

## The Effectiveness of the Cognitive Therapy Approach based on Mindfulness on Resilience and Body Image in Patients with Skin Disorders in Interaction with Emotional Reactivity

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Research Article

#### Authors

Sanaz Alikhah<sup>1</sup>

Bahman Akbari Gavaberi<sup>2\*</sup>

Abbas Abolghasemi<sup>3</sup>

#### How to cite this article

Sanaz Alikhah, Bahman Akbari Gavaberi, Abbas Abolghasemi, The Effectiveness of the Cognitive Therapy Approach based on Mindfulness on Resilience and Body Image in Patients with Skin Disorders in Interaction with Emotional Reactivity, Islamic Life Style. 2023; 7 (2) :94-103

1. PhD student, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran (Corresponding Author).

3. Professor, Department of Psychology, Gilan University, Rasht, Iran.

#### \* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: akbari@iaurasht.ac.ir

#### Article History

Received: 2023/03/27

Accepted: 2023/06/13

### ABSTRACT

**Purpose:** Psychosomatic disorders of the skin include skin diseases in which psychological causes and consequences or concomitant conditions have a fundamental and therapeutic effect on the disease process. The purpose of this research is to investigate the effectiveness of the cognitive therapy approach based on mindfulness on resilience and body image in interaction with emotional reactivity in patients with skin disorders.

**Materials and Methods:** In this semi-experimental research, pre-test and post-test were used for two experimental and control groups, and the follow-up phase was implemented after two months. The statistical population included all patients with skin disorders in Tabriz, 15 people with high reactivity and 15 people with low reactivity in the group of cognitive therapy based on mindfulness and 15 people with low reactivity and 15 people with high reactivity in The control group was randomly replaced. Connor Davidson's resilience questionnaires and Cash's body image scale (1990) were used as data collection tools. Analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data.

**Findings:** The results of analysis of variance with repeated measurements showed that cognitive therapy based on mindfulness has significantly increased the body image ( $P < 0.01$ ) and resilience ( $P < 0.01$ ) of patients with skin disorders. These results remained stable in the two-month follow-up ( $P < 0.05$ ). Also, the results showed that the interactive effect of emotional reactivity and group has no significant effect on resilience and body image.

**Conclusion:** Cognitive therapy interventions based on mindfulness are effective in increasing resilience and body image in patients with skin disorders.

**Keywords:** Resilience, Body Image, Cognitive Therapy Based on Mindfulness, Skin Disorders

## اثربخشی رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و تصویر بدنی در بیماران با اختلالات پوستی با در تعامل با واکنش پذیری هیجانی

ساناز علی خواه<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

بهمن اکبری گوابری<sup>۲\*</sup>

استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسئول).

عباس ابوالقاسمی<sup>۳</sup>

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

### چکیده

**هدف:** اختلالات روان تنی پوست، بیماری های پوستی را شامل می شوند که در آن علل و پیامدهای روان شناختی یا شرایط همراه، تاثیر اساسی و درمانی مهم بر فرایند بیماری دارند. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و تصویر بدنی در تعامل با واکنش پذیری هیجانی در بیماران با اختلالات پوستی است.

**مواد و روش ها:** در این پژوهش نیمه تجربی، از پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد و مرحله پیگیری، پس از دو ماه به اجرا درآمد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلالات پوستی شهر تبریز بودند که ۱۵ نفر با واکنش پذیری بالا و ۱۵ نفر با واکنش پذیری پایین در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر با واکنش پذیری پایین و ۱۵ نفر با واکنش پذیری بالا در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. پرسشنامه های تاب آوری کانر دیویدسون و مقیاس تصویر بدنی کش (۱۹۹۰) به عنوان ابزار جمع آوری داده ها استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش معناداری در تصویر بدنی ( $P < .01$ )، و تاب آوری ( $P < .01$ ) بیماران با اختلالات پوستی ایجاد کرده است و این نتایج در پیگیری دوماهه ثابت باقی مانده است ( $P = .05$ ). همچنین نتایج نشان داد که اثر تعاملی واکنش پذیری هیجانی و گروه تاثیر معناداری در تاب آوری و تصویر بدنی ندارد.

نتیجه گیری: مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بالا بردن تاب آوری و تصویر بدنی در بیماران با اختلالات پوستی موثر است.

**کلیدواژه:** تاب آوری، تصویر بدنی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلالات پوستی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳

\*نویسنده مسئول: akbari@iaurasht.ac.ir

### مقدمه

اختلالات روان تنی پوست، بیماری های پوستی را شامل می شوند که در آن علل و پیامدهای روان شناختی یا شرایط همراه، تاثیر اساسی و درمانی مهم بر فرایند بیماری دارند. این بیماری ها عامل مشکلات فردی و بین فردی ناشی از بیماری پوستی و نیز سازوکارهای روان تنی ایجاد کننده بیماری پوستی یا مقابله کننده با آن است (۱). سیر بالینی طیف وسیعی از بیماریهای پوستی ناشی از تعامل پیچیده و گاهی اوقات متقابل بین عوامل زیستی، روان پزشکی، روان شناختی و اجتماعی است که می تواند نقش مستعد کننده، تسریع کننده و یا تداوم بخش برای اختلال پوستی، بازی کنند (۲). سالانه هزاران نفر به علت اختلالات پوستی چون آکنه، پسوریازیس، لوپوس، سالک و ویتیلیگو و سایر اختلالات پوستی به متخصصان پوست مراجعه می کنند. اکثر این افراد دچار اختلالی در ظاهر اعضای بدن خود شده اند. در این میان اختلال در صورت و اندام هایی که پوشیده نیستند؛ بیش از سایر اندام ها افراد را دچار تنش روانی و پریشانی می کند. به عبارتی اختلال در اندام ها موجب اختلال در خودپنداشت و تصویر بدنی فرد می شود. تصویر بدنی که یکی از اجزای خاص خودپنداشت است؛ درک آگاهانه و ناآگاهانه از جسم در ارتباط با جنسیت، ظاهر، سلامتی، سن، فعالیت بدنی، تمامیت جسمی و مواردی مانند آن ها را شامل می شود و خودپنداشت یک فرایند پویای شناختی و درک سازمان یافته از جسم فرد است که تحت تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی و متغیرهای روانی قرار می گیرد (۳). تصویر از بدن یک تصویر ذهنی است که هر فرد از اندازه و شکل بدن خود دارد و نیز احساسی است که فرد نسبت به تک تک و کل اعضای بدنش دارد. تصور از بدن یک پدیده ی چند بعدی است که شامل ابعاد شناختی (تفکر فرد در مورد بدن خود)، ادراکی (لمس، بینایی) و عاطفی (احساس فرد نسبت به خود) است. ادراک فرد از بدنش منجر به برآورد بیشتر و یا کمتر از اندازه قسمت هایی از بدن می شود و تغییرات عاطفی، شناختی ناشی از آن با احساس نارضایتی و نگرانی نسبت به شکل و اندام های فرد ارتباط دارد. تصویر بدنی، یکی از سازه های روان شناختی و یک مفهوم محوری برای روانشناسان سلامت است (۴). تصویر بدنی فرد روی کیفیت روانی-اجتماعی زندگی او نیز تاثیر می گذارد (۵).

