مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۶، شماره ۶، شهریور ۱۳۹۸
http://rjms.iums.ac.ir
مقاله پژوهشی

رابطه‌ی بین هم آمیزی شناختی تصویر بدن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، معنا در زندگی و ذهن آگاهی با اختلال بدشکلی بدن در دانش‌آموزان دختر

سارا دستگیر: کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران
جواد کریمی: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران (*نویسنده مسئول) j.karimi@malayeru.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بدشکلی بدن، یکی از اختلالات شایع دوران نوجوانی می‌باشد که به صورت اشتغال ذهنی با نقص تخیلی یا تحریف مبالغه‌آمیز یک عیب خفیف و جزئی در ظاهر جسمانی تعریف می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین هم آمیزی شناختی تصویربدن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، معنا در زندگی و ذهن آگاهی با اختلال بدشکلی بدن در بین دختران دبیرستانی شهر خرم‌آباد بود.

روش کار: این پژوهش از نوع همبستگی بود و جامعه آماری این تحقیق کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در شهر خرم‌آباد بود که از بین آنان تعداد ۳۶۴ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع‌اوری اطلاعات شامل: مقیاس اصلاح شده اختلال وسواس فکری-عملی ییل-بروان برای اختلال بدشکلی بدن، پرسش‌نامه هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن(CFQ-BI)، پرسشنامه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن(BIPIS)، مقیاس زندگی ارزش‌محو (ELS) و پرسشنامه پرسشنامه ذهن آگاهی (MAAS) بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۲ و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغییری به روش گام به گام استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین هم آمیزی شناختی تصویربدن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، معنا در زندگی و ذهن آگاهی با اختلال بدشکلی بدن رابطه معنادار آماری وجود داشت ($p< ۰/۰۵$). همچنین یافته‌ها نشان داد که متغیرهای هم‌آمیزی شناختی تصویر بدن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، معنا در زندگی و ذهن آگاهی نقش معنی‌داری در پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن دانش‌آموزان دختر داشت، این چهار متغییر ۸۵/۷ درصد از تغییرات اختلال بدشکلی بدن را پیش‌بینی کرد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش هم آمیزی شناختی تصویربدن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، معنا در زندگی و ذهن آگاهی توان پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن را دارا هستند و در درمان اختلال بدشکلی بدن باید مورد توجه قرار گیرند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

کلیدواژه‌ها
اختلال بدشکلی بدن،
انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن،
ذهن آگاهی،
معنا در زندگی،
هم‌آمیزی شناختی تصویر بدن

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۰۷
تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۱۲

شیوه استناد به این مقاله:
Dastgir S, Karimi J. The relationship of body image-related cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning of life and mindfulness with body dysmorphic disorder in female students. Razi J Med Sci. 2019;26(6):1-12.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

Razi Journal of Medical Sciences.2019;26(6):1-12. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The relationship of body image-related cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning of life and mindfulness with body dysmorphic disorder in female students

Sara Dastgir, MA in Psychology, University Malayer, Malayer, Iran
Javad Karimi, Assistant Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanity Sciences, University of Malayer, Malayer, Iran (*Corresponding author) j.karimi@malayeru.ac.ir

Abstract

Background: Body dysmorphic disorder is one of the most common adolescent disorders, which is defined as preoccupation with imaginary defect or exaggerated distortion of a minor physical defect. The purpose of the present study is to investigate the relationship of body image-related cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning of life and mindfulness with body dysmorphic disorder in a group of female students in Khoramabad city.

Methods: This is a correlation study and the population comprised of all second-grade female students in Khoramabad city in 2016-17 academic year. Of these, n=364 were selected using random cluster sampling. The data collection instruments were the modified Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder, Cognitive Fusion Questionnaire- Body Image (CFQ-BI), Body Image Psychological Inflexibility Scale (BIPIS), Engaged Living Scale (ELS) and Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS). The collected data were analyzed using SPSS-v22.0, Pearson correlation coefficient and multivariate regression analysis using a step-wise method.

Results: The results showed that body image-related cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning of life and mindfulness were significantly correlated with body dysmorphic disorder in female students ($p<0.05$). Body image-related cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning of life and mindfulness played a significant role in anticipating the body dysmorphic disorder in female students. These four variables predicted 85.7% of variation in body dysmorphic disorder.

Conclusion: According to the results, body image-related cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning of life and mindfulness can predict body dysmorphic disorder. Hence, they need to be considered in the treatment of body dysmorphic disorder.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Keywords
Body dysmorphic disorder,
Body image psychological inflexibility,
Mindfulness,
Meaning of life,
Body image-related cognitive fusion

Received: 27/04/2019
Accepted: 03/08/2019

Cite this article as:
Dastgir S, Karimi J. The relationship of body image-related cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning of life and mindfulness with body dysmorphic disorder in female students. Razi J Med Sci. 2019;26(6):1-12.

This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

مقدمه

در عصر حاضر با توجه به گسترش رسانه‌های ارتباط جمعی و ایجاد فرصت مقایسه افراد با یکدیگر یکی از دغدغه‌ها و نگرانی‌های افراد مربوط به ظاهر و شکل بدن خود است و به نوعی رسیدگی به وضعیت ظاهری خود را مورد توجه و دقت قرار می‌دهند. اختلال بدشکلی بدن Body dysmorphic disorder یکی از اختلالات شایع دوران نوجوانی می‌باشد. ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن که در گذشته بدشکلی هراسی (Dysmorphic phobia) نامیده می‌شد عبارت است از اشتغال ذهنی فرد با نوعی نقص در ظاهر که این نقص یا خیالی است یا نوعی نابهنجاری جسمی جزئی است که دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب آور است (۱). در چاپ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌شناسی آمریکا این اختلال زیرمجموعه اختلالات طیف وسواس بوده و با ملاک‌های اشتغال ذهنی به یک یا چند نقص که بطور واضح از نظر دیگران قابل مشاهده نیست و یا کم بنظر می‌رسد مشخص شده است (۲).

