



اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش باورهای متعارض زوجین شهر تهران

نویسنده: ستاره منصور^۱، دکتر محمد رضا بحرانی^۲

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی

۲. استادیار دانشگاه پیام نور

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثر ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش باورهای متعارض زوجین در شهر تهران صورت گرفته است. این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی از طرح تک گروهی پیش آزمون- پس آزمون می باشد. در این تحقیق ۳۰ زوج (۶۰) از زوجین شهر تهران که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ به کلینیک های مشاوره این شهر مراجعه کرده اند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مرحله پیش آزمون، زوجین به پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز و پرسش نامه باورهای ارتباطی اپستین و ایدلسون پاسخ دادند و در مرحله بعدی، گروه آزمایش تحت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت قرار گرفتند. سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون مجدداً با پرسشنامه های فوق مورد آزمون قرار گرفته و داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس یک راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج یافته ها نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش باورهای غیر منطقی و ارتباطی زوجین موثر است. همچنین بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و 6 مورد از مولفه های باورهای غیر منطقی رابطه معناداری مشاهده شد که میزان تاثیر این شیوه بر باورهای غیرمنطقی و ارتباطی در مرحله پس آزمون به ترتیب ۰,۱۱ و ۰,۴۰ بوده است یعنی در حدود ۱۱ و ۴۰ درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده مربوط به عضویت گروهی و یا تاثیر درمان است، اما بین سن، جنس و سطح تحصیلات زوجینی که تحت مداخله درمانی قرار گرفتند رابطه معناداری مشاهده نشد.

کلیدواژه ها: ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، باورهای غیر منطقی زوجین، باورهای ارتباطی زوجین



مقدمه

روابط زناشویی، یکی از صمیمی ترین و خصوصی ترین انواع ارتباط انسانی و از نیازهای فطری بشر است، داشتن یک رابطه با همسر که از جنس مخالف است می تواند سرچشمه احساس آرامش، حمایت و لذت برای هر کس باشد و این در حالی است که همین رابطه گاهی می تواند به منشأ اضطراب، احساس ناکامی و نارضایتی تبدیل شود.

زمانی که دو نفر با سلايق و نیازهای مختلف در کنار همدیگر قرار می گیرند، دوام و کیفیت زندگی به دانش، مهارت و هنر هر یک از آنها در تحکیم این ارتباط بستگی دارد. نوسانات رابطه زناشویی و رضایت از آن، تحت تأثیر عوامل مختلفی ایجاد می شود که از آن جمله می توان به قابلیت های حل مشکل، باورهای ارتباطی و مهارت های غیر منطقی زوجین اشاره کرد (طباطبایی، ۱۳۸۸).

تفکرات غیرمنطقی، باورهایی هستند که بر اجبار، الزام و وظیفه تأکید دارند و باعث می شوند فرد مضطرب غیر عادی، شخصیت ناسالمی را کسب نماید. باورهای غیرمنطقی را خواست ها و هدف هایی می توان نامید که به صورت ترجیح های ضروری درمی آیند به طوری که اگر برآورده نشوند موجب آشفتگی می شوند (بیابانگرد، ۱۳۷۳). باورهای ارتباطی به هرنوع فکر، هیجان یا رفتاری که موجب تخریب نفس و از بین رفتن خود می شود اطلاق می گردد و پیامدهای مهم آن اختلال در خوشحالی، شادمانی و تندرستی است (الیس^۱، ۲۰۰۱).

مشکلات ارتباطی زوجین امروزه به عنوان یکی از مهمترین موضوعات در زمینه رضایت زناشویی مطرح میشود، کاپلان و سادوک^۲ (۱۹۹۴) مطرح می کنند که روابط، ماتریسی را شکل می دهند که غالب مردم زندگی را در محدوده آن سپری میکنند، روابط منبع آسایش، پیوند، خشنودی و همچنین منبع تعهد، مسئولیت و اختلاف هستند (رفیعی و رضایی، ۱۳۷۸).

از آنجا که باورها نوع نگاه و درک ما را به هستی مشخص می کند، موثرترین محرک در ترغیب و هدایت ما به انجام یک رفتار خاص و یا کاربرد گونه ای خاص از زبان هستند. واضح است که باورها بر ارتباط ما با دیگران اثر



1.Ellis

2.Caplan & sadook

می گذارند و این واقعیتی است که در روابط زوجین و زندگی مشترک نمود بیشتری پیدا می کند .

از جمله روش های درمانی که بر روی ذهن و آگاهی ذهنی تأکید می کند درمان ذهن آگاهی است، از نظر تاریخی ذهن آگاهی تکنیک اصلی مورد استفاده در مراقبه بودایی است که ریشه در آیین مذکور دارد، پایه های این مفهوم را می توان در کهنترین متنهای بودایی ردیابی کرد، ذهن آگاهی به عنوان هدفی از مذاهب تعمقی به ویژه بودا شناخته می شود (فالکنستروم ۲۰۱۰، ۱). ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می افتد تعریف شده است (والش 2009)، و به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می کند. روش ذهن آگاهی قصد دارد از طریق آموزش ذهنی، نه تنها در تغییر سیر کارکردی و بالینی ذهنی مراجع بلکه در تغییر نحوه عملکرد و رابطه نیز به مراجع کمک می کند (براون ۲۰۰۷، ۲).

درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، رویکردی است که توسط تیزدل و همکاران^۳ (۱۹۹۹) مطرح شد، این درمان که یک مداخله کوتاه مدت وساختار یافته می باشد از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین ساخته و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (کنگ سل ۲۰۱۱، ۴).

ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود (سگال ۲۰۰۲، ۵). بنابراین زندگی زناشویی و رضایت زوجین از یکدیگر به عنوان اصل مهم در زندگی هر فرد شناخته می شود، برای جلوگیری از رفتارها و باورهای ارتباطی نادرست زوجین می بایست از شیوه های گوناگونی استفاده شود که ذهن آگاهی به عنوان یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است می تواند بسیار اثرگذار و مفید باشد از طرفی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در پردازش اجتماعی از جنبه های گوناگون، تعارضات متقابل درون فردی، باورهای ارتباطی نادرست زوجین هم می تواند تغییراتی صورت دهد لذا در این تحقیق با توجه به روند روبه رشد روش فوق در درمان اختلالات گوناگون اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در بهبود



1. Falkenstrom
2. Brown
3. Tizdel & other
4. Keng SL
5. Segal

باورهای غیر منطقی و ارتباطی زوجین مورد بررسی قرار گرفت.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

تحقیق حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شده است. در این پژوهش دو گروه آزمایش و گواه وجود داشت، هر دو گروه به طور تصادفی انتخاب و گروه آزمایش فقط تحت مداخله آزمایشی که در این تحقیق اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در بهبود باورهای متعارض در بین زوجین شهر تهران بود قرار گرفت. هر دو گروه مورد پیش آزمون و پس آزمون قرار گرفتند. در این پژوهش، عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل، باورهای غیر منطقی و ارتباطی به عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل (همگام) در نظر گرفته شده است.

جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به کلینیک های مشاوره شهر تهران در سال 1393 هستند که شامل 30 زوج (60 نفر) که به شیوه تصادفی ساده از جامعه مورد مطالعه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بدین منظور معیارهای ورود به مطالعه به صورت زیر تعریف می شوند:

- داشتن حداقل 5 سال زندگی مشترک
- داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم
- عدم حضور قبلی در کلاس های آموزش خانواده

جهت شرکت نمونه ها بعد از تماس با آنان و انجام مصاحبه مقدماتی و تکمیل پروتکل (رضایت نامه کتبی از زوجین)، پیش آزمون در دو گروه انجام گرفت. سپس برنامه مداخلاتی، شامل یک برنامه آموزشی 16 ساعته (8



جلسه)، توسط مشاور برای زوجین گروه آزمایش اجرا گردید. چند هفته بعد از آخرین جلسه آموزشی، پس از آزمون، از دو گروه به عمل آمد.

ابزار و روش گردآوری داده ها

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز: این پرسش نامه بر اساس نظریه آلبرت الیس تهیه شده و مشتمل بر 100 سوال می باشد. این پرسشنامه با طیف پنج گزینه های لیکرت ارزش گذاری شده و دارای ده خرده مقیاس بوده که هر کدام از این خرده مقیاس ها شامل 10 سوال می باشد و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می دهد.

این خرده مقیاس ها عبارتند از: ۱- نیاز به تایید دیگران ۲- انتظار بالا از خود ۳- تمایل به سرزنش ۴- واکنش نسبت به ناکامی ۵- بی مسولیتی هیجانی ۶- نگرانی زیاد توام با اضطراب ۷- اجتناب از مشکل ۸- وابستگی ۹- درماندگی نسبت به تغییر ۱۰- کمال گرایی

پاسخ به سؤالات به روش لیکرت و به صورت 5 گزینه ای (به شدت موافقم تا به شدت مخالفم) است که به هر گزینه آن عدد خام از 1 تا 5 تعلق می گیرد. شیوه نمره گذاری پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز (۱۹۶۹) به طرف غیر منطقی بودن است. نمره بالا در این پرسشنامه نشانه تفکرات غیر منطقی و نمره پایین نشانه تفکرات پایایی این آزمون در حین اجرای تحقیق با استفاده از روش آلفای کرونباخ 90/0 به دست آمد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ 82/0 تعیین گردید.

روایی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (۱۹۶۹) از طریق اعتبار محتوا مشخص میشود.

مقیاس باورهای ارتباطی: این مقیاس ۶۰ سوالی، اولین بار توسط اپستین و ایدلسون (1982) ساخته شد. بعد از پاره ای تغییرات، سازندگان این مقیاس با حذف پاره ای از سوالات نسخه 40 سوالی آن را در سال 1990 تدوین کردند. در این مطالعه پرسشنامه 40 سوالی مورد استفاده قرار گرفته است که هر سوال در مقیاس 6 درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود.



این مقیاس، 5 باور ارتباطی ناکارآمد (سه مفروضه و دو استاندارد) را می سنجد: عدم توافق برای یک رابطه تخریبگراست (مفروضه)، همسران باید بتوانند ذهن یا احساسات همدیگر را بدون بیان شفاهی بخوانند (استاندارد)، همسر نمی تواند خودش و رابطه مان را تغییر دهد (مفروضه)، کمال گرایی جنسی (استاندارد)، مردان و زنان، شخصیت ها و نیازهای ارتباطی اساساً متفاوتی دارند. نمره کلی بالاتر این مقیاس بیانگر باورهای ناکارآمد بیشتر است (بربوری و فینچام، ۱۹۹۳).

برای نمره گذاری ابتدا سوالات هر خرده مقیاس جداگانه به دست آمد. از آن جایی که نقطه برش این تست ۱۶+۲ بود، اگر نمره فرد بین 14 و 18 باشد فرد زمینه بروز آن باور را دارد اما آن باور را ندارد. هر چه نمره فرد کمتر باشد بهتر است و بالعکس.

ضریب آلفای پنج زیر مقیاس این تست در دامنه $72 /$ تا $81 /$ می باشد (صاحبی و همکاران، 1382).

روایی این مقیاس با داده های مختلف مورد حمایت قرار گرفته است. این داده ها دلالت دارد بر این که نمرات بالاتر این مقیاس با سطوح پایین تر رضایت زناشویی زوجین رابطه دارد. همچنین سه زیر مقیاس آن در یک نمونه جویای زوج درمانی، با بدبینی در مورد نتیجه درمان و با تمایل به خاتمه ارتباط زناشویی همبستگی معنادار داشت (بربوری و فینچام، ۱۹۹۳).

این مقیاس در دانشگاه فردوسی در پژوهشی توسط صاحبی و همکاران (1382) با روش آلفای کرونباخ اعتباریابی شده است.

