

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

بر انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان

The Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the Cognitive Flexibility of Disabled Veterans' Wives

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۶

Amiri, N. [✉], Hobbi, M. B., Dahaqin, V., Aqamiri, M. S.,
Mousavi, S. A.

نجمه امیری [✉]، محمد باقر حبیبی^۱، وحیده دهاقین^۲،
مهناز سادات آقامیری^۳، سید ابوالفضل موسوی^۴

Abstract

Introduction: In their interaction with their husbands, disabled veterans' wives are affected by their husbands' psychological characteristics and adverse behavioral and cognitive effects, which can seriously affect their psychological flexibility. The purpose of this study was to determine the effect of mindfulness-based cognitive therapy on the cognitive flexibility of disabled veterans' wives.

Method: In this semi-experimental research with pretest-posttest and control group design, 32 wives of disabled veterans referring to counseling centers in Tehran in 2017 and having low cognitive flexibility were selected through the purposive sampling method and were randomly assigned into an experimental group (n=16) and a control group (n=16). Eight 120-minute sessions of mindfulness-based cognitive therapy was performed for the experimental group. The Cognitive Flexibility Questionnaire (CFI) was used to collect the required data, and the data were analyzed using covariance analysis with moderated pre-test effect.

Results: Based on the findings, the research hypotheses related to the impact of mindfulness-based cognitive therapy on increasing the cognitive flexibility of disabled veterans' wives are confirmed, and the disabled veterans' wives in the experimental group had significantly higher cognitive flexibility than those in the control group in the post-test stage ($P < 0.05$).

Discussion: Mindfulness-based cognitive therapy is effective in enhancing the cognitive flexibility of disabled veterans' wives and increases their cognitive flexibility.

Keywords: mindfulness-based cognitive therapy, cognitive flexibility, disabled veterans wives.

چکیده

مقدمه: همسران جانبازان از نظر تعامل و ارتباط با جانباز از ویژگی‌های روان‌شناختی و اثرات نامطلوب رفتاری و شناختی او متأثر می‌شوند که این امر می‌تواند به‌طور جدی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همسران جانباز را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی در همسران جانبازان انجام شد.

روش: در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، ۳۲ نفر از همسران جانباز مراجعه‌کننده به کلینیک شهر تهران در سال ۱۳۹۶ که از میزان انعطاف‌پذیری شناختی ضعیفی برخوردار بودند، به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (در هر گروه ۱۶ نفر). مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طی ۸ جلسه (هر جلسه ۱۲۰ دقیقه) برای گروه آزمایش انجام شد. برای گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI) استفاده شد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان مورد تأیید قرار گرفته است و همسران جانبازان گروه آزمایش نسبت به جانبازان گروه کنترل در پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری، انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری داشتند ($P < 0.05$).

بحث: آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان، اثربخش است و باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در آنان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ انعطاف‌پذیری شناختی؛ همسران جانبازان

[✉] **Corresponding Author:** M.A. in Clinical Psychology, Science and Research University, Kerman, Iran
E-mail: najmehamiri.psy@gmail.com

[✉] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات کرمان، کرمان، ایران
۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد واحد رودهن، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

به‌عنوان مهم‌ترین عنصر هر خانواده، نقش اساسی در حفظ سلامت روان خانواده دارند، بنابراین، افزایش سازگاری روان‌شناختی و توانمندسازی همسران جانباز که بیشترین آسیب‌ها را متحمل می‌شوند باعث هدایت کل خانواده به سمت سلامت روان می‌شود (عسکریان، ۱۳۹۵).

از آنجاکه رابطه با همسر، عنصر اصلی زندگی عاطفی و احساسی فرد تلقی می‌شود، اولین شخصی که مستقیماً در معرض آسیب ثانویه و مشکلات روان‌شناختی وابسته به آن قرار می‌گیرد، همسر فرد است. به عبارتی، وجود علایم روان‌شناختی متناسب با این مشکل از جمله افسردگی و کناره‌گیری هیجانی در جانباز منجر می‌شود که زوجها به‌ندرت در فعالیت‌های لذتبخش با هم شرکت کنند و در نتیجه شکاف عمیقی در ارتباط زوجی آنها به‌وجود می‌آید (شرمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). کاهش میل به این فعالیت‌ها و بی‌حوصلگی از یک‌سو و وجود اختلالات جسمانی یا روانی فرد جانباز از سوی دیگر، می‌توانند ارتباط زناشویی آنها را تحت تأثیر قرار دهند (تفت^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). این مسئله با بروز مشکلات همسران آنها از جمله برانگیختگی و تحریک‌پذیری، افسردگی، اضطراب، خصومت، عدم انعطاف‌پذیری، عقاید و باورهای ناکارآمد و نقص در کارکردهای اجتماعی همراه است (پرنده، ۱۳۸۸). دژکام و امین‌الرعايا در پژوهشی گزارش کردند که میزان اضطراب همسران جانبازان اعصاب و روان بیش از همسران بیماران اعصاب و روان غیرجانباز است. در پژوهشی دیگر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در سطح پایینی بود (خاقانی‌زاده و سیرتی، ۱۳۹۴). فقدان سازش و همفکری همسر و فرزندان و روابط بین‌فردی در خانواده و جامعه از عوامل اصلی تشدیدکننده مشکلات

رویدادهای آسیب‌زای زندگی باعث ابتلای فرد به شدیدترین تنش‌ها می‌شود (لامبرت^۱، ۲۰۱۳). جنگ، یکی از پدیده‌هایی است که مشکلات و عواقب مخربی هم برای فرد و هم خانواده و هم اجتماع دارد. به‌طوری‌که اثرات آن بیش از حد توان است و عوارض و پیامدهای ناشی از آن به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مباحث روان‌شناختی و روان‌پزشکی مطرح است (ذوقی و همکاران، ۱۳۹۱). آسیب‌دیدگی از جنگ، از گذشته برای تمامی کشورها از جمله ایران، به‌عنوان یک مسئله مهم در نظر گرفته شده است. جنگ به‌عنوان یک عامل بسیار استرس‌زا دارای پیامدهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی است که در طول نسل‌های متعدد تأثیر بسیاری بر ابعاد گوناگون انسان و روابط با اعضای خانواده و اجتماع باقی می‌گذارد (فوستر و بروک^۲، ۲۰۱۵).