در حوزه سلامت، تاب آوری به توانایی فرد برای مقابله با سختی ها بدون تسلیم شدن در برابر آن ها و غلبه بر اثرات منفی رخدادهای استرس زای زندگی اشاره دارد. همچنین توانایی مبتلایان به بیماری های مزمن در پذیرش مسئولیت در قبال درمان، تحت تاثیر خصوصیات فردی مانند انگیزه، خودکارآمدی و تاب آوری قرار دارد (۶). تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک است (۷). در روانشناسی، ظرفیت مثبت افراد برای سازگاری با استرس و فجاج را تاب آوری نامیده اند و این مفهوم همچنین برای تعیین میزان مقاومت در مقابل عوامل خطر ساز آینده مورد توجه قرار گرفته است. از تاب آوری به منزله یک ایده خوب با ارزش عملگرایی بالا برای کمک و تقویت افراد در مواجهه با

توسط کوتنی، برنندت و فرانک (۱۶) از لحاظ نگرانی از تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی بین دو گروه سالم و افراد با اختلال پستی تفاوت معناداری مشاهده شد و نگرانی از تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی در افراد با اختلال پستی بیشتر از افراد سالم بود. در مطالعه‌ای دیگر میزان تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران پستی آکنه بسیار پایین‌تر از افراد عادی بود. همچنین هانت تحقیقی را با عنوان مقایسه عزت‌نفس، تاب‌آوری و خودتنظیمی در بیماران مبتلا به آگزما و افراد سالم، انجام داد که بین دو گروه تفاوت، معنادار و افراد مبتلا به آگزما، عزت‌نفس، تاب‌آوری و خودتنظیمی پایین‌تری نسبت به افراد سالم داشتند (۱۷).

البته باید توجه نمود که افراد از لحاظ واکنش هیجانی‌شان به موقعیت‌های هیجان‌زا، با هم بسیار تفاوت دارند و تجربه ذهنی آن‌ها از هیجان‌ها، نقش اساسی در زندگی هشیار افراد و نوع کنار آمدن با هیجان‌ها و تنظیم آن‌ها بازی می‌کند. بسیاری از مدل‌های نظری بر اهمیت تنظیم هیجان و واکنش‌پذیری هیجانی در ایجاد و تداوم آسیب روانی و یا حفظ سلامت روان افراد تأکید کرده‌اند (۱۸). واکنش‌پذیری هیجانی را می‌توان مجموعه‌ای از حالات ارتقاء دهنده بقاء دانست که انسان‌ها را برای عمل آماده می‌سازد و به سمت پاسخ‌های رفتاری مرتبط با محرک‌ها سوق می‌دهد (۱۹). واکنش‌پذیری هیجانی بیانگر جنبه‌های مختلف پاسخ هیجانی فرد به محرک‌های هیجان‌انگیز است و چهارجنبه مختلف پاسخ را در بر می‌گیرد: الف: ظرفیت (محتوا): الگوی واکنش‌پذیری نسبت به هیجان‌ات مثبت ممکن است با الگوی واکنش‌پذیری در مقابل هیجان‌ات منفی یکسان نباشد. ب: شدت: در همه افراد هیجان‌ات با قدرت یکسان ظاهر نمی‌شوند. ج: آستانه فعالیت: قدرت محرک‌های هیجانی که برای راه‌اندازی یک واکنش هیجانی لازم است؛ در همه افراد همسان نیست. د: زمان بازگشت: مدت زمانی که طول می‌کشد تا واکنش‌های هیجانی فرو بنشینند و سطوح فعالیت به خط پایه باز گردد؛ نیز در افراد مختلف متفاوت است. در پژوهش‌های پیشین اشاره شده که تشدید واکنش‌پذیری هیجانی با رفتارها و افکار خود آسیب‌رسان و آسیب روانی مرتبط است (۲۰). بنابراین می‌توان انتظار داشت که این سازه با سلامت روانی نیز مرتبط است.

با توجه به اینکه اختلالات پستی با فشار روانی و ناراحتی قابل توجهی همراه است؛ درمان‌های روان‌شناختی (۲۱) جهت تعدیل این فشارها و شدت اختلال پستی در این بیماران می‌تواند مفید باشد. یکی از درمان‌هایی که ممکن است برای این بیماران مفید باشد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. با توجه به اینکه فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد بیاموزد چگونه دست از بازاری فکری بردارند و چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجان‌ات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند؛ این درمان روی پذیرش باورها در مقابل کشاکش با آنها، ذهن آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنادادن به آنها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخص متمرکزاند. همچنین تمرکز اصلی این درمان‌ها بیشتر روی پذیرش نشانه است تا کاهش آن و نیز

ناملایمات و حفظ کردن آنان در برابر خطرات زندگی‌شان یاد می‌کنند (۸). از نخستین کسانی که از واژه‌ی تاب‌آوری استفاده کرده ورنر در دهه ۱۹۷۰ بوده است. فعالیت‌های افرادی مانند گارمزی، راتر و ورنر سبب پیشرفت مطالعات تاب‌آوری شده است (۶). افراد تاب‌آور در تعقیب اهداف خود در طول دوران زندگی کمتر مبتلا به افسردگی شده و در کل اضطراب کمتری دارند و درماندگی عاطفی در آنان کمتر است. این خصیصه در کنار توانایی‌های درونی و در تعامل با محیط اگر تقویت شود به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور شده باعث می‌شود؛ فرد علی‌رغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید شایستگی اجتماعی‌اش افزایش یابد. افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، ویژگی‌های معین مشترکی از جمله توانایی برانگیختن خود، احساس کردانی و انعطاف‌پذیری مناسب برای یافتن راه‌های دستیابی به اهداف دارند (۹).