روش اجرای تحقیق

در این پژوهش ابتدا پس از گرفتن پیش آزمون بر روی دو گروه زوجین، با در نظر گرفتن داشتن حداقل سواد و اینکه از قبل هیچ دوره آموزشی در این زمینه را نگذرانده باشند، جلسات درمانی (۸ جلسه)، بر روی گروه آزمایش اجرا و پس آزمون روی دو گروه اجرا شد. در جلسه اول برقراری ارتباط، توضیح روش و اهداف جلسات باقی توضیح داده شد و ابهامات آزمودنی ها رفع شد. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات پس از کدبندی و تشکیل جدولهای قابل بررسی ابتدا آماره های توصیفی متناسب نظیر گرایش های مرکزی، درصدها، فراوانیها، تغییرپذیریها و نمودارها ارائه و آنگاه روشهای آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس انکوا استفاده شد.



یافته ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت یک مرحله پیش آزمون جهت شناخت برخی از ویژگیهای زوجین انجام گرفته است. با توجه به محدودیت تحقیق در استفاده از گروه کنترل و روش تصادفی، از طرح تک گروهی پیش آزمون - پس آزمون استفاده گردید. جامعه آماری تحقیق نیز کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال 93 هستند که به شیوه تصادفی ساده، پس از توزیع تست باورهای غیرمنطقی و ارتباطی تعداد 60 نفر (30 زوج) به عنوان نمونه به صورت تصادفی به دو گروه گواه و کنترل در دو گروه 30 نفره انتخاب شدند. سپس بعد از اجرای پیش آزمون در دو گروه، یک برنامه مداخلاتی، شامل یک برنامه آموزشی 16 ساعته (8 جلسه) برای زوجین اجرا شد و پس آزمون اجرا گردید. در بخش توصیفی از شاخصهایی از قبیل میانگین، انحراف استاندارد و ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیها استفاده شد. در بخش استنباطی فرضیات پژوهش مورد تحلیل قرار داده شد و معناداری تفاوتها بررسی گردید.

آمار توصیفی

در هر دو گروه آزمایش و کنترل 30 شرکت کننده وجود دارد و تعداد افراد در هر دو گروه برابر است. بیشترین دامنه سنی در هر دو گروه در طیف سنی ۲۵-۳۵ می باشد. و کمترین دامنه سنی در دامنه سنی ۴۶-۵۵ می باشد. از نظر سطح تحصیلات در سه مقطع دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس در هر دو گروه کنترل و آزمایش بیشترین فراوانی را در سطح دیپلم مشاهده می کنیم، یعنی با فراوانی به ترتیب 14 و 17 و کمترین فراوانی مربوط به فوق دیپلم با فراوانی به ترتیب 6 و 3 می باشد. تعداد زن و مرد در هر دو گروه برابر می باشد. میانگین نمرات باورهای غیر منطقی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب 342.03 و 304.23 می باشد و در گروه کنترل میانگین به ترتیب در مرحله پیش آزمون و پس آزمون 353.56 و 241.23 می باشد. باورهای غیر منطقی ۱۰ مولفه دارد. میانگین نمرات این خرده مقیاس ها در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب عبارت اند از: نیاز به تائید دیگران 12.23 و 10.22 ، 3.54 و 14.23 ، انتظار بالا از خود 17.14 و 16.24 ، 5.12 و 15.29 ، تمایل به سرزنش 16.90 و 14.51 ، ۸،۳۵ و ۱۸،۱۲ ، واکنش نسبت به ناکامی 17.46 و 18.90 ، ۴،۲۴ و ۱۵،۳۹ ، بی مسئولیتی هیجانی 17.64 و 16.12 ، ۹،۷۸ و ۲۰،۲۹ ، نگرانی زیاد توام با اضطراب 15.23 و 13.23 ،



۲۰،۱۲ و ۱۹،۸۲، اجتناب از مشکل 12.38 و 11.67 ، ۱۴،۷۲ و ۱۶،۶۸، وابستگی 13.45 و 11.39 ،
 ۴،۲۳ و ۱۳،۲۰، درماندگی نسبت به تغییر 20.43 و 18.23 ، ۱۸،۱۲ و ۱۷،۸۴، کمال گرایی 12.48 و
 11.45، ۵،۸۳ و ۱۴،۳۴ میانگین نمرات باورهای ارتباطی در گروه کنترل تفاوت کمی دارند ولی تفاوت آنها در
 گروه آزمایش چشم گیرتر می باشد

آمار استنباطی

جدول ۱- تحلیل کوواریانس یک راه جهت بررسی باورهای غیر منطقی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری	اثر اندازه
آزمون پیش	15296.10	۱	15296.10	175.47	۰،۰۰۰	۰،۱۶
گروه	630.35	۱	630.35	7.23	۰،۰۰۱	۰،۱۱
خطا	87.16	۵۷	4968.62			
کل	7750524.00					

همانگونه که در جدول ۱ دیده می شود، تفاوت بین میانگین نمرات باورهای غیر منطقی در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی دار است ($p < 0.001$).

لذا این پژوهش تایید میشود. به عبارت دیگر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، موجب کاهش باورهای غیر منطقی شده است. میزان تاثیر این شیوه بر باورهای غیر منطقی در مرحله پس آزمون 11 بوده است. یعنی در حدود 11 درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به عضویت گروهی و یا تاثیر درمان است.



