

اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی زنان دارای علائم روان تنی

The Effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy on Psychosomatic Symptoms, Differentiation of Self and Attachment Style of women with Psychosomatic Symptoms

Shiva Namjoo

MA Student in Family Counseling, Department Of Counseling, Faculty Of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

Ahmad Nouri*

Assistant Professor, Department Of Counseling, Faculty Of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

Ahmad-nouri2012@yahoo.com

شیوا نامجو

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

احمد نوری (نویسنده مسئول)

استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

چکیده

The aim of the present study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychosomatic symptoms, differentiation of self, and attachment style of women with psychosomatic symptoms. The research method was quasi-experimental and pretest-posttest with the control group. The statistical population included all women with psychosomatic symptoms who were referred to two counseling centers of Superior Attitude and Stable Peace in Isfahan City in 1400. Among these women, 30 people who scored the highest score on the Screening for Somatoform Symptoms questionnaire were selected through targeted sampling, and randomly replaced in two experimental and control groups and they responded to the Screening for Somatoform Symptoms Questionnaire (Ebrahimi et al., 2017), the Differentiation of Self Inventory (Skorn and Friedlander, 1998) and the Adult Attachment Style Questionnaire (Hazen and Shaver, 1987). For the experimental group, mindfulness-based cognitive therapy was held in 8 sessions of two hours and once a week. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance. The findings showed that by controlling the pre-test effect, there is no significant difference between the post-test average of the two experimental and control groups in the variable of psychosomatic symptoms ($P=0/066$) and avoidant attachment style ($P=0/273$); But in the variables of differentiation of self ($P=0/001$), secure attachment style ($P=0/001$) and ambivalent attachment style ($P=0/001$) there is a significant difference. Based on this, it can be concluded that the mindfulness-based cognitive therapy intervention was effective in the differentiation of self, secure, and ambivalent attachment styles in women with psychosomatic symptoms.

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، سبک دلبستگی و تفکیک خویشتن زنان دارای علائم روان تنی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای علائم روان تنی مراجعه کننده به دو مرکز مشاوره نگرش برتر و آرامش پایدار در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود. از بین این زنان به شیوه نمونه گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر که از پاسخ به پرسشنامه تشخیص اختلالات علائم جسمانی، بیشترین نمره را کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و به پرسشنامه های غربالگری برای اختلالات علائم جسمانی 7 SOMS (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۷)، تفکیک خویشتن DSI-R (اسکورن و فریندلدر، ۱۹۹۸) و سبک های دلبستگی بزرگسالان AASQ (هازن و شاور، ۱۹۸۷) پاسخ دادند. برای گروه آزمایشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۲ ساعته، هفتاهی یک جلسه برگزار شد. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه در متغیر علائم روان تنی ($F=3/716$, $p=0/066$) و سبک دلبستگی اجتنابی ($p=0/273$) تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در متغیرهای تفکیک خویشتن ($F=37/327$, $p=0/001$)، سبک های دلبستگی اینم (۱۱, $p=0/001$) و دوسوگرا (۱۱, $p=0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان نتیجه گرفت که مداخله آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای تفکیک خویشتن و سبک های دلبستگی اینم و دوسوگرا در زنان دارای علائم روان تنی موثر بود.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، تفکیک خویشتن، سبک دلبستگی، علائم روان تنی.

Keywords: Mindfulness, Differentiation of Self, Attachment style, Psychosomatic Symptoms.

ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۲

پذیرش: بهمن ۱۴۰۱

دريافت: دي ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشي

مقدمه

اختلالات روانی یکی از چالش‌های کلیدی بهداشت عمومی است (بلومگرن و پرهونیمی^۱، ۲۰۲۲) و عامل اصلی رشد عوارض و ناتوانی‌های ناشی از عدم سلامت در جهان به شمار می‌رود. اهمیت این موضوع زمانی دوچندان می‌شود که در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹، تعداد دالی^۲ (سال‌های تطبیق داده شده برای ناتوانی) جهانی اختلالات روانی از ۸۰/۸ میلیون به ۱۲۵/۳ میلیون افزایش یافته و نسبت دالی جهانی مناسب به اختلالات روانی از ۳/۱ درصد به ۴/۹ درصد افزایش یافته است و در این بین سهم زنان بالاتر از مردان است (بار جهانی بیماری^۳، ۲۰۲۲). این درحالی است که مطالعه مقطعی نشان داده است که اختلالات روانی در منطقه خاورمیانه از بار بیماری بالای نسبت به میزان جهانی برخوردار است. همچنین در کشورهای منطقه خاورمیانه به سبب موانع فرهنگی و دیگر محدودیت‌ها زنان به نسبت مردان بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارند (نوربالا و همکاران، ۱۳۹۹). در این میان یکی از شایع‌ترین اختلالات شناخته شده در بین زنان اختلالات روان تنی^۴ (سایکوسوماتیک) می‌باشد به گونه‌ای که شیوع آنان در زنان به مراتب به نسبت مردان بالاتر است (توروبیا-پرز^۵ و همکاران، ۲۰۲۲؛ بدایع و همکاران، ۱۴۰۰). این اختلالات جسم و ذهن را درگیر می‌کند و منجر به تغییرات جسمی و پاتولوژیک ناشی از علل ذهنی یا عاطفی می‌شوند (گوندیکار و همکاران، ۲۰۲۱).

در واقع اختلال روان تنی یا سایکوسوماتیک به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر ذهن قرار دارد یا در شدیدترین حالت، توسط ذهن ایجاد می‌شود، تعریف شده است که در آن استرس‌های روان‌شناختی بدن را تا نقطه پریشانی به واکنش وامی دارد (آندو^۶، ۲۰۲۰). این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات گوارشی، قلبی - عروقی، دستگاه‌های تناسلی - ادراری، تنفسی، استخوانی - عضلانی، پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره داردند (انجمن روانشناسی آمریکا^۷، ۲۰۱۹؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۰). علائم روان تنی حیطه وسیعی از مشکلات را در برمی‌گیرند به صورتی که افزایش مشکلات ناشی از آنها، به طور جدی بر سلامت روانی تأثیر گذاشته و نسبت به گذشته به یک نگرانی جدی تر برای سلامت عمومی (جیانتونا^۸ و همکاران، ۲۰۲۲) و کیفیت زندگی (شیدا و آزو، ۲۰۲۳) تبدیل شده است. عوامل متعددی بر شکل‌گیری و تشدید این علائم و ظهور اختلال روان تنی نقش دارند. به نظر می‌رسد که خانواده یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری این اختلالات است.

