فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۷، شماره ۱۱، زمستان سال ۱۳۹۹

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و تاب آوری در افراد متقاضی جراحی زیبایی

مریم عاشوری[۱]، سکینه پورآخوندی[۲]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و تاب آوری افراد متقاضی جراحی زیبایی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. روش پژوهشی حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد متقاضی جراحی زیبایی شهر تهران تشکیل داده‌اند که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و پرسشنامه تاب آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری در افراد متقاضی جراحی زیبایی شد. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تاب آوری در افراد متقاضی جراحی زیبایی گردید. بنابراین به نظر می‌رسد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث کاهش نشخوار فکری و تکنیک‌های مؤثری را برای بهبود تاب آوری در افراد متقاضی جراحی زیبایی ارائه دهد.

واژگان کلیدی: نشخوار فکری، تاب آوری، درمان ذهن آگاهی، جراحی زیبایی.

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه عالی غیرانتفاعی خزر (Ashorimaryam1399@gmail.com)
[۲] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه عالی غیرانتفاعی خزر (نویسنده مسئول) (elahehpourakhondi@gmail.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۷، شماره ۱۱، زمستان سال ۱۳۹۹

مقدمه

جراحی زیبایی که جهت بهبود بخشیدن به ظاهر به کار گرفته می‌شود، تخصصی است که به ترمیم، نگهداری یا بهبود ظاهر فیزیکی فرد از طریق تکنیک‌های جراحی و پزشکی می‌پردازد. به عبارتی دیگر جراحی زیبایی عبارتست از جراحی که برای تغییر دادن ظاهر بدن، در غیاب بیماری، آسیب و جراحت یا بدشکلی مادرزادی و ارثی انجام می‌شود و می تواند عاملی برای بهبود کیفیت زندگی باشد (شوم، وادرا، مال و کاپور[۱]، ۲۰۲۰). هر ساله ده‌ها هزار نفر به منظور تغییر ظاهر فیزیکی خود، تحت عمل جراحی زیبایی قرار می‌گیرند (هالیدی، جونز و بل[۲]، ۲۰۱۹). بر اساس گزارش انجمن جراحات پلاستیک آمریکا در سال ۲۰۱۸ تعداد جراحی‌های زیبایی انجام شده به ۱۲/۱ میلیون رسیده است (سارور[۳]، ۲۰۱۹). ایران نیز یکی از کشورهای با رتبه بالا در انجام جراحی‌های زیبایی در دنیا شناخته شده است (پورمحسنی کلوری و شیرمحمدی، ۱۳۹۵). جراحی‌های زیبایی منحصر به طبقه مرفه جامعه نیست و از هر طبقه اجتماعی افرادی وجود دارند که بخشی از صورت یا اندام خود را به تیغ جراحان زیبایی سپرده‌اند (لونگ، گابریک، جانیس، پردیکیس و درولت[۴]، ۲۰۲۰). تغییرات جسمی، شناختی و اجتماعی ایجاد شده در افراد، نگرانی درباره جذابیت جسمانی و عدم اطمینان در مورد ارتباطات اجتماعی، باعث نگرانی فرد در مورد چگونگی ارزیابی دیگران در مورد ساختار جسمانی وی می‌گردد و همین امر باعث نشخوار فکری و کاهش تاب‌آوری در افراد متقاضی جراحی زیبایی می‌زگردد (پارسا، گائو، لالی، داویسون و ریلی[۵]، ۲۰۱۹).

بنابراین اولین واکنش قابل پیش‌بینی در افراد متقاضی جراحی زیبایی، ضربه روان است که می‌تواند حالت‌هایی همچون یاس و ناامیدی، غمگینی، خشم، ناکامی، احساس نابودی، احساس تنهایی، ترس، افسردگی و نشخوار فکری، در پی داشته باشد (گادو[۶]، ۲۰۱۸). نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود و طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی تکرار می‌شوند. نشخوار فکری می‌تواند موجب افزایش اثرات خلق منفی روی حل مساله و انگیزش شود. همچنین، این امر، تفکر افراد را به طور منفی جهت‌دار می‌کند و توان حل مسئله آن‌ها را ضعیف می‌کند (حیدریان، زهراکار و محسن زاده، ۱۳۹۵). در این مرحله، فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خودش در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فجایع مرتبط با افکار دست می‌زند و سعی در کنترل این افکار دارد (موبرلی و دیکسون[۷]، ۲۰۱۶). بررسی مودینی، راپ و ابوت[۸] (۲۰۱۸) نشان می‌دهد افرادی که نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود نسبت به رویدادهای روزمره را به‌طور مؤثری مدیریت کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تری از ناراحتی‌های روانی را تجربه می‌کنند. همچنین باراتا، گونزالز، ژو، کیم، هوگلند[۹] و همکاران (۲۰۲۰)، در مطالعه خود نشان دادند که وجود بیماری‌های مزمن به مشکلات روحی-روانی و تغییرات وسیعی در کلیه ابعاد زندگی تمام اعضای خانواده منجر شود و بر تعاملات آن‌ها به‌صورت منفی اثر می‌گذارد و نشخوار فکری بیماران رو افزایش می‌دهد. پاتون، وار، مک فرسون، امرسون و لنوکس[۱۰] (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، احساس محرومیت، سطوح بالایی از اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری بیشتری را تجربه می‌کنند.

