

Effectiveness of mindfulness on resiliency and cognitive distortion of patients with physical symptoms

Parisa Pourabadei¹, Farzad Yousefinia²

1-PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

2- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Fars University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
(Corresponding Author). E-mail: farzad_psychologist@yahoo.com

Received: 22/03/2020

Accepted: 09/06/2020

Abstract

Introduction: The presence of physical and psychological complications in psychosomatic disorders leads to defective cognition and distorted beliefs about the disease, which can interfere with effective coping with the disease and its acceptance as part of life.

Aim: The aim of the present study was to investigate the effectiveness of mindfulness on the resilience and cognitive distortion of patients with physical symptoms.

Method: in the present quasi-experimental study, among the people with somatic symptoms referred by a specialist to the psychological clinics of Isfahan in 2019, 30 patients with psychosomatic disorder who were referred to the Kelid Talaei Zehn clinic were selected by convenient sampling based on diagnosis of psychiatrist and physician and according to the inclusion criteria and were placed in control and experimental groups by random sampling. Participants were assessed three times (pretest, posttest, one-month follow-up) by the Questionnaires of Resiliency and Cognitive Distortion. Data were analyzed by ANOVA with repeated measure test.

Results: The results showed that mindfulness was effective on increasing resiliency ($p < 0.01$) and reducing cognitive distortion ($p < 0.01$) and its components in patients with somatic symptoms. Mindfulness reduces cognitive distortions through cognitive flexibility and cognitive defusion

Conclusion: Mindfulness leads to cognitive changes and reduces cognitive dissonances and increases resiliency by change coping strategies from avoiding to acceptance of emotions and thoughts, creates self-awareness and avoid automatic thinking pattern and can be used as training in rehabilitation and improving the quality of life in patients with psychosomatic disorders.

Keywords: Mindfulness, Resiliency, Cognitive dissonance, Somatic symptoms

How to cite this article : Pourabadei P, Yousefinia F. Effectiveness of mindfulness on resiliency and cognitive distortion of patients with physical symptoms. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (3): 16-31 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-712-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر تاب آوری و تحریف شناختی بیماران با علائم جسمانی

پریسا پورآبادئی^۱، فرزاد یوسفی نیا^۲

۱. دانشجوی دکترا روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی فارس، شیراز، ایران (مولف مسئول).

ایمیل: farzad_psychologist@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۰۳

چکیده

مقدمه: عوارض جسمی و روان شناختی در اختلالات روان تنی موجب شناخت معیوب و باورهای تحریف شده درباره بیماری می شود که در مقابله مؤثر با بیماری و پذیرش آن به عنوان بخشی از زندگی اختلال ایجاد می کند.

هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر تاب آوری و تحریف شناختی بیماران با علائم جسمانی بود.

روش: در پژوهش شبه آزمایشی حاضر، از افراد با علائم جسمانی ارجاع شده توسط پزشک به کلینیک های روان شناختی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸، ۳۰ بیمار با اختلال روان تنی که به کلینیک کلید طلایی ذهن ارجاع شده بودند، با تشخیص روان پزشکی و روانشناس و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش، آموزش ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کرد. شرکت کنندگان سه بار (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری یک ماهه) با پرسشنامه های تاب آوری و تحریف های شناختی ارزیابی و داده ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: آموزش ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری ($P < 0/01$) و کاهش تحریف های شناختی ($P < 0/01$) و مؤلفه های آن در بیماران روان تنی مؤثر بود. ذهن آگاهی از طریق انعطاف پذیری شناختی و ایجاد گسلش شناختی، موجب کاهش تحریف های شناختی می گردد.

نتیجه گیری: ذهن آگاهی با تغییر راهبردهای مقابله ای از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار، ایجاد خود آگاهی و اجتناب از تفکر خودکار، باعث کاهش تحریف های شناختی و افزایش تاب آوری می گردد و می تواند به عنوان آموزشی برای توان بخشی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی به کار رود.

کلیدواژه ها: ذهن آگاهی، تاب آوری، تحریف های شناختی، علائم جسمانی

مقدمه

بررسی سیر بیماری‌ها در قرن اخیر نشان می‌دهد که نوع بیماری‌های شایع از بیماری‌های عفونی به سمت بیماری‌های مزمن و غیر عفونی تغییر پیدا کرده است؛ اما مسئله مهم در دهه‌های اخیر، ظهور نوع جدیدتری از بیماری‌ها با عنوان اختلال‌های روان‌تنی است (گوتزمن، سیگال و روتنر^۱، ۲۰۱۹). امروزه ۷۵ درصد بیمارانی که به پزشکان عمومی و داخلی مراجعه می‌کنند، دچار واکنش‌های روان‌تنی بوده و از عوارض آن رنج می‌برند (هالر، کرامر، لائوچ و داباس^۲، ۲۰۱۵). میگرد، سردردهای تنشی، تهوع و استفراغ، کولیت مزمن (ورم مزمن روده بزرگ)، آسم، جوش و آکنه، واکنش‌های آلرژی، کهیر، کاهش قند خون، افزایش ترشح غدد داخلی، دیابت نوع دو، چاقی، فشار خون اساسی، بیماری کروز قلب و افزایش ضربان قلب که در آن‌ها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند، برخی از مهم‌ترین اختلالات روان‌تنی به حساب می‌آیند (بارسکی^۳، ۲۰۱۶) که شکایت‌های جسمی ناشی از آن آزار دهنده یا ناخوشایند ادراک می‌شوند (هافتگولی^۴ و همکاران، ۲۰۱۰) و برای شخص و جامعه بار اقتصادی زیادی به همراه دارند، عملکرد شغلی، تحصیلی، بین فردی و ... را تحت تأثیر قرار می‌دهند و از سوی دیگر، به تنهایی منشأ بسیاری از بیماری‌های روانی و جسمانی دیگر می‌باشند (سیری و فاوا^۵، ۲۰۱۳). با توجه به این که ویژگی اصلی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی، وجود یک یا چند عامل مهم بالینی روان‌شناختی یا رفتاری است که به شکلی زیان‌آور با

افزایش خطر رنج و ناراحتی، مرگ یا ناتوانی بر بیماری طبی اثر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، تحریف‌های شناختی^۶ یکی از عوامل روان‌شناختی است که ارتباط تنگاتنگی با اختلالات روان‌تنی دارد (روزنبرگ، لچیا، پنتانگ و شاه^۷، ۲۰۱۹؛ اونور^۸ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کوه^۹، ۲۰۱۸؛ میکوکا-والوس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷).