متفکران روابط ابژه و روانشناسی خود منشأ اختلال روان تنی را ترومای اولیه رشد می‌دانند همچنین شور^۹ (۲۰۱۲) دلبستگی را به عنوان منبع رابطه‌ای اختلالات جسمانی معرفی کرد (کاترون^{۱۰}، ۲۰۲۱). در واقع نظریه دلبستگی به عنوان توضیحی برای رابطه بین بذرگواری دوران کودکی و پیامدهای سلامت روانی و جسمی مشکل‌ساز در بزرگسالی مطرح شد (ویدوم^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸؛ استیوуз^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). تئوری دلبستگی توصیف می‌کند که چگونه باورها و تمایلات پایدار پیرامون روابط بین فردی در تعاملات نوزاد - مراقب رشد می‌کند و به سایر روابط بین فردی منتقل می‌شود. این ویژگی‌های پایدار به عنوان سبک‌های دلبستگی شناخته می‌شوند و به طور کلی به عنوان دلбستگی ایمن در مقابل اشکال مختلف دلبستگی نایمن تعریف می‌شوند (فرالی و شیور^{۱۳}، ۲۰۲۱؛ به نقل از والکرا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲). شیور و هازن^{۱۵} (۱۹۸۷) سبک‌های دلبستگی بزرگسالان را به سه دسته ایمن، اجتنابی و دوسوگرا تقسیم کردند (مومنی و همکاران، ۲۰۲۲). دلبستگی ایمن در بزرگسالان، با راحتی در روابط نزدیک و اعتماد بین‌فردی مشخص می‌شود که زیربنای آن دیدگاه مثبت نسبت

1.Blohmgren & Perhoniemi

2.Disability-Adjusted Life-Years (DALYS)

3.Global Burden of Disease (GBD)

4.Psychosomatic Disorders

5.Tornubia-Pérez

6.Gondivkar

7.Ando

8.American Psychological Association

9.Giannotta

10.Schore

11.Catrone

12.Widom

13.Estévez

14.Fraley & Shaver

15.Walkera

16.Hazan

به خود و دیگران است (خوستو-ونیز^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). این درحالی است که افراد دارای سبک دلبرستگی نایمن اجتنابی معمولاً از داشتن رابطه نزدیک با دیگران ناراحت هستند و احتمالاً اعتماد به دیگران برای آنها دشوار است و یک موضع کنترل کننده نسبت به دیگران اتخاذ می‌کنند (کاندی^۲، ۲۰۱۹؛ ترجمه میشن چی و قنبری، ۱۴۰۱) و دیدگاه مثبتی نسبت به خود و دیدگاهی منفی نسبت به دیگران دارند. در نهایت افرادی که دارای دلبرستگی نایمن دوسوگرا هستند، درک مثبتتری از دیگران دارند و خواهان حمایت و محبت دیگران هستند و همچنین به نظر می‌رسد که عزت نفس پایینی دارند و تمایل دارند که واپسیه باشند (معلوف^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد محیط خانوادگی ضعیف می‌تواند باعث شکل‌گیری سبک‌های دلبرستگی نایمن شود و این دلبرستگی نایمن نیز باعث ایجاد مشکلات روانی و کاهش سلامت روان شود (ویدوم و همکاران، ۱۸؛ پیتروموناکو و بک^۴، ۲۰۱۹). به صورتی که در مطالعات از سبک‌های دلبرستگی نایمن به عنوان یکی از عوامل خطر در تشديد و به وجود آمدن اختلالات روان‌تنی در افراد یاد می‌کنند (کاشینو^۵ و همکاران، ۲۰۲۲؛ بداع و همکاران، ۲۰۲۱؛ گیودتی^۶ و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از عواملی که محققان آن را به عنوان یک عامل مؤثر بر تشديد اختلالات روان‌تنی می‌شناسند سطح تفکیک خویشتن فرد است. بر اساس نظریه بوئن^۷ (۱۹۷۸)، تفکیک خویشتن ساختاری است که در دو سطح بیان می‌شود: در سطح درون روانی، توانایی ایجاد تعادل بین عملکرد عاطفی و فکری است و در سطح بین‌فردی، توانایی ایجاد روابط صمیمانه و عاطفی با دیگران، به صورتی که افراد با حفظ استقلال، صمیمیت و خودنمختاری را تجربه می‌کنند (قوی‌بازو و همکاران، ۲۰۲۲). درحالی که افراد دارای تفکیک خویشتن پایین تمایل به گزارش مهارت‌های اجتماعی ضعیف، تعارضات بین‌فردی بیشتر، و تمایل به تجربه اضطراب، استرس و ناراحتی در روابط صمیمی با دیگران دارند و برای مقابله با استرس در روابط به آمیختگی با دیگران یا قطع عاطفی از طریق فاصله فیزیکی و عاطفی متول می‌شوند (سیگالا^۸ و همکاران، ۲۰۲۲) به‌گونه‌ای که به استرس‌های بیرونی یا درونی با فعال‌سازی هیجانی شدید و غیرمنطقی واکنش نشان می‌دهند، و تمایل دارند توانایی کمی برای تفکر و عمل مستقل از خود نشان دهند (دوک-سیالوسا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱؛ لامپیس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه، این عملکرد منجر به تشديد علائم روان‌تنی می‌گردد (یوسف‌زاده و ابراهیمی، ۲۰۲۰)؛ بنابراین تفکیک خویشتن در زنان دارای علائم روان‌تنی به جهت کاهش مشکلات آنان باید موردنوجه قرار گیرد و سعی شود با انجام مداخلاتی زمینه را برای تقویت آن فراهم نمود. در راستای این مهم در حوزه روان‌شناسی محققان و اندیشمندان از رویکردها و مدل‌های آموزشی - درمانی مختلفی برای افزایش بهزیستی روانی و سلامت عمومی بهره می‌گیرند و به دنبال آن هستند تا مؤثرترین و کارآمدترین نوع درمان را به جهت غنی‌سازی و بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان افراد به کاربندند. در بین تمامی مدل‌ها، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور فزاینده‌ای برای بهبود سلامت روان و بهزیستی مورداستفاده قرار می‌گیرند که با پیامدهای مثبتی در این زمینه همراه بوده است (ویتفیلد^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲).

ذهن‌آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در آئین و تعالیم مذهبی شرقی دارد. به عبارتی به معنای آگاه بودن از افکار، هیجانات، احساسات و رفتار است و شکل خاصی از توجه به حساب می‌آید (موسوی و همکاران، ۱۳۹۹) و یک شیوه بودن است، همچنین به معنای پاسخدادن به جای واکنش نشان‌دادن همراه با صبر، گشودگی و شفقت در برابر جریان مستمر به وقایع، اتفاقات و تجارب زندگی و آگاهی لحظه‌به‌لحظه، بی‌غرض، غیر قضاوتی و پایدار از حالات‌ها و فرایندهای ذهنی قابل درک است (ولف و سرپا^{۱۲}، ۲۰۱۵؛ ترجمه، حلمی، ۱۳۹۸). ذهن‌آگاهی با مؤلفه‌هایی نظیر پذیرش (واقیعت)، حضور (در زمان حال)، اجتناب (از نشخوار فکری) شامل اهدافی همچون ارتقای بهزیستی و آگاهی از خود و محیط همراه با تعديل ذهن است (شومان-اولیویه^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰). آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) ارائه شیوه‌های نوین برای پیشگیری از عود و برگشت افسردگی اساسی است که توسط سگال^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۲) تدوین

