

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.

Abstract

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 (Skom and Friedlander, 1998) and the Adult Attachment Style Questionnaire (Hazan 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.

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

چکیده

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 SOMS-7 (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۷)، تفکیک خویشتن DSI-R (اسکورن و فریندلندر، 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، هفته ای 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 ایمن ($p=0/001$) و دوسوگرا ($p=0/001$) 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 ایمن و دوسوگرا در زنان دارای علائم روان تنی موثر بود.

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

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 منتسب 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 بالایی 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 روان‌تنی^۴ (سایکوسوماتیک) می‌باشد به گونه‌ای که شیوع آنان در زنان به مراتب به نسبت مردان بالاتر است (تورویا-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^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

در واقع اختلال روان‌تنی 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 وامی‌دارد (آندو^۷، 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 دارند (انجمن روانشناسی آمریکا^۸، ۲۰۱۹؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۰). علائم روان‌تنی حیطه وسیعی از مشکلات را در برمی‌گیرند به صورتی که افزایش مشکلات ناشی از آنها، به‌طور جدی بر سلامت روانی تأثیر گذاشته و نسبت به گذشته به یک نگرانی جدی‌تر برای سلامت عمومی (جیانوتا^۹ و همکاران، ۲۰۲۲) و کیفیت زندگی (شیدا و آرزو، ۲۰۲۳) تبدیل شده است. عوامل متعددی بر شکل‌گیری و تشدید این علائم و ظهور اختلال روان‌تنی نقش دارند. به نظر می‌رسد که خانواده یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری این اختلالات است.

متفکران روابط ابژه و روانشناسی خود منشأ اختلال روان‌تنی را ترومای اولیه رشد می‌دانند همچنین شور^{۱۰} (۲۰۱۲) دلبستگی را به‌عنوان منبع رابطه‌ای اختلالات جسمانی معرفی کرد (کاترون^{۱۱}، ۲۰۲۱). در واقع نظریه دلبستگی به‌عنوان توضیحی برای رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و پیامدهای سلامت روانی و جسمی مشکل‌ساز در بزرگسالی مطرح شد (ویدوم^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸؛ استیوز^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲). تئوری دلبستگی توصیف می‌کند که چگونه باورها و تمایلات پایدار پیرامون روابط بین‌فردی در تعاملات نوزاد - مراقب رشد می‌کند و به سایر روابط بین‌فردی منتقل می‌شود. این ویژگی‌های پایدار به‌عنوان سبک‌های دلبستگی شناخته می‌شوند و به‌طور کلی به‌عنوان دلبستگی ایمن در مقابل اشکال مختلف دلبستگی نایمن تعریف می‌شوند (فرالی و شیور^{۱۴}، ۲۰۲۱؛ به نقل از والکرا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲). شیور و هازن^{۱۶} (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. Blomgren & Perhoniemi
2. Disability-Adjusted Life-Years (DALYS)
3. Global Burden of Disease (GBD)
4. Psychosomatic Disorders
5. Torrubia-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 دلبستگی ناایمن 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 می کنند (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 دلبستگی ناایمن دوسوگرا هستند، درک مثبت تری از دیگران دارند و خواهان حمایت و محبت دیگران هستند و همچنین به نظر می رسد که عزت نفس پایینی دارند و تمایل دارند که وابسته باشند (معلوف^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). بررسی ها نشان می دهد محیط خانوادگی ضعیف می تواند باعث شکل گیری سبک های دلبستگی ناایمن شود و این دلبستگی ناایمن نیز باعث ایجاد مشکلات روانی و کاهش سلامت روان شود (ویدوم و همکاران، ۲۰۱۸؛ پیتر و موناکو و بک^۴، ۲۰۱۹). به صورتی که در مطالعات از سبک های دلبستگی ناایمن به عنوان یکی از عوامل خطر در تشدید و به وجود آمدن اختلالات روان تنی در افراد یاد می کنند (کاشینو^۵ و همکاران، ۲۰۲۲؛ بدایع و همکاران، ۲۰۲۱؛ گیودتی^۶ و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از عواملی که محققان آن را به عنوان یک عامل مؤثر بر تشدید اختلالات روان تنی می شناسند سطح تفکیک خویشتن فرد است. بر اساس نظریه بوئن^۷ (۱۹۷۸)، تفکیک خویشتن ساختاری است که در دو سطح بیان می شود: در سطح درون روانی، توانایی ایجاد تعادل بین عملکرد عاطفی و فکری است و در سطح بین فردی، توانایی ایجاد روابط صمیمانه و عاطفی با دیگران، به صورتی که افراد با حفظ استقلال، صمیمیت و خودمختاری را تجربه می کنند (قوی بازو و همکاران، ۲۰۲۲). درحالی که افراد دارای تفکیک خویشتن پایین تمایل به گزارش مهارت های اجتماعی ضعیف، تعارضات بین فردی 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 متوسل می شوند (سیگالا^۸ و همکاران، ۲۰۲۲) به گونه ای که به استرس های بیرونی یا درونی با فعال سازی هیجانی شدید و غیرمنطقی واکنش نشان می دهند، و تمایل دارند توانایی کمی برای تفکر و عمل مستقل از خود نشان دهند (دوک-سبالوسا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱؛ لامپیس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه، این عملکرد منجر به تشدید علائم روان تنی می گردد (یوسف زاده و ابراهیمی، ۲۰۲۰)؛ بنابراین تفکیک خویشتن در زنان دارای علائم روان تنی به جهت کاهش مشکلات آنان باید مورد توجه قرار گیرد و سعی شود با انجام مداخلاتی زمینه را برای تقویت آن فراهم نمود. در راستای این مهم در حوزه روان شناسی محققان و اندیشمندان از رویکردها و مدل های آموزشی - درمانی مختلفی برای افزایش بهزیستی روانی و سلامت عمومی بهره می گیرند و به دنبال آن هستند تا مؤثرترین و کارآمدترین نوع درمان را به جهت غنی سازی و بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان افراد به کاربندند. در بین تمامی مدل ها، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به طور فزاینده ای برای بهبود سلامت روان و بهزیستی مورد استفاده قرار می گیرند که با پیامدهای مثبتی در این زمینه همراه بوده است (ویتفیلد^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲).

