

تأثیر رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی زوجین دچار تعارض مراجعه کننده به کلینیک های منطقه ۲ تهران

احمد کربلایی^۱، مهرداد ثابت^۲، بهارک حسینی^۳

^۱ هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

^۲ هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

چکیده

زندگی زناشویی مهمترین و یکی از جهانی ترین نهادهای بشری است که از دو نفر با استعدادها و توانایی های متفاوت و با نیازها و علایق مختلف تشکیل شده است. یک رابطه زناشویی صمیمی مستلزم آن است که زوجین یاد بگیرند با هم ارتباط برقرار کنند و با هم متفاوت باشند. تعارض در هر رابطه نزدیکی اجتناب ناپذیر است. هدف اصلی ما در این مقاله بررسی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض است. نتایج بدست آمده از پژوهش حاکی از آن است که آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض تأثیر دارد. حضور یکی از زوج دچار تعارض، فشار روانی زیادی بر خانواده وارد می کند و می تواند سلامت روان آنان را به مخاطره بیندازد.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان شناختی، تعارض، زندگی زناشویی.

مقدمه

ریشه بسیاری از مشکلات زناشویی در نوع تفکرات زوجین راجع به هم و راجع به روابطشان نهفته است. درگیری‌های فردی در درون خانواده تقریباً اجتناب‌ناپذیر است. نزدیکی و شدت روابط خانوادگی همراه با اختلافات موجود میان اعضای خانواده در سطح دانش، تمایلات، ارزش‌ها، توانایی‌ها و غیره، دلیل قابل قبولی برای بسیاری از این آشفتگی‌ها می‌باشد (توم^۱، خجسته مهر و همکاران، ۱۳۹۱).

زندگی زناشویی مهمترین ویکی از جهانی‌ترین نهادهای بشری است که از دو نفر با استعدادها و توانایی‌های متفاوت و با نیازها و علایق مختلف تشکیل شده است (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۲، ۲۰۰۰).

یک رابطه زناشویی صمیمی مستلزم آن است که زوجین یاد بگیرند با هم ارتباط برقرار کنند و با هم متفاوت باشند. تعارض در هر رابطه نزدیکی اجتناب‌ناپذیر است. بعضی از زوجین تعارض خود را به شکل باز و مستقیم و بعضی دیگر تعارضشان را انکار می‌کنند. در زمینه تأثیرات مخرب تعارضات پژوهش‌های زیادی صورت گرفته که حاکی از آن بودند که وجود تعارض زناشویی بر بهداشت روانی و جسمی و خانوادگی تأثیرگذار است و یکی از مقدمات جدایی و طلاق می‌باشد و اگر این مسئله به گونه‌ای حل و کنترل نشود ازدواج به جدایی ختم می‌شود و از آنجایی که خانواده بستر تربیت فرزندان است و نیازمند فضایی به دور از تنش و دارای بهداشت روانی، روانشناسان باید در صدد ارائه راهکارهایی جهت پیشگیری و درمان باشند. تعارض زمانی بوجود می‌آید که زوجین به دلیل همکاری و تصمیمات مشترک درجات مختلفی از استقلال و همبستگی را نشان می‌دهند که این تفاوت‌ها را می‌توان روی یک پیوستار از تعارض خفیف تا تعارض کامل طبقه کرد. (یونگ و لانگ^۳، ۱۹۹۸). از نظر گلاسر^۴ (۲۰۰۰ به نقل از قربانی، ۱۳۸۴) تعارض زناشویی ناشی از نا هماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن است. فرایند تعارض زمانی بوجود می‌آید که یکی از طرفین رابطه احساس کند طرف مقابلش بعضی از مسائل مورد علاقه اش را سرکوب می‌کند (گریف و براین^۵، ۲۰۰۰).

کابات زین در سال ۱۹۹۰ ذهن‌آگاهی را به عنوان آگاهی قضاوتی لحظه به لحظه تعریف می‌کند او در سال ۱۹۹۴ توجه به اهداف در حال حاضر به شیوه‌ای خاص و به صورت غیر قضاوتی را ذهن‌آگاهی می‌داند و در سال ۲۰۰۳ تعریف خود را کاملتر کرده و ذهن‌آگاهی را نوعی از آگاهی می‌داند که از طریق توجه به اهداف واقعی و بودن در زمان حال بدون قضاوت راجع به تجربیات آشکار لحظه به لحظه پدیدار می‌گردد (کابات - زین، ۲۰۰۳). هر چند هدف اصلی ذهن‌آگاهی آرامسازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی با برانگیختگی فیزیولوژیک باعث بروز این حالت در مغز می‌شود (برکوک^۶، ۲۰۰۲)؛ که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن می‌شود (دیویدسون^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). به همین دلیل در سال‌های اخیر، تعدادی از پژوهشگران تلفیق رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی را با مداخله‌های شناختی-رفتاری موجود، پیشنهاد کرده‌اند (ویتفیلد^۸، ۲۰۰۶). ذهن‌آگاهی توجه کردن قاطعانه نسبت به امور در زمان حاضر است که ما تا به حال طور دیگری به آن‌ها توجه کرده‌ایم. نمونه‌هایی از این امور شامل آگاهی از تنفس، درد پشت گردن، افکار منفی و نگرانی درباره آنچه که شما می‌خواهید فردا انجام دهید و شامل تمرکز مکرر و مجدد ذهن در زمان حاضر است. هر فکر، احساس یا حس‌هایی که وارد توجه شما می‌شود به همان گونه که هست مورد تأیید و پذیرش قرار می‌گیرد. این واکنش پیشگیرانه، برای افکاری است که شما را غمگین یا مضطرب می‌کند و به شما کمک می‌کند تا به حالت تعادل بعد از هیجان‌های تجربه شده منفی بازگردید (بایرون^۹، ۲۰۰۶).

¹ - Tomm

² - Goldenberg & Goldenberg

³ - Jung & Lang

⁴ - Berkok

⁵ - Davidson

⁶ - Whitfield

⁷ - Byron

در جوامع امروزی زندگی انسان‌ها در تمامی ابعاد زندگی دستخوش تغییرات سریع و شگرفی است. بازتاب ماهیت پیچیده این تغییرات و تحولات در زندگی افراد کاملاً محسوس و ملموس است و ازدواج و زندگی زناشویی و تشکیل خانواده از این قاعده مستثنا نیست. زن و مرد به دلایل متعدد از جمله شناخت ناکافی از هم و انتظارات و توقعات غیر واقعی از ازدواج و همسر، مشکلات اقتصادی و اجتماعی و اخلاقی، لاجرم می‌بایست مسائل و مشکلات بسیاری را در ایجاد و حفظ بقای زندگی زناشویی و روابط نزدیک و صمیمانه با یکدیگر تجربه کنند. این حقیقت تلخ که در طبقه‌بندی‌های تشخیص روانپزشکی، مشکلات و مسائل زناشویی و خانوادگی یکی از بالاترین علل رجوع به کلینیک‌ها و مراکزهای خدمات مشاوره است. گواه این مدعاست امروز در جهان، تغییرات مهم و گسترده‌ای در درون و بیرون از خانواده‌ها پدید آمده است تشکیل زندگی زناشویی مرحله انتقالی دشوار و پیچیده‌ای است. ازدواج مستلزم از نو توصیف کردن افراد برای خود و والدینشان است. در ازدواج زن و مرد نیاز دارند خود را در قالب نقش‌های جدید بپذیرند (موسوی و همکاران، ۱۳۸۶).

نیازهای ذاتی و جهان‌شمولی چون صمیمیت، روابط جنسی، دوست داشتن و دوست داشته شدن، سر سپردگی، کسب امنیت از طریق توجه و حضور یک همراه و... انسان‌های بالغ را به یافتن یک همراه دعوت می‌کند. زوج‌ها پیکره خانواده‌ها به شمار می‌آیند و سلامت ساخت، تعادل مرزها و زیر سیستم‌های یک خانواده بستگی دارد به میزان استحکام و پویایی این پیکره. امروزه نقش برجسته هیجانات در تعارض‌های زناشویی بیشتر و بیشتر مورد پذیرش قرار می‌گیرد (گاتمن^۸، ۱۹۹۴). این پژوهش سعی دارد که به این پرسش پاسخ دهد که آیا ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین متعارض تأثیرگذار است. بسیاری از پژوهشگران نوگرا درباره امور خانواده تحقیق می‌کنند که به یک کارکرد مهم که خانواده هنوز بر عهده دارد اشاره می‌کنند. کارکرد عاطفی در جامعه بیشتر دارای روابط ثانویه است و مردم به شیوه کاسب‌منشانه و عاری از احساس با هم تعامل می‌کنند خانواده نماینده یکی از آخرین پایگاه‌های آشنایی و پذیرش و گرمی و محبت است و آنانی که به این کارکرد اهمیت می‌دهند استدلال می‌کنند که فرد در چارچوب خانواده و تقریباً نه در هیچ جای دیگر به عنوان شخصیتی کامل و سالم و نه به عنوان شخصی دارای نقش اجتماعی پذیرفته می‌شود (درسلر و ویلیس^۹، ۱۹۷۶؛ ترجمه هوشمند و رشیدی، ۱۳۸۸).

روابط زوجی رضایت بخش زیر بنای عملکرد خوب خانواده و بهزیستی روانشناختی اعضای خانواده است. ذهن‌آگاهی سعی دارد از طریق تأثیر بر مفهوم بهزیستی روانشناختی سبب بهبود عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی آن‌ها گردد. لذا این پژوهش سعی دارد با آموزش ذهن‌آگاهی و حضور در لحظه بدون قضاوت به همسران از طریق تغییر الگوهای ارتباطی و توجه متقابل به نیازهای همسران و خود سبب جلوگیری از تعارض آن‌ها شود. ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌داند (ریف، ۱۹۹۸) الگوی ریف به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است (چانگ و چن^{۱۰}، ۲۰۰۵) ریف این الگو را براساس مرور متون بهداشت روانی ارائه کرد و اظهار داشت مولفه‌های الگو یا معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه‌گیری کند. در تعداد محدودی از پژوهش‌ها رابطه بین بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی بررسی شده است. در سال‌های اخیر گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روانشناسی مثبت نگر رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روانشناختی مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند. بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، تعامل کارآمد و موثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت. از مشخصه‌های فرد سالم است (کارادماس^{۱۱}، ۲۰۰۷)

⁸ - Gottman

⁹ - Dressler & vilis

¹⁰ - cheng & chan

¹¹ - karademas

به نقل از میکائیلی، (۱۳۸۶).

هدف اصلی ما در این مقاله بررسی درمان‌شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض است.

مبانی نظری

تعارض زوجین

تعاریف متعددی برای واژه تعارض زوجین (زناشویی) ارائه شده است درمانگران سیستمی تعارض را تنازع بر سر تصاحب پایگاه‌ها و منابع قدرت و حذف امتیازات دیگری می‌دانند (براتی، ۱۳۷۵). همچنین تعارضات زناشویی به عنوان شاخصی در تقابل با سازگاری زناشویی با دامنه گسترده‌ای از مسائلی چون: افت سازگاری والدین با فرزندان، افزایش احتمال طلاق همراه است (ثنایی، ملیانی، علینقی و روشن، ۱۳۹۱).

تعارض زناشویی یکی از مشکلاتی است که کودکان سراسر دنیا با آن مواجه هستند و تقریباً همه کودکان حدی از تعارض بین والدین را تجربه و آن را به عنوان منبع تنیدگی معرفی می‌کنند (کامینگز، کوراس و پاپ^{۱۲}، ۲۰۰۷). الیس و گاربر^{۱۳} (۲۰۰۰) و دان و دیویس^{۱۴} (۲۰۰۱)، بر این باورند که آثار تعارض زناشویی بر بیشتر حوزه‌ها از جمله کارکرد شناختی، اجتماعی، تحصیلی و روان‌شناختی و رابطه کودک با همسالان وجود دارد. هم چنین کاکس، پالی و هارتر^{۱۵} (۲۰۰۱) است. برپایه الگوهای تحولی، رویارویی با خشونت خانوادگی، در عملکرد سامانه‌های عصب - زیستی کودک نارسایی بوجود آورده و به مشکلات سلامت می‌انجامد (ساسمن^{۱۶}، ۲۰۰۶).

رویکردهای مختلف در خصوص زوجین دچار تعارض زناشویی

فروید: منبع تعارض بین فردی را به تعارض انرژی‌های درون روانی که ناشی از مسایل حل نشده در کودکی بود، نسبت می‌داد. دیدگاه عقلانی- عاطفی- رفتاری مدعی است که دلیل تعاملات زناشویی آشفته توقعات غیر واقع بینان‌های است که زن و شوهر نه صرفاً در مورد خود یا دیگران بلکه درباره خود رابطه زناشویی دارند (الیس^{۱۷}، ۱۹۸۶؛ الیس، ۲۰۰۳؛ به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰). فریمو^{۱۸} (۱۹۹۰)؛ به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰)، مشکلات ارتباط فعلی افراد را بازتاب مسائل خانواده اصلی آن‌ها می‌داند. به اعتقاد او ما نمی‌توانیم همسرمان را واضح و شفاف ببینیم و تصاویری را بر او فرافکنی می‌کنیم؛ بنابراین، تعامل بین این فرافکنی‌های متقابل موجب مشکلات زوج‌ها می‌شود؛ زیرا زن و شوهر در مورد مسائل واقعی خود بحث نمی‌کنند، بلکه در مورد فرافکنی‌ها و تصاویر ذهنی مرتبط با روابط قبلی به بحث می‌پردازند (هاروی، ۲۰۰۵؛ به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰).

رویکرد سیستمی: اکثر زوج‌ها به این دلیل دچار تعارض می‌شوند که هرکدام سعی می‌کند دیگری را وادار به تغییر کند؛ اما این تغییر معمولاً "با بیزاری" همراه است که بعدها خواه آشکارا یا در خفا ابراز خواهد شد (هاروی^{۱۹}، ۲۰۰۵؛ به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰). زوج درمانی هیجان محور (جانسون، ۱۹۹۶؛ گرینبرگ و جانسون^{۲۰}، ۱۹۸۸؛ به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰)، معتقد است که عوامل کلیدی در ناراحتی زناشویی، استنباط مستمر از جذب حالات عاطفی ناراحت کننده و الگوهای تعاملی

¹² - Cummings, Kouros & Pop

¹³ - Ellis & Garber

¹⁴ - Dunn & Davies

¹⁵ - Cox & Paley & Harter

¹⁶ - susman

¹⁷ - Ellis

¹⁸ - Framo

¹⁹ - Harvey

²⁰ - Greenberg & Johnson

مخرب محصور شده ای است که مقدم بر این عاطفه است (دانوان^{۲۱}؛ ۱۹۹۹؛ به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰).

رویکرد تحولی: تعارض زناشویی اساساً از یک زوج به زوج دیگر نه فقط با توجه به مسایل خاصی که حول آن‌ها تعارض شکل گرفته است بلکه به گونه‌ای مهم‌تر با توجه به طول عمر و شدت تعارض متفاوت است (گه رن، فای، کاتو، و بوردین، ۱۹۸۷، به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰).

در رویکرد تحولی آن‌ها به تعارض زناشویی، زوج‌ها چهار مرحله را طی می‌کنند که در مرحله اول که موسوم به مخالفت اولیه است هر دو زوج از خانواده خوش کارکردی می‌آیند که فقط استرس اندکی داشته‌اند. در این دوره برنامه‌های آموزشی و پیشگیرانه موسوم به آموزش سیستم‌های خانواده توصیه می‌شود. در مرحله دوم یا تعارض تکرارشونده، درمانگر با حرکت کردن مستقیم به سمت تعارض زناشویی روی راه‌های حفظ رابطه یا آمیزش عاطفی یا هر دو کار می‌کند. این ساختار موجب کاهش برانگیختگی هیجانی و اضطراب زوج‌ها می‌شود تا دوباره توجه شان را روی خود متمرکز کنند. مرحله سوم یا تعارض شدید ویژه زوج‌هایی است که ادامه ازدواج را بازی مرگ و زندگی می‌دانند، مداخلات سیستمی در این مرحله می‌توانند مفید باشند، و سرانجام، در مرحله چهارم یا رابطه شدید یافته زوج‌ها که مشخصه بارز آن "گرفتن وکیل" توسط یکی یا هر دو زوج است، درمان رابطه کارساز نیست و درمان فردی هر یک از زوج‌ها و کمک به اطرافیان آن‌ها مانند والدین و فرزندان، درمان ارجح است (گه رن و همکاران، ۱۹۸۷، به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰). در این مرحله، طلاق می‌تواند ابزاری برای مدیریت تعارض باشد که موجب آرامش خاطر شده و به ناراحتی و خصومت خاتمه می‌دهد (براون، ۱۹۷۶؛ به نقل از بهاری و همکاران، ۱۳۹۰).