---

[1] - Shome, Vadera, Male & Kapoor
[2] - Holliday, Jones & Bell
[3] - Sarwer
[4] - Long, Gabrick, Janis, Perdikis & Drolet
[5] - Parsa, Gao, Lally, Davison & Reilly
[6] - Gadow
[7] - Moberly & Dickson
[8] - Modini, Rapee & Abbott
[9] - Barata, Gonzalez, Zhou, Kim, Hoogland
[10] - Patton, Ware, McPherson, Emerson & Lennox

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۷، شماره ۱۱، زمستان سال ۱۳۹۹

تاب آوری[۱] یکی از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش است که می تواند محافظی برای افراد در برابر آسیب های روان شناختی در افراد متقاضی جراحی باشد. کانر[۲] (۲۰۰۶) تاب آوری را به عنوان روشی برای اندازه گیری توانایی فرد در مقابله با با عوامل استرس زا و عواملی که سلامت روانی فرد را تهدید می کند، تعریف کرده است. تاب آوری در مورد کسانی به کار می رود که در معرض خطر قرار می گیرند ولی دچار اختلالات روانشناختی[۳] نمی شوند. تاب آوری باعث می شود که افراد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر، از ظرفیت های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی فردی استفاده کنند و از این چالش ها و آزمون ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره برند (رمضان زاده، و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش های انجام شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب آور، پس از رویایی با موقعیت های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمولی عملکرد باز می گردند. حال آنکه عملکرد برخی دیگر از این افراد، پس از رویارویی با ناکامی، مصیبت ها و دشواری ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می کنند (سیلوان-فرر[۴]و همکاران، ۲۰۲۰). یافته ها نشان می دهد که ویژگی های تاب آوری در افراد متقاضی جراحی نقش مهمی در کاهش استرس و افزایش هیجانات دارد (مک گوان[۵]و همکاران، ۲۰۱۸). با ارتقای تاب آوری در افراد متقاضی جراحی، می توان در برابر عوامل استرس زا، اضطراب آور و همچنین عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روانشناختی می شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه کرد (فراری[۶]و همکاران، ۲۰۱۷). ویژگی های تاب آوری، پیوندهای خانوادگی و شبکه اجتماعی را تقویت کرده و باعث ارتقاء مضاعف تاب آوری می شود (سمسری و سولیس[۷]، ۲۰۱۹).

بنابراین با توجه به این‌که افراد متقاضی جراحی زیبایی اثرات همه جانبه‌ای در ابعاد مختلف زندگی فرد علی‌الخصوص مسائل مربوط به وضعیت روان‌شناختی برجای می‌گذارد، به نظر ضروری می‌رسد که با استفاده از مداخلات روانشناسی، برای بهبود وضعیت روانی این افراد، اقدام شود. از جمله این مداخلات، می‌توان به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد غیر دارویی است که می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش سلامت جسمانی، بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی و روابط بین فردی در این افراد موردتوجه قرار گیرد (پیتر، مک گراث، چامبرز و دیک[۸]، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند (هازلت-استیونز، سینگر و چونگ[۹]، ۲۰۱۹). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل وارسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (بوئن، چاوالا و مارلات[۱۰]، ۲۰۱۱). با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (ویتکیویتز و بوئن[۱۱]، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به عنوان

[1] - resilience
[2] - Connor
[3] - psychological disorders
[4] - Silván-Ferrero
[5] - McGowan
[6] - Ferrari
[7] - Samsari & Soulis
[8] - Petter, McGrath, Chambers & Dick
[9] - Hazlett-Stevens, Singer & Chong
[10] - Bowen, Chawla & Marlatt
[11] - Witkiewitz & Bowen