در طول دوره نوجوانی افراد تغییرات فیزیولوزیکی، روان شناختی و اجتماعی بسیاری را تجربه میکنند که ناشی از بلوغ است و می تواند تاثیر بالقوه ای بر زندگی نوجوان بگذارد. نوجوانان به طور طبیعی روی جنبه‌های ظاهری خود حساسیت ویژه‌ای دارند و دیدشان راجع به ظاهرشان با رضایت از خود آن‌ها رابطه دارد. به این خاطر ممکن است اختلال بدشکلی بدن با رضایت از خود طبیعی در آن‌ها اشتباه گرفته شود. در مقابل این گونه حساسیت‌های ویژه نوجوانان بر جنبه‌های ظاهری خود، نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در برخی مواقع در طول دوره روی دادن این اختلال رفتارهایی مانند چک کردن مدام آینه، درگیری ذهنی با آن نظیر چگونه دیده شدن توسط دیگران را مدام تکرار می‌کنند و این اشتغال ذهنی اشکال جدی در زندگی روزمره فرد بوجود آورده است (۲).

اختلال بدشکلی بدن اغلب همراه است با کیفیت پایین زندگی و همچنین اغلب همراه است با اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مصرف مواد، اختلال وسواس و اختلال اضطراب اجتماعی (۳، ۴). علاوه بر این مشخص شده است که اختلال بدشکلی بدن با افزایش افکار خودکشی همراه است (۵). بطور خلاصه می‌توان بیان داشت که اختلال بدشکلی بدن سبب اختلال عملکرد، کاهش کیفیت زندگی و افزایش میزان افکار و اقدام به خودکشی می‌شود. اختلال عملکرد ناشی از بیماری و همچنین همراهی سایر اختلالات موجب می‌شود که بررسی و تحقیق در مورد علت شناسی این اختلال که قدم نخست در بررسی مشکلات است، دارای اهمیت خاص باشد.

عوامل مرتبط با اختلال بدشکلی بدن را می‌توان در سه گروه گسترده زیستی، روانشناختی و اجتماعی-فرهنگی قرار داد (۶). یکی از عوامل خطر احتمالی برای اختلال بدشکلی بدن که بیشترین توجه را به خود جلب نموده است، عوامل روان‌شناختی است (۷، ۸). یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی که در فهم و درمان مشکلات روانشناختی اخیراً کاربرد زیادی یافته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. در این رابطه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مفهومی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) کاربرد بسیار دارد، در سالهای اخیر پژوهش‌های زیادی را به خود در رابطه با سبب‌شناسی بسیاری از اختلالات روان‌شناختی اختصاص داده است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط بازمان حال به‌طور کامل و به‌عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد است. شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش (Acceptance)، گسلش (Defusion)، خود بعنوان بافت (Context-as-self)، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (۹). پژوهش‌های بسیاری از رابطه مثبت بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت روان حکایت دارد (۱۰، ۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بعد مقابل

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را تحت عنوان انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی معرفی می‌کند؛ که با شش فرایند: اجتناب تجربی (انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی)، هم‌آمیزی شناختی، خودمفهوم‌سازی شده، غلبه گذشته و آینده، فقدان شفافیت ارزش‌ها و منفعل بودن مشخص می‌شود. طبق نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی زیربنای اختلالات روان‌شناختی و بعبارتی زیربنای رنج انسان است (۱۲). انعطاف ناپذیری روانشناختی الگویی است که در آن رفتار به شدت توسط احساسات، افکار و دیگر تجارب درونی فرد کنترل می شود یا به قیمت از دست دادن یک سری رفتارهای پر معناتر از این تجارب اجتناب می‌شود. از بین شش فرایند مرکزی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ۴ عامل هم‌آمیزی شناختی، اجتناب تجربی، نداشتن ذهن‌آگاهی و عدم شفاف بودن ارزش‌های زندگی (فقدان معنا در زندگی) پژوهش‌های بیشتری را در رابطه با اختلالات روان‌شناختی به خود اختصاص داده است.

مطالعات متعددی نقش هم‌آمیزی شناختی در رنج انسان‌ها و طیف گسترده‌ای از شرایط آسیب‌شناسی روانی را برجسته کرده‌اند. همچنین هم‌آمیزی شناختی به عنوان یکی از فرایندهای اصلی در اختلالات خوردن در نظر گرفته می‌شود (۱۳). هم‌آمیزی شناختی را می‌توان به عنوان تمایل انسان برای گیر افتادن در تجارب درونی خویش (برای نمونه افکار) و پاسخ دادن به این تجارب درونی به گونه‌ای که انگار این تجارب درونی حقیقت مطلق هستند و نه تفسیری از واقعیت توصیف کرد (۱۱). هم‌آمیزی شناختی باعث می‌شود که رفتار فرد توسط شناخت هدایت و تنظیم شود و نه بوسیله تجارب پیشین فرد و کارکردهای رفتار. در رابطه با اختلال بدشکلی بدن هم‌آمیزی شناختی تصویر بدن اشاره دارد به گیر افتادن فرد در افکار مربوط به شکل و ظاهر خود (معمولاً با افکار مربوط به بدن یا تصویر بدنی‌ام بیش از حد درگیر می‌شوم). در این راستا چندین مطالعه به نقش سبب‌شناسی هم‌آمیزی شناختی در اختلالات خوردن و اختلال بدشکلی بدن پرداخته‌اند (۱۴، ۱۵).