در مطالعه‌ای که در آلمان بر روی ۲۶۵ بیمار مبتلا به اختلال پستی (پسوریازیس) انجام شد، ۳۲٪ بیماران دچار افسردگی بودند و ارتباط معناداری بین علائم بیماری و شدت افسردگی یافت شد. بسیاری از بیماران مشکلات خودانگار، اعتماد به نفس، تطابق روانی ضعیف، احساس بدنام شدن، شرم و خجالت به علت ظاهرشان را تجربه می‌کنند. همچنین تأثیرات اختلال پستی موجب تداخل در فعالیت‌های فیزیکی بیماران مانند خواب و فعالیت‌های روزانه نیز می‌شود (۱۰). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که بیماری‌های مزمن پوست روی سلامت روان تأثیر می‌گذارند و می‌توانند باعث کاهش اعتماد به نفس و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی شوند (۱۱). رپ و همکاران در سال ۲۰۰۴ بیان کردند که بیماران با اختلال پستی (آکنه) زودتر از بقیه افراد عصبانی می‌شوند که می‌تواند از یک سو بر کیفیت زندگی و از سوی دیگر بر رضایت از درمان تأثیر بسزایی داشته باشد (۱۲). بر طبق مطالعات انجام شده در بلژیک، کره، آلمان و ایتالیا، اختلالات پستی مانند پسوریازیس و ویتیلیگو اثر زیادی روی کیفیت زندگی دارد. این اختلالات پستی اثرات سویی در زندگی شخصی و اجتماعی فرد بجا گذاشته، منجر به اختلال عملکرد اجتماعی وی می‌گردد و در نتیجه تأثیر عمده‌ای روی کیفیت زندگی بیماران دارد (۱۳). تا حد زیادی اتفاق نظر وجود دارد که اختلالات پوست، تأثیر منفی بر سلامت روانی و عاطفی برخی از بیماران دارد. در واقع پژوهش‌ها شواهدی فراهم نموده است که از جمله تغییر ظاهر بیمار می‌تواند تأثیر رفتاری عاطفی و شناختی عمیق روی افراد مبتلا به این بیماری‌ها داشته باشد (۱۴). کالپ<sup>۱</sup> (به نقل از ۹) در طی مطالعه‌ای بیان نمود که بیماران مبتلا به اختلالات پستی تاب‌آوری روانی پایینی نسبت به افراد عادی دارند و از قرار گرفتن در موقعیت اجتماعی اجتناب می‌ورزند و ضایعات پستی خود را پنهان می‌نمایند. تاب‌آوری از دیگر عوامل است که در بیماران با اختلال پستی تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد (۹). از طرفی در بیماران پستی به دلیل وضع ظاهری و ادراکی که آن‌ها از خود دارند، تصویر بدنی مخدوش است. از طرفی پژوهش‌هایی نشان دادند که بیماران پستی تصویر بدنی و اعتماد به نفس پایین و احساس کم‌رویی بالایی نسبت به افراد عادی ادراک می‌نمایند (۱۵). در مطالعات انجام شده

<sup>۱</sup>. Calp

شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارتر پاسخ‌دهی به محرک نامطبوع درونی تأکید دارد (۲۲) بر همین اساس مسئله‌ی اصلی پژوهش اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و تصویر بدنی در بیماران زن و مرد مبتلا به اختلالات پوستی می‌باشد.

#### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. همچنین جامعه آماری شامل ۳۶۴ نفر با اختلالات پوستی بودند که به دلیل بیماری‌های پوستی (آکنه، لگاریس، ویتیلیگو، پسوریازیس) در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ به بیمارستان فوق تخصصی پوست سینا شهر تبریز مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و جای‌گماری گروه‌ها به روش تصادفی ساده بود. حجم نمونه براساس مطالعه هومن و دلاور با الفای ۰/۰۵، توان ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۸۹ و روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره ۶۰ نفر تعیین شد که به صورت تصادفی ۴۰ نفر در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر واکنش‌پذیری بالا و ۲۰ نفر واکنش‌پذیری پایین) و کنترل (۲۰ نفر واکنش‌پذیری بالا و ۲۰ نفر واکنش‌پذیری پایین) قرار گرفت. همچنین پس از لحاظ کردن معیارهای ورود یعنی داشتن سن ۲۰ تا ۴۵ سال، دارای حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، گذشت ۶ ماه تا ۵ سال از زمان بیماری، عدم ابتلا به اختلال روانی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و داشتن رضایت برای مشارکت در پژوهش ۶۰ نفر انتخاب شدند که با روش تصادفی بلوکی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. معیارهای خروج از مطالعه هم غیبت بیش از دو جلسه در فرایند شناخت درمانی و شرکت در برنامه‌های مداخله‌ای دیگر بود. رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی صورت گرفت. به طوری که در گروه آزمایش ۳۰ نفر آموزش دیدند و در گروه کنترل نیز ۳۰ نفر بدون آموزش مورد مطالعه قرار گرفتند. با توجه به اینکه در ابتدا توسط روانشناس از فرد در مورد سابقه ابتلا به اختلال روانی سوال می‌شد؛ هیچ کدام از آزمودنی‌ها سابقه ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی نداشتند. تشخیص این مرحله بر عهده روانشناس بود. سپس همه افراد گروه نمونه فرم رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تصویر بدنی را تکمیل نمودند. جلسات درمانی مطابق با پروتکل، ۸ جلسه به صورت سه روز در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه بود که این آموزش توسط یک متخصص روانشناسی انجام شد. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. یک هفته پس از اتمام جلسات گروهی پس‌آزمون و هشت هفته بعد پیگیری انجام شد. همچنین افراد شرکت‌کننده مختار بودند در هر زمان که بخواهند پژوهش را ترک نمایند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از طریق نرم‌افزار SPSS20 انجام شد. ابزارهای پژوهش علاوه بر پرسشنامه‌های زیر شامل سوالات دموگرافیک در مورد سن، تحصیلات و وضعیت اشتغال بود که در ابتدای پرسشنامه قبل از ورود به سوالات اصلی نوشته شده بود. پرسشنامه‌های این پژوهش عبارت بودند از: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون؛ این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است که توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. کانر و