جدول ۲- تحلیل کوواریانس یک راهه جهت بررسی ۵ مولفه ابتدایی جدول ۸

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	اندازه اثر
نیاز به تأیید دیگران	پیش ازمون	۵۸۱,۶۸۹	۱	۵۸۱,۶۸۹	۱۳۵,۵۶۹	۰,۰۰۰	۰,۷۰۸
	گروه	۱۱,۵۰۳	۲	۵,۷۵۲	۱,۳۴۰	۰,۲۷۰	۰,۰۴۶
	خطا	۲۴۰,۲۸۰	۵۷	۴,۲۹۱			
	کل	۸۱۰۹۶,۰۰۰					
انتظار بالا از خود	پیش ازمون	۶۳۷,۶۶۲	۱	۶۳۷,۶۶۲	۱۲۹,۶۵۰	۰,۰۰۰	۰,۶۹۸
	گروه	۲۲,۳۷۶	۲	۱۱,۱۸۸	۲,۲۷۵	۰,۱۱۲	۰,۰۷۵
	خطا	۲۷۵,۴۲۷	۵۶	۴,۲۷۵			
	کل	۷۷۵۷۷,۰۰۰					
تمایل به سرزنش	پیش ازمون	۷۰۸,۴۱۹	۱	۷۰۸,۴۱۹	۱۱۶,۴۴۴	۰,۰۰۰	۰,۶۷۵
	گروه	۳,۰۵۷	۲	۱,۵۲۹	۰,۲۵۱	۰,۰۰۵	۰,۰۰۹
	خطا	۳۴۰,۶۹۱	۵۶	۶,۰۸۴			
	کل	۸۸۴۸۴,۰۰۰					



۰,۴۰۵	۰,۰۰۰	۳۸,۰۶۹	۲۴۳,۶۹۷	۱	۲۴۳,۶۹۷	پیش ازمون	واکنش
۰,۱۱	۰,۰۰۱	۰,۱۲۶	۰,۸۰۹	۲	۱,۶۱۸	گروه	نسبت به
			۶,۴۰۲	۵۶	۳۵۸,۴۸۶	خطا	ناکامی
					۷۹۴۲۶,۰۰۰	کل	
۰,۴۳۸	۰,۰۰۰	۴۳,۷۰۲	۷۱۱,۶۳۱	۱	۷۱۱,۶۳۱	پیش ازمون	بی
۰,۰۵	۰,۰۰۵	۰,۰۰۵	۰,۰۸۳	۲	۰,۱۶۷	گروه	مسئولیتی
			۱۶,۲۸۴	۵۶	۹۱۱,۸۹۹	خطا	هیجانی
					۹۳۸۲۴,۰۰۰	کل	

جدول ۳- تحلیل کوواریانس یک راهه جهت بررسی ۵ مولفه پایانی جدول ۸

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	اندازه اثر
نگرانی زیاد	پیش ازمون	۷۹۱,۴۵۲	۱	۷۹۱,۴۵۲	۵۸,۸۹۷	۰,۰۰۰	۰,۵۱۳
توام با	گروه	۱۰,۹۲۳	۲	۵,۴۶۲	۰,۴۰۶	۰,۰۰۳	۰,۱۴
اضطراب	خطا	۷۵۲,۵۲۵	۵۶	۱۳,۴۳۸			
	کل	۶۸۵۳۹,۰۰۰					



۰,۳۹۰	۰,۰۰۰	۳۵,۸۴۷	۳۵۷,۷۹۹	۱	۳۵۷,۷۹۹	پیش از	اجتناب از
۰,۰۸۶	۰,۰۰۵	۲,۶۲۷	۲۶,۲۱۷	۲	۵۲,۴۳۴	گروه	مشکل
			۹,۹۸۱	۵۷	۵۵۸,۹۴۷	خطا	
					۶۸۰۹۴,۰۰۰	کل	
۰,۶۶۶	۰,۰۰۰	۱۱۱,۵۵۸	۴۹۵,۵۶۲	۱	۴۹۵,۵۶۲	پیش از	وابستگی
۰,۰۶۹	۰,۱۸۰	۱,۷۶۶	۷,۸۴۵	۲	۱۵,۶۸۹	گروه	
			۴,۴۴۲	۵۶	۲۴۸,۷۶۲	خطا	
					۹۱۲۶۲,۰۰۰	کل	
۰,۵۲۶	۰,۰۰۰	۶۲,۰۴۳	۳۹۵,۱۶۴	۱	۳۹۵,۱۶۴	پیش از	درماندگی
۰,۰۹۱	۰,۰۲۹	۲,۱۲۵	۱۳,۵۳۶	۲	۲۷,۰۷۲	گروه	نسبت به
			۶,۳۶۹	۵۷	۳۵۶,۶۷۶	خطا	تغییر
					۷۱۰۲۷,۰۰۰	کل	
۰,۸۲۰	۰,۰۰۰	۲۵۵,۴۷۳	۸۶۵,۱۶۲	۱	۸۶۵,۱۶۲	پیش از	کمال
۰,۰۴۷	۰,۲۶۰	۱,۳۸۱	۴,۶۷۵	۲	۹,۳۵۱	گروه	گرایی
			۳,۳۸۷	۵۶	۱۸۹,۶۴۵	خطا	
					۶۷۵۵۷,۰۰۰	کل	



همانگونه که در جدول های ۲ و ۳ دیده می شود ، تفاوت بین میانگین نمرات نیاز به تأیید دیگران ، انتظار بالا از خود ، وابستگی و کمال گرایی در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی دار نیست. لذا این فرضیه های پژوهش تأیید نمی شوند. و تفاوت بین میانگین نمرات تمایل به سرزنش دیگران ، واکنش نسبت به ناکامی ، بی مسئولیتی هیجانی ، نگرانی زیاد توام با اضطراب ، اجتناب از مشکل و درماندگی نسبت به تغییر در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی دار است. لذا این فرضیه های پژوهش تأیید می شوند

۱-درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش باورهای غیرمنطقی زوجین موثر است.

۱-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و نیازبه تأیید دیگران تفاوت معنی داری وجود دارد.

۲-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و انتظار بالا از خود تفاوت معنی داری وجود دارد.

۳-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و تمایل به سرزنش دیگران تفاوت معنی داری وجود دارد.

۴-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و واکنش نسبت به ناکامی تفاوت معنی داری وجود دارد.

۵-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و بی مسئولیتی هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد.

۶-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و نگرانی زیاد توام با اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد.

۷-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و اجتناب از مشکل تفاوت معنی داری وجود دارد.

۸-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و وابستگی تفاوت معنی داری وجود دارد.