هم‌آمیزی شناختی با سایر فرایندهای مدل اکت در ارتباط است. در واقع زمانی که فرد با تجارب ناخواسته درونی خود آمیخته است این تجارب درونی را بعنوان حقیقت مطلق در نظر می‌گیرد و بنابراین درگیر در تلاش‌های بی‌ثمر در اجتناب از آنها می‌شود (۱۳). در اکت تلاش برای فرار و یا کاهش فراوانی و شدت رویدادهای درونی تحت عنوان اجتناب تجربی (انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی) شناخته می‌شود (۱۶). اجتناب تجربی سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی است که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (۱۷، ۱۸). در رابطه با اختلال بدشکلی بدن اجتناب تجربی (انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن) زمانی رخ می‌دهد که فرد به تجربه فکرها و هیجان‌ها و احساس‌های بدنی مرتبط با تصویر بدنی تمایلی ندارد و تلاش می‌کند تا شکل یا میزان وقوع این تجارب را تغییر دهد (۱۹).

هم‌آمیزی شناختی- تصویر بدن و بدنبال آن انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن باعث می‌شود که فرد برای اجتناب از تجارب درونی ناخوشایند دست به مجموعه رفتارهایی بزند که این رفتارها برای ارزش‌های فرد آسیب‌زا است (۲۰). برای نمونه فردی که دارای افکار منفی در مورد شکل صورت خود است ممکن است از ایستادن در مقابل آیینه و ارتباط با دیگران اجتناب کند این امر در کوتاه مدت ممکن است آرامش موقت ایجاد کند اما در بلند مدت باعث می‌شود فرد از ارزش‌های خود که داشتن روابط صمیمانه با دیگران است دست بکشد؛ و در نهایت هم‌آمیزی شناختی- تصویر بدن و بدنبال آن انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن باعث می‌شود که فرد زندگی در لحظه حال را از دست بدهد و مدام درگیر دنیای درونی خود باشد (۲۰). بطور خلاصه می‌توان بیان داست که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم‌آمیزی شناختی تصویربدن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، دنبال نکردن معنا در زندگی و نداشتن ذهن آگاهی را بعنوان عوامل آسیب‌شناسی اختلال بدشکلی بدن معرفی می‌کند (۲۱).

با توجه به اینکه غالباً اختلال بدشکلی بدن در دوران

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

نوجوانی آغاز می‌شود و با تغییرات رشدی در آن‌ها تداخل پیدا می‌کند و هچنین با توجه به شیوع بالای این اختلال در بین دختران نسبت به پسران (۲۲، ۲۳) و همچنین با توجه به شیوع نسبتاً بالای این اختلال در جمعیت غیربالینی (۲۲) لزوم بررسی اختلال بدشکلی بدن و عوامل مرتبط با آن در بافت فرهنگی جامعه ایرانی به ویژه در میان نوجوانان دختر قشری که مستعد این اختلال است ضروری به نظر می‌رسد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی کننده اختلال بدشکلی بدن بر پایه هم آمیزی شناختی تصویربدن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، معنا در زندگی و ذهن آگاهی در دانش‌آموزان دختر شهر خرم‌آباد انجام شد.

روش کار

جامعه و روش نمونه‌گیری: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که جامعه آماری آن را کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ تشکیل دادند. این تعداد مطابق با آمار مسئولین اداره کل آموزش و پرورش شهرتان خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ (۵۹۰۵) نفر بود. در این پژوهش حجم نمونه با توجه به فورمول کوکران معادل ۳۶۰ نفر برآورد گردید. برای نمونه گیری از جامعه مورد مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند: عدم دریافت داروهای روانپزشکی یا مداخلات روان‌شناختی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن و عدم وجود معلولیت جسمی و آسیب‌های فیزیکی.

روش اجرا: جهت توزیع پرسشنامه‌ها یکی از پژوهشگران به مدارس دخترانه مراجعه می‌نمود. روش کار به این صورت بود که پیش از توزیع پرسشنامه‌ها، هدف از انجام پژوهش برای افراد توضیح داده می‌شد و آن‌ها در صورت تمایل با تکمیل رضایت‌نامه در پژوهش شرکت می‌کردند. اصول اخلاقی که در این پژوهش مدنظر قرار گرفت شامل این موارد بود که ابتدا رضایت کتبی و آگاهانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش گرفته شد و همچنین محقق افراد مورد تحقیق را از روش به کار گرفته شده، فواید و گروه‌هایی که از نتایج مطالعه بهره‌مند خواهند شد به نحو مناسبی آگاه کرد و به شرکت‌کنندگان اجازه داده شد که در صورت عدم تمایل از پر کردن پرسشنامه‌ها انصراف دهند. برای آنها توضیح داده شد که محقق مسئول حفظ اسرار شرکت‌کنندگان است و تدابیر مناسبی برای جلوگیری از انتشار آن اتخاذ نموده است. همچنین برای حفظ اصول اخلاقی به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات ثبت شده در پرسشنامه‌ها بدون نام و محرمانه خواهند بود و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی و آماری و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد.

روش آماری: در این تحقیق اختلال بدشکلی بدن متغییر ملاک و ذهن آگاهی، اجتناب تجربی، هم آمیزی شناختی تصویربدن و معنا در زندگی متغییرهای پیش‌بین را تشکیل می‌دادند. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل: مقیاس اصلاح شده اختلال وسواس فکری- عملی ییل- براون برای اختلال بدشکلی بدن، پرسشنامه پرسشنامه ذهن آگاهی (MAAS)، پرسشنامه پذیرش و عمل(AAQ-II)، پرسش‌نامه هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن (CFQ-BI) و مقیاس زندگی ارزش‌محو (ELS) بود که به روش خودگزارش‌دهی توسط شرکت کنندگان در مطالعه تکمیل گردید.

مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی ییل-براون برای اختلال بدشکلی بدن (Y-BOCS_BDD): یک ابزار خودسنجی ۱۲ سؤالی است که شدت علایم اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ساختار مرتبه‌ای دو عاملی است و دو پرسش اضافی دارد (۲۴). این عوامل عبارتند از ۱- وسواس‌های فکری، ۲- وسواس‌های عملی و ۳- دو پرسش اضافی در زمینه بینش (Insight) و اجتناب (Avoidance). پاسخ‌دهندگان میزان توافقشان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» گسترده است، نشان می‌دهند. به طور کلی بررسی‌ها نشان داده‌اند که این پرسشنامه روایی و پایایی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

مطلوبی دارد (۲۴، ۲۵). تحقیقات نشان داده است که این مقیاس در نمونه دانشجویان ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. به نحوی که دامنه ضریب آلفا ۰/۸۷ برای «عامل رفتارها و افکار وسواسی» به دست آمد. در تحلیل عاملی دو عامل «افکار و رفتارهای وسواسی» در مجموع ۰/۶۶ از واریانس پرسشنامه را تبیین نمودند و نتایج کلی نشان داده که مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی ییل-بروان برای اختلال بدشکلی بدن در نمونه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و می‌توان آن را در موارد تشخیصی و درمانی به کار برد (۲۵).

پرسشنامه ذهن آگاهی (Mindful Attention Awareness Scale): این مقیاس توسط براون و ریان (۲۰۰۳) ساخته شده است و برای سنجش ذهن آگاهی به کار می رود. مقیاس ذهن آگاهی ۱۵ ماده دارد که افراد پاسخ خود را به هر عبارت با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از «تقریباً هیچوقت» (با نمره یک) تا «تقریباً همیشه» (با نمره شش) درجه بندی می کنند (۲۶). این مقیاس از پایایی درونی خوبی برخوردار است. به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده به طوری که همبستگی‌های بسیار بالایی ($p<۰/۰۰۰۱$) را با تعدادی از متغیر های سلامت روان داشته است. همچنین روایی سازه ای و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. این مقیاس درجامعه ی ایران اجرا شده و آلفای آن ۰/۸۲ است و با متغیرهای مربوط از جمله سلامت روان، در نمونه های مختلف ارتباط نشان داده است (۲۷).

پرسش‌نامه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدنی (BIPIS): این پرسشنامه توسط کالاگان Callaghan و همکاران برای سنجش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدنی در سال ۲۰۱۵ تدوین شده است (۲۰) و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسش‌نامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای ۱ (کاملاً غلط است) تا ۷ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. تمام ماده‌های مقیاس انعطاف‌ناپذری روان‌شناختی تصویر بدنی، به صورت کلی جمع می‌شود که نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر انعطاف‌ناپذیری تصویر بدنی است. ضریب آلفای کرونباخ نسخه اصلی این مقیاس، ۰/۹۳ و نتیجه ضرایب بازآزمایی بین دو بازه زمانی، ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۰). در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار توسط امیری و یعقوبی بررسی شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ در بین دانشجویان دختر و پسر بدست آمده است. روایی این مقیاس در ایران نیز در حد بالایی گزارش شده به طوری که همبستگی‌های بسیار بالایی با خرده‌مقیاس‌های فراشناخت بدشکلی بدن و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن داشته است (۲۸).

مقیاس زندگی ارزش‌محور (ELS): مقیاس زندگی ارزش محور به منظور سنجش یکی از ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط ترومپتر (Trompetter) و همکاران تدوین شده است (۲۹). مقیاس زندگی ارزش‌محور ۱۶ سؤال دارد سؤال‌های این پرسش‌نامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴، کاملاً موافقم=۵) رتبه بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده زندگی ارزش‌مدار و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتر است. روایی این مقیاس در حد بالایی گزارش شده است به طوری که همبستگی بسیار بالایی را با تعدادی از متغییرهای سلامت روان داشته است و همسانی درونی ۰/۸۶ برای این مقیاس گزارش شده است (۲۹).

پرسش‌نامه هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن: این پرسشنامه توسط فریرا و همکاران جهت سنجش هم‌آمیزی شناختی در ارتباط با تصویر بدن ساخته شده است (۱۳). پرسش‌نامه هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن ۱۰ سؤال دارد که سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز صحت ندارد ۱، بسیار بندرت ۲، به ندرت ۳، گاهی درست ۴، اغلب درست ۵، تقریباً همیشه درست ۶، همیشه درست ۷ رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن بیشتر و در نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر است. روایی این مقیاس در حد بالایی گزارش شده است و همسانی درونی ۰/۹۶ برای این مقیاس گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمد که نشان از پایایی مطلوب

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

این ابزار دارد.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های نمونه‌ی مورد پژوهش نشان داده شده است. نمونه پژوهش شامل ۲۶۴ دانش‌آموز دختر با میانگین سنی ۱۷/۲۳ سال است که ۷۷/۷ درصد (۲۸۳ نفر) را افراد مجرد، ۱۴/۶ درصد حجم نمونه (۵۳ نفر) متأهل و ۷/۷ درصد حجم نمونه (۲۸ نفر) سایر بوده‌اند. در این قسمت منظور از سایر افراد مطلقه یا کسانی قرار دارند که ازدواج کرده و همسرشان فوت شده‌اند قرار می‌گیرند.

