



The Effectiveness of Cognitive Therapy Based-Mindfulness on Marital Satisfaction and Psychological Symptoms Women Married

Kamran yazdanbakhsh, Ph.D

Assistant Professor of Public Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

Narges Mohammad Najjar, M.A

General Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tehran West Branch, Tehran, Iran

Ali Ahmadian Ph.D. student

psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Zahra Ghasemlo Nasab, M.A

Master of Educational Psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran.

Ziba arhami isalo, M.A

General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Abstract

The purpose of this research was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based-mindfulness on marital satisfaction and psychological symptoms among married women. The study was of a semi-experimental type with pre-test post-test with control group. The population of the study of married women admitted to the clinic in district 2 in Tehran City, Iran in year 2019, and 30 of them were selected using convenient sampling method and placed in two groups of 15 subjects each (experimental and control). Research instruments included Syndrome Checklist Psychological (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) and Marital Satisfaction (Enrich, 1983) Questionnaires. The experimental group received 8 sessions of mindfulness training and each session took one hour and half. After that, post-test was conducted. In order to analyze data, multivariate covariance analysis was used. The obtained results of multivariate covariance analysis indicated that Mindfulness-Based Cognitive Therapy was effective and significant in decreasing the score of psychological symptoms (Somatization, Depression & Anxiety) and increasing the marital satisfaction among subjects in experimental group ($P \leq 0.001$). on the basis of results, it could be said that Mindfulness-based cognitive therapy could have a positive impact on psychological symptoms women (Somatization, depression and anxiety) and marital satisfaction.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, psychological symptoms, marital satisfaction, married women.

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی و علائم روانشناختی زنان متأهل

کامران یزدانبخش

استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

نرگس محمد نجار

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران.

علی احمدیان*

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

زهره قاسملو نسب

کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، دانشکده آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران

زیبا ارحمی عیسی لو

کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی و علائم روانشناختی در زنان متأهل بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را زنان متأهل مراجعه‌کننده به کلینیک‌های منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند که ۳۰ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه فهرست نشانگان روانشناختی (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) و رضایت زناشویی (Enrich, 1983) بود. گروه آزمایش، ۸ جلسه یک ساعت و نیمه، تحت شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. پس از اتمام دوره، پس‌آزمون اجرا و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمرات علائم روانشناختی (جسمانی‌سازی، افسردگی و اضطراب) و افزایش رضایت زناشویی آزمودنی‌های گروه آزمایش، مؤثر و معنادار است ($P \leq 0/001$). بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر علائم روانشناختی زنان (جسمانی سازی، افسردگی و اضطراب) و رضایت زناشویی تأثیر مثبتی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم روانشناختی، رضایت زناشویی، زنان متأهل.

مقدمه

روانشناختی» از آنها یاد می‌شود. علائم روانشناختی شامل جسمانی‌سازی (Somatization)، افسردگی (Depression) و اضطراب (Anxiety) می‌شود. جسمانی‌سازی بر طبق تعریف DSM-5 شامل یک یا چند علامت جسمی مانند سرگیجه، سردرد، قلبی-عروقی، کمردرد و تهوع است که منجر به آشفتگی قابل توجه زندگی روزانه می‌شود. افسردگی نشانه‌هایی از قبیل خلق افسرده، فقدان علاقه یا لذت، غمگینی و افکار خودکشی را در بر می‌گیرد و اضطراب عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی که ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از ترس، تردید و نگرانی مفرط (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) که این علائم بر رضایت زناشویی زنان تأثیر می‌گذارند (Kianifar, Kiani, Hosseini, & et al, 2016). با توجه به اینکه اختلال یک عضو خانواده احتمالاً بر عملکرد سایرین نیز تأثیر منفی می‌گذارد و از طرف دیگر می‌تواند ناشی از روابط نامطلوب با سایرین به‌ویژه والدین باشد، در واقع فرد مشکل‌دار نشانه اشکال و اختلال در سیستم و کل اعضای خانواده است (Mousavi, Farzad, & Navvabi Nejjhad, 2010). نارضایتی زناشویی و طلاق بعد از مرگ یکی از اعضای خانواده، از مهمترین عوامل تنش‌زا و فشارزا است. در این زمان‌ها فشارهای عاطفی و عوارض جسمانی و روانی بسیاری بر زنان وارد می‌شود که با مداخلات به‌موقع، تا حد زیادی می‌توان آن‌ها را کاهش داد؛ بنابراین توجه به خانواده و تلاش برای رفع مشکلات این نظام می‌تواند نوید بخش جامعه‌ای سالم باشد. برای جلوگیری از بروز مشکلات در بین زوجین و نیز افزایش رضایت زناشویی، مداخلات مختلفی وجود دارد که یکی از مهم‌ترین این مداخلات، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که در ابتدا برای پیشگیری از بازگشت افسردگی توسط سگال، ویلیامز و تیزدل (Segal, Williams & Teasdale, 2002) معرفی شد و جنبه‌هایی از شناخت‌درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند که هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتواند تغییرات خلقی خود را شناسایی و از شروع مجدد بیماری