۹-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درماندگی نسبت به تغییر تفاوت معنی داری وجود دارد.

۱۰-۱- بین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و کمال گرایی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۴- تحلیل کوواریانس یک راهه جهت بررسی باورهای ارتباطی



منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری	اثر اندازه
آزمون پیش	7768.38	۱	7768.38	38.43	۰,۰۰۰	۰,۶۰
گروه	323.92	۱	323.92	88.63	۰,۰۰۵	۰,۴۰
خطا	4995.94	۵۷		3.69		
کل	1320645.000					

همان طور که در جدول 4 دیده می شود، دیده می شود، تفاوت بین میانگین نمرات باورهای ارتباطی در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی دار است ($p < 0,005$).

2- درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، در بهبود باورهای ارتباطی زوجین موثر است.

لذا این فرضیه پژوهش تایید می شود. به عبارت دیگر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، موجب بهبود باورهای ارتباطی شده است. میزان تاثیر این شیوه بر باورهای ارتباطی در مرحله پس آزمون ۰,۴۰ بوده است. یعنی در حدود 40 درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به عضویت گروهی و یا تاثیر درمان است.

جدول 5- تفاوت ذهن آگاهی بر حسب سن، تحصیلات و جنسیت

متغیر	منبع تغییرات	میانگین	df	مجموع	F	p
-------	--------------	---------	----	-------	---	---



		مجذورات		مجذورات		
0.481	8.79	671.49	119	671.49	درون گروهی	ذهن آگاهی
		838.43	119	838.43	بین گروهی	بر حسب
		1501.63	120	1501.63	کل	سن
0.126	7.83	530.36	119	530.36	درون گروهی	ذهن آگاهی
		409.82	119	409.82	بین گروهی	بر حسب
		1034.34	120	1034.34	کل	تحصیلات
۰,۳۴۰	۳,۴۹	۱۷۵,۴۹	۱۱۹	۱۷۵,۴۹	درون گروهی	ذهن آگاهی
		۱۰۲۰,۲۳	۱۱۹	۱۰۲۰,۲۳	بین گروهی	بر حسب
		۱۸۰۲,۵۶	۱۲۰	۱۸۰۲,۵۶	کل	جنسیت

همانگونه که در جدول 5 مشاهده می شود تفاوت معناداری در ذهن آگاهی در سه گروه سنی ، دو گروه زنان و مردان و در سه گروه تحصیلات وجود ندارد.

3- بین زوجین از لحاظ درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر حسب سن آنان تفاوت معنی داری وجود دارد.

4- بین زوجین از لحاظ درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر حسب تحصیلات آنان تفاوت معنی داری وجود دارد.

5- بین زوجین از لحاظ درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر حسب جنسیت آنان تفاوت معنی داری وجود دارد.



بحث

این مطالعه به داده های عمیق در زمینه ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش باورهای متعارض زوجین شهر تهران می پردازد. زوجین به عنوان افرادی که بیشترین مواجهه با باورهای غیرمنطقی را داشته و تجربیاتشان می تواند منبع ارزشمندی برای کمک به تبیین ابعاد و زوایای آن باشد، ارائه شده است. می توان ادعا کرد که یافته های این پژوهش نمونه ای از تجربیات زوجینی است که سالهای سال زندگی مشترک را پشت سر گذاشته اند و با انواع باورها سروکار داشته اند و تجربیات خود را بیان کرده اند، انجام شده است. در این راستا پژوهش حاضر سعی دارد تا با ارائه پیشنهادات متکی بر نتایج مسئولین و برنامه ریزان، گامی هر چند کوچک در زمینه بهبود و رابطه بهتر زوجین در این منطقه برداشته شود. همان طور که در جدول باورهای منطقی و ارتباطی مشاهده شد درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش باورهای متعارض زوجین موثر است. این بدان معنی است که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، موجب کاهش باورهای غیر منطقی و بهبود باورهای ارتباطی شده است. این یافته با نتایج تحقیقات استروشال و ویلسون (۲۰۱۲)، دیوید و همکاران (۲۰۰۸)، پینکورات و همکاران (۲۰۰۷)، سادوک، بنجامین (۲۰۰۵)، دایسون و کلارک (۲۰۰۱)، فین سن و مرکز (۲۰۰۶)، کوهی (۱۳۹۳)، هولون، دایس و مارکویتز (۲۰۰۲) همسو می باشد که اشاره کرده اند عامل تفکرات غیرمنطقی و انعطاف ناپذیری تفکر، علت اصلی اختلافهای زوجین بوده که تاثیر شناخت درمانی بر روابط آنها باعث کم رنگ شدن باورهای غیرمنطقی در آنها شده است و همچنین با نتایج تحقیق بارلوا (۲۰۰۸) (و تحقیقات نیکل (۲۰۰۶) ، کابات زین (۲۰۰۳) ، جنگین (۲۰۰۷) ، سی پرچ (۲۰۱۰) موافق بوده و در مجموع در ارتباط با این فرضیه تاکنون پژوهش های مختلفی در زمینه تاثیر درمانگری شناختی-رفتاری که حضور ذهن نوعی مولفه ی شناختی است بر ویژگیهای مختلف همسران انجام گرفته است که همه آنها به نوعی موید اثربخشی این شیوه درمانی و مشاوره ای هستند. از جمله اثربخشی آموزش خانواده درمانی در کاهش باورهای ارتباطی در بین خانواده ها (حسین پور، ۱۳۸۸).