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیداکرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (کولز، لاندمن، کلودیوس، روس[1] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه متعادلی، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و و سایر فنون مراقبه‌ای تأثیر قابل‌توجهی در بهبود توان‌بخشی انواع بیماران داشته‌اند (زیمرمن، فینگان، پائول، اسمیدت، تای[2] و و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (هنت، سیرز، کاتون، پالرلا[3] و همکاران، ۲۰۲۰) و استرس (مادوک، هوی، دی آلتون و کیربی[4]، ۲۰۱۹) ارتباط دارد. دارد. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن، افسردگی را کاهش می‌دهد و باعث افزایش بهزیستی روانی بیماران ام اس می‌شود (بوهلمیجر، پرنجر، تال و کوایج پرس[5]، ۲۰۱۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود تاب آوری منجر می‌شود (گلدین و گروس[6]، ۲۰۱۰).

مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر افراد متقاضی جراحی زیبایی در سراسر جهان انجام شده است، اما به نظر می‌رسد در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست. پژوهش حاضر در نظر دارد وضعیت برخی از این متغیرها را در افراد متقاضی جراحی زیبایی مطالعه کرده و با استفاده از آن‌ها میزان سازگاری در این افراد را پیش‌بینی نماید. با توجه به این‌که تاب آوری این افراد، علاوه بر ناتوانی فیزیکی از عوامل روان‌شناختی و محیطی غیر مرتبط با بیماری، نیز تأثیر می‌پذیرد و در حال حاضر روش‌های درمانی غیر دارویی متعدد، از قبیل روش‌های مختلف روان‌درمانی، برای افزایش سازگاری وجود دارد و به این وسیله می‌توان به ارتقای بهزیستی روانی این افراد کمک کرد، توجه به این عوامل و اصلاح به‌موقع آن‌ها امری ضروری است که کارآمدی و استقلال افراد مبتلا را افزایش می‌دهد. در ضمن، هیچ‌یک از مطالعات بررسی‌شده، ترکیبی از عوامل شخصی و محیطی را در پیش‌بینی افراد متقاضی جراحی زیبایی را بررسی نکرده‌اند و مشخص نیست سهم کدام دسته از این عوامل بیشتر است. بنابراین پژوهشگر به دنبال این مسئله است: روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و تاب آوری افراد متقاضی جراحی زیبایی چه تاثیری دارد؟

روش‌شناسی

روش مورد استفاده در این پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده به کلینیک های زیبایی خانه سفید، زیبایی عرفان و زیبایی دکتر نیل فروش زاده در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. انتخاب نمونه به‌صورت پی‌درپی و با تخصیص تصادفی به دو گروه انجام شد. اولین نمونه با قرعه‌کشی به گروه آزمون اختصاص یافت و پس از آن بقیه نمونه‌ها با لحاظ نمودن عامل جنس به صورت یک در میان به هر یک از دو گروه تخصیص داده شد تا تعداد افراد متقاضی جراحی زیبایی در هر گروه (آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر) رسید. معیارهای انتخاب نمونه‌ها شامل اقدام به جراحی زیبایی و یا گرفتن مشاوره تخصصی در این خصوص، سن ۲۰ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش بود. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه تحت آموزش

[1] - Külz, Landmann, Cludius, Rose
[2] - Zimmerman, Finnegan, Paul, Schmidt, Tai
[3] - Hente, Sears, Cotton, Pallerla
[4] - Maddock, Hevey, D'Alton & Kirby
[5] - Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers
[6] - Goldin & Gross

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. خلاصه جلسات در جدول (۱) آورده شده است.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱): نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. اعتبار پیش‌بین مقیاس پاسخ‌های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. چنان که در قبلا توضیح داده شد، نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند. هم‌چنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به علاوه نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۹-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه-کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، بررسی گردید. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از افراد غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۸۸). این پرسشنامه ۲۵ سوال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملا نادرست) و چهار (همیشه درست)، نمره‌گذاری می شود. نمره میانگین این مقیاس از ۵۲ خواهد بود به طوری که هر چه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب‌آوری بالاتری دارد و هر چه نمره او به صفر نزدیکتر باشد، از تاب‌آوری کمتری برخوردار خواهد بود. داس با ضریب آلفای کرونباخی معادل ۸۴.\ تا ۹۲.\ ثبات درونی کافی را نشان داده است (وایزمن و بک، ۱۹۹۷؛ به نقل از لطفی کاشانی، ۱۳۸۷) و بک (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخی معادل ۸۰.\ را برای خرده مقیاس‌های داس گزارش کرده است. دو نمونه از سوالات به این شرح است: مشکل بتوان احساس خوشحالی نمود، مگر این که آدم خوش‌قیافه، باهوش، پولدار و خلاق باشد و خوشحالی بیشتر بستگی به نگرش من درباره خودم دارد تا نگرش دیگران در مورد من.