1.Justo-Núñez

2.Cundy

3.Maalouf

4.Pietromonaco & Beck

5.Cascino

6.Guidetti

7.Bowen

8.Scigala

9.Duch-Ceballosa

10.Lampis

11.Whitfield

12.Wolf & Serpa

13.Schuman-Olivier

14.Segal

گردید. اگرچه مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی علاوه بر درمان افسردگی، بر اضطراب و اختلالات مرتبط با استرس و بسیاری از مشکلات روانی دیگر نیز، کارآمدی خود را نشان داده‌اند (کرگو^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش مروری با تمرکز بر بیماری‌های پوستی و دهان و فک و صورت نشان داده که مدیتیشن ذهن آگاهی می‌تواند اثرات مثبتی بر درمان این بیماری‌ها داشته باشد (گانسان و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین والدم^۲ و همکاران (۲۰۲۲) توانستند اثربخشی MBCT را برای کاهش درد زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نشان دهند. از جهت دیگر نتیجه مطالعه فراتحلیل مارینو^۳ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند تأثیر مثبتی بر رویارویی با عوامل خطر روانی داشته و مشکلات فیزیولوژیکی را تا حدودی بهبود بخشنند. همچنین نتایج پژوهش یوسفی‌تازه کند (۱۴۰۰) در راستای تأیید اثربخشی MBCT بر علائم روان تنی در بیماران مبتلا به وسوس اجرای بود. آنچه که محرز است اکثر مطالعات مذکور اثربخشی مداخلات ذهن آگاهی را تنها برای طیف محدودی از علائم روان تنی مورد بررسی قرار داده‌اند که می‌تواند به عنوان یکی از محدودیت‌های موجود در مطالعات پیشین مطرح شود. از سوی دیگر حاجی‌ستاری مقانی (۱۴۰۰)، محمدی‌پور و شجاعی (۱۳۹۷) و بزدی و بهنود (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی بر ارتقا سطح تفکیک خویشتن می‌تواند اثربخش باشد. همچنین مطالعات متعددی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی را بر سبک دلبستگی نشان داده‌اند (قهارمنلو و همکاران، ۱۴۰۰؛ افتخاری، ۱۳۹۸؛ میرمیینی و همکاران، ۱۳۹۶). با این حال اکثر مطالعات نامبرده شده اثربخشی این آموزش را بر تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی در جمعیت‌های دیگر مورد بررسی قرار داده و اثربخشی آن بر زنان دارای علائم روان تنی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

حال با توجه به موارد مذکور و افزایش روند شیوع اختلالات روانی؛ بالاخص اختلالات روان تنی در بین زنان و اهمیت آسیب‌ها و هزینه‌های برآمده از آن بر فرد، خانواده و جامعه و نقش بر جسته سازه‌های تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی بر ظهور و یا حتی افزایش علائم روان تنی و اهمیت به کارگیری مداخلات مؤثر به جهت کاهش آسیب‌های ناشی از علائم روان تنی و ارتقای سطح تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی در جامعه موردمطالعه و سوق دادن آنها به سمت زندگی مطلوب و سالم‌تر و همچنین با توجه به پیشینه پژوهشی که نشان می‌دهد تحقیقات انجام شده در جهت اثربخشی MBCT کمتر بر جمعیت زنان مبتلا به علائم روان تنی در ایران متتمرکز بوده‌اند و این در حالی است که مطابق نتایج مطالعات پیشین این آموزش توانسته است بر سلامت عمومی، بهبود علائم جسمی و روانی نقش مثبتی داشته باشد این گونه به نظر می‌رسد که این آموزش بتواند در جامعه موردمطالعه نیز اثرات مثبتی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی داشته باشد؛ بنابراین به دلیل محدود بودن پژوهش‌های انجام شده و نبود پژوهشی مشابه در این زمینه؛ هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی زنان دارای علائم روان تنی است.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای علائم روان تنی مراجعه‌کننده به دو مرکز نگرش برتر و آرامش پایدار در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آنان ۳۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دارابودن سن ۲۰ تا ۴۵ سال، کسب نمره ۹۴ به بالا در پرسشنامه‌ی اختلالات علائم جسمانی (SOMS-7)، عدم شرکت در دوره‌های موازی درمانی و ملاک‌های خروج شامل عدم مشارکت در فعالیت‌های گروه، داشتن ۲ جلسه غیبت، عدم تعهد نسبت به تمریناتی گروه و انصراف از ادامه پژوهش بود. به گروه آزمایش، MBCT در ۸ جلسه ۲ ساعته و هفت‌های یک جلسه ارائه شد؛ ولی گروه گواه هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا گردید. بر مبنای موازین و اصول اخلاقی از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و در رابطه با موضوع و هدف پژوهش اطلاعات کافی و لازم به آنان ارائه گردید، به زنان شرکت‌کننده این اطمینان داده شد که امکان انصراف و خروج در هر مرحله‌ای از مراحل

پژوهش را دارند و همچنین نتایج برآمده از پژوهش بهصورت کلی انتشاریافته و اصل رازداری و محترمانه بودن رعایت خواهد شد. در نهایت، داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری از طریق نرم‌افزار SPSS سخنه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه غربالگری برای اختلالات علائم جسمانی^۱ (SOMS-7): یک مقیاس ۵۳ آیتمی که توسط رایف و هیلر^۲ (۲۰۰۳) برای ارزیابی اثر درمان در بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمانی تدوین گردید که شامل تمام ابعاد اختلالات علائم جسمانی است و علائم و نشانه‌های بیماران را در هفت روز ارزیابی می‌کند. شدت علائم بر اساس معیار درجه‌بندی شده از صفر برای کمترین شدت تا ۴ برای بیشترین شدت تنظیم گردیده است. در پژوهش رایف و هیلر (۲۰۰۳) که روان‌سنجی پرسشنامه از طریق مصاحبه بالینی با بیماران و گزارش علائم توسط آنها انجام شد، پایابی پرسشنامه به روش آلفا کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد و همچنین در پژوهش فابیائو^۳ و همکاران (۲۰۱۰) روابی همگرا پرسشنامه غربالگری برای اختلالات علائم جسمانی با پرسشنامه نگرش به بیماری ۰/۹۰ بدست آمد. پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷) مورد تجدیدنظر و اضافات قرار گرفت که نهایتاً بعد از اعتباریابی به ۴۷ سؤال با دو عامل علائم قلبی-عروقی، تفسی و گوارشی و عامل درد عضلانی-اسکلتی و نورولوژیک تقسیل یافت. ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ و پایابی با روش بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۰ است. ارزیابی روابی همگرا پرسشنامه با در نظر گرفتن تحلیل عاملی مقیاس‌های پرسشنامه علائم جسمانی (PHQ-12)^۴ با عامل اول ۰/۵۱ و با عامل دوم ۰/۵۹ گزارش شد که حاکی از روابی همگرا آن بود. در این پژوهش پایابی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه تفکیک خوبیشن^۵ (DSI): پرسشنامه تفکیک خوبیشن با ۴۵ سؤال توسط اسکورن و فریندلدر^۶ (۱۹۹۸) و بهمنظور سنجش میزان تفکیک خوبیشن تدوین گردید. این پرسشنامه از ۴ خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران تشکیل و با مقیاس لیکرت در یک طبق ۶ گزینه‌ای از هرگر (۱) تا همیشه (۶) تنظیم شده است. نمرات کمتر در این پرسشنامه بیانگر سطوح پایین تفکیک خوبیشن است. اسکورن و اسمنیت^۷ (۲۰۰۳) روابی این پرسشنامه را به روش واگرا با محاسبه همبستگی نمره آن با خرده مقیاس ترس از رهاشدن پرسشنامه تجربه روابط نزدیک بزنان^۸ و همکاران (۱۹۹۸) ۰/۵۳ گزارش نمودند که نشان‌دهنده روابی خوب است، همچنین همسانی درونی را از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند که نشانگر پایابی مطلوب برای این پرسشنامه است. در ایران زارعی و حسینقلی (۱۳۹۳) روابی این پرسشنامه را به روش همگرا با پرسشنامه تعهد زناشویی ۰/۴۵ و ضریب همسانی درونی با محاسبه آلفا کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند (صفری و همکاران، ۱۴۰۱). پایابی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه سبک دلبلستگی بزرگسالان^۹ (AASQ): پرسشنامه سبک دلبلستگی بزرگسالان توسط هازن و شیور در سال ۱۹۸۷ بهمنظور سنجش سبک دلبلستگی اشخاص ساخته شد و در ایران توسط بشارت (۲۰۱۱) بر روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی گردید. این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال است که به هر کدام از خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبلستگی اینم، نایمین اجتنابی و نایمین دوسوگرا ۵ ماده اختصاص‌یافته است. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) تنظیم گردیده است. بالاترین نمره در هر کدام از خرده مقیاس‌ها نشانگر سبک دلبلستگی آزمودنی است. پایابی بازآزمایی کل پرسشنامه توسط هازن و شیور (۱۹۸۷) ۰/۸۱ و پایابی از طریق آلفا کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد، همچنین در پژوهش لوی و دیویس^{۱۰} (۱۹۸۸) همبستگی پرسشنامه سبک دلبلستگی با خرده مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های عشق استرنبرگ (۱۹۸۶) محاسبه شد به این صورت که همبستگی سبک دلبلستگی اینم با خرده مقیاس‌های صمیمت، تعهد و هوش به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۱۹ و ۰/۱۸ و همبستگی بین سبک دلبلستگی دوسوگرا با خرده مقیاس‌های صمیمت (۰/۲۴)، تعهد (۰/۲۱) و هوش (۰/۲۰) همچنین بین سبک دلبلستگی اجتنابی با