ذهن آگاهی 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 می آید (موسوی و همکاران، ۱۳۹۹) و یک شیوه بودن است، همچنین به معنای پاسخ دادن به جای واکنش نشان دادن همراه با صبر، گشودگی و شفقت در برابر جریان مستمر به وقایع، اتفاقات و تجارب زندگی و آگاهی لحظه به لحظه، بی غرض، غیر قضاوتی و پایدار از حالت ها و فرایندهای ذهنی قابل درک است (ولف و سرپا^{۱۲}، ۲۰۱۵؛ ترجمه، حلمی، ۱۳۹۸). ذهن آگاهی با مؤلفه هایی نظیر پذیرش (واقعیت)، حضور (در زمان حال)، اجتناب (از نشخوار فکری) شامل اهدافی همچون ارتقای بهزیستی و آگاهی از خود و محیط همراه با تعدیل ذهن است (شومان-اولیویه^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰). آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) ارائه شیوه های 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 والدمن^۲ و همکاران (۲۰۲۲) توانستند اثربخشی MBCT را برای کاهش درد زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر 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 بخشند. همچنین نتایج پژوهش یوسفی‌تازه‌کند (۱۴۰۰) در راستای تأیید اثربخشی MBCT بر علائم روان تنی در بیماران مبتلا به وسواس اجباری 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 به‌عنوان یکی از محدودیت‌های موجود در مطالعات پیشین مطرح شود. از سوی دیگر حاجی‌ستاری ممقانی (۱۴۰۰)، محمدی‌پور و شجاعی (۱۳۹۷) و یزدی 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 (قهرمانلو و همکاران، ۱۴۰۰؛ افشاری، ۱۳۹۸؛ میرمبینی و همکاران، ۱۳۹۶). باین‌حال 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 باتوجه 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 برجسته سازه‌های تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی بر ظهور و یا حتی افزایش علائم روان تنی و اهمیت به‌کارگیری مداخلات مؤثر به جهت کاهش آسیب‌های ناشی از علائم روان تنی و ارتقای سطح تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی در جامعه مورد مطالعه و سوق دادن آنها به سمت زندگی مطلوب و سالم‌تر و همچنین باتوجه به پیشینه پژوهشی که نشان می‌دهد تحقیقات انجام شده در جهت اثربخشی MBCT کمتر بر جمعیت زنان مبتلا به علائم روان تنی در ایران متمرکز 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 این‌گونه به نظر می‌رسد که این آموزش بتواند در جامعه مورد مطالعه 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 (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دارا بودن سن ۲۰ تا ۴۵ سال، کسب نمره ۹۴ به بالا در پرسشنامه‌ی اختلالات علائم جسمانی (SOMS-7)، عدم شرکت در دوره‌های موزای 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 موزاین و اصول اخلاقی از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و در رابطه با موضوع و اهداف 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 به صورت کلی انتشار یافته و اصل رازداری و محرمانه بودن رعایت خواهد شد. در نهایت، داده های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری از طریق نرم افزار SPSS نسخه 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 نشانه های بیماران را در هفت روز ارزیابی می کند. شدت علائم بر اساس معیار درجه بندی شده از صفر برای