طبق جدول ۲ داده‌ها با آزمون تحلیل همبستگی پیرسون و جدول ۳ رگرسیون چندمتغییری به روش گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری با اختلال بدشکلی بدن دارد به عبارت دیگر هرچقدر فرد بیشتر دچار آمیختگی شناختی-تصویر بدن و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن باشد احتمال ابتلا شدن به اختلال بدشکلی بدن بیشتر است همچنین جدل ۲ نشان می‌هد که بین ذهن‌آگاهی و معنا در زندگی با اختلال بدشکلی بدن رابطه منفی و معنی‌داری در سطح ($p< ۰/۰۱$) وجود دارد. برای تعیین ارتباط و وزن هر یک از متغیرهای پیش‌بین، نمره‌های هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن، ذهن‌آگاهی، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن و معنا در زندگی به عنوان متغیر پیش‌بین و نمره اختلال بدشکلی بدن به عنوان متغییر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. برای انجام تحلیل رگرسیون از آزمون آماری ضریب رگرسیون چند متغیری به روش گام به گام و ضرایب بتا استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است. پیش از استفاده از این آزمون، تحلیل‌های اولیه به منظور اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های چند هم‌خطی، نرمال بودن

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

متغیرها		تعداد	درصد
پایه تحصیلی	اول دبیرستان	۷۲	۱۹/۸
	سوم دبیرستان	۱۳۹	۳۸/۲
	پیش دانشگاهی	۱۵۳	۴۲
رشته تحصیلی	انسانی	۱۱۴	۳۱/۳
	تجربی	۱۳۴	۳۶/۸
	ریاضی	۱۱۶	۳۱/۹
وضعیت تاهل	متاهل	۲۸۳	۷۷/۷
	مجرد	۵۳	۱۴/۶
	سایر	۲۸	۷/۷
تعداد فرزندان خانواده	۳ فرزند	۷۹	۲۱/۷
	۴ فرزند	۱۴۰	۳۸/۵
	۵ فرزند	۹۶	۲۶/۴
	۵ فرزند به بالا	۴۹	۱۳/۵

جدول ۲- ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن، ذهن‌آگاهی، اجتناب تجربی و معنا در زندگی با اختلال بدشکلی بدن

	۱	۲	۳	۴	۵
هم آمیزی شناختی تصویر- بدن	۱				
ذهن آگاهی	-۰/۴۷**	۱			
انعطاف پذیری روان شناختی تصویر بدن	-۰/۳۹**	-۰/۲۹**	۱		
معنا در زندگی	-۰/۳۳**	-۰/۳۰**	-۰/۴۱**	۱	
اختلال بدشکلی بدن	-۰/۸۰۹**	-۰/۷۵۷**	-۰/۷۹۸**	-۰/۷۴۶**	۱

* p<۰/ ۰۵

* p<*۰/ ۰۵

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

جدول ۳- نتایج رگرسیون چند متغیری متغیر وابسته اختلال بدشکلی بدن

متغیر پیش بینی کننده	B	β	t	Sig	۲R	Sig
هم آمیزی شناختی تصویر- بدن	۱/۸۲۵	۰/۶۳۲	۱۷/۱۴۸	۰/۰۰۰	۰/۸۲۵	۰/۰۰۱
ذهن آگاهی	۰/۵۴۸	۰/۱۱۷	۳/۱۶۳	۰/۰۰۲	۰/۸۴۳	۰/۰۰۱
انعطاف پذیری روان شناختی تصویر بدن	-۰/۲۹۸	-۰/۱۳۷	-۴/۵۳۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲	۰/۰۰۱
معنا در زندگی	-۰/۳۱۰	-۰/۱۱۵	-۳/۵۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۵۷	۰/۰۰۱

و استقلال مقادیر باقی مانده انجام شد. همچنین، مفروضه هم‌خطی چندگانه با استفاده از آماره تورم واریانس (Variance inflation factor) بررسی شد که نتایج بدست آمده نشان دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغییرهای پیش‌بین بود. آزمون کولوگوروف اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) نیز نرمال بودن داده‌ها را تأیید کرد. علاوه بر این، به منظور بررسی استقلال مقادیر باقی مانده یا خطاها از آماره دوربین واتسون Durbin-Watson (975/1) استفاده شد که نتایج آن نشان دهنده برقرا بودن این مفروضه بود.