تحریفات شناختی الگوهای تفکری هستند که ارزیابی فرد از موقعیت‌ها و فشارهای روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با تغییر دیدگاه آن‌ها نسبت به خود، دنیا، آینده، اعتقادات و نگرش‌هایی که دارد، سبب افزایش آسیب‌پذیری در برابر اختلالات هیجانی می‌شود (بلیر، عرفانی و صفایی راد^{۱۱}، ۲۰۱۶). با توجه به وجود شکایت‌های جسمی متعدد آزار دهنده در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی، تحریفات شناختی می‌تواند علاوه بر کاهش نگرش مثبت به خود یا فقدان آن، درک قضاوت گرانه‌ای نسبت به نقایص خود در افراد ایجاد کنند که در یک چرخه‌ی معکوس موجب تشدید علائم آن‌ها گردد (باتزر و کوئپر^{۱۲}، ۲۰۰۶). همچنین به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری فرد ناشی از شرایط تنش‌زای محیطی تلقی می‌شوند که می‌تواند علائم روان‌تنی را افزایش دهند به این صورت که نوع نگرش اشخاص نسبت به خود، دنیا و دیگران بر نحوه مقابله با تنش تأثیر داشته و با کاهش احساس کنترل بر تنش ناشی از رویدادهای مهم زندگی، آسیب‌پذیری فرد را در مقابل بیماری‌ها افزایش می‌دهد به طوری که ممکن است موجب شکل‌گیری اختلال

^۶- Cognitive distortion

^۷- Rosenberg, Lechea, Pentang & Shah

^۸- Onur

^۹- Koh

^{۱۰}- Mikocka-Walus

^{۱۱}- Belir, Erfani & Safacead

^{۱۲}- Butzer & Kuiper

^۱- Goetzmann, Siegel & Ruettnner

^۲- Haller, Cramer, Lauche & Dobos

^۳- Barsky

^۴- Haftgoli

^۵- Sirri & Fava

روان‌تنی خاصی همچون سردردهای تنشی شود (یاشل^۱ و همکاران، ۲۰۰۲)؛ بنابراین ظرفیت مقابله آن‌ها با شرایط دشوار و ارائه پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای مختلف (تاب‌آوری) آن‌ها کاهش می‌یابد. تاب‌آوری به معنای توانایی مقابله با شرایط دشوار و پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی روزانه است. روان‌شناسان همیشه سعی کرده‌اند که این قابلیت انسان را برای سازگاری و غلبه بر خطر و سختی‌ها افزایش دهند. افراد و جوامع می‌توانند حتی پس از مصیبت‌های ویرانگر به بازسازی زندگی خود بپردازند. فردی که دارای تاب‌آوری است چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر است. مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهد و پس از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردد (کانر و دیویدسون^۲، ۲۰۰۳). در این راستا، مداخلات و آموزش‌هایی که در کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش تاب‌آوری و به طور کلی بهبود وضعیت سلامت افراد و ایجاد شرایط مطلوب در زمان کوتاه برای تبدیل حالت‌های هیجانی و افکار منفی به حالت‌های هیجانی و افکار مثبت، بسیار مفید خواهد بود. به همین دلیل، یکی از مداخلاتی که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد، ذهن آگاهی^۳ است که هشیاری غیر قضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه فرد قرار دارد و اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود (جانسکی و لوجان^۴، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی ممکن است با تغییرات در دیدگاه فرد نسبت به خودش و افزایش توانمندی در سازش با انواع موقعیت‌های تنش‌زا و پرچالش و مدیریت مؤثر چنین

موقعیت‌هایی، به عنوان سپر در برابر پیامدهای ناشی از اختلالات روان‌تنی عمل کند و میزان آسیب‌پذیری در مقابل آن را به طور قابل توجهی کاهش دهد (یانگ، لیو، ژانگ و لیو^۵، ۲۰۱۵). همچنین پرداختن به توجه آگاهانه و توسعه ارتباط پذیرش بیشتر با تجربه لحظه حال، می‌تواند به افراد در رها کردن عادت‌ها و عدم ارائه واکنش‌های غیر مفید برای تجربه‌های تنش‌زای فعلی، موجب انتخاب واکنش‌های بهتری گردد که از میزان آسیب‌پذیری بکاهد (سیار^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات مختلفی اثربخشی ذهن آگاهی در کاهش تحریف‌های شناختی (کیم، لی، کیم، چوی و لی^۷، ۲۰۱۶)، بیماری‌های مزمن (بولمیجر، پرنگر، تال و کوئپرز، ۲۰۱۰)، درد مزمن (روزنویگ، گریسون، ریل، گرین، جاسر و بیزلی^۸، ۲۰۱۰)، کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس (کلاه کج و زرگر، ۲۰۱۵)، کاهش استرس بیماران قلبی-عروقی (آبات^۹ و همکاران، ۲۰۱۴)، زیدان، جانسون، گوردون و گولکاسیان^{۱۰}، ۲۰۱۰)، کاهش خودبیمارانگاری (لاواس و بارسکی^{۱۱}، ۲۰۱۰)، کاهش اختلالات اضطرابی (وولستاد، سیورستن و نیلسون، ۲۰۱۱)، افسردگی (هافمن، سویر، ویت و او^{۱۲}، ۲۰۱۰) و افزایش تاب‌آوری (گالانت^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۸؛ نیلا، هالت، دیژن و آگویلار-راب^{۱۴}، ۲۰۱۶؛ لوپرینزی، پراساد، اسکرودر و سوود^{۱۵}، ۲۰۱۱) را مورد تأیید قرار داده‌اند.