دیویدسون (۲۳) این پرسشنامه را با بازبینی منابع ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در زمینه تاب‌آوری تهیه نمودند. کانر و دیویدسون (۲۳) روایی و پایایی مقیاس را با استفاده از پنج گروه آزمودنی شامل مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر، بیماران سرپایی دچار اختلالات روان‌پزشکی، بیماران سرپایی مراقبت‌های اولیه و گروه فاقد بیماری، مطلوب بررسی کردند. علاوه بر این حساسیت مقیاس برای گروه‌های بالینی مناسب احراز گردید. همچنین نتایج تحلیل عامل حکایت از وجود پنج عامل در مقیاس داشت (۲۳). در ایران، ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون توسط محمدی (۱۳۹۴)، سامانی و صحراگرد (۱۳۸۶)، جوکار (۱۳۸۶) و قمرانی، کجباف، عریضی و امیری (۲۰۱۰) بررسی شده است. در پژوهش محمدی (۱۳۹۴) مقیاس تاب‌آوری بر روی ۷۱۸ مرد ۱۸ تا ۲۵ ساله در گروه‌های سالم و مصرف‌کننده مواد مخدر اجرا شد. برای تعیین روایی مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره‌گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره کل به نمره کل به جز گویه ۳، ضریب-های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. نتایج تحلیل عامل مقیاس حکایت از یک عامل عمومی بزرگتر از یک داشت. علاوه بر این، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۹ به دست آمد. سامانی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی که بر روی دانشجویان انجام دادند؛ روایی مقیاس را با روش تحلیل عوامل و کشف یک عامل عمومی و پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ مطلوب برآورد کردند. جوکار (۱۳۸۶) در پژوهشی که بر روی ۵۷۷ نفر دانش-آموزان دبیرستانی شهر شیراز انجام داد؛ ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ و تحلیل عاملی مقیاس را با یک عامل عمومی به-دست آورد. در پژوهش قمرانی و همکاران (۲۰۱۰) مقیاس تاب-آوری بر روی ۲۰۰ نوجوان اجرا شد؛ نتایج حاصل از تحلیل عاملی مقیاس گویای یک عامل عمومی بزرگتر از یک و نتایج حاصل از همسانی درونی مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را نشان داد. پرسشنامه تصویر بدنی: پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود یک آزمون ۴۶ سوالی، ساخته شده توسط کش (۵) و یکی از روش‌های سنجش بدگویی از تصویر بدن استفاده از این پرسشنامه است. سوال-های آزمون شش بعد روابط بدن-خود شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی را بر حسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) می‌سنجد. کش (۱۹۹۰) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده است. در مطالعه میراحمدیان و منشئی (۱۵) پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. در فرم فارسی این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی زیر مقیاس‌ها ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ محاسبه شد (۲۴).

محتوای جلسات پذیرش و تعهد براساس برنامه درمانی که توسط مدل سیگل ۲۰۱۰ تدوین شده بود؛ در جدول شماره ۱ بیان شده است:

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخلات مربوط به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: منبع سیگل، ۲۰۱۰

جلسه	موضوع	خلاصه جلسه
اول	هدایت خودکار	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آنها، تعیین خط مشی گروه و توضیح پیرامون اختلال پوستی، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه و آرسی بدن، تکلیف: انجام یکی از کارهای روزمره با ذهن آگاهی و آرسی بدن
دوم	چالش با موانع	ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تمرین و آرسی بدن، تکلیف: آوردن توجه به یکی دیگر از فعالیت‌های روزمره، ثبت وقایع خوشایند، و آرسی بدن و ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه
سوم	ذهن آگاهی در حین حرکت	تمرین حرکات کششی آرام همراه با ذهن آگاهی، تمرین قدم زدن آگاهانه، تمرین و آرسی . تکلیف: پیاده روی آگاهانه، و آرسی بدن، ثبت تجربه های ناخوشایند
چهارم	ماندن در لحظه	تمرین ذهن آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن، داستان بره‌های گرسنه، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین و آرسی بدن. تکلیف و آرسی بدن، استفاده از وسایل نقلیه همراه با ذهن آگاهی، مکث سه دقیقه‌ای
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن	تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، پذیرش، تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن و مکث سه دقیقه‌ای
ششم	افکار واقعیت نیستند	افکار جانشین، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین و آرسی بدن، تکلیف: و آرسی بدن، مکث سه دقیقه‌ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند.
هفتم	مراقبت از خود	ارتباط بین خلق و احساسات، چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، تمرین و آرسی بدن تکلیف: تهیه لیستی از فعالیت‌های انرژی بخش و خسته کننده
هشتم	به کار گیری آموخته‌ها و تمرین‌ها در آینده	تمرین و آرسی بدن، بحث پیرامون تداوم تمرین‌ها و برنامه‌ریزی جهت انجام آن، بررسی مشکلات که مانع از انجام تکالیف می‌شوند.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش شامل سن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال آن‌ها در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