همان طور که جدول ۳ نشان داده، تحلیل رگرسیون گام به گام تا چهار گام پیشرفته است. در گام اول، متغیر هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن وارد معادله شده است. در این مرحله، ضریب تعیین برابر ۰/۸۲۵ $R^2=$ به دست آمده است. با وارد شدن دومین متغیر یعنی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، ضریب تعیین R^2=۰/۸۴۳ و با وارد شدن متغیر سوم یعنی معنای زندگی، ضریب تعیین برابر R^2=۰/۸۵۲ به دست آمده است. و در مرحله آخر ضریب تعیین برابر با ۰/۸۵۷ می‌باشد. در نتیجه قوی‌ترین پیش بینی کننده اختلال بدشکلی بدن در بین پاسخگویان، متغیر هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن است. این متغیر به تنهایی ۸۲/۵ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند. در مرحله دوم با ورود متغیر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن به مدل، ضریب تعیین به ۸۴/۳درصد می رسد که نشان می دهد این متغیر، ۲/۳ درصد به قدرت پیش بینی مدل افزوده است. در مرحله سوم با ورود متغیر معنا در زندگی به مدل، ضریب تعیین به ۸۵/۲ درصد می رسد که نشان می دهد این متغیر، ۱/۵ درصد به قدرت پیش بینی مدل افزوده است. و در مرحله آخر ذهن آگاهی با ضریب تعیین ۸۵/۷ حدود ۰/۵ به پیش بینی مدل می افزاید. با این تفاصیل، چهار متغیر هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن، معنا در زندگی و ذهن آگاهی به ترتیب قدرت پیش بینی، قادرند ۸۵/۷ درصد از تغییرات اختلال بدشکلی بدن را در بین دختران نوجوان دبیرستانی تبیین نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت جسمانی و روانی از پیش‌زمینه‌های پیشرفت فرد و جامعه به شمار می‌آید و شناخت و بررسی هر نوع زمینه و عواملی که می‌تواند تهدیدی برای آن به حساب بیاید، مهم است. اختلال بدشکلی بدن اختلالی است شدیدا ناتوان‌کننده که اغلب درمان آن مشکل است. این اختلال با اشتغال ذهنی شدید به یک نقص یا عیب ناچیز و حس فرضی در ظاهر فرد مشخص می‌شود و ساعات بسیاری از اوقات افراد را به خود مشغول می‌نماید که حاصلی جز رنج و درد روانشناختی برای مبتلایان به آن به همراه ندارد. تحقیق بر روی مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن بیانگر احساساتی مثل نومیدی، شرمندگی، فرآیندهایی مثل نشخوار فکری و افکار خودکار و خودآزار است. این نوع از افراد همیشه برای قضاوت اطرافیان و جامعه نسبت به ظاهر و قیافه خود ارزش بیش از اندازه‌ای قائل‌اند تا جایی که ترس از ارزیابی منفی موجب نارضایتی شدید بدنی، اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی و تعامل با همسالان یا همکاران در محیط کار و زندگی و در نتیجه انزوای اجتماعی می‌شود و در مواردی حتی به خودکشی فرد منجر شده است (۵، ۸، ۳۰).

با توجه به اینکه غالباً اختلال بدشکلی بدن در دوران نوجوانی آغاز می‌شود و با تغییرات رشدی در آن‌ها تداخل پیدا می‌کند و هچنین با توجه به شیوع بالای این اختلال در بین دختران نسبت به پسران (۲۲، ۲۳) و همچنین با توجه به شیوع نسبتاً بالای این اختلال در جمعیت غیربالینی (۲۲)، بررسی پیش‌بینی کننده‌های آن بیش از پیش ضرورت می‌یابد. در این ارتباط در

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

پژوهش حاضر نقش هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن، ذهن‌آگاهی، اجتناب تجربی و معنا در زندگی در پیش‌بینی اختلال بد شکلی بدن مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج به دست آمده مشخص گردید که هر چهار متغییر پیش‌بین (نقش هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن، ذهن‌آگاهی، اجتناب تجربی و معنا در زندگی) پیش‌بینی کننده اختلال بدشکلی بدن هستند. لازم به ذکر است که هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن بیشترین نقش را در تبیین واریانس اختلال بدشکلی بدن دارد.

نتایج به دست آمده در زمینه نقش پیش‌بینی کنندگی هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن با یافته‌های فریرا، ترینـدل، دورات و گویا (۱۳) ترینـد Trindade و فریرا (۱۴) فریرا، پالمیرا و ترینـد (۱۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت که مطالعات اخیر نشان داده‌اند که هم‌آمیزی شناختی که منجر به عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌گردد زیربنای آسیب‌شناسی بسیاری از اختلالات روانی است. در آمیختگی شناختی فرد افکار را به عنوان حقایق در نظر می‌گیرد و نه تفسیر واقعیت. و بعبارتی منظور از هم‌آمیزی شناختی، عبارت است از گیر افتادن و گرفتار شدن در افکار و این فرض که تفکر به همان اندازه رویدادهای واقعی در زندگی، قدرت دارد که این امر باعث می‌شود که فرد افکارش را فوق‌العاده مهم بشمارد، با آن‌ها همسانی پیدا کند و حتی از آن‌ها بترسد. که این امر باعث می‌شود رفتار عمدتاً تحت تنظیم شناخت قرار گیرد و نه تجارب قبلی فرد و پیامدهای مستقیم رفتار (۳۱). زمانی که فرد دچار همجوشی شناختی می‌شود، معمولاً در برابر افکارش به دو صورت واکنش نشان می‌دهد: یا رفتارش را در جهت تأیید افکارش تنظیم و هدایت می‌کند یا اینکه به ستیز با افکارش و اجتناب از آن‌ها می‌پردازد. در ارتباط با تصویر بدن هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن باعث می‌شود که فرد خود را با برداشت‌ها، حس‌های بدنی و افکار مربوط به ظاهر فیزکی یکسان بپندارد (۱۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن با اختلال بدشکلی بدنی رابطه معناداری دارد. نتایج به دست آمده در زمینه نقش پیش‌بینی کنندگی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تصویر بدن همسو با پژوهش‌های قابل توجهی که نشان می‌دهد اجتناب تجربی (انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی) با انواع مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، سوءِ مصرف مواد، اختلالات خوردن، استرس، سازگاری با تجربیات آسیب‌زا، سازگاری با شرایط مزمن پزشکی و فرسودگی شغلی رابطه دارد (۱۱، ۱۷، ۳۲، ۳۳). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که اجتناب تجربی سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به‌کاربرده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (۲۱). این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود. اجتناب تجربی در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است. اجتناب تجربی به عنوان عامل آسیب شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است (۲۲). عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نمایند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (۲۳).