^۵- Yang, Liu, Zhang & Liu

^۶- Sayyar

^۷- Kim, Lee, Kim, Choi & Lee

^۸- Rosenzweig, Greeson, Reibel, Green, Jasser & Beasley

^۹- Abbott

^{۱۰}- Zeidan, Johnson, Gordon & Goolkasian

^{۱۱}- Lovas & Barsky

^{۱۲}- Hofmann, Sawyer, Witt & Oh

^{۱۳}- Galante

^{۱۴}- Nila, Holt, Ditzgen & Aguilar-Raab

^{۱۵}- Loprinzi, Prasad, Schroeder & Sood

^۱- Yücel

^۲- Connor & Davidson

^۳- Mindfulness

^۴- Janowski & Lucjan

اختلالات روان‌تنی بر جنبه‌های مهم کارکرد فرد به طور منفی تأثیر می‌گذارند، گرایش به مزمن شدن و عدم بهبودی دارند و موجب اختلال در زندگی شده و رنجش روانی فراوانی را به همراه دارند. ممکن است تمام عمر ادامه یابد و به‌طور کلی اختلالی ناتوان‌کننده محسوب می‌شوند که در درازمدت اثرات نامطلوبی در سبک زندگی فرد و اطرافیان وی بر جای می‌گذارد. با توجه به حضور نگرش‌های منفی در افراد مبتلا که تأثیرات قابل توجهی بر نوع سبک‌های مقابله‌ای آنان دارد و همچنین توجه متمرکز آنان بر علائم و نشانه‌های خود، وجود مداخله‌ای که بتواند در کوتاه مدت، به کاهش تحریفات شناختی و از سوی دیگر، افزایش تاب‌آوری آن‌ها بپردازد، بیش از پیش احساس می‌شود. اگر چه پژوهش‌های مختلف اثربخشی ذهن آگاهی را در رابطه با بیماری‌های مزمن مورد تأیید قرار داده‌اند؛ اما نکته‌ای که در مطالعات پیشین مورد بررسی قرار نگرفته است، تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر تحریفات شناختی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی بوده است و این سؤال به وجود آمد که ذهن آگاهی با توجه به ماهیتش می‌تواند در راستای کمک به بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی به کار گرفته شود یا خیر؛ بنابراین پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و تحریف شناختی بیماران با علائم جسمانی پرداخت.

روش

در پژوهش شبه آزمایشی حاضر، جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان دارای علائم جسمانی بود که از طریق پزشک به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ ارجاع داده شده بودند. متخصصی که بیمار را به مرکز روان‌تنی ارجاع داده بود در معرفی نامه ذکر

کرده بود که هیچ توضیح پزشکی قانع‌کننده‌ای بر مبنای آزمایش‌ها و معاینات بیمار برای شکایت بیمار از سردردهای شدید، تنگی نفس یا مشکلات گوارشی وجود ندارد؛ لذا بیمار از لحاظ مشکلات روحی روانی بررسی گردد. روان‌پزشک و روانشناس کلینیک پس از مصاحبه بالینی با بیمار و بررسی علائم بیمار بر اساس معیارهای اختلال علائم جسمانی مطابق با پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ تشخیص اختلال علائم جسمانی را در پرونده بیمار ثبت کردند. گروه نمونه به صورت در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان دارای اختلال روان‌تنی که توسط روان‌پزشک و پزشک به کلینیک کلید طلایی ذهن ارجاع داده شده بودند، انتخاب شد و پس از مصاحبه بالینی و اطمینان از وجود اختلالات روان‌تنی، ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. بیشترین علائم بدنی بیماران شکایت از تنگی تنفس و حملات شبه آسم، مشکلات گوارشی و میگرن بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل آگاهی از شرکت در جلسات، سن بین ۵۰-۳۰ سالگی؛ حداقل سواد دیپلم؛ عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی طی ۶ ماه گذشته و عدم ابتلا به سایکوز بودند. ملاک خروج نیز عدم شرکت در یک جلسه از روان‌درمانی بود.

در جلسه اول، هدف پژوهش و آزمایش برای شرکت‌کننده‌ها تشریح و به سؤال‌های احتمالی آن‌ها توسط پژوهشگر پاسخ داده شد. سپس شرکت‌کننده‌ها جهت اجرای پیش‌آزمون، مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه تحریف‌های شناختی (عبداله زاده و سالار، ۱۳۸۹) را تکمیل نمودند. در مرحله

^۱ - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

رعایت شده است یکی از این ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده رضایت شرکت کنندگان جهت حضور در پژوهش مورد نظر بود و همچنین در صورت عدم تمایل، شرکت کنندگان قادر بودند که از ادامه همکاری صرف نظر کنند. دادن اطمینان به شرکت کنندگان که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود و بدون اجازه از آن‌ها این اطلاعات انتشار نخواهد شد یکی دیگر از این ملاحظات اخلاقی بود و در نهایت، نتایج پژوهش مورد نظر به صورت کلی ارائه خواهد شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ۲۳ و با استفاده از آزمون آماری برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

خلاصه محتوای جلسات گروه‌درمانی ذهن آگاهی بر اساس پروتکل کابات زین در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است.

بعد، جلسات مداخله ذهن آگاهی بر اساس محتوی ارائه‌شده توسط کابات زین (۲۰۰۳) که شرح آن در جدول شماره ۱ آمده است، برای مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی تنظیم گردید که به صورت گروه درمانی یک جلسه در هفته به مدت ۹۰ دقیقه توسط روانشناس آموزش دیده در زمینه ذهن آگاهی و دارای سه سال سابقه کار در کلینیک روانشناسی کلید طلایی ذهن شهر اصفهان برگزار شد. گروه کنترل به‌عنوان لیست انتظار در نظر گرفته شدند و پس از گذشت سه ماه بعد از جمع‌آوری نتایج پیگیری برای گروه کنترل نیز جلسات روان درمانی به همان روش برگزار شد. علاوه بر پیش‌آزمون، هر یک از بیماران دو بار دیگر (پایان درمان و پیگیری یک‌ماهه) به‌وسیله مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه تحریف‌های شناختی (عبداله زاده و سالار، ۱۳۸۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین قابل ذکر است که در این پژوهش ملاحظات اخلاقی توسط پژوهشگران

جدول ۱ ساختار و محتوای جلسات ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوشامدگویی، معرفی اعضا و بیان ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوطه
دوم	معرفی مفهوم ذهن آگاهی و آثار مخرب اجتناب تجربه‌ای
سوم	آموزش تمرین‌های غیر رسمی و رسمی توجه آگاهی
چهارم	اجرای تمرین‌های غیر رسمی توجه آگاهی شامل (مراقبه آگاهی از تنفس و مراقبه پیاده‌روی) در جلسه گروهی و ارائه تکلیف خانگی
پنجم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل و ارائه بازخورد. آموزش تمرین‌های رسمی ذهن آگاهی شامل (تمرین اسکن بدن، تمرین فکر فقط فکر است)
ششم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل و آموزش تمرین «نظارت بر افکار نگران‌کننده» ارائه تکلیف خانگی ثبت افکار نگران‌کننده راجع به علائم بدنی
هفتم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل و ارائه تکنیک‌ها شناسایی هیجانات منفی؛ تمرین رها کردن کنترل هیجانات؛ آموزش تمرین سواری بر موج هیجانات منفی
هشتم	آموزش نحوه استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی در زندگی روزمره و ارائه تکالیف خانگی مربوطه