کمترین شدت تا ۴ برای بیشترین شدت تنظیم گردیده است. در پژوهش رایف و هیلر (۲۰۰۳) که روان سنجی پرسشنامه از طریق مصاحبه بالینی با بیماران و گزارش علائم توسط آنها انجام شد، پایایی پرسشنامه به روش آلفا کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد و همچنین در پژوهش فابیائو^۳ و همکاران (۲۰۱۰) روایی همگرا پرسشنامه غربالگری برای اختلالات علائم جسمانی با پرسشنامه نگرش به بیماری^۴ ۰/۹۰ به دست 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، تنفسی و گوارشی و عامل درد عضلانی-اسکلتی و نورولوژیک تقلیل یافت. ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ و پایایی با روش بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۰ است. ارزیابی روایی همگرا پرسشنامه با در نظر گرفتن تحلیل عاملی با خرده مقیاس های پرسشنامه علائم جسمانی (PHQ-12)^۵ با عامل اول ۰/۵۱ و با عامل دوم ۰/۵۹ گزارش شد که حاکی از روایی همگرای آن بود. در این پژوهش پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه تفکیک خویشتن^۶ (DSI): پرسشنامه تفکیک خویشتن با ۴۵ سؤال توسط اسکورن و فریندلندر^۷ (۱۹۹۸) و به منظور سنجش میزان تفکیک خویشتن تدوین گردید. این پرسشنامه از ۴ خرده مقیاس واکنش پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم آمیختگی با دیگران تشکیل و با مقیاس لیکرت در یک طیف ۶ گزینه ای از هرگز (۱) تا همیشه (۶) تنظیم شده است. نمرات کمتر در این پرسشنامه بیانگر سطوح پایین تفکیک خویشتن است. اسکورن و اسمیت^۸ (۲۰۰۳) روایی این پرسشنامه را به روش واگرا با محاسبه همبستگی نمره آن با خرده مقیاس ترس از رهاشدن پرسشنامه تجربه روابط نزدیک برنن^۹ و همکاران (۱۹۹۸) ۰/۵۳ گزارش نمودند که نشان دهنده روایی خوب است، همچنین همسانی درونی را از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند که نشانگر پایایی مطلوب برای این پرسشنامه است. در ایران زارعی و حسینقلی (۱۳۹۳) روایی 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). پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان^{۱۰} (AASQ): پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان توسط هازن و شیور در سال ۱۹۸۷ به منظور سنجش سبک دلبستگی 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 مقیاس های سبک های دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا ۵ ماده اختصاص یافته است. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه ای از خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) تنظیم گردیده است. بالاترین نمره در هر کدام از خرده مقیاس ها نشانگر سبک دلبستگی آزمودنی است. پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه توسط هازن و شیور (۱۹۸۷) ۰/۸۱ و پایایی از طریق آلفا کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد، همچنین در پژوهش لوی و دیویس^{۱۱} (۱۹۸۸) همبستگی پرسشنامه سبک دلبستگی با خرده مقیاس های پرسشنامه سبک های عشق استرنبرگ (۱۹۸۶) محاسبه شد به این صورت که همبستگی سبک دلبستگی ایمن با خرده مقیاس های صمیمت، تعهد و هوس به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۱۹ و ۰/۱۸ و همبستگی بین سبک دلبستگی دوسوگرا با خرده مقیاس های صمیمیت (۰/۲۴)، تعهد (۰/۲۱) و هوس (۰/۲۴) همچنین بین سبک دلبستگی اجتنابی با