همچنین در راستای یافته اول و دوم پژوهش باید عنوان داشت که هیز و همکاران (۱۶) بر این باورند که ریشه‌ی اجتناب تجربی در همجوشی شناختی نهفته است؛ یعنی اگر فرد با این فکر اشتغال ذهنی داشته باشد که باید از یک تجربه‌ی به خصوصی، به خاطر دردناک بودن آن اجتناب کند (مثل یک هیجان، فکر، خاطره و غیره)، تجربه به شکل غیرقابل‌تحمل آشکار خواهد شد. این بدان معنی است که فرد تجربه را با فکر بازنمایی می‌کند، بنابراین آن دو کاملاً با یکدیگر آمیخته می‌شوند. وقتی که آن‌ها با یکدیگر آمیخته شدند، فرد به صورت ذاتی تلاش خواهد کرد تا از آن تجربه اجتناب کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد دارد که این محتوای افکار نیست که باعث بروز مشکلات می‌شود بلکه ارتباط افراد با افکار است که باعث بروز

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

مشکلات می‌شود. هیز معتقد است که اجتناب از درد و ناراحتی می‌تواند در جهان مادی و فیزیکی کارساز باشد، اما اجتناب از تجارب خصوصی و درونی (افکار، هیجان‌ها، تکانه‌ها و احساس‌ها) ثمری ندارد (۳۴).

یافته دیگر مطالعه نشان داد که بین ذهن‌آگاهی و اختلال بدشکلی بدن رابطه منفی و معناداری وجود دارد، به این معنا که با افزایش ذهن‌آگاهی علایم اختلال بدشکلی بدن کاهش می‌یابد. پژوهشی که بطور مستقیم رابطه بین ذهن‌آگاهی و اختلال بدشکلی بدن را بررسی کرده باشد یافت نشد اما این یافته همسو با پژوهش‌های بیشماری است که از رابطه مثبت بین ذهن‌آگاهی و سلامت روان حکایت دارد (۳۵-۳۷). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت است (۳۸). ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح ذهن‌آگاهی شامل آگاهی بیشتر از لحظه و تماس داشتن با تغییرهای ذهن و بدن به صورت لحظه به لحظه است. ذهن‌آگاهی را می‌توان به عنوان شیوهٔ «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد، که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است و مطمئناً به طور ضمنی شامل ایجاد و اصلاح راهی برای نزدیک‌تر شدن به تجربیات فردی شخص از طریق مشاهده شخصی نظام‌مند است.که این کار شامل به تعویق انداختن تکانه‌ها، ارزیابی کردن و قضاوت کردن به طور عمدی است و توانایی انجام فرصت های چندگانه برای حرکت فراسوی عادات قدیمی که نسبت به آنها شرطی شده ایم، پردازش فکر امتحان نشده و واکنش‌پذیری هیجانی را فراهم می کند که این باعث می‌شود افراد از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشند (۳۹).

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که بین معنا در زندگی و اختلال بدشکلی بدن رابطه منفی و معناداری وجود دارد، به این معنا که با افزایش معنا در زندگی علایم اختلال بدشکلی بدن کاهش می‌یابد. پژوهشی که بطور مستقیم رابطه بین معنا در زندگی و اختلال بدشکلی بدن را بررسی کرده باشد یافت نشد اما این یافته همسو با پژوهش‌های بیشماری است که از رابطه مثبت بین معنا در زندگی و سلامت روان حکایت دارد (۴۰). معنا در زندگی به ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی و به ویژه معنویت اشاره دارد. پژوهش‌های انجام شده در این حوزه نشان می‌دهد که داشتن معنا در زندگی رابطه مثبتی با بهزیستی، سلامت روانی و جسمی دارد و به نظر می‌رسد که به عنوان یک عامل میانجی در سلامت روان‌شناختی عمل کند.

در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که مطالعات انجام شده در حوزه معنا در زندگی نشان می‌دهد که داشتن معنا در زندگی تاثیر مستقیمی روی سلامت، سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی دارد. از طرفی برخی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افرادی که از حس قوی معنا در زندگی برخوردار نیستند به احتمال زیاد به سمت رفتارهایی که مغایر با سلامت روانی است، کشیده می‌شوند و سلامت روانی آنها به خطر می‌افتد. به عبارتی می‌توان گفت که مطالعات انجام شده در زمینه نقش معنا در زندگی نشان می‌دهد که داشتن معنا در زندگی رابطه مثبتی با سلامت روان و در مقابل بی‌معنایی در زندگی با آسیب‌شناسی روانی رابطه دارد (۴۱).

در پایان باید گفت که مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان به این مورد اشاره کرد که این مطالعه از نوع همبستگی بوده و امکان نتیجه‌گیری‌های علت و معلولی در آن وجود ندارد. محدودیت دیگر این پژوهش این بود که این مطالعه در شهرستان خرم‌آباد و در ارتباط با دانش‌اموزان دختر متوسطه انجام شد؛ بنابراین امکان تعمیم نتایج آن محدود می‌گردد؛ از اینرو پیشنهاد می‌شود که پژوهشی مشابه با مطالعه حاضر در جوامع دیگر با فرهنگ‌های متفاوت و همچنین در دانش‌اموزان پسر انجام شود. علاوه بر این، با توجه به اینکه عوامل زیستی و فرهنگی-اجتماعی نیز بر اختلال بدشکلی بدن اثرگذار هستند، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به بررسی این مهم بپردازند. همچنین با توجه به نقش هم‌آمیزی شناختی-تصویر بدن، ذهن‌آگاهی، اجتناب تجربی و معنا در زندگی در اختلال بدشکلی بدن، مطالعات بعدی می‌توانند اثربخشی جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علایم اختلال بدشکلی بدن را مورد بررسی قرار دهند .