1.Screening for Somatoform Symptoms (SOMS-7)

2.Rief & Hiller

3.Fabiano

4.Illness Attitudes Questionnaire

5.Patient Health Questionnaire

6.Differentiation of Self Inventory (DSI)

7.Skowron & Friedlander

8.Schmitt

9.Brennan

10.Adult Attachment Style Questionnaire (AASQ)

11.Levy & Davis

اثریخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشن و سبک دلپستگی زنان دارای علائم روان تنی
The Effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy on Psychosomatic Symptoms, Differentiation of ...

صمیمت (۰/۳۲)، تعهد (۸/۰۰) و هوس (۴/۰۰) بود که نشان دهنده روابی همگرا پرسشنامه است. ضریب آلفاکرونباخ در پژوهش بشارت (۱۱/۰) برای خرد مقياس‌های سبک‌های دلپستگی ایمن (۵/۰)، نایمن اجتنابی (۵/۰) و نایمن دوسوگرا (۴/۰) گزارش شد و روابی محتوای آن از طریق همبستگی نمرات پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و تأیید گردید. پایایی از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۷۶/۰ بدست آمد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی¹ (MBCT): شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط سگال و همکاران (۲۰۰۲) تدوین گردیده است، این آموزش در قالب یک برنامه گروهی ۸ جلسه دو ساعته هر هفته یک جلسه توسط محقق اجرا گردید. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

جلسه	محظوظ
جلسه اول	هدایت خودکار؛ برقراری ارتباط، بیان قواعد، شرح اهداف مداخله، جلب نظر و لزوم تعهد افراد جهت حضور در جلسات، خوردن کشمکش با آگاهی مراقبه وارسی بدن، (در پایان جلسات آموزشی تکالیف خانگی برای شرکت کنندگان ارائه می‌شد)
جلسه دوم	مقابلة با مواضع: مراقبه وارسی جسمانی، تمرین احساسات و افکار، ۱۰ دقیقه مراقبه نشسته
جلسه سوم	حضور ذهن بر روی تنفس و بدن در زمان حرکت: تمرین دیدن و شنیدن به مدت ۵ دقیقه، تکنیک راه‌رفتن ذهن آگاهانه و فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، بازنگری تمرینات
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال: ۵ دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته و راه‌رفتن با حضور ذهن.
جلسه پنجم	پذیرش و اجازه - مجوز حضور: بازنگری تمرینات و انجام مراقبه نشسته آگاهی از تنفس، بدن، صدای افکار و بحث و گفتگو در مورد اهمیت پذیرش و ویژگی‌های آن، با تأکید بر اهمیت فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای
جلسه ششم	فکرها نه حقایق: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت، مراقبه نشسته، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای
جلسه هفتم	مراقبت از خویش - تمرین تکنیک‌های قبلی در این جلسه به گونه‌ای که به عنوان یک کار متدالو روزانه مورداستفاده قرار گیرد
جلسه هشتم	فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای نه تنها روزانه سه بار و هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند استفاده از آموخته‌ها برای کنارآمدن با وضعیت‌های خلقلی در آینده، تمرین مراقبه وارسی جسمانی، مروری بر آنچه در دوره گذشت، به پایان رساندن مراقبه و در نهایت اجرای پس‌آزمون از گروه آزمایش و کنترل

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش به ترتیب ۲۰/۳۵ و ۴/۴۸ و در گروه گواه ۰/۳۷ و ۰/۳۶. همچنین بیشترین درصد در گروه آزمایش (۳/۲۳٪) و گروه گواه (۷/۲۶٪) دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات علائم روان تنی، تفکیک خویشن و سبک دلپستگی در دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغیر	آزمون	گروه گواه	گروه آزمایش	SD	M	SD	M
علائم روان تنی	پیش‌آزمون	۱۱۸/۶۷	۱۱۵/۸	۱۱/۹	۱۱۵/۸	۱۱/۴۹	۱۱۸/۶۷
	پس‌آزمون	۱۰۷/۸۷	۹۳/۶۷	۱۰/۰۲	۹۳/۶۷	۱۰/۰۲	۱۰۷/۸۷
تفکیک خویشن	پیش‌آزمون	۱۰۸/۰	۱۰۵/۶۷	۷/۲۸	۱۰۵/۶۷	۷/۲۸	۱۰۸/۰
	پس‌آزمون	۱۰۸/۱۳	۱۲۴/۸۷	۸/۴۶	۱۲۴/۸۷	۸/۴۶	۱۰۸/۱۳
ایمن	پیش‌آزمون	۹/۳۳	۷/۸	۱/۷۴	۷/۸	۱/۷۴	۹/۳۳

1. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

۲/۰۸	۱۰/۰۷	۱/۶۶	۹/۹۳	اجتنابی
۳/۵۴	۶/۰	۲/۵۶	۸/۸	دوسوگرا
۲/۲۶	۹/۶	۱/۵	۱۱/۶	ایمن
۱/۹۹	۹/۱۳	۱/۶۶	۷/۷۳	اجتنابی
۳/۷	۷/۵۳	۲/۱۹	۴/۶	دوسوگرا
پسآزمون				

