Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Winter 2022, Volume 8, Issue 2, Page: 64-79 DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being and Positive and Negative Emotions in Adolescent Girls with Body Dysmorphic Syndrome

Zahra Bahreini[1], Farhad Kahrazehi[2*], Zahra Nikmanesh[3]

1- PhD Candidate, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.
3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

Corresponding Author: Farhad Kahrazehi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.
Email: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir
Received: 2021/10/30 Accepted: 2022/02/14

Abstract

Introduction and aim: Psychological well-being and emotions are among the functions that are affected by body deformity disorder. This study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological well-being and positive and negative emotions in adolescent girls with deformity syndrome.

Methods: The research method was quasi-experimental through pre-test and post-test design, with a control group. The statistical population of this study included adolescent female students with perceived body deformity disorder who were referred to the clinic under the supervision of Tehran's District 5 during the first six months of 2020. Among these subjects, 50 individuals were selected by purposeful sampling method and randomly allocated into the experimental and control groups. The research's instruments included the demographic items, revised Ryff Psychological Well-Being Scale, and Positive Affects and Negative Affects Scales. The content validity of the instruments was measured by qualitative method and their reliability was approved by Cronbach's alpha coefficient. After performing 8 training sessions for the experimental group, the research data were analyzed using analysis of covariance in SPSS software (ver.24).

Results: The results showed a significant difference between the mean scores of post-test ($F(1,48)=22.49$; $P\leq0.001$) in the psychological well-being variable. There was a significant difference between the mean scores of post-test in the positive emotion variable ($F(1,48)=13.89$; $P\leq0.001$) and the negative emotion variable ($F(1,48)=30.45$; $P\leq0.001$).

Conclusions: The results showed that mindfulness-based cognitive therapy is effective on psychological well-being and positive and negative emotions in adolescent girls with perceived body deformity syndrome. Therefore, it is suggested that in addition to medical treatments, behavioral interventions such as mindfulness-based cognitive therapy be provided for adolescents with deformity syndrome.

Keywords: Deformity, Well-being, Girls, Mindfulness, Cognitive therapy, Emotions.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

زمستان ۱۴۰۰، دوره ۸، شماره ۲، صفحه ۷۹-۶۴

DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن

زهرا بحرینی[۱]، فرهاد کهرازهی[۲*]، زهرا نیک منش[۳]

۱- کاندیدای دکتری، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.
۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

نویسنده مسئول: فرهاد کهرازهی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.
ایمیل: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۵

چکیده

مقدمه و هدف: بهزیستی روان‌شناختی و عواطف از جمله کارکردهایی هستند که تحت تأثیر اختلال بدریخت انگاری بدن قرار می‌گیرند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش آموزان نوجوان دختر دچار نشانگان اختلال بدریخت انگاری بدن بودند که طی شش ماه نخست سال ۱۳۹۹ به کلینیک وابسته به آموزش و پرورش منطقه ۵ تهران مراجعه داشتند و از میان آن‌ها ۵۰ تن به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، «مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» (Ryff Psychological Well-Being Scale-Revised Form) و «مقیاس های عاطفه مثبت و عاطفه منفی» (Positive Affects and Negative Affects Scales) بود. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه‌گیری شد. پس از اجرای ۸ جلسه آموزش برای گروه مداخله، داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها حاکی از تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پس آزمون ($P\leq ۰/۰۰۱$، $F(۱،۴۸)=۲۲/۴۹$) در متغیر بهزیستی روان‌شناختی بود. تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پس‌آزمون ($P\leq ۰/ ۰۰۱$، $F(۱،۴۸)=۱۳/۸۹$) در متغیر عاطفه مثبت و متغیر عاطفه منفی ($P\leq ۰/ ۰۰۱$، $F(۱،۴۸)=۳۰/۴۵$) بود.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن مؤثر است. لذا پیشنهاد می شود که در کنار درمان های پزشکی زمینه آموزش مداخلات رفتاری نظیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای نوجوانان دچار نشانگان اختلال بدریخت انگاری فراهم شود.

کلیدواژه ها: بدریخت انگاری، بهزیستی، دختران، ذهن آگاهی، شناخت درمانی، عواطف.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]
[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

مقدمه

«تن‌انگاره» (body image) پدیده‌ای چند ساحتی و پیچیده است که دربرگیرنده نگرش ها، ادراکات و تجارب افراد با تن و ظاهر جسمی شان است. تن‌انگاره از عوامل مختلفی همچون حوادث گذشته فرد و تجارب کنونی فرد ناشی می‌شود و فرد را مستعد می‌کند که به گونه خاصی درباره بدنش اندیشه، احساس و عمل کند و بر عواطف، افکار و رفتارهای روزمره تأثیر می‌گذارد و به‌ویژه می‌تواند روابط صمیمانه را تحت تأثیر قرار دهد (۱). افراد دچار تن انگاره ضعیف بر قسمت هایی از بدنشان که دوست ندارند، تمرکز می کنند و قسمت هایی که برایشان قابل قبول است نادیده می گیرند. اهمیت تن‌انگاره از آن جهت است که موجب می شود که فرد به خود واقعی و خود آرمانی که می خواهد داشته باشد فکر کند و این دو بخش را با هم قیاس کند که می تواند منجر به ناهمخوانی شود و درنتیجه این ناهماهنگی بین خود واقعی و آرمانی هیجاناتی همچون اضطراب، ناامیدی، غم، افسردگی و شرم را تجربه نماید و این امر به نوبه خود می تواند به کاهش عزت‌نفس و یا رفتارهای غیر انطباقی منجر گردد (۲). اختلال در تن‌انگاره می تواند به عنوان هر نوع اختلال عاطفی، شناختی، رفتاری و یا ادراکی تعریف شود که به طور مستقیم با یک جنبه از ظاهر جسمانی مرتبط است اختلال بدریخت‌انگاری بدن (Body Dimorphic disorders) نوعی اختلال در تن‌انگاره است (۳, ۴) که مطابق با «راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ویرایش پنجم در دسته اختلال های وسواسی- جبری (obsessive compulsive disorders) و اختلال‌های مرتبط قرار می‌گیرد. این بیماری با اشتغال ذهنی با یک نقص خیالی در ظاهر مشخص می‌شود که موجب درماندگی قابل ملاحظه و تخریب در زمینه‌های مهمی از کارکرد اجتماعی و شغلی فرد می‌گردد. این نقص توسط دیگران قابل مشاهده نیست و یا بسیار ناچیز است. در این اختلال اگر هم ناهنجاری جسمانی وجود داشته باشد، نگرانی فرد در مورد آن مفرط و آزاردهنده است (۵). با وصف اینکه اختلال بدریخت انگاری بدن به طور معمول از نوجوانی آغاز می‌شود، اما اطلاعات کمی در مورد شیوع و ارتباط این اختلال با این گروه سنی وجود دارد (۶) در کنار این موضوع که اختلال بدریخت انگاری بدن بالأخص در دوران نوجوانی می‌تواند هزینه‌های روانی زیادی را به افراد دارای این اختلال تحمیل کند (۶). پژوهش های زیادی نیز پیرامون این اختلال در دوره نوجوانی و آثار آن و یا متغیرهای مرتبط با آن انجام نشده است و به نظر می‌رسد این بیماری هنوز به خوبی بررسی نشده و پروتکل‌های درمانی کاملی برای آن وجود ندارد. این بیماری سیر مزمن و موجی دارد و کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. علی‌رغم این واقعیت که سن اصلی شروع اختلال بدریخت انگاری بدن در دوران بلوغ است، اما در این مرحله از زندگی، در مورد آن تحقیقات تجربی کمی انجام شده است. این اختلال با اختلال در عملکرد و سیر مزمن همراه است و همبستگی قابل توجهی بین اختلال بدریخت انگاری بدن و اختلال وسواس فکری- عملی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب اجتماعی، بی‌اشتهایی عصبی، اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی و اختلال‌های شخصیتی وجود دارد (۷). اختلال بدریخت انگاری بدن می تواند موجب اضطراب، افسردگی، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و برقراری روابط صمیمانه شود (۳). تداخل در کارکردهای مختلف از جمله انزوای اجتماعی و نیز ناکارآمدی شغلی و تحصیلی از جمله مهم ترین مشکلات همراه با این بیماری هستند. مطابق با شواهد پژوهشی دیگر نیز، مبتلایان به اختلال بدریخت‌انگاری از آسیب‌های روان‌شناختی قابل توجهی رنج می‌برند (۸). سلامت روان پایین، افت کیفیت زندگی، نرخ بالای بستری شدن، افکار خودکشی و نیز اقدام به خودکشی نیز در مبتلایان به اختلال مورد نظر گزارش شده است (۹).