متغیر	آزمایش		کنترل			
	واکنش‌پذیری بالا	واکنش‌پذیری پایین	واکنش‌پذیری بالا	واکنش‌پذیری پایین		
سن	۱	۳	۲	۱		
	۶	۵	۵	۴		
	۵	۴	۴	۶		
	۵	۵	۴	۳		
	۳	۲	۵	۶		
	جمع	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	
	تحصیلات	۵	۷	۳	۵	
		۶	۵	۷	۴	
		۶	۴	۶	۶	
		۳	۴	۴	۵	
جمع		۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	
وضعیت اشتغال		۳	۵	۲	۴	
		۱۲	۱۵	۹	۱۶	
		۵	۰	۹	۰	
		جمع	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰

یافته‌های توصیفی در جدول شماره ۳ میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری متغیرهای تاب‌آوری و تصویر تن را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری و تصویر بدنی

گروه‌ها	تاب‌آوری		تصویر بدنی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۶۱/۴۶	۱۹۲/۵۷	۹/۲۲
	پس‌آزمون	۶۷/۳۳	۲۳۸/۵۲	۱۰/۴۲
	پیگیری	۶۶/۸۰	۲۳۴/۵۵	۸/۸۴
کنترل	پیش‌آزمون	۶۲/۲۶	۱۸۵/۵۷	۹/۲۲
	پس‌آزمون	۶۴/۱۳	۱۸۴/۷۲	۱۰/۹۹
	پیگیری	۶۴/۰۲	۱۷۸/۹۹	۱۱/۰۱

بدنی با درجات آزادی (۶ و ۱۳۲/۲۴۳۷۳) در سطح ۰/۰۰۵ معنادار نیست و می‌توان گفت فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس رعایت شده است. جدول شماره ۴ نتایج آزمون کرویت موشلی را نشان می‌دهد که سطوح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است؛ لذا همگنی کوواریانس‌ها در مورد متغیرها رعایت شده است. با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر مجاز می‌باشد.

نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنوف نشان داد که در همه مراحل اندازه‌گیری هر دو متغیر وابسته، مقدار Z به دست آمده معنادار نبود ( $P > 0.05$ ) و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. همچنین نتایج آزمون لوین بیانگر این بود که مقادیر F به دست آمده با درجات آزادی (۱ و ۷۸) معنادار نیست ( $P > 0.05$ ) در نتیجه تفاوت معنی‌داری بین واریانس خطای گروه‌ها وجود ندارد و فرض همگنی واریانس‌های خطاء رعایت شده است. به‌علاوه، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که مقادیر به دست آمده برای متغیر تاب‌آوری و تصویر

جدول ۴. آزمون کرویت موشلی مربوط به بررسی فرض همانی بودن ماتریس کوواریانس

متغیر	آماره آزمون موشلی	آماره آزمون کای اسکور	درجه آزادی	سطح معناداری	گرینهاوس-گیسر	هیون فلت
تاب‌آوری	۰/۸۷۹	۸/۶۴	۲	۰/۰۸	۰/۶۵۲	۰/۳۵۵
تصویر بدنی	۰/۵۹۸	۶/۲۵	۲	۰/۴۱	۰/۷۱۱	۰/۶۸۲

میزان تاثیر یا تفاوت (مجذور اتا) و توان آماری هر کدام از متغیرها در جدول شماره ۵ ارائه گردیده است. به‌علاوه، این جدول نشان می‌دهد که نمرات گروه ذهن آگاهی مثبتی بر شناخت نسبت به گروه کنترل در هر دو متغیر تاب‌آوری و تصویر بدنی بیشتر است و این تفاوت در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ نشان داده شده است؛ بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در میزان تاب‌آوری و تصویر بدنی تفاوت معناداری مشاهده شد ( $P < 0.01$ ). در بررسی اثر متقابل بین مراحل آزمون و گروه‌ها، نتایج نشان داد که بین نمره‌های عامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و گروه‌ها در متغیرهای تاب‌آوری و تصویر بدنی اثر متقابل معناداری مشاهده شد ( $P < 0.01$ ). همچنین

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثرات بین گروهی و اثر متقابل

منبع	تاثیر بین گروهی	SS	df	MS	F	P	Eta2	توان آماری
اثرات درون گروهی	تاب‌آوری(زمان)	۳۸۲/۱۰۶	۲	۱۷۶/۰۷۸	۴۱/۶۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳	۱
اثرات بین گروهی	تاب‌آوری و گروه	۲۰۵/۱۹۶	۲	۱۹۲/۶۳۳	۲۱/۵۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۹	۱
اثرات درون گروهی	تصویر بدنی(زمان)	۴۵۰/۷۹	۲	۵۴۶/۰۷۸	۱۴/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱
اثرات بین گروهی	تصویر بدنی و گروه	۲۴۱/۵۶	۲	۱۲۳/۲۵	۱۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱

پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری حاصل شد ( $P < 0.001$ ) اما در مقایسه مراحل پس‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری حاصل نشد

بر اساس نتایج آزمون تی زوجی در جدول شماره ۶ در گروه آزمایش بین میانگین تاب‌آوری در مقایسه مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و

( $P > .05$ ) به این معنی که تاب‌آوری بعد از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری افزایش پیدا کرده است و این افزایش بعد از گذشت دو ماه پایدار مانده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تی زوجی برای مقایسه دو به دوی مراحل آزمون در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	تفاوت میانگین‌ها	پس آزمون	پیش آزمون
تاب آوری	آزمایش	۵/۸۷	۰/۰۰۱	۵/۸۷	۰/۰۰۱	۵/۳۴	۰/۰۰۱	۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱۴
	کنترل	۱/۸۷	۰/۰۶۳	۱/۸۷	۰/۰۶۳	۱/۷۶	۰/۰۶۶	۱/۷۶	۰/۰۶۶	۰/۳۲۴
تصویر بدنی	آزمایش	۱۰/۷۶	۰/۰۰۱	۱۰/۷۶	۰/۰۰۱	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۰۷
	کنترل	۰/۲۶	۰/۷۶	۰/۲۶	۰/۷۶	۱/۵۴	۰/۰۶۸	۱/۵۴	۰/۰۶۸	۰/۴۴