بهبزیستی

محققان بسیاری بهبزیستی را تعریف کرده‌اند، ولی گاسپر^{۲۲} (۲۰۰۲) معتقد است، بهبزیستی مفهوم یا ایده ای است که به هر آنچه در ارزیابی فرد از موقعیت زندگی مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد، بر می‌گردد. یکی از ویژگی‌های بهبزیستی روانی این است که بر قضاوت‌های شخصی افراد مبتنی است نه بر برخی از ملاک‌هایی که از نظر بعضی از محققین مهم تلقی می‌گردند (دینر^{۲۳}، ۱۹۸۴). براساس نظر آدامر، بزکز، و استین‌هارد^{۲۴} (۱۹۹۷؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲). بهبزیستی تصویری^{۲۵}، سازه‌ای عاطفی و سلامت‌زاد^{۲۶} است. مدل آنان دارای ۶ بعد است و برای هر یک از این ابعاد براساس چارچوب‌های نظری و شواهد تجربی، حمایت‌هایی فراهم گردیده است. همانگونه که در شکل ۱ مشاهده می‌گردد، بالاترین میزان بهبزیستی ممکن و در پایین مخروط، بیماری‌ارایه گردیده است. تغییر در هر یک از ابعاد، سایر ابعاد دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (علیزاده، ۱۳۹۲).

شش بعد مدل خوشی عبارتند از:

بهبزیستی جسمی^{۲۷}؛ عبارت است از برداشت مثبت و امید به سلامت جسمی

بهبزیستی معنوی^{۲۸}؛ عبارت است از باور به نیروی متحد‌کننده بین جسم و بدن

بهبزیستی روانشناختی؛ برداشت کلی از انتظار پیامد مثبت برای رویدادها و موقعیت‌هایی است که در زندگی پیش می‌آید.

بهبزیستی اجتماعی؛ برداشت داشتن حمایت در دسترس برای مواقع ضروری و همچنین حمایتگر با ارزشی بودن.

21 - Donovan

22 - Gasper

23 - Diener

24 - Adams, Bezner & Steinhardt

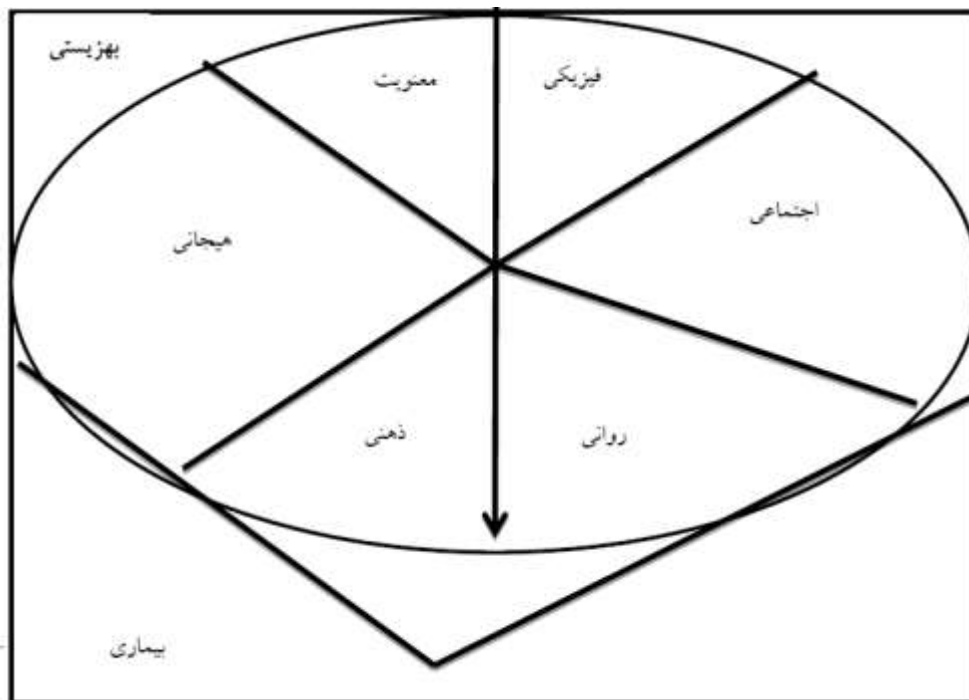
25 - Perceived wellness

26 - Salutogenic

27 - Physical wellness

28 - Spiritual wellness

بهزیستی هیجانی؛ داشتن هویت ایمن و احساس مثبت حرمت نفس^{۲۹} که در ایجاد عزت نفس نقش دارند. بهزیستی عقلانی؛ برداشت داشتن انرژی درونی و داشتن حد بهینه‌ای از فعالیت هوش



شکل ۱: مدل بهزیستی آدامز، بزنز، و استین‌هارد (۱۹۹۷)

عوامل سهیم در بهزیستی

الف) منابع و عوامل استرس‌زای فردی

عوامل استرس‌زا و منابع نقش مهمی در تعیین و حفظ بهزیستی روانی فرد ایفا می‌کنند. باسون^{۳۰} (۲۰۰۸) به برخی از این منابع؛ از جمله امید، خودکارآمدی، عزت نفس، احساس انسجام، تسلط تصویری و خوش بینی گرایشی، سبک‌های کنار آمدن اشاره کرده است. او داشتن امید و عزت نفس را به عنوان منبع فردی و فقدان آن‌ها را جزء عوامل استرس‌زا برمی‌شمارد.

ب) منابع و عوامل استرس‌زای زمینه‌ای

در میان عوامل زمینه‌ای و موقعیتی عاملی مثل حمایت اجتماعی و روابط نزدیک و حمایتی بین پدر و مادر و فرزندان، بین خواهر و برادران و بین اعضای خانواده گسترده باعث افزایش احساس بهزیستی روانی و شادمانی در میان افراد می‌گردد. روابط اجتماعی نزدیک، شامل رابطه با خانواده، دوستان و معلمان در بهزیستی نقش دارد (میرز و دینر، ۱۹۹۵؛ به نقل از علیزاده).

²⁹ - Self-regard

³⁰ - Basson

پیامدهای بهزیستی روانشناختی

بهزیستی روانی دارای پیامدهای مثبتی است و به عنوان مانعی در برابر پیامدهای منفی عمل می‌کند (پارک^{۳۱}، ۲۰۰۴). افرادی که شادند و از زندگی رضایت دارند مسایل شان را به خوبی حل می‌کنند، عملکرد شغلی بهتری دارند، روابط اجتماعی معنی داری برقرار می‌کنند و فضایل اخلاقی همچون بخشش و سخاوت نشان می‌دهند، خلق و خوی سازگارتری دارند، و در برابر استرس مقاومت می‌کنند. این افراد بیشتر داوطلب می‌شوند و خود را درگیر رفتارهای کاری مثبت می‌کنند و سلامت جسمانی و روانی بهتری دارند (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۲؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲).

رضایت از زندگی و بهزیستی در طی دوره نوجوانی با پیامدهای روان‌شناختی مطلوبی مانند سلامت جسمی و بروز رفتارهای سالم ارتباط دارد (فریش و پارک^{۳۲}، ۲۰۰۴؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲). نوجوانانی که سطوح بالایی از بهزیستی روانی را داشتند، با وجود عوامل استرس‌زا از جانب همسالان، از لحاظ اجتماعی به خوبی سازگار شدند. نوجوانانی که سطح بهزیستی روانی شان بالا بود، در مقایسه با نوجوانانی که سطوح پایینی از بهزیستی روانی داشتند، مشکلات درون نمود کمتری را تجربه می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که بهزیستی روانی به عنوان یک مانع عمل می‌کند (پارک، ۲۰۰۴). امونز^{۳۳} (۱۹۹۶)، بر این باور است که تنظیم اهداف خاص و قابل وصول با سطح بالای بهزیستی روانی مرتبط است و جهت یابی هدف قوی تر در فعالیت‌ها ممکن است نوجوانان را از درگیر شدن در رفتارهای پرخطر محافظت کند (امونز، ۱۹۹۶).

رویکرد شناختی رفتاری [CBT]

رویکردهای شناختی رفتاری با منطق فرایندهای فکری و حل مسأله سروکار دارند. این رویکردها بر ارزیابی‌ها، اسنادها، نظام باورها و انتظارات مراجع و اثرهای این فرایندهای شناختی برعواطف و رفتارهای انسان تأکید می‌کنند و رویکردهای شناختی رفتاری آموزشی، رهنمودی و کلامی هستند فرض فلسفی مهم زیربنای نظریه شناختی رفتاری این است که با تغییر طرز تفکر افراد می‌توان نظام باور آنان را تغییر داد که خود به تغییر رفتار منجر خواهد شد این رویکرد ضمن حفظ مداخلات رفتاری اثربخش، بر فرایندهای شناختی درونی هم تأکید می‌کند. امروزه درمان شناختی رفتاری دیدگاه نظری مهمی به شمار می‌رود و درمان انتخابی بسیاری از مشکلات محسوب می‌شود اثربخشی این رویکرد درمان بسیاری از اختلال‌های عاطفی و سازگاری به اثبات رسیده است (اوکان، به نقل از مطبوع، ۱۳۹۳).

ذهن آگاهی و مراقبه

ذهن آگاهی با شبکه ای از مفاهیم کلیدی پیوند خورده است که به عنوان یک رویکرد برای ارتقاء بهزیستی فرد مورد تأکید قرار گرفته است (توماس، ویک^{۳۴}، ۲۰۰۸). مفهوم شرقی آن که قلب دگرگونی و تبدیل است، یکی از مفاهیم خیلی مهم در شرق است. اگرچه ترجمه این مفهوم سخت است، در اصل به معنی ”بیدار و هشیار“، ”روشن بین و روشنفکر“ و ”کاملاً باز و گشوده“ است. چیتا به معنی ”ذهن“، ”قلب“ یا ”نگرش“ است. قلب و ذهن کاملاً باز و تا حدی با توانایی دوست داشتن و احساس رحم و شفقت مترادف است. توانایی برای تبدیل و دگرگونی ریشه در ذهن دارد و کلید برای ذهن، مراقبه است (توماس و ویک، ۲۰۰۸)؛ بنابراین، مراقبه فعالیتی از هشیاری ذهنی (شامل عواطف و احساسات، خاطرات و رویاها) است (توماس و ویک، ۲۰۰۸).

³¹ - Park

³² - Frisch & Parker

³³ - Emmons

³⁴ - Tomas & Wuyek

فعالسازی رفتاری:

فعالسازی رفتاری (BA) نوعی رفتاردرمانی محض مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار^{۳۵} است (جاکوبسون، مارتل و دیمیدجیان^{۳۶}، ۲۰۰۱؛ به نقل از سهرابی، ۱۳۹۴)؛ که در درمان افسردگی بیشتر، به کار برده می‌شود هرچند در درمان سایر اختلالات نیز کاربرد دارد. اجتناب رفتاری کانون درمان فعالسازی رفتاری است. در این درمان به بیمار آموخته می‌شود که در مقابله با شرایط محیطی آزارنده و ناکام کننده، به جای اجتناب، با رفتاری فعالانه‌تر واکنش نشان دهد. از جمله مهمترین خصوصیات این درمان، مقرون به صرفه بودن از نظر زمان، هزینه، امکانات و سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی و منطبق بودن پروتکل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار می‌باشد (پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون، ۱۳۹۱).

زوج درمانی رفتاری تلفیقی:

زوج درمانی رفتاری تلفیقی IBCT^{۳۷} (توسط آندرو کریستنسن و نیل جاکوبسون بوجود آمد که از زوج درمانی رفتاری سنتی نشأت گرفته است و به عنوان یک درمان ابتکاری اولین بار در سال ۱۹۹۵ به صورتی جامع معرفی شد. در زوج درمانی رفتاری تلفیقی هدف پذیرش عاطفی از طریق رهاسازی احساسات آسیب پذیر که احساس همدلی را تقویت می‌کنند و تغییر رفتار میسر می‌گردد، است. این مدل نشان می‌دهد که ناراحتی‌های بین زن و شوهر توسط تفاوت‌های دو نفر به وجود نمی‌آید بلکه به وسیله، طریقه واکنش نشان دادن به این تفاوت‌های اجتناب‌ناپذیر و تلاش برای حذف آن‌ها ایجاد می‌شود (کریستنسن و جاکوبسون، ۲۰۰۰؛ به نقل از سهرابی، ۱۳۹۴).

پیشینه پژوهش

امیدبیک، م؛ خلیلی، ش؛ غلامعلی لواسانی، م؛ قربانی، ن. (۱۳۹۳). رابطه ذهن‌آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایتمندی زناشویی، این پژوهش نشان داد که بین ذهن‌آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایت زناشویی رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد و مهارت‌های خودآگاهی (خودشناسی منسجم و ذهن‌آگاهی) می‌توانند تغییرات رضایتمندی زناشویی را پیش بینی کنند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مهارت‌های خودآگاهی از عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی هستند.

کاسمی و وینز^{۳۸} (۲۰۱۵)، در پژوهشی تحت عنوان خود-گزارشی از صفت ذهن‌آگاهی و واکنش عاطفی: یک رویکرد انگیزشی با استفاده از اقدامات روانشناختی متعدد، صورت گرفت، یافته‌ها نشان داد که اگر چه نتایج اثرات واضح و روشن از احساسات آن‌ها در اقدامات وابسته نشان داد، اما به طور کلی، اثرات ذهن‌آگاهی را متوسط نشان داد. برای بسیاری از اقدامات، اندازه اثر با فاصله اطمینان کوچک بودند؛ که تفاوت‌های فردی در خود گزارشی صفت ذهن‌آگاهی و واکنش عاطفی خود به خودی مربوطه در طول مشاهده تصویر، را پشتیبانی نکرد.

میتچل^{۳۹} و همکاران (۲۰۱۵)؛ آموزش ذهن‌آگاهی مدیتیشن برای اختلال/ بیش‌فعالی نقص توجه در بزرگسالی: در حال حاضر حمایت تجربی، درمان بررسی اجمالی، و جهت آینده؛ نتایج نشان داد مدیتیشن با حضور ذهن به عنوان یک درمان مستقل و به عنوان یک روش مکمل برای درمان شناختی رفتاری مؤثر می‌باشد.

کی ورس، ناپ، روگلی، دیکنس، بلاد و کاونتری^{۴۰} (۲۰۱۴)؛ در بررسی ترکیب مواد و روش‌ها مطالعه مقدماتی از مقبولیت و اثربخشی مراقبه مختصر و مداخله حضور ذهن برای افراد مبتلا به دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی به این نتیجه رسیدن که

³⁵ - functional behavior analysis

³⁶ - Jacobson, Martell & Dimidjian

³⁷ - Integrated Behavioral Couple Therapy

³⁸ - Cosme and Wiens

³⁹ - Mitchell

⁴⁰ - Keyworth, Knopp, Roughley, Dickens, Bold, and Coventry

مراقبه و حضور ذهن باعث ایجاد مهارت‌های لازم برای بهبود خواب، آرامش بیشتر شده و این روش باعث پذیرش بیماری و تجربه بیماری منجر شده است. در پایان این دوره مدیتیشن شش هفته، نگرانی، و فکر سرکوب به طور قابل توجهی کاهش یافت. اثرات مثبت مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان ممکن است به کسب و توسعه مهارت‌های فراشناختی شود که این خود نیاز به پژوهش بیشتری می‌باشد.

بلوث و همکاران^{۴۱} (۲۰۱۳)؛ در پژوهشی تحت عنوان مدل استرس برای والدین کودکان با اختلالات طیف اوتیسم همراه با مداخله ذهن‌آگاهی به این نتایج دست یافت که با استفاده از مدل استرس به همراه مداخله ذهن‌آگاهی؛ باعث ایجاد نتایج مثبت و تقویت روابط زن و شوهر شده است.

روش تحقیق

روش مقاله حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری ما کلیه زوجین دچار تعارض کلینیک‌های راه فردا منطقه ۲ تهران، بین سنین ۲۰ الی ۵۰ سال هستند و از برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی بهره گرفتیم. به منظور اجرای این پژوهش، با اعلان یک فراخوان جهت شرکت در طرح پژوهشی رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی از بین زوجین آنهایی که در مؤلفه‌های ریف نمره کمتری در پرسشنامه به دست آورند از بین آنان تعداد ۳۶ نفر (۱۸ زوج) به عنوان نمونه داوطلب در نظر گرفته شد و به صورت تصادفی به گروه گواه و گروه آزمایش تقسیم شدند اما با ریزش نمونه نهایت به ۲۸ زوج که در دو گروه ۱۴ زوجی آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی در طی ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای؛ یک یا دو بار در هفته در معرض رویکرد ذهن‌آگاهی از تاریخ ۱۳۹۴/۰۹/۰۱ تا ۱۳۹۴/۱۱/۰۱ قرار گرفت و گروه کنترل درمانی را دریافت نکرد. پیش از اعمال متغیر مستقل، بهزیستی روانشناختی هر دو گروه از طریق پرسشنامه ریف مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌های حاصل از پژوهش تجزیه و تحلیل گردید.

