پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۶، پی در پی ۱۰۲، صفحات ۳۰۴ تا ۳۱۱
بهمن و اسفند ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۱۶

بررسی تأثیر مداخله‌ی رفتاری-ذهن‌آگاهی- پذیرش در اصلاح روان‌بنه‌ی خود و تصویر بدنی منفی

آزاده زمزمی[1]، مژگان آگاه‌هریس[2]، مسعود جان‌بزرگی[3]*

۱. مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گرمسار، ایران
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

چکیده

سابقه و هدف: استانداردهای اجتماعی و فرهنگی کنونی، بر جذابیت و لاغری زنان تأکید دارند، به طوری که مسأله‌ی جهانی و عمده‌ی زنان، نارضایتمندی بدنی است که باعث فراخوانی روان‌بنه‌های ناکارآمد خود می‌شود و همین امر می‌تواند روابط میان‌فردی، وضعیت اجتماعی- هیجانی و خود-ارزشمندی ادراک شده را در بین جوانان، تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مداخله‌ی رفتاری- ذهن‌آگاهی- پذیرش بر تصویر بدنی منفی و روان‌بنه‌ی خود، در گروهی از دانشجویان دختر، در سال ۱۳۹۰ انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش کارآزمایی بالینی انجام شد. تعداد ۲۶ آزمودنی دختر که پس از اجرای پرسشنامه‌ی چند بعدی روابط بدن-خود، مشخص گردید که دارای تصویر بدنی منفی هستند، انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه ۱۳ نفره (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و گروه آزمایش تحت آموزش کاربست رفتاری-ذهن‌آگاهی به مدت ۱۲ جلسه (هر جلسه ۷۰ دقیقه) قرار گرفتند. آزمودنی‌های هر دو گروه به تمامی گویه‌های پرسش‌نامه‌ی چند بعدی روابط بدن- خود و روان‌بنه‌ی ظاهر، قبل و پس از مداخله، پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون مان‌ویتنی‌یو استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها نشان داد که تفاوت رتبه‌ی میانگین در تصویر بدنی در گروه آزمایش برابر با ۹/۱ و در گروه کنترل ۱۷/۸ و در مؤلفه‌ی روان‌بنه‌ی خود در گروه آزمایش برابر با ۱۹/۵ و در گروه کنترل ۷/۵ بود که بیانگر تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایش و کنترل در زمینه‌ی تصویر بدنی و روان‌بنه‌ی خود بود ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد مداخله‌ی رفتاری- ذهن‌آگاهی- پذیرش با اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و شناختی باعث افزایش رضایتمندی بدنی و اصلاح روان‌بنه‌ی خود در افراد می‌شود. لذا با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه، نگارش مقاله‌ی مروری پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: مداخله‌ی رفتاری، ذهن‌آگاهی، پذیرش، تصویر بدنی منفی، روان‌بنه خود

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Zamzami A, Agahheris M, Janbozorgi M. The investigation efficacy of behavioral-mindfulness-acceptance intervention on modifying negative body image and self-schema among female students. Pejouhandeh 2015;19(6):304-311.

مقدمه

نارضایتمندی بدنی، یکی از مشکلاتی است که زنان سراسر جهان از آن رنج می‌برند، به طوری که ۶۳٪ از زنان ایالات متحده درباره‌ی وزن فعلی خود، احساس نارضایتمندی و ۴۹٪ از آنها نسبت به تصویر بدنی خود، ، دل‌مشغولی دارند (۱).

بدن ایده‌آل، به صورت زنی لاغر و باریک، از سنین ابتدایی شکل می‌گیرد (۲) و در دوران جوانی پایه‌گذاری می‌شود. تصویر بدنی، یک ساختار چند وجهی است (۳) که شامل جنبه‌های بازخوردی (شامل ارزشیابی پاسخ‌ها)، جنبه‌ی ادراکی (روش‌های ادراک فرد درباره‌ی بدنش) و بعد رفتاری (رفتارهای فرد در ارتباط با ظاهرش) است (۶-۴).

تصویر بدنی منفی، بر روابط میان‌فردی، رشد اجتماعی- هیجانی و خود-ارزشمندی ادراک‌شده‌ی زنان، تأثیر دارد (۸،۷)، به طوری که Nezlek نشان داد تصویر بدنی زنان کالج،

*نویسنده مسؤول مکاتبات: آزاده زمزمی؛ مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران ؛ پست الکترونیک: azade.zamzami@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

بر تعاملات اجتماعی روزمره‌ی آنها، اثر منفی گذاشته است. همچنین، ادراک خود زنان کالج از جذابیت اجتماعی، با اعتماد به نفس آنها در تعاملات اجتماعی و همچنین با ادراکاتی که بر تعاملاتشان اثر می‌گذارد، رابطه‌ی مثبت داشت (۹).