جدول ۱: جلسات درمانی مربوط به درمان ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوا جلسه
اول	تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش به شیوه حضور ذهن، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار، معرفی این راهبرد مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط موجود، احساسات مختل‌کننده‌ای را برمی‌انگیزد، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول
دوم	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۷، شماره ۱۱، زمستان سال ۱۳۹۹

	تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذشتن برچسب فرضیه روی آن‌ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه‌ی نشسته و منطق اجرای آن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، تقویت حوزه‌ی حالت ذهنی بودن، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، تعیین تکلیف خانگی
چهارم	تمرین پنج‌دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه‌ی ذهن آگاهی، تعیین تکلیف خانگی
پنجم	قبل از هر تغییری باید خود را به همان‌گونه‌ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه دهی و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرین جلسه قبل، تعیین تکلیف خانگی
ششم	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 نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره
هفتم	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت، تعیین و تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط برانگیز، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
هشتم	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه گردید. ابتدا با بیان شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه گروه‌های مورد مطالعه به توصیف کلی موقعیت پژوهش پرداخته سپس با اطمینان از رعایت پیش فرض‌های مورد نیاز، عملیات آماری تحلیل کوواریانس اجرا گردید. جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و اختلاف میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد:

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

شاخص های آماری	گروه	پس آزمون		پیش آزمون	
		M	SD	M	SD
نشخوار فکری	آزمایش	۵۰/۴۰	۳/۲۱	26/81	۳/۵۷
	کنترل	۷۴/۱۰	۱۱/۷۷	۷۶/۸۵	/۹۱ ۱۴
تاب آوری	آزمایش	۶۹/۹۳	۹/۱	۵۶/۳۳	۸/۷
	کنترل	۶۱/۶	۸/۳	۶۱/۴	۸/۵

اطلاعات توصیفی میزان نشخوار فکری و تاب آوری به طور کلی در جدول ۲ به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همچنان که ملاحظه می شود میانگین گروه نشخوار فکری در مرحله پس آزمون، نسبت به

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

پیش آزمون کاهش نشان می دهد، همچنین در تاب آوری در پس آزمون گروه آزمایش افزایش نشان می دهد. از آنجایی که یکی از پیش شرط های لازم برای اجرای روش آماری تحلیل کوواریانس، اطمینان از یکسان بودن واریانس ها در گروه های مورد مطالعه است؛ آزمون لوین جهت آزمون فرضیه مزبور اجرا گردید. با توجه به معنادار نبودن نتایج مشاهده شده در جدول ۲ همسانی پراکندگی نمرات گروه های آزمایش و کنترل احراز گردید. بنابراین داده ها از پیش فرض لازم همگنی واریانس ها برخوردار بوده و اجرای عملیات آماری بعدی مجاز می باشد.

جدول ۳. نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
نشخوار فکری	۲۳/۹۴	۱	۳۸	**۰/۱۹**
تاب آوری	1/6	۱	۲۸	**۰/۱**

بنابراین باید نتیجه‌گیری شود که با توجه به برقراری مفروضه های تجزیه و تحلیل کواریانس، می‌توان از این آزمون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج آزمون کواریانس برای تعیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر نشخوار فکری در افراد متقاضی جراحی زیبایی

متغیر	شاخص آماری	SS	Df	MS	F	معنی داری	اندازه اثر
نشخوار فکری	پیش آزمون	۱۵/۷۸	۱	۱۵/۷۸	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۰۶
	گروه	۴۴۷/۴۵	۱	۴۴۷/۴۵	۵/۷۴	۰/۰۲	۰/۱۳
	خطا	۳۱۱۵/۹۶	۳۶	۸۶/۵۵			
	کل	۷۵۰۰۹/۰۰	۴۰				

نتایج جدول ۴ نشان می دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده (P <۰/۰۵، F =۵/۷۴)، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات نشخوار فکری شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود. به این معنی که استفاده از درمان ذهن آگاهی در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری افراد متقاضی جراحی زیبایی داشته است.

