گسترش روابط اجتماعی همراه است و به‌طور مثبت باعث عزت‌نفس، خوش‌بینی و خودکارآمدی مرتبط است (بویلی و جانسون^{۱۲}، ۲۰۱۰؛ ژی، یانگ و چن^{۱۳}، ۲۰۱۸). خودکارآمدی معیاری از توانایی درک شده یا باور به توانایی خود برای تکمیل یک کار خاص است (بندورا^{۱۴}، ۱۹۹۷؛ زیمنمن^{۱۵}، ۱۹۹۹). بندورا (۱۹۹۴) خودکارآمدی را یکی از فرایندهای شناختی می‌داند که از

1. Angelakis, Gooding & Panagioti
2. Fang & Hofmann
3. Blakemore & Mills
4. Orben, Tomova & Blakemore
5. Helgeson
6. Eagle, Hybels & Proeschold-Bell
7. Sarason, Sarason & Pierce
8. Cavanaugh and Buehler
9. Ortega
10. Bell, Ridley, Overholser, Young, Athey, Lehmann & Phillips
11. shamloo & moghtader
12. Boyle & Johnson
13. Xie, Yang & Chen
14. Bandura
15. Zimmerman

طریق آن بسیاری از رفتارهای اجتماعی و خصوصیات شخصیتی گسترش داده می‌شود. باورهای خودکارآمدی بر انتخاب تکالیف، تلاش، استقامت، امتناع و پیشرفت افراد تأثیر می‌گذارد و همچنین بر رفتارها یا فعالیت‌های فرد، افکار و واکنش‌های عاطفی فرد اثرگذار است (بلانکو^۱، ۲۰۱۰). طبق پژوهشی که در کره جنوبی انجام گرفت، باورهای مثبت خودکارآمدی، احساس توانایی غلبه بر مشکلات، بهره‌مند بودن از حمایت اجتماعی و روابط نزدیک با خانواده و دوستان، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های شادکامی در دانشجویان هستند (لی و پادیللا^۲، ۲۰۱۶) و همانطور که اشاره هم شد خودکارآمدی و حمایت اجتماعی مطلوب تأثیرات مثبتی را در سلامت روانی افراد دارند و این مقاله نیز قصد مطالعه یکی از نشانه‌های سلامت روان، یعنی رضایت از بدن خود و رابطه آن با حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی عمومی در دانشجویان دارای علائم اختلال بدشکلی را دارد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان می‌باشند. روش نمونه‌گیری مورداستفاده شده در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری در دسترس است که متناسب با تعداد دانشجویان هر دانشکده (۷ دانشکده) پرسشنامه‌ها در اختیار دانشجویان قرار گرفت. تعداد افراد این نمونه ۲۵۴ نفر بود و پس از انتخاب افراد، هدف پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد. پس از کسب رضایت و اطمینان از تمایل افراد برای شرکت در پژوهش و رعایت اصل رازداری پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل سه پرسشنامه بود.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس نگرانی بدشکلی بدنی: این پرسشنامه توسط اوستوزین^۳ و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده است و هدف از آن بررسی نگرانی‌های افراد در مورد بدشکلی بدنی خود، بدون آن‌که تشخیص اختلال بدشکلی بدنی را دریافت کنند، است. فرم پاسخگویی به‌گونه‌ای است که پاسخ‌دهنده، نگرانی‌های خود در مورد ظاهر فیزیکی خود را نسبت به دیگران، در یک مقیاس چهاردرجه‌ای، درجه‌بندی می‌کند. در مطالعه‌ای با پیگیری نمونه ۵۷ استرالیایی، جهت ارزیابی روایی این پرسشنامه، روایی درونی بسیار خوبی به دست آمد و تحلیل عاملی، ساختار عاملی تک‌بعدی را تأیید کرد. همچنین تفاوت‌های گروهی نشان دادند که آن دسته از بیمارانی که تشخیص اختلال بدشکلی بدنی گرفته بودند به‌صورت معناداری نمره بالاتری در این پرسشنامه نسبت به افرادی که تشخیص دریافت نکرده بودند را به دست آوردند. براساس نتایج، باینکه این پرسشنامه برای غربالگری بالینی ساخته نشده است، اما می‌تواند یک ابزار غربالگری خود گزارشی مختصر و کوتاه در محیط‌های بالینی باشد (جورجنسون، کاستل، رابرت و زوث مارنارت^۴، ۲۰۰۱). برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز، کاظمینی و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی با جامعه آماری کلیه دانشجویان مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را اجرا کردند که نمونه پژوهشی شامل ۲۱۰ نفر (۱۰۳ پسر و ۱۰۷ دختر) بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی پس از