در تبیین فرضیه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و نیاز به تائید دیگران می توان این گونه بیان کرد افرادی که انتظار دارند دیگران همیشه آنها را مورد پذیرش و تائید قرار دهند چون بر اساس خواست ها و تمایلات خود عمل کرده و ارزشیابی عینی و منطقی از عملکرد خویش ندارند، نمی توانند با شرایط واقعی سازگار شده و با مشکلات



بیشتری مواجه می شوند. (کیاراگونیس و همکاران ۲۰۰۲). در تبیین دو فرضیه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و تمایل به سرزنش دیگران و انتظار بالا از خود می توان این گونه بیان کرد باورهای غیرمنطقی در این افراد ناشی از شرمساری، احساس گناه، تمایل به سرزنش دیگران، انتظارات بالا از خود، ناتوانی در ابراز همدلی، عدم احساس مسئولیت بیشتر از سایرین است (هیز، استروشال و ویلسون، ۲۰۱۲). زوجین به دلیل داشتن انتظارات غیرواقع بینانه و بیش از حد از توانایی هایشان قادر به سازگاری و حل تعارض ها نیستند و هنگام برخورد با یک استرس زای محیطی به جای استفاده از راهبردهای مسأله مدار و حل موقعیت مشکل زا، بیشتر از هیجان های ناکارآمد مانند تعارض استفاده می کنند. در تبیین فرضیه واکنش نسبت به ناکامی می توان این گونه بیان کرد که واکنش های مختلف زوجین به علت ناکامی های گوناگون حاصل از رفتارهای خاص آنها حاصل می شود، از این احساس ناکامی نوعی نگرش دوگانه نسبت به همدیگر حاصل می کنند که می بایست با ایجاد آموزش های گوناگون شناخت درمانی در شرایط استرس زا، احساس ناکامی در وجود زوجین تا اندازه ای پایین آورده شود، همچنین از طریق ایجاد حمایت اجتماعی در وجود زوجین و فراهم آوردن معنا و هدف زندگی با باورها می توان هیجانات مثبت قوی ایجاد کرده و پذیرش استرس ها را تسهیل کرد. در تبیین فرضیه بی مسئولیتی هیجانی این گونه بیان می شود که رویکرد شناختی - رفتاری، راهبردی است که به تغییر تفکر و کاهش باورهای غیرمنطقی و نگرش منفی نسبت به افراد می شود. در این رویکرد، درمانگر به مراجع کمک می کند تا بی مسئولیتی هیجانی و مقاومت در برابر تغییر را که افکاری با نگرش منفی است و نحوه ی مقابله با مشکلات و فشارهای روانی اجتماعی را دربرداشته باشند. ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس و توسط افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند. (گرلند، ۲۰۰۹). در تبیین فرضیه نگرانی زیاد توأم با اضطراب این گونه بیان می شود که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر اضطراب معمولاً به شکل برنامه کاهش استرس و برنامه آرامش آموزی شناخته می شود، افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی ارتباط دارد، در رویکرد ذهن آگاهی به شرکت کنندگان آموزش داده می شود هر گاه افکار یا احساس منفی در آنها ظاهر شد، قبل از پاسخ به آنها، اجازه دهند که افکار به همان صورتی که هستند در ذهنشان باقی بمانند. تانی، لوتان و برنستین (۲۰۱۲) در بررسی پیامدهای آموزش ذهن آگاهی بیان کردند که آموزش مهارت های ذهن آگاهی به لحاظ آماری و بالینی به طور معنی داری موجب کاهش نشانه های خلق آسیب پذیر و اضطراب می شود. در تبیین فرضیه اجتناب از مشکل می توان



این گونه عنوان کرد که سبک مقابله اجتنابی می تواند در تعامل و همراهی با باورهای غیرمنطقی سازگاری اجتماعی زوجین را تحت تأثیر قرار داده و احتمالاً آن را کاهش دهد. همسو با این یافته مطالعه مونوز-اگوئیلتا (۲۰۰۷) نیز نشان داد سبک های مقابله به ویژه سبک های مقابله ای و ناکارآمد می توانند در همراهی با سیستم های شناختی و افکار تحریف شده به کاهش عملکرد، دوری گزینی و انزوا و ناسازگاری های مقابله با تنش، منجر شده و به جای کمک به حل مشکل فرد به فرار او از موقعیت کمک کنند یا موجب مقابله ناپسندیده یا موقت با مسئله شده و ناسازگاری اجتماعی و اختلالات روان شناختی را به دنبال داشته باشند (گومز، مک لارن، ۲۰۰۶). در تبیین فرضیه وابستگی می توان این گونه بیان کرد که با توجه به رد شدن این فرضیه و با توجه به اینکه وابستگی زوجین به یکدیگر مهمترین ملاک موفق بودن آنها در زندگی زناشویی است، بنابراین با آموزش های مرتبط ذهن آگاهی به آنها حداقل می توان اندکی از این عدم وابستگی بین آنها را جبران کرد. مولفه های اجتناب از مشکل و وابستگی و درماندگی نسبت به تغییر بیشتر به مسائل درون شخصی فرد ارتباط داشته و کمتر تعاملات و روابط اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. کمال گرایی به عنوان یکی از باورهای غیرمنطقی عبارت است از اینکه امور همیشه بر وفق مراد باشد، در چنین شرایطی وقتی فرد با کوچک ترین مانعی مواجهه شود تحریک پذیر و آشفته می شود و شیوه های دیگر رسیدن به هدف را نادیده می گیرد و برای مقابله با مشکل به تعارض اقدام می کند. درمان شناختی رفتاری به فرد کمک می کند تا الگوهای تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث های منظم، تکالیف رفتاری و تاکتیک های رفتاری -شناختی دقیقاً سازمان یافته استفاده می کند. تعدادی از تاکتیک های رفتاری و شناختی عبارتند از کسب تجربه در زمینه ابراز وجود، جرأت مند بودن، آرمیدگی، اتخاذ تصمیم، حل مسائل و مشکلات، ارتباط با دیگران و مدیریت زمان (لاکتر و همکاران، ۲۰۱۰).