تعاملات اعضای خانواده جانباز همچون حلقه‌های زنجیر به یکدیگر متصل است و بر یکدیگر تأثیر متقابل می‌گذارند. لذا اعضای خانواده جانباز به‌خصوص همسر او از این آسیب‌ها مستثنی نیست. همسران جانبازان از نظر تعامل و ارتباط با جانباز از ویژگی‌های روان‌شناختی و اثرات نامطلوب رفتاری و شناختی او متأثر می‌شوند و ممکن است در طولانی‌مدت دچار مشکلاتی چون ناامیدی، خشم، احساس گناه، وسواس، نشخوار فکری و عدم خودتنظیمی شوند (وفایی و همکاران، ۱۳۸۸). استحکام و استواری خانواده به ایجاد فضای امن توأم با تفاهم، ارتباط صحیح و رضایت‌مندی زناشویی پایدار و بنیادین بستگی دارد. لذا هرگونه سستی در روابط بین‌فردی نه‌تنها آرامش اعضای خانواده را مختل می‌کند، بلکه باعث افسردگی، اضطراب و پریشانی می‌شود و بقا و دوام خانواده را در معرض تهدید قرار می‌دهد. باتوجه‌به اینکه زنان

روان‌شناختی جانبازان است که می‌تواند به آسیب در رابطه جانباز با همسر خود منجر شود (نجفی، ۱۳۹۱). مشکلات جسمانی و روانی بر سازگاری و نظام خانواده مؤثر بوده و کنش‌های جدیدی را مطرح می‌کند. در این حالت همسران جانبازان به دلیل تحمل استرس‌های طاقت‌فرسا و نیز نقش‌های جدید به احساسات و افکاری همچون احساس گناه، خشم، تنفر، اندوه و ناامیدی دچار شده و انعطاف‌پذیری آنها مختل می‌شود (حجتی و همکاران، ۱۳۹۵).

جنبه دیگری از زندگی همسران جانبازان که با ارتقای آن می‌توان به بهبود وضعیت زندگی همسران جانبازان کمک کرد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنان است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه انتخاب عملی صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها و تمایلات آشفته‌ساز انجام شود یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (پورفرج، ۱۳۹۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود رویدادهای روان‌شناختی چالش‌انگیز یا ناخواسته مانند افکار، احساسات، احساسات فیزیولوژیایی، تصاویر ذهنی و خاطره‌ها) اشاره دارد (بنجامین^۵ و همکاران، ۲۰۱۸)

یکی از عوامل مهم دیگری که می‌تواند در پیامدهای روان‌شناختی افرادی که در ارتباط با آسیب قرار داشته و به‌عنوان بخش مهمی از رفتار هدف‌مند شناخته شده است و نشان‌دهنده پویایی در سلامت و رضایت در زندگی باشد، انعطاف‌پذیری شناختی است (کاشدان و روتنبرگ^۶، ۲۰۱۰). انعطاف‌پذیری روانی به توانایی فرد به بودن در لحظه حال با آگاهی کامل و بازبودن به تجربه براساس ارزش‌های خود در زندگی اشاره دارد

(هریس^۷، ۲۰۰۹) و شامل دو زیرشاخهٔ مهار موارد نامربوط و انتقال توجه و تمرکز به تکالیف یا آمیبه‌های ذهنی متفاوت است (گوتر و الیزابت، ۲۰۱۰ و کاربونلا و تیمپانو^۸، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری شناختی که اثرات مثبتی روی توان فرد در مقابله با استرس‌زاهای درونی و بیرونی و نیز اثرات مثبتی روی رفاه و آسایش افراد در محیط تعاملی خانواده (کوستن و شرود، ۲۰۰۹) دارد، نقشی کلیدی در شکل‌گیری و تحول توانمندی‌های مختلف در افراد ایفا می‌کند (مارتینو همکاران، ۲۰۱۱). انعطاف‌پذیری فرد را قادر می‌سازد که در برابر فشارها، چالش‌ها و سایر مسائل عاطفی و اجتماعی، برخورد مناسب و کارآمد داشته باشد. توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی عنصر اصلی در تعریف انعطاف‌پذیری شناختی است (زونگ^۹ و همکاران، ۲۰۱۰).

انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (بنجامین و همکاران، ۲۰۱۸). براین‌اساس، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). باتوجه‌به اینکه اعضای خانواده‌های مرتبط با عوارض جنگ با استفاده از نشخوارهای فکری به دنیای درونی خود فرو می‌روند و افسردگی خود را تقویت می‌کنند، کسانی که انعطاف‌پذیری شناختی ندارند، هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند؛ زیرا به‌دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساسات روش‌های مقابله‌ای جایگزین بیابند (گاندوز^{۱۰}، ۲۰۱۳). اثر انعطاف‌پذیری شناختی بر افزایش نشانگان بهزیستی روانی و آسیب‌های روانی نیز

پژوهشگران قرار نگرفته است، آموزش ذهن آگاهی^{۲۷} است. ذهن آگاهی به عنوان یک احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی تعریف شده است (سیمون^{۲۸} و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم آنها کمک می کند (کوکن^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۶). فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام بخشی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر هستند (صاحبزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