تفاوت های جنسیتی در نارضایتی از تن‌انگاره و نشانگان بدریخت انگاری حاکی از اثرات شدیدتر انتظارات اجتماعی راجع به بدن ایدئال بر روی زنان و درونی کردن آن در مقایسه با مردان است (۱۰). از جمله مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با اختلال بدریخت انگاری بهزیستی روان‌شناختی در دختران نوجوان است. بهزیستی ذهنی به عنوان ارزیابی افراد از زندگی شان – درجه ای که ارزیابی های متفکرانه و واکنش های عاطفی آن‌ها نشان گر زندگی مطلوب و روند رو به رشد است (۱۱). این تعریف ذهنی از کیفیت زندگی تعریفی دموکراتیک است زیرا که به هر نفر حق تصمیم گیری در مورد این که آیا زندگی او ارزشمند است یا خیر را اختصاص می دهد (۱۲). بهزیستی بر مبنای زندگی آرمانی و به معنای شکوفاسازی توانمندی های انسانی است که دربردارنده ملاک های مشابه و مکمل سلامت روان‌شناختی مثبت است (۱۳). رضایت از زندگی به عنوان جنبه شناختی بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و منفی به عنوان ابعاد کلی‌تری که بیانگر تجارب عاطفی روزانه افراد هستند، مدل سه مؤلفه‌ای مورد پذیرش پیرامون بهزیستی روان‌شناختی

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

است (۱۴). بهزیستی روان‌شناختی یک ساختار مهم در پژوهش‌های مربوط به تفسیر شخصیت است و به عنوان ارزیابی مثبت از زندگی و تعادل میان عاطفه مثبت و منفی (positive and negative affect) تعریف شده است. رضایت از زندگی به عنوان جنبه شناختی بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و منفی به عنوان ابعاد کلی‌تری که بیانگر تجارب عاطفی روزانه افراد هستند، مدل سه مؤلفه‌ای مورد پذیرش پیرامون بهزیستی روان‌شناختی است (۱۵). بنا به تعریف Ryff، بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل پذیرش خود، رابطه مثبت، خودمختاری، هدف در زندگی، رشد شخصی و تسلط بر محیط تشکیل شده است (۱۶). نتایج مطالعه Bahreini & Chinaveh نشان داده است که بین سلامت روان‌شناختی افراد با تصویر بدنی منفی و مثبت تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنی که بهزیستی روان‌شناختی کسانی که تصویر بدنی منفی از خود دارند به نحو معناداری کمتر از افراد عادی است و در کنار این موضوع تصویر بدنی، می‌تواند اضطراب اجتماعی را به طور منفی و قابل توجهی پیش‌بینی کند (۱۷).

یکی دیگر از کارکردهایی که تحت تأثیر اختلال بدریخت انگاری بدن قرار می‌گیرد، وضعیت عاطفی مبتلایان است (۸). در حوزه هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی به عنوان دو بعد عاطفی عمده به حساب می‌آیند. به لحاظ ماهیت عاطفه مثبت و منفی چه به صورت حالت و چه به صورت رگه دو پدیده به نسبت مستقل و مجزا از یکدیگر هستند (۱۸). افرادی که عاطفه مثبت بالایی دارند، پر انرژی و با روحیه هستند و از زندگی لذت می‌برند. در مقابل افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم انرژی هستند. شواهدی پژوهشی موجود حاکی از ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری‌رسانی، دقت، تمرکز و توانایی تصمیم‌گیری بالا است و در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی‌های مقابله ای پایین با فشار و استرس و اضطراب ارتباط دارد (۱۹). عاطفه مثبت از طریق تقویت سیستم ایمنی در بهبود سلامت جسمانی نقش دارد. عاطفه مثبت می‌تواند ابطال کننده عواطف منفی و خنثی‌کننده اثرات مخرب آن‌ها باشد (۲۰). بررسی عواطف مثبت و منفی به عنوان نشانگر کنش وری مثبت و کنش وری منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و یکی از پیش‌بینی کننده‌های رضایت از زندگی نیز به حساب می‌آید (۲۱).

با توجه به وجود پیامدهایی همچون عواطف منفی و نیز بهزیستی روان‌شناختی پایین در نوجوانان دچار اختلال بدریخت انگاری، طراحی و کاربرد بسته‌های درمان روان‌شناختی برای کاستن از اثرات فوق امری ضروری به نظر می‌رسد. یکی از پرکاربردترین و جدیدترین رویکردهای درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Base Cognitive Therapy) است. به نظر می رسد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب آگاهی و درک هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار منطبق بر اهداف به هنگام تجربه هیجان‌های منفی شود، به طوری که تحقق اهداف فرد را برای فرد محقق کند (۲۲) و از این رو بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و عواطف دختران دچار نشانگان بدریخت انگاری مؤثر باشد. ذهن‌آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. روان-شناسی بالینی و روان پزشکی از دهه ۱۹۷۰ چندین برنامه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کمک به افرادی که شرایط مختلف روانی را تجربه می کنند، ارائه کرده است (۲۳). ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این که آن را خوب یا بد تلقی کند؛ بنابراین، ذهن آگاهی تنظیم ارزیابی های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (۲۴). هدف مهارت‌های ذهن آگاهی رشد خردورزی، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی به منظور تسهیل ظهور رفتار مؤثر و ماهرانه است. ایده‌های زیر بنایی از این قرار است که اگر بیمار بر پذیرش تجربه‌اش به جای تغییر دادن، تثبیت کردن یا اجتناب کردن از آن تمرکز یابد، خاموشی رفتار یا پاسخ ناخواسته را فراهم می‌آورد (۲۵). این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این که آن را خوب یا بد تلقی کند؛ بنابراین، ذهن‌آگاهی تنظیم ارزیابی های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (۲۴). جعفری و همکاران (۲۶) با مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی افراد افسرده چنین نتیجه گرفتند که هر دو مداخله شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فعال‌سازی رفتاری در بهبود عواطف منفی به یک اندازه کارآمد هستند. گودرزی و همکاران (۲۷) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

آگاهی افراد دارای علائم افسردگی نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی مؤثر است. خرمی، آتش پور و عارفی (۲۸) از پژوهش خود با عنوان « مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناخت بر نشاط ذهنی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی» چنین نتیجه گرفتند که هر دو درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناخت بر نشاط ذهنی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی اثربخش هستند. کسوگی و همکاران (۲۹) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود بهزیستی ذهنی در افراد سالم: کارآزمایی تصادفی‌سازی و کنترل شده» نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود بهزیستی ذهنی در افراد سالم اثربخش است. فورکمن و همکاران (۳۰) در پژوهشی با هدف «اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر ایده‌پردازی خودکشی افراد مبتلا به افسردگی مزمن» نشان دادند هر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر عواطف منفی اثربخش بوده‌اند.