جدول ۵. نتایج آزمون کواریانس برای تعیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر تاب آوری در افراد متقاضی جراحی زیبایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
اندازه اثر	۱۷۶۸/۸	۲	۸۸۴/۴	۲۷	۰/۰۱	۰/۶۶۷
همپراش	۲۳۲/۳	۱	۲۳۲/۳	۷	۰/۰۱۳	۰/۲۰۸
گروه	۱۲۴۸	۱	۱۲۴۸	۳۸	۰/۰۱	۰/۵۸۵
خطا	۱۰۳۳/۷	۱	۱۰۳۳/۷	۳۱/۶	۰/۰۱	۰/۵۳۹
کل	۸۸۴/۶	۲۷	۳۲/۸			
	۱۳۲۴۱۱	۳۰				

بر اساس ارقام بدست آمده از جدول ۵، با کنترل اثر پیش آزمون، اثر معنی داری عامل بین آزمودنی های گروه در سطح ۰/۰۱ معنی دار است (P=۰/۰۱، F(۱ ،۲۷) =۳۱/۶). به طوری که اطلاعات جدول ۵ نیز نشان می دهد، نمرات "تاب آوری" آزمودنی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۷، شماره ۱۱، زمستان سال ۱۳۹۹

های گروه آزمایش پس از مداخله، به طور معنی داری افزایش داشته است، بنابراین می توان فرض صفر را در سطح ۰/۰۱ رد کرده و با ۹۹ درصد اطمینان پذیرفت که درمان ذهن آگاهی بر "تاب آوری" افراد متقاضی جراحی زیبایی موثر است. اندازه اثر نیز بیانگر آن است که حدود ۵۳/۹ درصد از تغییرات تاب آوری آزمودنی ها وابسته به "درمان ذهن آگاهی" می باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و تاب آوری در افراد متقاضی جراحی زیبایی انجام شد. نتایج نشان داد درمان ذهن آگاهی بر نشخوار فکری افراد متقاضی جراحی زیبایی تاثیر دارد. نتایج پژوهش با یافته‌های فوگارتی و همکاران (۲۰۱۶)، کوردیاک و همکاران (۲۰۱۴)، عباسی و همکاران (۱۳۹۵)، سلیمانی و تاج‌الدینی (۱۳۹۵)، همسو می‌باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که شیوه درمان ذهن آگاهی (با تأکید بر اینجا و اکنون) سبب شد تا بیماران احساس کنند بیشتر از گذشته بر نشانه‌های بیماری خود کنترل دارند و این حس کارآمدی فردی، توأم با کنترل‌پذیری، باعث کسب دیدگاه‌های واقع‌بینانه‌تری درباره بیماری و در نتیجه ادراک صحیح نسبت به مساله جراحی زیبایی شد. آن‌ها همچنین روش‌های درمانی را در کنترل و بهبود بیماری جسمانی خود، بیش از پیش مؤثر دانستند بنابراین نگرش مثبتی نسبت به درمان و کنترل مشکل خود پیدا کردند و در همکاری با تکنیک های درمانی خود، بیشتر از گذشته مصمم شدند. پس از مداخله، افراد متقاضی جراحی زیبایی نگرش واقعی‌تری نسبت به پیامدهای جراحی زیبایی کسب کردند و علیرغم این که قبلاً مشکلات مربوط به تصور از خودشان را ناتوان کننده می‌پنداشتند، اما پس از درمان، آن‌ها پیامدهای واقعی جراحی زیبایی را می‌شناختند و درک درستی نسبت به آن‌ها داشتند. درمجموع با توجه به این‌که افراد متقاضی جراحی زیبایی به اطلاعات درست و واقعی درباره جراحی زیبایی دست‌یافته بودند و آن