

کارآمدی مداخله رفتاری- ذهن آگاهی در ارتقاء خودپنداشت و بهبود کیفیت زندگی در دانشجویان دختر دارای تصویر بدنی منفی

نویسندگان: آزاده زمزمی^{۱*}، مژگان آگاه‌هریس^۲ و احمد علی پور^۳

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور گرمسار.

۳- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران.

*Email: azade.zamzami@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر به منظور کارآمدی مداخله رفتاری-آموزش ذهن‌آگاهی در ارتقاء خودپنداشت و بهبود کیفیت زندگی گروهی از دانشجویان دختر دارای تصویر بدنی منفی انجام گرفته است. پس از اجرای پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود (MBSRQ)، تعداد ۳۰ آزمودنی دختر که نمرات کل آنها در پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود کمتر از ۱۶۰ و در زیر مقیاس رضایت از نواحی بدن کمتر از ۳۳ بود انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. آزمودنیهای هر دو گروه به کلیه گویه‌های پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود (MBSRQ)، پرسشنامه خودپنداشت بک و پرسشنامه کیفیت زندگی قبل از مداخله و پس از مداخله پاسخ دادند. پس از اجرای ۱۲ جلسه مداخله رفتاری-آموزش ذهن‌آگاهی، تحلیل یافته‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار آماری SPSS آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین گروههای آزمایش و کنترل در زمینه تصویر بدنی و خودپنداشت وجود دارد و نشان دهنده بهبود تصویر بدنی و خودپنداشت آزمودنیها بود. اما تغییر کیفیت زندگی آزمودنیهای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در سطح معناداری نبود. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان گفت مداخله رفتاری-ذهن-آگاهی با اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و شناختی مرتبط با تصویر بدنی باعث بهبود قضاوت افراد نسبت به بدن خود و ادراک بهتر و نزدیکتر آن به حالت واقعی شده و منجر به افزایش رضایت بدنی و خودپنداشت افراد می‌شود.

کلید واژه‌ها: مداخله رفتاری، آموزش ذهن‌آگاهی، تصویر بدنی منفی، خودپنداشت، کیفیت زندگی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۰

• پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۱۹

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۱

پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

می‌تواند نقش زیادی در تصویر بدنی داشته باشد که به حرمت خود فرد وابسته است [۱۱].

از طرفی پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که در زنان جذابیت بدنی بخشی ذاتی از خودپنداشت [۱۲ و ۱۳ و ۱۴] و عاملی مهم در خودپنداشت افراد جوانتر است [۱۵ و ۱۳]. "خود"^۶ در طول تعاملات با دیگران گسترش می‌یابد و شامل آگاهی از وجود و عملکرد است.

خودپنداشت یک تصویر یا عکس روان‌شناختی از خود است و کلیه احساسات، اعتقادات و ارزش‌هایی که همراه من است، خودپنداشت را تشکیل می‌دهد. طبق تحقیقات انجام شده، تصویر بدنی منفی یا نارضایت‌مندی از تصویر بدنی ممکن است با مجموعه‌ای از تأثیرات مشکل‌زای قابل ملاحظه مرتبط با خودپنداشت و حرمت خود در جوانان در ارتباط باشد [۱۶]. لذا هرگونه انحراف در درک بدنی یک فرد از تصویر بدنی خود سبب اختلال در تصویر ذهنی از بدن و به دنبال آن آشفتگی در خودپنداشت فرد می‌گردد که شامل هرگونه پاسخ‌های کلامی و غیر کلامی به تغییر درک شده یا واقعی در ساختار یا عملکرد می‌شود [۱۷ و ۱۸].

از آنجا که تصویری که یک فرد از خویش‌تن دارد به‌طور ضمنی در همه واکنش‌های ارزشی وی تجلی می‌کند و ارزشیابی شخص از خویش‌تن اثرات برجسته‌ای در جریان فکری، احساسات، تمایلات، ارزشها و هدفهای وی دارد و کلید فهم رفتار اوست. احساس فرد از خویش‌تن و آنچه که در مورد خود می‌اندیشد بر کلیه جوانب تجربه وی از زندگی اثری جدی و قطعی دارد [۱۹]. لذا تصویر بدنی جنبه‌های مختلفی از محیط زیستی-اجتماعی-روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد که یکی از این عوامل می‌تواند کیفیت زندگی باشد. کیفیت زندگی، ادراک فرد از جایگاهش در زندگی در چارچوب نظام ارزش و فرهنگی که در آن به سر می‌برد از یک سو و انتظارات، معیارها و علاقه‌اش از سوی دیگر است [۲۰]. از سوی دیگر، از آنجا که کیفیت زندگی و به‌طور اخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، به زمینه‌های سلامتی

تصویر بدنی مفهومی چند وجهی است که علاوه بر عوامل درونی زیست‌شناختی و روان‌شناختی، عوامل بیرونی، فرهنگی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود [۲۱] و به عنوان بخش مهمی از ارزش خود و سلامت روان در طی زندگی قرار می‌گیرد که با عواملی مانند حرمت خود^۱، جنس، هویت و روابط خانوادگی مرتبط است [۳]. به‌طور خلاصه می‌توان گفت تصویر بدنی شامل مؤلفه‌های تحریف ادراکی^۲ (شامل نقص در ارزشیابی میزان وزن و اندازه غیر واقعی که به نارضایتی بدنی و خلق منفی منجر می‌شود)؛ سرمایه‌گذاری در ظاهر (به عنوان ملاک اصلی ارزشیابی خود که نتیجه توجه انتخابی به پیغامهای ظاهری است) و رفتار (مانند رژیم گرفتن برای لاغرتر شدن یا دیگر فعالیتها برای کاهش وزن) می‌شود [۴].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نارضایت‌مندی بدنی^۳ نتیجه اختلاف بین خود آرمانی و خود ادراک شده، در بین زنان بسیار گسترش پیدا کرده است [۴]. همچنین طبق مطالعات مشخص شده که عواملی مانند جوان بودن، مؤنث بودن و تبلیغات رسانه‌ها با تصویر بدنی منفی ارتباط دارند [۵] و [۶] و تصویر بدنی نیز همانند رضایت‌مندی کلی در طول دوران جوانی تحت تأثیر خود^۴ تغییر می‌کند [۷ و ۸].

افراد با تصویر بدنی مثبت احساس خوبی از بدن خود دارند و مطابق پژوهش‌ها پیام‌های ورزشی با موضوع کاهش وزن با تصویر بدنی مثبت ارتباط دارند [۹]. همچنین پوشش ظاهری مانند نحوه لباس پوشیدن، ممکن است احساسات بهتری برای خود در افرادی که عزت نفس پایین دارند به وجود بیاورد. در حالی که در افراد دارای حرمت خود بالا، لباس به عنوان نشانه ظاهری خودپنداشت^۵ مثبت تلقی می‌شود [۱۰]. بنابراین ظاهر فیزیکی بخشی از خود است که با حرمت خود ارتباط دارد و پوشش هم به عنوان بخشی از ظاهر فیزیکی

1. self-esteem
2. percep
3. body dissatisfaction
4. self
5. self-concept

6. self

توجه توسط فکرهای مرتبط با گذشته یا آینده یا اجتناب از تجارب فردی، تأکید دارد که همچنین شامل ماندن و ابقاء نگرشی "بدون قضاوت" است [۲۶ و ۲۷]. ذهن-آگاهی هشیارانه مبتنی بر مفاهیم بی طرف بودن و پذیرش است؛ یعنی تجربه‌های فردی قضاوت نشوند یا برچسب‌های منفی یا مثبت یا بارارزشی و بی ارزشی بر آنها زده نشوند (به عنوان مثال، تجارب محیطی، افکار، هیجان‌ها و تجربه بدنی [۲۸].