حال با توجه به مطالب مطرح شده و شواهد پژوهشی موجود و از آنجا که نوجوانان و به ویژه نوجوانان دختر، قشر آسیب پذیر و حساس جامعه در ابتلا به بیماری های روانی به خصوص نسبت به اختلال بدشکلی بدن هستند؛ لذا درمان موفقیت آمیز در مورد این اختلال در این جمعیت می تواند نقش مهمی در ارتقاء بهداشت و سلامت روانی افراد جامعه داشته باشد و از سویی با نظر به کارایی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در فرو کاستن آسیب های روان‌شناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن بود.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش آموزان نوجوان دختر دچار نشانگان اختلال بدریخت انگاری بدن بودند که طی شش ماه نخست سال ۱۳۹۹ به کلینیک وابسته به آموزش و پرورش منطقه ۵ تهران مراجعه داشتند و از میان آن‌ها ۵۰ تن به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. با مراجعه به جدول «کوهن» (Cohen)، با توجه به تعداد گروه ها u=۲، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۸ حجم نمونه برای هر گروه معادل ۲۵ نفر به دست آمد. از جمله ملاک های ورود به پژوهش حاضر شامل تشخیص اختلال بدشکلی بدن مطابق با مصاحبه تشخیصی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ویرایش پنجم و توسط روان‌شناس بالینی، عدم تشخیص هم‌زمان اختلال‌های روان‌شناختی دیگر یا اختلال نورولوژیکی مزمن، محدوده سنی ۱۵ و ۱۶ سال و عدم دریافت هر گونه مداخله دارویی و روانی دیگر در حین انجام پژوهش و از جمله ملاک های خروج از پژوهش شامل نقض هر کدام از ملاک‌های ورود به پژوهش، شرکت نکردن در دو یا بیشتر از دو جلسه نقص در تکمیل پرسش نامه‌های پژوهش بود.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده و مقیاس های عاطفه مثبت و عاطفه منفی بود.

«مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» (Ryff Psychological Well-Being Scale-Revised Form) که توسط Ryff & Keyes در سال ۱۹۹۵ معرفی شده شامل ۱۸ عبارت است و ۶ زیرمقیاس پذیرش خود (self-acceptance)، شامل ۳ عبارت، عبارت های ۲، ۸، ۱۰؛ رابطه مثبت (positive relations)، شامل ۳ عبارت، عبارت های ۳، ۱۱، ۱۳؛ خودمختاری (autonomy)، شامل ۳ عبارت، عبارت های ۹، ۱۲، ۱۸؛ هدف در زندگی (purpose in life)، شامل ۳ عبارت، عبارت های ۵، ۱۴،۱۶؛ رشد شخصی (personal growth) و تسلط بر محیط (environmental mastery) شامل ۳ عبارت، عبارت های ۱، ۴، ۶ است. پاسخ‌دهی در یک طیف لیکرت از ۱= کاملاً مخالف تا ۶= کاملاً موافق، مورد ارزیابی قرار می دهد. حداقل نمره در این ابزار ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است و کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنایی بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. نمره ۶۳ نقطه برش پرسشنامه است که نمره بیشتر از ۶۳ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالا و نمره کمتر از ۶۳ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی پائین است (۳۱).

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

Ryff & Keyes در نمونه ای شامل ۱۱۰۸ بزرگسال بالای ۲۵ سال ساکن در ایالات‌متحده آمریکا، روایی همگرای «مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» را بر اساس همبستگی منفی آن با «مقیاس افسردگی زانگ» (Zung Depression Scale)، برای ۶ زیرمقیاس پذیرش خود، همبستگی مثبت، هدف در زندگی، رشد شخصی، خودمختاری و تسلط بر محیط به ترتیب ۰/۴۵-، ۰/۳۵-، ۰/۱۴-، ۰/۱۷-، ۰/۱۸- و ۰/۵۰- و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق برای ۶ زیرمقیاس، پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت، هدف در زندگی، رشد شخصی و خودمختاری به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۴۹، ۰/۵۶، ۰/۵۳، ۰/۵۰ و ۰/۵۷ گزارش کردند (۳۱). Clarke و همکاران در نمونه ای شامل ۴۹۶۰ سالمند در کانادا روایی سازه «مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه تجدید نظر شده» را با استفاده از تحلیل عاملی، وجود ۶ عامل تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق برای ۶ زیرمقیاس، پذیرش خود، رابطه مثبت، تسلط بر محیط، رشد شخصی، خودمختاری و هدف در زندگی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۴۸، ۰/۵۶، ۰/۵۶، ۰/۵۷ و ۰/۵۶ گزارش کردند (۳۲). بیانی و همکاران (۳۳) در نمونه ای شامل ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر روایی همگرای «مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» را بر اساس همبستگی مثبت آن با «سیاهه شادکامی آکسفورد» (Oxford Happiness Inventory) برای ۶ زیرمقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدف در زندگی و رشد شخصی به ترتیب ۰/۲۰، ۰/۶۵، ۰/۳۷، ۰/۴۳، ۰/۵۱ و ۰/۵۹ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق ۰/۸۹ گزارش شد. ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ ماه برای ۶ زیرمقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت، «خودمختاری، تسلط بر محیط، هدف در زندگی و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ گزارش شد. خانجانی و همکاران (۳۴) در نمونه ای شامل ۹۷۶ دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی روایی سازه» مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی وجود ۶ عامل را تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق دانشجو برای ۶ زیرمقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدف در زندگی و رشد شخصی به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۵۲ و ۰/۷۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای این پرسشنامه به دست آمد.

مقیاس ارزیابی عاطفه مثبت و منفی (Positive and Negative Affect) در سال ۱۹۸۸ توسط واتسون و تلگن، برای اندازه گیری دو بعد «عاطفه منفی» و «عاطفه مثبت» ساخته شده و دارای ۲۰ گویه است که در مقابل هر گویه، طیف ۵ گزینه ای از بسیار کم (نمره ۱) و بسیار زیاد (نمره ۵) قرار دارد که توسط آزمودنی رتبه بندی می‌شود و دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. ضریب همسانی درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی، ۰/۸۷ گزارش شده است. در اعتبار آزمون از راه باز آزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی، ۰/۷۱ گزارش شده است (۳۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این آزمون توسط بخشی‌پور و دژکام (۳۶) مورد مطالعه قرار گرفت. از تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی روایی سازه استفاده شد. برازش مدل با دو عامل و ۲۰ ماده بررسی شد. با توجه به مقادیر به دست آمده برای شاخص CFI = ۰/۹۲ و RMSEA= ۰/۰۵ برای ۱۰۰ دانش آموز، می‌توان نتیجه گرفت، با حذف ۶ ماده از عواطف مثبت و منفی، مدل دو عاملی از برازش خوبی برخوردار است. نتایج تحلیل‌های بدست آمده نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت (۰/۸۲) و برای عاطفه منفی (۰/۷۷) می‌باشد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۷۵ و برای عاطفه منفی ۰/۷۰ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برای این پرسشنامه به دست آمد.