افزایش تعداد زوج‌های مشکل‌دار، به هم خوردن تعادل خانواده‌ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر صعودی آمار طلاق در سال‌های اخیر، موجب نگرانی همه صاحب‌نظران جامعه‌شناسی و روانشناسی شده است. اولین بافتی که فرزندان در آن رفتار و فکر می‌کنند و آموزش می‌بینند خانواده است (Motataianu, 2015). همچنین ما بیشترین احساس امنیت و برخی اوقات، بیشترین میزان آسیب‌پذیری را در روابط زناشویی و خانوادگی؛ یعنی عمیق‌ترین و صمیمی‌ترین روابط خود را در خانواده تجربه می‌کنیم (Gehart, 2012). بودن در رابطه‌ای رمانتیک و رضایت‌بخش یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت از زندگی (Life satisfaction) و بهزیستی (Welfare) است و با سلامت جسمی بیشتر و طول عمر بیشتر رابطه دارد (Dupre & Meadows, 2007). این نوع رابطه به رضایت‌مندی زناشویی و بالطبع رضایت‌مندی جنسی و سلامت روانشناختی زوج‌ها منجر می‌شود (Talayizadeh, & Bakhtiyarpour, 2016). رضایت زناشویی (Marital Satisfaction)، تجربه‌ای شخصی در ازدواج است که تنها توسط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطه زناشویی قابل ارزیابی است و عوامل بسیاری هستند که در زندگی مشترک بر رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارند و این احساس نقش مهمی در میزان کارکردهای بهنجار خانواده ایفا می‌کند (Jiang, Wang, Zhang, Liu, & Ding, 2015). تعاریف متعددی برای رضایت زناشویی ارائه شده است که بهترین آن را می‌توان متعلق به لی و فانگ دانست. آن‌ها رضایت زناشویی را احساس خشنودی، رضایت و لذت زن و شوهر در هنگام در نظر گرفتن همه جنبه‌های ازدواج تعریف می‌کنند. رضایت یک متغیر نگرشی است؛ بنابراین خصوصیتی فردی برای زن و شوهر محسوب می‌شود. طبق تعریف مذکور رضایت زناشویی در واقع نگرشی مثبت و لذتبخش است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند (Li & Fung, 2011). یکی از عواملی که می‌تواند در رضایت زناشویی افراد تأثیر داشته باشد اضطراب و افسردگی ناشی از این مشکلات در روابط زوجین است که با عنوان «علائم و مشکلات

افزایش سلامت جسمی و روانی افراد جامعه را نیز به دنبال دارد. تقویت کردن روابط حتی در زوج‌هایی که کارکرد خوبی دارند مزایای مهمی می‌تواند داشته باشد. بهبود توانایی غلبه بر چالش‌های زندگی و فرزندپروری مؤثرتر از مهم‌ترین مزایای تقویت روابط زوج‌هاست (Gambrel & Piercy, 2015). پژوهش‌های مختلفی در زمینه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رضایت زناشویی زنان انجام شده است. در پژوهشی نشان داده شد زوج‌هایی که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی استفاده می‌کنند به همان نسبت از رضایت زناشویی بیشتری برخوردارند و همچنین از ویژگی‌هایی چون برقراری ارتباط مؤثر هیجانی و مدیریت خشم نیز بهره می‌برند (Wachs & Cordova, 2007). ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد به جای اینکه بخواهند به زور افکار منفی خود را کنترل و یا سرکوب کنند، بپذیرند که افکار و احساسات وجود دارند (Keye & Pidgeon, 2013). در یک بررسی مروری نتیجه‌گیری شد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اثرات مثبت روانی مختلف، از جمله افزایش بهزیستی روانی، کاهش علائم روانی و واکنش پذیرش هیجانی، بهبود تنظیم هیجان و رفتار، و سرزندگی و نشاط را به ارمغان می‌آورد (Rakel et al, 2011). در یک پژوهش دیگر هاشم‌پور، سعیدمنش و گرامی به این یافته دست پیدا کردند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان می‌شود (Hashempour, Saeid Manesh, & Gerami, 2019). در پژوهش مهدی زاده ازدین، موسوی، جلالی و کاکاوند این یافته‌ها به دست آمد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر کاهش افسردگی و خودکارآمدی اجتماعی تأثیر مثبتی دارد (Mahdizadeh, Azdin, Musavi, Jalali, & Kakavand, 2018). در پژوهشی دیگر این نتایج به دست آمد که آموزش‌های ذهن‌آگاهی، باعث بهبود رضایت زناشویی زنان متأهل می‌شود (Jahanian, Sepehri & Shamloo, 2017). بورپی و لانگر (Burpee & langer, 2005) در تحقیقات خود به این نتیجه دست یافتند که رابطه قوی‌ای بین ذهن‌آگاهی و رضایت زناشویی وجود دارد. آنها نشان دادند در زوجینی که رضایت