مطالعات نشان داده‌اند که عواملی مانند جوان بودن، جنس (مؤنث) و تبلیغات رسانه‌ها، با تصویر بدنی منفی ارتباط دارند (۱۰). در حالی که فشارهای فرهنگی-اجتماعی (مانند رسانه‌ها) در ارتباط با زیبایی و لاغری، به‌طور برجسته‌ای در تصویر بدنی فردی دخالت دارند، عوامل فردی (مانند باورها)، تعیین‌کننده‌ی چگونگی و محتوای اثرات این استانداردهای اجتماعی روی افکار، احساسات و رفتارها هستند (۱۳-۱۱).

علاوه بر موارد فوق، روان‌بنه‌های ظاهر بدنی نیز در رابطه‌ی بین فشارهای اجتماعی-فرهنگی زیبایی، لاغری و نارضایتمندی بدنی، مداخله می‌کنند (۱۴). روان‌بنه‌های ظاهر بدنی، باورهای اصلی اهمیت ظاهر بدنی برای تعریف فرد از خود هستند (۱۵). در واقع یک سطح بالاتر از ساختار تصویر بدنی، روان‌بنه‌ی خود است که با ظاهر فردی مرتبط است. مارکوس نخستین بار، روان‌بنه‌ی خود را این‌گونه تعریف کرد: "شناخت فراگیر درباره‌ی خود، که از تجارب گذشته سرچشمه گرفته، که پردازش اطلاعات مربوط به خود را که مبتنی بر تجربه‌ی اجتماعی فردی است، فراهم و هدایت می‌کند" (۱۶). روان‌بنه‌ها در پردازش اطلاعات درباره‌ی خود در حوزه‌هایی مانند شخصیت، خود اجتماعی و وزن/ شکل/ ظاهر بدن، تأثیر دارند (۱۷). شخصی که در مورد ابعاد خود (ظاهر و بدن فردی) روان‌بنه‌ای است، اطلاعات مربوط به این موضوع را به روش متفاوتی از فردی که روان‌بنه‌ای نیست، پردازش خواهد کرد (۱۸).

در زنان، بین باورهای تصویر بدنی با روان‌بنه‌های خود منفی، ارتباط وجود دارد (۱۹)، به‌طوری که این افراد توجه و پردازش اطلاعات بیشتری در ارتباط با ظاهر دارند (۲۰). تسلط استانداردهای غیر واقعی زیبایی در فرهنگ، در پیوستگی با فرآیندهایی مانند درونی شدن، هویت‌یابی و برنامه‌ریزی، به گسترش روان‌بنه‌ی خود منفی منجر می‌شود. هنگامی که یک روان‌بنه‌ی خود منفی شکل می‌گیرد، بر احساس‌ها، فکرها، رفتارها و ادراک‌های بدنی، تأثیر می‌گذارد. همچنین، روان‌بنه‌ی خود منفی، عملکرد قوی در ابقای اختلال تصویر بدنی دارد، زیرا آنچه را که فرد به آن توجه می‌کند، تمایل دارد و تجاربی که به یاد می‌آورد، تعیین می‌کند (۲۱).

همان‌گونه که عنوان شد، زنان به سادگی در معرض عوامل مستعدکننده‌ی اختلال تصویر بدنی قرار می‌گیرند. در همین ارتباط، مشکلات تصویر بدنی در دهه‌های اخیر، مورد توجه متخصصان قرارگرفته و شیوه‌های درمانی نیز برای آنها، طراحی شده است (۱۵). در حال حاضر، توجه گسترده‌ای به درمان شناختی- رفتاری معطوف شده است، زیرا این نوع درمان، روش‌های واضح و کاملی برای سنجش و مداخله، فراهم می‌سازد (۲۲،۱۸). به عنوان مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض آیینه، همگام با تغییرات شناختی، موجب اصلاح تصویر بدنی در افراد با اختلال خوردن می‌شوند (۲۳). پژوهش‌ها نیز نشان داد که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی هشت مرحله‌ای کش، تصویر بدنی منفی دانشجویان دختر دانشگاه شاهد را بهبود بخشیده است (۲۴). همچنین نتایج فراتحلیل نشان داد که تأثیر درمان‌های رفتاری- شناختی که از مؤلفه‌های رفتاری، نگرشی و ادراکی استفاده کرده‌اند، بیشتر از روش‌های دیگر، در بهبود تصویر بدنی منفی مؤثر می باشد (۲۵).

از آنجا که امروزه کاربرد راهبردهای التقاطی، بیانگر اثربخشی بیشتر مداخله‌هاست، بنابراین در این پژوهش گروه پژوهشگران از رویکرد التقاطی و ترکیبی که توسط Bell و Rushforth معرفی شده (۲۶)، استفاده کرده‌اند. این برنامه ساختار یافته و ترکیب شده با راهبردهای درمان شناختی- رفتاری یعنی خود-نظارت‌گری، تکالیف خانگی، مواجه‌سازی و جلوگیری از پاسخ‌ها است. علاوه بر این، برنامه‌ی درمانی حاضر، از این لحاظ که مبتنی بر فنون ذهن‌آگاهی است، با برنامه‌های گذشته مغایر است (۲۶). در دهه‌های اخیر، شواهدی در مورد تأثیر مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی سلامت روان‌شناختی فراهم شده است که طبق این پژوهش‌ها، بین افزایش سطح ذهن‌آگاهی و بهبود عملکرد روان‌شناختی، ارتباط وجود دارد (۲۷).