تجزیه و تحلیل داده ها

تحلیل‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش (استنباط آماری)

فرضیه اصلی ۱: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

به منظور بررسی فرضیه اول پژوهش با عنوان ” رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض مؤثر است ” از تحلیل کوواریانس تک متغیری (مانوا) استفاده شد. در اینجا یاد آور می‌شویم متغیر وابسته در این فرضیه یک متغیر است که دوبار اندازه گیری شده است. با توجه به اینکه انجام آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری نیازمند برقراری تعدادی پیش فرض است قبل از اجرای تحلیل کوواریانس پیش فرض‌ها بررسی شده و پس از اطمینان از برقراری پیش فرض‌ها تحلیل انجام گرفت. خلاصه ای از نتایج تحلیل‌ها در جدول‌های ۱، ۲ و ۳ گزارش شده است. در مرحله بعد یکی از پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس یعنی همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۱: آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون و لوین برای مقایسه واریانس نمرات پس آزمون بهزیستی روانی

| منابع | SS | df | MS | F | P |
|----------------|--------|----|--------|------|-------|
| گروه*پیش آزمون | ۱۸۶۳/۴ | ۱ | ۱۸۶۳/۴ | ۳/۴۳ | ۰/۰۷۶ |

⁴¹ - Bluth

| | | | | | |
|--------|-----|-------|-------|------------------|-----|
| | | ۵۴۳/۵ | ۲۴ | ۱۳۰۴۳/۳ | خطا |
| | | | ۲۷ | ۲۷۵۸۶/۹ | کل |
| | | | | | |
| P | df2 | df1 | F | همگنی واریانس | |
| ۰/۰۱۶۷ | ۲۶ | ۱ | ۲/۰۲۶ | پس آزمون بهزیستی | |

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود مقدار **F** بدست آمده برای همگنی شیب‌های رگرسیون ۳/۴۳ با درجه آزادی ۱ و ۲۴ در سطح $p > ۰/۰۷۶$ معنی دار نمی‌باشد همچنین در جدول ۱ مشاهده می‌شود مقدار **F** بدست آمده برای تفاوت واریانس‌ها ۲/۰۲۶ با درجه آزادی ۱ و ۲۶ در سطح $p > ۰/۰۱۶۷$ معنی دار نمی‌باشد یعنی بین واریانس‌ها تفاوت معنی داری وجود ندارد و پیش فرض‌ها برقرار است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی

| منابع | SS | df | MS | F | p | η^2 |
|-----------|---------|----|--------|--------|-------|----------|
| کوواریانس | ۸۹۳۱/۱ | ۱ | ۸۹۳۱/۱ | ۱۴/۹۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷۵ |
| گروه | ۳۸۸۵/۴ | ۱ | ۳۸۸۵/۴ | ۶/۵۱۶ | ۰/۰۱۷ | ۰/۲۰۷ |
| خطا | ۱۴۶۰۶/۶ | ۲۵ | ۵۹۶/۳ | | | |
| کل | ۲۷۵۸۶/۹ | ۲۷ | | | | |

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود مقدار **F** بدست آمده برای تفاوت بین گروه‌ها ۶/۵۱۶ با درجه آزادی ۱ و ۲۵ در سطح $p < ۰/۰۱۷$ معنی دار می‌باشد. در نتیجه فرضیه اول پژوهش تایید شده است و رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض تاثیر معنی داری نشان داده است. حجم اثر که با مجذور ای‌تا (η^2) نمایش داده شده است ۰/۲۰۷ به دست آمده که حکایت از تاثیر قوی متغیر مستقل بر گروه آزمایش دارد. نتایج بررسی متغیر کووریت نیز نشان می‌دهد که اجرای پیش آزمون تاثیر معنی داری در فرایند تحقیق داشته است. به دنبال معنادار بودن فرضیه جهت بررسی جزئی‌تر تفاوت‌ها، نمرات تعدیل شده گروه‌ها توسط آزمون تعقیبی ال. اس. دی مقایسه و بررسی شدند که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده است. میانگین‌های گزارش شده در این جدول تعدیل شده می‌باشند و اثر پیش آزمون‌ها از آن‌ها برداشته شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی ال. اس. دی برای مقایسه نمرات گروه کنترل و آزمایش پس از معنی‌داری کوواریانس

| متغیرها | میانگین آزمایش | میانگین کنترل | تفاوت میانگین‌ها | سطح معنی‌داری |
|--------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|
| بهزیستی روانشناختی | ۳۲۲/۲ | ۲۹۸/۸ | -۲۳/۵۶۱* | ۰/۰۱۷ |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار ۲۳/۵۶ در سطح $p < ۰/۰۱۷$ معنی دار است به گونه ای که نمرات گروه آزمایش بیشتر می‌باشد که نشان دهنده رشد نمرات بهزیستی روانشناختی در فرایند مداخله می‌باشد.

فرضیه اصلی ۲: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

به منظور بررسی فرضیه دوم پژوهش با عنوان ” رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض مؤثر است ” از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد. در اینجا یاد آور می‌شویم متغیر وابسته در این فرضیه نه متغیر است که دوبار اندازه گیری شده‌اند. با توجه به اینکه انجام آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری نیازمند برقراری تعدادی پیش فرض است قبل از اجرای تحلیل کوواریانس پیش فرضها بررسی شده و پس از اطمینان از برقراری پیش فرضها تحلیل انجام گرفت. خلاصه ای از نتایج تحلیلها در جدولهای ۴، ۵، ۶ و ۷ گزارش شده است.

پس از پیش فرض نرمال بودن داده‌ها، در ادامه از آزمون باکس برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است. کاربرد آزمون باکس شبیه به آزمون لوین در حالت تک متغیری می‌باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون باکس برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس

| باکس | F | df1 | df2 | P |
|-------|-------|-----|------|------|
| ۲۶/۱۸ | ۰/۹۳۱ | ۲۱ | ۲۴۸۶ | ۰/۵۵ |

با توجه به نتایج آزمون باکس ($p > ۰/۵۵$)، همگنی ماتریس واریانس کوواریانس برای شش متغیر وابسته در گروه‌های مختلف تایید می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون بارتلت برای بررسی پیش فرض همبستگی بین متغیرها

| نسبت درستنمایی | ارزش X | df | P |
|----------------|--------|----|-------|
| ۰/۰۰۰ | ۴۸/۴۰۲ | ۲۰ | ۰/۰۰۰ |

در ادامه نتایج آزمون کرویت بارتلت برای بررسی پیش فرض همبستگی بین متغیرها در جدول ۵ گزارش شده است. با توجه به نتایج آزمون کرویت بارتلت، این پیش فرض به اثبات می‌رسد ($p < ۰/۰۰۰$) بعد از بررسی و تایید پیش فرضها، آزمون کوواریانس چند متغیری انجام شد. در خروجی‌های نرم افزار نتایج آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هوتلینگ و بزرگترین ریشه روی گزارش می‌شود. هر چهار آزمون گزارش شده برای بررسی معنی داری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده می‌شوند. پر کاربردترین آزمون که در بیشتر گزارشات ارائه می‌شود لامبدای ویلکز است و قوی‌ترین آزمون نیز که نسبت به عدم برقراری پیش فرضها مقاوم است اثر پیلایی می‌باشد. در مواقعی که تمامی شرایط برقرار است و حجم نمونه‌ها نیز برابر است نتایج هر چهار آزمون شبیه و نزدیک به هم می‌شود. در بررسی این فرضیه با توجه به برقراری تمامی پیش فرض‌های با اهمیت مقادیر لامبدای ویلکز برای نتیجه‌گیری گزارش شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود مولفه‌های بهزیستی روانشناختی زوجین

| منابع تغییر | لامبدای ویلکز | F | df1 | df2 | P | η^2 |
|-------------|---------------|--------|-----|-----|-------|----------|
| خودپذیرش | ۰/۳۹۲ | ۳/۸۸۱a | ۶ | ۱۵ | ۰/۰۱۵ | ۰/۶۰۸ |
| روابط مثبت | ۰/۷۶ | ۰/۷۹۰a | ۶ | ۱۵ | ۰/۵۹۲ | ۰/۲۴ |

| | | | | | | |
|-------|-------|----|---|--------|-------|----------------|
| ۰/۶۸۶ | ۰/۰۰۴ | ۱۵ | ۶ | ۵/۴۷۱a | ۰/۳۱۴ | خودمختاری |
| ۰/۵۹۷ | ۰/۰۱۸ | ۱۵ | ۶ | ۳/۷۰۳a | ۰/۴۰۳ | تسلط بر محیط |
| ۰/۶۱۷ | ۰/۰۱۳ | ۱۵ | ۶ | ۴/۰۳۶a | ۰/۳۸۳ | زندگی هدفمند |
| ۰/۳۹۹ | ۰/۲ | ۱۵ | ۶ | ۱/۶۵۸a | ۰/۶۰۱ | مقیاس رشد فردی |
| ۰/۶۱۸ | ۰/۰۱۳ | ۱۵ | ۶ | ۴/۰۵۲a | ۰/۳۸۲ | گروه |

در جدول ۶ مشاهده می‌شود که مقدار F بدست آمده برای لامبدای ویلکز با مقدار $۴/۰۵۲$ و با درجه‌های آزادی ۵ و ۱۵ در سطح $p < ۰/۰۱۳$ معنی دار می‌باشد. بر این اساس نتیجه می‌گیریم رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض مؤثر است به عبارت دیگر فرضیه دوم تحقیق تایید شده است. حجم اثر برای منبع تغییر گروه $۰/۶۱۸$ به دست آمده است که مقدار قوی ای است و نشان می‌دهد متغیر مستقل که همان رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی است تاثیر قابل توجه ای بر متغیرهای وابسته داشته است.

به دنبال معنادار بودن فرضیه دوم جهت بررسی جزئی‌تر تفاوت‌ها، نمرات گروه‌ها توسط آزمون تعقیبی ال. اس. دی مقایسه و بررسی شد که نتایج آن در جدول ۷ قابل مشاهده است. میانگین‌های گزارش شده در این جدول تعدیل شده می‌باشند و اثر پیش آزمون‌ها از آن‌ها برداشته شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی ال اس دی برای مقایسه نمرات گروه کنترل و آزمایش پس از معنی داری کوواریانس چند متغیری

| متغیرها | میانگین آزمایش | میانگین کنترل | تفاوت میانگین‌ها | سطح معنی داری |
|----------------|----------------|---------------|------------------|---------------|
| خود پذیرش | ۵۰/۴۹۳ | ۵۰/۱۵ | ۰/۳۴۲ | ۰/۹۰۵ |
| روابط مثبت | ۴۸/۷۹۶ | ۵۶/۸۰۳ | -۸/۰۳۴* | ۰/۰۱۱ |
| خودمختاری | ۴۸/۳۵۶ | ۵۳/۹۳ | -۵/۵۷۴* | ۰/۰۲۴ |
| تسلط بر محیط | ۵۲/۳۰۱ | ۵۴/۸۴۲ | -۲/۵۴۱ | ۰/۳۴ |
| زندگی هدفمند | ۴۹/۵۰۷ | ۵۶/۷۷۹ | -۷/۲۷۲* | ۰/۰۱۶ |
| مقیاس رشد فردی | ۵۰/۸۰۹ | ۵۴/۶۲ | -۳/۳۸ | ۰/۲۷۲ |

فرضیه فرعی ۱: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه خود پذیرش بهزیستی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه خود پذیرش گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $۰/۳۴۲$ در سطح $p > ۰/۹۰۵$ معنی دار نیست، در واقع نمرات گروه آزمایش تفاوت چندانی با نمرات گروه کنترل ندارد و این فرضیه رد می‌شود.

فرضیه فرعی ۲: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه روابط مثبت بهزیستی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه روابط مثبت گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $۸/۰۳۴$ - در سطح $p < ۰/۰۱۱$ معنی دار است به گونه‌ای که نمرات گروه آزمایش بیشتر می‌باشد که نشان دهنده رشد نمرات مولفه روابط مثبت در فرایند مداخله می‌باشد.

فرضیه فرعی ۳: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خودمختاری بهزیستی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه روابط مثبت گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $۵/۵۷۴$ - در سطح $p < ۰/۰۲۴$ معنی دار است به گونه‌ای که نمرات گروه آزمایش بیشتر می‌باشد که نشان دهنده رشد نمرات مولفه خود مختاری در فرایند مداخله می‌باشد.

فرضیه فرعی ۴: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه تسلط بر محیط بهزیستی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه تسلط بر محیط گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $۲/۵۴۱$ - در سطح $p > ۰/۰۳۴$ معنی دار نیست، به عبارت دیگر گروه آزمایش تفاوت چندانی با نمرات گروه کنترل ندارد و این فرضیه رد می‌شود.

فرضیه فرعی ۵: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه زندگی هدفمند بهزیستی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه زندگی هدفمند گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $۷/۲۷۲$ - در سطح $p < ۰/۰۱۶$ معنی دار است به گونه‌ای که نمرات گروه آزمایش بیشتر می‌باشد که نشان دهنده رشد نمرات مولفه زندگی هدفمند در فرایند مداخله می‌باشد.

فرضیه فرعی ۶: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه مقیاس رشد فردی بهزیستی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه خود پذیرش گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $۳/۸۱$ - در سطح $p > ۰/۰۲۷۲$ معنی دار نیست، به عبارت دیگر گروه آزمایش تفاوت چندانی با نمرات گروه کنترل ندارد و این فرضیه رد می‌شود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است.

جامعه آماری

کلیه زوجین دچار تعارض کلینیک‌های راه فردا منطقه ۲ تهران، بین سنین ۲۰ الی ۵۰ سال در سال ۱۳۹۴.

نمونه و روش نمونه گیری

حجم نمونه: چون مقیاس اندازه گیری پیوسته، فرضیه‌های پژوهش یک دامنه در سطح اطمینان ۹۵٪ طبق فرمول کوکران حجم نمونه به شرح زیر است:

$$N = \text{حجم نمونه}$$

$$\delta^2 = \text{واریانس جامعه بر اساس پژوهش‌های انجام شده برابر } ۰/۵ \text{ (فروغ، ۱۳۹۰).}$$

$$d^2 = \text{خطای قابل قبول}$$

$Z^2 =$ برای فرضیه یک دامنه در سطح اطمینان ۹۵٪ برابر ۱/۶۴

$$N = \frac{\delta^2 \cdot Z^2 \cdot 1 - \frac{\alpha}{2}}{d^2}$$

$$N = \frac{0.5 (1.64)^2}{0.05} - 2.68$$

$$N = \frac{1.34}{0.05} - 2.68$$

$$N=28$$

جهت تعمیم‌پذیری بیشتر و جلوگیری از افت در نمونه حجم نمونه به ۳۶ نفر افزایش یافت؛ اما در طی اجرای جلسات با ریزش مواجه شد و به ۲۸ زوج رسید.

معیارهای ورود به پژوهش

۱. از نظر جسمانی توانایی شرکت در جلسات را داشته باشند.
۲. بین ۲۰-۵۰ سال سن داشته باشند.
۳. حداقل از تحصیلات راهنمایی برخوردار باشند.
۴. ساکن شهر تهران باشند.

معیارهای خروج از پژوهش

۱. سابقه شرکت در کارگاه‌های ذهن‌آگاهی
۲. استفاده از داروهای روانپزشکی

طرح پژوهشی

| گروه نمونه | حجم نمونه | گروه | آزمون مقدماتی | متغیر مستقل | آزمون نهایی |
|-------------|-----------|------|---------------|-------------|-------------|
| گروه آزمایش | ۱۴ | RE | T1 | × | T2 |
| گروه کنترل | ۱۴ | T1 | T1 | - | T2 |

ابزار پژوهش

فرم مشخصات جمعیت شناختی:

این فرم اطلاعاتی از قبیل سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان را در بر داشت.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی

این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود (ریف، ۱۹۹۵). فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش بر پایه پیشنهاد ریف به پژوهشگران، فرم ۸۴ سؤالی آن به کار برده شد. مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خود مختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است. از آزمودنی در خواست شد پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه‌های شش‌گانه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نشان دهد. برای هر پرسش نمره‌های یک تا شش داده شد. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بهتر است. نگارندگان، این مقیاس را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کرده و به کمک اعضای هیأت علمی گروه زبان انگلیسی با اصل تطبیق دادند.