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار عالم روان تنی، تفکیک خویشن و ابعاد سبک دلبستگی را در دو مرحله پیشآزمون و پسآزمون در دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد که یافته‌ها نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمرات تغییرات محسوسی داشته است. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد؛ بنابراین ابتدا پیشفرض‌هایی که برای آزمون فوق نیاز بود بررسی گردید. برای بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که مقدار سطح معناداری به دست آمده متغیرهای عالم روان تنی، تفکیک خویشن و ابعاد سبک دلبستگی بیشتر از 0.05 و در نتیجه توزیع نمرات نرمال است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لوین نوین استفاده شد؛ نتایج آزمون لوین نشان داد که پیشفرض همگنی واریانس‌های عالم روان تنی ($F=0.647$ و $Sig=0.428$)، تفکیک خویشن ($F=1.311$ و $Sig=0.262$)، سبک دلبستگی ایمن ($F=1.958$ و $Sig=0.173$)، سبک دلبستگی اجتنابی ($F=0.296$ و $Sig=0.296$) و سبک دلبستگی دوسوگرا ($F=0.721$ و $Sig=0.403$) تأیید می‌شود. پیش‌شرط لازم دیگر جهت بررسی بین گروه‌ها و نمرات پیشآزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شبیه رگرسیون است که میزان F محاسبه شده در سطح 0.05 معنادار نبود ($p>0.05$) و بین گروه‌ها و پیشآزمون تعامل وجود نداشت. بهمنظور شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید با توجه به سطح $Sig=0.042$ برای متغیرهای تحقیق، فرض برابری ماتریس کوواریانس برای متغیرهای تحقیق تأیید نشد. در این حالت، برای آزمون فرض کلی در جدول ۳، از اثر پیلایی استفاده نمی‌شود و سه سطر دیگر مورد توجه قرار می‌گیرند.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چند متغیری

آزمون	آتا	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطای محدود سهمی	سطح معناداری	مقدار F	منبع تغییرات
۰/۹۹۹	۸۰/۷	۰/۰۰۱**	۱۹	۵	۱۵/۸۷۸	۰/۸۰۷ اثر پیلایی
۰/۹۹۹	۸۰/۷	۰/۰۰۱**	۱۹	۵	۱۵/۸۷۸	۰/۱۹۳ لامبادای ویلکز
۰/۹۹۹	۸۰/۷	۰/۰۰۱**	۱۹	۵	۱۵/۸۷۸	۴/۱۷۹ اثر هتلینگ
۰/۹۹۹	۸۰/۷	۰/۰۰۱**	۱۹	۵	۱۵/۸۷۸	۴/۱۷۹ بزرگترین ریشه روی

همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود، سطوح معناداری آزمون‌ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای عالم روان تنی، تفکیک خویشن و ابعاد سبک دلبستگی در مرحله پسآزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=15/878$ ، $p=0.001$). بررسی دقیق‌تر این نتیجه در جدول ۴، ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون مانکوا جهت بررسی اثر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

متغیر	تعییرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	سطح معناداری	مجذور آزمون	مجذور سهمی آتا	توان
عالم	پیشآزمون	۱۰۹۹/۰۴۰	۱	۱۰۹۹/۰۴۰	۸/۸۱۷	۰/۰۰۷	۰/۲۷۷	۰/۸۱۱	
روان تنی	گروه	۴۶۳/۱۵۳	۱	۴۶۳/۱۵۳	۴۶۳/۱۵۳	۰/۰۶۶	۱۳/۹	۰/۴۵۵	
	خطا	۲۸۶۶/۹۷۶	۲۳	۱۲۴/۶۵۱					
	کل	۳۱۰۵۲۷	۳۰						

اثریخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلپستگی زنان دارای علائم روان تنی
The Effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy on Psychosomatic Symptoms, Differentiation of ...

تفکیک خویشتن	پیش آزمون	۷۲۷/۲۸۹	۱	۷۲۷/۲۸۹	۵۹/۰۳۶	۳۷/۳۲۷	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۲	۱۲/۳۱۹	۷۲۷/۲۸۹	۰/۹۱۹	۰/۳۴۹	۰/۹۹۹
دلپستگی ایمن	گروه خطای کل	۲۲۰۳/۶۲۴	۱	۱۳۵۷/۸۱۸	۵۹/۰۳۶	۳۷/۳۲۷	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱*	۳۷/۳۲۷	۲۲۰۳/۶۲۴	۰/۹۹۹	۶۱/۹	۰/۹۹۹
سبک دلپستگی	گروه خطای کل	۴۱۱۰۴۱	۳۰	۱/۹۵۲	۱/۹۵۲	۰/۸۶۰	۰/۳۶۳	۰/۰۰۳	۱۲/۳۱۹	۷۲۷/۲۸۹	۰/۱۴۴	۰/۰۳۶	۰/۱۴۴
سبک	پیش آزمون گروه خطای کل	۳۹/۵۵۳	۱	۵۲/۲۰۵	۲/۲۷	۱۷/۴۲۶	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱**	۳۷/۳۲۷	۵۹/۰۳۶	۰/۹۹۹	۴۲/۱	۰/۹۷۹
دلپستگی اجتنابی	گروه خطای کل	۳۵۰۴	۳۰	۴/۴۹۱	۱/۸۴۲	۱/۵۸۴	۰/۲۲۱	۰/۰۶۴	۰/۰۰۴	۵/۸۴۲	۱/۵۸۴	۰/۲۲۶	۰/۱۹
دلپستگی دوسوگرا	گروه خطای کل	۱۰۸/۷۷۴	۱	۱۹۲/۱۱۲	۸/۳۵۳	۱۳/۰۲۳	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۲	۰/۰۲۳	۴/۴۹۱	۱/۸۴۲	۰/۱۰۸	۰/۹۳۲
با توجه به سطوح معناداری متغیرهای علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلپستگی در جدول ۴، مشاهده می‌شود که برای علائم روان تنی ($F=۳/۷۱۶$, $p=۰/۰۶$) و سبک دلپستگی اجتنابی ($F=۱/۲۶۱$, $p=۰/۲۷۳$) بیشتر از $۰/۰۵$ و برای تفکیک خویشتن ($F=۳۷/۳۲۷$, $p=۰/۰۰۱$) و سبک‌های دلپستگی ایمن ($F=۱۷/۴۲۶$, $p=۰/۰۰۱$) و دوسوگرا ($F=۱۳/۰۲۳$, $p=۰/۰۰۱$) کمتر از $۰/۰۵$ است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین گروههای آزمایش و گواه در پس آزمون تفکیک خویشتن و سبک دلپستگی ایمن و دوسوگرا تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما در علائم روان تنی و سبک دلپستگی اجتنابی تفاوت معناداری وجود ندارد.													