ذهن‌آگاهی، به روشی که شخص را نسبت به زمان حال هوشیار می‌کند، اشاره دارد. توصیف ذهن‌آگاهی روی ابقای آگاهی در ارتباط با تجارب فوری فرد بدون انحراف توجه، توسط فکرهای مرتبط با گذشته یا آینده یا اجتناب از تجارب فردی، تأکید دارد که همچنین شامل ماندن و ابقای نگرشی "بدون قضاوت" است (۲۹،۲۸). بر اساس یافته‌های Sherlyn و همکاران، سطوح بالاتر آمادگی ذهن‌آگاهی با سطوح بالای عواطف مثبت، انتظارات خلقی منظم و پذیرش خود، همبستگی مثبت و با اختلال‌های افسردگی، همبستگی منفی دارد (۳۰). از آنجا که در ایران در ارتباط با درمان تصویر بدنی و روان‌بنه‌ی خود منفی، مطالعات محدودی انجام شده است، لذا این پژوهش طراحی شد تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

مدیریت تصویر بدنی (مداخله‌ی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی)، روی اصلاح تصویر بدنی منفی و روان‌بنه‌ی خود، کارآمد است یا خیر؟ این پژوهش روی دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور مرکز تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور استان تهران بود. نمونه‌گیری، از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود به گونه‌ای که پس از درج آگهی در بردهای دانشکده‌ها و واحدهای استان تهران، کلیه‌ی دانشجویان داوطلبی که به آزمایشگاه روان‌شناسی مرکز تهران مراجعه کرده بودند (حدود ۲۰۰ نفر)، پرسشنامه‌ی چند بعدی روابط بدن- خود (Multidimensional body-self relations questionnaire- MBSRQ) را کامل کرده و پس از محاسبه‌ی نمرات آنها، کلیه‌ی افرادی که نمره‌ی کل آنها کمتر از میانگین گزارش شده (M=۱۶۰) بود و در زیرمقیاس رضایت از نواحی بدنی (Body areas satisfaction- BAS) نمره‌ی کمتر از میانگین گزارش شده (M=۳۳) کسب کرده (۲۴) و تعداد آنها ۶۲ نفر بود، به مصاحبه دعوت شدند. پس از مصاحبه، تعداد ۲۶ نفر که واجد شرایط معیارهای ورود- خروج بودند، به طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۳ نفر) به صورت تصادفی قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: مؤنث بودن، کسب نمره‌ی کمتر از ۱۶۰ در پرسشنامه‌ی چند بعدی روابط بدن- خود و نمره‌ی کمتر از ۳۳ در زیرمقیاس رضایت از اجزای بدن. معیارهای خروج از پژوهش، شامل ابتلا به هرگونه اختلال شخصیت (نظیر پارانویید و شخصیت ضداجتماعی) و هرگونه بیماری روان‌شناختی بارز (نظیر وسواس-جبری، دو قطبی) بر اساس مصاحبه‌ی بالینی و معیارهای DSM-IV-TR و اختلال‌های طبی بارز (گزارش مراجع) بود.

پس از انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای ورود و اخذ موافقت اخلاقی از آزمودنی‌های هر دو گروه، گروه آزمایش تحت کاربست رفتاری-ذهن‌آگاهی اصلاح تصویر بدنی منفی که توسط Bell و Rushforth ارایه شده (۲۶) و به‌وسیله‌ی گروه پژوهشگران این پژوهش، ابتدا کارآزمایی آن روی یک گروه ۵ نفره اعتباریابی شد، قرار گرفتند. رئوس مطالب جلسات این مداخله که طی ۱۲ جلسه (طول مدت هر جلسه ۷۰ دقیقه) انجام شد، در جدول شماره ۱ ارایه شده است. اعضای گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از برگزاری ۱۲ جلسه آموزش کاربست رفتاری-ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش، کلیه‌ی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند (پس-آزمون).

در این پژوهش، از پرسش‌نامه‌ی چند بعدی روابط بدن-خود (MBSRQ) برای سنجش تصویر بدنی و از پرسش‌نامه‌ی روان‌بنه‌ی ظاهر (Appearance schema inventory- ASI) برای اندازه‌گیری روان‌بنه‌ی خود، استفاده شد. پرسشنامه‌ی چند بعدی روابط بدن-خود، یک مقیاس خودسنجی ۴۶ ماده‌ای است که توسط Cash و همکاران، برای ارزیابی تصویر بدنی ساخته شده و دارای ۶ زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهر (Appearance evaluation- AE)، گرایش به ظاهر

جدول ۱. پروتکل درمان رفتاری- ذهن‌آگاهی.