1.Screening for Somatoform Symptoms (SOMS-7)

2.Rief & Hiller

3.Fabiao

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

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 ...

صمیمت (۰/۳۲)، تعهد (۰/۲۸) و هوس (۰/۲۴) بود که نشان دهنده روایی همگرا پرسشنامه است. ضریب آلفا کرونباخ در پژوهش بشارت (۲۰۱۱) برای خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی ایمن (۰/۸۵)، نایمن اجتنابی (۰/۸۵) و نایمن دوسوگرا (۰/۸۴) گزارش شد و روایی محتوای آن از طریق همبستگی نمرات پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و تأیید گردید. پایایی از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۶ بدست آمد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT): شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط سگال و همکاران (۲۰۰۲) تدوین گردیده است، این آموزش در قالب یک برنامه گروهی ۸ جلسه دوساعته 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	محتوا
جلسه اول	هدایت خودکار: برقراری ارتباط، بیان قواعد، شرح اهداف مداخله، جلب نظر و لزوم تعهد افراد جهت حضور در جلسات، خوردن کشمش با آگاهی مراقبه واریسی بدن، (در پایان جلسات آموزشی تکالیف خانگی برای شرکت کنندگان ارائه می‌شد)
جلسه دوم	مقابله با موانع: مراقبه واریسی 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 راه رفتن 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 راه رفتن با حضور ذهن.
جلسه پنجم	پذیرش و اجازه - مجوز حضور: بازنگری تمرینات و انجام مراقبه نشسته آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و بحث و گفتگو در مورد اهمیت پذیرش و ویژگی‌های آن، با تأکید بر اهمیت فضای تنفس سه دقیقه‌ای 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 سه دقیقه‌ای
جلسه هفتم	مراقبت از خویش - تمرین تکنیک‌های قبلی در این جلسه به گونه‌ای که به عنوان یک کار متداول روزانه مورد استفاده قرار گیرد فضای تنفس سه دقیقه‌ای نه تنها روزانه سه بار و هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند
جلسه هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، تمرین مراقبه واریسی 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 ۳۵/۲۰ و ۴/۴۸ و در گروه گواه ۳۶/۰۷ و ۳/۳۷ بود. همچنین بیشترین درصد در گروه آزمایش (۲۳/۳٪) و گروه گواه (۲۶/۷٪) دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی 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 آزمایش		گروه گواه	
		SD	M	SD	M
علائم روان تنی	پیش‌آزمون	۱۱۵/۸	۱۱/۴۹	۱۱۸/۶۷	۱۸/۰۹
	پس‌آزمون	۹۳/۶۷	۱۰/۰۲	۱۰۷/۸۷	۱۴/۶۱
تفکیک خویشتن	پیش‌آزمون	۱۰۵/۶۷	۷/۲۸	۱۰۸/۰	۱۰/۳۵
	پس‌آزمون	۱۲۴/۸۷	۸/۴۶	۱۰۸/۱۳	۷/۴۱
ایمن	پیش‌آزمون	۷/۸	۱/۷۴	۹/۳۳	۲/۱۲

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

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلبستگی را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه نشان می دهد که یافته ها نشان می دهد در گروه آزمایش میانگین نمرات تغییرات محسوسی داشته است. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد؛ بنابراین ابتدا پیش فرض هایی که برای آزمون فوق نیاز بود بررسی گردید. برای بررسی توزیع نرمال بودن داده ها از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که مقدار سطح معناداری به دست آمده متغیرهای علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلبستگی بیشتر از ۰/۰۵ و در نتیجه توزیع نمرات نرمال است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد؛ نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس های علائم روان تنی ($F=0/647$ و $Sig=0/428$)، تفکیک خویشتن ($F=1/311$ و $Sig=0/262$)، سبک دلبستگی ایمن ($F=1/958$) و سبک دلبستگی اجتنابی ($F=0/299$ و $Sig=0/589$) و سبک دلبستگی دوسوگرا ($F=0/721$ و $Sig=0/403$) تأیید می شود. پیش شرط لازم دیگر جهت بررسی نبودن تعامل بین گروه ها و نمرات پیش آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون است که میزان F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ($p>0/05$) و بین گروه ها و پیش آزمون تعامل وجود نداشت. به منظور شرط همگنی ماتریس های 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 پیلای استفاده نمی شود و سه سطر دیگر مورد توجه قرار می گیرند.