یافته های پژوهش های پیشین نیز نشان می دهد که درمان می تواند نقش مهمی بر ویژگی ها و کارکردهای روان شناختی بگذارد. برای نمونه، اثربخشی ذهن آگاهی بر افزایش خودکارآمدی (میز^{۳۰}، ۲۰۱۵)، امید (آقاباقری و همکاران، ۱۳۹۲)، تحمل هیجانی، بهزیستی روان شناختی (برون و ریان^{۳۱}، ۲۰۰۳) و کنگ و همکاران، ۲۰۱۱)، افسردگی و امید به زندگی، نظم بخشی هیجانی (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲)، عزت نفس و خودکارآمدی (یوسفیان و اصغرپور، ۱۳۹۲ و نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲)، افسردگی (کاوایی و همکاران، ۱۳۸۷)، تحمل هیجان (کابات زین و همکاران، ۲۰۱۲)، عاطفه و خلق (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲)، افکار خودآیند منفی (کاوایی و همکاران، ۱۳۸۷)، سازگاری همسران (جونز^{۳۲} و همکاران، ۲۰۱۱)، رضایت زناشویی (تانای و لوتان، ۲۰۱۲)، خلق و آسیب پذیری نسبت به ازدواج (زیدان^{۳۳} و همکاران، ۲۰۱۰) و نگره های ناکارآمد (آذرگون و کجباف، ۲۰۱۰) در گروه های مختلف در پژوهش های قبلی مورد تأیید قرار گرفته است.

باتوجه به مطالب فوق و با نگاهی کوتاه به جامعه همسران جانبازان می توان به مسائل و مشکلات زیادی درمورد آنها پی برد. از جمله آنها می توان به مشکلات عاطفی و اجتماعی، مشکلات ارتباط با فرزندان و

در نمونه های مختلف از جمله افسردگی (بروک و همکاران، ۲۰۱۰، ۱۹ سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲)، اختلالات اضطرابی (گاندوز، ۲۰۱۳، دبری^{۱۱}، ۲۰۱۲، لی و اورسیلو^{۱۲}، ۲۰۱۴)، صفات شخصیتی و سواسی - اجباری (اورنستین^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰، چمبرلین^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۶) اختلالات طیف اسکیزوفرنی (لیساگر و همسرلی^{۱۵}، ۲۰۰۶)، مشکلات بین فردی (شی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۶) و مدیریت خشم (گاندوز، ۲۰۱۳) مورد بررسی قرار گرفته است.

پژوهش های بسیاری نقش انعطاف پذیری روان شناختی را در انواع گوناگون مشکلات روان شناختی تأیید کرده اند (هایس^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۶). برای نمونه، پژوهش ها نشان داده است که رابطه مثبت بین اجتناب تجربی / انعطاف ناپذیری روان شناختی با دامنه های گسترده از مشکلات روان شناختی (افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، گذر هراسی، فوبی خون، اختلال موکنی، تنش های شغلی، سوء مصرف مواد و نگرانی) وجود داشته است (فلدروس^{۱۸}، ۲۰۱۰). رابطه بسیار قوی منفی بین اجتناب تجربی / انعطاف ناپذیری روان شناختی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی وجود داشته است. (وستین^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۸) مطالعات مختلفی در ارتباط با انعطاف پذیری شناختی در اختلالات مختلف را مورد بررسی قرار داده اند. به عنوان مثال، پژوهش های فارین^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۳؛ وتاری^{۲۱} و همکاران، ۲۰۰۶؛ گان^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۶؛ هینکلمان^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۹؛ پریس^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۹، بروکس^{۲۵} و همکاران، ۲۰۱۰؛ میران^{۲۶} و همکاران (۲۰۱۱) ارتباط بین انعطاف پذیری شناختی و افسردگی را مورد تأیید قرار داده اند.

ازجمله آموزش های درمانی که می تواند بر سلامت روان همسران جانباز و بهبود انعطاف پذیری شناختی آنان تأثیر داشته باشد و تاکنون مورد توجه

خانواده، احساس ناامیدی و ناکارآمدی اشاره کرد. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست. ذهن آگاهی یعنی تجربه واقعیت محض بدون انجام هیچ شرح و قضاوتی (سگال^{۳۴} و همکاران، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به زمان حال به شیوه‌های خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات زین^{۳۵}، ۲۰۰۹). تکنیک‌های شناختی، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر است که با این روش با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد به تغییر واکنش‌های او به وسیله کیفیات شناختی منجر شده و فرد می‌تواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند (کهریزی و همکاران، ۱۳۹۰). اغلب مطالعات مربوط به این اثربخشی درمان شناختی رفتاری در خصوص چاقی در سایر کشورها انجام شده است و در این زمینه در ایران، گزارش کم‌تری به چشم می‌خورد. شاید یکی از دلایل آن این است که اغلب افراد چاق و با اضافه وزن، دنبال درمان‌های دارویی، گیاهی، سنتی و گاهی روش‌های غیرمعمول می‌روند و کم‌تر تحت مداخلات روان‌شناختی قرار می‌گیرند. با توجه به این، ادبیات پژوهشی حاضر نیز بر این شد این موضوع را مورد بررسی قرار دهد که آیا درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس نتایج موجود می‌تواند بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در همسران جانبازان اثربخش باشد؟

روش

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است که در آن تأثیر تکنیکی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در همسران جانبازان، در تابستان ۱۳۹۶ در شهر تهران مورد

بررسی قرار گرفت. تعداد ۳۲ نفر از همسران جانبازان که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، از بین ۵۵ بیمار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده شاهد منطقه شمال تهران که در پیش‌آزمون نمرات انعطاف‌پذیری متوسط و پایین داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس به‌عنوان گروه نمونه انتخاب و در کاربندی پژوهش وارد شدند. افرادی که در گروه آزمایش قرار گرفتند در ۸ جلسه درمان گروهی ۲ ساعته به صورت هفتگی شرکت کردند، اما افراد گروه گواه، درمانی دریافت نکردند. پس از پایان درمان، پس‌آزمون روی هر دو گروه انجام شد. معیارهای ورود، تمایل شرکت‌کنندگان، رضایت کتبی، مشارکت در پژوهش و عدم مبتلا به اختلال حاد روانی بود. معیارهای خروج نیز شامل انصراف از ادامه مشارکت، غیبت بیش از یک جلسه و شرکت هم‌زمان در جلسات روان‌درمانی دیگر بنا گذاشته شد.