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلپستگی زنان دارای علائم روان تنی صورت پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی زنان دارای علائم روان تنی اثر معناداری ندارد. این یافته‌ها با نتایج گانسان و همکاران (۲۰۲۲)، والدمن و همکاران (۲۰۲۲)، مارینو و همکاران (۲۰۲۱) و یوسفی تازه‌کند (۱۴۰۰) ناهمسو است. از آنجائی که MBCT در برگیرنده آموزش‌هایی است که ویژگی‌های کلی مقابله با پریشانی، ناتوانی و مدیریت استرس را در زندگی روزمره و همچنین در شرایط فوق العاده‌تر اختلال جدی یا شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد و همچنین نتایج مطالعات پیشین در راستای تأیید این امر بودند؛ انتظار محقق بر این بود که این آموزش ممکن است بتواند باعث کاهش علائم روان تنی در زنان دارای علائم روان تنی شود؛ اما نتایج پژوهش در راستای تأیید فرضیه پژوهشگر نبود. در تبیین نتیجه حاصله و ناهمسوی آن با نتایج پژوهش‌های قبل ممکن است نوع ابزار، محتوا و فرایند مداخله، نمونه و عوامل دیگر در نتیجه به دست آمده تأثیرگذار باشند. به‌حال با توجه به اینکه علائم روان تنی ممکن است در اثر عوامل متعددی ایجاد گردد و شدت آن در زنان متفاوت باشد همچنین ممکن است زنان علی‌رغم کسب مهارت‌هایی در این زمینه به هنگام مواجهه مجدد با شرایط استرس‌زا و موضع خلق پایین الگوهای عادتی فکری قلیشان به طور خودکار فعال گردد که در نتیجه تکرار این الگو چرخه‌های معموب خلق شدیدتر شده و نتوانند به خوبی استرس تجربه شده را مدیریت و با ذهن باز و پذیرا عمل کنند و مانع از آن شود که علائم روان تنی در آنان کاهش یابد و این امر در محیط خارج از درمان که نظرات کمتری وجود دارد بیشتر بروز یابد؛ لذا می‌تواند به عنوان دلیلی بر اثربخش نبودن MBCT در جامعه موردمطالعه باشد.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تفکیک خویشتن زنان دارای علائم روان‌تنی اثربخش است. نتایج با یافته‌های حاجی‌ستاری ممقانی (۱۴۰۰)، محمدی‌پور و شجاعی (۱۳۹۷) و بزدی و بهنود (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان عنوان کرد که MBCT، با افزایش آگاهی زنان نسبت به زمان حال با انجام تمريناتی همانند معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون و توجه به تنفس و بدن (آموزش‌های جلسه سوم و چهارم) توانسته است بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر گذارد و منجر به ذهن‌آگاهی روش و غیر قضاوتی در رابطه با آنچه که هر لحظه متواالی در ادراک رخ می‌دهد شود درنتیجه این تمرينات زنان فراگرفتند که به هیجان‌ها، افکار و احساساتی که در هر لحظه در آنان هویدا می‌شود توجه کرده و نسبت به آنها آگاه شوند تا بتوانند به نحو مؤثرتری آنان را تجربه نموده و از میزان آشفتگی هیجانی خود در مواجه با شرایط پرتبش بکاهند و در نتیجه این امر آنان توانستند به مسائل و رویدادها همان گونه که هستند بنگردند و نه بر اساس برداشت‌هایشان از آن رویداد به سبب افزایش توانایی‌های فراشناختی برای جداکردن فکر از عاطفه و حضور و گشودگی نسبت به تجربه و پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی متعدد (مانند آموزش‌های جلسه پنجم و ششم) توانستند تعامل بیشتری را در مواجه با امور و روابط خویش با دیگران بدست آورند به عبارت دیگر آنان یاد می‌گرفتند مستقل از هرگونه آشفتگی هیجانی پیرامونشان را تجربه کرده و تصمیم‌گیری کنند که ممکن است خود عاملی برای افزایش سطح تفکیک خویشتن آنان پس از آموزش باشد. درواقع آنان از لحاظ هیجانی پخته‌تر می‌شوند و می‌توانند به رغم وجود فشارهای بیرونی برای همنگی مطابق میل خود فکر، احساس و عمل نمایند و به هویت خویش و اعتقادشان اطمینان بیشتری داشته باشند و همچنین درنتیجه MBCT (جلسات پنجم و ششم آموزش در پژوهش حاضر) زنان به این مهارت دست یافتد که خود از افکار و الگوهای رفتاری خود کار خود رها کنند و از تنظیم آگاهانه و هشیارانه به عنوان وسیله‌ای برای ارتقای عملکرد مثبت در مواجه با نشخوارهای فکری و الگوهای تفکر معیوب استفاده نمایند همین امر منجر شد تا در مواجهه با مسائل و واقعیت دچار نشخوارهای فکری و هیجان‌های برآمده از آنها نشوند و با پذیرش رویدادها به صورت سازنده‌تری با آنها مواجه شوند همچنین خودآگاهی آنان از طریق ارتباطی که با صدای درونی خود برقرار می‌کرددند افزایش یافت و تجارب بدنی، شناختی و عاطفی در طی تمرينات به گسترش ادراک آنان از خود و فردیت‌شان کمک کرد که در نتیجه این امر سطح تفکیک خویشتن آنها افزایش یافت و نیز گسترش توانایی برای آگاه ماندن از حالات عاطفی و واکنش‌های انعکاسی خود به آنان کمک کرد تا به احساس خدمتکاری و تفکیک خویشتن در زمینه روابط دست یابند که در نتیجه به آنان این امکان را می‌داد که در هنگام استرس‌های محیطی و رابطه‌ای از موقعیت من استفاده نمایند. همچنین تمرينات حضور ذهنی و افزایش تفکیک خویشتن ممکن است باعث شده باشد که از تداوم الگوهای مخربی که قبلًا در مواجه با موقعیت‌های پرتبش به کار می‌برده‌اند جلوگیری کنند.

یافته دیگر پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا در زنان دارای علائم روان‌تنی بود که این نتایج همسو با یافته‌های قهرمانلو و همکاران (۱۳۹۸)، افتخاری (۱۴۰۰) و میرمیانی و همکاران (۱۳۹۶) بود؛ و در زمینه معنادار نبودن اثربخشی این آموزش بر سبک دلبستگی اجتنابی با پژوهش افتخاری (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین اثربخشی MBCT بر افزایش الگوی دلبستگی ایمن و کاهش سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا می‌توان عنوان کرد که زنان در طی تمرينات همچون وارسی بدنی، ماندن در زمان حال، پذیرش و حضور (آموزش‌های جلسه دوم، سوم و چهارم) یاد می‌گرفتند که در برخورد با تجربیات زندگی و روابط بین‌فردی خود نسبت به اعمال، افکار و احساسات خود در مواجه با دیگران آگاه شوند که این تمرينات در آنان منجر به پذیرش خود و دیگران همان گونه که هستند می‌شد که در نتیجه این امر ارتباطشان با اشخاصی که در زندگی آنان وجود داشت و بهویژه با خودشان عمیق‌تر و حقیقی‌تر می‌شد و روابطی را شکل می‌دادند که مورد رضایت هر دو طرف بوده، بدون آنکه نیازهای خود را همسو و هماهنگ با نیازها و احساسات دیگران کنند. از آنجائی که افراد دارای علائم روان‌تنی فرامی‌گرفتند که با استقبال از زمان حال و پذیرش (مانند تمرينات جلسات چهارم و پنجم در پژوهش حاضر) زنان دارای علائم روان‌تنی فرامی‌گرفتند که ناکارآمد همانند وابسته بودن بیش از اندازه و جلب حمایت دیگران الگوهای ارتباطی کارآمدی را در پیش گیرند که به منجر به ارتقا سبک ناکارآمد همانند وابسته بودن بیش از اندازه و جلب حمایت دیگران الگوهای ارتباطی کارآمدی را در پیش گیرند که به منجر به ارتقا سبک دلبستگی ایمن و کاهش سبک دلبستگی دوسوگرا در آنان شود. در ارتباط با اثربخش نبودن MBCT بر سبک دلبستگی اجتنابی ممکن عوامل گوناگونی دخیل باشند با توجه به اینکه افراد با سبک دلبستگی اجتنابی عمدتاً نسبت به نزدیکی به دیگران احساس امنیت نمی‌کنند

اثریخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشن و سبک دلستگی زنان دارای علائم روان تنی
The Effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy on Psychosomatic Symptoms, Differentiation of ...