جلوگیری کند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که باعث جلوگیری از عوامل ایجادکننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (Williams, 2008). در ذهن‌آگاهی از توانایی مددجو برای بازسازی شناختی استفاده می‌شود. ذهن‌آگاهی از طریق توجه هدفمند، در اینجا و هم اکنون، و توجه عاری از قضاوت نسبت به تجارب لحظه به لحظه پدیدار می‌شود. وقتی ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد، افکار خود به خود ناپدید می‌شوند (Gehart, 2012). افراد بر اساس عادت آموخته‌اند که در زندگی و در موقعیت‌های مختلف، بسیاری از تجارب ناخوشایند خود را انکار کنند، در حالی که در ذهن‌آگاهی به آنها آموخته می‌شود که به جای انکار و رد تجارب ناخوشایند، آنها را همان طور که هستند بپذیرند و نسبت به خود و واکنش هایشان به تجارب ناخوشایند، آگاهی داشته باشند (Crane, 2009). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اغلب با نتایج مثبت سلامت جسمانی مانند سطوح پایین درد و بهزیستی روانشناختی مانند استرس پایین و نیز با کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان همراه است (Forouzesh Yekta, Yaghubi, Mootabi, Roshan, Gholami Fesharak & et al, 2018). شواهد نشان می‌دهد مشکلات روانشناختی یک یا هر دوی زوجین، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای پریشانی روابط زوجی است (Whisman & Baucom, 2012). همچنین ذهن‌آگاهی در زمینه زوج‌درمانی نیز سودمند است و می‌تواند یکی از روش‌های ارتقای رابطه زناشویی باشد (Khaduma, Gordon & Strand, 2017). استفاده از تکنیک‌های ارتقادهنده شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، موجب افزایش پذیرش همسر و خود می‌گردد (McGill, Adler, Baeder & Rodriguez, 2016)؛ بنابراین، آموزش افراد برای داشتن روابط زوجی سالم‌تر در قالب برنامه‌های ارتقای رابطه زناشویی علاوه بر اینکه موجب پیشگیری از شدت یافتن اختلافات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی می‌شود،

گرفتند. علت انتخاب این تعداد برای حجم نمونه، لزوم وجود حداقل ۳۰ نفر برای هر گروه در مطالعات آزمایشی است (Delavar, 2019).

ابزار پژوهش

پرسشنامه فهرست نشانگان روانشناختی (Syndrome Checklist Questionnaire SCL-90): این پرسشنامه دارای ۹۰ عبارت برای ارزیابی نشانه‌های روانی بر پایه گزارش پاسخگوست. این ابزار را که دراگاتیس، لیپمن و کووی (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) جنبه‌های روانشناختی بیماران جسمی و روانی معرفی کردند، بر پایه تجربیات بالینی مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن را دراگاتیس، ریکلر و راک (Derogatis, Rickels, & Rock, 1976) تدوین کردند. این آزمون برای سنجش میزان ناراحتی و براساس پاسخ‌های ۵ درجه‌ای لیکرت (۰-۴) ابعاد ۹گانه شامل جسمانی‌سازی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. لازم به ذکر است بنا بر اهداف این پژوهش از سه مؤلفه جسمانی‌سازی (۱۲ ماده)، افسردگی (۱۳ ماده) و اضطراب (۱۰ ماده) استفاده شد. دراگوتیس (Derogatis, 1994) ضمن تأیید همسانی درونی مقیاس، پایایی بازآزمایی آن را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹ گزارش کرده است. در مطالعه بیابانگرد و جوادی (Biabangard & Javadi, 2005) همسانی درونی مقیاس بین ۰/۷۸ تا ۰/۹ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه عبارتند از: ۱. آیا احساس کرده‌اید نسبت به آینده امید خود را از دست داده‌اید؟ ۲. آیا در بعضی از قسمت‌های بدن خود احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (Enrich Marital Satisfaction Scale): فرم ۴۷ سؤالی این پرسشنامه را اولسون، فورنیر و دراگمن (Olson, Fournier, & Druckman, 1983) تهیه کرد که شامل ۱۲ مؤلفه است. این ابزار به صورت پنج‌گزینه‌ای (که در اصل یک نگرش‌سنج از

زناشویی بالایی دارند، ذهن آگاهی بسیار است. در پژوهش دیگر پایت، ورتزن، زاجارای (Piet, Wurtzen & Zachariae, 2012) به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی بزرگسالان مبتلا به سرطان می‌شود.

پژوهش‌هایی که قبلاً انجام شده‌اند، اغلب در نمونه‌های زوجین دارای اختلال، ناسازگار و متقاضی طلاق انجام شده است و پژوهش‌های کمی در زمینه روان‌شناسی مثبت و تأثیر ذهن آگاهی بر روابط زنان سازگار و ارتقای رضایت زناشویی انجام شده است. بر اساس این خلأ پژوهشی و همچنین با توجه به پایین بودن رضایت زناشویی زنان نسبت به مردان این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند باعث تغییر و اصلاح علائم روانشناختی (جسمانی‌سازی، افسردگی و اضطراب) و ارتقای رضایت زناشویی زنان متأهل شود؟ در همین راستا فرضیه‌های پژوهش چنینند:

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی زنان متأهل تأثیر دارد.