در ابتدا پس از هماهنگی‌ها و ارائه توضیحات لازم در خصوص اهداف پژوهش به جهت همکاری با کلینیک وابسته به آموزش و پرورش منطقه ۵ شهر تهران و مراجعه به این مرکز، با در اختیار گذاشتن پرونده ۷۰ دانش‌آموز دختر نوجوان در محدوده سنی ۱۵ و ۱۶ سال که مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن تشخیص داده شده بودند و در پایه تحصیلی دهم و یازدهم مشغول به تحصیل بوده و در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۹ به این مرکز مراجعه داشتند، پس از کسب رضایت آگاهانه و بیان توضیحات کافی از نظر محرمانه بودن اطلاعات مراجعین (نمونه آماری) و نتایج پژوهش و همچنین رضایت کامل والدین این دانش آموزان و کسب اجازه ورودشان به طرح پژوهشی، از این میان ۵۰

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

دانش‌آموزی که نمره بالاتر از ۲۰ را اخذ کردند به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه ۲۵ نفره مداخله و کنترل جایگزین گشتند. لازم به ذکر است به دلیل حاد شدن شرایط بیماری کووید-۱۹ در شهر تهران و ورود به حالت اضطرار با رعایت کامل پروتکل بهداشتی و رضایت کامل مراجعه‌کنندگان (نمونه آماری) و هماهنگی‌های لازم جهت همکاری مرکز مشاوره سرود آفرینش، روند اجرای مداخله درمانی در این مرکز صورت پذیرفت. جلسات درمانی به صورت گروهی و هفتگی به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته در این مرکز برگزار شد. قبل از شروع جلسات درمانی هر دو گروه مداخله و کنترل به وسیله پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی و پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی مورد ارزیابی قرار گرفتند (مرحله پیش‌آزمون). سپس گروه مداخله طی ۸ جلسه دو ساعته به صورت هفتگی به مدت ۲ ماه تحت مداخله درمانی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) قرار گرفتند (گروه کنترل مداخله درمانی را دریافت نکردند). مجدداً بعد از یک هفته هر دو گروه مداخله و کنترل به وسیله دو پرسشنامه مذکور ارزیابی شدند تا تأثیرات این مداخله درمانی در دو گروه مشاهده و بررسی شود (مرحله پس‌آزمون). لازم به ذکر است که برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت کننده ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می توانند از مطالعه خارج شوند.

در پژوهش حاضر روایی محتوای پکیج درمانی مورد تأیید ۲ تن از مدرسین روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان قرار گرفت. این پکیج بر اساس کتاب ذهن آگاهی سگال، ویلیامز و تیزدال (۳۷) تهیه شده است.

جدول ۱: جلسات و محتوای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۷)

جلسات	محتوا و فعالیت هر جلسه در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	اهداف
جلسه اول	دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، هدایت خودکار، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی و جزوات جلسات اول	به شرکت‌کنندگان کمک میکند تا به وارسی بدن خود بپردازند
جلسه دوم	مرور تکلیف خانگی، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی	شرکت‌کنندگان را برمی‌انگیزد تا تمرکززدایی را یاد گرفته و وقایع خوشایند را ثبت نمایند.
جلسه سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، مراقبه نشستن و منطق اجرای آن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، تکلیف خانگی	آشنایی شرکت‌کنندگان با این نکته که افکارشان درست مثل پیامدهای هیجانی دارای پیامدهای رفتاری می‌باشد و هم‌چنین اینکه خود این پیامدهای رفتاری ممکن است ناکارآمد باشد.
جلسه چهارم	تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی، تعیین تکلیف خانگی	شرکت‌کنندگان باید بتوانند ده نوع از طرح‌واره‌های منفی رایج و معمول را تشخیص دهند و باورهایشان را درون آن ده طبقه معمول طبقه‌بندی کنند.
جلسه پنجم	مرور و بررسی جلسه قبل، قبل از هر تغییری باید خود را به همان‌گونه‌ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازهدهی و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تعیین تکلیف خانگی	آگاهی از افکار و احساسات، وقایع خوشایند و ناخوشایند و شناسایی واکنش‌های شرکت‌کنندگان نسبت به آن‌ها و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم
جلسه ششم	تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آموزش توجه به ذهن و اینکه افکار حقایق نیستند، خلق و افکار منفی، ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند؛ درک این مطلب که افکار فقط فکر هستند، مراقبه نشستن ۴۰ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات افکار بازنگری، آماده شدن برای اتمام دوره	شرکت‌کنندگان این عقیده باید بپذیرند که باورها تغییرپذیر هستند و بپذیرند که این امکان وجود دارد که آن‌ها بتوانند به باورهایشان به طور عینی توجه کنند
جلسه هفتم	تمرین بازنگری تکلیف خانگی،۴۰ دقیقه مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، برنامهریزی فعالیت؛ تعیین و تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط برانگیز، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و تمرین	هشیار بودن نسبت به نشانه‌های اختلال: تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های اختلال.
جلسه هشتم	بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی	به‌کارگیری تمرینات و آموخته‌های جلسات در هر لحظه در زندگی و آینده

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

برای تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری های مکرر، آزمون های آماری کلموگروف-اسمیرنف، لون و ام باکس و آزمون تعقیبی بن فرونی و نرم‌افزار SPSS و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شده است.

یافته ها

در پژوهش حاضر در گروه مداخله ۵۲ درصد و در گروه کنترل ۵۶ درصد افراد ۱۵ سال ، ۴۸ درصد در گروه مداخله و ۴۴ درصد در گروه کنترل ۱۶ سال بودند. ۴۴ درصد در گروه مداخله و ۵۲ درصد در گروه کنترل پایه دهم و ۵۶ درصد در گروه مداخله و ۴۸ در گروه کنترل پایه یازدهم بودند.

جدول ۲: شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)
نمره کلی بهزیستی	مداخله	۲۵	۶۶/۶۴(۸/۴۱)	۷۲/۴۸(۸/۴۷)	۷۳/۳۶(۸/۴۷)
	کنترل	۲۵	۷۹/۴۴(۸/۴۰)	۶۷/۶۸(۷/۷۴)	۶۷/۲۰(۸/۱۱)
عاطفه مثبت	مداخله	۲۵	۳۳/۳۲(۹/۲۵)	۳۷/ ۴۰(۹/۵۸)	۳۸/ ۵۶(۹/۳۱)
	کنترل	۲۵	۳۵/۷۶(۹/۱۲)	۳۳/۰۸(۸/۱۷)	۳۱/۳۲(۸/۱۵)
عاطفه منفی	مداخله	۲۵	۳۸/۳۶(۸/۴۰)	۳۴/ ۴۸(۸/۶۶)	۳۲/ ۶۰(۸/۴۱)
	کنترل	۲۵	۳۴/۹۶(۷/۴۴)	۳۶/۱۶(۷/۶۳)	۳۶/۴۰(۷/۶۰)

نتایج (جدول ۲) نشان داد که در شرایط پیش آزمون بین میانگین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی و عاطفه مثبت و منفی، گروه مداخله و کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روانی و ابعاد آن (پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی)، عاطفه مثبت و منفی، نگرانی از تصویر بدنی و افکار خودکشی در قیاس با گروه کنترل و تفاوت وجود دارد.