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی می‌باشد که بدون حمایت مالی و یا ارتباط با منافع نویسندگان انجام شده است. بدین وسیله از شرکت‌کنندگان در پژوهش و تمامی افرادی که به نوعی ما در انجام این پژوهش یاری نمدند، نهایت تقدیر و تشکر را اعلام می‌داریم.

References

1. Enander J, Ivanov VZ, Mataix-Cols D, Kuja-Halkola R, Ljotsson B, Lundstrom S, et al. Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults: a population-based nationwide twin study. Psychol Med; 2018 Feb 28:1-8.

2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

3. Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. Comprehensive Psychiatry; 2005 .46(4):254-60.

4. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. Psychosomatics; 2005.46(4):317-25.

5. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clin Psychol Rev; 2016 .49:55-66.

6. Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. Clin Psychol Rev; 2001 .21(6):949-70.

7. Moulton SJ, Gullyas C, Hogg FJ, Power KG. Psychosocial predictors of body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery. J Plastic Reconstruct Aesthetic Surg; 2018 .71(2):149-54.

8. Cerea S, Bottesi G, Grisham JR, Ghisi M. Body dysmorphic disorder and its associated psychological and psychopathological features in an Italian community sample. Int J Psychiatry Clin Pract; 2018.22(3):206-14.

9. Fergus TA, Valentiner DP, Gillen MJ, Hiraoka R, Twohig MP, Abramowitz JS, et al. Assessing psychological inflexibility: The psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth in two adult samples. Psychol Assess; 2012.24(2):402–8.

10. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox JP, Schreurs KM, Spinhoven P. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. Behav Res Ther; 2013 Mar.51(3):142-51.

11. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clin Psychol Rev; 2010 Nov.30(7):865-78. 12. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. CounselPsychol; 2012.40(7):976-1002.

13. Ferreira C, Trindade IA, Duarte C, Pinto-Gouveia J. Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2014.

14. Trindade IA, Ferreira C. The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. Eat Behav; 2014 Jan.15(1):72-5. 15. Ferreira C, Palmeira L, Trindade IA. Turning eating psychopathology risk factors into action. The pervasive effect of body image-related cognitive fusion. Appetite.; 2014 .80:137-42.

16. Boulanger JL, Hayes SC, Pistorello J. Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. In: Kring AM, Sloan DM, editors. Emotion regulation and psychopathology : a transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press; 2010. p. 107-36.

17. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consul Clin Psychol; 1996.64(6):1152-68.

18. Kirk A, Meyer JM, Whisman MA, Deacon BJ, Arch JJ. Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. J Anxiety Disord; 2019 .64:9-15.

19. Sandoz EK, Wilson KG, Merwin RM, Kate Kellum K. Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. J Context Behav Sci; 2013.2(1-2):39-48.

20. Callaghan GM, Sandoz EK, Darrow SM, Feeney TK. The Body Image Psychological Inflexibility Scale: Development and psychometric properties. Psychiatry Res; 2015 .226(1):45-52.

21. Linde J, Rück C, Bjureberg J, Ivanov VZ, Djurfeldt DR, Ramnerö J. Acceptance-Based Exposure Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study. Behav Ther; 2015 .46(4):423-31.

22. Möllmann A, Dietel FA, Hunger A, Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. Psychiatry Res; 2017 .254:263-7.

23. Mayville S, Katz RC, Gipson MT, Cabral K. Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. J Child Fam Stud; 1999.8(3):357-62.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]

24. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Psychopharmacol Bullet; 1997.33(1):17-22.
25. Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor Structure, Validity and Reliability of the Modified Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder in Students. Iran J Psychiatry Clin Psychol; 2010.15(4):343-50. eng.
26. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. J Personal Soc Psychol; 2003.84(4):822-48.
27. Ghorbani N, Watson PJ. Two facets of self-knowledge, the five-factor model, and promotions among Iranian managers. Soc Behav Personal; 2004 .32(8):769-76.
28. Amiri S, Yaghoubi, Abolghasem. Psychometric Properties of Body Image Psychological Inflexibility Scale. Iran J Psychiatry Clin Psychol; 2017.23(1):94-107.
29. Trompetter HR, ten Klooster PM, Schreurs KMG, Fledderus M, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample. Psychol Assess; 2013.25(4):1235-46.
30. Wilson AC, Wilhelm S, Hartmann AS. Experiential avoidance in body dysmorphic disorder. Body Image; 2014 .11(4):380-3.
31. Bolderston H, Gillanders DT, Turner G, Taylor HC, Coleman A. The initial validation of a state version of the Cognitive Fusion Questionnaire. J Contextl Behav Sci; 2018.
32. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther; 2006 Jan.44(1):1-25.
33. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. J Clin Psychol; 2007.63(9):871-90.
34. Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy: New Harbinger Publications; 2005.
35. Shapiro SL, Carlson LE. The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions: American Psychological Association; 2017.
36. Hall HG, Beattie J, Lau R, East C, Anne Biro M. Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. Women Birth; 2016 .29(1):62-71.
37. Shonin E, Van Gordon W, Griffiths MD. Current Trends in Mindfulness and Mental Health. Int J Ment Health Addict; 2014 April 01.12(2):113-5.
38. Kabat-Zinn J. Mindfulness. Mindfulness; 2015.6(6):1481-3.
39. Creswell JD. Mindfulness Interventions. Ann Rev Psychol; 2017.68(1):491-516.
40. Glaw X, Kable A, Hazelton M, Inder K. Meaning in life and meaning of life in mental health care: An integrative literature review. Issues Ment Health Nurs; 2017.38(3):243-52.
41. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindfulchange. New York: Guilford Press; 2012.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.6.5.5]