1. Blanco
2. Lee & Padilla
3. Oosthuizen
4. Jorgensen, Castl, Roberts & Groth- Marnat

ترجمه به زبان فارسی، توسط چند نفر از دانشجویان دکتری روانشناسی بالینی مورد بازبینی قرار گرفت. پس از اتمام مراحل، پرسشنامه نهایی برای اجرا روی نمونه مذکور آماده شد. شاخص برازش مدل تحلیل عاملی تأییدی نیز مدل تک عاملی این پرسشنامه را تأیید کرد که ۴۴،۱۹ درصد، واریانس نگرانی در مورد بدشکلی را تبیین می‌کند. پایایی همسانی درونی سؤالات این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ ۰،۷۸ است که نتایج همخوان با نتایج اوستوزین (۱۹۹۸) و جارجنسون و همکاران (۲۰۰۱) بود که نشان دهنده پایایی خوب این مقیاس است. پایایی بازآزمایی این ابزار نیز ۰،۹۲ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب این ابزار است.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده: این پرسشنامه توسط زمیت و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شده است و در کشورهای مختلفی نیز استفاده گردیده است. این مقیاس به صورت ذهنی کفایت حمایت اجتماعی دریافتی را که شامل ۱۲ گویه به صورت ۷ درجه‌ای است را در ۳ منبع مختلف ارزیابی می‌کند. این منابع شامل خانواده (موارد ۳، ۴، ۸ و ۱۱)، اجتماعی (موارد ۶، ۷، ۹ و ۱۲)، و دوستان (موارد ۱، ۲، ۵ و ۱۰) هستند. مجموع نمره مقیاس با جمع بندی نمرات از زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. نمرات زیرمقیاس‌ها از ۴ تا ۲۸ است و نمره کل مقیاس بین ۱۲ تا ۸۴ است. نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر حمایت اجتماعی درک شده است. مقدار سازگاری درونی برای کل این مقیاس ۰،۸۹ گزارش شده است (ایکر، آکار و یالدیز، ۲۰۰۱). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی ($n = 742$; ۳۱۱ دانشجوی ۴۳۱ عمومی)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ماده‌ای سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰،۹۱، ۰،۸۷، ۰،۸۳ و ۰،۸۹ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید کرد (بشارت، ۱۳۸۶). ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان (۷۴ زن، ۶۳ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب $r = 0.69$ ، $r = 0.78$ ، $r = 0.86$ و $r = 0.75$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $P > 0.001$ معنادار بودند که اعتبار بازآزمایی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶).

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: این پرسشنامه توسط شوارتز و اورشلیم^۲ (۲۰۰۰) تهیه شد و در ابتدا شامل ۲۰ گویه بود و سپس به ۱۰ گویه کاهش یافت. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً صحیح = ۴) است. دامنه نمرات کسب شده ۱۰ تا ۴۰ است. طراحان پرسشنامه پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰،۸۹ به دست آورده بودند. در مطالعه‌ای که توسط رجبی (۲۰۰۶) در جامعه ایرانی برای سنجش این پرسشنامه انجام شد، ۲۹۳ دانشجوی روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران و ۲۹۴ دانشجوی روان‌شناسی دانشگاه آزاد مرودشت، نسخه ایرانی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی را تکمیل کردند. بر اساس روش تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی)، عاملی به نام باورهای خودکارآمدی عمومی استخراج شد که ۳۸،۶۹ از واریانس را به خود اختصاص داد. آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس ۰،۸۰، برای دانشجویان دانشگاه شهید چمران ۰،۸۴ و برای

1. Eker, Arkar & Yaldiz
2. Schwarzer & Jerusalem

دانشجویان دانشگاه آزاد ۸۰٪ به دست آمد. همچنین ضریب روایی همزمان این پرسشنامه ۰٫۳۰ (n=۳۱۸)، برای دانشجویان دانشگاه شهید چمران ۲۰٪ و برای دانشجویان دانشگاه آزاد ۲۳٪ بود؛ بنابراین، این مقیاس می تواند توسط محققان در ایران برای جمعیت های غیرطبیعی و عادی استفاده شود.