قبل از تحلیل داده های پژوهش مفروضه های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. از مهمترین این مفروضه ها مفروضه نرمال بودن است.برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنف استفاده شد. آماره کلموگروف-اسمیرنف برای پیش آزمون تمامی متغیرها محاسبه شد که مقدار آن برای همه متغیرها غیر معنی دار بود.

جدول ۳: بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش در پیش آزمون

متغیرها	آزمون کلموگروف-اسمیرنف برای نرمال بودن آماره	 سطح معنی داری
نمره کلی بهزیستی	۰/۵۶	۰/۹۰
عاطفه منفی	۰/۷۹	۰/۵۵
عاطفه مثبت	۰/۹۸	۰/۲۹

بررسی نتایج آزمون ام باکس برای بررسی یکسانی ماتریس های واریانس- کوواریانس

نتایج بدست آمده از آزمون Box's M در (جدول ۴) آورده شده است و نشان می دهد که فرض همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس نیز برآورده شده است. چون سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

جدول۴ : بررسی یکسانی ماتریس های واریانس – کوواریانس

متغیرها	Mbox	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معنی داری
نمره کلی بهزیستی	۹/۰۹	۱/۴۱	۶	۱۶۶۹۳۱/۱۳	۰/۲۱

بررسی نتایج آزمون موچلی برای بررسی کرویت واریانس درون- گروهی

نتایج به دست آمده از آزمون موچلی برای بررسی کرویت در جدول زیر آورده شده است. با توجه به اینکه آزمون موچلی برای متغیر نمره کلی بهزیستی در سطح (P=۰/۰۵) معنی دار شده است ، بنابراین، فرض کرویت برآورده نشده است. میزان انحراف از کرویت را می توان به ۳ روش اندازه گیری نمود که عبارتند از: گرین هاوس- گیزر، هینه- فلت، تخمین کران- پایین تر. مقادیر تخمینی برای هر دو روش گرین هاوس- گیزر و هینه- فلت می توانند در محدوده کران پایین تر (بیشترین انحراف ممکن از کرویت با توجه به داده ها) و ۱ (بدون هیچگونه انحراف از کرویت) تغییر نماید.

در صورت برآورده نشدن فرض کرویت، نتایج مربوط به آزمون F بایستی بر اساس تعدیل درجه آزادی استفاده شود. برای تعدیل درجه آزادی، از سه تخمین فوق که به آنها اپسیلون گفته می شود و در جدول F ارائه می شوند، استفاده می شود. برای انتخاب روش مناسب بایستی به صورت زیر عمل نمود: در صورتی که مقدار اپسیلون به دست آمده از روش تخمینی گرین هاوس- گیزر بیشتر از ۰/۷۵ باشد، از اصلاح هینه- فلت و در غیر این صورت از اصلاح گرین ها وس-گیزر استفاده می شود.

جدول ۵: مقادیر آزمون موچلی برای بررسی کرویت واریانس درون- گروهی

	Mauchly›s W	مجذورکای تقریبی	df	sig	اپسیلون		
					گرین هاوس-گیزر	هینه- فلت	کران- پایین تر
نمره کلی بهزیستی	۰/۰۸	۱۲۱/۸۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۵

جدول ۶ : مقادیر آزمون لِوِن برای بررسی همگونی واریانس ها

متغیر وابسته	F	Df1	Df2	Sig
پیش آزمون نمره کلی بهزیستی	۰/۰۸	۱	۴۸	۰/۷۷
پس آزمون نمره کلی بهزیستی	۰/۰۵	۱	۴۸	۰/۸۱
پیگیری نمره کلی بهزیستی	۰/۲۰	۱	۴۸	۰/۶۶

(جدول ۶) به بررسی میزان به دست آمده از آزمون لِوِن می پردازد. همان طور که مشاهده می شود با توجه به عدم معنی داری آزمون(P>۰.۰۵) همگونی واریانس ها در دو زمان از سه زمان انجام آزمون برقرار است.

جدول ۷ : همگنی ماتریس واریانس کوواریانس نمرات نمره کلی بهزیستی در گروه آزمایشی و گروه کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

اثر		مقدار	F	فرضیه df	خطای df	Sig	ضریب ایتا
درون- آزمودنیها	درمان	۰/۴۲	۱۷/۱۸	۲	۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۲
		۰/۵۷	۱۷/۱۸	۲	۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۲
		۰/۷۳	۱۷/۱۸	۲	۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۲
		۰/۷۳	۱۷/۱۸	۲	۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۲
	درمان * گروه	۰/۱۳	۳/۵۸	۲	۴۷	۰/۰۳	۰/۱۳
		۰/۸۶	۳/۵۸	۲	۴۷	۰/۰۳	۰/۱۳
		۰/۱۵	۳/۵۸	۲	۴۷	۰/۰۳	۰/۱۳
		۰/۱۵	۳/۵۸	۲	۴۷	۰/۰۳	۰/۱۳

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

با توجه به معنی دار بودن نتیجه آزمون در تمامی مدل ها در مورد اثرات درون- آزمودنی ها (زمان)، می توان نتیجه گرفت که حداقل بین دو مرحله زمانی و تغییرات مربوط به متغیرهای مورد بررسی در مراحل زمانی مختلف متفاوت بوده است.

با توجه به معنی دار بودن نتیجه آزمون ها در مورد اثر متقابل بین زمان و گروه، می توان نتیجه گرفت که رفتار اثر گروه ها روی حداقل یکی از متغیرهای وابسته در حداقل دو مرحله زمانی متفاوت است. به این معنی که از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته، گروه ها در پیش آزمون رفتاری دارند که ممکن است در پس آزمون یا پیگیری متفاوت باشد. در صورت یکسان بودن گروه ها در پیش آزمون از نظر آن متغیر وابسته این در حقیقت نشان دهنده اثر معنی دار حداقل یکی از مداخلات بوده است.

با توجه به اینکه آزمون Box's M معنی دار نشده است، بنابراین، امکان استفاده از نتایج آزمون چند متغیری وجود دارد. در (جدول۷) نتایج آزمون واریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره کلی بهزیستی در گروه آزمایشی با روش راه حل محور و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آورده شده است. در این جدول، چهار ردیف داده برای محاسبه معنی داری ارائه شده است که هر ردیف مربوط به یکی از روش های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی می باشد.

جدول۸ : اثرات بین آزمودنی ها (گروه) حاصل از تحلیل واریانس اندازه مکرر بر روی میانگین نمره کلی بهزیستی در گروه آزمایشی و گروه کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب ایتا
گروه	۴۳۷۴	۱	۴۳۷۴	۲/۰۶	۰/۱۶	۰/۰۴
خطا	۱۰۱۶۹۷/۷۱	۴۸	۲۱۱۸/۷۰			

بر اساس داده های (جدول ۸) می توان گفت که با توجه به سطح معنی داری به دست آمده در قسمت تأثیرات گروه آزمایشی گروه های مورد بررسی (آزمایش و کنترل) تفاوت معنی دار وجود ندارد ($p>۰.۰۵$).