در طی دو دهه گذشته، رشد سریعی در درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مشاهده شده است [۲۹، ۳۰ و ۳۱]. دو روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی [۲۹] و شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی [۳۱] مداخله‌هایی هستند که شامل قواعد و تمرینات متمرکز بوده و شرکت‌کنندگان در آنها روی محرکات خاص، مانند تنفس‌شان، حس‌های مرتبط با بدن و جز آن در زمان‌های مشخص تمرکز می‌کنند. به طوری که کاترمن، کلینمن، هود، ناکرز و کورسیکا [۳۲] روش ذهن آگاهی با تمرکز حواس را به عنوان مداخله اولیه برای اصلاح رفتارهای خوردن و کاهش وزن را در ۱۴ مطالعه بررسی کردند و نشان دادند مداخله ذهن آگاهی در کاهش خوردن هیجانی و اصلاح رفتارهای خوردن موثر است که می‌تواند به کاهش وزن بینجامد که در رضایت از تصویر بدنی موثر است.

ممکن است درمان تصویر بدنی طی ذهن آگاهی، مفهوم‌سازی جدید درمان اختلال تصویر بدنی به نظر برسد. در واقع، ذهن آگاهی چیزی افزون بر مؤلفه‌های درمانی گذشته در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه اساس درمانی جدید است که مؤلفه‌ها به گونه‌ای جدید مفهوم‌سازی شده‌اند. مؤلفه‌های درمانی تصویر بدنی (بعنوان مثال، مواجهه‌سازی با آینه، مواجهه‌سازی رفتاری و غیره) به گونه‌ای متفاوت از درمانگری‌های رفتاری- شناختی گذشته برای درمان اختلال تصویر بدنی، تغییر شکل داده و هدایت شده‌اند [۲۸].

با توجه به آنچه که ذکر شد مشکلات تصویر بدنی، در دهه‌های اخیر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است و شیوه‌های درمانی نیز برای آنها طراحی شده‌است

فیزیکی، روان شناختی و اجتماعی ارتباط دارد که تحت تأثیر تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراکات فرد است [۲۱] نیز می‌تواند تحت تأثیر تصویر بدنی قرارگیرد.

رویکردهای متفاوتی در زمینه تصویر بدنی مطرح شده‌اند که شامل رویکردهای فرهنگی- اجتماعی، پردازش اطلاعات و شناختی- رفتاری می‌شوند. امروزه پژوهش در رابطه با تصویر بدنی، بطور مستقیم، برگرفته از الگوهای شناختی- رفتاری هستند که بر فرایندهای یادگیری اجتماعی و میانجی‌گری شناختی در مورد رفتارها و هیجان‌ها، تأکید دارند [۲۲].

در الگوی شناختی- رفتاری دو دسته از عوامل دخالت دارند: (۱) عوامل تاریخی که به رویدادهای گذشته، ویژگی‌ها و تجربیاتی اشاره دارند که به چگونگی فکر کردن، احساس کردن و عمل کردن در ارتباط با بدن افراد می‌پردازند نظیر ارزشیابی‌های سرشتی از تصویر بدنی و میزان سرمایه‌گذاری روی آن. (۲) عوامل پیرامون تصویر بدنی با رویدادهای جاری زندگی که شامل تسریع و حفظ عوامل مؤثر در تجربیات تصویر بدنی نظیر، گفتگوهای درونی، هیجان‌های تصویر بدنی و کنش‌های خودنظم‌دهی^۱ می‌شوند [۲۲].

همچنین در دهه‌های اخیر، شواهدی در مورد تأثیر مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی روی سلامت روان‌شناختی فراهم شده است که طبق این پژوهش‌ها بین افزایش سطح ذهن آگاهی و بهبود عملکرد روان‌شناختی ارتباط وجود دارد [۲۳ و ۲۴]. براساس یافته‌های شرلین، جیمنز، نیلز، کریستال و پارک [۲۵] سطوح بالاتر آمادگی ذهن آگاهی با سطوح بالای عواطف مثبت، انتظارات خلقی منظم و پذیرش خود همبستگی مثبت و با اختلال‌های افسردگی همبستگی منفی دارد. همچنین، سطوح بالای پذیرش خود با سطوح بالای عواطف مثبت و انتظارات خلقی منظم مرتبط است.

ذهن آگاهی به روشی که شخص را نسبت به زمان حال هشیار می‌کند، اشاره دارد. توصیف ذهن آگاهی روی ابقاء آگاهی در ارتباط با تجارب فوری فرد بدون انحراف

1. self-regulatory

از رابطه معنادار بین خودپنداره و سلامت عمومی بود. بدین صورت که خودپنداره منفی با سلامت عمومی پایین همراه است و خودپنداره مثبت با سلامت عمومی بالا در ارتباط است.

همان‌طور که ذکر شد هدف اولیه درمان شناختی- رفتاری تغییر شناخت‌های منفی و اختلال عملکرد و قوت بخشیدن به شناخت‌های مثبت و سازگاری است [۴۱]. در این پژوهش نیز از کاربست درمانی که توسط بل و راشفورت [۴] برای درمان مشکلات تصویر بدنی و اختلالات خوردن طراحی شده و به نتایج مطلوبی در اصلاح تصویر بدنی گروهی از زنان دارای اختلال خوردن رسیده‌اند، استفاده شده است. این برنامه ۱۲ جلسه‌ای بر اساس یک رویکرد التقاطی و ترکیبی طراحی شده است که ساختاریافته و ترکیب شده با راهبردهای درمان شناختی- رفتاری یعنی خودنظارت‌گری، تکالیف خانگی، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ‌هاست. این برنامه از این لحاظ که بر پایه ذهن‌آگاهی و پذیرش بی قید و شرط است و قویاً بر ارزیابی مجدد شناختی متمرکز نیست (مطرح کردن محتوای افکار به وضوح)، با برنامه‌های گذشته مغایر است. از آنجا که در ایران در ارتباط با درمان تصویر بدنی مطالعات محدودی انجام شده، همچنین هیچ یک از پژوهش‌های خارجی و ایرانی به بررسی این‌گونه مداخله‌ها بر خودپنداشت و کیفیت زندگی نپرداخته‌اند، این پژوهش بر آن است تا اثربخشی مداخله فراگیر فوق را روی متغیرهای مذکور برای اولین بار بررسی کند.

روش

نوع پژوهش

طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است.