نمره گذاری و تفسیر

طریقه نمره گذاری:

نمره گذاری‌های معکوس:

۲۰-۲۲-۲۴-۲۷-۲۹-۳۱-۳۲-۳۴-۳۵-۳۷-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۵-۵۵-۵۶-۵۸-۶۰-۶۱-۶۲-۶۳-۶۵-۶۶-۷۵-۸۲-۸۳-۸۴-
۲-۴-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷

مولفه ۱: ریز مقیاس خودپذیرش: ۸۴-۷۸-۷۲-۶۶-۶۰-۵۴-۴۸-۴۲-۳۶-۳۰-۲۴-۱۸-۱۲-۶

مولفه ۲: ریز مقیاس روابط مثبت با دیگران:

۷۹-۷۳-۶۷-۶۱-۵۵-۴۹-۴۳-۳۷-۳۱-۲۵-۱۹-۱۳-۷-۱

مولفه ۳: ریز مقیاس خودمختاری: ۸۰-۷۴-۶۸-۶۲-۵۶-۵۰-۴۴-۳۸-۳۲-۲۶-۲۰-۱۴-۸-۲

مولفه ۴: ریز مقیاس تسلط بر محیط: ۸۱-۷۵-۶۹-۶۳-۵۷-۵۱-۴۵-۳۹-۳۳-۲۷-۲۱-۱۵-۹-۳

مولفه ۵: ریز مقیاس زندگی هدفمند: ۸۳-۷۷-۷۱-۶۵-۵۹-۵۳-۴۷-۴۱-۳۵-۲۹-۲۳-۱۷-۱۱-

مولفه ۶: ریز مقیاس رشد فردی ۸۲-۷۶-۷۰-۶۴-۵۸-۵۲-۴۶-۴۰-۳۴-۲۸-۲۲-۱۶-۱۰-۴

| ابعاد | نمرات بالا | نمرات پایین |
|--------------------------------|--|---|
| زیر مقیاس خودپذیرش | آزمودنی در مورد خود احساس نارضایتی دارد؛ نسبت به آنچه که در گذشته اتفاق افتاده است، نا امید و نگران است؛ شخص آرزو می کند که نسبت به آنچه که هست تغییر کند. | او نگرش مثبتی به خود دارد و خصوصیات مثبت و منفی خود را قبول می کند؛ و در مورد گذشته خود احساس مثبتی دارد. |
| زیر مقیاس روابط مثبت با دیگران | آزمودنی تنها با افراد محدودی رابطه نزدیک و اعتماد آمیز دارد؛ پذیرش یا ایجاد رابطه برای او مشکل است و بنابراین منزوی است و همچنین در ایجاد روابط بین فردی ناامید می باشد؛ و نسبت به حفظ رابطه با افراد مهم زندگی بی تفاوت است | آزمودنی رابطه گرم و اعتماد آمیزی با دیگران دارد؛ او به رفاه و آسایش دیگران توجه کرده و نگران است؛ توانایی همدلی، و صمیمیت با دیگران را دارد؛ روابط داد و ستد بین انسان‌ها را درک می کند |
| زیر مقیاس خودمختاری | آزمودنی به شدت در مورد انتظارات و ارزیابی‌های دیگران در مورد خودش نگران است؛ در گرفتن تصمیمات مهم به قضاوت دیگران اعتماد می کند | آزمودنی مستقل است و در تصمیمات به خود اتکا می کند؛ قادر است در مقابل فشارهای اجتماعی مقاومت کند؛ خود را به وسیله ارزش‌های شخصی ارزیابی می کند. |

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <p>آزمودنی توانایی لازم را برای مدیریت محیط در خود می‌بیند؛ از فرصت‌هایی که در اختیار دارد به خوبی استفاده می‌کند؛ قادر است شرایط و موقعیت‌هایی را که مناسب نیازها و ارزش‌ها او هستند انتخاب کرده و یا ایجاد نمایند.</p> | <p>آزمودنی در مدیریت کاروبار روزانه دچار مشکل می‌شود؛ او در تغییر و اصلاح موقعیت‌ها و بافتی که شرایط را برای او سخت کرده است، احساس ناتوانی می‌کند؛ او نسبت به فرصت‌هایی که می‌تواند از آن استفاده کند آگاه نیست؛ در کنترل دنیایی بیرون احساس ناتوانی می‌کند.</p> | <p>زیر مقیاس تسلط بر محیط</p> |
| <p>آزمودنی برای خود اهدافی را در زندگی تعیین می‌کند، به زندگی در حال و گذشته اش معنا می‌بخشد. همچنین باورهایی دارد که زندگی را برای او هدفدار می‌کند.</p> | <p>آزمودنی معنایی برای زندگی خود نمی‌یابد؛ اهداف کمی را برای خود در نظر می‌گیرد. در زندگی گذشته خود هیچ هدفی را نمی‌یابد؛ هیچ باور و اعتقادی که باعث ایجاد معنا در زندگی او شود، ندارند.</p> | <p>زیر مقیاس زندگی هدفمند</p> |
| <p>آزمودنی حس پیشرفت را در خود تداوم می‌بخشد؛ تجارب جدید را با آغوش باز می‌پذیرد؛ به توانایی‌های خود در حد معقول و واقعی می‌نگرد؛ رشد و پیشرفت را برای خود در تمام مراحل زندگی در نظر می‌گیرد.</p> | <p>آزمونی احساس رکود شخصی کرده؛ رشد و پیشرفت را برای خود متصور نیست. احساس خستگی می‌کند و به زندگی نیز بی‌علاقه است؛ در مقابل رفتارها و نگرش‌های جدید احساس ناتوانی می‌کند.</p> | <p>زیر مقیاس رشد فردی</p> |

اعتبار

قابلیت اعتماد مقیاس تدوین شده بهزیستی روانشناختی از طریق دو روش همسانی درونی و باز آزمایی مورد سنجش قرار گرفته است. به منظور برآورد همسانی درونی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردیده است، ضریب قابلیت اعتماد کل مقیاس ۰/۹۴ است. این ضریب در آزمون‌های فرعی بین ۰/۹۰ و ۰/۶۲ بدست آمده است. مقیاس تدوین شده بهزیستی روانشناختی در دو نوبت به فاصله زمانی دو هفته بر روی گروه واحدی از آزمودنی‌ها اجرا گردیده است. ضریب همبستگی بدست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۶، برای خرده آزمون‌های بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح ($a < 0/01$) معنی‌دار است.

روایی

روایی مقیاس بهزیستی روانشناختی به دو طریق بررسی گردید، که یکی روایی محتوا و دیگری روایی سازه بوده است. شواهد و ابسته به محتوا: مقیاس تدوین شده بهزیستی روانشناختی و ابعاد و مولفه‌های آن در اختیار اساتید، کارشناسان و محققان مربوطه قرار گرفته و باتوجه به چارچوب نظری معتبر و روا شناخته شده است. شواهدی مربوط به روایی سازه: روایی سازه آزمون به دو روش بررسی گردیده: محاسبه ضریب همبستگی کل آزمون با خرده آزمون‌ها و تحلیل عاملی. الف) محاسبه ضریب همبستگی کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها: آزمون بهزیستی روانشناختی با شش خرده آزمون خود همبستگی بالایی دارد و تنها خرده آزمون‌های رشد و بالندگی فردی همبستگی دارند، که نشان از روایی نسبتاً مطلوب این مقیاس است.

ب) تحلیل عاملی: طبق نتایج تحلیل عاملی که به روش PC چرخش متمایل (اوبلمین) بدست آمده است مقیاس بهزیستی روانشناختی اشباع شده است (زنجان طبعی، ۱۳۸۳).

روش اجرا

به منظور اجرای این پژوهش، با اعلان یک فراخوان جهت شرکت در طرح پژوهشی رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی از بین زوجین آنهایی که در مؤلفه‌های ریف نمره کمتری در پرسشنامه به دست آورند از بین آنان تعداد ۳۶ نفر (۱۸ زوج) به عنوان نمونه داوطلب در نظر گرفته شد و به صورت تصادفی به گروه گواه و گروه آزمایش تقسیم شدند اما با ریزش نمونه نهایت به ۲۸ زوج که در دو گروه ۱۴ زوجی آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی در طی ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای، یک یا دو بار در هفته در معرض رویکرد ذهن‌آگاهی از تاریخ ۱۳۹۴/۰۹/۰۱ تا ۱۳۹۴/۱۱/۰۱ قرار گرفت و گروه کنترل درمانی را دریافت نکرد. پیش از اعمال متغیر مستقل، بهزیستی روانشناختی هر دو گروه از طریق پرسشنامه ریف مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌های حاصل از پژوهش تجزیه و تحلیل گردید. اهداف جلسات:

۱. آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه
 ۲. توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند
 ۳. مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند
 ۴. جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی
 ۵. تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از افسردگی یا موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه
 ۶. آگاه شدن از علایم هشداردهنده افسردگی
 ۷. آگاهی از تغییرات جزئی خلق
- خلاصه شرح جلسات آموزشی (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

جلسه اول:

اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی مشکل. نیم ساعت اول این جلسه برای اجرای پیش‌آزمون اختصاص داده شد. بعد از اجرای پیش‌آزمون در مورد روش آموزش کاهش تعارض زوجین مبتنی بر ذهن‌آگاهی و نقش آن در سلامت و بهزیستی با شواهد پژوهشی توضیحاتی داده می‌شود.

جلسه دوم:

این آموزش تن‌آرامی: در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، در مورد تن‌آرامی (تنش و آرامش دادن به عضلات) و نحوه نشستن در تن‌آرامی و عضلانی که باید تحت تن‌آرامی قرار بگیرند، توضیحاتی داده شد. بعد از آن تن‌آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات بدن با چشمان بسته و به صورت زیر اجرا شد: تن‌آرامی برای ساعد (۵ دقیقه) و بازو (۵ دقیقه)، عضلات پشت ساق پا و ساق پا (۱۵ دقیقه)، ران (۱۵ دقیقه)، شکم و سینه (۱۵ دقیقه)، شانه‌ها و گردن (۱۵ دقیقه)، لب‌ها و آرواره‌ها (۱۰ دقیقه)، چشم‌ها و قسمت بالا و پایین پیشانی (۱۰ دقیقه). لازم به ذکر است که بعد از اجرای تن‌آرامی برای هر گروه از عضلات آزمودنی‌ها به مدت ۲ دقیقه چشمان خود را باز می‌نمودند تا از بخواب رفتن آن‌ها جلوگیری شود.

جلسه سوم:

در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، جلسه قبل تن‌آرامی برای عضلات اما در ۶ گروه از عضلات چشم بسته و به صورت زیر اجرا شد: تن‌آرامی برای دست‌ها و پاها (۱۰ دقیقه)، پاها و ران‌ها (۱۰ دقیقه)، شکم و سینه (۲۰ دقیقه)، گردن و شانه‌ها

(۲۰ دقیقه)، آرواره‌ها و لبه ا (۱۰ دقیقه)، و پیشانی و چشم‌ها (۲۰ دقیقه) لازم به ذکر است که بعد از اجرای تن‌آرامی برای هر گروه از عضلات همانند جلسه قبل آزمودنی‌ها به مدت ۲ دقیقه چشمان خود را باز می‌نمودند تا از بخواب رفتن آن‌ها جلوگیری شود. در پایان جلسه به آزمودنی‌ها یک تکلیف خانگی داده شد که تا جلسه قبل حداقل یکبار تکنیک تن‌آرامی را از طریق تنش دادن و آرامش دادن به عضلات در مدت ۲۰ دقیقه انجام دهند و نحوه آموزش ساده آن بر روی یک برگه به هر کدام از آزمودنی‌ها داده شد.

جلسه چهارم:

در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، آموزش توجه به تنفس آموزش داده شد. بعد از آشنایی با نحوه ذهن‌آگاهی تنفس تکنیک‌هایی از قبیل دم و بازدم همراه آرامش و حتی گفتن آرامش و کلمات آرام بخش در هنگام دم و بازدم، بدون تفکر در مورد چیز دیگر و تماشای تنفس با چشمان بسته از طریق مراحل زیر آموزش داده شد؛

مرحله اول؛ آموزش راحت و آرام نشستن روی کف زمین و عمود نگه داشتن ستون فقرات و تمرین و یادگیری آن (۱۵ دقیقه).

مرحله دوم؛ دو و بازدم معمولی همراه با دم و بازدم عمیق‌تر از بارهای قبل (۱۵ دقیقه).

مرحله سوم؛ توجه به عبور و خروج هوا هنگام دم و بازدم و کنترل کردن آن و توجه به حرکات قفسه سینه و شکم هنگام دم و بازدم (۱۵ دقیقه).

مرحله چهارم؛ تکرار کلمات آرام بخش در ذهن هنگام دم و بازدم (مثلاً چقدر من راحت نفس می‌کشم، قفسه سینه من در حال آرامش است و...) (۱۵ دقیقه). لازم به ذکر است در این جلسه بین هر کدام از مراحل بالا جهت جلوگیری از خواب آزمودنی‌ها ۲ تا ۳ دقیقه استراحت داده شد. در پایان این جلسه نیز یک تکلیف خانگی به افراد گروه داده شد. به این صورت که از آن‌ها خواسته شد که تکنیک دم و بازدم عمیق را قبل از به خواب رفتن در منزل انجام دهند و در صورت لزوم آنرا همراه یکی از افراد خانواده تمرین کنند.

جلسه پنجم

بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، در جلسه پنجم آموزش تکنیک پویس بدن آموزش داده شد که در آن مراحل زیر با حالت چشم بسته به ترتیب اجرا شد:

مرحله اول؛ تکنیک توجه به حرکت شکم و قفسه سینه هنگام تنفس (۲۰ دقیقه).

مرحله دوم؛ تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها جهت آگاهی عمده از اتمام اعضای بدن مانند دست‌ها، پاها، چشم‌ها، دهان، گوش‌ها، و پوست (۲۰ دقیقه).

مرحله سوم؛ جستجوی حس شنوایی از طریق گوش دادن به صداهای اطراف مخصوصاً صدای پای آموزش دهنده و گوش دادن به صدای انگشت آموزش دهنده و توجه دقیق به صدای تنفس خویش بدون توجه به چیز دیگر (۲۰ دقیقه).

مرحله چهارم و پنجم؛ جستجوی حس بویایی و چشایی از طریق بوییدن و چشیدن شیرینی (۲۰ دقیقه). در این جلسه به هر کدام از افراد گروه یک شیرینی داده شد که در ابتدا به مدت ۵ دقیقه بوییدن شیرینی و احساسات بویایی آن آموزش داده شد. سپس جهت آگاهی و توجه به حس چشایی با خوردن شیرینی به صورت آرام، شبیه حرکت آهسته در فیلم، آموزش داده شد. به این معنی که با خوردن شیرینی، آزمودنی‌ها فقط به مزه و حالت خوردن شیرینی توجه نمودند. البته در این جلسه همانند جلسات قبل بین هر کدام تا ۵ دقیقه استراحت داده شد. بعد از استراحت، آزمودنی‌ها در مورد تکنیک بعدی توجه شدند. در پایان این جلسه نیز یک تکلیف خانگی به افراد گروه داده شد. به این صورت که از آن‌ها خواسته شد که حداقل یکبار در هنگام غذا خوردن تکنیک آگاهی از حس چشایی را تمرین کنند و در صورت لزوم آن را به همراه خانواده تمرین کنند.

جلسه ششم

بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، در این جلسه ذهن‌آگاهی در مراحل زیر آموزش داده شد.

مرحله اول؛ متمرکز کردن توجه به ذهن تفکر در مورد چیز دیگر، از طریق متمرکز شدن به یک نقطه ذهنی با یک علامت ضربدر روی یک برگه A₄ (۱۵ دقیقه).

مرحله دوم؛ در این مرحله یک فکر منفی در مورد خویشتن از طریق آموزش دهنده به افراد القا می‌شود (۳۰ دقیقه)؛ مثلاً گروه تصور کنند که در دو سه فعالیت شخصی (مثلاً دویدن، راه رفتن، خوردن و...) احساس ناتوانی کنند و نسبت به خود دچار احساس بدبینی هستند. چند مرتبه این فکر به ذهن آورده شد و توجه به این فکر در دستور توجه قرار گرفت و بر اساس دستورات آموزشی آموزش دهنده به فکر خاتمه داده شد. در این مرحله آزمودنی‌ها سعی می‌کردند که بدون قضاوت فکر را بپذیرند و فقط و فقط با آن توجه کنند.

مرحله سوم؛ در این مرحله یک فکر مثبت در مورد خویشتن از طریق آموزش دهنده به ذهن افراد آورده می‌شود (۳۰ دقیقه)؛ مثلاً گروه احساس می‌کردند که در دو سه فعالیت شخصی (مانند راه رفتن، خرید نان و...) احساس توانمندی بالایی دارند و به آسانی آن فعالیت را انجام می‌دهند. چند مرتبه آن فکر به ذهن آورده شد و توجه به این فکر در دستور توجه قرار گرفت و بر اساس دستورات آموزشی آموزش دهنده به فکر خاتمه داده شد. در این مرحله آزمودنی‌ها سعی می‌کردند بدون قضاوت، فکر و تصور مثبت در مورد خویش را بپذیرند و فقط و فقط به آن توجه عمیق کنند. در این جلسه مانند جلسات قبلی، نیز از مرحله اول آزمودنی‌ها به مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه استراحت نمودند.

جلسه هفتم

ذهن‌آگاهی کامل؛ در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ (هر کدام به مدت ۲۰ الی ۳۰ دقیقه) تکرار شد. این جلسات به صورت زیر آموزش داده شد؛ مرحله اول؛ دم و بازدم معمولی همراه یا دم و بازدم عمیق‌تر از دفعات قبل (۸ دقیقه)، توجه به عبور و خروج هوا هنگام دم و بازدم و کنترل کردن آن و توجه به حرکات قفسه سینه و شکم هنگام تنفس (۸ دقیقه)، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن گاهی عمدی از اعضای بدن مانند دست‌ها، پاها، چشم‌ها، دهان، پوست (۱۰ دقیقه)، جستجو حس شنوایی از طریق گوش دادن به صداهای اطراف مخصوصاً صدای پای آموزش دهنده و گوش دادنه به صدای انگشت آموزش دهنده (۸ دقیقه)، اعمال شد. در این جلسه همانند جلسات قبل بین هر کدام از مراحل استراحت ۲ الی ۵ دقیقه داده شد. در پایان این جلسه از افراد گروه خواسته شد که تکنیک دم و بازدم عمیق قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه و تکنیک آگاهی از حس چشایی از طریق خوردن غذا به مدت ۲۰ دقیقه به عنوان تکلیف خانگی انجام دهند.

جلسه هشتم

در این جلسه جهت پایان دادن به جلسات و اجرای پس‌آزمون از آزمودنی‌ها خواسته شد که تکنیک‌های موجود در آموزش ذهن‌آگاهی را در زندگی روزمره خود انجام دهند و از این طریق به بهبود سلامتی خویش کمک نمایند در این جلسه اجرای پس‌آزمون انجام شد.