یافته ها

بررسی داده های پژوهش نشان داد که از ۲۵۴ نفر اعضای نمونه ۱۱۳ مرد و ۱۴۱ زن به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. دامنه سنی اعضای نمونه بین ۱۸ تا ۳۸ سال است که ۸۹ درصد شرکت کنندگان در محدوده ی سنی ۱۸ تا ۲۶ سال بوده اند. ۶۹٫۳ درصد کارشناسی (۱۷۶ نفر)، ۲۶٫۴ درصد کارشناسی ارشد (۶۷ نفر) و ۴٫۳ درصد دکتری (۱۱ نفر) بودند. همچنین در جدول شماره ۱ کمترین نمره، بیشترین نمره، میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه آمده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی نمونه و متغیرهای پژوهشی

متغیرها	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف استاندارد
علائم اختلال بدشکلی بدنی	۰	۱۵	۵	۳٫۲۳
حمایت اجتماعی ادراک شده	۹	۱۱	۶۲	۱۵٫۴۱
خودکارآمدی عمومی	۸۴	۴۰	۲۸	۶٫۰۱

برای بررسی رابطه بین وجود علائم اختلال بدشکلی بدنی با حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی عمومی در دانشجویان، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج تحلیل در جدول شماره ۲ آمده است. نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که بین وجود علائم اختلال بدشکلی بدنی و حمایت اجتماعی درک شده در دانشجویان همبستگی معکوسی به مقدار ۰٫۲۴- وجود دارد. همچنین رابطه معکوسی بین علائم اختلال بدشکلی بدنی و خودکارآمدی عمومی به مقدار ۰٫۲۹- به دست آمد. این ضرایب همبستگی در سطح $P > ۰٫۰۰۱$ معنادار هستند.

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی بین متغیرها

متغیرها	همبستگی	بیشترین نمره
حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰٫۲۴	۰٫۰۰۱
خودکارآمدی عمومی	-۰٫۲۹	۰٫۰۰۱

برای بررسی آثار حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی عمومی بر علائم اختلال بدشکلی بدنی از آزمون تحلیل رگرسیون استفاده شد که نتایج تحلیل در جدول شماره ۳ آمده است. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین همگی باهم می‌توانند ۱۱ درصد تغییرات علائم اختلال بدشکلی بدنی را پیش‌بینی کنند. بر این اساس حمایت اجتماعی درک شده با ضریب تأثیر ۰/۱۸- و خودکارآمدی عمومی با ضریب تأثیر ۰/۲۳- توان پیش‌بینی علائم اختلال بدشکلی بدنی را دارند.

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی علائم اختلال بدشکلی بدنی

متغیرها	خلاصه مدل	متغیر پیش‌بین	B	β	T	سطح معناداری
	$R=0/33$					
علائم اختلال بدشکلی بدنی	$R^2=0/11$	حمایت اجتماعی درک شده	-۰/۰۳	-۰/۱۸	-۲,۹۶	۰,۰۰۱
	$F=15.94$	خودکارآمدی عمومی	-۰/۱۲	-۰/۲۳	-۳,۸۵	۰,۰۰۱
	$p>0,001$					