ابزار

شخصی سازی) توسط البرت الیس می پردازد. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال ۵ گزینه‌ای است که بر اساس مقیاس لیکرت (۱-۵) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی داخلی است. این آزمون توسط عبدالله زاده و سالار در سال ۱۳۸۹ بر روی جمعیت ایرانی، ۱۵۱ زن و ۱۴۶ مرد هنجاریابی شد. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه تحریف‌های شناختی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفا به دست آمده به صورت استاندارد برابر با (۰/۸۰)، است (فرمانی، بهمنی و قائدنیای جهرمی، ۱۳۹۶). به همین سبب می‌توان نتیجه گرفت که آزمون حاضر از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

گروه آزمایش، شامل ۸ زن و ۷ مرد بودند در حالی که در گروه گواه، ۵ زن و ۱۰ مرد قرار داشتند. از حیث وضعیت تأهل، ۷ مجرد، ۴ متأهل و ۴ مطلقه در گروه آزمایش و ۷ مجرد، ۲ متأهل و ۶ مطلقه در گروه گواه حضور داشتند. در گروه آزمایش، ۶ نفر دیپلم، ۳ نفر کاردانی، ۵ نفر کارشناسی و ۱ نفر مدرک ارشد و بالاتر داشتند، در گروه گواه نیز ۵ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی، ۵ نفر کارشناسی و ۱ نفر دارای مدرک ارشد و بالاتر بودند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش، به ترتیب ۳۹/۹۲ و ۱/۶ و در گروه گواه، ۳۸/۵۵ و ۱/۲ بود.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تاب‌آوری و تحریف‌های شناختی در سه مرحله قبل از مداخله (پیش-آزمون)، در پس از مداخله (پس‌آزمون) و پیگیری یک

ابزارهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، عبارت بودند از:

مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC)^۱: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای سنجش تاب‌آوری تهیه شده و ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی صد است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است. همسانی درونی، پایایی باز آزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس، کافی گزارش شده‌اند. در پژوهش حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به دست آمد. پایایی پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه تحریف‌های شناختی: پرسشنامه حاضر توسط عبدالله زاده و سالار (۱۳۸۹) با هدف دستیابی به ابزاری آسان برای آگاهی از تحریف‌های شناختی استفاده شده در زندگی روزمره ساخته شده است. پرسشنامه حاضر می‌تواند به عنوان یک ابزار، در خدمت اهداف آموزشی، پژوهشی، بهداشتی درمانی، در رابطه با کار و روابط انسانی، مدیریت و سازمان‌دهی و سیاست‌گذاری مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه بر مبنای تحریف‌های شناختی الیس ساخته شده است و به سنجش ۱۰ تحریف شناخته شده (همه یا هیچ، تعمیم مبالغه آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به امر مثبت، نتیجه‌گیری شتابزده، درشت‌بینی - ریز بینی، استدلال حسی، باید- بهتر، برچسب زدن،

^۱ - Connor- Davidson, Resilience scale (CD- RISC)

ماهه برای دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ درج شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری و تحریف‌های شناختی و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌ها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	آزمایش	۷۷/۶۶	۲۳/۰۸	۸۳/۲	۱۲/۲۳	۱۰/۷۱	۸۷/۸۳
	گواه	۶۵/۸۶	۱۴/۶۹	۶۷/۱۳	۱۵/۲۶	۶۵/۷۳	۱۵/۷۸
تحریف‌های شناختی	آزمایش	۴۱/۸۴	۵/۱۷	۳۵/۳۲	۵/۷۷	۳۷/۴۵	۵/۸۶
	گواه	۴۱/۳۳	۵/۱۴	۴۱/۴	۴/۵۵	۴۰/۵۹	۴/۸
درشت بینی	آزمایش	۳/۲۵	۰/۹۶	۲/۵۰	۰/۶۷	۲/۸	۰/۸۳
	گواه	۳/۰۸	۱/۲۴	۳/۱۶	۱/۱۹	۲/۹۵	۰/۹۵
استدلال احساسی	آزمایش	۴/۰۸	۱/۳۷	۳	۱/۳۴	۳/۳۳	۱/۲۵
	گواه	۴/۱۶	۱/۵۲	۴/۰۸	۱/۴۴	۳/۹۵	۱/۳۳
برچسب زنی	آزمایش	۶/۱	۱/۰۸	۵/۷۵	۰/۸۶	۵/۴	۱/۱۳
	گواه	۵/۷	۱/۶۲	۵/۶	۱/۵۶	۵/۵	۱/۴۴
باید - بهتر	آزمایش	۲/۹۱	۰/۹۹	۲/۳۳	۰/۸۸	۲/۷	۰/۹۵
	گواه	۳	۱/۱۲	۳/۰۸	۱/۰۸	۳/۲۲	۱/۲
شخصی سازی	آزمایش	۳/۰۸	۱/۱۶	۲/۳۳	۰/۶۵	۲/۷۳	۰/۷۶
	گواه	۳/۱۶	۰/۸۳	۳/۲۵	۰/۹۶	۳/۰۲	۰/۸۴
همه - هیچ	آزمایش	۴/۶	۱/۲۰	۴/۵	۱/۳۷	۴/۳	۱/۵۵
	گواه	۴/۸۳	۲/۲۸	۴/۹۱	۱/۹۲	۴/۶	۱/۶
تعمیم دهی	آزمایش	۴/۶۶	۱/۱۵	۴/۵۰	۱/۰۸	۴/۷	۱/۳۴
	گواه	۴/۴۱	۲/۰۲	۴/۳۳	۱/۹۲	۴/۴	۱/۶
فیلتر ذهنی	آزمایش	۵/۰۸	۱/۳۱	۳/۸۳	۱/۴۶	۴/۳۶	۱/۶۴
	گواه	۵/۱۶	۰/۹۳	۵	۰/۷۳	۴/۸۷	۰/۸۹
بی توجهی	آزمایش	۴/۷۵	۱/۷۶	۳/۷۵	۱/۴۲	۴/۱	۱/۶
	گواه	۴/۳۳	۱/۴۹	۴/۳۳	۱/۴۹	۴/۶۶	۱/۲۴
نتیجه گیری شتاب زده	آزمایش	۳/۳۳	۰/۹۸	۲/۸۳	۰/۹۳	۳/۰۳	۱/۰۲
	گواه	۳/۵۰	۱/۵۰	۳/۶۶	۱/۵۵	۳/۴۲	۱/۳

واریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی توسط آزمون لون (برابری واریانس‌ها)، تحلیل واریانس یک‌بعدی (خطی بودن و انحراف از خطی بودن)، همگنی شیب رگرسیون‌ها و آزمون کولموگروف-اسمیرنف (نرمال بودن توزیع داده‌ها) در متغیرهای تاب‌آوری و

نتایج جدول ۲ در متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد در متغیر تاب‌آوری و تحریف شناختی و مؤلفه‌های آن، بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی معنی‌داری تغییرات، ابتدا پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک تحلیل

تحریف‌های شناختی و مؤلفه‌های آن نشان داد که خطی بودن و نرمال بودن توزیع داده‌ها برای انجام تحلیل مفروضه‌های برابری واریانس‌ها، خطی بودن و انحراف از نهایی برقرار است ($p < 0.05$).

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس آموزش ذهن آگاهی بر تاب‌آوری، تحریف‌های شناختی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
تاب‌آوری	پس‌آزمون	۵۶۳/۲۹	۱	۵۶۳/۲۹	۸/۹۸	۰/۰۱**
	پیگیری	۲۴۵/۲۸	۱	۲۴۵/۲۸	۵۶/۷۸	۰/۰۰۱**
تحریف‌های شناختی	پس‌آزمون	۱۳/۳۸	۱	۱۳/۳۸	۲۱/۲	۰/۰۱**
	پیگیری	۱۲/۵۴	۱	۱۲/۵۴	۱۹/۰۲	۰/۰۱۳*
درشت‌بینی	پس‌آزمون	۳/۳۷	۱	۳/۳۷	۷/۹۴	۰/۰۱۶*
	پیگیری	۳/۱۱	۱	۳/۱۱	۷/۴۴	۰/۰۲۱*
استدلال احساسی	پس‌آزمون	۵/۳۶	۱	۵/۳۶	۷/۸۹	۰/۰۱۶*
	پیگیری	۴/۸۵	۱	۴/۸۵	۷/۱۴	۰/۰۲۸*
برجسب زنی	پس‌آزمون	۱/۳۳	۱	۱/۳۳	۳/۵۵	۰/۲۲
	پیگیری	۱/۴۵	۱	۱/۴۵	۳/۸۷	۰/۱۹
باید-بهرتر	پس‌آزمون	۲/۴۳	۱	۲/۴۳	۹/۵۴	۰/۰۰۹**
	پیگیری	۲/۱۴	۱	۲/۱۴	۸/۴	۰/۰۱۹*
شخصی‌سازی	پس‌آزمون	۳/۵۸	۱	۳/۵۸	۱۲/۸۰	۰/۰۰۴**
	پیگیری	۳/۰۷	۱	۳/۰۷	۱۰/۹۷	۰/۰۱۴*
همه - هیچ	پس‌آزمون	۰/۹۵	۱	۰/۹۵	۲/۳۲	۰/۳۱
	پیگیری	۱/۱	۱	۱/۱	۲/۶۸	۰/۲۵
تعمیم دهی	پس‌آزمون	۰/۷۳	۱	۰/۷۳	۱/۹	۰/۲۶
	پیگیری	۰/۶	۱	۰/۶	۱/۶	۰/۳۱
فیلتر ذهنی	پس‌آزمون	۵/۸۵	۱	۵/۸۵	۹/۳۵	۰/۰۱*
	پیگیری	۵/۳۲	۱	۵/۳۲	۸/۵	۰/۰۲۱*
بی‌توجهی	پس‌آزمون	۴/۶۲	۱	۴/۶۲	۲۶/۷۲	۰/۰۰۱**
	پیگیری	۴/۰۸	۱	۴/۰۸	۲۳/۵۹	۰/۰۰۸**
نتیجه‌گیری شتابزده	پس‌آزمون	۲/۳۵	۱	۲/۳۵	۷/۸۱	۰/۰۱۶*
	پیگیری	۲/۱۲	۱	۲/۱۲	۶/۸	۰/۰۲۶*

** $p < 0.05$, * $p < 0.01$

معنادار تحریف شناختی ($F_{(1,26)}=21/2$, $P<0/01$) و مؤلفه‌های درشت‌بینی ($F_{(1,26)}=7/94$, $P<0/05$)، استدلال احساسی ($F_{(1,26)}=7/89$, $P<0/05$)، باید-بهرتر ($F_{(1,26)}=9/54$, $P<0/01$)، شخصی‌سازی ($F_{(1,26)}=12/8$, $P<0/01$)، فیلتر ذهنی ($F_{(1,26)}=9/35$, $P<0/01$) و

براساس نتایج جدول ۳، آموزش ذهن آگاهی سبب بهبود و افزایش تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است ($F_{(1,26)}=8/98$, $P<0/01$). همچنین نتایج مداخله نیز در دوره پیگیری حفظ شده است ($0/01$), $P<0/05$). همچنین ذهن آگاهی سبب کاهش

$F(1,26)=26/72, P<0/01$)، بی توجهی ($F(1,26)=7/81, P<0/05$) گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است که این نتایج در دوره پیگیری نیز پایدار باقی مانده است؛ اما آموزش ذهن آگاهی نتوانست موجب کاهش معنادار مؤلفه‌های برجسب زنی ($F(1,26)=3/55, P>0/05$)، همه-هیچ ($F(1,26)=2/32, P>0/05$) و تعمیم دهی ($F(1,26)=1/9, P>0/05$) گردد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری همسو با نتایج مطالعات گالانته و همکاران (۲۰۱۸)، نیلا، هالت، دیژن و آگویلار-راب (۲۰۱۶) و لوپرنزی، پراساد، اسکرودر و سوود (۲۰۱۱) نشان دادند آموزش ذهن آگاهی، نشانه‌های استرس و اضطراب را کاهش می‌دهد و فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و متعاقباً کاهش اضطراب و در نتیجه افزایش ظرفیت تاب آوری مؤثر است.

در تبیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری می‌توان عنوان کرد که با توجه به سطوح بالای اضطراب در افراد مبتلا به اختلال روان‌تنی، سو تعبیر از نشانه‌های مربوط به موقعیت‌های مختلف منجر به ایجاد یک چرخه معیوب ترس از ترس می‌شود و این خود موجب ترس از موقعیت‌های مختلف در این افراد می‌شود. این امر سبب افزایش فراوانی و شدت احساسات بدنی و روانی ناشی از موقعیت‌های اجتماعی شده و ترس از این احساسات را شدت می‌بخشد. برخلاف پاسخ‌های خودکار به علائم اضطراب، خود نظارتی علائم به

گرایش بیشتر به سمت علائم منجر می‌شود؛ بسیاری از مراجعه کنندگان گزارش می‌کنند که در طول ذهن آگاهی نگران می‌شوند؛ بنابراین تکرار تجربه تمرین ممکن است به افراد یاد بدهد که آن‌ها می‌توانند نگران باشند، بدون اینکه نیاز باشد به این نگرانی پاسخ دهند. این مطلب نشان می‌دهد که اگر آن‌ها فقط اجازه دهند که نگران شوند و بر چیز دیگری تمرکز کنند (تنفس شکمی) نگرانی یا تجربه‌شان از نگرانی تدریجاً تغییر می‌کند؛ بنابراین به واسطه ذهن آگاهی، پردازش افکار و احساس قابل مشاهده به عنوان اتفاقات عینی در ذهن روی می‌دهد. ذهن آگاهی با افزایش سطح هوشیاری و پذیرش غیر قضاوتی افکار و هیجانات مرتبط با آن، نظم‌بخشی هیجانی را گسترش می‌دهد. تجربه این واکنش‌های هیجانی اطلاعاتی را در مورد پاسخ‌های خودکار فیزیولوژیکی در اختیار فرد قرار می‌دهد که این اطلاعات، خود، می‌تواند راهنمای فرد در برخورد با دیگران و ارائه پاسخ‌های رفتاری مؤثرتر باشد. از سوی دیگر، ارائه اطلاعات در رابطه با اجتناب تجربه‌ای و آثار منفی متعدد آن در کنار آموزش توجه و به نوعی مواجهه با هیجانات منفی سبب گردید تا موجب افزایش تاب آوری آزمودنی‌ها افزایش یابد و از میزان پاسخ‌های خودکار را می‌کاهد.

در تمرینات حضور ذهن از بیمار خواسته نمی‌شود که نشانه‌های اضطراب را در خود ایجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوری حس‌ها که طبیعتاً بروز می‌یابند، مورد ترغیب قرار می‌گیرد. این روش با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ای حال و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، باعث کاهش نگرانی، برانگیختگی فیزیولوژیک و اضطراب و در نتیجه

افزایش ظرفیت مقابله‌ای و تاب‌آوری می‌شود (کابات زین و هان^۱، ۲۰۰۹). ذهن آگاهی به واسطه کاهش تنش ماهیچه‌ای، منجر به تغییراتی در اضطراب و نگرانی می‌شود (هوانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). راهبردهای مورد استفاده در این تمرین، رابطه فرد با تجارب درونی‌اش را تغییر می‌دهد و باعث می‌شود مراجع به پاسخ‌های مضطرب کننده توجه کند و به جای اجتناب، تشویق می‌شود تا با آن‌ها مواجه شود و آن‌ها را بپذیرد (نریمانی، تکلوی، ابوالقاسمی و میکائیلی، ۱۳۹۳) و این موضوع زمینه را برای کاهش نگرانی فراهم می‌کند و سبب افزایش تاب‌آوری فرد می‌گردد. ذهن آگاهی از طریق ایجاد آگاهی نسبت به افکار، رفتار، هیجانات و احساسات، سبب ایجاد شکل خاصی از توجه می‌شود که در آن دو عنصر اساسی حضور در زمان اکنون و قضاوت نکردن در مورد رخدادها و کنش‌ها و واکنش‌ها نقش اصلی را به عهده دارند (آقا یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی، ۱۳۹۲). همچنین با ارائه آموزش‌هایی در راستای شناسایی هیجان‌های منفی و مدیریت آن‌ها، زمینه را برای افزایش بازخوردهای مثبت و در نتیجه افزایش تاب‌آوری فراهم نماید.

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی همسو با نتایج مطالعات کابات زین^۳ و همکاران (۲۰۱۶)، کیم و همکاران (۲۰۱۶) و اوستافین^۴ و همکاران (۲۰۰۶) بود که دریافتند یافته‌های آن‌ها نیز نشان داد که استفاده از درمان ذهن آگاهی در کاهش پریشانی‌های شناختی و تحریف‌های شناختی اثرگذار بوده است.

در تبیین نتیجه حاضر می‌توان بیان نمود افرادی که به هنگام تجربه درد، درگیر نشخوارهای فکری منفی درباره درد می‌شوند تا حد زیادی توانایی تمرکز بر تجربیات لحظه حال با یک دیدگاه غیر قضاوتی را از دست می‌دهند؛ بنابراین ذهن آگاهی به عنوان یک متغیر فراشناختی از طریق توقف پردازش‌های مفهومی به تنظیم هیجان کمک می‌کند. این آگاهی هسته اصلی ذهن آگاهی است که در آن با به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی و یا تلاش برای تغییر آن منجر به پذیرش غیر قضاوتی افکار می‌شود؛ بنابراین افراد ذهن آگاه تحریف‌های شناختی کمتری را تجربه می‌کنند و این درمان می‌تواند در کاهش تحریف‌های شناختی افراد دارای علائم روان‌تنی مؤثر باشد (سیرز و کرواس^۵، ۲۰۰۹). ذهن آگاهی با آموزش تمرین «نظارت بر افکار نگران»، موجب آگاهی بیماران نسبت به رابطه بین علائم و افکارشان می‌گردد و از طریق ماهیت ذهن آگاهی که تمرکز بر لحظه حال و دیدگاه بدون داوری و قضاوت است، موجب افزایش پذیرش افکار و هیجانات منفی و در نتیجه افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و از همه مهم‌تر با ایجاد گسلش شناختی، موجب کاهش تحریف‌های شناختی می‌گردد (کابات زین، ۲۰۰۳).