جلسه	عنوان جلسه	توصیف
اول	ارزیابی و معرفی برنامه	اجرای پیش‌آزمون، تعریف تحریف در تصویر بدنی، محتوای برنامه‌ی درمانی، چگونگی افکار و احساسات مراجع درباره‌ی بدنش
دوم	مقیاس‌های ارزیابی روانی و فرمول‌بندی شخصی	چگونگی مدیریت افکار و احساسات آزمودنی درباره‌ی بدنش، چگونگی پیشرفت تصویر بدنی، فرمول‌بندی شخصی در مورد چگونگی باقی ماندن نگرانی درباره تصویربدنی
سوم	ذهن‌آگاهی ۱	بررسی تکالیف خانگی، معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی، انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی، برنامه برای تمرین ذهن‌آگاهی در طول روز
چهارم	ذهن‌آگاهی ۲	دوره کردن تمرین‌های ذهن‌آگاهی، ایجاد تمرین ذهن‌آگاهی در وارسی کامل بدن (body sweep)
پنجم	تغییر عادت‌های نامطلوب	دوره کردن تمرین‌ها، یکی کردن اهداف برای تغییر تصویر بدنی
ششم	موضع بی‌طرفانه (non-judgmental stance)	بررسی دوباره اهداف و موافقت دوطرفه، معرفی مفهوم موضع بی‌طرفانه و عدم قضاوت
هشتم	آمادگی برای مواجه‌سازی	تلاش برای تغییر و تعهد آزمودنی، توضیح قواعد اصلی در درمان مواجه‌سازی، برنامه و آمادگی آزمودنی برای تمرین مواجه‌سازی
نهم	مواجه‌سازی با آیینه ۱	تمرین مواجه‌سازی با آیینه، برنامه برای تمرین مواجه‌سازی در هفته بعدی
دهم	مواجه‌سازی با آیینه ۲	مرور تمرین مواجه‌سازی، تمرین مواجه‌سازی با مناطق بدنی خاص
یازدهم	مرور، تغییر تحکیم و عیب‌یابی	کارهای گزینشی اضافه بر روی خود ارزشمداری و سرمایه‌گذاری روی تصویر بدنی
دوازدهم	تداوم برنامه و ارزشیابی	مرور برنامه‌های قبلی، معرفی تداوم برنامه در آینده و اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

(Appearance orientation- AO)، ارزیابی تناسب (Fitness evaluation- FE)، گرایش به تناسب (Fitness Orientation- FO)، دل‌مشغولی با اضافه وزن یا وزن ذهنی (Subjective weight- SW) و رضایت از نواحی بدنی (BAS) است (۳۱). مشخصه‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی روابط چند بعدی بدن-خود در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲). روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط Brown و همکاران تأیید شده و ضریب همسانی گویه‌های آن در مردان و زنان به‌ترتیب برای AE برابر با ۰/۸۸ و ۰/۸۸، برای AO برابر با ۰/۸۸ و ۰/۸۸، برای FE برابر با ۰/۸۰ و ۰/۷۹، برای FO برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۶، برای BAS برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۷ و برای SW برابر با ۰/۸۸ و ۰/۸۸ گزارش شده است (۳۳). همچنین در ایران، در مطالعه‌ای که راحتی انجام داد، بین تصویر بدنی و عزت نفس در نمونه‌های دانشجویی، همبستگی ۵۵٪ به‌دست آمد و آلفای کرونباخ کل و خرده مقیاس‌های AE، AO، FE، FO، SW، BAS در آزمودنی‌های دانشجویی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۶۷، ۰/۷۹، ۰/۵۷، ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ بود (۳۴). هر پرسش دارای پنج گزینه‌ی کاملاً مخالف، غالباً مخالف، ممتنع، غالباً موافق، کاملاً موافق بود که برحسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به ترتیب نمرات ۱ تا ۵ به آنها تعلق می‌گرفت. Cash، پرسشنامه‌ی روان‌بنه‌ی ظاهر (ASI) را برای سنجش فرضیه‌های شناختی بنیادین مربوط به ظاهر، به وجود آورد. او مشخص کرد که همسانی درونی ASI روی ۱۷۱ دانشجوی زن و مرد، به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۹ می‌باشد (۳۵). پایایی آزمون یک ماهه برای دانشجویان زن، ۰/۷۱ بود. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه، نخستین بار در ایران توسط صادقی ارزیابی شد. روایی محتوایی این پرسش‌نامه، ۰/۹۹ گزارش شده است. ضرایب همسانی درونی با محاسبه‌ی آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دو نیمه‌سازی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۸ به دست آمد (۳۶). روایی افتراقی این پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از پرسش‌نامه‌ی روابط چند بعدی بدن- خود (۳۲) محاسبه شد و همبستگی ۰/۸۸- به دست آمد (P<۰/۰۵). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۱۶ نرم افزار آماری SPSS در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. با توجه به برقراری مفروضه‌ها، از آزمون مان-ویتنی‌یو استفاده شد.