ابزار این پژوهش شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی (اطلاعات مربوط به سن، درصد جانبازی همسر، وضعیت تأهل، تحصیلات) و پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی بود.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)^{۳۶} توسط دنای و ونادروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال است. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی - رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود (مارتین و روبین^{۳۷}، ۱۹۹۵). در ایران و در پژوهش شماره و همکاران (۲۰۱۴) سه زیرمقیاس برای این پرسشنامه به دست آمده است که عبارتند از: جایگزین‌ها^{۳۸}، کنترل^{۳۹}، و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی^{۴۰}. در پژوهش دنیس و واندروال

(۲۰۱۰) اعتبار هم‌زمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ به‌دست آوردند. در ایران شماره و همکاران (۱۳۹۳)، ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده‌مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به‌ترتیب

۰/۵۵، ۰/۷۲، و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند. همچنین این ابزار از روایی عاملی، همگرا و هم‌زمان مطلوبی در ایران برخوردار است (شماره و همکاران، ۱۳۹۳).

خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی

جلسه	برنامه‌ها
۱	تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به‌عنوان یک واحد، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدن، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی، توزیع نوارها و جزوات اول
۲	تمرین واریسی بدن، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ - ۱۰ دقیقه
۳	تمرین دیدن یا شنیدن ۳۰ - ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری قدم‌زدن با حضور ذهن
۴	تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی
۵	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن
۶	مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، آگاهی از تنفس بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، آماده‌شدن برای اتمام دوره
۷	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و حلق
۸	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی

یافته‌ها

فرض بهنجاربودن (نرمال‌بودن) متغیرها در جدول نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف به‌منظور بررسی شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی فرض بهنجاربودن متغیرهای تحقیق

ملاک آزمون (Z) سطح معنی‌داری (P)			
۰/۴۲	۰/۸۷۵	پیش از آزمون	آزمون
۰/۸۰	۰/۶۴۰	پس از آزمون	
۰/۹۱	۰/۵۶۲	پیش از آزمون	کنترل
۰/۷۹	۰/۶۴۹	پس از آزمون	

شناختی نشان داد که فرض بهنجار بودن برای این متغیر نیز برقرار است ($p < 0/05$) همچنین آزمون لوین سطح معنی داری بزرگتر از $0/05$ داشت که نشان می دهد فرض همگنی واریانس ها نیز برای متغیرهای تحقیق برقرار است.

بر اساس جدول شماره ۱ مقدار P-Value برای متغیر انعطاف پذیری برای پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمون بزرگتر از $0/05$ بود؛ بنابراین، فرض بهنجار بودن برای متغیرهای تحقیق برقرار است و نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی فرض بهنجار بودن زیرمقیاس های انعطاف پذیری

جدول ۲. میانگین نمرات و انحراف معیار انعطاف پذیری شناختی و سلامت روان در پیش آزمون و پس آزمون

مقدار احتمال (P-Value)	پس از آزمون		تعداد	گروه	متغیر
	میانگین (انحراف معیار)	پیش از آزمون میانگین (انحراف معیار)			
0/003	78/46 (21/56)	54/00 (28/40)	15	آزمون	انعطاف پذیری شناختی
0/425	49/73 (25/79)	50/66 (23/41)	15	کنترل	
0/006	39/27 (17/79)	25/73 (20/10)	15	آزمون	ادراک چندین راه حل
0/333	26/00 (16/01)	26/80 (14/30)	15	کنترل	
0/043	29/67 (10/26)	21/80 (10/33)	15	آزمون	ادراک کنترل پذیری
0/908	18/80 (9/52)	18/87 (9/18)	15	کنترل	
0/001	9/53 (3/13)	5/80 (2/48)	15	آزمون	ادراک توجیه رفتار
0/670	4/93 (2/49)	5/00 (2/29)	15	کنترل	

افزایش قابل ملاحظه ای یافته است. در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل آنالیز کواریانس برای بررسی اثر درمان MBCT روی انعطاف پذیری شناختی همسران جانبازان آورده شده است. همان طور که در جدول مشاهده می شود نمرات پیش از آزمون برای متغیرهای تحقیق معنی دار است. پس در تحلیل کواریانس نمرات پیش از آزمون به عنوان متغیر کمکی (کوریت) در نظر گرفته شد تا اثر نمرات پیش از آزمون روی نمرات پس از آزمون کنترل شود.