را به‌عنوان بخشی از زندگی خود پذیرفته بودند، بنابراین واکنش‌های هیجانی کمتری نسبت به این شرایط نشان دادند و به عبارتی در مقابله مؤثر با مشکلاتشان و سازگاری با شرایط خود موفق‌تر از پیش عمل کردند. از جمله پژوهش‌هایی که همگام با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد می‌توان پژوهش جیورجنس (۲۰۱۰) با عنوان تأثیر ادراک بیماری بر ناتوانی، عملکرد جسمانی و نشانه‌های افسردگی، پژوهش آلسون که نشان داد با افزایش ادراک کنترل فردی می‌تواند منجر به بهبود رفتار سلامت، کاهش تجربه خستگی و کاهش نشخوار فکری بیماران شود، با نتایج تحقیق حاضر همسو است. در نهایت می‌توان مؤثر بودن این آموزش را در بسیاری از جنبه‌ها در بیماران دارای بیماری مزمن تائید نمود. به‌طوری‌که تأکید اخیر، منعکس‌کننده این حقیقت است که شیوه پردازش می‌تواند به‌اندازه محتوای معنی و تفسیرهای مربوط به سازگاری روانی مهم باشد. هنگامی‌که از این نوع درمان برای مشکلات و مسائل بیماران مبتلابه مشکلات جسمی استفاده می‌شود، در شناخت معنا دهی‌های مربوط به تشخیص و کنترل بیماری‌های مزمن بسیار مهم است. نقش اساسی معنا دهی‌ها و تفسیرهای فرد از رویدادها و موقعیت‌ها در درمان‌های شناختی، یکی از دلایلی است که این مدل درمانی را به یک درمان مناسب برای اجزای روانی مشکلات مزمن پزشکی تبدیل کرده است. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یک‌شکل ساختاریافته از درمان است و ساختار در این نوع درمان مهم است (وایت، ترجمه مولودی و فتاحی، ۱۳۹۵). روش درمان ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند که یاد بگیرند چگونه از احساس‌های بدنی، افکار و هیجانات خودآگاهی یابند و چگونه پاسخ سازگارانه‌ای به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند؛ بنابراین ذهن آگاهی این توانایی را به ما می‌دهد تا آسیب‌پذیری‌های فراگیر در انسان را ببینیم و با آن روبرو شویم و آن‌ها را که بخشی از وجود ذاتی و درونی انسان‌ها هستند به چالش بکشیم (کابات زین، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی، نوعی آگاهی است که در زمان توجه ما به تجربیاتمان نسبت به موضوع خاصی شکل می‌گیرد. توجهی که متمرکز بر هدف است (توجه به‌طور آشکار روی جنبه‌های خاصی از تجربه معطوف می‌شود) و در زمان حال (وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می‌شود آن‌ها به زمان حال بازمی‌گردانیم) و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است) صورت می‌گیرد (کابات زین، ۲۰۰۳). آگاهی از آنچه در آینده اتفاق می‌افتد و آنچه در حال رخ دادن است «توجه عمیق و مستقیم به آن و مرتبط کردن آن با پذیرش