یافته‌ها

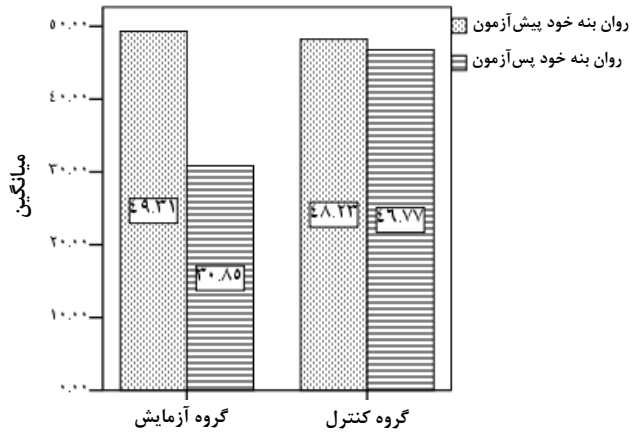
این پژوهش روی ۲۶ نفر در ۲ گروه ۱۳ نفره انجام شد. در جدول ۲، نتایج آزمون مان‌ویتنی‌یو مربوط به روان‌بنه‌ی خود در پیش‌آزمون-پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل، منعکس شده است.

جدول ۲. آزمون مان‌ویتنی‌یو برای بررسی معناداری تفاوت نمرات روان‌بنه‌ی خود در دو گروه آزمایش و کنترل.

روان‌بنه خود		پیش آزمون	پس آزمون	تفاوت پیش- پس‌آزمون
رتبه میانگین	کنترل (n=۱۳)	۱۳/۰۴	۱۹/۸	۷/۵
	آزمایش (n=۱۳)	۱۳/۹	۷/۱	۱۹/۵
نتیجه آزمون (مان ویتنی یو)		۷۸/۵	۲/۵	۶/۵
سطح معناداری (P-value)		۰/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود، نتایج آزمون مان‌ویتنی‌یو برای بررسی معناداری تفاوت نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس روان‌بنه‌ی خود، بیانگر آن است که تفاوت نمرات روان‌بنه‌ی خود در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، معنی‌دار بوده است (P<۰/۰۵). نمایش تصویری این تغییرات در نمودار ۱ نیز نمایش داده شده است.

در جدول ۳، نتایج آزمون مان‌ویتنی‌یو برای تصویر بدنی در پیش‌آزمون- پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل، نشان داده شده است. نتایج این آزمون برای بررسی معناداری تفاوت نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس تصویر بدنی بیانگر آن است که نمرات تصویر بدنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در سطح معنادار بوده است (P<۰/۰۵).



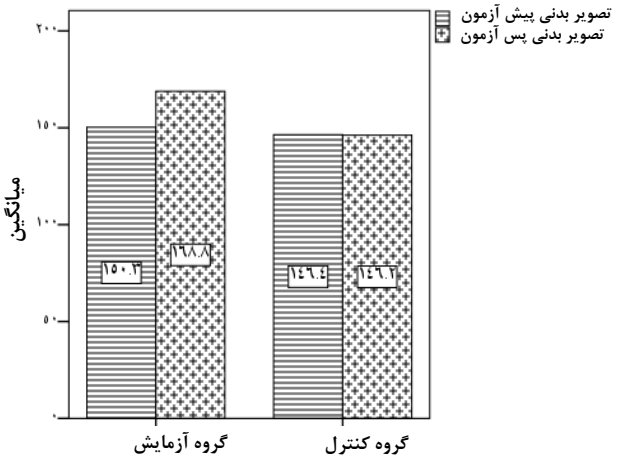
نمودار ۱. تغییر نمرات روان‌بنه‌ی خود پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

جدول ۳. آزمون مان‌ویتنی‌یو برای بررسی معناداری تفاوت نمرات تصویر بدنی در دو گروه کنترل و آزمایش.

تصویر بدنی		پیش آزمون	پس آزمون	تفاوت پیش- پس آزمون
رتبه میانگین	کنترل (n=۱۳)	۱۵/۲	۷/۹	۱۷/۸
	آزمایش (n=۱۳)	۱۱/۷	۱۹/۰۸	۹/۱
نتیجه آزمون (مان ویتنی یو)		۶۲	۱۲	۲۸
سطح معناداری (P-value)		۰/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۴

نمایش تصویری این تغییرات نیز در نمودار ۲ نمایش داده شده است. همچنین، در مورد تصویر بدنی که شامل ۶ مؤلفه می‌باشد، نتایج آزمون مان‌ویتنی‌یو نشان داد که تفاوت رتبه‌ی میانگین در مقیاس ارزیابی وضع ظاهر، در گروه آزمایش برابر با ۱۰/۱ و در گروه کنترل برابر با ۱۶/۸ (P=۰/۰۲)، در مقیاس گرایش به ظاهر، در گروه آزمایش برابر با ۱۳/۲ و در گروه کنترل برابر با ۱۳/۷ (P=۰/۸)، در مقیاس ارزیابی تناسب، در گروه آزمایش برابر با ۹/۸ و در گروه کنترل برابر با ۱۷/۱، (P=۰/۰۱)، در مقیاس گرایش به تناسب، در گروه آزمایش برابر با ۱۱/۱ و در گروه کنترل برابر با ۱۵/۸ (P=۰/۱)، در مقیاس دل‌مشغولی به اضافه وزن، در گروه آزمایش برابر با ۱۴/۶ و در گروه کنترل برابر با ۱۲/۳ (P=۰/۴) و در مقیاس رضایت از نواحی بدنی، در گروه آزمایش برابر با ۹/۵ و در گروه کنترل برابر با ۱۷/۵ (P=۰/۰۰۷) می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های ارزیابی وضع ظاهر، ارزیابی تناسب و رضایت از نواحی بدنی، تفاوت معناداری دارند (P<۰/۰۵).