در جدول شماره ۲ مقدار میانگین (انحراف معیار) نمرات به دست آمده برای انعطاف پذیری شناختی برای پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمون و همچنین زیرمقیاس های انعطاف پذیری شناختی برای همسران جانبازان آورده شده است. با توجه به داده ها، مشاهده می شود که میانگین نمره پیش آزمون در هر دو گروه در متغیر انعطاف پذیری شناختی تقریباً نزدیک به هم بود، اما میانگین نمرات انعطاف پذیری شناختی برای همسران جانبازان پس از مداخله درمان MBCT در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثر روش درمانی MBCT در همسران جانبازان

منبع تغییرات	میانگین مجموع مربعات (MSS)	درجه آزادی (df)	F	مقدار احتمال (P-Value)	مجذور اتا (η ²)
انعطاف‌پذیری شناختی	نمره پیش آزمون	۱	۲۵/۴۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۵
	گروه	۱	۱۸/۲۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۲
	خطا	۲۷			
ادراک چندین راه حل	نمره پیش آزمون	۱	۴۰/۵۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۰
	گروه	۱	۱۲/۴۸	۰/۰۰۲	۰/۳۱۶
	خطا	۲۷			
ادراک کنترل‌پذیری	نمره پیش آزمون	۱	۹/۱۴	۰/۰۰۵	۰/۲۵۳
	گروه	۱	۸/۴۶	۰/۰۰۷	۰/۲۳۹
	خطا	۲۷			
ادراک توجیه رفتار	نمره پیش آزمون	۱	۵۹/۳۸	۰/۰۰۴	۰/۲۶۴
	گروه	۱	۲۰/۱۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۷
	خطا	۲۷			

باتوجه به جدول شماره ۳ اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و همچنین در زیرمقیاس‌های آن مؤثر بوده است. نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که روش درمانی MBCT روی انعطاف‌پذیری شناختی ($F=18/23$ $P<0/0001$) همسران جانبازان اثر معنی‌دار دارد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که اثر MBCT نیز روی زیرمقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر معنی‌داری دارد ($P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی همسران جانبازان انجام شد.

به‌طور کلی توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است. افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از

توجهات جایگزین استفاده می‌کنند، به‌صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روان‌شناختی سلامت روانی بیشتری دارند (استربرگ و فرنش^{۴۱}، ۱۹۹۲). انعطاف‌پذیری شناختی و سرسختی روان‌شناختی باعث افزایش شادکامی ذهنی افراد می‌شود. صادقی در مطالعه خود نشان داد که بین کنترل شناختی، انسجام هیجانی و شدت رویدادهای آسیب‌زای گذشته و انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی ارتباط وجود دارد. فرسکو در تحقیقات خود به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافت (برون و رایان، ۲۰۰۳). نتایج حاکی از این بودند که گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود شاخص انعطاف‌پذیری شناختی در ابعاد ادراک چندین راه حل، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک توجیه رفتار در پس‌آزمون شده است. این یافته با پژوهشی که رابطه درمان شناختی - رفتاری و انعطاف‌پذیری شناختی و

را بپذیرند و دریابند که افکار لزوماً منطبق با واقعیت نیست.

لذا به‌نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی از جمله ذهن‌آگاهی می‌تواند نقش بسزایی در بهبود و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، توانایی فرد در برابر چالش‌های عاطفی، اجتماعی و جسمی خانواده‌های جانباز ایفا کند. همچنین با توجه به نقش انعطاف‌پذیری شناختی همسران خانواده‌های جانباز و ارتباط آن با باورهای دینی حداقل دو جنبه برای انعطاف‌پذیری شناختی وجود دارد: ۱. انعطاف‌پذیری واکنشی که به آمادگی برای تغییر واکنش رفتاری در واکنش به نشانه‌های خارجی و تغییر خواسته‌های موقعیتی اشاره دارد، ۲. انعطاف‌پذیری خودکار که به توانایی برای تولید ایده‌های متنوع و جدید، اشاره دارد که در پژوهش لئور زیگورد و همکاران (۲۰۱۸) ارتباط مثبتی بین انعطاف‌پذیری شناختی و باورهای دینی مشاهده شد. در واقع، دینداری موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. در نتیجه با توجه به اینکه همسران جانباز از اعتقادات و باورهای دینی استواری برخوردارند، درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند در کنار باورهای عمیق دینی، موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی کاملاً مؤثر شود.

درکل می‌توان گفت در پژوهش حاضر توانستیم این تغییر را در همسران جانبازان ایجاد کنیم که با استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر درمان ذهن‌آگاهی به‌عنوان روشی برای ارتباط بهتر با مشکلات شخصی و ناشی از تعاملات با همسران جانباز به زندگی معنی‌داده و بتوانند در لحظه اکنون زندگی کنند و همچنین در مقابله با استرس‌های درونی و بیرونی، سازگارانه‌تر رفتار کنند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به‌نظر می‌رسد که با آموزش درمان ذهن‌آگاهی می‌توان به

افسردگی را نشان دادند (گاندوز^{۴۲}، ۲۰۱۳؛ لی، لو، هوآ^{۴۳} و همکاران، ۲۰۱۲؛ زونگ^{۴۴} و همکاران، ۲۰۱۰؛ سلطانی و همکاران، ۲۰۱۳)، همسویی دارد.

ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و کم‌تر اجتنابی را اتخاذ کند (وینستین، برون و رایان^{۴۵}، ۲۰۰۹). کلین - یاباس^{۴۶} و همکاران (۲۰۱۶) ذهن‌آگاهی را قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی دانستند. افزایش انعطاف‌پذیری بیمار در سایه آموزش ذهن‌آگاهی یکی دیگر از دلایل تداوم درمان است که در این مطالعه هم این نتیجه حاصل شد. سلطانی و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که درمان شناختی - رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد افسرده می‌تواند موجب کاهش خلق منفی و افسرده این بیماران شود و نیز تاب‌آوری آنها را افزایش دهد و سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را برانگیزد. این یافته با نتایج مطالعات شاپیرو و شواتز^{۴۷}، دیویدسون^{۴۸} و همکاران، کارلسون^{۴۹} و همکاران و سینگ^{۵۰} و همکاران همخوانی دارد. کاردایستو^{۵۱} نیز معتقد است که تغییر محتوای افکار، نگرش و ذهنیت بیمار نسبت به بیماری می‌تواند وسواس و علائم آن را تحت کنترل در آورد. همچنین راجمن و چسون^{۵۲} خاطر نشان می‌کنند که روش درمانی مناسب برای بعضی از بیماری‌هایی که دارای اختلالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند، ولی وقت‌گیرند، کاهش تدریجی زمان است که ذهن‌آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه‌به‌لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله‌به‌مرحله - خودکنترلی خود تنظیمی و خودنظارتی بیمار بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند. ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی فرصتی فراهم می‌آورد تا افراد بدون قضاوت - احساسی بدنی - شناخت - ادراک و هیجان‌اتشان را مشاهده کنند و آنها