تحلیل نتایج آزمون های مربوط به اثرات درون آزمودنی ها

با توجه به اینکه بر اساس نتایج آزمون موچلی ارائه شده در جدول، فرض کرویت برآورده نشده است، بایستی از روش اصلاح اپسیلون استفاده نمود. همچنین، به دلیل اینکه مقدار اپسیلون بدست آمده از روش تخمینی گرین هاوس-گیزر برای تمامی متغیرهای وابسته مورد بررسی کمتر از ۰/۷۵ می باشد از اصلاح گرینه اوس-گیزر برای تفسیر نتایج استفاده می شود. بنابراین، در جدول مربوط به نتیجه آزمون آنوا (تک متغیری) بررسی اثرات درون آزمودنی ها، سطر مربوط به روش گرینه اوس-گیزر را گزارش می دهیم.

جدول ۹ : اثرات درون آزمودنی ها

منبع		نوع ۳ مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نمره کلی بهزیستی	گرین هاوس-گیزر	۱۵۳۶۷/۰۵	۱/۰۳	۱۴۷۹۱/۸۶	۳۲/۲۵	۰/۰۰۰
نمره کلی بهزیستی *گروه	گرین هاوس-گیزر	۳۴۱۰/۶۸	۱/۰۳	۳۲۸۳/۰۲	۷/۱۶	۰/۰۱
خطا	گرین هاوس-گیزر	۲۲۸۷۰/۹۳	۴۹/۸۶	۴۵۸/۶۴		

حال که اثرات متقابل درون گروهی آزمودنی ها معنادار است مقایسه های چندگانه انجام می شود.

مقایسه های چندگانه با آزمون تعقیبی بونفرونی

جدول ۱۰: مقایسه های چندگانه

(I) factor1	(J) factor1	Mean Difference (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
۱	۲	-۲۱/۳۴	۳/۸۱	۰/۰۰۰
	۳	-۲۱/۶۰	۳/۷۰	۰/۰۰۰
۲	۱	۲۱/۳۴	۳/۸۱	۰/۰۰۰
	۳	-۰/۲۶	۰/۶۱	۰/۹۹
۳	۱	۲۱/۶۰	۳/۷۰	۰/۰۰۰
	۲	۰/۲۶	۰/۶۱	۰/۹۹

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

با توجه به جدول فوق نمره کلی بهزیستی بین مرحله پیگیری و پس آزمون تفاوت معناداری ندارد. اما بین مرحله پیش آزمون با هر دو مرحله ی پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و در مرحله پس آزمون و پیگیری از مرحله پیش آزمون بیشتر است.

بررسی نتایج آزمون ام باکس برای بررسی یکسانی ماتریس های واریانس- کوواریانس

نتایج بدست آمده از آزمون Box's M در (جدول ۱۱) آورده شده است و نشان می دهد که فرض همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس نیز برآورده شده است. چون سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است.

جدول۱۱: بررسی یکسانی ماتریس های واریانس – کوواریانس

متغیرها	Mbox	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معنی داری
عاطفه ی مثبت و منفی	۱۲/۰۹	۱/۷۷	۱۲	۸۸۴۵/۰۷	۰/۱۲

بررسی نتایج آزمون موچلی برای بررسی کرویت واریانس درون- گروهی

نتایج به دست آمده از آزمون موچلی برای بررسی کرویت در جدول زیر آورده شده است. با توجه به اینکه آزمون موچلی برای متغیرهای عاطفه مثبت و منفی در سطح (P=۰/۰۵) معنی دار شده است.

جدول ۱۲: مقادیر آزمون موچلی برای بررسی کرویت واریانس درون- گروهی

	Mauchly›s W	مجذورکای تقریبی	df	Sig	گرین هاوس-گیزر	اپسیلون هینه- فلت	کران- پایین تر
عاطفه ی مثبت و منفی	۰/۰۰۱	۴۷۲/۸۰	۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۲۰

جدول ۱۳: مقادیر آزمون لِون برای بررسی همگونی واریانس ها

متغیر وابسته	F	Df1	Df2	Sig
پیش آزمون عاطفه مثبت	۱/۱۵	۱	۴۸	۰/۲۹
پس آزمون عاطفه مثبت	۱/۰۵	۱	۴۸	۰/۳۱
پیگیری عاطفه مثبت	۰/۷۹	۱	۴۸	۰/۳۷
پیش آزمون عاطفه منفی	۰/۰۵	۱	۴۸	۰/۸۳
پس آزمون عاطفه منفی	۰/۰۸	۱	۴۸	۰/۷۸
پیگیری عاطفه منفی	۰/۰۱	۱	۴۸	۰/۹۱

(جدول۱۳) به بررسی میزان به دست آمده از آزمون لِون می پردازد. همان طور که مشاهده می شود با توجه به عدم معنی داری آزمون(P>۰,۰۵) همگونی واریانس ها در دو زمان از سه زمان انجام آزمون برقرار است.

جدول۱۴: جدول همگنی ماتریس واریانس کوواریانس نمرات عاطفه مثبت ومنفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

	اثر		مقدار	F	فرضیه df	خطای df	Sig	ضریب ایتا
درون- آزمودنی ها	درمان	اثر پیلایی	۰/۱۵	۱/۵۶	۵	۴۴	۰/۱۹	۰/۱۵
		لامبدای ویلکز	۰/۸۵	۱/۵۶	۵	۴۴	۰/۱۹	۰/۱۵
		اثر هتلینگ	۰/۱۸	۱/۵۶	۵	۴۴	۰/۱۹	۰/۱۵
		بزرگترین ریشه روی	۰/۱۸	۱/۵۶	۵	۴۴	۰/۱۹	۰/۱۵
	درمان * گروه	اثر پیلایی	۰/۱۰	۰/۹۹	۵	۴۴	۰/۴۳	۰/۱۰
		لامبدای ویلکز	۰/۹۰	۰/۹۹	۵	۴۴	۰/۴۳	۰/۱۰
		اثر هتلینگ	۰/۱۱	۰/۹۹	۵	۴۴	۰/۴۳	۰/۱۰
		بزرگترین ریشه روی	۰/۱۱	۰/۹۹	۵	۴۴	۰/۴۳	۰/۱۰

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

با توجه به معنی دار بودن نتیجه آزمون در تمامی مدل ها در مورد اثرات درون- آزمودنی ها (زمان)، می توان نتیجه گرفت که بین مراحل زمانی و تغییرات مربوط به متغیرهای مورد بررسی در مراحل زمانی مختلف تفاوت معناداری نبوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن بود. یافته ها حاکی از تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پس آزمون ($P\leq$۰/۰۰۱، ۲۲/۴۹= F(۱،۴۸)) در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پس‌آزمون ($P\leq$۰/ ۰۰۱، ۱۳/۸۹= F(۱،۴۸)) در متغیر عاطفه مثبت و متغیر عاطفه منفی ($P\leq$۰/ ۰۰۱، ۳۰/۴۵= F(۱،۴۸)) بود.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر همسو با یافته های پژوهش جعفری و همکاران (۲۶)، گودرزی و همکاران (۲۷)، کسوگی و همکاران (۲۹)، خرمی، آتش پور و عارفی (۲۸) و فورکمن و همکاران (۳۰) است.