آزمودنی

جامعه آماری و نمونه پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دختر تشکیل دادند که میانگین سنی آنها ۲۴ سال و ۸ ماه و انحراف استاندارد سنی ۳/۶۳۳ سال و دامنه سنی آزمودنیها از ۲۰ تا ۳۷ سال بود. نمونه‌گیری این پژوهش از نوع

[۳۳ و ۳۴]. به‌عنوان مثال، جری و آی پی [۳۵] در یک فرا تحلیل تأثیر درمان‌های مختلف رفتاری- شناختی را بر اختلال تصویر بدنی مورد بررسی قرار دادند که نتایج مشخص کرد درمان‌هایی که در آنها مؤلفه‌های رفتاری، نگرشی و ادراکی مطرح می‌شوند از درمان‌هایی که فقط شامل مؤلفه‌های رفتاری و نگرشی هستند، مؤثرترند و نیز معلوم شد درمان‌هایی که بعد از درمان پیگیری می‌شوند اثربخشی بیشتری دارند. هیلبرت و تاچن-کافیر [۳۶] نیز در یک بررسی دریافتند که در معرض آیین قرار گرفتن همگام با تغییرات شناختی، مؤلفه‌های مؤثر برای درمان تصویر بدنی در افراد با اختلال خوردن که معمولاً تصویر بدنی منفی از شکایات رایج آنهاست، هستند.

استوارت و ویلیامسون [۳۷] نیز به ارایه یک برنامه برای تصویر بدنی بدون بستری شدن در طی ۱۶ جلسه با استفاده از مواجهه‌سازی و کاهش چک کردن بدن پرداختند که در چهار شرکت‌کننده، ویژگی‌های نارضایتی بدنی، میزان افسردگی و اختلال در خوردن بهبود یافت.

هیلبرت و تاچن-کافیر [۳۶] در یک بررسی دریافتند که در معرض آیین قرار گرفتن همگام با تغییرات شناختی، مؤلفه‌های مؤثر برای درمان تصویر بدنی در افراد با اختلال خوردن هستند.

در ایران در ارتباط با درمان تصویر بدنی منفی مطالعات محدودی انجام شده است. در تحقیقی توسط رایگان، شعیری و اصغری مقدم [۳۸] اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر تصویر بدنی منفی دانشجویان دختر دانشگاه شاهد مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها نشان داد که الگوی ۸ مرحله‌ای کش بطور کلی تصویر بدنی منفی نمونه‌ای از دختران ایرانی را بهبود بخشید. رهبریان [۳۹] در پژوهشی اثربخشی آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود تصویر بدنی و افزایش خودپنداشت زنان دچار سوختگی مؤثر بود. همچنین در مطالعه‌ای که پاشا و همکاران [۴۰] در ارتباط با تصویر بدنی، سلامت عمومی و خودپنداره انجام شد نتایج حاکی

نمونه‌گیری در دسترس بود به گونه‌ای که پس از درج آگهی در بردهای دانشکده‌ها و واحدهای دانشگاه پیام نور استان تهران، کلیه دانشجویان داوطلبی که مراجعه کرده بودند، پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش را تکمیل کردند. پس از محاسبه نمرات آنها، کلیه افرادی که در پرسشنامه چند بعدی روابط بدن-خود (MBSRQ)^۱ نمره آنها کمتر از میانگین گزارش شده توسط رایگان، شعیری و اصغری مقدم [۳۰] بود (M=160) و در زیر مقیاس رضایت از اجزای بدن (BAS) نمره کمتر از میانگین گزارش شده (M=33) بودند دعوت به مصاحبه شدند. پس از مصاحبه تعداد ۳۰ نفر که واجد شرایط بودند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (تحت مداخله رفتاری-ذهن آگاهی) و کنترل جایگزین شدند. معیار ورود بر اساس پیشینه پژوهش و با توجه به در دسترس بودن نمونه در این پژوهش، مؤنث بودن (به علت شیوع بیشتر این اختلال در زنان)، تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتن، عدم ابتلا به اختلال‌های خوردن (بواسطه هم‌ابتلائی با اختلال تصویر بدنی)، کسب نمره کمتر از ۱۶۰ در پرسشنامه چند بعدی روابط بدن-خود و نمره کمتر از ۳۳ در زیرمقیاس رضایت از اجزای بدن و معیار خروج ابتلا به هرگونه اختلال شخصیت (نظیر پارانویید و شخصیت ضداجتماعی) و هرگونه بیماری روان‌شناختی بارز (نظیر وسواس-جبری، دو قطبی) و اختلال‌های طبی بارز بود [۴۲]. پس از انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای ورود و اخذ موافقت اخلاقی از آزمودنی‌های هر دو گروه، گروه آزمایش تحت کاربست رفتاری-ذهن-آگاهی اصلاح تصویر بدنی منفی که توسط بل و راشفورت [۴] ارائه شده و بوسیله گروه پژوهشگران این پژوهش ابتدا کارآزمایی آن روی یک گروه ۵ نفره اعتباریابی شده است. رئوس مطالب جلسات این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است که طی ۱۲ جلسه (طول مدت هر جلسه ۷۰ دقیقه) انجام شد. اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از ۱۲ جلسه آموزش کاربست رفتاری-ذهن آگاهی به گروه

آزمایش، کلیه آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند (پس‌آزمون).

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود (MBSRQ):

در این پژوهش برای سنجش تصویر بدنی از پرسشنامه چند بعدی روابط بدن - خود (MBSRQ) استفاده شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۴۶ ماده‌ای است که توسط کش و همکاران [۴۳ و ۴۴] برای ارزیابی تصویر بدنی ساخته شد. این پرسشنامه شامل تعدادی جمله درباره شیوه تفکر، احساس یا رفتار افراد است. این ابزار دارای ۶ زیر مقیاس است که عبارتند از: ۱- ارزیابی وضع ظاهر (AE)^۲ - ۲- گرایش به ظاهر (AO)^۳ - ۳- ارزیابی تناسب (FE)^۴ - ۴- گرایش به تناسب (FO)^۵ - ۵- دل مشغولی با اضافه وزن یا وزن ذهنی (SW)^۶ - ۶- رضایت از نواحی بدنی (BAS)^۷. مشخصه‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی روابط چند بعدی بدن - خود در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است [۴۵]. در مطالعه‌ای که راحتی [۴۶] انجام داد، بین تصویر بدنی و عزت نفس در نمونه‌های دانشجویی همبستگی ۰/۵۵ بدست آمد (p ≤ ۰/۰۰۱) و آلفای کرونباخ کل و خرده مقیاس‌های AE، AO، FE، FO، SW، BAS در آزمودنی‌های دانشجویی بترتیب ۰/۸۸، ۰/۶۷، ۰/۷۹، ۰/۵۷، ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ بوده است. هر پرسش دارای پنج گزینه کاملاً مخالف، غالباً مخالف، ممتنع، غالباً موافق، کاملاً موافق که برحسب مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بترتیب نمرات ۱ تا ۵ به آنها تعلق می‌گیرد.