ملاحظات اخلاقی:

در ابتدای ورود هر یک از افراد به این طرح پژوهشی و قبل از پر کردن پرسشنامه، از آن‌ها رضایت نامه اخذ گردید که از اطلاعات شخصی و خانوادگی آن‌ها با حفظ اصول رازداری استفاده می‌شود.

تجزیه و تحلیلی داده‌ها

پس از جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه، عملیات کدگذاری صورت پذیرفت و با ایجاد یک فایل در نرم افزار spss اطلاعات جمع‌آوری شده وارد رایانه شد، سپس با استفاده از نرم افزار فوق عملیات داده پردازشی صورت گرفت. برای توصیف تجزیه و تحلیل داده‌ها از فنون آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

در بخش آمار توصیفی، نمرات خام آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل مرتب شدند و میانگین، انحراف استاندارد و میانگین خطای استاندارد، تفاضل نمرات گروه آزمایشی و کنترل تعیین شدند. در بخش آمار استنباطی، از تحلیل کوواریانس (MANCOVA) استفاده شد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده شد مقدار F بدست آمده برای تفاوت بین گروه‌ها $۶/۵۱۶$ با درجه آزادی ۱ و ۲۵ در سطح $p < ۰/۰۱۷$ معنی دار می‌باشد. در نتیجه فرضیه اول پژوهش تایید شده است و رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض تاثیر معنی داری نشان داده است. حجم اثر که با مجذور ایتا (η^2) نمایش داده شده است $۰/۲۰۷$ به دست آمده که حکایت از تاثیر قوی متغیر مستقل بر گروه آزمایش دارد. نتایج بررسی متغیر کووریت نیز نشان می‌دهد که اجرای پیش آزمون تاثیر معنی‌داری در فرایند تحقیق داشته است.

فرضیه فرعی اول: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بر خودپذیرش زوجین دچار تعارض مؤثر است.

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه خود پذیرش گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $۰/۳۴۲$ در سطح $p > ۰/۹۰۵$ معنی دار نیست، در واقع نمرات گروه آزمایش تفاوت چندانی با نمرات گروه کنترل ندارد و این فرضیه رد می‌شود.

نتایج بدست آمده از پژوهش با پژوهش‌های امیدبیکي و همکاران (۱۳۹۳)، احمدوند و همکاران (۱۳۹۱)؛ بایر و همکاران (۲۰۰۸) نا همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه بهزیستی روانشناختی بر خودپذیرش تأثیر چندانی بر آن نداشته است. محقق معتقد است که بخاطر دوره درمان کوتاه مدت این رویکرد نتوانست بر خودپذیرش زوجین تأثیر مثبت داشته باشد و نیاز به دوره طولانی مدت جلسات دارد. بهزیستی روانی توسط قضاوت درونی فرد در ارتباط با تجارب درونی و شخصی اش تعیین می‌شود و چارچوب داوری بیرونی هنگام ارزیابی بهزیستی ذهنی، اعمال نفوذ نمی‌کند. افزون بر این، بهزیستی روانی بر حالت‌های خلقی موقتی و کوتاه مدت تمرکز ندارد، بلکه بر حالت‌های طولانی مدت تری متمرکز است؛ یعنی اینکه، آنچه اغلب منجر به خوشحالی‌های کوتاه مدت می‌شود، ممکن است منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی طولانی مدت نگردد (ریف و سینگر^{۴۲}، ۲۰۰۲).

آموزش ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض تأثیر دارد. حضور یکی از زوج دچار تعارض، فشار روانی زیادی بر خانواده وارد می‌کند و می‌تواند سلامت روان آنان را به مخاطره بیاندازد. بسیار حائز اهمیت است که زوجین با نوع احساسات خود با یکدیگر آشنا شوند. برای سازش با یکدیگر نیاز دارند که احساس نسبتاً خوبی در مورد خود پیدا کنند. زندگی، ازدواج و کار هر دو زوج ایجاب می‌کند تا حدی رضایتمندی را احساس کنند، ممکن است با توجه به این واقعیت که زوج ناسازگار دارند احساس غم و ناراحتی کنند، اما نیازی نیست کل زندگی آن‌ها را هاله‌ای از غم فرا گیرد.

امیدبیکي، م؛ خلیلی، ش؛ غلامعلی لواسانی، م؛ قربانی، ن. (۱۳۹۳). رابطه ذهن‌آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایتمندی زناشویی، این پژوهش نشان داد که بین ذهن‌آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایت زناشویی رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد و

⁴² - Ryff & Singer

مهارت‌های خودآگاهی (خودشناسی منسجم و ذهن‌آگاهی) می‌توانند تغییرات رضایتمندی زناشویی را پیش بینی کنند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مهارت‌های خودآگاهی از عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی هستند نتیجه بدست آمده با نتایج احمدوند و همکاران (۱۳۹۱) ناهمسو می‌باشد زیرا نتایج بدست آمده از پژوهش احمدوند و همکاران نشان داد که می‌توان با افزایش ذهن‌آگاهی افراد بهزیستی روانشناختی مبنی بر خوپذیرش آن‌ها را افزایش داد. عامل توصیف بالاترین همبستگی را با نمره کل بهزیستی روانشناختی نشان داده است که این نتیجه با نتیجه بائر و همکاران (۲۰۰۴) ناهمسو است. از بین ۵ عامل ذهن‌آگاهی تن‌ها عامل مشاهده با نمره کل بهزیستی همبستگی معنادار به دست نداده است. این نتیجه منطبق با نتیجه ای است که بائر و همکاران (۲۰۰۸) به دست آوردند. در پژوهش آن‌ها همبستگی عامل مشاهده و بهزیستی در دو گروه دانشجویان و افراد با تحصیلات بالا معنادار به دست نیامد ولی این همبستگی در گروه با تجربه مدیتیشن معنادار به دست آمد به همین دلیل بائر و همکاران (۲۰۰۸) به نقل از احمدوند و همکاران، (۱۳۹۱) معتقدند که تمایل به توجه به محرک‌های بیرونی و درونی به طور قوی تنها در گروه با تجربه مدیتیشن با بهزیستی در ارتباط است نه در گروه‌های دیگر. همچنین همبستگی بین مجموع ۵ عامل ذهن‌آگاهی و نمره کل بهزیستی به دست آمده است که نشان‌دهنده روانشناختی ۰/۶۲ ارتباط قوی این دو سازه می‌باشد.

کامینز و نیستیکو^{۴۳} (۲۰۰۲)، بر این باورند که ارجاع شناختی مثبت نسبت به خود، احساس رضایت را ایجاد می‌کند و رضایت از خود قوی‌ترین پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی^{۴۴} است. صفات شخصی مانند خویشتن‌پذیری^{۴۵}، تسلط بر محیط، عزت نفس، اعتماد به خود^{۴۶} و انرژی، احساس کنترل فردی، اجتماعی بودن و خوش بینی و علاوه بر آن انتظار کنترل با بهزیستی روانی ارتباط چشمگیری دارد. داشتن ارتباط اجتماعی خوب و احساس معنی همبستگی مثبتی با بهزیستی روانی دارند (دینر، ۱۹۸۴؛ دینر و دینر، ۱۹۹۵؛ دینر و فوجیتا^{۴۷}، ۱۹۹۵؛ میرز^{۴۸} و دینر، ۱۹۹۵؛ ریف، ۱۹۸۹).

فرضیه فرعی دوم: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بر روابط مثبت با دیگران زوجین دچار تعارض مؤثر است.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه روابط مثبت گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار ۸/۰۳۴- در سطح $p < 0/011$ معنی دار است به گونه ای که نمرات گروه آزمایش بیشتر می‌باشد که نشان دهنده رشد نمرات مولفه روابط مثبت در فرایند مداخله می‌باشد. پ

جوبنه و همکاران (۱۳۹۴)، شریفی (۱۳۹۳)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۳)، امیدبیککی و همکاران (۱۳۹۳)، حبیبی و همکاران (۱۳۹۳)، کاظمیان (۱۳۹۳)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، مقتدائی و همکاران (۱۳۹۲)، برجعلی (۱۳۹۲)، رستمی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۲)، ملکی و همکاران (۱۳۹۲)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۲)، امیدی و همکاران (۱۳۹۲)، آقا باقری و همکاران (۱۳۹۱)، احمدوند و همکاران (۱۳۹۱)، غلامی (۱۳۹۱)، شهرستانی و همکاران (۱۳۹۱)، اورکی و همکاران (۱۳۹۱)، حکیمی و همکاران (۱۳۹۱)، مطهری و همکاران (۱۳۹۱)، نجاتی و همکاران (۱۳۹۰)، رزاقی الوندی و همکاران (۱۳۹۰)، میتچل و همکاران (۲۰۱۵)؛ ویلیامز و کانو (۲۰۱۴)؛ مارسلو، دمارزو، منتومارین، استین، سبولا، پرو وینشالو گاریکا-کامپایو (۲۰۱۴)؛ کی ورس، ناپ، روگلی، دیکنس، بلاد و کاونتری (۲۰۱۴)؛ بلوث و همکاران (۲۰۱۳)؛ شریل. م. گرین و همکاران (۲۰۱۲)، لیندا و کارلسون (۲۰۱۲)؛ آلبرت چيسا و الساندرو سرتی از انستیتو

⁴³ - Cummins & Nistico

⁴⁴ - Subjective quality of life

⁴⁵ - Self-acceptance

⁴⁶ - Self confidence

⁴⁷ - Fujita

⁴⁸ - Myers

روانپزشکی ایتالیا (۲۰۱۱)، کریستلر و ولوور (۲۰۱۱)؛ باگلس، لتون و رستیفو (۲۰۱۰)؛ میچلاک، هایدنریچ، میبیرت، اسچولت (۲۰۰۸)؛ همسو است.

سودلو و هوبنر^{۴۹} (۲۰۰۴)، نشان داده اند که سطوح بالای رضایت از زندگی در نوجوانان احتمال بروز مشکلات برون نمود بعدی را کاهش می‌دهد. نوجوانانی که سطح رضایت از زندگی پایینی دارند، در آن‌ها خطر بروز مشکلات روانشناختی و اجتماعی مانند افسردگی و روابط ناسازگارانه با دیگران بالاست (فار و فاندرا^{۵۰}، ۱۹۹۸). رضایت از زندگی به طور منفی با مشکلات روانی و رفتاری درون نمود و برون نمود در میان نوجوانان مانند نزاع فیزیکی، حمل اسلحه، افسردگی، اضطراب، روان رنجورخویی^{۵۱}، احساس تنهایی و مشکلات انضباطی مدرسه از نظر معلم رابطه دارد (سودلو و هوبنر، ۲۰۰۴؛ الویس^{۵۲} و همکاران، ۲۰۰۱). برگمن و اسکات^{۵۳} (۲۰۰۱)؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲). رابطه بین بهزیستی روانشناختی و رفتارهای پر خطر را شناسایی کرده‌اند.

شخصیت اغلب به ترکیب ساختار یافته از نگرش‌ها، انگیزه‌ها و رفتارهای بی‌همتای فرد اشاره دارد و ترکیبی از رگه‌ها یا ویژگی‌هایی شخصیتی مانند اجتماعی بودن، استقلال و سلطه‌پذیری است (سیگلمن و ریدر^{۵۴}، ۲۰۰۶). وجود و فقدان این ویژگی‌ها و میزان پایداری شان تعیین می‌کنند که برخی از افراد بیشتر از دیگران از سلطه بالای بهزیستی روانی شان لذت ببرند.

کامینز و نیستیکو^{۵۵} (۲۰۰۲)، بر این باورند که ارجاع شناختی مثبت نسبت به خود، احساس رضایت را ایجاد می‌کند و رضایت از خود قوی‌ترین پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی^{۵۶} است. صفات شخصی مانند خویش‌پنداری^{۵۷}، تسلط بر محیط، عزت نفس، اعتماد به خود^{۵۸} و انرژی، احساس کنترل فردی، اجتماعی بودن و خوش بینی و علاوه بر آن انتظار کنترل با بهزیستی روانی ارتباط چشمگیری دارد. داشتن ارتباط اجتماعی خوب و احساس معنی همبستگی مثبتی با بهزیستی روانی دارند (دینر، ۱۹۸۴؛ دینر و دینر، ۱۹۹۵؛ دینر و فوجیتا^{۵۹}، ۱۹۹۵؛ میرز^{۶۰} و دینر، ۱۹۹۵؛ ریف، ۱۹۸۹).

فرضیه فرعی سوم: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بر خودمختاری زوجین دچار تعارض مؤثر است.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه روابط مثبت گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار ۵/۵۷۴- در سطح $p < 0/024$ معنی دار است به گونه‌ای که نمرات گروه آزمایش بیشتر می‌باشد که نشان دهنده رشد نمرات مولفه خود مختاری در فرایند مداخله می‌باشد.

جوبنه و همکاران (۱۳۹۴)، شریفی (۱۳۹۳)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۳)، امیدبیک و همکاران (۱۳۹۳)، حبیبی و همکاران (۱۳۹۳)، کاظمیان (۱۳۹۳)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، مقتدائی و همکاران (۱۳۹۲)، برجلی (۱۳۹۲)، رستمی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۲)، ملکی و همکاران (۱۳۹۲)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۲)، امیدی و همکاران (۱۳۹۲)، آقاباقری و همکاران (۱۳۹۱)، احمدوند و همکاران (۱۳۹۱)، غلامی (۱۳۹۱)، شهرستانی و همکاران (۱۳۹۱)، اورکی و همکاران (۱۳۹۱)، حکیمی و همکاران (۱۳۹۱)، مطهری و همکاران (۱۳۹۱)، نجاتی و

⁴⁹ - Suldo & Huebner

⁵⁰ - Furr & Funder

⁵¹ - neuroticism

⁵² - Valois

⁵³ - Bergman & Scott

⁵⁴ - Sigelman & Rider

⁵⁵ - Cummins & Nistico

⁵⁶ - Subjective quality of life

⁵⁷ - Self-acceptance

⁵⁸ - Self confidence

⁵⁹ - Fujita

⁶⁰ - Myers

همکاران (۱۳۹۰)، رزاقی الوندی و همکاران (۱۳۹۰)، میتچل و همکاران (۲۰۱۵)؛ ویلیامز و کانو (۲۰۱۴)؛ مارسلو، دمارزو، منتومارین، استین، سبولا، پرو وینشالو گاریکا-کامپایو (۲۰۱۴)؛ کی ورس، ناپ، روگلی، دیکنس، بلاد و کاونتری (۲۰۱۴)؛ بلوث و همکاران (۲۰۱۳)؛ شریل. م. گرین و همکاران (۲۰۱۲)، لیندا و کارلسون (۲۰۱۲)؛ آلبرت چيسا و الساندرو سرتی از انستیتو روانپزشکی ایتالیا (۲۰۱۱)، کریستلر و ولوور (۲۰۱۱)؛ باگلس، لتونن و رستیفو (۲۰۱۰)؛ میچلاک، هایدنریچ، میبرت، اسچولت (۲۰۰۸)؛ همسو است.

شریفی درآمدی، پ. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی در افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی، نتایج این پژوهش نشان داد که تحلیل داده‌ها با استفاده از روش T گروه‌های مستقل، مجذور کای و تحلیل واریانس چند متغیری نشان دادند که میزان اختلال‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در گروه آزمایش کاهش یافت. همچنین در گروه آزمایش افزایش عاطفه مثبت مشاهده شد ولی در گروه کنترل مشاهده نشد. درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود اختلال‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی مؤثر است.

باگلس، لتونن و رستیفو^{۶۱} (۲۰۱۰)؛ در پژوهش حضور ذهن والدین در سلامت روان یافته‌ها نشان داد که با استفاده از ذهن‌آگاهی اثرات مفیدی در موارد زیر برای والدین داشته است: (۱) کاهش استرس والدین و در نتیجه واکنش والدین؛ (۲) کاهش دغدغه والدین ناشی از آسیب شناسی روانی والدین و / یا فرزند؛ (۳) بهبود عملکرد در پدر و مادر (ضربه اجرایی والدین)؛ (۴) شکستن چرخه انتقال بین نسلی از طحاره ناکارآمد پدر و مادر و عادات؛ (۵) افزایش توجه خود به تغذیه؛ و (۶) بهبود عملکرد زناشویی و همکاری پدر و مادر در تربیت فرزندان. بهزیستی روانی داراری پیامدهای مثبتی است و به عنوان مانعی در برابر پیامدهای منفی عمل می‌کند (پارک^{۶۲}، ۲۰۰۴). افرادی که شادند و از زندگی رضایت دارند مسایل شان را به خوبی حل می‌کنند، عملکرد شغلی بهتری دارند، روابط اجتماعی معنی داری بر قرار می‌کنند و فضایل اخلاقی همچون بخشش و سخاوت نشان می‌دهند، خلق و خوی سازگارتی دارند، و در برابر استرس مقاومند. این افراد بیشتر داوطلب می‌شوند و خود را درگیر رفتارهای کاری مثبت می‌کنند و سلامت جسمانی و روانی بهتری دارند (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۲؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲).