نمودار ۲. تغییر نمرات تصویر بدنی کلی پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که تصویر بدنی کلی و مؤلفه‌های آن شامل ارزیابی وضع ظاهر، ارزیابی تناسب و رضایت از نواحی بدنی، در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پس از مداخله‌ی رفتاری-ذهن‌آگاهی-پذیرش، به طور معنادار بهبود یافته‌اند. بنابراین در مجموع می‌توان گفت که مداخله‌ی رفتاری- ذهن‌آگاهی-پذیرش در آزمودنی‌هایی که تصویر بدنی منفی دارند، باعث بهبود تصویر بدنی می‌شود. این یافته با اعتقاد Sarwer مبنی بر اینکه مداخله‌ی شناختی-رفتاری باعث بهبود اختلالات تصویر بدنی می‌شود، مطابقت دارد، به طوری که یکی از برون‌دادهای شایع متعاقب درمانگری شناختی-رفتاری، بهبود اختلال بد شکلی تصویر بدنی و تصویر بدنی منفی است (۳۷). همچنین این یافته، با نتایج جیمز و همکاران که از برنامه‌ی CBT برای درمان اختلالات نارضایتمندی بدنی انجام شد، مطابقت دارد (۳۸). Hilbert و Tuschen-Caffier نیز با مواجه‌سازی با آیینه و ایجاد تغییرات شناختی، به درمانگری تصویر بدنی پرداختند (۲۳). Jarry و Ip نیز در فراتحلیل درمانگری‌های شناختی-رفتاری روی اختلال تصویر بدنی، نشان دادند که در مداخله‌هایی که مؤلفه‌های رفتاری، نگرشی و ادراکی اصلاح می‌شوند، تصویر بدنی بهبود معنی‌داری داشته است (۲۵). در پژوهش رایگان و همکاران و نوحی نیز مداخله‌های رفتاری و CBT باعث بهبود تصویر بدنی و خودانگاره شده است (۳۹،۲۴). Stewart نیز نشان داد که مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به بهبود تصویر بدنی بیانجامد (۴۰). این یافته‌ها همگی با یافته‌ی پژوهش حاضر، همسو می‌باشند (۴۰).

بر اساس الگوی مفهومی Veale، 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 (۴۱). پژوهش حاضر با به‌کارگیری فنون ذهن‌آگاهی برگرفته از مداخله‌ی اصلاح

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

مؤلفه‌های رفتاری Bell و Rushforth روی مؤلفه‌های فوق، تأثیر گذاشته و باعث بهبود تصویر بدنی شده است (۲۶).

Butters و Cash نیز معتقدند مداخله‌هایی که روی مؤلفه‌های مختلف شناختی مرتبط با تصویر بدنی اعمال می‌شوند، علاوه بر بهبود قضاوت افراد نسبت به بدن خود و ادراک بهتر و نزدیک‌تر آن در حالت واقعی، موجب کاهش نشخوار فکری نسبت به ظاهر و توجه افراطی به خود می‌شوند. این مداخله‌ها همچنین باعث بهبود احساسات و ارزشیابی مثبت در مورد تناسب اندام می‌شود (۴۲). همچنین Jansen و همکاران نشان دادند که مواجه‌سازی با آیینه (از مؤلفه‌های رفتاری) به همراه موضع بی‌طرفانه نسبت به بدن، باعث افزایش رضایت بدنی افراد می‌شود (۴۳). از طرفی، نتایج این پژوهش نشان داد که علاوه بر درمانگری شناختی-رفتاری، مداخله‌ی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش نیز توانایی تغییر و اصلاح این رفتارها را دارد و از این طریق به اصلاح تصویر بدنی منجر شده است.