۲. پرسشنامه تصور از خود بک برای سنجش

خودپنداشت (BSCT)^۸: این آزمون توسط بک و استیر [۴۷] تهیه گردید که دارای ۲۵ ماده است و ۵ جنبه از ویژگی‌ها را مورد بررسی و اندازه‌گیری قرار می‌دهد که

2. appearance evaluation
3. appearance orientation
4. fitness evaluation
5. fitness orientation
6. subjective weight
7. body areas Satisfaction
8. Beck Self- concept Test

1. multidimensional body-self relations questionnaire

۰/۷۹ را برای این پرسشنامه بدست آورده‌است. سؤالهای آزمون بر اساس ارتباط آنها با تصور از خود از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب حداقل نمره‌ای که آزمودنی در این مقیاس به دست می‌آورد ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود.

۳. پرسشنامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی (WHOQOL-26) این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال است که در یک مقیاس لیکرت ۱-۵ کیفیت زندگی فرد را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند که یک سؤال آن در خصوص احساس کلی فرد از کیفیت زندگی خویش و مابقی سؤالات احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در زمینه‌های: ۱- بهداشت و سلامت جسمی (فعالیت‌های فیزیکی، وابستگی به مواد و داروهای کمکی، تحرک، درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت و توانایی انجام کارها)

عبارتنداز: توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی، عیب‌ها و حسن‌ها. یک همکاران [۴۸] ضریب اعتبار ۰/۸۸ و ۰/۶۵ را با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد بترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله زمانی گزارش نمودند. همچنین ضریب همسانی درونی برای این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی این پرسشنامه در مقایسه با پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۵۵ گزارش شده است. علاوه بر آن اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مردان افسرده ۰/۸۰، زنان افسرده ۰/۷۶، مردان مضطرب ۰/۷۵ و زنان مضطرب ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران، محمدی [۴۹] اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ بترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۸ گزارش کرده است. همچنین دیاج‌نیا [۵۰] آلفای کرونباخ

جدول ۱: پروتکل درمان رفتاری- ذهن آگاهی

جلسه	عنوان جلسه	توصیف
اول	ارزیابی و معرفی برنامه	اجرای پیش آزمون، تعریف تحریف در تصویربندی، محتوای برنامه درمانی، چگونگی افکار و احساسات مراجع درباره بدنش
دوم	مقیاس‌های ارزیابی روانی و فرمول‌بندی شخصی	چگونگی مدیریت افکار و احساسات آزمودنی درباره بدنش، چگونگی پیشرفت تصویربندی، فرمول‌بندی شخصی در مورد چگونگی باقی ماندن نگرانی درباره تصویربندی
سوم	ذهن آگاهی ۱	بررسی تکالیف خانگی، معرفی مفهوم ذهن آگاهی، انجام تمرین‌های ذهن-آگاهی، برنامه برای تمرین ذهن آگاهی در طول روز.
چهارم	ذهن آگاهی ۲	دوره کردن تمرین‌های ذهن آگاهی، ایجاد تمرین ذهن آگاهی در واری کامل بدن ^۱ .
پنجم	تغییر عادات نامطلوب	دوره کردن تمرین‌ها، یکی کردن اهداف برای تغییر تصویربندی.
ششم	موضع بی طرفانه ^۲	بررسی دوباره اهداف و موافقت دوطرفه، معرفی مفهوم موضع بی طرفانه و عدم قضاوت.
هشتم	آمادگی برای مواجهه‌سازی	تلاش برای تغییر و تعهد آزمودنی، توضیح قواعد اصلی در درمان مواجهه‌سازی، برنامه و آمادگی آزمودنی برای تمرین مواجهه‌سازی
نهم	مواجهه‌سازی با آیین ۱	تمرین مواجهه‌سازی با آیین، برنامه برای تمرین مواجهه‌سازی در هفته بعدی
دهم	مواجهه‌سازی با آیین ۲	مرور تمرین مواجهه‌سازی، تمرین مواجهه‌سازی با مناطق بدنی خاص
یازدهم	مرور، تغییر تحکیم و عیب‌یابی	کارهای گزینشی اضافه بر روی خود ارزشمندی و سرمایه‌گذاری روی تصویر بدنی
دوازدهم	تداوم برنامه و ارزشیابی	مرور برنامه‌های قبلی، معرفی تداوم برنامه در آینده و اجرای پس‌آزمون

1. body sweep
 2. non-judgmental stance

اثربخشی مداخله رفتاری آموزش ذهن آگاهی- پذیرش بی قید و شرط بر تصویر بدنی، خودپنداشت و کیفیت زندگی .

نتایج

پس از جمع آوری داده‌ها، اطلاعات دو گروه با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی، به تناسب توزیع آزمودنیها، تجزیه و تحلیل و مورد مقایسه قرار گرفت و از روشهای آماری زیر استفاده شد: آزمون لون برای برابری واریانس دو گروه و آزمون اندازه گیری مکرر برای تعیین اثربخشی مداخله رفتاری آموزش ذهن آگاهی- پذیرش بی قید و شرط بر تصویر بدنی، خودپنداشت و کیفیت زندگی استفاده شد.

پس از بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس (نرمال بودن توزیع نمرات و برابری واریانس گروه‌ها) از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به منظور تحلیل یافته‌ها استفاده شد که نتایج آن برای نمرات تصویر بدنی کلی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، که بین میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در تصویر بدنی کل تفاوت معنادار است ($p < 0.05$). به عبارت دیگر مداخله رفتاری آموزش ذهن آگاهی- پذیرش بی قید و شرط باعث بهبود تصویر بدنی شده است. به طوری که عامل بین گروهی (مداخله رفتاری، آموزش ذهن آگاهی و پذیرش بی قید و شرط) بر تصویر بدنی کلی، $P < 0.05$ ، $F(28,1) = 17/803$ ، اثر معناداری دارد.

۲- روان‌شناختی (احساس نسبت به وضع ظاهری بدن، احساسات مثبت و منفی، یادگیری، تفکر، حافظه و تمرکز و اعتماد به نفس و روحیه و رفتارهای شخصیتی)
 ۳- روابط اجتماعی (روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی) ۴- محیط اجتماعی (منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت‌های اجتماعی، محیط فیزیکی مانند آلودگی، سروصدا، ترافیک، حمل و نقل و ...) می‌سنجد. در اکثر مطالعات انجام شده، تست از آلفای کرونباخ و ضریب روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده است. نجات و همکاران [۵۱] در پژوهش خود که بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت، پایایی آزمون را به روش بازآزمایی در حیطه‌های سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه‌ی سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه‌ی روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی و در کشورها و فرهنگ‌های مختلف انجام شد. بونومی و همکاران [۵۲] در بررسی پایایی درونی این آزمون ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ را اعلام کردند. هم چنین ناتالی در گروه بیماران مزمن پایایی این آزمون را ۰/۹۰ و در گروه افراد سالم ۰/۸۶ به دست آورد.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق از روشهای آمار توصیفی و استنباطی، به تناسب استفاده شده است: آزمون لون برای برابری واریانس دو گروه و آزمون اندازه گیری مکرر برای تعیین