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

موضوع، یعنی قدرت عمل مشاهده مشارکتی». گرچه ماهیت موضوع و توجه به آن آسان است، تمرین ذهن آگاهی اغلب کار سخت به نظر می‌رسد. تمرینی که در آن به‌طور منظم به خود آموزش می‌دهیم تا بدان چه در اطرافمان رخ می‌دهد و ناشی از تجارب ما است اطمینان کنیم. این تمرین همچنین به معرفی غریزه ما برای اجتناب از مشکل و جنبه‌های چالش‌برانگیز تجربه درمانی می‌پردازد؛ بنابراین می‌تواند نتیجه گرفت درصورتی‌که چنین مداخله‌هایی را برای مبتلایان به بیمارهای مزمن در کنار درمان‌های پزشکی به کار بگیریم خواهیم توانست با تغییر در ادراک بیماران از بیماری‌شان در بلندمدت نیز از شدت بیماری آن‌ها بکاهیم و باعث بهبود سلامتی و کاهش نشخوار فکری این افراد شویم.

همچنین نتایج نشان داد که میانگین تاب آوری گروه شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد متقاضی جراحی زیبایی در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان به این توصیف دست زد که درمان ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل باعث افزایش تاب آوری افراد متقاضی جراحی زیبایی شده است. در این پژوهش دریافتیم که درمان ذهن آگاهی، منجر به افزایش تاب آوری افراد متقاضی جراحی زیبایی می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش بیرامی و همکاران (۲۰۱۵)، احمدوند و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. در تحقیقات مختلف بر جمعیت بزرگسال نیز مفید بودن این روش درمانی در حیطه‌های گوناگونی همچون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری، کاهش نشخوار فکری و افسردگی (مک کیم، ۲۰۰۸)، استرس، اضطراب و افسردگی تایید شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی و غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک‌لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد و علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود و افزایش ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی با توجه به مؤلفه‌های پذیرش، درک پذیری و رشد شخصی مؤثر است و به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد و با تفکر و تأمل پاسخ دهد و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره تواناتر سازد. مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روان‌شناختی و در نتیجه افزایش تاب آوری است زیرا در نتیجه افزایش بهزیستی، اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی و نشانه‌های روان‌شناختی کاهش‌یافته و عزت‌نفس، خوش‌بینی و عاطفه مثبت افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که می‌توان با افزایش ذهن آگاهی افراد، تاب آوری آن‌ها را افزایش داد. مطالعات مختلف براون و ریان (۲۰۰۳) نیز همبستگی مثبت و معناداری بین ذهن آگاهی و کتاب آوری به دست آورند؛ در نتیجه می‌توان گفت که افزایش ذهن آگاهی با کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و عاطفه منفی و درنتیجه افزایش تاب آوری، شادی و خوش‌بینی و بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی همراه است. آموزش ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌شود (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از بیرامی و همکاران، ۲۰۱۵) که این تغییرات مثبت در افراد باعث افزایش تاب آوری و کاهش افسردگی بیماران می‌شود. در اصل، به‌طور نظری ذهن آگاهی می‌تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. براون و ریان (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای به بررسی نقش درمان ذهن آگاهی بر تاب آوری و کاهش افسردگی پرداختند که نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد افزایش ذهن آگاهی با افزایش تاب آوری و کاهش افسردگی همراه است. همچنین مداخله بالینی روی بیماران سرطانی نشان داد که افزایش ذهن آگاهی با کاهش آشفتگی خلقی و تنیدگی در آن‌ها همراه است. مورونه و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود روی بیماران با درد مزمن دریافتند که تمرین ذهن آگاهی اثرات مثبتی روی درد، توجه و مسائل خواب دارد. همچنین نتیجه مطالعه آن‌ها نشان داد که تمرین ذهن آگاهی باعث رشد تاب آوری و کاهش افسردگی در افراد می‌شود که این امر تأثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد. در حقیقت آن‌ها دریافتند که افزایش ذهن آگاهی با افزایش تاب آوری و بهزیستی جسمانی همراه است. درصورتی‌که پژوهش روی شمار گسترده‌تری از افراد متقاضی جراحی و در شهرهای مختلف انجام پذیرد که یافته‌های آن قابل‌تعمیم به سایر افراد متقاضی جراحی زیبایی باشد پیشنهاد می‌شود. روش‌های مداخله‌ای که برای افراد متقاضی جراحی زیبایی امید به آینده و افزایش تحمل آن‌ها در مقابل نگاه و رفتار دیگران و ارتباط بیشتر با جامعه و اطرافیان را به دنبال داشته باشد می‌تواند پیشنهاد خوبی برای بررسی‌های بعدی باشد.

منابع

پورمحسنی کلوری، فرشته و شیرمحمدی، سونیا. (۱۳۹۵). مقایسه خودپنداره، طرحواره های ناکارآمد و پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی. *نشریه رویش روانشناسی*، ۵ (۲)، ۱۸۶-۱۶۵.

حیدریان، آ.، زهراکار، ک.، و محسن زاده، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۹ (۲)، ۵۲-۴۵.

رمضان زاده، حسن؛ عبدلی، بهروز و عرب نرمی، بتول. (۱۳۹۵). پیش بینی سطح تاب آوری دانشجویان بر اساس مراحل تغییر رفتار تمرینی و خودکارآمدی. *فصلنامه مطالعات روان شناسی ورزشی*، ۱۷ (۳)، ۹۸-۸۳.

سلیمانی، اسماعیل و تاج الدینی، امراه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خستگی بر ابعاد خستگی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس(MS): یک مطالعه ی موردی. *فصلنامه روان شناسی بالینی*، شماره ۳۰، صص: ۲۱-۱۳.

عباسی، سمیرا؛ پهلوان زاده، سعید و علیمحمدی، نصراله. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر شدت خستگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، سال پنجم، شماره ۲، صص: ۵۱-۴۰.

وایت، کریگ. (۱۳۹۵). *درمان شناختی رفتاری برای بیماری های مزمن پزشکی: راهنمای عملی برای ارزیابی و درمان*. ترجمه رضا مولودی و کتایون فتاحی. تهران: انتشارات ارجمند.

Ahmadvand, Z., Heydarynasab, L ., & Shaeiri, M. R.(2012). Prediction of psychologycal well-being based on the comonents of mindfulness. *Journal of Scientific reaserch.* Health psycology, 20,1-10.(Persian)

Barata, A., Gonzalez, B. D., Zhou, J. M., Kim, J., Hoogland, A. I., El-Jawahri, A., ... & Jim, H. S. (2020). Associations among depression, antidepressants, survival and quality of life in hematopoietic cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplantation*, 1-4.