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی عمومی با نشانه‌های اختلال بدشکلی بدنی پرداخته است. بر اساس آنچه از تحلیل داده‌ها به دست آمد و همانطور که پیش‌بینی می‌شد رابطه منفی معناداری بین حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی با نشانه‌های اختلال بدشکلی بدنی وجود دارد، هرچند که ارتباط به دست آمده حاکی از همبستگی در سطح پایینی بود. نتایج به دست آمده در این تحقیق با نتایج تحقیق شاپیرو و مارتین (۲۰۱۴) که بر تأثیر گذاری عوامل اجتماعی خانواده و دوستان را در شکل‌گیری تصور بدنی تأکید داشت و همچنین با نتایج پژوهش پلایسر و همکاران (۲۰۰۷) که نشان می‌دهد شرکت‌کنندگان با حمایت اجتماعی کمتر درک شده، شدت علائم بدشکلی بدنی بیشتری را تجربه کردند، سازگار است. در ایران هم پژوهشی که بر روی افراد دارای معلولیت جسمانی انجام گرفت، نشان‌دهنده رابطه مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و تصویر بدنی است (فرهمند و همکاران، ۱۳۹۸). برای زنان، مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی ضعیف از خانواده و دوستان با افزایش شدت علائم اختلال بدشکلی بدن مرتبط است، درحالی‌که ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده از سمت افراد مهم دیگر در شدت علائم اختلال بدشکلی بدنی معنادار نبود. در مردان نیز، حمایت اجتماعی پایین‌تر از سوی دوستان و افراد مهم با افزایش شدت علائم بدشکلی بدن همراه بود (مارکیوس، وینگاردن، لیبلانک، سیو و ویلهلم، ۲۰۱۱). هرچند که در تحقیق مروزی کاونتری و همکاران (۲۰۰۴) نشان داده شد نتایج تفاوت‌های جنسیتی در حمایت اجتماعی به صورت ناپایدار به دست آمده است.

مطالعات ما درباره رابطه خودکارآمدی و علائم بدشکلی نشان داد که بین این دو متغیر رابطه همبستگی معکوس وجود دارد. هرچند که در این باره مقاله‌ای یافت نشد، اما پژوهش‌های پیشین با متغیرهای نزدیک به خودکارآمدی همچون عزت نفس رابطه معکوس معناداری دارد (فیلیپس، پینتو و جین، ۲۰۰۴؛ دیتل، موبیوس، استینباچ، دیوسند، ویبلم و بوهلن، ۲۰۱۸) و خودکارآمدی پایین با احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی یا درماندگی همراه است و همچنین در کاهش عملکرد تحصیلی یا انگیزه پایین تأثیرگذار

است (گیسون، ۲۰۱۰). بینایت و بندورا (۲۰۰۴) نیز به دست آوردند که حمایت اجتماعی می‌تواند با تقویت نگرش‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت، تشویق و نشان دادن این قابلیت که می‌توان بر چالش‌ها غلبه کرد، خودکارآمدی را بالا ببرد و در نشانه‌های اختلال بدشکلی تغییراتی به وجود بیاورد. پیشنهاد می‌شود خانواده‌های افراد دارای نشانه‌های اختلال بدشکلی بدنی، با بیشتر کردن حمایت خود از این افراد و همچنین با اصلاح و بالا بردن خودکارآمدی عمومی این افراد در امر افزایش سلامت فردی و اجتماعی این افراد را در موقعیت‌های مختلف زندگی حرکت کنند. در نهایت باید گفت که این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود، ازجمله اینکه این مطالعه از نوع همبستگی بوده و امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی در آن وجود ندارد. در اشاره به محدودیت دیگر این پژوهش می‌توان به سنجش افراد نمونه توسط پرسشنامه نام برد که احتمال سوگیری در پاسخ دادن به گویه‌های این پرسشنامه به‌صورت خودآگاه یا ناخودآگاه وجود دارد. همچنین با توجه به این احتمال که عوامل زیستی و فرهنگی-اجتماعی ممکن است بر نمایش نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن اثرگذار هستند، پیشنهاد می‌گردد مطالعات آینده به بررسی این عوامل نیز بپردازند.