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روانشناختی (جسمانی‌سازی، افسردگی و اضطراب) زنان متأهل تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه: این پژوهش یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را زنان متأهل مراجعه‌کننده به کلینیک‌های منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به صورت دسترس انجام گرفت و شرکت‌کنندگان با روش گمارش تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند؛ بدین صورت که پرسشنامه رضایت زناشویی و علائم روانشناختی بر روی ۱۲۰ نفر انجام شد و با توجه به هدف تحقیق از بین آن‌ها ۳۰ نفر که دارای رضایت زناشویی پایین و علائم روانشناختی بسیار بودند و شرایط ورود به طرح را داشتند انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل به شیوه جایگزینی تصادفی قرار

آزمودنی‌ها اجرا شد. افراد گروه آزمایش در جلسات درمانی شرکت کردند و افراد گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله-ای را دریافت نکردند. معیارهای ورود این پژوهش شامل موارد زیر بود: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نداشتن سابقه شرکت در جلسات روان‌درمانی، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال و داشتن حداقل تحصیلات سیکل؛ همچنین معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و حاضر نبودن بیماران در سه جلسه از پژوهش بود.

برنامه درمانی شامل هشت جلسه پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Williams, 2008) بود که به صورت هفته‌ای یک بار و هر جلسه یک و نیم ساعت برگزار شد. پس از انجام ۸ جلسه مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که موضوع و شرح جلسات آن در جدول ۱ آورده شده است، پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا شد. برای رعایت اخلاق پژوهشی، در پایان جلسه‌ای با حضور اعضای گروه کنترل برگزار و به سؤالات افراد پاسخ داده شد. پس از اینکه داده‌ها در نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS وارد شدند، با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

نوع لیکرت است) در نظر گرفته شده است (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف)، که به هریک از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود. ضریب اعتبار فرم ۴۷ سؤالی در پژوهش سلیمانیان ۰/۹۵ و روایی همزمان برابر ۰/۹۵ به دست آمد. ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مؤلفه‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶؛ و با مؤلفه‌های رضایت زندگی از ۰/۳۱ تا ۰/۴۲ بود که نشانه روایی سازه آن است. کلیه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه انریچ، زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کنند و این نشان می‌دهد که پرسشنامه از اعتبار ملاکی خوبی برخوردار است (Soleymanian, 1994). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه عبارتند از: ۱. من و همسرم یکدیگر را کاملاً درک می‌کنیم. ۲. همسرم خلق و خوی مرا درک می‌کند و با آن سازگاری دارد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

قبل از شرکت آزمودنی‌ها در جلسات، از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و سپس پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و علائم روانشناختی روی

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	موضوع	شرح جلسات و تکالیف
اول	هدایت خودکار	انجام پیش‌آزمون، معرفی اعضا در گروه، قوانین حضور در جلسات، معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی، خارج شدن از هداست خودکار، تمرین مراقبه خوردن کشمش، تمرین مراقبه واری بدن
دوم	مقابله با موانع	تمرین مراقبه واری بدن، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، معرفی سبک اجرایی یا سبک کنش در مقابل سبک بودن، دانستن قدر اینجا و اکنون با ثبت وقایع خوشایند
سوم	رابطه ذهن و بدن	انجام مراقبه متمرکز بر حرکات بدنی (یوگا)، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، توضیح منطق تمرین‌های یوگا و رابطه نزدیک ذهن و بدن، آموزش فضای تنفس سه دقیقه‌ای
چهارم	تعریف استرس، فن وقفه	تمرین پنج دقیقه دیدن یا شنیدن، مراقبه آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، تعریف استرس، رابطه استرس با سلامتی و عملکرد، اهمیت ارزیابی فرد در واکنش به موقعیت استرس‌زا، فن وقفه یا STOP
پنجم	پذیرش قاطعانه	مراقبه نشسته متمرکز بر نفس، بدن، صداها و افکار، بازخورد انجام تکالیف خانگی، نحوه برخورد با هیجانات منفی، پذیرش قاطعانه، قرائت شعر مهمانسرای مولوی، انجام مراقبه رویارویی با مشکلات
ششم	ذهن‌آگاهی ارتباطی ۱	مراقبه آگاهی از نفس، بدن و در نهایت مراقبه کوهستان، بازنگری تکالیف مربوط به تمرین‌های یوگا و مراقبه، جدول وقایع ناخوشایند، ذهن آگاهی ارتباطی، انواع الگوهای رفتاری منفعلانه، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه، مهارت گوش دادن فعال و مراحل اظهار نظر جرأت‌مندانه