جعفری و همکاران (۲۶) با مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی افراد افسرده چنین نتیجه گرفتند که هر دو مداخله شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فعال‌سازی رفتاری در بهبود عواطف منفی به یک اندازه کارآمد هستند. گودرزی و همکاران (۲۷) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی مؤثر است. خرمی، آتش پور و عارفی (۲۸) از پژوهش خود با عنوان « مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناخت بر نشاط ذهنی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی» چنین نتیجه گرفتند که هر دو درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناخت بر نشاط ذهنی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری مادران کودکان فلج مغزی اثربخش هستند. کسوگی و همکاران (۲۹) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود بهزیستی ذهنی در افراد سالم: کارآزمایی تصادفی‌سازی و کنترل شده» نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود بهزیستی ذهنی در افراد سالم اثربخش است. فورکمن و همکاران (۳۰) در پژوهشی با هدف «اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر ایده‌پردازی خودکشی افراد مبتلا به افسردگی مزمن» نشان دادند هر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر عواطف منفی اثربخش بوده‌اند.

در تبیین یافته حاضر می توان گفت ذهن آگاهی مثبت با افزایش خودشفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که طی آن از تجربه هیجان های دردآور و ناگوار ممانعت به عمل نمی آید، بلکه تلاش می‌شود احساسات به صورتی مهربانانه پذیرفته شوند؛ بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (۳۸)؛ بلکه تلاش می‌شود بسیار مهربانانه با احساسات و هیجان ها به همان صورتی که هستند برخورد شود و مورد پذیرش قرار گیرند؛ در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می دهند و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای مقابله ای سازنده و جدید استفاده کند (۳۹) و بدین ترتیب در این فرایند فرد با تمرین توجه (۴۰) و با به چالش کشیدن محتوای افکار و هیجان های خود بر مشکلاتش فائق می آید (۴۱). درمان ذهن آگاهی می توان گفت ذهن آگاهی را می توان به توجه و آمادگی ذهنی تعبیر کرد که فرد را قادر به درک و پردازش رویدادهایی که در پیرامونش اتفاق می افتد؛ می سازد تا بتواند تصمیم های عاقلانه ای بگیرد و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد (۴۲). به همین علت، مداخلات ذهن‌آگاهی به عنوان مداخلاتی شناخته می‌شوند که ضمن تمرکز بر حلقه‌های حسی، به‌خوبی می‌توانند عواطف و هیجان‌ها را به‌صورت عمیق مورد توجه قرار دهند و رابطه بین شناخت- عاطفه را تبیین نمایند. برخی از این مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات ذهن‌آگاهی نه تنها موجب بهبود قابلیت‌های هیجانی می‌شوند، بلکه به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم و از طریق خود نظم‌بخشی هیجانی بهبود عواطف (مثبت و منفی) افراد را به دنبال دارند (۴۱). تمرین مراقبه که تجربیات ذهنی و اطلاعات حسی به صورت فراشناختی بدون ارزیابی یا تفسیر، مورد بررسی قرار می‌گیرند- ظاهراً پرورش این حالت دارای تأثیرات نظارتی مثبت بر روی احساسات است

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

(۳۸). در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی می توان گفت ذهن‌آگاهی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر را قادر ساخت تا رویدادهایی که در پیرامونش اتفاق می افتد، به درستی درک و پردازش کنند تا بتواند تصمیم های عاقلانه ای بگیرند و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهند (۴۲). به همین علت، ذهن گاهی ضمن تمرکز بر حلقه‌های حسی این نوجوانان، به‌خوبی عواطف و هیجان‌های آن‌ها را به صورت عمیق موردتوجه قرار داده و رابطه بین شناخت- عاطفه را برای آن‌ها تبیین کرد (۴۱). به نوجوانانی که ذهن آگاهی را دریافت کردند چنین رهنمود داده شد که در مقابل مقاومت یا اجتناب از تجارب خود ذهن آگاهانه عملکرد کرده و تجارب خود هرچند نامطلوب را بپذیرند. این موضوع موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در این نوجوانان و در نتیجه، بهبود فرایندهای شناختی و هیجانی شد (۳۹). ذهن‌آگاهی همچنین از آنجا که نوجوانان دچار نشانگان اختلال بدریخت انگاری از سوگیری توجه به یک سری مسائل برخوردارند، بر روی کارکردهای مربوط به توجه انتخابی و پایدار در این نوجوانان تأثیر مثبتی به جای گذاشت (۴۰). از آنجا که ذهن آگاهی، پذیرش تجربه را بدون قضاوت و عدم تلاش برای سرکوبی تجربه، منعکس می کند که این امر می تواند باعث کاهش رفتار واکنشی افراد در مواقعی که با افکار مزاحم روبه‌رو می شوند، بشود و به آن‌ها اجازه بدهد که نشانگان اختلال بدریخت انگاری را متوقف کنند. درواقع، می توان گفت که چون ذهن‌آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان ها و پدیده های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می افتند، کمک می کند می تواند در تعدیل نمرات افکار خودکشی نوجوانان با اختلال افسردگی اساسی تأثیر داشته باشد؛ زیرا از جنبه های مهم درمانهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می گیرند با هیجان ها و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند (۴۳).

نتیجه گیری

نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن مؤثر است. در این پژوهش از ابزار خودگزارشی برای اندازه گیری استفاده شد که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود و انکار کرده باشند و لذا جانب احتیاط باید رعایت شود. تکرار پژوهش در نمونه و جوامع آماری دیگر نیز ضمن اینکه می‌تواند به تعمیق شناخت در این حوزه کمک کند، برای صحت سنجی نتایج حاضر نیز می‌تواند مفید باشد. همچنین پیشنهاد می شود که در کنار درمان های پزشکی زمینه آموزش مداخلات رفتاری نظیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای نوجوانان دچار نشانگان اختلال بدریخت انگاری فراهم شود.

ملاحظات اخلاقی

برای انجام این پژوهش، پس از کسب مجوزهای لازم از کلینیک وابسته به آموزش و پرورش منطقه ۵ تهران و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.132 به این کلینیک مراجعه شد. به افراد شرکت‌کننده در این مطالعه این اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به طور کاملاً ناشناس باقی می ماند و بعد از مطالعه نیز تمامی این اطلاعات محفوظ باقی خواهد ماند. همچنین تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه فرم رضایت‌نامه شرکت در این مطالعه را پر کرده و تمامی مقاصد مطالعه برای شرکت‌کنندگان به طور کامل شرح داده شده است.

کاربردی عملی مطالعه

از آنجایی که شناخت¬درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن مؤثر بوده است. پس برای مسئولین و متخصصان سلامت روشی قابل استفاده است که در کنار درمان های پزشکی زمینه آموزش مداخلات رفتاری نظیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای نوجوانان دچار نشانگان اختلال بدریخت انگاری فراهم سازند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی انجام شده است.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری خانم زهرا بحرینی نویسنده اول مقاله، رشته روان شناسی، با راهنمایی

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

آقـای دکتـر فرهادکهرازهـی در دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد زاهـدان اسـت کـه در سـامانه ملـی اخـلاق در پژوهـش هـای زیسـت پزشـکی بـه نشـانی https://ethics.research.ac.ir و بـا کـد اخـلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.132 ثبـت شـده اسـت. بدیـن وسـیله از همـه دختـران نوجوانـی کـه در ایـن پژوهـش شـرکت کردنـد، همچنیـن مسـئولین دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد زاهـدان کـه بـا همـکاری خـود امـکان ایـن پژوهـش را فراهـم آورنـد تشـکر و قدردانـی می‌نماییـم.