22. Gan, Y.
23. Hinkelman, K.
24. Preiss, M
25. Brooks, B. L
26. Meiran, N.
27. Mindfulness
28. Simon B
29. Kuyken, W.
30. Mize SJS.
31. Brown KW, Ryan RM
32. Jones
33. Zeidan F
34. Segal Z
35. Kabat-Zinn J, Hanh TN
36. Cognitive flexibility inventory
37. Martin MM, Rubin RB
38. Alternatives
39. Control
40. Alternatives for human behaviors
41. Sternberg RJ, Frensch PA
42. Gunduz, B.
43. Lee, G., Lu, P., Hua, X.
44. Zong, J
45. Weinstein, N., Brown, K.W., & Ryan, R. M.
46. Klein-yabass
47. Shapiro & Schwartz
48. Davidson
49. Carlson
50. Singh
51. Cardociotto
52. Ranchman & Hodghson

تعدیل شخصیت و افزایش انعطاف روان‌شناختی همسران جانبازان کمک کرد، زیرا اگر همسران جانبازان را به‌عنوان افرادی که دچار مشکلات روانی - اجتماعی شده‌اند هم در نظر بگیریم، باز هم از زوایه رویکرد روان‌شناختی، آموزش شناختی نه‌تنها برای بهبود اختلالات و علائم روان‌شناختی، بلکه برای ارتقا و بهبود وضعیت سازگاری، شخصیتی و شناختی این گروه افراد می‌تواند مفید واقع شود.

این بررسی با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است که مهم‌ترین آنها انجام پژوهش تنها روی همسران جانبازان است که قدرت تعمیم یافته‌های پژوهش را کاهش می‌دهد و عدم انجام پیگیری نتایج پژوهش است. در کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره بنیاد شهید و ایثارگران می‌توان از یافته‌های این پژوهش برای بهبود انعطاف‌پذیری شناختی به‌منظور افزایش سلامت روان و پیشگیری از متغیرهای آسیب‌رسان روان‌شناختی باتأکید بر آموزش ذهن‌آگاهی در آنان تأکید کرد.

منابع

1. Aghabagheri H, Mohammad Khani P, Farahmand V. (2012) The effectiveness of cognitive group therapy based on mindfulness-based to increase well-being and hope in patients with MS. *J Clin Psychol.*;4(1):23-30.)Persian
2. Askaryan S, Agheri MJ, Hassan Zadeh MH. Investigating the influence of training religious coping skills on resiliency, adaptability and stress management in veterans' spouses. *Iran J War Public Health.* 2013;6(1):60-7.)Persian(
3. Azarگون H, Kajbaf MB. (2010) The effect of mindfulness training on the dysfunctional attitude and automatic thinking of depressed students of Isfahan University. *J Psychol.*;14(1):79-94.)Persian(
4. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T, Babapour Kheyroddin J. . (2014)The relationship between social capital and psychological well-being among

پی‌نوشت

1. Lambert MJ
2. Foster H, Brooks Gunn J
3. Sherman M
4. Taft CT
5. Benjamin G
6. Kashdan and Rottenberg
7. Harris, R
8. Carbonella JY, Timpano KR
9. Zong J-G
10. Gunduz, B
11. DeBerry L
12. Lee JK, Orsillo SM
13. Ornstein TJ
14. Chamberlain SR
15. Lysaker PH, Hammersley J
16. Shih JC
17. Hayes SC
18. Fledderus M
19. Westin V
20. Farrin, L.
21. Watari, K.

15. Daneshfar H. (2008) life skills training and evaluation, Fatemi Publications, 125.
16. DeBerry L. (2012) The relation between cognitive inflexibility and obsessive-compulsive personality traits in adults: depression and anxiety as potential mediators. MA Theses. Southern Mississippi. University of Southern Mississippi.
17. DeBerry L. (2012) The relation between cognitive inflexibility and obsessive-compulsive personality traits in adults: depression and anxiety as potential mediators. MA Theses. Southern Mississippi. University of Southern Mississippi.
18. Dejkam M, Aminoroaya A. Comparison of mental health of psychiatric veterans' wives in Tehran, referred to Sadr hospital with spouses of psychiatric patients in Tehran referred to Imam Hossein hospital. The Frist Scientific Conference of Veterans and Family. Tehran: Janbazan Medical and Engineering Research Center; 2003.)Persian(
19. Dennis JP, Vander Wal JS. (2010) The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cog Therap Res.*;34(3):241-53.
20. Farrin, L., Hull, L., Unwin, C., Wykes, T., & David, A. (2003). Effects of depressed mood on objective and subjective measures of attention. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 15, 98–104.
21. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME. (2010) Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health?. *Behav Modif.*;34(6):503-19.
22. Foster H, Brooks Gunn J. (2015) Children's exposure to community and war violence and mental health in four African countries. *Soc Sci Med.*;146:292-9.
23. Fresco, D. A., Williams, N. L., & Nugent, N. (2006). Flexibility and negative affect: Examining the associations of explanatory flexibility and coping flexibility to each other and to depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 201–210.
24. Gan, Y., Liu, Y., & Zhang, Y. (2004). Flexible coping responses to severe acute respiratory syndrome-related and daily life stressful events. *Asian Journal of Social Psychology*, 7, 55–66.
- the students of Tabriz University. *Soc Cogn*;3(2):44-54.)Persian(
5. Benjamin G. Shapero
Jonathan Greenberg/David Mischoulon/Paola Pedrelli /Kathryn Meade Sara W. Lazar . (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Cognitive Functioning and Flexibility Among Individuals with Elevated Depressive Symptoms. *Mindfulness* , Volume 9, Issue 5, pp 1457–146
6. Brooks, B. L., Iverson, G. L., Sherman, E. M. S., & Roberge, M. C. (2010). Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychological testing. *Applied Neuropsychology*, 17, 37–43.
7. Brown KW, Ryan RM. (2003) The benefits of being present. *Mindfulness and its role in psychological well-being. J Person Soc Psychol.*;84(4):822-84.
8. Brown, K. and Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4): 822–848.
9. Canas J, Quesada J, Antolí A, Fajardo I. (2003) Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics.*;46(5):482-501.
10. Canas J, Quesada J, Antolí A, Fajardo I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics.*;46(5):482-501.
11. Carbonella JY, Timpano KR. (2016) Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Behav Ther.*; 47(2): 262-73.
12. Cardaciotto L. (2005). Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance: Drexel University.;
13. Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581)
14. Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. (2006) Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Am J Psychiatry.*; 163(7): 1282-4.