منابع

- اثنی عشری، ندا؛ بخشایش، علیرضا و افشانی، سید علیرضا (۱۳۹۳). میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان دختر یزد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۲ (۳)، ۱۲۴۵-۱۲۳۷.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- تمنائی‌فر، محمدرضا و منصوری، نیک اعظم (۱۳۹۳). ارتباط ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با عملکرد تحصیلی دانشجویان. فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی، ۲۰ (۱)، ۱۶۶-۱۴۹.
- رجبی، غلامرضا (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی در دانشجویان روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۲ (۱-۲)، ۱۱۱-۱۲۲.
- کاظمینی، محبت؛ فروغی، علی اکبر؛ خانجانی، سجاد و محمدی، ابوالفضل (۱۳۹۴). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی بدن. نوید نو، ۱۸ (۶۱)، ۵۶-۶۵.
- فرهمند، مهناز؛ جیریایی، راضیه و صالح زاده، مریم (۱۳۹۸). نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی در پیش‌بینی تصویر بدنی معلولین جسمی-حرکتی شهر یزد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۸ (۳)، ۴۸-۴۱.
- میرسمیعی، مرضیه و ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبائی. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، ۷، ۹۱-۷۳.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing..
- Angelakis I., Gooding, PA & Panagioti M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clin Psychol Rev, 49:55-66.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

- Bell, C. M., Ridley, J. A., Overholser, J. C., Young, K., Athey, A., Lehmann, J., & Phillips, K. (2018). The role of perceived burden and social support in suicide and depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 87–94.
- Blakemore, S., & Mills, K.L. (2014). Is Adolescence a Sensitive Period for Sociocultural Processing?. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 187–207.
- Blanco, Á. (2010). Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo [Self-efficacy beliefs in university students: An empirical study about construct specificity]. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 16 (1), 1–28.
- Cavanaugh, A. M., & Buehler, C. (2015). Adolescent loneliness and social anxiety: The role of multiple sources of support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33, 149-170.
- Eagle, D. E., Hybels, C. F. & Proeschold-Bell, R. J. (2018). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*. 0265407518776134.
- Eker, D., Arkar, H. & Yaldız, H. (2001). The factorial structure, validity and reliability of the MSPSS-revised form. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 12(1), 17-25.
- Fang, A., & Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1040–1048.
- Lee, D.S., & Padilla, A.M. (2016). Predicting South Korean University Students' Happiness through Social Support and Efficacy Beliefs. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 38(1), 48–60.
- Moghtader, L., & Shamloo, M. (2019). The Correlation of Perceived Social Support and Emotional Schemes With Students' Social Anxiety. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 29(2), 106–112.
- Marques, L., Weingarden, H.M., LeBlanc, N.J., Siev, J., & Wilhelm, S. (2011). The relationship between perceived social support and severity of body dysmorphic disorder symptoms: the role of gender. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 238–244.
- Oosthuizen, P., Lambert, T. & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 129–132.
- Orben A., Tomova L., & Blakemore, S.J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc Health*, 4(8), 634-640.
- Ortega, D. M. (2002). How much support is too much? Parenting Efficacy and Social Support. *Children and Youth Services Review*, 24(11), 853–876.
- Phillips, K.A., Pinto, A., & Jain, S. (2004). Self-esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(4), 385–90.
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. & Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 254–260.
- Phillips, K.A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E.R., & Stout, R.L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*, 43, 1109-1117.
- Plaisier, I., de Bruijn, J.G., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A.T., & Penninx, B.W. (2007). The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Soc Sci Med*, 64(2), 401-10.

- Ryding, F.C., & Kuss, D.J. (2020). The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: A systematic review of psychological research.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R (Eds.). (1990). Social support: An interactional view. John Wiley & Sons.
- Shapiro, D.R., & Martin, JJ. (2014). The relationships among sport self-perceptions and social well-being in athletes with physical disabilities. Disability and health journal, 7(1), 42-8.
- Xie, Yu., Yang, Jiyu. & Chen, Faxiang. (2018). Procrastination and multidimensional perfectionism: A meta-analysis of main, mediating, and moderating effects. Social Behavior and Personality: an international journal, 46(3), 395-408.
- Zargar, Y., Sayad, S., & BassakNejad, S. (2011). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing body dysmorphic disorder and interpersonal sensitivity among female high school students. Behav Res, 115-23
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.