بین زوجین از لحاظ باورهای متعارض برحسب سن تفاوتی مشاهده نشده است. این یافته بانایج تحقیق جاویدی (۱۳۹۱) همخوانی دارد. او اشاره کرده که در الگوهای ارتباطی زوجین رابطه معنی داری بین میزان تحصیلات زوجین و سن آنان مشاهده نشد. سن اکثر زوجین در دوره آموزشی خانواده درمانی در سطح دیپلم می باشد. از آنجایی که بین آنها از این لحاظ پراکندگی چندانی وجود ندارد، تفاوت معنی داری در این بعد میان آنها مشاهده نگردید. به نظرمی رسد میزان باورهای غیرمنطقی و ارتباطی درمیان زوجین به سن خاصی اختصاص ندارد. بین زوجین از لحاظ باورهای غیرمنطقی و ارتباطی برحسب تحصیلات تفاوتی مشاهده نشده است. این یافته بانایج تحقیق اعتمادی (۱۳۹۳) همخوانی دارد. او اشاره کرده که بین میزان اثربخشی آموزش مهارت های



شناختی - رفتاری برحسب تحصیلات تفاوتی وجود ندارد. در تبیین این یافته می توان این گونه بیان کرد که میزان اثر بخشی دوره های آموزشی شناخت درمانی در هر مقطع تحصیلی بین زوجین تفاوتی ندارد و همه سطوح تحصیلی نسبت به خروجی دوره های آموزشی تأثیر مثبتی ارائه می شود.

بین زوجین از لحاظ باورهای متعارض برحسب جنسیت تفاوتی مشاهده نشده است. این یافته با نتایج تحقیق شهرستانی (1391) همخوانی دارد. او اشاره کرده که تأثیر برنامه های آموزشی شناخت درمانی از لحاظ جنسیت تفاوتی مشاهده نشد. در تبیین این یافته می توان این گونه بیان کرد که میزان اثربخشی دوره های آموزشی شناخت درمانی برحسب جنسیت بین زوجین تفاوتی ندارد و زوجین برحسب جنسیت زن و مرد از دوره های آموزشی شناخت درمانی تأثیر مثبتی می گیرند و تأثیر شناخت درمانی تا این اندازه است که زوجین با افزایش اطلاعات خود در زمینه درمان شناختی به نوعی خودکنترلی دست پیدا می کنند و اثربخشی شناخت درمانی به جنسیت خاصی تعلق ندارد و برای هر دو جنس لازم و ضروری است.

این پژوهش به دلیل محدودیت جامعه آماری و حجم نمونه، تعمیم نتایج تحقیق را محدود می سازد. از دیگر مشکلات این پژوهش، عدم آگاهی زوجین از تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش باورهای ایشان، موانع مربوط به چگونگی شرکت زوجین در برنامه آموزشی با توجه به پراکندگی آنها در سطح شهر تهران، کوتاه بودن تعداد جلسات آموزشی و داشتن محدودیت زمانی برای تمرکز بیشتر بر محتوای جلسات، گسترده بودن ابعاد پژوهش و عدم بررسی بسیاری از متغیرهای همبسته با متغیرهای مورد مطالعه که منجر به طولانی شدن تحقیق گردیده است و ضعف فرهنگ پژوهش و عدم همکاری لازم با پژوهشگر در برخی موارد می باشد. به همین دلایل پیشنهاد می گردد: ۱- تأثیر آموزشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر روی گروههای مختلفی از شرکت کنندگان با ویژگی مشترک مواجهه با فشار روانی به شکل گروهی به اجرا در بیاید و فنون و روشهای کاربردی این نظریه به مشاوران خانواده و همسران آموزش داده شود و نتایج مورد بررسی قرار گیرد ۲- با توجه به تأثیر شناخت درمانی در زندگی زوجین، در آموزش های قبل و بعد از ازدواج ضمن شناسایی باورهای مخرب (غیرمنطقی)، دوره های آموزشی نیز برای شناسایی و اصلاح این باورها طراحی شود. ۳- داشتن گواهینامه کسب مهارتهای ارتباطی - رفتاری و حل تعارض جزو شرایط ضمن عقد قرار گیرد تا افراد قبل از ایجاد مشکلات زناشویی ملزم به کسب این مهارت ها شوند. ۴- شناخت درمانی با سایر رویکردها در تحقیقات بعدی بررسی و مقایسه شود و میزان اثربخشی دو رویکرد بر سایر مشکلات و ابعاد روابط زناشویی مثل تعارض، رضایت و ... بررسی گردد. ۵- این پژوهش و هر کدام از متغیرهای



باورهای غیرمنطقی به صورت جداگانه در دیگر مراکز مشاوره استان با نمونه ها و فواصل زمانی بیشتر انجام و با نتیجه پژوهش حاضر مقایسه شود تا امکان تعمیم و ثبات نتایج به صورت فراگیر امکان پذیر گردد.

منابع فارسی

- 1- ابوالفتحی، معصومه. (1390)، تعریف و تاریخچه شناخت درمانی، فصلنامه علمیترویحی روانشناسی، سال سوم
- 2- اعتمادی، ع. (1384)، بررسی ومقایسه اثربخش زوج درمانی مبتنی برشناختی-رفتاری وارتباط درمانی برافزایش صمیمیت زوجین، پایان نامه دکترای مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران، دانشکده روانشناسی
- 3- الیس، آلبرت. (1992)، زوج درمانی، ترجمه جواد صالحی فردی و سید امیر امین یزدی، تهران میثاق
- 4- بارلو و همکاران. (1374)، مقدمه ای بر درمان فراتشخیصی، ترجمه دکتر ابوالفضل
- 5- باقریان نژاد اصفهانی، زهرا، ثنایی، باقر، نواب نژاد، شکوه. (1380)، مقایسه تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق با زنان مراجعه کننده برای مشاوره زناشویی (غیرمتقاضی طلاق)، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی
- 6- بک، آرون تی. (1372)، عشق هرگز کافی نیست، ترجمه مهدی قراچه داغی، تهران، انتشارات مترجم، چاپ پنجم
- 7- بک، جودیت اس. (1392)، شناخت درمانی مبانی و فراتر از آن، ترجمه دکتر لادن فتی و فرهاد فرید حسینی، تهران، نشر دانژه
- 8- بیابانگرد، اسماعیل. (1381)، اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس، عقلانی، عاطفی الیس و آرام سازی بر کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، دوره هشتم، شماره ۳، ۳۶-۴۲
- 9- خلعتبری، جواد. قربان شیرودی، شهره. (1388)، تاثیر آموزش برنامه ی آمادگی ازدواج بر باورهای ارتباطی زوجین، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن
- 10- دانایی، سپیده. (1380)، باورهای غیرواقع بینانه زوجین، مجله علمی -ترویجی روان شناسی، سال سوم
- 11- ربکاقرین (1390)، شناخت درمانی مبتنی برذهن آگاهی، ترجمه انیسی خوش لهجه صدق، موسسه چاپ وانتشارات بعثت، تهران
- 12- شفیق آبادی، عبدالله وناصری، غلامرضا. (1381)، نظریه های مشاوره و روان درمانی، تهران، مرکز نشر دانشگاهی
- 13- صفار، افسانه. (1392)، بررسی اثربخشی نگرشها وباورهای غیرمنطقی وتربیت فرزندان، مجله پیوند، مرکز مشاوره وراهنمایی موسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی(ره)
- 14- طباطبایی (1388)، توقع ذهن خوانی همسران(یک باور غیرمنطقی)، مجله پیوند، ش ۳۳