و در نتیجه مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند به همین جهت ممکن است این آموزش نتوانسته باشد برای این افراد اثربخش باشد همچنین ممکن است نیاز باشد تا مداخلات دیگری به همراه MBCT برای این افراد به کار گرفته شود.

در نهایت می‌توان این گونه نتیجه گرفت که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند موجب بهبود سبک دلستگی دوسوگرا شده و همچنین به طور مؤثری بر ارتقا سطح سبک دلستگی اینم و تفکیک خویشن در زنان دارای علائم روان تنی اثرگذار باشد. از نظر محدودیت‌های پژوهش از آنجایی که روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و این پژوهش تنها بر روی زنان انجام شده است بهتر است در تعیین یافته‌های بهدست آمده به سایر افراد احتیاط لازم صورت پذیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای بررسی بهتر اثربخشی MBCT در افراد دارای علائم روان تنی، این مطالعه بر روی مردان و با شیوه نمونه‌گیری تصادفی انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود متخصصان از MBCT به عنوان برنامه‌ای جهت بهبود و ارتقا سطح کیفیت زندگی زنان دارای علائم روان تنی در مراکز مشاوره، بهداشت و همچنین فرهنگسرایها بهره گیرند.

منابع

- ابراهیمی، ا.، میر شاهزاده، پ.، افشار زنجانی، ح.، ادبی، پ.، حاجی‌هاشمی، ع.، و نصیری دهسرخی، ح. (۱۳۹۷). بررسی ساختار عاملی پرسشنامه اختلال علایم جسمانی در جمعیت بیماران روانپزشکی شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۲)، ۲۴۰-۲۳۴.
- <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.16.2.234>
- افتخاری، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد سرشت و منش و سبک‌های دلستگی دانش آموzan مبتلا به اضطراب فرگیر، پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی شاندیز.
- <https://ganj.irandoc.ac.ir/#articles/0f71081df4bdb154246d2ef0f318e3f6>
- انجمان روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۹). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم (به روز شده ۲۰۱۹) *DSM-5* ترجمه، یحیی سید محمدی (۱۴۰۰). تهران، نشر روان. <https://www.arjmandpub.com/Book/1180>
- بدایع، ا.، وزیری، ش.، و لطفی کاشانی، ف. (۱۴۰۰). سهم تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و دلستگی، در پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک با تدبیگری جنسیت و سطح پریشانی. *مجله علمی سازمان نظام پژوهشی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۹(۱)، ۳۰-۳۸.
- <http://jmciri.ir/article-1-3067-fa.html>
- حاجی‌ستاری ممقانی، ن. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی والد محور بر سازگاری شخصی - اجتماعی و تمایزیافتگی خود در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۹(۱۳)، ۱۱-۱۱.
- <http://jnjp.ir/article-1-556-fa.html>
- صفری، م.، رضاخانی، س.، و دوکانه‌ای فرد، ف. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای بخودگی بین فردی در رابطه بین تمایزیافتگی و شایستگی اجتماعی دانشجویان. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.3.6.7>
- قهرمانلو، ح.، خرمی، م.، سیدی شخمزار، س.، ز.، و اشرفی فرد، س. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های دلستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودکان معلولیت ذهنی حرکتی. *محله روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۳)، ۷۸-۶۹.
- <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.21849.2014>
- کاندی، ل. (۲۰۱۹). موانع دلستگی و صمیمیت: درک و درمان دلستگی اجتنابی، نفرت از خود و شرم، ترجمه مهسا میشن‌چی، سعید قنبری (۱۴۰۱). تهران، پندار تابان. <https://ketab.ir/book/056f69a0-b12e-490b-baa3-5d0b1f8f1af1>
- محمدی‌پور، م.، و شجاعی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر تمایزیافتگی و تعارضات زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت تهران. *سلامت اجتماعی*، ۵(۲)، ۸۸-۱۸۱.
- <https://doi.org/10.22037/ch.v5i2.18495>
- موسوی، س.، ا. پور‌حسین، ر.، زارع مقدم، ع.، رضائی، ر.، حسنی اسطلحی، ف.، و میربلوک بزرگی، ع. (۱۳۹۹). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT). *رویش روان‌شناسی*، ۹(۴)، ۱۴۴-۱۳۳.
- میرمبابی، س.، ب.، حسینی، س.، ف.، و ملاح، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و سبک‌های دلستگی بیماران روان تنی. *نخستین کنگره پژوهش‌های نوین در روان‌شناسی شناختی*. <https://www.tpbm.com/article/65849>
- نوربالا، ا.، ع.، نعمانی، ف.، یحیی دیزج، ج.، انوری، س.، و محمود پور‌آذری، م. (۱۳۹۹). بار بیماری اختلالات روانی: مطالعه کشورهای منطقه خاورمیانه طی دوره ۲۰۰۰-۲۰۱۷. *محله علمی سازمان نظام پژوهشی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۸(۱)، ۲۶-۱۹.
- ولف، ژ.، سریا، گ. (۲۰۱۵). راهنمای بالینیگران در آموزش ذهن آگاهی: برنامه جامع جلسه به جلسه برای متخصصان سلامت روان و کارکنان بخش سلامت، ترجمه، کتابخانه انتشارات ارجمند. <https://www.arjmandpub.com/Book/1652>