فرضیه فرعی چهارم: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بر تسلط بر محیط زوجین دچار تعارض مؤثر است.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه تسلط بر محیط گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $2/541 -$ در سطح $p > 0/34$ معنی دار نیست، به عبارت دیگر گروه آزمایش تفاوت چندانی با نمرات گروه کنترل ندارد و این فرضیه رد می‌شود.

جوبنه و همکاران (۱۳۹۴)، شریفی (۱۳۹۳)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۳)، امیدبیککی و همکاران (۱۳۹۳)، حبیبی و همکاران (۱۳۹۳)، کاظمیان (۱۳۹۳)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، مقتدائی و همکاران (۱۳۹۲)، برجلی (۱۳۹۲)، رستمی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۲)، ملکی و همکاران (۱۳۹۲)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۲)، امیدی و همکاران (۱۳۹۲)، آقا باقری و همکاران (۱۳۹۱)، احمد وند و همکاران (۱۳۹۱)، غلامی (۱۳۹۱)، شهرستانی و همکاران (۱۳۹۱)، اورکی و همکاران (۱۳۹۱)، حکیمی و همکاران (۱۳۹۱)، مطهری و همکاران (۱۳۹۱)، نجاتی و همکاران (۱۳۹۰)، رزاقی الوندی و همکاران (۱۳۹۰)، میتچل و همکاران (۲۰۱۵)؛ ویلیامز و کانو (۲۰۱۴)؛ مارسلو، دمارزو، منتومارین، استین، سبولا، پرو وینشالو گاریکا-کامپایو (۲۰۱۴)؛ کی ورس، ناپ، روگلی، دیکنس، بلاد و کاونتری (۲۰۱۴)؛ بلوث و همکاران (۲۰۱۳)؛ شریل. م. گرین و همکاران (۲۰۱۲)، لیندا و کارلسون (۲۰۱۲)؛ آلبرت چيسا و الساندرو سرتی از انستیتو

⁶¹ - Bögels, Lehtonen., and Restifo

⁶² - Park

روانپزشکی ایتالیا (۲۰۱۱)، کریستلر و ولور (۲۰۱۱)؛ باگلس، لتونن و رستیفو (۲۰۱۰)؛ میچلاک، هایدنریچ، مبرت، اسچولت (۲۰۰۸)؛ ناهمسو است.

کارمودی و بائر (۲۰۰۷)، به نقل از احکدوند، (۱۳۹۱) معتقدند که انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن‌آگاهی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن، و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این عامل‌ها نیز خود باعث رشد بهزیستی روانشناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روانشناختی می‌شود. در حقیقت وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد توانایی ما برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه ما می‌توانیم خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنیم و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشویم، بلکه می‌توانیم از اطلاعات برخورداریم از این حالت‌ها استفاده کنیم و با هیجانات همراه باشیم و در نتیجه بهزیستی روانشناختی خود را افزایش دهیم (شاپیرو، ۲۰۰۶؛ به نقل از احمدوند، (۱۳۹۱). که با نتایج پژوهش حاضر ناهمسو می‌باشد.

برخی از پژوهشگران نیز بر این باورند که بهزیستی به وسیله فرایند پویا، پیچیده و چند بعدی که توسط فرد تجربه می‌شود، تعیین می‌گردد. عوامل محیطی و بازخوردهای اجتماعی همراه با ویژگی‌های شخصیتی فرد، همگی ترکیب می‌شوند تا سرانجام منجر به بهزیستی روانی گردند که فرد آن را تجربه می‌کند (سیلگمن و ریدر، ۲۰۰۶). تغییر در هر یک ابعاد جسمی، معنوی^{۶۳}، روانی، اجتماعی، هیجانی و عقلانی^{۶۴}، بهزیستی، سایر ابعاد بهزیستی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دان^{۶۵}، ۱۹۶۱؛ به نقل از علیزاده، (۱۳۹۲). در مجموع می‌توان گفت که چشم‌اندازهای مختلف بهزیستی روانی فرد بر اساس تعامل فرد با محیط شخصی اطرافش تعیین می‌شود. گرچه در این پژوهش بعلاوه مدت بودن جلسات درمان پژوهشگر فرضیه‌اش رد می‌گردد محقق معتقد است با کمی طولانی کردن جلسات امید به تأثیر این رویکرد بر مؤلفه بهزیستی روانی مبنی بر تسلط بر محیط خواهد بود.

فرضیه فرعی پنجم: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بر زندگی هدفمند زوجین دچار تعارض مؤثر است.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه زندگی هدفمند گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار ۷/۲۷۲- در سطح $p < 0/016$ معنی دار است به گونه‌ای که نمرات گروه آزمایش بیشتر می‌باشد که نشان دهنده رشد نمرات مولفه زندگی هدفمند در فرایند مداخله می‌باشد.

جوبنه و همکاران (۱۳۹۴)، شریفی (۱۳۹۳)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۳)، امیدبیککی و همکاران (۱۳۹۳)، حبیبی و همکاران (۱۳۹۳)، کاظمیان (۱۳۹۳)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، مقتدائی و همکاران (۱۳۹۲)، برجعلی (۱۳۹۲)، رستمی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۲)، ملکی و همکاران (۱۳۹۲)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۲)، امیدی و همکاران (۱۳۹۲)، آقاباقری و همکاران (۱۳۹۱)، احمدوند و همکاران (۱۳۹۱)، غلامی (۱۳۹۱)، شهرستانی و همکاران (۱۳۹۱)، اورکی و همکاران (۱۳۹۱)، حکیمی و همکاران (۱۳۹۱)، مطهری و همکاران (۱۳۹۱)، نجاتی و همکاران (۱۳۹۰)، رزاقی، الوندی و همکاران (۱۳۹۰)، میتچل و همکاران (۲۰۱۵)؛ ویلیامز و کانو (۲۰۱۴)؛ مارسلو، دمارزو، منتومارین، استین، سبولا، پرو وینشالو گاریکا-کامپایو (۲۰۱۴)؛ کی ورس، ناپ، روگلی، دیکنس، بلاد و کاونتتری (۲۰۱۴)؛ بلوث و همکاران (۲۰۱۳)؛ شریل. م. گرین و همکاران (۲۰۱۲)، لیندا و کارلسون (۲۰۱۲)؛ آلبرت چيسا و الساندرو سرتی از انستیتو روانپزشکی ایتالیا (۲۰۱۱)، کریستلر و ولور (۲۰۱۱)؛ باگلس، لتونن و رستیفو (۲۰۱۰)؛ میچلاک، هایدنریچ، مبرت، اسچولت (۲۰۰۸)؛ همسو است.

سپهوند، ت.؛ رسولزاده طباطبایی، ک.؛ بشارت، م.؛ الهیاری، ع. (۱۳۹۳). مقایسه مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری - دلبستگی با مدل غنی سازی زناشویی انریچ در افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین. نتایج نشان داد که

⁶³ - Spiritual

⁶⁴ - intellectual

⁶⁵ - Dunn

بین میانگین گروه‌ها در هریک از متغیرهای وابسته یعنی مشکلات زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی نیز تفاوت معنادار وجود دارد. به علاوه، مقایسه‌های زوجی کمترین تفاوت معنادار نیز نشان داد که مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری-دلبستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی در هر یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار با گروه کنترل دارند، اما در مقایسه با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند. افراد نیاز دارند تا فکر کنند که مهارت‌های لازم و راه‌های رسیدن به اهداف شان را دارند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۸).

باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند، چگونه به فرصت‌ها و چالش‌های محیطی نگریده شود و کیفیت زندگی هیجانی افراد و آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر استرس و افسردگی را تعیین می‌کند (بندورا^{۶۶}، ۲۰۰۱). عزت نفس افراد بر اساس ترکیب اطلاعات عینی در رابطه با خود فرد و ارزشیابی او از این اطلاعات است (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۲).

فرضیه فرعی ششم: رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بر رشد فردی زوجین دچار تعارض مؤثر است.

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات مولفه خود پذیرش گروه کنترل با آزمایش پس از حذف تاثیر پیش آزمون با مقدار $۳/۸۱ -$ در سطح $p > ۰/۲۷۲$ معنی دار نیست، به عبارت دیگر گروه آزمایش تفاوت چندانی با نمرات گروه کنترل ندارد و این فرضیه رد می‌شود.

جوینده و همکاران (۱۳۹۴)، شریفی (۱۳۹۳)، سپهوند و همکاران (۱۳۹۳)، امیدبیک و همکاران (۱۳۹۳)، حبیبی و همکاران (۱۳۹۳)، کاظمیان (۱۳۹۳)، کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، مقتدائی و همکاران (۱۳۹۲)، برجعلی (۱۳۹۲)، رستمی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۲)، ملکی و همکاران (۱۳۹۲)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۲)، امیدی و همکاران (۱۳۹۲)، آقا باقری و همکاران (۱۳۹۱)، احمدوند و همکاران (۱۳۹۱)، غلامی (۱۳۹۱)، شهرستانی و همکاران (۱۳۹۱)، اورکی و همکاران (۱۳۹۱)، حکیمی و همکاران (۱۳۹۱)، مطهری و همکاران (۱۳۹۱)، نجاتی و همکاران (۱۳۹۰)، رزاقی ووندی و همکاران (۱۳۹۰)، میتچل و همکاران (۲۰۱۵)؛ ویلیامز و کانو (۲۰۱۴)؛ مارسلو، دمارزو، منتومارین، استین، سبول، پرو وینشالو گاریکا-کامپایو (۲۰۱۴)؛ کی ورس، ناپ، روگلی، دیکنس، بلاد و کاونتری (۲۰۱۴)؛ بلوث و همکاران (۲۰۱۳)؛ شریل. م. گرین و همکاران (۲۰۱۲)، لیندا و کارلسون (۲۰۱۲)؛ آلبرت چيسا و الساندرو سرتی از انستیتو روانپزشکی ایتالیا (۲۰۱۱)، کریستلر و ولوور (۲۰۱۱)؛ باگلس، لتون و رستیفو (۲۰۱۰)؛ میچلاک، هایدنریچ، میبرت، اسپولت (۲۰۰۸)؛ ناهمسو است.

نتایج احمدوند و همکاران (۱۳۹۱)؛ از بین عامل‌های ذهن‌آگاهی عامل توصیف و عمل توأم با هوشیاری با همه ابعاد پرسشنامه بهزیستی روانشناختی همبستگی‌های مثبت و معنادار نشان دادند. برجعلی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تعارضات والد-فرزندی در نوجوانان. نتایج آزمون ANCOVA نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تعارضات والد-فرزندی و ابعاد آن (پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی) را در دانش آموزان به طور معناداری کاهش می‌دهد. دیگر یافته‌ها حاکی از آن است که این درمان در افزایش توانایی این پژوهش بر اثر بخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تعارضات والد-فرزند تاکید می‌کند.

اسماعیلی، ز.؛ اسماعیلی، م.؛ آقایی، ا.؛ اسماعیلی، ح.؛ کاکایی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رشد شخصی زنان مبتلا به فشار خون اساسی. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رشد شخصی در زنان مبتلا به فشارخون اساسی در مراحل پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل موثر بود ($P < ۰/۰۱$) و این افزایش در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد ($P < ۰/۰۲$). در مجموع این تحقیق استفاده از مداخله آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی را جهت افزایش رشد شخصی پیشنهاد می‌کند.

خانجانی و عیدی (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه عزت نفس و سلامت روانی با بهزیستی روانشناختی والدین کودکان

عادی و والدین مرزی آموزش پذیر در شهرستان خمینی شهر بود. تعداد نمونه مورد بررسی در این پژوهش ۶۶ نفر بود. ابزارهای اندازه گیری این پژوهش شامل سه نوع پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت، پرسشنامه سلامت روانی GHQ-۲۸ و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی می‌بود. بر اساس نتایج تحقیق نشان داده بود که تفاوت معناداری بین نمره سلامت روانی در والدین دانش آموزان مرزی و دانش آموزان عادی وجود ندارد ($\text{sig}=0/07$) و همچنین عزت نفس والدین دانش آموزان عادی از والدین دانش آموزان مرزی بیشتر است ($\text{sig}=0/004$ و $0/001$) همچنین نمره بهزیستی روانشناختی در بین والدین دانش آموزان عادی بیشتر از والدین دانش آموزان مرزی بوده و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بوده است. ($\text{sig}=0/025$ و $0/017$) بدین معنی که والدین کودکان عادی بهزیستی روانشناختی بیشتری نسبت به والدین کودکان مرزی دارند.

در پژوهش صورت گرفته توسط رزاقی الوندی، ا.؛ پورشریفی، ح.؛ باباپورخلیلی، ج. (۱۳۹۰). تحت عنوان نقش ذهن آگاهی، باورهای غیرمنطقی و سبک‌های حل تعارض بین فردی در رضایت زناشویی زوجین. نتایج بدست آمده نشان داد که بین ذهن آگاهی و باورهای غیرمنطقی و سبک‌های حل تعارض با رضایت زناشویی زوجین رابطه معنی داری وجود دارد. در متغیر ذهن آگاهی، زیر مؤلفه ی مشاهده و عمل آگاهانه دارای بیشترین ارتباط با متغیر باورهای غیر منطقی، زیر مؤلفه‌های درماندگی نسبت به تغییر، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل و وابستگی، و در متغیر سبک‌های حل تعارض، شیوه‌های همدلانه، مهربانانه و سلطه گرانه بیشتر ارتباط را با رضایت زناشویی داشتند.

هویئر و گیلمن^{۶۷} (۲۰۰۷) در واقع رضایت از زندگی یا همان کیفیت زندگی ادراک شده pqqol فردی بالا، به نظر می‌رسد که به عنوان نیرو یا سرمایه روان‌شناختی در بسیاری از کودکان و نوجوانان می‌باشد. بین گزارشات pqqol کلی و اندازه گیری‌های متعدد مشکلات روان‌شناختی درون شخصی و برون شخصی (مثل عزت نفس پایین، امید، اضطراب، کنترل بیرونی و سبک اسناد ناسازگارانه) در نوجوانان همبستگی قابل توجهی دیده شده است. همچنین روابط معناداری بین گزارشات pqqol و انواع رفتارهای پرخطر در نوجوانان (مثل خودکشی، مصرف الکل و مواد، رفتارهای ریسک پذیر جنسی، رژیم غذایی و رفتارهای ورزشی) دیده شده است. همچنین بین گزارشات pqqol و شاخص‌های بیماری جسمی و مشکلات تحصیلی همبستگی مشاهده شده است. افراد نیاز دارند تا فکر کنند که مهارت‌های لازم و راه‌های رسیدن به اهداف شان را دارند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۸). اسنایدر (۲۰۰۰)، نشان داده است که افراد امیدوار نیمرخ‌های شخصیتی خاصی دارند؛ آنان وقتی با شرایط دشواری مواجه می‌شوند، معتقدند که می‌توانند بر این شرایط غلبه کنند و می‌توانند با چالش‌های زندگی کنار بیایند. این افراد گفتگوهای درونی مثبتی دارند و در رسیدن به اهداف شان به جای تمرکز بر شکست‌ها و موانع، بر موفقیت‌هایشان تمرکز می‌کنند. آن‌ها موانع شان را به موانع کوچکتر و قابل کنترل‌تر تقسیم می‌کنند و هیجان‌های منفی کمتری را تجربه می‌کنند. افراد امیدوار و خوش بین شادتر و سالم‌ترند، سیستم ایمنی کارآمدتری دارند، بهتر با استرس کنار می‌آیند و شبکه‌های حمایتی بهتری دارند (اسنایدر، ۲۰۰۰). تحقیقات نشان داده که نوجوانان امیدوار عزت نفس و عملکرد تحصیلی بالاتری دارند. امید باعث افزایش فعالیت‌های ورزشی، سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها، تسهیل سازگاری روانشناختی و افزایش حمایت اجتماعی تصور می‌گردد (آرگلی^{۶۸}، ۲۰۰۱).

باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند، چگونه به فرصت‌ها و چالش‌های محیطی نگرسته شود و کیفیت زندگی هیجانی افراد و آسیب پذیری آن‌ها در برابر استرس و افسردگی را تعیین می‌کند (بندورا^{۶۹}، ۲۰۰۱). عزت نفس افراد بر اساس ترکیب اطلاعات عینی در رابطه با خود فرد و ارزشیابی او از این اطلاعات است (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۲).

بر اساس نظر آنتونوفسکی^{۷۰} (۱۹۹۲)، به نقل از علیزاده، (۱۳۹۲)، افرادی که احساس انسجام بالایی دارند، قادرند از لحاظ شناختی و هیجانی با مشکلات شان مواجه شوند. احساس انسجام با سطح پایین‌تر افسردگی، اضطراب، استرس و علائم جسمی ارتباط دارد

⁶⁷ - Houiner&Gelman

⁶⁸ - Argyle

⁶⁹ - Bandura

⁷⁰ - Antonovsky

(کلگوفر، ۲۰۰۰، به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲)؛ و بهزیستی جسمی، روانی و قدرت عملکرد افراد را افزایش می‌دهد (کیواماکی، فلت، واهترا، و نورمی^{۷۱}، ۲۰۰۷؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲). بر اساس نظر آنتونوفسکی^{۷۲} (۱۹۹۲)، به نقل از علیزاده، (۱۳۹۲)، افرادی که احساس انسجام بالایی دارند، قادرند از لحاظ شناختی و هیجانی با مشکلات شان مواجه شوند. احساس انسجام با سطح پایین‌تر افسردگی، اضطراب، استرس و علائم جسمی ارتباط دارد (کلگوفر، ۲۰۰۰، به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲)؛ و بهزیستی جسمی، روانی و قدرت عملکرد افراد را افزایش می‌دهد (کیواماکی، فلت، واهترا، و نورمی^{۷۳}، ۲۰۰۷؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۹۲)؛ که تمامی نتایج حاصله نشان از ناهمسو بودن پژوهش حاضر می‌باشد.