همچنین نتایج، بیانگر تفاوت معنادار نمرات روان‌بنه‌ی خود-آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پس از مداخله‌ی رفتاری-ذهن‌آگاهی است، بدین معنا که روان‌بنه‌ی خود-آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل و نسبت به پیش-آزمون، اصلاح شده است. مطابق پژوهش Tiggemann و Slater، بین مواجه‌سازی با تصاویر ویدیویی مربوط به ظاهر بدنی و فعال شدن روان‌بنه‌های ظاهر بدنی، ارتباط وجود دارد و نیز مقایسه‌ی اجتماعی، متغیر مهمی در نارضایتمندی بدنی و ظهور روان‌بنه‌ی خود است (۴۴). در این پژوهش، به اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و شناختی پرداخته شده است؛ مؤلفه‌هایی که می‌توانند از طریق مواجه‌سازی، مانع فعال شدن روان‌بنه‌ها یا مقایسه‌ی اجتماعی شوند. همین امر، توضیحی برای یافته‌ی پژوهش حاضر نیز محسوب می‌شود. همچنین مطابق پژوهش Tiggemann و Slater (۴۴)، به واسطه‌ی اصلاح نارضایتمندی بدنی، تصویر فرد از خود، ادراک فرد از خود، نگرش فرد از خود و افکار فرد از خود به‌واسطه‌ی ذهن‌آگاهی و پذیرش نیز می‌توان انتظار داشت روان‌بنه‌های خود نیز اصلاح شود.

Leung و همکاران نیز نشان دادند که در زنان، اختلال‌های خوردن و باورهای منفی از تصویر بدنی، با روان‌بنه‌های خود منفی در ارتباط بوده و خود-ارزشمندی در آنها به ظاهر بدنی‌شان بسیار وابسته است و بر همین اساس، آسیب‌شناسی روانی بیشتری در این زنان مشاهده می‌گردد (۴۵). از طرفی، Markus هم معتقد است روان‌بنه‌های خود، تعمیم‌های شناختی درباره‌ی خود هستند که ناشی از تجربیات گذشته بوده (۱۶) و پردازش اطلاعات مرتبط با خود را سازماندهی و هدایت می‌کنند. بنابراین، افرادی که ظاهر بدنی برایشان مهم است، فرض می‌شود که شبکه‌های اطلاعاتی پیچیده‌تر و مرتبط‌تر و هیجان‌های ظاهر بدنی و انواع سوگیری‌های پردازش اطلاعات مرتبط با روان‌بنه‌ی خود را نشان می‌دهند (۴۶).

بر اساس رویکرد پردازش اطلاعات، فرض بر آن است که تعامل هیجانی منفی با روان‌بنه‌ی خود، احتمال سوگیری‌های شناختی و جنبه‌هایی از اختلال تصویر بدنی را افزایش می دهد. علاوه بر این، با فعال‌شدن سوگیری شناختی، هیجان منفی نیز فعال می‌شود. بنابراین، در سوگیری‌های شناختی ممکن است که هیجان منفی و روان‌بنه‌ی خود در مورد اندازه و شکل بدنی یا خوردن، فعال شوند که در نتیجه، باعث تسریع سوگیری شناختی می‌شوند. این حلقه‌ی بازخوردی ممکن است به صورت اشتغال ذهنی تجربه شود.

از آنجا که در این پژوهش، از مؤلفه‌ی شناختی ذهن‌آگاهی استفاده شده است و بنا بر نظر Baer و همکاران که معتقدند ذهن‌آگاهی شامل پنج مؤلفه‌ی مشاهده، توصیف، کنش همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش می‌باشد، انتظار می‌رود این موارد منجر به اصلاح سوگیری‌های شناختی و شکسته شدن حلقه‌ی بازخوردی فوق شده و از این طریق روان‌بنه‌ی خود-آزمودنی‌ها را اصلاح کند (۴۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود شدن نمونه‌ها به دختران و محدود بودن زمان برای پیگیری نتایج اشاره کرد که امید است در مطالعات آینده، موارد فوق مد نظر قرار گیرد. با توجه به اهمیت موضوع، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از این مداخله در اصلاح باورها و سوگیری‌های شناختی مرتبط با تصویر بدنی در اضافه وزن و چاقی، اختلال‌های خوردن، بیماری‌های پوستی، سرطان و سایر موارد، استفاده شود. همچنین نگارش مقاله مروری در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید بهشتی جهت همکاری در پیشبرد این پژوهش و همچنین از تمامی آزمودنی‌هایی که در این پژوهش شرکت کرده و در کلیه‌ی مراحل، پژوهشگران را یاری کردند، تشکر می‌شود.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

REFERENCES

1. Cash TF, Henry PE. Women's body images: the results of a national survey in the U.S.A. Sex Roles 1995; 33: 19-28.

2. Dittmar H, Halliwell E, Ive S. Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5- to 8-year-old girls. Dev Psychol 2006; 42: 283-92.

3. Thompson JK, van den Berg P. Measuring body image attitudes among adolescents and adults. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. Psychodynamic Psychiatry. New York: Guilford Press; 2002. p. 142-54.

4. Cash TF, Pruzinsky T. Body Image: A handbook of theory, research and clinical practice. New York: Guilford Press; 2002.

5. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. Int J Eat Disord 1997; 22(2): 107-26.

6. McCabe M, Ricciardelli L. A prospective study of extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. J Child Adolesc Behav 2006; 35(3): 425-34.

7. Cullari S, Rohrer J, Bahm C. Body-image perceptions across sex and age groups. Percept Mot Skills 1998; 87: 839-47.

8. Tiggemann M, Williamson S. The effect of exercise on body satisfaction and the role of self-objectification. Dev Psychol 2000; 37: 243-53.