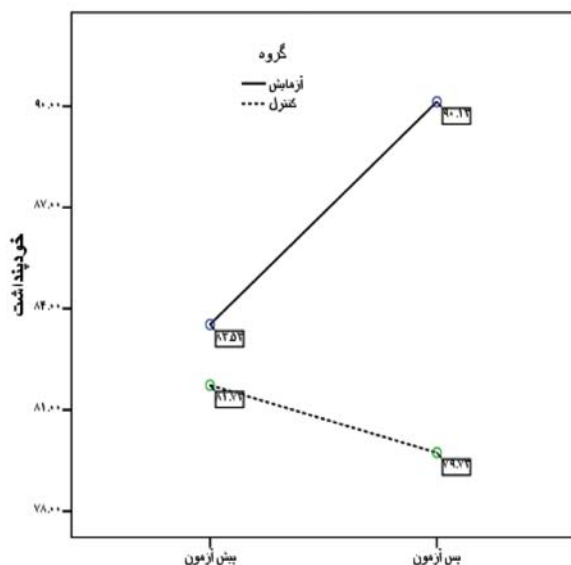
جدول ۲: آزمون اندازه گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین تصویر بدنی کل نمرات دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمایش	پیش آزمون	۱۲/۷۴۱۷۶	۱۱/۹۱۵	۱	۲۸	۰/۰۰۲
	پس آزمون	۸/۹۶۹۷۹	۱۷/۸۰۳	۱	۲۸	۰/۰۰۱
کنترل	پیش آزمون	۱۴/۲۳۰۰۸				
	پس آزمون	۸/۴۸۶۹۶				

جدول ۳: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین نمرات خودپنداشت دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمایش	پیش‌آزمون	۸۳/۵۳۳۳	۱۰/۴۸۳	۱	۲۸	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	۹۰/۱۳۳۳	۶/۲۷۰	۱	۲۸	۰/۰۱۸
کنترل	پیش‌آزمون	۸۱/۷۳۳۳				
	پس‌آزمون	۷۹/۷۳۳۳	۱۱/۹۰۷۱۸			

پذیرش بی‌قید و شرط باعث ارتقا کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است اما این تغییر در سطح معناداری نیست ($p > 0/05$).



نمودار ۱: تغییر نمرات خودپنداشت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

همچنین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس خودپنداشت که در جدول ۳ ارائه شده است. بیانگر آن است که میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. لذا می‌توان گفت مداخله رفتاری و آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش بی‌قید و شرط باعث بهبود خودپنداشت آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($P < 0/05$). به طوری که عامل بین‌گروهی (مداخله رفتاری، آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش بی‌قید و شرط) بر خودپنداشت، $F(28,1) = 6/270$ ، $P < 0/05$ ، اثر معناداری دارد. نمایش تصویری تغییرات خودپنداشت نیز در نمودار ۱ نمایش داده شده است.

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس کیفیت زندگی که در جدول ۴ ارائه شده است بیانگر آن است که میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. لذا می‌توان گفت مداخله رفتاری آموزش ذهن‌آگاهی-

جدول ۴: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای معناداری تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمایش	پیش‌آزمون	۶۸/۰۰۰	۲/۱۵۴	۱	۲۸	۰/۱۵۳
	پس‌آزمون	۵۹/۴۶۶۷	۱/۲۹۶	۱	۲۸	۰/۲۶۵
کنترل	پیش‌آزمون	۶۶/۲۰۰				
	پس‌آزمون	۶۸/۱۳۳۳	۱۲/۴۲۰۴			

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بهبود خودپنداشت و کیفیت زندگی متعاقب مداخله رفتاری- آموزش ذهن آگاهی بر تصویر بدنی منفی گروهی از دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور صورت گرفت و یافته‌ها بیانگر آن هستند که مداخله رفتاری- آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود تصویر بدنی و خود پنداشت آزمودنیها شده است. به گونه‌ای که مداخله فوق منجر به افزایش معنادار تصویر بدنی جدول ۲ گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از یک دوره ۱۲ جلسه‌ای درمانگری تصویر بدنی شده است. این یافته با اعتقاد سارور [۵۳] مبنی بر اینکه مداخله روانشناختی (شناختی- رفتاری) باعث بهبود اختلالات تصویر بدنی می‌شود، مطابقت دارد. بطوری که یکی از برون‌دادهای شایع متعاقب درمانگری شناختی- رفتاری بهبود اختلال بد شکلی تصویر بدنی و تصویر بدنی منفی است. همچنین با یافته‌های باترز و کش [۵۴] که برای کنترل تصویر بدنی منفی به اصلاح شناخت‌های ناسازگارانه و عزت نفس اجتماعی و احساسات موجود در مورد تناسب جنسی انجام داده بودند، مطابقت دارد. باترز و کش [۵۵] نیز بر این عقیده هستند که مداخلات روانشناختی به همراه آموزش فعالیت‌های خودمهارگری، تنش‌زدایی، حساسیت‌زدایی تصویری و بکارگیری روش‌های جلوگیری از عود مجدد می‌تواند به بهبود تصویر بدنی منفی و خودمهارگری سازگاری اجتماعی- روانی بیانجامد. استوارت و ویلیامسون [۳۷] نیز نشان دادند که مواجهه‌سازی و کاهش بازبینی بدنی باعث بهبود نارضایت‌مندی بدنی می‌شود. هیلبرت و تاچن- کافیر [۳۶] نیز با مواجهه‌سازی با آینه و ایجاد تغییرات شناختی به درمانگری تصویر بدنی پرداختند. کش [۵۶] نیز معتقد است که بین تصویر بدنی و عملکرد درونی فرد، ارتباط وجود دارد بنابراین انجام مداخله ذهن آگاهی، پذیرش بی‌قید و شرط و مداخله رفتاری می‌تواند باعث بهبود اختلال تصویر بدنی شود. جری و آی‌پی [۳۵] نیز در فراتحلیل درمانگری‌های شناختی- رفتاری روی اختلال تصویر بدنی نشان دادند که در مداخلاتی که مؤلفه‌های رفتاری، نگرشی و ادراکی اصلاح می‌شوند، تصویر بدنی