زندگی، موجب رنج و اضطراب آن‌ها می‌گردد و زمینه را برای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و بین‌فردی مهیا نموده و عرصه‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی فرد را تحت تأثیرات منفی قرار می‌دهند. بنابراین، افراد با اختلالات پوستی با بکارگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌آموزند که به افکار منفی و نشخوارهای فکری، به عنوان انعکاسی از واقعیت نگاه نکنند و در مقابل، آن‌ها را به عنوان وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند تا از این طریق بتوانند بین این افکار و خود، گسلس ایجاد کنند و تمرکز زدایی افکار به وقوع بپیوندد. با این فن، فرد از افکار منفی‌هایی یافته و اضطراب ناشی از اختلال پوستی که در بدن او ایجاد شده، بهبود می‌یابد و رفتارهای اجتنابی کاهش پیدا می‌کنند. از طرفی در توضیح اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کیفیت زندگی بیماران با اختلالات پوستی، می‌توان به نظر گشویند و همکاران استناد نمود که توضیح می‌دهند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی هیجان‌های مثبت گذرا را افزایش داده و به بیماران دارای تاریخچه‌ای بلندمدت از رنج روانی - جسمانی می‌آموزد که از پاداش‌های طبیعی زندگی روزانه، بهره ببرند به این نحو که این روش می‌آموزد که افراد بتوانند هیجان‌های مثبت را به‌طور معنی‌داری تجربه کنند و با تقویت هیجان‌های مثبت آنی، به فعالیت‌های خوشایند وارد شوند (۱۵). همچنین در توجیه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران با اختلالات پوستی، عنوان می‌کنند که رویکرد شناخت درمانی با دنبال کردن اهداف سه‌گانه یعنی تنظیم توجه، توسعه‌ی آگاهی‌فراشناختی و تمرکززدایی و توسعه‌ی پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی، بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی مربوط به بیماری پوستی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری، تمرکز زدایی کنند و به آن‌ها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی‌هایی از واقعیت یا ویژگی خود نیستند (۲۹). در همین راستا، سگال و همکاران (۳۰) در توجیه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران عنوان می‌کنند که ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی‌قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد منجر می‌شود و توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت

این پژوهش با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و تصویر بدنی با تعدیل واکنش‌پذیری هیجانی در بیماران با اختلالات پوستی، انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای تاب‌آوری و تصویر بدنی تفاوت معنادار وجود دارد؛ ولی بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. یکی از دلایلی عدم ماندگاری اثر مداخله فاصله زمانی کوتاه بین پس‌آزمون و پیگیری بوده که احتمال ماندگاری جواب سوالات پرسشنامه در ذهن پاسخ‌دهندگان وجود داشته است. از سوی دیگر به دلیل فقدان زمان بیشتر، پیگیری دو ماهه پس از پایان رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام شد. بنابراین ممکن است به دلیل انجام سیر تغییرات و استفاده از اندازه‌گیری‌های مکرر، اثر ابزار بر نتایج تأثیرگذار بوده باشد. نتایج این پژوهش با یافته‌های کابات زین (۲۵)؛ فولی و همکاران (۲۶) و وان آلدن و همکاران (۲۷) همسو و با یافته‌های کنی و ویلیامز (۲۸) ناهمسو است. در راستای تبیین این یافته می‌توان به نظریه کابات زین (۲۵) استناد نمود که معتقد است ذهن آگاهی، ناظر بر ارتباط با رویدادها به شیوه‌ای است که در آن قضاوتی در مورد آن‌ها اتفاق نمی‌افتد و این ارتباط به اینجا و اکنون معطوف می‌شود. در فرآیند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بکارگیری فنون «واری بدن»، مشاهده تنفس و نظاره‌گری افکار که زمینه‌ساز حضور یافتن فرد در زمان حال و اکنون است؛ زمینه برای گسلس از گذشته و عدم قضاوت در مورد افکار و احساسات رنج آور مهیا می‌شود. از سویی تیزدل و همکاران (۲۹) در مورد اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنوان می‌کنند که این روش درمانی، زمینه را برای تمرکز زدایی افکار فرد مهیا می‌کند؛ به این شیوه که به افراد آموزش داده می‌شود؛ افکار و احساساتشان را بدون قضاوت مشاهده کرده و آن‌ها را به عنوان وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند و از طرفی افکار و احساسات خود را به عنوان بخشی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. از این رو با چنین مواجهه‌ای با افکار و احساسات، از تشدید افکار منفی جلوگیری می‌شود. بر این اساس می‌توان استنباط کرد که چرا در بیماران با اختلالات پوستی با بکارگیری فنون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی بهبود می‌یابد؛ چرا که در این بیماران، نشخوارهای فکری در مورد احتمال چگونگی

شناسخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با آوردن این افکار به سطح هوشیاری، افراد توانایی بیشتری برای دوری جستن از هیجانات برخاسته از آن‌ها (افکار) به دست می‌آورند و با این کار، افراد به اطلاعات تازه‌ای درباره‌ی افکار و احساسات خود توجه می‌کنند و از این طریق می‌توانند؛ آنچه را که بعد از این افکار و احساسات بروز می‌کند (اعمال) به کنترل درآورند. بنابراین هدف MBCT، توانمندسازی بیماران، جهت حرکت به سوی آگاهی از طریق انتخاب گام عملی است و بدین‌سان، کنترل اعمال فرد توسط خودش مهیا گردیده و افتادن در دام عادت‌های قدیمی ذهن متوقف می‌شود. به تعبیر دیگر، در این فرآیند، به بیمار آموخته می‌شود؛ شیوه‌ی ارتباط خودش با افکار را تغییر بدهد؛ به این صورت که به افکار به عنوان چیزهایی که وجود دارند؛ بنگریم و آن‌ها را همانند سیلی از وقایع ذهنی بدانیم که در حال گذر هستند نه این که در آن‌ها غرق شویم. بنابراین، وقتی به کمک فنون ذهن آگاهی ذهن منحرف می‌شود؛ به بیمار آموخته می‌شود که بپذیرد، ذهن دچار حواس پرتی شده است و به این توجه کند که ذهن‌اش به کجا رفته است و سپس به آرامی توجه خود را به کاری که انجام می‌دهد، معطوف نماید. به تناسب این توانمندی، فرد از افکار نشخوار شونده و نگرانی‌ها رهایی یافته و کنترل رفتارهای خویش را به دست گرفته و می‌تواند گشایشی در انتخاب‌ها و رفتارهای خویش داشته باشد و مرزهای زندگی خویش را گسترش دهد.

#### نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که افراد ذهن آگاه با انجام تمرین‌های مراقبه و تجربه کردن زندگی از طریق حواس پنجگانه در لحظه، از بخش دیگری از امکانات بالقوه خود، یعنی ذهن وجودی، نیز استفاده کنند. آن‌ها در می‌یابند که حق انتخاب دارند و می‌توانند وضعیت‌های ذهن خود را گزینش کنند. به این ترتیب به جای آنکه برای همه مشکلات خود، تنها یک راه حل داشته باشند، یاد می‌گیرند که بعضی مشکلات را از طریق هیجانی حل کنند؛ برخی دیگر را از طریق شهودی و با خلاقیت حل نمایند و برخی دیگر را فعلاً به حال خود رها کنند تا زمان حل آن برسد. به این ترتیب این ارتباط با خود، دیگران و دنیا که از طریق ذهن وجودی برقرار می‌شود و با خلاقیت، پذیرش و همدلی نسبت به خود و دیگران همراه است، می‌تواند رابطه افراد را دگرگون نموده و منجر به افزایش، تاب آوری و تصویر بدنی بیماران با اختلالات پوستی شود. لازم به ذکر است این پژوهش همچون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود که عدم هم‌تاسازی آزمودنی‌ها در گروه‌های آموزشی و کنترل از نظر مدت زمان تعارض، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از اهم آن می‌باشد. با توجه به نتایج این پژوهش که نشان داد آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، می‌تواند منبعی غنی برای مقابله و رویارویی با مشکلات، سازگاری بهتر با عدم تاب‌آوری و تصویر بهتر از تن، توانمندساختن بیماران با اختلالات پوستی در سازش با افکار منفی و پیامدهای آن موثر باشد؛ پیشنهاد می‌شود که فنون و روش‌های کاربردی، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، توسط روانشناسان و مشاوران در جلسات و کارگاه‌های آموزش بیماران با اختلالات پوستی در بیمارستان‌ها مورد

های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. از این رو به واسطه‌ی تمرین‌ها و فنون مبتنی بر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند و به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده، آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی (اختلال پوستی) بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود. در همین راستا کابات زین (۲۵) عنوان می‌کند که فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر بوده و این اثربخشی، ریشه در خودکنترلی توجه دارد؛ چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد. علاوه بر این، تیزدل و همکاران (۳۰) در اثر بخشی MBCT در بهبود کیفیت زندگی عنوان می‌کنند که این درمان شامل مجموعه‌ای از تمرین‌های مختلف از قبیل تمرین خوردن ذهن آگاهانه، کسب آگاهی از اثرات بیماری‌ها، تمرین واریسی بدن، راه رفتن ذهن آگاهانه است که رابطه بین افکار، احساس و حواس بدن را آشکارتر می‌کنند و توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامونی را در لحظه حاضر امکان‌پذیر ساخته و فرد را از نشخوار فکری معطوف به اتفاقات گذشته و حوادث آینده، رهایی می‌بخشند و رنج حاصل از آن‌ها را کم می‌کنند و به بهبود کیفیت زندگی در همه جنبه‌های منجر می‌شوند. از سویی سگال و همکاران (۲۹) عنوان داشته‌اند که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کیفیت زندگی بیماران، ناشی از آن است که در این درمان، تمرین‌هایی به بیماران ارائه می‌شود که آن‌ها قادر می‌شوند آگاهی را در فعالیت‌های روزانه تمرین نمایند تا حدی که بدانند چه اتفاقی در حال رخ دادن است و بتوانند از این طریق ماهیت تجربه‌ی خودشان را تغییر دهند. لذا چنانچه بیمار بتواند به طور کامل نسبت به افکار، احساسات و حواس بدنی خود، آگاهی پیدا کند؛ در آن صورت خواهد توانست تجربه‌ی خودش را تغییر داده و آزادی و انتخاب‌های زیادی داشته باشد و در نتیجه، از جنبه‌های زندگی خود چه خوب و چه بد آگاه خواهد شد و از این طریق به نشخوار حوادث بد و رویدادهای بد آتی تمرکز نخواهد کرد. از سویی در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کیفیت زندگی بیماران، عنوان می‌کنند که بخش عمده‌ی مشکلات بیماران، معطوف به مشکلات هیجانی و ترس‌ها و نگرانی‌های آنهاست که بر همه‌ی جوانب زندگی‌شان سایه افکنده است و کیفیت زندگی آن‌ها را محدودتر می‌کند. بر این اساس آگاهی نسبت به ارتباط بین افکار و احساسات، نقطه اساسی در درمان MBCT است که با روشن‌سازی این ارتباط، تلاش می‌شود بیماران، دلایل منطقی برای تلاش جهت زیر سؤال بردن آن را در فرآیند برنامه درمانی بدانند. در این راستا به بیماران گفته می‌شود که در هر موقعیتی (A) یک احساسی هم به طور هم‌بند یا پیامد (C) بوجود می‌آید و این دو (A و C) چیزهایی هستند که افراد به آن‌ها آگاهی دارند؛ ولی در اغلب موارد افراد نسبت به افکاری که مربوط به هر دو A و C آنهاست، آگاهی ندارند و این افکار، چندان آشکار نبوده و عملاً آن‌ها تعیین می‌کنند که فرد چه احساسی را تجربه کند و با چه شدتی آن را تجربه نماید. از این رو، در فرآیند