37. Kabat-Zinn J, Hanh TN. (2009). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness: Delta;
38. Kashdan and Rottenberg, (2010) T.B. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health *Clinical Psychology Review*, 30, pp. 865-878, 10.1016/j.cpr.2010.03.001
39. Kaviani H, Hatami N, Shafiabadi A. (2008) The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of depressed patients (non-clinical). *Cogn Sci News.*;10(4):39-48.)Persian
40. Kaviani H, Javaheri F, Bahiraie H. (2005) The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing the negative automatic thoughts, attitudes efficient, depression and anxiety: The 60-day follow-up. *Cogn Sci News.*;7(1):49-59.)Persian
41. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. (2011) Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev.*;31(6):1041-56. ۴۶
42. Khaghanizadeh M, Sireti Nir M. The effect of economic, social, family, individual factors on the exacerbation of psychiatric symptoms of psychiatric veterans. *J Mil Med.* 2004;6(1):33-7.)Persian(
43. Koesten J, Schrodt P, Ford DJ. (2009) Cognitive flexibility as a mediator of family communication environments and young adults' well-being. *Health Commun.*; 24(1): 82-94.
44. Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., et al. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73, 565–574.
45. Lambert MJ. (2013) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken: John Wiley and Sons;
46. Lee JK, Orsillo SM. (2014) Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.*; 45(1): 208-16.
47. Lee, G., Lu, P., Hua, X., Wu, S., Nguyen, K., Teng, E., Leow, A., Jackjer, C., Toga, A., Weiner, M., Bartzokis, G., & Thompson, P. (2012). Depressive symptoms in mild cognitive impairment predict greater atrophy in alzheimer's disease related regions. *Biol psychiatry*, 71, 814-821.
25. Gilbert and Waltz, 2010 D. Mindfulness and health behaviors *Mindfulness*, 1 (4) (2010), pp. 227-234, 10.1007/s12671-010-0032-3
26. Goetter EM, Elizabeth M. . (2010) An empirical investigation of depressive rumination: implications for cognitive flexibility, problem solving and depression. MA thesis. Philadelphia. Science Drexel University.
27. Greenberg, J., Shapero, B. G., Mischoulon, D., & Lazar, S. W. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for depressed individuals improves suppression of irrelevant mental sets. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267, 277–282. CrossRef PubMed Google Scholar
28. Gu J., Cavanagh K., Strauss C. Investigating the Specific Effects of an Online Mindfulness-Based Self-Help Intervention on Stress and Underlying Mechanisms *Mindfulness*, Volume 9, 2018
29. Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12.
30. Gunduz B. (2013) Emotional intelligence, cognitive flexibility and psychological symptoms in preservice teachers. *Educ Res Rev.*; 8(13): 1048-56.
31. Gunduz, B. (2013). Emotional intelligence, cognitive flexibility and psychological symptoms in pre-service teachers. *Educational research and reviews*, 8(13), 1048-1056.
32. Harris, R 2009. *ACT made simple* New Harbinger Publications, Oakland, CA (2009)
33. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. . (2006) Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*;44(1):1-25.
34. Hinkelmann, K., Moritz, S., Botzenhardt, J., Riedesel, K., Wiedemann, K., Kellner, M. (2009). Cognitive impairment in major depression: Association with salivary cortisol. *Biological Psychiatry*, 66, 879–885.
35. Hojjat SK, Talebi M, Zamiri Nejad S, Shakeri M. The effectiveness of training coping styles on combat veterans with PTSD's wives. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2012;4(2):185-90.)Persian(
36. Jones KC, Welton SR, Oliver TC, Thoburn JW. (2011) Mindfulness, spousal attachment, and marital satisfaction: A mediated model. *Fam J.*;19(4):357-61.