دارای بهبود معنی‌داری است. در پژوهش رایگان و همکاران [۳۸] و نوحی [۵۷] نیز مداخلات رفتاری و CBT باعث بهبود تصویر بدنی و خودانگاره شده است. استوارت [۲۸] نیز معتقد است که اصلاح تحریف تصویر بدنی باید چند وجهی بوده و در جهت درمان کلیت فرد- بدن، ذهن- روان باشد و در نهایت به پذیرش خود بیانجامد. بنابراین هر فردی با الگوهای شناختی و باورهای هسته‌ای خود پدیدار می‌شود که بر این اساس تجربه‌های آنها از خودشان و جهان شکل می‌گیرد. مطابق نظریات شناختی، نگرانی‌ها و باورهای هسته‌ای در سوگیری‌های فردی، جزئی از فرایند اطلاعات هستند، فرایند اطلاعات سوگیری شده برای افراد دچار اختلال تصویر بدنی، عادی می‌شوند. این فرایند سوگیری شده، ذهن را اشغال می‌کند و واقعیت فردی را با دیدی منحرف شده و محدود خلق می‌کند و نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به بهبود تصویر بدنی بیانجامد، این یافته‌ها همگی با یافته پژوهش حاضر، همگام هستند. بر اساس مدل مفهومی ویله [۵۸] توجه افراطی متمرکز به خود در اختلال تصویر بدنی و همچنین ارزیابی منفی از تصاویر منجر به نشخوارگری فکری، تغییرات خلقی و استفاده از رفتارهای جستجوی ایمنی می‌شود که این موارد باعث گسترش اختلال تصویر بدنی می‌شود. پژوهش حاضر با بکارگیری فنون ذهن آگاهی [۴]، مداخله برای اصلاح مؤلفه‌های رفتاری (همان منبع) روی مؤلفه‌های فوق تأثیر داشته و باعث بهبود تصویر بدنی شده است. باترز و کش [۵۵] نیز معتقدند مداخلاتی که روی مؤلفه‌های مختلف شناختی مرتبط با تصویر بدنی انجام می‌شوند باعث بهبود قضاوت افراد نسبت به بدن خود و ادراک بهتر و نزدیک‌تر آن به حالت واقعی می‌شود و همچنین باعث کاهش نشخوار فکری نسبت به ظاهر و توجه افراطی به خود می‌شود. همچنین این مداخلات باعث بهبود احساسات و ارزشیابی مثبت در مورد تناسب اندام می‌شود. همچنین جانسن، بالن، تاچن- کافیر، روافز، تانگه و برات [۵۹] نشان دادند که مواجهه‌سازی با آینه (از مؤلفه‌های رفتاری) به همراه موضع بی‌طرفانه نسبت به بدن باعث افزایش رضایت بدنی افراد می‌شود. همچنین در

رهبریان [۳۹] مبنی بر اینکه آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی موجب بهبود تصویر بدنی و افزایش خودپنداشت در زنان سوخته می‌شود، مطابقت دارد. از آنجا که یکی از ابعاد اساسی خودپنداشت، خوداجتماعی است و این مؤلفه بطور مستقیم با بازخورد دیگران نسبت به فرد و تعامل با آنها در ارتباط است، از طرف دیگر این بازخورد نیز تعیین‌کننده تصویر بدنی است، بر اساس الگوی شناختی-رفتاری، می‌توان انتظار داشت که مداخلات اصلاح تصویر بدنی با بکارگیری مؤلفه‌هایی نظیر ذهن‌آگاهی، پذیرش و مؤلفه‌های رفتاری نظیر مواجهه‌سازی با آینه [۴] با اصلاح این مؤلفه روی بهبود بُعد اجتماعی خود، تأثیر گذاشته است و بدین طریق به بهبود خودپنداشت یعنی تصویر عکس شناختی-روانی فرد از خود که شامل کلیه احساسات، اعتقادات و ارزش‌های همراه من است، می‌شود.

نیوول و کلارک [۱۷] و شیلدر [۱۸] نیز نشان داده بودند که انحراف در ادراک بدنی و تصویر بدنی باعث اختلال خودپنداشت می‌شود، بنابراین اصلاح ادراک بدنی بواسطه آموزش‌های فوق می‌تواند منجر به بهبود خودپنداشت شود. این یافته با یافته‌های دورکین و کر [۶۷] مبنی بر اینکه درمانگری‌های شناختی که باورهای غیرمنطقی را اصلاح می‌کنند بر اختلال تصویر بدنی و خودپنداشت منفی مرتبط با آن مؤثر هستند، مطابقت دارد. همچنین در بررسی‌ها مشخص شده که اختلال تصویر بدنی و مشکلات مرتبط با حرمت خود از جمله عوامل مؤثر در افزایش وزن هستند، از این رو متخصصان بیشتر روی ایجاد تغییرات روان‌شناختی مثبت با بکارگیری درمانگری شناختی و شناختی-رفتاری تمرکز کرده‌اند که در پژوهش جان‌بزرگی و همکاران [۶۸] نیز نشان داده شد که مؤلفه‌های مربوط به مداخله‌های شناختی و شناختی-رفتاری، عوامل مرتبط با چاقی از جمله نگرانی و رفتارهای ناکارآمد را تحت تأثیر قرار داده و به ارتقاء شاخص‌های سلامت منتهی می‌شوند. از طرفی به اعتقاد کارلون وود [۶۹] خودپنداشت عبارتست از ارزیابی شناختی فرد و نگرش او درباره خود. بنابراین با تغییر و اصلاح مؤلفه‌های شناختی و ارزیابی شناختی و اصلاح تصویر بدنی می‌توان خودپنداشت را نیز بهبود بخشید.

رویکرد پردازش اطلاعات ذکر شده که سوگیری شناختی باعث ایجاد روان‌بنه‌های خود از شکل بدنی می‌شود که به اختلال تصویر بدنی منجر می‌شود، بنابراین انتظار می‌رود که مداخلاتی که به اصلاح هیجان‌های منفی ناشی از این سوگیری‌ها و سوگیری‌های شناختی پرداخته‌اند باعث بهبود تصویر بدنی می‌شوند، در این مداخله نیز با استفاده از مؤلفه‌های رفتاری و ذهن‌آگاهی و بهبود پذیرش و اصلاح هیجان‌ها [۴] تصویر بدنی بهبود یافته است. بنابراین نتایج فوق حاکی از اثربخشی مداخله رفتاری آموزش ذهن‌آگاهی- پذیرش بی قید و شرط بر بهبود تصویر بدنی منفی در گروهی از دانشجویان است.

یافته دیگر این پژوهش حاکی از افزایش خودپنداشت آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پس از دوره ۱۲ جلسه‌ای مدیریت تصویر بدنی است (جدول ۳ و نمودار ۱). این امر می‌تواند بیانگر وجود رابطه علی تصویر بدنی و مفهوم خود باشد چرا که بواسطه مداخله رفتاری آموزش ذهن‌آگاهی - پذیرش بی قید و شرط روی تصویر بدنی، خودپنداشت هم بهبود یافته است. این یافته مطابق با یافته‌های ارباک [۶۰] و چرنین [۶۱] است مبنی بر اینکه در اغلب زنان، تصویر بدنی منفی با خودپنداشت ضعیف مرتبط است و زنانی که از بدن خود ناراضی هستند، آن را به دیگر جنبه‌های زندگی از جمله خودپنداشت، تعمیم می‌دهند [۶۲]. از طرفی، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های آنیس [۶۳] مبنی بر اینکه مداخله مبتنی بر حمایت شناختی-رفتاری با بهبود خودپنداشت بدنی و رضایت بدنی همراه است، مطابقت دارد. همچنین این یافته مطابق با نظریه خود-کارآمدی بندورا [۶۴] و پژوهش آنیس [۶۵] مبنی بر این است که ارزیابی‌های خود به ویژه مواردی که مرتبط با غلبه بر چالش‌های بدنی هستند، نقش مهمی در بهبود تصویر بدنی و تغییرات فیزیولوژیکی دارند که این موارد به نوبه خود روی خودپنداشت، تأثیر می‌گذارند. این مطالعات با یافته‌های یونسی [۶۶] که با روش مداخله‌ای CBT گروهی در میان دختران دبیرستان و با استفاده از تکنیک مقابله با تفکرات تساوی گونه و غیرمنطقی موجب تغییر منابع کنترل و افزایش عزت نفس و در نتیجه خود باوری آزمودنی‌ها شده مطابقت دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج

تصویر بدنی کمک کرد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در اختیار مربیان، مشاوران و کسانی که در ارتباط با جوانان و نوجوانان هستند قرار گیرد، تا با اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و باورهای آنها درباره ظاهر بدنی به بهبود خودپنداشت و ارتقای کیفیت زندگی ایشان کمک شده و آینده‌سازان کشور زندگی سالم‌تر و شادتری را تجربه کنند. در پایان از مرکز مطالعات علوم رفتاری بخاطر همکاری و کمک در پیشبرد این پژوهش کمال تشکر را دارم.