جلسه	موضوع	شرح جلسات و تکالیف
هفتم	ذهن آگاهی ارتباطی ۲	مراقبه نشسته متمرکز بر بدن، صداها و افکار به همراه مراقبه مهربانی، بازنگری تمرین و تکالیف جلسه قبل، معرفی سبک‌های حل تعارض، آموزش مهارت نه گفتن، آموزش مهارت مذاکره
هشتم	آغاز سبک زندگی جدید	تمرین مراقبه و آرسی بدن، بازنگری تمرین و تفاوت آن با تمرین جلسه اول، بازخورد انجام تکالیف خانگی، بازنگری و جمع‌بندی جلسات گذشته، برنامه‌ریزی برای استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده در آینده و آغاز سبک جدید زندگی

یافته‌ها

در جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون بین سن و تحصیلات گروه آزمایش و کنترل ارائه داده شده است.

جدول ۲. ضریب همبستگی بین سن و تحصیلات

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی	p-value
همبستگی خی دو پیرسون	۰/۱۴	۱	۰/۶۸

با توجه به تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص شد که ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای سن و تحصیلات زنان متأهل ۰/۱۴ و با مقدار p برابر ۰/۶۸ است که بزرگتر از سطح معناداری $\alpha=0/05$ است؛ در نتیجه بین این دو متغیر با توجه به ضرایب همبستگی رابطه‌ای وجود ندارد.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های علائم روانشناختی و رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش	گروه کنترل
علایم روانشناختی (کل)	میانگین	۳۲/۲۵	۵۵/۰۲
	انحراف معیار	۴/۵۸	۹/۷۸
جسمانی‌سازی	میانگین	۹/۳۶	۱۸/۳۵
	انحراف معیار	۲/۰۶	۴/۲۶
افسردگی	میانگین	۱۱/۳۶	۱۶/۰۶
	انحراف معیار	۱/۳۳	۳/۵۶
اضطراب	میانگین	۱۱/۰۶	۱۹/۶۹
	انحراف معیار	۱/۹۲	۵/۳۶
رضایت زناشویی (مقیاس کلی)	میانگین	۱۴۸/۷۴	۱۱۹/۸
	انحراف معیار	۱۹/۹۱	۱۱/۶۶

مفروضه نیز رد نشد (علایم روانشناختی $P=0/74$ و رضایت زناشویی $P=0/88$). مفروضه خطی بودن رابطه پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز با استفاده از خطی بودن بررسی شد که رد نشد (علائم روانشناختی $F=4/32$ $P=0/026$ و رضایت زناشویی $F=7/321$, $P=0/036$). همچنین بررسی همگنی شیب ضرایب رگرسیون نشان داد این پیش‌فرض نیز رد نشد (علائم روانشناختی $F=2/44$ $P=0/06$ و رضایت زناشویی $F=2/21$, $P=0/08$)؛ بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار علائم روانشناختی و رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داده شده است. برای انجام تحلیل کوواریانس مفروضات زیر بررسی شد. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه رد نشد (علایم روانشناختی $F=1/87$ $P=0/235$ و رضایت زناشویی $F=0/487$, $P=0/357$). برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون ناپارامتریک کالموگروف اسمیرنف استفاده شد و این

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر علائم روانشناختی و رضایت زناشویی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آماری
علائم روانشناختی	پیش‌آزمون	۱۵۰۶/۲۵۷	۱	۱۵۰۶/۲۵۷	۲۳/۶۵۵	۰/۰۴۱	۰/۴۴۳
	گروه	۴۲۵۲/۱۴	۱	۴۲۵۲/۱۴	۲۹/۶۸	۰/۰۰۱	۱
جسمانی‌سازی	پیش‌آزمون	۱۲۵۷/۳۶۲	۱	۱۲۵۷/۳۶۲	۱۹/۸۴	۰/۰۳۸	۰/۴۹۵
	گروه	۲۸۷۴/۳۳	۱	۲۸۷۴/۳۳	۲۴/۲۱	۰/۰۰۱	۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۸۷۵/۸۱۲	۱	۱۸۷۵/۸۱۲	۱۷/۹۸	۰/۰۲۵	۰/۶۲۴
	گروه	۳۲۰۵/۵۴	۱	۳۲۰۵/۵۴	۲۲/۰۳	۰/۰۰۱	۱
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۵۳۶/۸۷۲	۱	۱۵۳۶/۸۷۲	۲۲/۳۷	۰/۰۱۹	۰/۴۶
	گروه	۳۶۲۷/۲۷	۱	۳۶۲۷/۲۷	۲۸/۰۲	۰/۰۰۱	۱
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۱۲۰۸/۰۰۵	۱	۱۲۰۸/۰۰۵	۳۳/۷۴۵	۰/۰۰۳	۰/۳۱۶
	گروه	۱۸۵۹/۹۸	۱	۱۸۵۹/۹۸	۵۸/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴

اول مبنی بر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم روانشناختی زنان متأهل تأیید شد. همچنین پس از کنترل تأثیر پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون متغیرهای رضایت زناشویی ($F=33/745$, $P=0/001$) تأثیر گروه معنادار است. این تحلیل نشان می‌دهد دو گروه بالا در دو متغیر بررسی شده با یکدیگر تفاوت دارند که با توجه به میانگین‌های ارائه شده در جدول شماره ۳، افزایش نمره رضایت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشاهده می‌شود؛ بنابراین فرضی دوم مبنی بر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی زنان متأهل نیز تأیید شد.