در فرآیند مداخلات ذهن آگاهی، در عوض اینکه فرد را با افکار و تحریف‌های شناختی مواجه سازد و آن‌ها را به چالش بکشد، ظرفیت پذیرش چنین افکاری را پیدا می‌کند (شونین، ون گوردون، سلاد و گریفیثس^۶، ۲۰۱۳)؛ به عبارتی دیگر، مزیت مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی ناشی از افزایش ظرفیت انعطاف‌پذیری روان شناختی است و نه به واسطه ایجاد تغییر در محتوای افکار منفی یا

^۱- Kabat-Zinn & Hanh

^۲- Hwang

^۳- Kabat-Zinn

^۴- Ostafin

^۵- Sears & Kraus

^۶- Shonin, Van Gordon, Slade & Griffiths

تغییرات فیزیولوژیک در افراد شده که این موضوع خود با کاهش تحریف‌های شناختی مرتبط است. همچنین به کارگیری تکنیک‌های مراقبه و اسکن بدن در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار و احساسات و حس‌های بدنی خودکار و غیر ارادی، برنامه ریزی شده است؛ به طوری که بتوان با به کارگیری تکنیک‌های آن، پاسخ‌های وابسته به این افکار، احساسات و حس‌های بدنی را از حالت خودکار خارج کرده و در بروز و تجربه آن‌ها تغییر ایجاد کرد. ایجاد چنین آگاهی در افراد از تحریف‌های شناختی ناشی از علائم جسمانی می‌کاهد (مقتدر، ۲۰۱۶).

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر حاکی از اثربخش بودن آموزش ذهن آگاهی در کاهش تحریفات شناختی و افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی بود؛ لذا در مراحل مختلف درمان یا پس از آن می‌توان با ارائه این دسته از آموزش‌ها به کاهش نشانگان روانی ناشی از بیماری به بیماران کمک کرد. آموزش فنون ذهن آگاهی به عنوان مهارت‌های سازگاری می‌تواند بسیاری از مشکلات بیماران را کاهش دهد و موجب افزایش توان آن‌ها را برای سازگاری با شرایط کنونی گردد. پیگیری و انجام تمرینات ذهن آگاهی پس از مدتی می‌تواند با تغییرات قابل ملاحظه‌ای در زندگی بیماران و کارکردهای روان شناختی آن‌ها همراه شود و از طریق توسعه راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد موجب بهبود بهزیستی روانی آن‌ها گردد. افراد می‌آموزند در مواجهه با وقایع ناخوشایند، ارزیابی مجدد مثبت را به کار گیرند، به وسیله آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتماد به نفس

تحریف‌های شناختی. بر همین اساس، در مداخلات ذهن آگاهی باور بر این است که صرفاً کافی است که فرد ظرفیت پذیرش چنین افکاری را در خود پرورش دهد و لزومی ندارد که مراجع با افکار ناکارآمد خود مقابله کرده و یا آن‌ها را به چالش بکشد (فلکسمن و باند^۱، ۲۰۱۰). مداخلات ذهن آگاهی به دلیل کاهش قابل توجه واکنش‌پذیری شناختی و هیجانی، از توانایی تغییر عواطف و هیجان‌ها برخوردارند. به بیانی دیگر، مزیت هر نوع آگاهی هدف‌دار این است که ظرفیت جذب محدودی برای افکار باقی می‌گذارد، در نتیجه، فرصتی برای نشخوار فکری باقی نمی‌ماند (برایتون، شاهر، سزپسنول و جاکوبز^۲، ۲۰۱۲؛ فلدمن، دان، استمک، بل و گریسون^۳، ۲۰۱۴). در مداخله ذهن آگاهی طراحی شده برای بیماران دارای علائم جسمانی، توجه آگاهانه به زمان حال، معطوف به هدف و بدون داوری و خالی از قضاوت (چیسا و سرتتی^۴، ۲۰۱۱) و با کم اثر کردن رابطه بین واکنش افکار و نتایج ضعیف (کویکن^۵ و همکاران، ۲۰۱۰)، تغییر راهبردهای مقابله‌ای از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار، باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش تحریف‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی می‌گردد. علاوه بر استفاده از تکنیک‌های پذیرش، استفاده از تکنیک‌های آرمیدگی نیز منجر به کاهش تحریف‌های شناختی می‌گردد چرا که افزایش مهارت‌های شناختی و رفتاری می‌تواند از تحریف‌های شناختی به وجود آمده از علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک و در نتیجه مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بکاهد؛ بنابراین انجام تمرین‌های آرمیدگی منجر به

¹- Flaxman & Bond

²- Britton, Shahr, Szepeswol & Jacobs

³- Feldman, Dunn, Stemke, Bell & Greeson

⁴- Chiesa & Serretti

⁵- Kuyken

منسجم و پربار و وسیع تر جهت بهبود وضعیت این افراد داشت و از سوی دیگر پژوهشگرانی که در حیطه اختلالات روان‌تنی به مطالعه می‌پردازند را کمک نموده و همچنین می‌تواند راهگشای بهبود کیفیت زندگی بیماران با ارائه دیدگاه‌های کلی باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و همچنین روان‌پزشکان و پزشکانی که در پژوهش حاضر همکاری داشته‌اند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

- Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Coon JT, Kuyken W, Dickens C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 76(5), 341-351.
- Abdollahzade H, Salar M. (2010). Creating and standardizing a cognitive distortion questionnaire. Tehran. (In Persian)
- Agha Yoosefi A, Oraki M, Zare M, Imani S. (2013). Effectiveness of Mindfulness in Decreasing Stress, Anxiety and Depression among the Substance Abusers. *Journal of clinical Psychology (Andishe va Raftar)*, 8(27), 17-26. (In Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Barsky AJ. (2016). Assessing the new DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder. *Psychosomatic medicine*, 78(1), 2-4.
- Belir S, Erfani N, Safaerad I. (2016). The relationship between cognitive distortions and quality of life among postmenopausal, infertile, under hysterectomy, uterine leiomyoma and normal females. *Health Research*, 1(4), 207-14.

برخورد کرده، رویدادها را قابل کنترل تلقی می‌کنند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوهی مؤثرتری به کار می‌اندازند. از سوی دیگر، آموزش ذهن‌آگاهی با تقویت فرایندهای مقابله‌ای شناختی همانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مثل تاب‌آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده گرفتن، می‌تواند از فرد در مقابل بد عملکردی خلقی ناشی از استرس و نشخوار در هنگام شروع حملات استرس محافظت کند.