جدول ۳. نتایج آزمون های چند متغیری

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

همان طور که در جدول ۳، مشاهده می شود، سطوح معناداری آزمون ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلبستگی در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=15/878$, $p=0/001$). بررسی دقیق تر این نتیجه در جدول ۴، ارائه شده است.

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

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور سهمی	توان آزمون
علائم	پیش آزمون	۱۰۹۹/۰۴۰	۱	۱۰۹۹/۰۴۰	۸/۸۱۷	۰/۰۰۷	۰/۲۷۷	۰/۸۱۱
روان تنی	گروه	۴۶۳/۱۵۳	۱	۴۶۳/۱۵۳	۳/۷۱۶	۰/۰۶۶	۱۳/۹	۰/۴۵۵
	خطا	۲۸۶۶/۹۷۶	۲۳	۱۲۴/۶۵۱				
	کل	۳۱۰۵۲۷	۳۰					

تفکیک	پیش‌آزمون	۷۲۷/۲۸۹	۱	۷۲۷/۲۸۹	۱۲/۳۱۹	۰/۰۰۲	۰/۳۴۹	۰/۹۱۹
خویشتن	گروه	۲۲۰۳/۶۲۴	۱	۲۲۰۳/۶۲۴	۳۷/۳۲۷	۰/۰۰۱**	۶۱/۹	۰/۹۹۹
	خطا	۱۳۵۷/۸۱۸	۲۳	۵۹/۰۳۶				
	کل	۴۱۱۰۴۱	۳۰					
سبک	پیش‌آزمون	۱/۹۵۲	۱	۱/۹۵۲	۰/۸۶۰	۰/۳۶۳	۰/۰۳۶	۰/۱۴۴
دلبستگی	گروه	۳۹/۵۵۳	۱	۳۹/۵۵۳	۱۷/۴۲۶	۰/۰۰۱*	۴۳/۱	۰/۹۷۹
ایمن	خطا	۵۲/۲۰۵	۲۳	۲/۲۷				
	کل	۳۵۰۴	۳۰					
سبک	پیش‌آزمون	۵/۸۴۲	۱	۵/۸۴۲	۱/۵۸۴	۰/۲۲۱	۰/۰۶۴	۰/۲۲۶
دلبستگی	گروه	۴/۶۳۵	۱	۴/۶۳۵	۱/۲۶۱	۰/۲۷۳	۵/۲	۰/۱۹
اجتنابی	خطا	۸۴/۵۶	۲۳	۳/۶۷۷				
	کل	۲۲۴۳	۳۰					
سبک	پیش‌آزمون	۴/۴۹۱	۱	۴/۴۹۱	۰/۵۳۸	۰/۴۷۱	۰/۰۲۳	۰/۱۰۸
دلبستگی	گروه	۱۰۸/۷۷۴	۱	۱۰۸/۷۷۴	۱۳/۰۲۳	۰/۰۰۱**	۳۶/۲	۰/۹۳۲
دوسوگرا	خطا	۱۹۲/۱۱۲	۲۳	۸/۳۵۳				
	کل	۱۴۲۸	۳۰					