نتایج تحلیل کوواریانس در زمینه متغیرهای علائم روانشناختی و رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل، پس از کنترل پیش‌آزمون در جدول شماره ۴ آمده است. همان‌گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین زنان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ علائم روانشناختی ($F=23/655$, $P=0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با توجه به میانگین علائم روانشناختی در زنان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش علائم روانشناختی گروه آزمایش شده است؛ بنابراین فرضیه

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم روانشناختی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل بود. یافته‌ها حاکی از این بود که آموزش ذهن‌آگاهی موجب کاهش علائم روانشناختی در زنان شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله پایت و همکاران (Piet & et al, 2012)، گهارت (Gehart, 2012)، میکالاکی، بورگ و هیدنریچ (Michalak, 2012)، ولسناد، سیورتن و نیلسن (Burg & Heidenreich, 2012)، بارن هوفر و همکاران (Vollestad, Sivertsen & Nielsen, 2011)، همکاران (Barnhofer, Crane, Hargus, Amarasinghe, 2009)، ویندر و همکاران (Winder & et al, 2009)، هاشم‌پور و همکاران (Hashempour, Saeid Manesh, Gerami & et al, 2019) و کافی و همکاران (Kafi & et al, 2014) همخوان است؛ بنابراین فرضیه اول تأیید شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت تحت نظر داشتن همیشگی و بدون داوری و قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب و افسردگی، بدون اینکه فرد بخواهد از آن‌ها فرار یا اجتناب کند، می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی شود که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب یا افسردگی برانگیخته می‌شوند (Williams, 2008)؛ به عبارت دیگر ذهن‌آگاهی به معنای توجه هدفمند، در اینجا و اکنون، و بدون قضاوت نسبت به تجارب لحظه به لحظه است (Gehart, 2012). ذهن‌آگاهی با استفاده از فنونی نظیر هدایت خودکار، پذیرش قاطعانه، توجه بیشتر به زمان حال مثل تنفس، راه رفتن هشیارانه، سبب کاهش اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی می‌شود.

یکی از جنبه‌های مهم شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند. نکته مهم دیگر اینکه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکرکردن آموزش داده می‌شود (Mace, 2008). همچنین تأکید بر توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم

اجتناب از احساسات، باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم می‌گردد که شاید یکی از دلایل کاهش علائم روانشناختی در زنان متأهل و بالطبع تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. از دیگر دلایلی که می‌توان برای اثربخشی آموزش درمان شناختی ذهن‌آگاهی بر علائم روانشناختی زنان بیان کرد این است که این افراد پس از کسب اطلاعات در مورد میزان و چگونگی تأثیر عوامل روانشناختی (از جمله اضطراب، افسردگی، استرس، علائم روانشناختی، خشم و غیره)، بر افزایش مشکلات بین فردی و زناشویی، احتمالاً تلاش کرده‌اند شیوه زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای خود را تغییر داده و این عوامل را کنترل کنند تا از پیشرفت مشکلات و بازگشت مجدد آن‌ها جلوگیری کنند؛ بنابراین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بهبود عوامل روانشناختی این اختلال کمک کند و متقابلاً باعث کاهش افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی زنان متأهل شود (Khosravi & Ghorbani, 2016) همچنین محتوای درمانی استفاده شده، شامل فونونی بوده که در آن به افراد کمک می‌شود که نقش نحوه تفکر و برداشت از رویدادها را بر احساس رضایت‌مندی خود درک کرده، روش‌های شناسایی افکار ناکارآمد و منفی را یاد گرفته و واقع‌بینانه‌تر مسائل خود را بررسی کنند؛ این امر می‌تواند یکی دیگر از دلایل کاهش نمره علائم روانشناختی از جمله افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی در گروه آزمایش باشد (Walker, 2011).