- ۱۵- فیضی، علی، (مترجم) (1392)، شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، برگرفته از سایت مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره زندگی
- ۱۶- کاپلان، سادوک، خلاصه روانپزشکی، ترجمه پورافکاری، نصرت الله، (1369)، تهران، انتشارات ذوقی
- ۱۷- گلدنبرگ، ایرنه، گلدنبرگ، هربرت، (1382)، خانواده درمانی، ترجمه سیامک نقش بندی، تهران، نشر روا
- ۱۸- مرادی، علیرضا، (1384)، مقاله شناخت و هیجان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال هشتم، ش 50 ص 3 و 4
- ۱۶- نظری، م. ع.، (1384)، بررسی تأثیر برنامه بهبود بخشی ارتباط بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل، فصلنامه تازه ها و پژوهشهای مشاوره، ج 4، شماره 13
- ۱۷- ویلیامز، م.، سیگال، ز.، (1384)، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی، ترجمه پروانه محمدخانی، شیما تمنایی فر.

منابع انگلیسی

- 18-Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1999) Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press.
- 19-Beck AT, Steer RA, Carbin MG.(1995). Psychometric properties of the Beck Depression Inventor y: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev.8(1): 77-100.
- 20-Block, C. C. (2004) . Teaching comprehension : The Comprehension Process Approach. Boston : Pearson Education, Inc.
- 21-Brown KW, Ryan RM, Creswell JD.(2007) Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. Psychol Inquir. 18(4):211-37.
- 22-Brown KW, Ryan RM, Creswell JD.(2007). Addressing fundamental questions about mindfulness . Psychol Inq .18:272-81.
- 23 -Clark DM, Keristoferej F, et al.(2001). Science and manner applied of cognitive behavior therapy
- 24-Davidson R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F. (2003). Alterations in Brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosomatic Medicine. 65 (4) , 564-570.
- 25-Davidson, R.j., & kabat-zinn, j. (2008). Alterations in brain and immune function produced by mind Fullness meditation psychosomatic Medicine .65,564-570.
- 26-Davidson, R.j., & kabat-zinn, j. (2008). Alterations in brain and immune function produced by mind



Fullness meditation psychosomatic Medicine .65,564-570.

27-Dobson KS.(1989). A meta –analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression .J Con-
- sult Clin Psychol.57:414-19.

28-Edelson, R.s./Epstein, n (1988).cognition and relationship maladjst mant development of a
measure of dysfunctional relationship believes.journal of counseling and clinical psychology 50.

29-Ellis, A. (1975), Changing rational-emotive. therapy (RET) torational emotive behavior therapy
(REBT). Journal of Rational-Emotive and Cognitive behavioralTherapy Psychotherapy. 13: 85-89.

30-Ellis, A. (1988) Reason and emotion in psychotherapy. New York Hylestul

31-Ellis A.(2003). The nature of disturbed marital interaction. Journal of Rational Emotivethe Rat.
21, 147-153.

32-Falkenström F.(2010). Studying mindfulness in experienced meditators: A quasi-exoerimental
approach. Pers Individ Diff. 48(3):305-10.1

33-Goldin PR, Gross JJ.(2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion
regulation in social anxiety disorder. Emotion. 10; 83-91.

34-Goldberg, N., Haas, P., & Alckin, B. (2000). Effects of Chiropractic on Back pain (J.M.P.T).July
, (p.29)

35-Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, There you are: Mindfulness meditation in everyday
life. New York: Hyperion.

36-Kabat-Zin, J. (1999). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face
Stress, Pain and Illness. New York: Dell Publishing.

37-Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future.Clinic
al Psychology: Science and Practice, 10, 144–156.

38-Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of
empirical studies. Clin Psychol Rev. 2011; 31(6):1041-56.

39-Nickel, R., Egle, U. T. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopath
ology in adulthood. Child Abuse & Neglect, 30(2), 157-70.



- 40-Saduk, Benjamin James, Kaplan, Virginia.(2005). Summarizing the clinical psychiatric mental Behav Sci 2005; 28:419-21.
- 41- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. (2002). Mindfulness - based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse: Guilford Publication.
- 42-Segal , Z.V., Williams , J.M.G., & Teasdale , J.D.(2002). Mindfulness basedcognitive therapy for depression:A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press
- 43-Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A. Soulsby, J. M., &Lau, M. A.(2000). Prevention of relapse / recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 615-625.
- 44-Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D. R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S. (2009),Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control",Personality and Individual differences. 46,94- 99.
- 45-Williams, M. & Penman, D. (2012). Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world.Piatkus. co. uk.
- 46-Williams J , Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J.(2000). Mindfulness based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. J Abnorm Psychol. 109(1):150-5.
- 47-Zeidan,F.johnson,s.k.Diamond B.j.David z.,& Goolkasian,,p.(2010) Mindfulness meditation. improves cognition : Evidence of brief mental training conscious cogn, 19,597-605.