7. Saeedi H, Dortaj, Ph.D. F. Resilience, Loneliness, and Academic Self-Efficacy among Students of Day and Boarding High Schools in Baneh. QJFR 2016; 13 (1) :39-58
8. Hart, A., Blincow, D., & Thomas, H. (2017). Resilient therapy: working with children and families. Hove, East Sussex: Rutledge.
9. Goli Z S, Mirsyfi Fard L S. The role of Metacognitive Beliefs and Resilience on Predicting Marital Adjustment in Both Groups of Patients with Chronic and Acute Pain. JARAC 2021; 3 (3) :55-63
10. Zandi S, Shamsi Meymandi S, Hasheminasab Gorji S, Sabouri Shahrehabak F. Evaluation of quality of life in patients with psoriasis. jdc 2011; 2 (3) :166-173
11. Potocka a., Turczyn-Jablonska K., Merez D. (2019). Psychological correlates of quality of life in dermatology –patients: the role of mental health and self-acceptance. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriant.; 18(2):53-8, 60.
12. Moulai, Hamida; Nohi, Sima; Davodi, Masoud and Qanbarian, Fatemeh. (2017). Comparison of quality of life and self-esteem in acne and legaris patients before and after standard acne treatment; A clinical trial study. Health Research Journal, 4(1): 55-62
13. Abdi M R, Kamrani F, Saheb-al-Zamani M, Zohour A. COMPARING QUALITY OF LIFE PATIENT'S SUFFERING FROM PSORIASIS WITH VITILIGO REFERRING TO SKIN CLINICS OF MEDICAL CENTERS RELATED TO TABRIZ MEDICAL SCIENCE UNIVERSITY AND REMEDIAL AND SANITATION SERVICES. Studies in Medical Sciences 2012; 23 (5) :499-505
14. Babakhani Langroudi, Hossein; Rostamzadeh, Mahmoud and Haqparast, Ali. (2015). Comparison of stubbornness and body image of patients with skin

استفاده قرار گیرد و از این طریق به بیماران با اختلالات پوستی کمک شود تا با توجه بیشتر به مقوله‌های این روش به عنوان عوامل مهم و تاثیرگذار در زندگی، ارتباطات سرشار از صمیمیت در زندگی پیدا کنند و بتوانند میزان تصویر بدنی و تاب‌آوری خود را در برابر ناملایمات زندگی افزایش دهند و به بهبود و ارتقای خود کمک کنند. همچنین با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۸ جلسه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر تاب‌آوری و تصویر بدنی بیماران با اختلالات پوستی اثربخش بوده است؛ لذا برای پاسخگویی به این سوال که آیا استفاده از جلسات بیشتر بر میزان اثربخشی می‌افزاید یا خیر؟، پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابهی با تعداد جلسات بیشتر انجام شود.

## References

1. Shaker dioulagh, A., & Salman poor, H. (2022). The effectiveness of schema therapy on modifying the first maladaptive schemas and reducing mood syndrome in suffers with skin disorders. Pars Journal of Medical Sciences, 15(4), 46-52. doi: 10.52547/jmj.15.4.46
2. Gupta, A. M., & Gupta, K. A. (2017). Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. Clinics in Dermatology, 31, 72–79.
3. Kavehzadeh A, Beigrezaei S, Nilforoushzadeh M A, Heidari A, Hosseini S M. Comparison of body image in patients with skin disease and healthy individuals. jdc 2017; 7 (4) :213-219
4. Zadehhsan, Z., & Seraj kharami, N. (2016). The relationship between body image concern, early maladaptive schemas and alexithymia with social anxiety among female students of Islamic Azad university. Scientific Journal of Social Psychology, 3(38), 61-80.
5. Cash TF., Fleming EC. (2012). The impact of body-image experiences: Development of the body image quality of life inventory. International Journal of Eating Disorders.;31:455-60.
6. Besharat, M., & Ramesh, S. (2019). The relation between resilience, spiritual well-being, and social support with adjustment to heart disease. Health and Development Journal, 8(1), 1-15. doi: 10.22034/8.1.1.1

23. Conner K., M. & Davidson R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner –Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2): 76-82
24. Firuzi H, Amiri F, Saadati N, Rostami M. The effects of childhood abuse on women's body image and sexual function. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2016 Nov-Dec; 18(6): 313-20
25. kabat-Zinn, J. (2019). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science Practice*; 10(2): 144-56.
26. Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M, Sinclair E. (2010) Mindfulness based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 78(1):72–79
27. Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P. & Barendregt, H. P., Speckens, A. E. M. (2011). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13
28. Kenny, M.A., Williams, M.G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45:617-625.
29. Mercan, S., & Kivanç- Altunay, I. (2016). Psychodermatology: A collaboration between psychiatry and dermatology. *Turk Psikiyatri Derg*, 17, 305-313.
30. Teasdale, J.D. Segal, Z.V. & Williams, M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy*, 33 (1): 25–39
- disorders with normal people, 3rd International Conference on Research in Science and Technology.
15. Mirahmadi M, Manshaei G. The Effectiveness of Group Reality Therapy in Improving Self-Esteem, Uniqueness, and Body Image of Cosmetic Surgery Applicants. *JARAC* 2019; 1 (1) :57-74
16. Conti, R.M., Berndt, E.R., & Frank, H.G. (2015). The comparison of body image concern and social anxiety in the skin disorders psoriasis with normal. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 456-467.
17. Shahidi, S., Hasanzadeh, R., & Mirzaian, B. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy on psychological toughness and distress tolerance in female patients with psoriasis. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(5), 374-388. doi: 10.22034/aftj.2022.331799.1422
18. Davidson, R. J. (2003). Affective neuroscience and psychophysiology: toward a synthesis. *Psychophysiology*, 40(5), 655-665.
19. Sajjadinejad, Marzieh and Charmahini, Soghara. (2016). Resilience, emotional reactivity and mental health in adolescents. *Contemporary Psychology*, 12(13), 916-913.
20. Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2015). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior therapy*, 39(2), 107-116.
21. Harth, W., Gieler, U., Kusnir, D., & Tausk, F. A. (2014). *Clinical management in psychodermatology*. Springer Science & Business Media.
22. Ahmadi A, Ghaemi F, Farrokhi N A. (2019). Effectiveness of mindfulness education and commitment and acceptance therapy on psychological distress and death anxiety in cancer patients in Isfahan. *Journal of Psychological Science*. 17(72), 951-956.