نتیجه فرضیه دوم نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر رضایت زناشویی زنان متأهل تأثیر دارد. این یافته با پژوهش‌های خادوما و همکاران (Khadouma & et al, 2017)، مک‌گیل و همکاران (McGill & et al, 2016)، گمبرل و پیرسی (Gambrel, & Piercy, 2015) و فروزش یکتا و همکاران (Forouzesheh Yekta & et al, 2018)، همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت عدم رضایت زناشویی تأثیرات سوء زیادی بر زندگی فردی و اجتماعی افراد می‌گذارد و در بسیاری از کارکردهای شخصی و اجتماعی زوجین اختلال ایجاد می‌کند و باعث برهم خوردن سلامت روانی هریک از زوجین و به‌ویژه زنان و در نهایت

بوده‌اند یا خیر. همچنین این پژوهش فقط بر روی زنان متأهل اجرا شده است پس پیشنهاد می‌شود برای تعمیم بهتر نتایج در پژوهش‌های آینده از هر دو جنس استفاده شود. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده در این پژوهش (پرسشنامه) یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای تعیین دقیق‌تر اثرات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آن‌ها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. همچنین برای دستیابی به نتایج پژوهش عمیق‌تر و کامل‌تر، می‌توان در کنار استفاده از پرسشنامه از مصاحبه هم استفاده کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌هایی برای زنان متأهل برگزار شود که از مسائل روانشناختی خود بیشتر آگاه شوند مخصوصاً با توجه به اثربخش بودن شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، دوره‌ها و کارگاه‌هایی برای این افراد برگزار شود تا بهتر بتواند مسائل و مشکلات خود را بپذیرند و از شیوه‌های مناسب در حل آن استفاده کنند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند مراتب قدردانی خود را از زنان شرکت کننده در این مطالعه ابراز کنند.

منابع

- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J.M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373.
- Biabangard, E., Javadi, F. (2005). Study of Mental Health in Tehran's Adolescents and Youngs. *REFAHJ*, 4 (14), 130-156 [Persian].
- Burpee, L. C., and Langer, E.J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development* 12, (1): 43-51
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. London: Rutledge.

سلامت خانواده می‌شود. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند با تقویت فرایندهای مقابله‌شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل‌پریشانی، آموزش حل مسأله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع مشکلات زناشویی از فرد در مقابل بدعملکردی خلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند (Gambrel, & Piercy, 2015). افرادی که ذهن‌آگاهی بالایی دارند بهتر می‌توانند در تجربه‌های دشوار رابطه و هنگام تعارض، قضاوت کردن را به تعویق بیندازند و به طور سازنده با همسر خود برخورد کنند. فرایندهای آگاهی و پذیرش در ذهن‌آگاهی، موجب واکنش‌پذیری هیجانی کمتر در روابط بین فردی و به دنبال آن روابط مثبت‌تر بین همسران می‌شود (Forouzesheh Yekta & et al, 2018)؛ بنابراین می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین عللی که باعث شده شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل شود این موضوع است که این افراد با پذیرش مشکلات خود و انجام تکنیک‌هایی مانند مراقبه و اسکن بدن، به این موضوع پی بردند که در مرحله اول برای حل مشکلات ارتباطی و زناشویی باید از خود شروع کنند و در مرحله بعد با شناخت هیجانات و احساسات و برخورد همسر خود توانستند نحوه مقابله با مسائل و مشکلات را یاد بگیرند و در مواقع بروز این مشکلات خود را به بهترین نحو مدیریت کنند که مشکل کمتری به وجود آید (McGill & et al, 2016). همچنین ذکر این نکته در راستای اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی اهمیت دارد که این افراد احتمالاً یاد گرفتند برای رفع این مشکلات و افزایش رضایت زناشویی باید از قید گذشته رها شد و بیشتر در زمان حال زندگی کرد. به طور کلی آگاهی از تجربه‌ها که مرتبط با ذهن‌آگاهی است، ظرفیت احساس همدلی با دیگران را بالا می‌برد و به این ترتیب باعث ارتقای نتایج رابطه زناشویی می‌گردد (Kozlowski, 2013).

از جمله محدودیت‌های پژوهش، این بود که به علت محدودیت زمانی و دسترسی نداشتن به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفته است؛ بنابراین اطلاعاتی در دست نیست که نشان دهد در درازمدت تغییرات ایجاد شده پایدار