یافته‌ها و بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از پژوهش حاکی از آن است که آموزش ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی زوجین دچار تعارض تأثیر دارد. حضور یکی از زوج دچار تعارض، فشار روانی زیادی بر خانواده وارد می‌کند و می‌تواند سلامت روان آنان را به مخاطره بیندازد. بسیار حائز اهمیت است که زوجین با نوع احساسات خود با یکدیگر آشنا شوند. برای سازش با یکدیگر نیاز دارند که احساس نسبتاً خوبی در مورد خود پیدا کنند. زندگی، ازدواج و کار هر دو زوج ایجاب می‌کند تا حدی رضایتمندی را احساس کنند، ممکن است با توجه به این واقعیت که زوج ناسازگار دارند احساس غم و ناراحتی کنند، اما نیازی نیست کل زندگی آن‌ها را هاله ای از غم فرا گیرد.

در پژوهش عابدی و همکاران. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی و سلامت عمومی در زن با ناباروری. تجزیه و تحلیل کوارینانس پس آزمون، نمرات پیش آزمون نشان داده شده تفاوت معنی داری از رضایت زناشویی و نمرات سلامت روان در گروه مداخله و کنترل بعد از درمان وجود دارد و این واقعیت که درمان MBCT در زنان نابارور نشان داد که این روش سهم مناسب به بهبود زناشویی رضایت و سلامت روان در آنان داشته است.

جوبنه و همکاران. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ؛ بر اساس نتایج تحقیق حاضر، پرسشنامه فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ ابزاری مناسب با خصوصیات روانسنجی قابل قبول برای سنجش میزان ذهن‌آگاهی افراد در جامعه ایرانی می‌باشد.

از طرفی پژوهش سپهوند و همکاران. (۱۳۹۳). مقایسه مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم‌گری- دلبستگی با مدل غنی‌سازی زناشویی انریچ در افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین. نتایج نشان داد که بین میانگین گروه‌ها در هریک از متغیرهای وابسته یعنی مشکلات زناشویی، رضایت زناشویی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی نیز تفاوت معنادار وجود دارد. به علاوه، مقایسه‌های زوجی کمترین تفاوت معنادار نیز نشان داد که مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خودتنظیم‌گری- دلبستگی و برنامه غنی‌سازی زناشویی در هر یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار با گروه کنترل دارند، اما در مقایسه با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند.

امیدبیک و همکاران. (۱۳۹۳). رابطه ذهن‌آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایتمندی زناشویی، این پژوهش نشان داد که بین ذهن‌آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایت زناشویی رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد و مهارت‌های خودآگاهی (خودشناسی منسجم و ذهن‌آگاهی) می‌توانند تغییرات رضایتمندی زناشویی را پیش بینی کنند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مهارت‌های خودآگاهی از عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی هستند.

مقتدائی و همکاران. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر. یافته‌ها از اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر حمایت می‌کند و تلویحات مهمی در توجه به درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش کیفیت

⁷¹ - Kivamaki, Feldt, Vahtera

⁷² - Antonovsky

⁷³ - Kivamaki, Feldt, Vahtera

زندگی بیماران دارای نشانگان روده تحریک پذیر دارد.

برجلی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات والد-فرزندی در نوجوانان. نتایج آزمون ANCOVA نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تعارضات والد-فرزندی و ابعاد آن (پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی) را در دانش آموزان به طور معناداری کاهش می دهد. دیگر یافته ها حاکی از آن است که این درمان در افزایش توانایی این پژوهش بر اثر بخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات والد-فرزند تأکید می کند.

حکیمی تهرانی و همکاران (۱۳۹۱). اثر بخشی آموزش امنیت هیجانی بر تعارضات زناشویی و بهزیستی ذهنی زنان متأهل. یافته ها نشان داد آموزش امنیت هیجانی تنها بر دو بعد از ابعاد بهزیستی ذهنی شامل اراده و روان رنجوری به صورت معناداری اثرگذار بوده است و در دو بعد سرزندگی و استرس افسردگی تأثیر معناداری نداشته است؛ بنابراین، می توان گفت آموزش امنیت هیجانی در جهت کاهش تعارضات زوجین و دو بعد از ابعاد بهزیستی ذهنی شامل اراده و روان رنجوری مؤثر است.

در پژوهش صورت گرفته توسط رزاقی الوندی، ا.؛ پورشریفی، ح.؛ باباپورخلیلی، ج. (۱۳۹۰). تحت عنوان نقش ذهن آگاهی، باورهای غیرمنطقی و سبک های حل تعارض بین فردی در رضایت زناشویی زوجین. نتایج بدست آمده نشان داد که بین ذهن آگاهی و باورهای غیرمنطقی و سبک های حل تعارض با رضایت زناشویی زوجین رابطه معنی داری وجود دارد. در متغیر ذهن آگاهی، زیر مؤلفه ی مشاهده و عمل آگاهانه دارای بیشترین ارتباط با متغیر باورهای غیر منطقی، زیر مؤلفه های درماندگی نسبت به تغییر، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل و وابستگی، و در متغیر سبک های حل تعارض، شیوه های همدلانه، مهربانانه و سلطه گرانه بیشتر ارتباط را با رضایت زناشویی داشتند.

ذهن آگاهی می تواند زوجین دچار تعارض را با افکار منطقی مواجه کند و شناسایی عوامل مرتبط با بهزیستی روانی می تواند آنان را در راستای زندگی هر چه بهتر کمک کند. در واقع بهزیستی روانی، جزء روانشناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی در رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده و شامل دو بخش است که این جزء آن قضاوت شناختی درباره این است که چطور افراد در زندگیشان در حال پیشرف هستند و اولین جزء آن سطح تجربه های خوشایند است برخی از محققان بهزیستی روانشناختی را از نظر مؤلفه یا فرایندهای ویژه نظیر فرایندهای عاطفی مفهوم سازی می کنند. آموزش ذهن آگاهی در بهبود بهزیستی روانی، کاهش خشم و افزایش کیفیت زندگی مؤثر است که این نتیجه تأییدی بر یافته های براون و ریان (۲۰۰۳) می باشد که نشان دادند ذهن آگاهی پیش بینی کننده رفتار خود تنظیمی و حالات هیجانی مثبت است (قربانیان، ۱۳۹۲).

اما با توجه به پژوهش های ذکر شده پژوهش کاسمی و وینز (۲۰۱۵)، در پژوهشی تحت عنوان خود-گزارشی از صفت ذهن آگاهی و واکنش عاطفی: یک رویکرد انگیزشی با استفاده از اقدامات روانشناختی متعدد، صورت گرفت، یافته ها نشان داد که اگر چه نتایج اثرات واضح و روشن از احساسات آن ها در اقدامات وابسته نشان داد، اما به طور کلی، اثرات ذهن آگاهی را متوسط نشان داد. برای بسیاری از اقدامات، اندازه اثر با فاصله اطمینان کوچک بودند؛ که تفاوت های فردی در خود گزارشی صفت ذهن آگاهی و واکنش عاطفی خود به خودی مربوطه در طول مشاهده تصویر، را پشتیبانی نکرد و با نتایج محقق ناهمسو می باشد.

همچنین میرخشتی (۱۳۸۸)، در پژوهش خود تحت عنوان بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی در زنان و مردان به این نتیجه رسید که: (۱) همبستگی معناداری بین رضایت از زندگی و مؤلفه های بهزیستی روانشناختی وجود دارد. (۲) تفاوت معنادار را بین دو گروه از زنان و مردان ناراضی از زندگی از نظر بهزیستی روانشناختی در یکی از پرسشنامه های «علائم جسمانی» نشان داد، زنان ناراضی در علائم جسمانی اختلال بیشتری نشان می دهند. مردان رضایت از زندگی بالاتری دارند. بین رضایت از زندگی و مدت ازدواج و درآمد و تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان با بهزیستی روانشناختی رابطه وجود ندارد؛ که در نتیجه با نتایج محقق ناهمسو می باشد.

جزایری (۱۳۸۶)؛ در پژوهش با عنوان مقایسه سلامت روانی و بهزیستی روان شناختی در والدین معلولین ذهنی (سنین پایین تر از

۱۶ سال) مقیم در مراکز شبانه روزی و والدین معلولین ذهنی که هنوز در آیین مراکز پذیرش نشده‌اند به این نتایج رسید: بین مادران کودکان معلول علائم از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های سلامت روان از جمله روان تنی، اضطراب، ترس‌های مرضی، وسواس اجباری، حساسیت در روابط اجتماعی تفاوت معنی دار در سطح ۵٪ وجود دارد. در حالی که مقوله‌های پرخاشگری افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی در خصوص بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های سلامت روان تفاوت معنی داری یافت نشد. همچنین بین پدران کودکان معلول ذهنی مقیم در مراکز و پدران کودکان معلول ذهنی در آیین مراکز پذیرش نشده‌اند در مقوله‌های بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های سلامت روان از جمله افسردگی، اضطراب و حساسیت در روابط اجتماعی تفاوت معنی دار در سطح ۵٪ وجود دارد در حالی که در مقوله‌های علایم روان تنی، ترس‌های مرضی، وسواس اجباری افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی در خصوص بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های سلامت روان تفاوت معنی داری یافت نشد؛ و با نتایج محقق ناهمسو می‌باشد.

ویلیامز و کانو (۲۰۱۴)؛ در مطالعه بررسی حضور ذهن‌آگاهی همسر (یکی از زوجین) و حمایت اجتماعی در زوج مبتلا به درد مزمن، یافته‌های بدست آمده نشان داد که حضور ذهن همسران به طور مداوم با ادراک بیماران از حمایت همسر در ارتباط است. ذهن‌آگاهی ممکن است به رفتارهای رابطه سالم در زمینه درد مؤثر واقع گردد در نتیجه نیاز به بررسی و بحث بیشتری می‌باشد. شریل. م. گرین و همکاران (۲۰۱۲)، در پژوهشی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در گسترش دامنه تمرکز حواس در گروه‌های ناهمگون روانپزشکی مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفتند که آیا طیف وسیعی از مراجعین با اختلال اضطرابی نیز می‌توانند از تأثیر مثبت آن بطور یکسان در کاهش علائم بهره‌مند شوند یا خیر؟ نتایج نشان داد در برنامه ارائه شده و پایان برنامه، روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبودی قابل توجه و کاهش تعداد دفعات بروز استرس و علائم اضطراب در افراد شده است (گل پور چمرکوهی، ۱۳۹۱).

آلبرت چيسا و الساندرو سرتی از انستیتو روانپزشکی ایتالیا (۲۰۱۱)، در تحقیقی؛ اثربخشی دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روش شناختی رفتاری را در کاهش استرس مورد بررسی قرار داده اند. نتایج حاصله از این تحقیق نشان داد که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور قابل توجهی عود علائم روانی را در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب کاهش داده است و در طول یکسال اثربخشی بهتری نسبت به داروهای نگهدارنده عود بیماری داشته است و قطع تدریجی این روش در کنار مصرف داروهای ضد افسردگی می‌تواند در ثابت نگه داشتن وضعیت بیمار بسیار مفید باشد (به نقل از مطبوع، ۱۳۹۳).

کریستلر و ولور (۲۰۱۱)؛ آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی خوردن آگاهی برای درمان اختلال پرخوری؛ بنیاد مفهومی به این نتایج دست یافتند که ارزش MB- غذا خوردن در کاهش حملات شراب خواری، بهبود حس فرد از خود کنترل با توجه به غذا خوردن، و کاهش علائم افسردگی نقش داشته است.

در تبیین نتایج حاصل از درمان‌شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افراد نمونه می‌توان به این نکته اشاره کرد که با عنایت به تأثیر گذار بودن آموزش ذهن‌آگاهی بر هیجان‌ها و احساسات منفی شخص و نیز با عنایت به این موضوع زوجین دچار تعارض، بیشتر در معرض آسیب‌های روانی هستند. لذا در برخورد و تلاش برای کاهش تعارض آنان نیاز هست که در مرحله اول شخص را مورد پذیرش قرار دهیم و به صورت غیر مستقیم این تغییر را ایجاد نماییم که این موضوع در اصول درمان‌شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به روشنی به چشم می‌خورد؛ و با عنایت به اینکه شرایط زوجین می‌تواند تشدید کننده تعارضات و ناسازگاری در شخص باشد؛ بنابراین نیاز هست شخص با آموختن و تمرین مهارت‌هایی توانایی تمرکز بر شرایط زمان حال را داشته باشد تا بتواند خود را از استرس و نهایت تعارضات ایجاد شده بسیاری از افکار مرتبط به آینده در امان نگاه دارد که این مهارت‌ها به روشنی در شناختی رفتار درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به چشم می‌خورد؛ اما با توجه به نتایج بدست آمده در تجزیه و تحلیل این پژوهش ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی بر پذیرش خود زوجین دچار تعارض تأثیر چندانی نداشته است.

پیشنهادات

در این بخش، پیشنهادهایی با توجه به مطالعات و بررسی‌های محقق در طول مدت انجام تحقیق و همچنین با عنایت به نتایج

بدست آمده در تحقیق حاضر به شرح زیر ارائه می‌گردد:

پیشنهادهای پژوهشی

- ۱- به علت وجود ویژگی‌های فرهنگی و قومی زوجین پیشنهاد می‌شود این آموزش بر روی فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف کشور اجرا و نتایج آن با یکدیگر مقایسه گردد تا اثربخشی این رویکرد بیشتر نمایان گردد.
- ۲- در این پژوهش به بررسی تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری پرداخته شد، پژوهش‌های آتی می‌تواند به بررسی تأثیر این رویکرد بر روی اقشار مختلف جامعه همچون؛ مردان، سالمندان، کودکان، معلمان، دانش‌آموزان و... در این خصوص بپردازد.
- ۳- جهت اطمینان از پاسخدهی صحیح آزمودنی‌ها و جلوگیری از خستگی آنان حتی الامکان از پرسشنامه‌های دارای آیتم‌های کمتری استفاده شود.
- ۴- خدمات آموزشی تأثیر بسیار شگرفی در سلامت و توانمندی روانی این زوجین برجا می‌گذارد. از دیدگاه پژوهشگران آموزش و آگاه‌سازی زوجین، باعث افزایش میزان سازگاری و ایجاد نگرش‌های مثبت نسبت به قابلیت‌ها و توانمندی‌های یکدیگر می‌شود.
- ۵- پیشنهاد می‌شود انجام این پژوهش برای گروه‌هایی از آزمودنی‌ها که به کلینیک‌های روانپزشکی و خدمات مشاوره‌ای از هر طیف سنی مراجعه می‌کنند، تکرار شود.

پیشنهادهای کاربردی

- ۱- پیشنهاد می‌شود مسئولان امر، به ویژه در مراکز مشاوره‌های قضایی (خانواده و طلاق)، سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی به تدوین و طراحی کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در باب ذهن‌آگاهی اقدام نموده و در این راستا به نقش بهزیستی روانشناختی و نقش تعارضات زوجین و تأثیرات مخرب آن توجه خاصی معطوف گردد.
- ۲- پیشنهاد می‌شود که بروشورهای آشنایی با مهارت‌های ذهن‌آگاهی برای مشاوران طلاق، پیش از ازدواج و همچنین مراکز مشاوره دانشگاهی تهیه گردد.
- ۳- در این راستا، به دست اندرکاران آموزش و پرورش و دانشگاهی پیشنهاد می‌شود ذهن‌آگاهی به دانش‌آموزان و معلمان ابتدایی و راهنمایی و استید و دانشجویان دانشگاه‌ها را همانند بسیاری از کشورهای توسعه یافته در زمره اهداف و برنامه‌های کاربردی خود قرار دهند.
- ۴- ایجاد طرح‌ها و برنامه‌های آموزش رایگان از قبیل آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، مهارت‌های زندگی و خودشناسی با هدف به بود سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی آنان در آموزش حق و حقوق زوجین و آگاه کردن آن‌ها به این مسأله که خود تعیین کننده و تأثیرگذار بر سرنوشت شان می‌باشند.
- ۵- به برنامه ریزان آموزش دروس دانشگاهی پیشنهاد می‌گردد در تعیین سرفصل‌های برخی از دروس رشته‌های مرتبط، تربیت کارشناسان متخصص در آموزش تکنیک ذهن‌آگاهی در جهت بهزیستی روانشناختی را در زمره اهداف خود قرار دهند.
- ۶- تشکیل گروه حامیان سلامت زوجین دچار تعارض، این گروه می‌تواند متشکل از زوجین مستعد و فعال و توانمند باشد.
- ۷- برای شناخت بهتر چنین خانواده‌هایی از طریق مطالعات علمی پیشنهاد می‌شود؛ دبیرخانه ملی مطالعات زوجین دچار تعارض و بررسی علل و عوامل بوجود آمدن تعارض‌ها و پیامدهای آن ایجاد شود تا مطالعات علمی جامع و تخصصی در ابعاد گوناگون در این زمینه انجام شود.