باتوجه به سطوح معناداری متغیرهای علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلبستگی در جدول ۴، مشاهده می‌شود که برای علائم روان تنی ($F=۳/۷۱۶$, $p=۰/۰۶۶$) و سبک دلبستگی اجتنابی ($F=۱/۲۶۱$, $p=۰/۲۷۳$) بیشتر از ۰/۰۵ و برای تفکیک خویشتن ($F=۳۷/۳۲۷$, $p=۰/۰۰۱$) و سبک‌های دلبستگی 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 پس‌آزمون تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما در علائم روان تنی و سبک دلبستگی 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 دلبستگی 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 دربرگیرنده آموزش‌هایی است که ویژگی‌های کلی مقابله با پریشانی، ناتوانی و مدیریت استرس را در زندگی روزمره و همچنین در شرایط فوق‌العاده‌تر 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 ناهمسویی آن با نتایج پژوهش‌های قبل ممکن است نوع ابزار، محتوا و فرایند مداخله، نمونه و عوامل دیگر در نتیجه به‌دست‌آمده تأثیرگذار باشند. به‌رحال باتوجه 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 مواجه مجدد با شرایط استرس‌زا و مواقع خلق پایین الگوهای عادت‌ی فکری قبلی‌شان به طور خودکار فعال گردد که در نتیجه تکرار این الگو چرخه‌های معیوب خلق شدیدتر شده و نتوانند به‌خوبی 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 نظارت کمتری وجود دارد بیشتر بروز یابد؛ لذا می‌تواند به‌عنوان دلیلی بر اثربخش نبودن MBCT در جامعه مورد مطالعه باشد.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تفکیک خویشتن زنان دارای علائم روان تنی اثربخش است. نتایج با یافته‌های حاجی ستاری ممقانی (۱۴۰۰)، محمدی پور و شجاعی (۱۳۹۷) و یزدی 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 تمریناتی 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 ذهن آگاهی روشن و غیر قضاوتی در رابطه با آنچه که هر لحظه متوالی در ادراک رخ می‌دهد شود در نتیجه این تمرینات 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 مواجهه با شرایط پرتنش بکاهند و در نتیجه این امر آنان توانستند به مسائل و رویدادها همان گونه که هستند بنگرند 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 تعادل بیشتری را در مواجهه 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 به‌رغم وجود فشارهای بیرونی برای هم‌رنگی مطابق میل خود فکر، احساس و عمل نمایند و به هویت خویش و اعتقادشان اطمینان بیشتری داشته باشند و همچنین در نتیجه MBCT (جلسات پنجم و ششم آموزش در پژوهش حاضر) زنان به این مهارت دست یافتند که خود را از افکار و الگوهای رفتاری خودکار خود رها کنند و از تنظیم آگاهانه و هشیارانه به‌عنوان وسیله‌ای برای ارتقای عملکرد مثبت در مواجهه با نشخوارهای فکری و الگوهای تفکر معیوب استفاده نمایند همین امر منجر شد تا در مواجهه با مسائل و وقایع دچار نشخوارهای فکری و هیجان‌های برآمده از آنها نشوند و با پذیرش رویدادها به‌صورت سازنده‌تری با آنها مواجه شوند همچنین خودآگاهی آنان از طریق ارتباطی که با صدای درونی خود برقرار می‌کردند افزایش یافت و تجارب بدنی، شناختی و عاطفی در طی تمرینات 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 خودمختاری 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 تمرینات حضور ذهنی و افزایش تفکیک خویشتن ممکن است باعث شده باشد که از تداوم الگوهای مخربی که قبلاً در مواجهه با موقعیت‌های پرتنش به کار می‌برده‌اند جلوگیری کنند.

یافته دیگر پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا در زنان دارای علائم روان تنی بود که این نتایج همسو با یافته‌های قهرمانلو و همکاران (۱۴۰۰)، افتخاری (۱۳۹۸) و میرمبینی 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 تمرینات MBCT همچون واری‌های بدن، ماندن در زمان حال، پذیرش و حضور (آموزش‌های جلسه دوم، سوم و چهارم) یاد می‌گرفتند که در برخورد با تجربیات زندگی و روابط بین فردی خود نسبت به اعمال، افکار و احساسات خود در مواجهه با دیگران آگاه شوند که این تمرینات 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 سبک دلبستگی دوسوگرا عمدتاً دچار نشخوار فکری و نگرانی در مورد دسترسی به افراد مهم زندگی و رهاشدن هستند؛ در طی آموزش‌های MBCT همچون شنیدن صدای درونی، حضور و بودن در زمان حال و پذیرش (مانند تمرینات جلسات چهارم و پنجم در پژوهش حاضر) زنان دارای علائم روان تنی فرامی‌گرفتند که با استقبال از زمان حال و ابراز آن به‌جای ارزیابی آن در ارتباط با گذشته و آینده روابط جدید خود را شکل دهند و به‌جای تکرار الگوهای ارتباطی 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 باتوجه‌به اینکه افراد با سبک دلبستگی اجتنابی عمدتاً نسبت به نزدیکی به دیگران احساس امنیت نمی‌کنند

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 این‌گونه نتیجه گرفت که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند موجب بهبود سبک دلبستگی دوسوگرا شده و همچنین به طور مؤثری بر ارتقا سطح سبک دلبستگی ایمن و تفکیک خویشتن 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 تعمیم یافته‌های به دست 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 فرهنگسراها بهره گیرند.