منابع

- 1- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- 2- Geller, J., Srikameswaran, S., Cockell, S. J., & Zaitsoff, S.L. (2000). Assessment of shape – and weight-based self-esteem in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 339-345.
- 3- Harter, S. (1999). *The construction of self: A developmental prospective*. New York: The Guilford Press.
- 4- Bell, L., and Rushforth, J.(eds). (2008). *Overcoming Body image disturbance , A programe for People with Eating Disorders*. Routledge Taylor& Francis Group. London & New York.
- 5- Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnhamb, A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image* 5, 322–325.
- 6- Öberg, P. & Tornstam, L. (1999). Body images among men and women of different ages. *Ageing and Society* 19, 629-644. of the human body in ideomotor apraxia. *Neuropsychologia*, 33, 63–72.
- 7- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 63–74.
- 8- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 9- Homan, K. J. and Tylka, T. L. (2014). Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. *Body Image*, Vol 11, Iss 2, March, PP: 101–108.

همچنین یافته‌های جدول ۴ نشانگر آن است که نمرات کیفیت زندگی کلی دانشجویان آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته است که به معنی بهبود کیفیت زندگی کلی دانشجویان است اما این تفاوت در سطح معناداری نبوده است. این یافته را می‌توان این گونه تبیین کرد از آنجا که مقیاس‌های جدیدی برای ارزیابی کیفیت زندگی مختص به تصویر بدنی، طراحی و ساخته شده است که به بررسی مؤلفه‌های روانی-اجتماعی کیفیت زندگی، می‌پردازند [۷۰] و در این پژوهش، نسخه دارای اعتبار و روایی آن در دسترس محقق نبوده است انتظار می‌رود که کیفیت زندگی کلی که شامل مؤلفه‌های فوق می‌شود بواسطه مدیریت تصویر بدنی و خودپنداشت تغییر نکند. با وجود اینکه نمرات حاکی از بهبود کیفیت زندگی، علی‌رغم عدم معناداری آن است. یافته این پژوهش با یافته‌های پروزینسکی [۷۱] مبنی بر اینکه بهبود تصویر بدنی باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال تصویر بدنی و واجد مشکلات طبی می‌شود، مطابقت ندارد. از طرفی کش، سانتوز، فلمینگ و یلیامز [۷۲] در پژوهش نشان دادند که کیفیت زندگی مرتبط با تصویر بدنی بوسیله راهبردهای مقابله‌ای، پیش‌بینی می‌شود که در این پژوهش به آنها پرداخته نشده است. از این رو ممکن است دلیل عدم معناداری یافته‌ها از این جهت باشد. پوپ و سولومونز، دان، کوهن و پوسامایل [۷۳] نیز نشان دادند که خلق پایین با کیفیت زندگی در ارتباط است، از آنجا که در این پژوهش به مؤلفه‌های هیجانی کمتر پرداخته شده است، بنابراین کیفیت زندگی کلی ممکن است تغییر معنی‌داری نداشته باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و سایر تحقیقات می‌توان استنباط کرد که مداخله رفتاری- آموزش ذهن- آگاهی با اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و شناختی مرتبط با تصویر بدنی باعث بهبود قضاوت افراد نسبت به بدن خود و ادراک بهتر و نزدیک‌تر آن به حالت واقعی شده و منجر به افزایش رضایت بدنی، ارزش خود و خودپنداشت افراد می‌شود. از طرفی به‌نظر می‌رسد افزودن مؤلفه‌های نظم‌دهی هیجانی به همراه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کنار مداخله بکارگرفته‌شده در پژوهش حاضر توسط سایر پژوهشگران به افزایش بیشتر کیفیت زندگی افراد دارای مشکلات

- 22- Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York. Guilford Press.
- 23- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- 24- Nyklic'ek, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 331-340.
- 25- Sherlyn, S., Jimenez, Barbara, L., Niles, Crystal, L. & Park (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. Department of Psychology.
- 26- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- 27- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- 28- Stewart, T.M. (2004). Light on Body Image Treatment: Acceptance Through Mindfulness. *behavior Modification*, 28(6), 783-811.
- 29- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta.
- 30- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- 31- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press.
- 32- Kattermana, S. N., Kleinman, B. M., Hooda, M. M., Nackers, L. M. and Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, Vol 15, Iss 2, April 2014, PP: 197-204.
- 10- Joung, H. & Miller, N.J. (2006). Factors of dress affecting self-esteem in older females. *Journal of Fashion Marketing and Management*, 10 (4), 466-478.
- 11- Coughlin, Claire . (2009). *Body Image, Self-Esteem, and Consumer Need for Uniqueness as Antecedents to Self-Identification as Fashion Opinion Leader vs. Fashion Opinion Seeker*. The Ohio State University.
- 12- Fallon, A. (1990). Culture in the mirror Sociocultural determinants of body image. In T.F Cash and T. Pruzinsky (Eds). *Body images: Development, deviance, and change* (pp.80-109). New York: Guilford Press.
- 13- Harris, S.M. (1994). Racial differences in predictors of college women's body image attitudes. *Women and Health*, 21 , 89-104.
- 14- Jackson, L. (1992). *Physical appearance and gender: Sociobiological and sociocultural perspectives*. Albany: SUNY Press.— Synthesizes theory and research on the social and psychological influences of physical appearance and body image.
- 15- Lerner, R.M., Karabenick, S.A., & Stuart, J.L. (1973). Relations among physical attractiveness, body attitudes and self concept in male and female college students. *The Journal of Psychology*, 85, 119-129.
- 16- Choate, L. (2007). Counseling adolescent girls for body image resilience: strategies for school counselors. *Professional School Counseling*, 10(3), 317-326
- 17- Newell, R; Clarke, M. (2000). Evaluation of a self-help leaflet in Treatment of social difficulties following facial disfigurement, *Int J Nurse student*, 2000, 37:381-89
- 18- Schilder, P. (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner and Company.
- ۱۹- عبادی، زهرا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین خودپنداشت و افسردگی و اضطراب در دانشجویان دانشگاه بین المللی دانشگاه چابهار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور.
- 20- The WHOQOL Group. (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 12, 1569-1585.
- 21- Testa, Marcia A. (1996). Assessment of quality- of- life outcomes. *New England Journal of Medicine*; 334: 835-840.