با توجه به این که گروه کنترل در یک برنامه گروهی برای کنترل تأثیر پویایی گروه شرکت نکرد (جهت کسب اطمینان بیشتر نسبت به اثربخشی مداخله)، همچنین با توجه به اینکه افراد نمونه از یک شهر انتخاب شده‌اند و نبودن تحقیقات مشابه در این زمینه که مقایسه یافته‌ها را نسبتاً محدود می‌کند، به همین جهت در تعمیم یافته‌ها بایستی جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی، لزوم تمرکز بر این برنامه آموزشی به عنوان یکی از مداخلات کمکی، حمایتی و توان‌بخشی در کنار سایر حمایت‌های روانی-اجتماعی در کاهش تحریفات شناختی و ارتقای توانایی و ظرفیت مقابله‌ای بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی پیشنهاد می‌شود. در نهایت، با توجه به گستردگی اثرات این اختلال، از طریق برنامه‌ریزی، ارائه کارگاه‌های آموزشی برای این افراد و خانواده‌هایشان به توانمندسازی آنان پرداخت و از این طریق سبب پیشگیری و یا کاهش مسائل و پیامدهای برآمده از این اختلال گردید. با بررسی تحریف‌های شناختی و تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی می‌توان کمک شایانی به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان عرصه‌های حمایتی و اجتماعی جهت برنامه‌ریزی‌های

- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 539-544.
- Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.
- Butzer B, Kuiper NA. (2006). Relationships between the frequency of social comparisons and self-concept clarity, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Personality and individual differences*, 41(1), 167-176.
- Chiesa A, Serretti A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), 441-453.
- Connor KM, Davidson JR. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Fammani-shahreza S, Bahmani B, Ghaedniay-jahromi A. (2017). The Effect of Cognitive-Existential Therapy on Cognitive Distortions in Women with HIV: A Single-Subject Study. *Iranian Journal of Psychiatry Nursing*, 5 (3), 48-57. (In Persian)
- Feldman G, Dunn E, Sternke C, Bell K, Greeson J. (2014). Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Personality and individual differences*, 56, 154-158.
- Flaxman PE, Bond FW. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 816-820.
- Galante J, Dufour G, Vainre M, Wagner AP, Stochl J, Benton A, Jones PB. (2018). A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet Public Health*, 3(2), e72-e81.
- Goetzmann L, Siegel A, Ruettnner B. (2019). The connectivity/conversion paradigm-A new approach to the classification of psychosomatic disorders. *New Ideas in Psychology*, 52, 26-33.
- Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Bumand B, Herzig L. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice*, 11(1), 67.
- Hagh Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Bermas H. (2011). Resilience and quality of mothers with children with mental disabilities. *Quarterly Journal of Health and Psychology*, 1(1), 177-187. (In Persian)
- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(16), 279.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- Hwang WJ, Lee TY, Lim KO, Bae D, Kwak S, Park HY, Kwon JS. (2018). The effects of four days of intensive mindfulness meditation training (Templestay program) on resilience to stress: a randomized controlled trial. *Psychology, health & medicine*, 23(5), 497-504.
- Janowski K, Łucjan P. (2012). P-133-Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *European Psychiatry*, 27, 1.
- Kabat-Zinn J, de Torrijos F, Skillings AH, Blacker M, Mumford GT, Alvares DL, Rosal MC. (2016). Delivery and Effectiveness of a Dual Language (English/Spanish) Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Program in the Inner City-A Seven-Year Experience:

- 1992-1999. Mindfulness & Compassion, 1(1), 2-13.
- Kabat-Zinn J, Hanh TN. (2009). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kim MK, Lee KS, Kim B, Choi TK, Lee SH. (2016). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on intolerance of uncertainty in patients with panic disorder. *Psychiatry investigation*, 13(2), 196.
- Koh KB. (2018). Cognitive behavioral therapy for patients with chronic headache. In *Stress and Somatic Symptoms* (pp. 207-216). Springer, Cham.
- Kolahkaj B, Zargar F. (2015). Effect of mindfulness-based stress reduction on anxiety, depression and stress in women with multiple sclerosis. *Nursing and midwifery studies*, 4(4).
- Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, Dalgleish T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*, 11(6), 364-368.
- Lovas DA, Barsky AJ. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of anxiety disorders*, 24(8), 931-935.
- Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, & Andrews JM. (2017). Cognitive-behavioural therapy for inflammatory bowel disease: 24-month data from a randomised controlled trial. *International journal of behavioral medicine*, 24(1), 127-135.
- Moghtader L. (2016). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing rumination, dysfunctional attitude and negative automatic thoughts in patients with generalized anxiety disorders. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 27(9), 825-835. (In Persian)
- Narimani M, Taklavi S, Abolghasemi A, Mikaili N. (2015). The Effectiveness of Applied Relaxation Training Based on Mindfulness and Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety Sensitivity of Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of clinical psychology*, 6, 3(23), 13-22. (In Persian)
- Nila K, Holt DV, Ditzen B, Aguilar-Raab C. (2016). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Mental Health & Prevention*, 4(1), 36-41.
- Onur OS, Ertem DH, Karsidag C, Uluduz D, Ozge A, Siva A, Guru M. (2019). An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine. *Cognitive neurodynamics*, 13(2), 183-189.
- Ostafin BD, Chawla N, Bowen S, Dillworth TM, Witkiewitz K, Marlatt GA. (2006). Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: A preliminary study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(3), 191-197.
- Rosenberg J, Lechea N, Pentang GN, Shah NJ. (2019). What magnetic resonance imaging reveals—A systematic review of the relationship between type II diabetes and associated brain distortions of structure and cognitive functioning. *Frontiers in neuroendocrinology*, 52, 79-112.
- Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic research*, 68(1), 29-36.
- Sayyar S, Ghanbari MR, Omid A, Scheidt CE, Giveki R, Mohammadian R. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on

- Psychosomatic Symptoms and Mindfulness in Patients With Psychosomatic Disorders. Practice in Clinical Psychology, 7(2), 79-86. (In Persian)
- Sears S, Kraus S. (2009). I think therefore I am: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. Journal of clinical psychology, 65(6), 561-573.
- Shonin E, Van Gordon W, Slade K, Griffiths MD. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. Aggression and Violent Behavior, 18(3), 365-372.
- Siri L, Fava GA. (2013). Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. International Review of Psychiatry, 25(1), 19-30.
- Vollestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. Behaviour research and therapy, 49(4), 281-288.
- Yang Y, Liu YH, Zhang HF, Liu JY. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Sciences, 2(3), 283-294.
- Yücel B, Kora K, Özyalçın S, Alçalar N, Özdemir Ö, Yücel A. (2002). Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 42(3), 194-199.
- Zeidan F, Johnson SK, Gordon NS, Goolkasian P. (2010). Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variables. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16(8), 867-873.