منابع

۱. اعتمادی، ع نوایی نژاد، ش. احمدی، ا. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر زوج درمانی به شیوه ایماگوتراپی بر افزایش صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. فصلنامه تازه ها و پژوهش های مشاوره ۵(۱۹): ۱۲-۹
۲. امیدبیک، م؛ خلیلی، ش؛ غلامعلی لواسانی، م؛ قربانی، ن. (۱۳۹۳). رابطه ذهن آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایتمندی زناشویی، مجله روانشناسی ۷۱، سال هجدهم، شماره ۳.
۳. امید، عبدالله؛ محمدخانی، پروانه؛ (۱۳۸۷). آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی: مروری مفهومی و تجربی. فصلنامه سلامت و روان، سال اول.
۴. امید، عبدالله؛ محمدخانی، پروانه؛ پورشهباز، عذرا؛ (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی MBCT&CBT در کاهش نشانه های همراه در اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه علمی پژوهشی فیض، دوره دوازدهم، شماره ۲
۵. امینی، م. امینی، ی. حسینیان، س. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی مهارت های ارتباطی زوجین با استفاده از رویکرد تحلیل ارتباط متقابل (TA) بر کاهش تعارضات زناشویی، گروه روانشناسی دانشگاه سوران، کردستان عراق
۷. ثنایی، ب؛ ملیانی، ع. ر؛ علینقی، ع. ر؛ و روشن، ر. (۱۳۹۱). اثر بخشی زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی در ارتقاء سازگاری زناشویی زوجین دارای مشکلات زناشویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. سال دوم.
۸. جزایری، فرزاد. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی و بهزیستی روان شناختی در والدین معلولین ذهنی (سنین پایین تر از ۱۶ سال) مقیم در مراکز شبانه روزی. پنجمین کنگره پژوهش های روان پزشکی و روان شناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمان شهید بهشتی
۹. جوبنه، ر؛ عرب زاده، م؛ جلیلی نیکو، س؛ محمدعلیپور، ز؛ محسن زاده، ف. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ، مقاله پژوهشی مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۱۴، ۱۳۷-۱۵۰
۱۰. حبیبی، م؛ حناب زاده، م. (۱۳۹۳). اثربخشی هنر درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی در میان زنان یائسه، مجله سالمند، دوره ۹، شماره ۱.
۱۱. حکیمی تهرانی، ل؛ فاتحی زاده، م؛ باغبان، ا؛ احمدی، ا. (۱۳۹۱). اثر بخشی آموزش امنیت هیجانی بر تعارضات زناشویی و بهزیستی ذهنی زنان متأهل. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال سوم، شماره سوم.
۱۲. خجسته مهر، ر. قنوتیان، م. رجبی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش اسناد بر افزایش گذشت و بهبود اسناد علی و اسناد مسئولیت زوجین. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده ۱(۴): ۴۴۰-۴۲۳
۱۳. رفیعی اردستانی، مانی (۱۳۹۰). اثربخشی معنی درمانی گروهی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان گوارش، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۴. زنجانی طیبی، مانلی. (۱۳۸۳). رابطه بین رضایتمندی از زندگی و سخت رویی بر بهزیستی روان شناختی در کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
۱۵. سپهوند، ت؛ رسولزاده طباطبایی، ک؛ بشارت، م؛ الهیاری، ع. (۱۳۹۳). مقایسه مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خود تنظیم گری- دل بستگی با مدل غنی سازی زناشویی انریچ در افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی زوجین. روانشناسی معاصر، ۹(۱)، ۷۰-۵۵
۱۶. سهرابی، ف. (۱۳۹۴). روان درمانی های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تاکید ویژه بر طرحواره درمانی. فصلنامه

- مطالعات روانشناسی بالینی ویژه نامه، شماره هجدهم، سال پنجم
۱۷. شهرستانی، م؛ قنبری، ب؛ نعمتی، ه؛ رهباردار، ه. (۱۳۹۱). *اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود ابعاد استرس ادراک شده ناباروری و شناخت‌های غیر IVF منطقی در زنان نابارور تحت درمان*. مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، دوره پانزدهم، شماره نوزدهم، صفحه: ۲۸-۳۸
۱۸. عابدی، ن؛ بخشایی، محبی، ن؛ محمودیان، ک؛ آهوان، م؛ مختاری، م؛ گنگالی، ا. (۱۳۹۴). *اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی و سلامت عمومی در زن با ناباروری*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
۱۹. عرب خزائلی، ن، (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی و مقابله با استرس در دانش آموزان شهرستان ری؛ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی*
۲۰. کلدوی، ع. (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی مدل پیشگیری بر پایه ذهن‌آگاهی (MBRP) مدل ماتریسی و روش ترکیبی در پیشگیری از بازگشت افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد زاهدان*. ن. پایان نامه دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
۲۱. کمال آبادی، ث؛ خسروی، س؛ ونظیری، ق. (۱۳۹۰). *اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی میزان اضطراب دانش آموزان متوسطه شهرکرد، مقاله، همایش بین المللی سلامت مدرسه*
۲۲. کریمی، ص؛؛ حیدری نسب، ل. (۱۳۹۲). *ذهن‌آگاهی، اضطراب، افسردگی و بهزیستی شخصی در دانشجویان؛ مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک*.
۲۳. گلپور چمرکوهی، ر؛ محمد امینی، ز. (۱۳۹۱). *اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود ذهن‌آگاهی و افزایش ابراز وجود در دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان؛ مجله روانشناسی مدرسه، دوره ۱، شماره ۳*.
۲۴. لینهان، مارشام، راهنمای اجرای رفتار درمانی دیالکتیکی برای درمان اختلال شخصیت مرزی. ترجمه: علوی، خدیجه؛ با همکاری نادیا شاملو، ۱۳۹۳. تهران: ارجمند
۲۵. محمدخانی، پروانه؛ تمنائی فر، شیما؛ جهانی تابش، عذرا (۱۳۸۴). *درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی*. تهران: نشر فراید.
۲۶. محمدخانی، ش.، حیدریان، آ. (۱۳۹۴). *نظریه ذهن‌آگاهی*. مقالات روانشناسی مرکز خدمات مشاوره کاج. <http://www.kajpcc.com>
۲۷. میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۷). *مقایسه بهزیستی روانی مادران با وبدون دانش آموزان ابتدایی کم‌توان ذهنی: -اثر سبک‌های مقابله‌ای. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال هشتم، شماره ۱، صفحه ۵۳*
۲۸. نجاتی، و؛ ذبیح زاده، ع؛ نیکفرجام، م؛ نادری، ز؛ پورنقدعلی، ع؛ (۱۳۹۰). *رابطه بین ذهن‌آگاهی و ذهن خوانی از روی تصویر چشم. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، سال ۱۳۹۱، دوره ۱۴، شماره ۱*.
۲۹. نریمانی، م؛ آریاپوران، س؛ ابوالقاسمی، ع؛ احدی، ب. (۱۳۹۰). *اثربخشی آموزش‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روانشناختی جانبازان شیمیایی، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال پانزدهم، شماره پنجم*.
۳۰. نوابی نژاد، ش. (۱۳۷۷). *ویژگی‌ها و شرایط لازم دختر و پسر برای ازدواج، جوان و تشکیل خانواده*. ه تهران: انجمن اولیا و مربیان

- Addiction*. International Journal of Mental Health and Addiction, 7, 506-512.
32. Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.
 33. Arnett, J., J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. American Psychologist, 55, 496-480.
 34. Astin, J. A. (1997). *stress reduction through mindfulness meditation*. psychotherapy and psychosomatic, 66, 97-106
 35. Brackett, M. A. & Salovey, P. (2004). *Measuring emotional intelligence/ as a mental ability with the Mayer Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179-194). Hauppauge, NY: Nova Science Public
 36. Bradburn, N., M. (1969). *the Structure of psychological Well-being*. Chicago: Aldine.
 37. Brown KW, Kasser T. (2005). *Are psychological and ecological well-being compatible? The role of values, mindfulness, and lifestyle*. Soc Indic Res. 74 (2):349-68.
 38. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). *Mindfulness: Theoretical Found and evidence for is salutary effects*. Psychological Inquiry, 18, 211-237.
 39. Brown, K. W., Ryan, R. M., (2003). *The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being*. Copyright 2003 by the American Psychological Association, Inc. Journal of Personality and Social Psychology Copyright 2003 by the American Psychological Association, Inc. 2003, Vol. 84, No. 4, 822-848.
 40. Compton, W. C. (۲۰۰۱). "Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity". *Journal of Psychology*, 135, 486-500
 41. Cosme, D., and Wiens, S. (2015). *Self-Reported Trait Mindfulness and Affective Reactivity: A Motivational Approach Using Multiple Psychophysiological Measures*. PLoS One. 2015; 10 (3): e0119466. Published online 2015 March 6. doi: 10.1371/journal.pone.0119466. PMID: PMC4352075. WWW. PubMed. COM
 42. Cox, M. J., Paley, B., & Harter, K. (2001). *Interparental Fincham (Eds.), Child development and interparental conflict* (pp. 249-272). New York: Cambridge University
 43. Craske, M. G., & Barlow, T. H. (1990). *The rapist's guide for the mastery of your anxiety and panic*, Albany, Gay winds Publications.
 44. Creswell, J. and Lindsay, E. K. (2014). *How Does Mindfulness Training Affect Health? A Mindfulness-Stress-Buffering Account*. Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/0963721414547415 cdps. sagepub.com
 45. Cummings, E. M., Kouros, C. D., & Papp, L. M. (2007). *Marital aggression and children's responses to everyday interparental conflict*. European Psychologist, 12 (1), 17-28
 46. Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2002). *Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation*. PSYCHOSOMATIC Medicine, 65 (4), 564-570.
 47. Diener, E. (1984). *Subjective well-being*. Psychological Bulletin, 95, 542-575.
 48. Duncan, L. G., Bardacke, N. (2010). *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period*. J Child Fam Stud. 2010 Apr; 19 (2): 190-202. Epub 2009 Oct 10. WWW. PubMed. COM
 49. Dunn, J., & Davies, L. (2001). *Sibling relationships and interparental conflict*. In J. Grych & F.
 50. Ekman, P., & Rosenberg, E. (2005). *What the face reveals* (2nd ed.). New York: Oxford.

51. Ekman, P., Davidson, R. J., Ricard, M., & Wallace, B. A. (2005). *Buddhist and Psychological Perspectives on Emotions and Well-Being*. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (2), 59-63.
52. Ellis, B. J., & Garber, J. (2000). *Psychological antecedents of variation in girls pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress*
53. Emanuel, A. S.; Updegraff, J. A.; Kalmbach, A. D.; Ciesla, J. A. (2010), "*The role of mindfulness facets in affective forecasting*", *Personality and Individual Differences*, 49. 815-818
54. Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). *Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being*. *Psychological science*, 13, 172 - 175.
55. Furr, R., M., & Funder, D., C. (1998). *A multimodal analysis of personal negativity*. *Journal of personality and social Psychology*, 74, 1580-1591.
56. Galanter, L A Kaskutas, & D Lagressa (Eds), *Recent Developments in Alcoholism: Research on Alcoholism Anonymous and Spirituality in Addiction Recovery* New York Springer, 229-250.
57. Gasper, D. (2002). *Is Sen, s Capability Approach an Adequate Basis for considering human development?* *Review of Political Economy*, 14 (4), 435-461.
58. Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2002). *Family therapy: An overview*. Canada: Thomson learning.
59. Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Erlbaum
60. Gottman, J. M. (1998). *Psychology and the study of marital processes*. *Annual Review of Psychology*, 49, 149-167.
61. Gottman, J. M. (1993). *A theory of marital dissolution and stability*. *Journal of family psychology*, 7, 57-75.
62. Greeff, A., & Bruyne, T. (2000). *Conflict management style and marital satisfaction*. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2, 321- 334.
63. Greeff, A., & Bruyne, T. (2000). *Conflict management style and marital satisfaction*. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2, 321- 334 University Press.
64. Keyworth, C., Knopp, J., Roughley, K., Dickens, C., Bold, S., and P Coventry, P. (2014). *A Mixed-Methods Pilot Study of the Acceptability and Effectiveness of a Brief Meditation and Mindfulness Intervention for People with Diabetes and Coronary Heart Disease*. *Behav Med*. 2014 April; 40 (2): 53-64. Published online 2014 April 22. doi: 10.1080/08964289.2013.834865. WWW. PubMed. COM
65. Kristeller, J.L., Wolever, R. Q., (2011). *Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation*. *Eat Disord*. 2011 Jan-Feb; 19 (1):49-61. doi: 10.1080/10640266.2011.533605. WWW. PubMed. COM
66. la Cour, P., Petersen, M., (2014). *Effects of Mindfulness Meditation on Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial*. *Handbook: Pain Medicine Volume 16, Issue 4*, pages 641-652.
67. Ledbetter, M. A. (2009). *Family communication patterns and relational maintenance behavior*: Direct and Mackay M. *Hand book of research method in abnormal and clinical psychology*. New York: Guilford Press; 2008: 342-376.
68. Linda, E. Carlson. (2012). *Mindfulness-Based Interventions for Physical Conditions: A Narrative Review Evaluating Levels of Evidence*. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012: 651583. Published online 2012 Nov 14. doi: 10.5402/2012/651583. WWW. WWW. PubMed.

COM

69. Mace C. 2008. *Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science*. America, New York. Rutledge Press; p. 35-36.
70. Rathi,N. & Rastogi,R. (2007). *Meaning in Life and Psychological Well- being in Pre-Adolescents Adolescent. s* Journal of the Indian Academy of APPLIED Psychology,33 (1),31-38.
71. Reber,A.,S., & Reber,E.,S. (2001). *The Penguin dictionary of psychology* (3rded.) London: Penguin.
72. Rice, L. P. (1996). *Intimate relationship marriage and family*. California: Cole.
73. Roney, A. P, melvin, D. S. (2006). *The relationship between psychological well-being, anxiety, depression*. Changing families, challenging futures 6 The Australian Institute of Family studies conference Melbourne 25-27 November1998
74. Rosen-Grandon JR, Myers JE, Hattie JA. (2004). *The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction*. J Couns and Dev. 2004; (82): 58-68.
75. Ryff,C.,D., & Singer,B. (2002). *From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being*. In Snyder,C. R., & lopez,S.,J. (Eds),Handbook of positive psychology. Oxford: University Press.
76. Sacco WP, Phares V. (2001). *Partner appraisal and marital satisfaction: The role of self-esteem and depression*. J Marriage and Fam. 2001; (63): 504- 13.
77. Sayers SL, Kohn CS. (1998). *Prevention of marital dysfunction: Behavioral approaches and beyond*. Clin Psychol Rev. 1998; 18 (6): 713-44.
78. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*: Guilford Publication.
79. Segal, Z. V.,Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
80. Shapiro1, L., Linda, E. Carlson2, John, A. Astin and Benedict Freedman(2006). *Mechanisms of mindfulness*. Journal of Clinical Psychology Volume 62, Issue 3, pages 373–386.
81. Siegel, R. D. (2010), *The mindfulness Solution* (every day practices for every day problems, New York:Guilford.
82. Sigelman,C.,K. & Rider,E.,A. (2006). *Life - Span Human Development*. Canada: Thomson & Wadsworth.
83. Slyter,M. (2012). *Treating Eating Disorders With the Buddhist Tradition of Mindfulness*. Ideas and Research You Can Use: VISTAS 2012, Volume 1. Suggested APA style reference information can be found at <http://www.counseling.org/library/> Gross,. J. (Ed.). (2007). *Handbook ofemotion regulation*. New York: Guilford Press.
84. Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). *Prevention of relapse/recurrence in major depression mindfulnessbased cognitive therapy*. Journal of Consulting and Clinica Psychology, 68, 615-623 Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorption.
85. Suldo,S. M., & Huebner,E.,S. (2004). *Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior in Adolescence?* School Pstchology Quarterly,19,193-106.
86. Susman, E. J. (2006). *Psychobiology of persistent antisocial behavior: Stress, early vulnerabilities, and the attenuation hypothesis*. Neuroscience and Behavioral Reviews,

- 30376-389.
87. Wells A, Certwright-Hatton S A. (2004). *Short form of metacognitions questionnaire*. Behav Res Ther. 2004;42 (40):385-96.
 88. Whitfield, J. H. (2006). *To wards case-specific applications of mindfulness- based cognitive -behavioral therapies: A Mindfulness-Based Rational Emotive Behaviour Therapy*, Private Practice Counselling Psychology,19, 154-163.
 89. Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. co. uk.
 90. Williams, M. A. and Cano, A. (2014). *Spousal Mindfulness and Social Support in Couples with Chronic Pain*. Clin J Pain. Author manuscript; available in PMC 2015 Jun 1. Published in final edited form as: Clin J Pain. 2014 Jun; 30 (6): 528-535. WWW. PubMed. COM
 91. Witmer, J., M., & Sweeney, T., J. (1992). *A holistic model of wellness and prevention over the life - span*. Journal of Counseling and Development, 71, 140-148.