- among chemical victims. *J Kermanshah Univ Med Sci.*;15(5):347-57.)Persian(
59. Ornstein TJ, Arnold P, Manassis K, Mendlowitz S, Schachar R. (2010) Neuropsychological performance in childhood OCD: a preliminary study. *Depress Anxiety.*; 27(4): 372-80.
 60. Parandeh A, Siratinir M, Khaghanizadeh M, Karimi Zarchi A. Effect of conflict resolution training on quality of life of veteran's spouses with PTSD. *J Mil Med.* 2008;8(1);45-51.)Persian(
 61. Pourfaraj Omran M. (2011)The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *Knowl Health.*;6(2):1-5.)Persian(
 62. Preiss, M., Kucerova, H., Lukavsky, J.,Stepankova, H., Sos, P., & Kawaciukova, R. (2009). Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. *Psychiatry Research*, 169, 235–239.
 63. Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood cliffs. New York: Prentice-Hall
 64. Sadeghi M., M. Shafiei, A. Mobasher. (2018) The effect of Cognitive self-Compassion Focused Therapy on cognitive Flexibility, Meaning in life In people who have gone mine. *Iranian Journal of War and Public Health* 10:2, pages 61-67.
 65. Sahebzadeh M, Yazdandoost R, Asgharnejad F, Gharraee B. Group mindfulness based cognitive therapy (MBCT) protocol on suicidal depressed patients: A qualitative assessment. *J Behav Sci.* 2014;5(1):33-38.
 66. Shapiro, S.L., & Schwartz, g.e. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. In M. Boekaerts, M. Zeidner, & P.R. Pintrich (Eds). San
 67. Shareh H, Farmani A, Soltani E. Reliability and validity of the cognitive flexibility inventory in iranian
 68. Sherman M, Zanoti D, Jons DE. Key elements in couple therapy with veterans with combat post-traumatic stress disorder. *Prof Psychol Res Pract.* 2005;36(6):626-33.
 69. Shih JC, Farn CK, Ho CY. (2008)Conflict is not bad: interpersonal conflict and knowledge sharing. *J Glob Bus Manage.*; 4(1): 46-57.
 70. Simon B. Goldberg, Raymond P. Tucker, Preston A.Greene, Richard J. Davidson, Bruce E. Wampold, David J. Kearney, Tracy L. Simpson Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: 48. Luthanz F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. . (2007) Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Person Psychol*;60(3):541-72.
 49. Lysaker PH, Hammersley J. (2006) Association of delusions and lack of cognitive flexibility with social anxiety in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.*; 86(1-3): 147-53.
 50. Martin MM, Rubin RB. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychol Rep*; 76(2): 623-6
 51. Martin MM, Staggers SM, Anderson CM. (2011) .The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion. *Commun Res Rep.*; 28(3): 275-80.
 52. Masuda, A., & Tully, E.C. (2012).The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Michael Free's method. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 6(22), 21-30. (Persian)
 53. Masuda, A., & Tully, E.C. (2012).The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine.* 17 (1): 66-71.
 54. Meiran, N., Diamond, G. M., Toder, D., & Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: Examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry Research*, 185, 149–156.
 55. Mize SJS. (2015)A review of mindfulness-based sex therapy - Mize SJS. A review of mindfulness-based sex therapy interventions for sexual desire and arousal difficulties: From research to practice. *Curr Sex Health Rep*;7(2):89-97.
 56. Molaee M, Moradi A, Gharayee B. (2008) Executive function and neuropsychological evidence among OCD and GAD. *J Behav Sci.*;1(2):131-41.)Persian(
 57. Najafi M, Mohammadifar M, Dabiri S, Erfani N, Kamari, The comparison of life quality between families of veterans with PTSD and Without PTSD. *J Veterans Med.* 2011;3(11):27-35.)persian(
 58. Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. (2012) Effectiveness of mindfulness and emotion regulation on physical and psychological well-being

- research <https://doi.org/10.1007/s00426-018-1034-3>
82. Zoghi MR, Sohrabi F, Borjali A, Delavar A. (2011) The effectiveness of coping skills instruction based on cognitive-behavior on war related posttraumatic stress disorder and depression in veterans. *Mil Psychol.*;2(5):1-16.)Persian
 83. Zong J-G, Cao X-Y, Cao Y, Shi Y-F, Wang Y-N, Yan C, et al. (2010) Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health Qual life Outcom.*;8(1):1. A systematic review and meta-analysis *Clinical Psychology Review*, Volume 59, 2018, pp. 52-60
 71. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, Van Belle G, et al. (2006). Association Between Obesity And Psychiatric Disorders In The US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry*;63:1-7.
 72. Singh, N.N., Wahler, R.G., Winton, A.S., & Adkins, A.D. (2004). A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 3(4), 275-287
 73. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhandeh*. 2013; 18(2): 88-96.
 74. Sternberg RJ, Frensch PA. (1992) On being an expert: A cost-benefit analysis. *The psychology of expertise*: Springer;. p. 191-203
 75. Taft CT, Creech SK, Kachadourian LK. Assessment and treatment of posttraumatic anger and aggression. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(5):777-88.
 76. Tanay G, Lotan G, Bernstein A. (2012) Salutory proximal processes and distal mood and anxiety vulnerability outcomes of mindfulness training: a pilot preventive intervention. *Behav Ther.*;43(3):492-505.
 77. vafaei T, Khosravi S, Moein L, (2009) comparison of communication patterns of veterans spouses with normal husbands. *Iran J War Public Health*. 2 (5):21-6.)Persian(
 78. Watari, K., Letamendi, A., Elderkin-Thompson, V., Haroon, E., Miller, J., Darwin, C. (2006). Cognitive function in adults with type 2 diabetes and major depression. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 787-796.
 79. Westin V, Hayes SC, Andersson G. . (2008) Is it the sound or your relationship to it? The role of acceptance in predicting tinnitus impact. *Behav Res Ther*;46(12):1259-65.
 80. Youssefian F, Asgharpour N. (2013) Comparative effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy on self-esteem of girl students. *J Fundam Ment Health.*;15(3):205-15.)Persian(
 81. Zmigrod, L., Rentfrow, P. J., Zmigrod, S., & Robbins, T. W. (2018). Cognitive flexibility and religious disbelief.. *Psychological*