References

1. Mohammadalipour Z, Rasoli M, Asadpour E, Zahrakar K. The Effectiveness of Group Counseling Based on Acceptance and Commitment Therapy on Body Image and Self-Esteem of Female University Students. Journal of Applied Psychology. 2020;14(2):75-51.
2. Mansourinik A, Davoudi I, Neisi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Tamannaeifar MR. The relationship between body discrepancy and body image maladaptive coping strategies in female students: the mediating role of self-compassion and body shame. J Res Psychol Health. 2019;12(4):1-15. Doi: 10.52547/rph.12.4.1
3. Dehestani M, Azizi Z. The Effectiveness of Group Schema Therapy on Body Dysmorphic Symptoms and Early Maladaptive Schemes in Girl Students with Overweight Concerns. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2019;13(47):47-56.
4. He W, Shen C, Wang C, Jia Y, Wang J, Wang W. Body dysmorphic disorder patients: Their affective states, personality disorder functioning styles and body image concerns. Personality and Individual Differences. 2018;131:1-6. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.04.015
5. Asken MJ, Grossman D, Christensen LW. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Pub-lishing, 2013. Archibald, Herbert C., and Read D. Tuddenham."Persistent Stress Reac-tion after Combat: A 20-Year Follow-Up." Archives of General Psy. Therapy. 2007;45(10):2317-25.
6. Schneider SC, Baillie AJ, Mond J, Turner CM, Hudson JL. The classification of body dysmorphic disorder symptoms in male and female adolescents. Journal of affective disorders. 2018;225:429-37. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.062
7. Sharma H, Sharma B, Patel N. Body dysmorphic disorder in adolescents. Adolescent Psychiatry. 2019;9(1):44-57. https://doi.org/10.2174/2210676608666181031105706
8. Yadolahi Bastani S. Schema therapy and body deformity disorder, Tehran: Arman Danesh. 2020.
9. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clinical psychology review. 2016;49:55-66. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002
10. Riahi ME. Gender differences in the level of body image satisfaction. Women in Development & Politics. 2011;9(3):5-33.
11. Diener E, Oishi S, Lucas RE. National accounts of subjective well-being. American psychologist. 2015;70(3):234. https://doi.org/10.1037/a0038899
12. Pahlavan A, Pahlavan M. Quality of life style and skills. Tehran: Measurement and Knowledge. 2020.
13. Pourranjbar M, Khodadadi MR, Farid Fathi M. Correlation between sport participation, psychological well-being and physical complaints among students of Kerman University of Medical Sciences. Journal of Health Promotion Management. 2019;8(1):64-73.
14. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological bulletin. 1999;125(2):276. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276
15. Diener E, Tay L. Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. International Journal of Psychology. 2015;50(2):135-49. https://doi.org/10.1002/ijop.12136
16. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and psychosomatics. 2014;83(1):10-28. Doi: 10.1159/000353263 https://doi.org/10.1159/000353263
17. Bahreini J, Chinaveh M. Comparison of social anxiety, body image and psychological well-being in the applicants of cosmetic surgery and non-applicant people. Indian Journal of Health & Wellbeing. 2018;9(6):865-8.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

18. Larsen JT, Hershfield H, Stastny BJ, Hester N. On the relationship between positive and negative affect: Their correlation and their co-occurrence. Emotion. 2017;17(2):323. https://doi.org/10.1037/emo0000231
19. Spindler H, Denollet J, Kruse C, Pedersen SS. Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: Validation of the Danish Global Mood Scale. Journal of Psychosomatic Research. 2009;67(1):57-65. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.003
20. Dockray S, Steptoe A. Positive affect and psychobiological processes. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2010;35(1):69-75. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.01.006
21. Schimmack U, Oishi S, Diener E. Cultural influences on the relation between pleasant emotions and unpleasant emotions: Asian dialectic philosophies or individualism-collectivism? Cognition & Emotion. 2002;16(6):705-19. 10. https://doi.org/10.1080/02699930143000590
22. Hosein Esfand Zad A, Shams G, Pasha Meysami A, Erfan A. The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;22(4):270-83. https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.270
23. Harrington A, Dunne JD. When mindfulness is therapy: Ethical qualms, historical perspectives. American Psychologist. 2015;70(7):621. https://doi.org/10.1037/a0039460
24. Gardhouse K. Impacts of Stress and Therapy Homework on Momentary Assessments of Positive and Negative: University of Toronto (Canada); 2015.
25. Sadeghi M, Mirzaeirad R. The relationship between mindfulness and borderline personality and suicidal thoughts in people under methadone maintenance therapy in Rafsanjan in 2018: a descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2020;18(11):1129-42.
26. Jafari D, Salehi M, Mohmmadkhani P. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and behavioral activation treatment for depression in reducing symptoms, improving quality of life and decreasing suicidal thoughts in depressed individuals. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2015.
27. Goudarzi M, Ghasemi N, Mirderikvand F, GholamreZaei S. The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people With depression symptoms. Shenakht journal of psychology & psychiatry. 2018;5(5):53-68. https://doi.org/10.29252/shenakht.5.5.53
28. Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Mental Vitality and Resilience among Mothers of Children with Cerebral Palsy. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2020;12(1):63-72. Doi: 10.29252/nkjmd-12019.
29. Kosugi T, Ninomiya A, Nagaoka M, Hashimoto Z, Sawada K, Park S, et al. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Improving Subjective and Eudaimonic Well-Being in Healthy Individuals: A Randomized Controlled Trial. Frontiers in Psychology. 2021:3703. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700916
30. Forkmann T, Brakemeier E-L, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. Journal of affective disorders. 2016;200:51-7. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.047
31. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology. 1995;69(4):719. https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719
32. Clarke PJ, Marshall VW, Ryff CD, Wheaton B. Measuring psychological well-being in the Canadian study of health and aging. International psychogeriatrics. 2001;13(S1):79-90. https://doi.org/10.1017/S1041610202008013
33. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2008;14(2):146-51.
34. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]

properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2014;9(32):27-36.

35. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. Journal of personality and social psychology. 1988;54(6):1063. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063
36. Bakhshipourroudsari A, Dejkam M. Confirmatory factor analysis of positive and negative emotion scales. Journal of Psychology. 2004, 4 (9): 351-365.
37. Segal ZV, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Guilford Publications; 2018.
38. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. Consciousness and cognition. 2014;28:64-80. https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.06.005
39. Morgan L, Danitz S, Roemer L, Orsillo S. Mindfulness approaches to psychological disorders. 2016. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00264-0
40. Wimmer L, Bellingrath S, von Stockhausen L. Mindfulness Training for Improving Attention Regulation in University Students: Is It Effective? and Do Yoga and Homework Matter? Frontiers in psychology. 2020;11:719. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00719
41. Jalali D, Aghaei A, Talebi H, Mazaheri M. Comparing the Effectiveness of Natived Mindfulness Based Cognitive Training (MBCT) and Cognitive-Behavioral Training on Dysfunctional Attitudes and Job Affects in Employees. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2015;5(1):1-20.
42. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. Personality and Individual Differences. 2020;152:109568. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568
43. Shayganfar N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Suicidal Thoughts of Female Students with Major Depression Disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2020;9(7):25-34. .

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-06]

[DOI: DOI: 10.22034/IJRN.8.2.7]