منابع

- ابراهیمی، ا.، ا. میر شاهزاده، پ. افشار زنجانی، ح. ادیبی، پ. حاجی‌هاشمی، ع. و نصیری ده‌سرخی، ح. (۱۳۹۷). بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه اختلال علایم جسمانی در جمعیت بیماران روان‌پزشکی شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۳۴-۲۴۰، (۲)۱۶. <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 دلبستگی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب فراگیر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی شان‌دیز. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/0f71081df4b4db154246d2ef0f318e3f6>
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم (به‌روز شده ۲۰۱۹) DSM-۵*. ترجمه، یحیی سیدمحمدی (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 دلبستگی، در پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک با تعدیلگری جنسیت و سطح پریشانی. *مجله علمی سازمان نظام‌پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۹ (۱)، ۳۰-۳۸. <http://jmci.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 تمایز یافتگی خود در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۹ (۱۳)، ۱۱-۱. <http://jnip.ir/article-1-556-fa.html>
- صفری، م.، رضاخانی، س. و دوکانه‌ای فرد، ف. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای بخشودگی بین فردی در رابطه بین تمایز یافتگی و شایستگی اجتماعی دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱ (۳)، ۶۸-۵۹. <http://dori.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.3.6.7>
- قهرمانلو، ح.، ا. خرمی، م.، سیدی شخم‌زار، س.، ز. و اشرفی فرد، س. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودکان معلولیت ذهنی حرکتی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۳ (۳)، ۷۸-۶۹. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.21849.2014>
- کاندی، ل. (۲۰۱۹). *موانع دلبستگی و صمیمیت: درک و درمان دلبستگی 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 تمایز یافتگی و تعارضات زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت تهران. *سلامت اجتماعی*، ۵ (۲)، ۱۸۸-۱۸۱. <https://doi.org/10.22037/ch.v5i2.18495>
- موسوی، س.، ا. پورحسین، ر.، زارع مقدم، ع.، رضائی، ر.، حسنی اسطخی، ف. و میربلوک بزرگی، ع. (۱۳۹۹). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT). *رویش روان‌شناسی*، ۹ (۴)، ۱۴۴-۱۳۳. <http://dori.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.4.1.0>
- میرمبینی، س.، ب. حسینی، س.، ف. و ملاح، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و سبک‌های دلبستگی بیماران روان‌تنی. *نخستین کنگره پژوهش‌های نوین در روان‌شناسی شناختی*. <https://www.tpbin.com/article/65849>
- نوربالا، ا.، ع. نعمانی، ف.، یحییوی دیزج، ج.، انوری، س. و محمود پورآذری، م. (۱۳۹۹). بار بیماری اختلالات روانی: مطالعه کشورهای منطقه خاورمیانه طی دوره ۲۰۱۷ - ۲۰۰۰. *مجله علمی سازمان نظام‌پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۸ (۱)، ۲۶-۱۹. <http://jmci.ir/article-1-2979-fa.html>
- ولف، ژ.، ک. سرپا، گ. (۲۰۱۵). *راهنمای بالینگران در آموزش ذهن آگاهی: برنامه جامع جلسه به جلسه برای متخصصان سلامت روان و کارکنان بخش سلامت*، ترجمه، کتابون حلمی، (۱۳۹۸)، تهران، انتشارات ارجمند. <https://www.arjmandpub.com/Book/1652>

- ویلیامز، م.، تیزدل، ج.، سگال، ت. و کاباتزین، ج. (۲۰۰۷). *رهایی از افسردگی به روش ذهن‌آگاهی*، ترجمه، اکرم کرمی (۱۳۹۹)، تهران، انتشارات صابرن. <https://www.iranketab.ir/book/31023-the-mindful-way-through-depression>
- یزدی، ق.، و بهنود، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان متقاضی طلاق، *اولین کنگره ملی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، اسفراین*. <https://civilica.com/doc/901372/>
- یوسفی‌تازه‌کند، م. (۱۴۰۰). *اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رگه/حالت اضطراب و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به وسواس اجباری در شرایط پاندمی کرونا*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مرکز پیام‌نور تهران جنوب، دانشگاه پیام‌نور 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., & Hosseinian, 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., Gadail, A. R., Sarode, S. C., Hedaoo, 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>

- 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/10.1177/0265407588054004>
- 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>
- Shaïda, 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.chiabu.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>