- 43- Cash, T.F., Winstead, B.W., & Janda, L.H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20(4), 30-37.
- 44- Cash, T. F., Lewis, R. J., & Keeton, P. (1987). Development and validation of the Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire: A measure of body-related cognitions. Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, GA.
- 45- Cash, T.F. (1997) *The Body Image Workbook (An 8-step program for learning to like your looks)*. Oakland: New Harbinger publications.
- ۴۶- راحتی، آزاده. (۱۳۸۳). بررسی تحولی تصویر بدنی و رابطه آن با عزت نفس بر اساس مقایسه گروههای سنی نوجوانان، میانسالان و کهنسالان. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی. دانشگاه شاهد.
- 47- Beck, A. T., Steer, R., Brown, G., & Epstein, N (1990). The Beck Self-Concept Test. *Archives of General Psychiatry*, 2, 191-197.
- 48- Beck, A. T., Steer, R.A. Epstein, N (1992). Self-concept dimensions of clinically depressed and anxiety outpatients. *Journal of clinical psychology*. 48, 423-432.
- ۴۹- محمدی، بهروز. (۱۳۷۲). بررسی خودپنداشت و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- ۵۰- دیباج نیا، پروین. (۱۳۸۳). بررسی رابطه کارآیی خانواده و خود پندار در دانشجویان دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. پژوهنده. ۹ (۴۰). صفحات ۲۳۷-۲۴۰.
- 51- Nejat, S., Montazeri, A., Holakoie Naeni, K., Kazem, M., Majdzadeh, S.R. (2006). Standardization World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-Bref) Translation and psychometrics Iranian species. *School Health and Health Research Institute*; 4(4): 71-6.
- 52- Bonomi, A. E. , Patrick, D. L. , Bushnell, D. M. and Martin.(2000). Validation of the United States' version of the world health organization quality of life(WHOQOL) instrument.*Journal of Clinical Epidemiology*, 20,3,485-493.
- 33- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Elmsford, NY: Pergamon Press. The author's first book, a concise overview of emerging perspectives and research on body image.
- 34- Cash, T.f., Melnyk, S.E, and Harbosky, J. I.(2004).The assessmen of body Image investement: An extensive revision of the appearance Schemas Inventory International *J of eating disorder*,35,305 316.
- 35- Jarry, Josée L., Ip , Karen. (2005). The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: A meta-analysis. *Departmen interventions in cognitive-behavioural therapy of bingeeating disorder: Psychology, University of Windsor*.
- 36- Hilbert, A.; Tuschen-Caffier, B. (2003). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of bingeeating disorder: a component analysis. *Behaviour Research and Therapy*; Article in press. <http://proquest.umi.com>.
- 37- Stewart, T.M. and Williamson, D.A.(2003). Body Positive: A new treatment for persistent body image disturbances in partially recovered eating disorders. *Clinical Case Studies*, 2(2), 154-66.
- ۳۸- رایگان، نیلوفر، شعیری، محمدرضا، اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر تصویر بدنی منفی دختران دانشجو. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد. سال سیزدهم. دوره جدید. شماره ۱۹.
- ۳۹- رهبریان، مهرک. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی و پی گیری آن پس از یک ماه. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور.
- ۴۰- پاشا، غلامرضا، نادری، ف و اکبری، ش. (۱۳۸۸). مقایسه تصویر بدنی، شاخص حجم بدنی، سلامت عمومی و خودپنداره. www.sid.ir.
- 41- Verplankin, B. and velsvik, R. (2008). Habitual negative body Image thinking as psychological risk factor in adolscents . *Body Image*, vol 5, Iss 2 , June, 2008, PP : 133-140.
- 42- Benson, R.S., & Young, M.L. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington: American psychiatric association.

- 65- Annesi, J.J.(2006).Relations of perceived bodily changes with actual changes and changes in mood in obese women initiating an exercise and weight-loss program. *Perceptual and Motor Skills*,103, 238-240.
- ۶۶- یونسی، ج.(۱۳۸۴). روان درمانی گروهی- راهی برای تعادل در منابع تکوین خودو تقویت خودباوری در میان نوجوانان و جوانان، چاپ نشده- دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران.
- 67- Dworkin, S. H. and Kerr, B. A..(1987). Comparison of Interventions for Women Experiencing Body Image Problems. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (2), 136-140.
- ۶۸- جان‌بزرگی، مسعود، آگاه‌هریس، مژگان، موسوی، الهام، علی‌پور، احمد، گلچین، ندا و نوحی، شهناز.(۱۳۹۲). مقایسه درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسأله و مقابله با شناخت‌درمانگری مدیریت وزن در کاهش شاخص توده بدنی و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن. دو فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، دانشگاه شاهد. سال بیستم، دوره جدید، شماره ۹.
- 69- Carlovn wood, J.(1999).the effect of expressive caring occasion on Disfigure clients self-esteem.university of Albama at Birmingham, Adult Health nursing,1999,Vol 6,Issue2.
- 70- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *International Journal of Eating Disorders*,31, 455-460.
- 71- Pruzinsky, T. (2003). Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image Volume 1, Issue 1, Pages 71-81.*
- 72- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1, 363-372.
- 73- Pope, S.J. Solomons, W.R. Done, D.J. Cohn, N. and Possamai, A.M.(2006). Body image, mood and quality of life in young burn survivors . *Burns*, Volume 33, Issue 6, Pages 747-755.
- 53- Sarwer, D.B.(2010). Special Series: Cognitive Behavioral Therapy for Body image Disorders. *Cognitive Behavioral Practice* (17),278-282
- 54- Butters, J.W. and Cash, T.F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women’s body image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 889-97.
- 55- Butters, J.W. and Cash, T.F. (2002). In Cash, T.F. and Pruzinsky, T. (eds), *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice* (pp 13-22). New York: Guilford Press.
- 56- Cash, T.F. (2004) *Body image: past, present, and future. Body Image*. Vol, 1; p.p.1-5.
- ۵۷- نوحی، شهناز. (۱۳۸۸). تاثیر مشاوره تغذیه‌ای-رفتاری بر مؤلفه‌های چاقی (وزن، نمایه توده بدن و عادات غذا خوردن)، خودانگاره اندامی و بهزیستس روانی زنان چاق ۱۹-۴۵ ساله مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره تغذیه در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور.
- 58- Veale, D.(2003). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125 .
- 59- Jansen, A., Bollen, D., Tuschen-Caffier, B., Roefs, A., Tanghe, C., & Braet, A.(2008). Mirror exposure reduces body dissatisfaction and anxiety in obese adolescents: A pilot study. *Appetite* Vol. 51, (1), 214-217 .
- 60- Orbach, S. (1978). *Fat is a feminist issue.* New York: Berkley Books
- 61- Chernin, K. (1981). *The obsession: Reflections on the tyranny of slenderness.* New York: Harper & Row.
- 62- Worsley, A. (1981). In the eye of the beholder: Social and personal characteristics of teenagers and their impressions of themselves and fat and slim people. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 231-242.
- 63- Annesi, J.J.(2010). Relations of changes in self-regulatory efficacy and physical self-concept with improvements in body satisfaction in obese women initiating exercise with cognitive-behavioral support. *Body Image*.
- 64- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37, 122-147.