9. Nezlek J. Body image and day-to-day social interaction. J Pers Psychol 1999; 67: 793-817.

10. Swami V, Hadji-Michael M, Furnhamb A. Personality and individual difference correlates of positive body image. Body Image 2008; 5: 322-5.

11. Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson J. The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. Clin Psychol Sci Pract 2005; 12: 421-33.

12. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. Bull Br Psychol Soc 2008; 134: 460-76.

13. Myers TA, Crowther JH. Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. J Abnorm Psychol 2009; 118: 683-98.

14. Ip K, Jarry JL. Investment in body image for self-definition results in greater vulnerability to the thin media than does investment in appearance management. Body Image. New York: Guilford Press; 2008. p. 220-8.

15. Cash Tf, Melnyk SE, Harbosky JI. The assessmen of body image investement: An extensive revision of the appearance schemas inventory international. J Eat Disord 2004; 35(3): 305-16.

16. Markus H. Self-schemata and processing information about the self. J Pers Soc Psychol 1977; 35: 63-78.

17. Bruch MA, Kaflowitz NG, Berger P. Self-schema for assertiveness: Extending the validity of the self-schema construct. J Res Pers 1988; 22(4): 424-44.

18. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford Press; 2002. p. 305-9.

19. Stein KF, Corte C. The identity impairment model: A longitudinal study of self-schemas as predictors of disordered eating behaviors. Nurs Res 2008; 57: 182-90.

20. Williamson DA, Stewart TM, White MA, York-Crowe E. An information-processing perspective on body image. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford Press; 2002. p. 47-55.

21. Kearney-Cooke A. Familial influences on body image development. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford Press; 2002. p. 99-107.

22. Cash TF. Body image: past, present, and future. Body Image 2004; 1: 1-5.

23. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of bingeeating disorder: a component analysis. Behav Res Ther 2004; 42(11): 1325-39.

24. Rayegan N, Shaieeri MR, Asghari Moghaddam MA. The investigation of cognitive-behavioral therapy influence based on Cash's eight stage model on negative body image of female college students. Daneshvar Raftar 2006; 1(19): 11-22. (Full Text in Persian)

25. Jarry JL, Ip K. The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: A meta-analysis. Body Image 2005; 2(4): 317-31.

26. Bell L, Rushforth J. Overcoming body image disturbance, a programe for people with eating disorders. London: Routledge, Taylor & Francis; 2008.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

27. Nyklicek I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? Ann Behav Med 2008; 35: 331-40.

28. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, *et al*. Mindfulness: A proposed operational definition. Clin Psychol Sci Pract 2004; 11(3): 230-41.

29. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clin Psychol Sci Pract 2003; 10(2): 144-56.

30. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. Pers Individ Differ 2010; 49(6), 645-50.

31. Cash TF, Lewis RJ, Keeton P. 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; 1987.

32. Cash TF. The body image work book (an 8-step program for learning to like your looks). Oakland, CA: New Harbinger Publications; 1997.

33. Brown TA, Cash TF, Milulka PJ. Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the body self-relations questionnaire. J Pers Assess 1990; 55: 135-44.

34. Rahati A. Investigating the effectiveness of cognitive-behavior strategies on modifying the negative body image among female adolescents (A Dissertation for Master of Psychology), Tehran: Tehran University; 2007. (In Persian)

35. Cash TF. Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. Percept Mot Skills 1994; 78: 1168-70.

36. Sadeghi K, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010; 16(2): 107-17. (Full Text in Persian)

37. Sarwer DB. Special series: Cognitive behavioral therapy for body image disorders. Cogn Behav Pract 2010; 17: 278-82.

38. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder (BDD). J Consult Clin Psychol 1995; 63(2): 263-6.

39. Nuhi S. The effectiveness of nutritional-behavioral consultation on modifying obesity components (eg. weight, body mass index, eating habits), body-image, and subjective well- being among 19-45 years old obese females (A Dissertation for Master of Psychology), Tehran: Payame Noor University; 2009. (In Persian)

40. Stewart TM. Light on body image treatment: acceptance through mindfulness. Behav Modif 2004; 28(6): 783-811.

41. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. Body Image 2003; 1(1): 113-25.

42. Butters JW, Cash TF. Cognitive-behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. J Consult Clin Psychol 1987; 55(6): 889-97.

43. Jansen A, Bollen D, Tuschen-Caffier B, Roefs A, Tanghe C, Braet A. Mirror exposure reduces body dissatisfaction and anxiety in obese adolescents: A pilot study. Appetite 2008; 51(1): 214-7.

44. Tiggemann M, Slater A. Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. Int J Eat Disord 2004; 35: 48-58.

45. Leung N, Waller G, Thomas G. Core beliefs in anorexic and bulimic women. J Nerv Ment Disord 1999; 187: 736-41.

46. Markus H, Hamill R, Sentis KP. Thinking fat: Selfschemas for body weight and the processing of weight relevant information. J Appl Soc Psychol 1987; 17(1): 50-71.

47. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment 2006; 13(1): 27-45.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]