- Delavar, A. (2019). *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Virayesh Publications [Persian].
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R; Symptom checklist -90-R. National Computer System. *United States of America*, 27, 32-45.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient rating scale. Preliminary report, *a Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the a MMPI: a step in validation of a new Self-Report Scale. *British a Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Dupre, M. E., & Meadows, S. O. (2007). "Disaggregating the effects of marital trajectories on health". *Journal of Family Issues*, 28(5), 623-652.
- Forouzesheh Yekta, F., Yaghubi, H., Mootabi, F., Roshan, R., Gholami Fesharak, M., and et al (2018). The Effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction Program on Distress, Emotion Regulation and Marital Satisfaction in Non-Maritaly Distressed Women. *Clinical Psychology Studies*, 8(31), 67-90 [Persian].
- Gambrel, L. E., & Piercy, F. P. (2015). "Mindfulness based Relationship Education for Couples Expecting their First Child- Part 1: A Randomized Mixed Methods Program Evaluation", *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(1), 5-24.
- Gehart, D. R. (2012). *"Mindfulness and acceptance in couple and family therapy"*. New York: Guilford.
- Hashempour, M., Saeid Manesh, M., And Gerami, M. H. (2019). Mindfulness-Based Group Therapy on Marital Satisfaction and Decreasing signs of Postpartum Depression in Women with Postpartum Depression Disorders. *MEJDS*, 9, 93-93 [Persian].
- Jahanian, M., and Sepehri Shamloo, Z. (2017). The Effect of Mindfulness on Marital Satisfaction: Emotional Intelligence as a Mediation. *Iranian journal of Psychiatric nursing*, 5 (3) :1-6.
- Jiang, H., Wang, L., Zhang, Q., Liu, D.X., Ding, J., Lei, Z., Lu, Q., & Pan, F. (2015). Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses. *Stress Health*, 31(2), 166-174.
- Kafi, M., Afshar, H., Moghtadaei, K, Ariapooran, S., Daghaghzadeh, H., And Salamat, M. (2014). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Therapy on Psychological Signs Women with Irritable Bowel Syndrome. *Koomesh*, 15 (2), 255-264 [Persian].
- Keye, M., & Pidgeon, A. M. (2013). An Investigation of the Relationship between Resilience, Mindfulness, and Academic Self-Efficacy. *Open Journal of Social Science*, 1(6), 1-4.
- Khaddouma, A., Gordon, K. C., & Strand, E. B. (2017). "Mindful Mates: A Pilot Study of the Relational Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Participants and Their Partners". *Family Process*, 56(3), 636-651
- Khosravi, E., And Ghorbani, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and blood pressure among the hypertensive women. *Feyz*, 20 (4), 361-368 [Persian].
- Kianifar, H., Kiani, M., Hosseini, S., Jafari, S., Ahanchian, H., And khakshour, A. A. (2016). Comparison of Life Quality and Psychiatric comorbidity in Healthy Children and Teens and the Ones with Constipation. *JNKUMS*, 8 (1), 125-134 [Persian].
- Kozlowski, A. (2013). "Mindful mating: exploring the connection between mindfulness and relationship satisfaction". *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 92-104.
- Li, T., & Fung, H. H. (2011). The dynamic goal theory of marital satisfaction. *Review of General Psychology*, 15(3), 246-54.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science*. America, New York: Routledge Press, pp. 35-36.
- Mahdizadeh Azdin, S., Musavi, S.A., Jalali, M., and Kakavand, A. (2018). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Social Self-efficacy and Depression. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14(55), 305-314.

- McGill, J., Adler-Baeder, F. & Rodriguez, P. (2016). "Mindfully in Love: A Meta-Analysis of the Association Between Mindfulness and Relationship Satisfaction". *Journal of Human Sciences and Extension*, 4(1), 132-145.
- Michalak, J., Burg, J. M., & Heidenreich, T. (2012). *Mindfulness, embodiment, and depression*. In S. C. Koch, T. Fuchs, M. Summa, & C. Müller (Eds.), *Advances in consciousness research: Vol. 84. Body memory, metaphor and movement* (p. 393–413). John Benjamins Publishing Company.
- Motataianu, I. R. (2015). The relation between anger and emotional synchronization in children from divorced families. *Social and Behavioral Sciences*, 203, 158-162.
- Mousavi, R., Farzad, V., And Navvabi Nejjhad, S. (2010). The Efficacy of Structural Family Therapy in the Treatment of Children's Anxiety Disorders. *CPAP*, 1 (40), 1-10 [Persian].
- Olson, D. H., Fournier, D. G. & Druckman, J. M. (1983). *PREPARE/ENRICH Counselor's Manual*. PREPARE/ENRICH, Inc., P.O. Box 190, Minneapolis, MN 55458.
- Piet, j., Wurtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptom of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 80(6):1007-20.
- Rakel, D., Luke, F., Victor, S. S., & Mary, J. K. (2011). *Mindfulness in medicine*. EXPLORE March/April, 7(2), 124-6.
- Sadock., B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, p. (2015). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences*. Translated by Farzin Rezaee. Tehran: Arhmand Publications [Persian].
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression a new approach to preventing relapse*. Guilford Press; New York.
- Soleymanian, A.A. (1994). *Investigating irrational thoughts based on cognitive approach to marital dissatisfaction*. Unpublished Masters Thesis Psychology. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Tarbiat Moalem University [Persian].
- Talayizadeh, F., And Bakhtiyarpour, S. (2016). The relationship between marital satisfaction and sexual satisfaction with couple mental health. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 11(40), 37-46 [Persian].
- Vollestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). "Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial". *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281–288.
- Wachs, K., & Cordova, J. V. (2007). Mindful Relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships, *Journal Marital and Family Therapy*, 33(4), 464-481.
- Walker, J. (2011). Thoughts of Death and suicide reported by cancer patients who Endorsed the suicidal thoughts Item of the pHQ-9 during routine screening for Depression. *Psychosomatics*, 52(5), 424-427.
- Whisman, M.A., & Baucom, D.H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 4-13.
- Williams, J.M. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy Research*, 32, 721- 33.