Bayrami, M., Movahedi, Y., & Alizade goradel, J. (2015). Effectiveness of cognition based – mindfulness therapy on the reduction of social anxiety and dysfunctional attitudes adolescents. *Journal of social cognition*, 1,41-52.(Persian)

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*,*68*(6), 539-544

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. A clinician guide New York.

Ferrari, L., Sgaramella, T. M., Santilli, S., & Di Maggio, I. (2017). Career adaptability and career resilience: The roadmap to work inclusion for individuals experiencing disability. In *Psychology of Career Adaptability, Employability and Resilience* (pp. 415-431). Springer, Cham.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

Fogarty, E., Schmitz, S., Tubridy, N., Walsh, C., & Barry, M. (2016). Comparative efficacy of disease-modifying therapies for patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Systematic review and network meta-analysis.*Multiple Sclerosis and Related Disorders*.

Gadow, K. D. (2018). *Children on Medication Volume I: Hyperactivity, Learning Disabilities, and Mental Retardation*. Routledge.

Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*,*10*(1), 83.

Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: a qualitative review of randomized controlled outcome research. *Clinical Gerontologist*, *42*(4), 347-358.

Hente, E., Sears, R., Cotton, S., Pallerla, H., Siracusa, C., Filigno, S. S., & Boat, T. (2020). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *The Journal of Pediatrics*.

Holliday, R., Jones, M., & Bell, D. (2019). *Beautyscapes: Mapping cosmetic surgery tourism*. Manchester University Press.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, *10*(2), 144-156.

Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., ... & Maier, J. G. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive–compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *269*(2), 223-233.

Kurdyak, P., Newman, A., & Segal, Z. (2014). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on health care utilization: a population-based controlled comparison. *Journal of psychosomatic research*, *77*(2), 85-89.

Long, E. A., Gabrick, K., Janis, J. E., Perdikis, G., & Drolet, B. C. (2020). Board certification in cosmetic surgery: An evaluation of training backgrounds and scope of practice. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *146*(5), 1017-1023.

Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy with psoriasis patients. *Mindfulness*, *10*(12), 2606-2619.

McGowan, J. A., Brown, J., Lampe, F. C., Lipman, M., Smith, C., & Rodger, A. (2018). Resilience and physical and mental well-being in adults with and without HIV. *AIDS and Behavior*, *22*(5), 1688-1698.

Moberly, N. J., & Dickson, J. M. (2016). Rumination on personal goals: Unique contributions of organismic and cybernetic factors. *Personality and Individual Differences*, *99*, 352-357.

Modini, M., Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2018). Processes and pathways mediating the experience of social anxiety and negative rumination. *Behaviour research and therapy*, *103*, 24-32.

Parsa, K. M., Gao, W., Lally, J., Davison, S. P., & Reilly, M. J. (2019). Evaluation of personality perception in men before and after facial cosmetic surgery. *JAMA facial plastic surgery*, *21*(5), 369-374.

Patton, K. A., Ware, R., McPherson, L., Emerson, E., & Lennox, N. (2018). Parent-Related Stress of Male and Female Carers of Adolescents with Intellectual Disabilities and Carers

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

of Children within the General Population: A Cross-Sectional Comparison. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*(1), 51-61.

Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, *39*(5), 521-531.

Samsari, E. P., & Soulis, S. G. (2019). Problem Solving and Resilience Self-Efficacy as Factors of Subjective Well-Being in Greek Individuals with and without Physical Disabilities. *International Journal of Special Education*, *33*(4), 938-953.

Sarwer, D. B. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body image*, *31*, 302-308.

Shome, D., Vadera, S., Male, S. R., & Kapoor, R. (2020). Does taking selfies lead to increased desire to undergo cosmetic surgery. *Journal of cosmetic dermatology*, *19*(8), 2025-2032.

Silván-Ferrero, P., Recio, P., Molero, F., & Nouvilas-Pallejà, E. (2020). Psychological Quality of Life in People with Physical Disability: The Effect of Internalized Stigma, Collective Action and Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1802.

Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(3), 362.

Zimmerman, B. J., Finnegan, M. K., Paul, S., Schmidt, S. A., Tai, Y., Roth, K. A., ... & Husain, F. T. (2019). Functional brain changes during mindfulness-based cognitive therapy associated with tinnitus severity. *Frontiers in neuroscience*, *13*, 747.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]