- ویلیامز، م.، تبزدل، ج.، سگال، ت. و کابات زین، ج. (۲۰۰۷). *رهایی از افسردگی به روشن ذهن آگاهی*، ترجمه، اکرم کرمی (۱۳۹۹)، تهران، انتشارات صابرین.
<https://www.iranketab.ir/book/31023-the-mindful-way-through-depression>
- یزدی، ق. و بهنود، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش تمایزیافتگی خود و امید به زندگی در زنان مقاضی طلاق، اولین کنگره ملی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، اسفراین.
<https://civilica.com/doc/901372/>
- یوسفی تازه کند، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر رگه/ حالت اضطراب و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به وسوس اجباری در شرایط پاندمی کرونا، پایان نامه کارشناسی ارشد، مرکز پیام نور تهران جنوب، دانشگاه پیام نور تهران.
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/c7dea76ee8d83c0f495dbe7c416fdf1d>
- Ando, T. (2020). *Psychosomatic disorder*. In: Gellman, M.D. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_424
- Badaye, A., Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2021). Developing a psychosomatic symptoms model based on emotional regulation, defense mechanisms, and attachment styles mediated by distress level in psychosomatic patients. *Hormozgan medical journal*, 25(3), 98-103. <https://doi.org/10.34172/hmj.2021.11>
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of adult attachment inventory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 475–479. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.093
- Blomgren, J., & Perhoniemi, R. (2022). Increase in sickness absence due to mental disorders in Finland: trends by gender, age and diagnostic group in 2005-2019. *Scandinavian journal of public health*, 50(3), 318–322. <https://doi.org/10.1177/1403494821993705>
- Cascino, G., Ruzzi, V., D'Agostino, G., Barone, E., Giorno, C., D., Monteleone, P., Monteleone, & Monteleone, A., M.(2022), Adult attachment style and salivary alpha-amylase and emotional responses to a psychosocial stressor in women with eating disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 153, 2022, 110713. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110713>
- Catrone, C. (2021). An integrated treatment of psychosomatic symptoms and disorders of the self: The role of alexithymia. *Psychoanalytic Social Work*, 28(1), 25–42. <https://doi.org/10.1080/15228878.2020.1809475>
- Crego, A., Yela, J. R., Gómez-Martínez, M. Á., Riesco-Matías, P., & Petisco-Rodríguez, C. (2021). Relationships between mindfulness, purpose in life, happiness, anxiety, and depression: Testing a mediation model in a sample of women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 925. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030925>
- Duch-Ceballosa, C., Peceb, J., O., & Skowron, E. (2021). Differentiation of self and its relationship with emotional self-regulation and anxiety in a Spanish sample. *The American Journal of Family Therapy*. 49(5). 517-533. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1841039>
- Estévez, A., Macía, L., Momeñe, J., & Etxaburu, N. (2022). *Attachment and behavioral addictions*. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) Handbook of substance misuse and addictions. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67928-6_7-1
- Fabião, C., Silva, M. C., Barbosa, A., Fleming, M., & Rief, W. (2010). Assessing medically unexplained symptoms: Evaluation of a shortened version of the SOMS for use in primary care. *BMC Psychiatry*, 10, Article 34. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-34>
- Ganesan, A., Gauthaman, J., & Kumar, G. (2022). The impact of mindfulness meditation on the psychosomatic spectrum of oral diseases: Mapping the evidence. *J Lifestyle Med.* 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.15280/jlm.2022.12.1.1>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet. Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Ghavibazou, E., Abdollahi, A., & Hosseiniyan, S. (2022). Validity of the Persian translation of the differentiation of self inventory (DSI) among Iranian adults. *Heliyon*, 8(7), e09834. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09834>
- Giannotta, F., Nilsson, K. W., Åslund, C., & Larm, P. (2022). Among the swedish generation of adolescents who experience an increased trend of psychosomatic symptoms. Do they develop depression and/or anxiety disorders as they grow older?. *BMC psychiatry*, 22(1), 779. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04432-x>
- Gondivkar, S. M., Gadbail, A. R., Sarode, S. C., Hedao, A., Dasgupta, S., Sharma, B., Sharma, A., Yuwanati, M., Gondivkar, R. S., Gaikwad, R. N., Sarode, G. S., & Patil, S. (2021). Oral psychosomatic disorders in family caregivers of oral squamous cell carcinoma patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 22(2), 477–483. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.2.477>
- Guidetti, V., Cerutti, R., Faedda, N., & Natalucci, G. (2019). Migraine in childhood: an organic, biobehavioral, or psychosomatic disorder?. *Neurol Sci* 40 (Suppl 1), 93–98. <https://doi.org/10.1007/s10072-019-03827-1>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Justo-Núñez, M., Morris, L., & Berry, K. (2022). Self-report measures of secure attachment in adulthood: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(6), 1812–1842. <https://doi.org/10.1002/cpp.2756>
- Lampis, J., Cataudella, S., Agus, M., Busonera, A., & Skowron, E. A. (2019). Differentiation of self and dyadic adjustment in couple relationships: A dyadic analysis using the actor-partner interdependence model. *Family process*, 58(3), 698–715. <https://doi.org/10.1111/famp.12370>

اثریخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشن و سبک دلپستگی زنان دارای علائم روان تنی
The Effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy on Psychosomatic Symptoms, Differentiation of ...

- Lampis, J., Cataudella, S., Speziale, R., & Elat, S. (2019). The role of differentiation of self dimensions in the anxiety problems. *The Family Journal*, 28(1), 106648071989494. <https://doi.org/10.1177/106648071989494>
- Levy, M. B., & Davis, K. E. (1988). Lovestyles and attachment styles compared: Their relations to each other and to various relationship characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5(4), 439–471. <https://doi.org/10.1177/026540758054004>
- Maalouf, E., Salameh, P., Haddad, C., Sacre, H., Hallit, S., & Obeid, S. (2022). Attachment styles and their association with aggression, hostility, and anger in Lebanese adolescents: a national study. *BMC psychology*, 10(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00813-9>
- Marino, F., Failla, C., Carrozza, C., Ciminata, M., Chilà, P., Minutoli, R., Genovese, S., Puglisi, A., Arnao, A. A., Tartarisco, G., Corpina, F., Gangemi, S., Ruta, L., Cerasa, A., Vagni, D., & Pioggia, G. (2021). Mindfulness-based interventions for physical and psychological wellbeing in cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Brain sciences*, 11(6), 727. <https://doi.org/10.3390/brainsci11060727>
- Momeni, K., Amani, R., Janjani, P., Majzoobi, M. R., Forstmeier, S., & Nosrati, P. (2022). Attachment styles and happiness in the elderly: the mediating role of reminiscence styles. *BMC geriatrics*, 22(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03053-z>
- Pietromonaco, P., R., & Beck, L., A. (2019). Adult attachment and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 25, 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.04.004>
- Rief, W., & Hiller, W. (2003). A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 44(6), 492–498. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.492>
- Scigala, D. K., Fabris, M. A., Badenes-Ribera, L., Zdankiewicz-Scigala, E., Hintertan, I., & Longobardi, C. (2022). Alexithymia and adult attachment: Investigating the mediating role of Fear of intimacy and negative mood regulation expectancies. *Psychological reports*, 125(4), 1896–1914. <https://doi.org/10.1177/00332941211010252>
- Shaida, B., & Arzoo, S. (2023). *Role of bioactive components in psychosomatic disorders*. In: Thakur, M., Belwal, T. (eds) *Bioactive Components*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-19-2366-1_13
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The differentiation of self inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 235–246. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235>
- Torrubia-Pérez, E., Reverté-Villarroya, S., Fernández-Sáez, J., & Martorell-Poveda, M. A. (2022). Analysis of psychosomatic disorders according to age and sex in a rural area: A population-based study. *Journal of personalized medicine*, 12(10), 1730. <https://doi.org/10.3390/jpm12101730>
- Waldman, S., Wanigasekera, V., Henrich, J., Martin, M., Gjelsvik, B., & Tracey, I. (2022). SP8.2.4 Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) reduces symptoms in patients with chronic visceral pain, and is associated with the alteration of pain-evoked neural activity and resting functional connectivity in the descending pain modulatory system. *British Journal of Surgery*, 109(5), 247.093. <https://doi.org/10.1093/bjs/znac247.093>
- Walker, S., A., Double, K., S., Kunst, H., Zhang, M., & MacCann, C. (2022). Emotional intelligence and attachment in adulthood: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 184, 111174. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111174>
- Whitfield, T., Barnhofer, T., Acabchuk, R., Cohen, A., Lee, M., Schlosser, M., Arenaza-Urquijo, E. M., Böttcher, A., Britton, W., Coll-Padros, N., Collette, F., Chételat, G., Dautricourt, S., Demnitz-King, H., Dumais, T., Klimecki, O., Meiberth, D., Moulinet, I., Müller, T., Parsons, E., ... Marchant, N. L. (2022). The effect of mindfulness-based programs on cognitive function in adults: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology review*, 32(3), 677–702. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09519-y>
- Widoma, C., S., Czajaa, S., J., Kozakowski, S., S., & Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse & Neglect*, 76, 533-545. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2017.05.002>
- Yousefzadeh, P., & Ebrahimi, A. (2020). The effectiveness of self-differentiation training on cognitive emotion regulation and psychosomatic symptoms of nurses. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 7(3), 140-150. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v7i3.219>