

## اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر شهرکرد

دینا درخشان<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

### چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر شهرکرد انجام پذیرفت. جامعه آماری آن شامل کلیه معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) می باشد که در زمستان سال ۱۳۹۷ در شهر شهرکرد به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده اند. از بین این افراد به شیوه تصادفی تعداد ۴۰ نفر که نمره پایین در کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی کسب کردند، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و بررسی تقسیم شدند. پرسشنامه های کیفیت زندگی زناشویی از باسبی، کران، لارسن و کریستنسن (۱۹۹۵)، و سازگاری زناشویی از اسپانیر (۱۹۷۶) پیش و پس از مداخله آموزشی بین اعضای نمونه توزیع گردید و گروه آزمایش تحت درمان هشت جلسه ای آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند. داده ها بوسیله شاخص های توصیفی و تحلیل کواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به طور معنی داری کیفیت زندگی زناشویی (۰/۴۳) و سازگاری زناشویی (۰/۱۷) را بهبود بخشید ( $P > 0/05$ ). بنابراین از این آموزش می توان در بهبود کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی استفاده کرد.

**واژه های کلیدی:** ذهن آگاهی، کیفیت زندگی زناشویی، سازگاری زناشویی، درمان نگهدارنده با متادون (MMT)

## مقدمه

ازدواج به عنوان مهم ترین و اساسی ترین رابطه بشری توصیف شده است، زیرا ساختاری اولیه برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده فراهم میسازد. یکی از جوانب بسیار مهم پس از شکل گیری نظام زناشویی، رضایتی است که همسران در ازدواج تجربه می کنند (تانی گوچی و همکاران، ۲۰۱۲). رضامندی زناشویی، حاصل خشنودی و سازگاری زن و شوهر در ابعاد مختلف زندگی مشترک است و استحکام بنیان خانواده و سلامت والدین را تضمین میکند. به جهت اهمیت ذاتی کیفیت زندگی زناشویی، برنامه های مداخله ای گستردهای پیرامون موضوع مشکلات زناشویی طراحی شده است (برنشتاین، ۱۳۹۲). علت اصلی مشکلات بسیاری از اشخاصی که به مراکز مشاوره مراجعه می کنند را اختلالات زناشویی تشکیل میدهد به همین دلیل، در بیشتر رویکردهای درمانی، نظریه هایی به این موضوع اختصاص یافته است. برای نمونه رویکردهای شناختی در زمینه خانواده درمانی بر این فرض استوار است که، مشکلات خانوادگی آمیزه ای از عوامل شناختی و همچنین برخواسته از تبادلات رفتاری ناکارآمد اعضای خانواده، نظیر نارسایی ارتباطات یا مهارت های حل مسئله است (زارب، ۱۳۸۳). در واقع یکی از اهداف مهم درمان فراشناختی و روش های مبتنی بر حضور ذهن این است که افراد مشکل را به گونه ای دیگر ببینند، یعنی خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار آزار دهنده، بهتر بتوانند افکار و اندیشه های خود را ارزیابی کنند. بورپی و لانگر (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که رابطه معنادار بالایی بین حضور ذهن و رضایت زناشویی وجود دارد.

همین طور گاتمن (۱۹۹۴) معتقد است که نسبت تعاملات مثبت به منفی در ازدواج نشان دهنده ی میزان موفقیت در آن است. بدین معنی که اگر میزان نسبت تعاملات مثبت به منفی ۵ به ۱ باشد. نشان دهنده ی سطح بالای رضایت در ازدواج است، در حالی که در دلزدگی زناشویی احتمالاً این نسبت کمتر شده یا معکوس می شود. وابستگی به مواد یکی از اختلالات مزمن و اغلب عودکننده ای است که فرد را مستعد مشکلات جدی مثل ایدز، هپاتیت و سایر اختلالات مزمن و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی می نماید. این اختلال، در صورت عدم درمان مناسب و همه جانبه، برای همه عمر فرد را درگیر بیماری و عوارض ناشی از آن می سازد (کارو<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۱۰).

این اختلال متأثر از تعامل عوامل زیست شناسی، اجتماعی، روان شناختی و فرهنگی می باشد و میزان بالای همبودی این بیماری با اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت تاثیرات شدیدی را بر کیفیت زندگی و سلامت بیماران به جای می گذارد (مارس<sup>۲</sup> و دیگران، ۲۰۰۶؛ رونه<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۰۴؛ نرنجی ها، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش های انجام گرفته در ایران و سایر کشورها نیز نشان می دهد که وابستگی به مواد بر کیفیت زندگی و اثرات بازدارنده بر رشد و افراد تاثیرات منفی می گذارد (بیزایری<sup>۴</sup> و دیگران، ۲۰۰۵؛ شاه محمدی و دیگران، ۲۰۰۹؛ امامی پور و دیگران، ۲۰۰۹). شکوفایی فرد دارد و تهدیدی جدی و نگران کننده و یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی (جسمی

<sup>۱</sup> Karow<sup>۲</sup> March<sup>۳</sup> Rogne<sup>۴</sup> Bizzairi

وروحی) درسراسرجهان به شمار می آید و به عنوان یک مساله زیستی- روانی- اجتماعی که ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد بسیاری از مولفه های کیفیت زندگی را تخریب می کند (مارگولین<sup>۵</sup> و دیگران، ۲۰۰۶).

ذهن آگاهی شیوه ای است برای پرداختن توجه یا مدیریت فکر که امروزه بیشتر محققین آن را به مراقبه شرقی ارتباط داده، و آن را به عنوان «توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه» توصیف کرده اند. همچنین به عنوان «پرداختن توجه به یک شیوه خاص در زمان حال، و بدون قضاوت و توانایی معطوف ساختن توجه به گونه ای که بتوان از طریق تمرین های مراقبه آن را پرورش داد. این شیوه خاص تحت عنوان خود-تنظیمی توجه از یک لحظه به لحظه دیگر تعریف شده است» (کریمی و همکاران، ۱۳۹۵). مهارت های مراقبه ای معرفی کرده است افراد ترغیب می شوند تا به تجربه های درونی خود در هر لحظه، همچون حس های بدنی، افکار، و احساسات توجه کنند. همچنین توجه کردن متون معاصر ذهن آگاهی، تمرینات متنوعی را جهت فراگیری مهارت های مراقبه ای معرفی کرده است (اکبری، ۱۳۹۲). افراد ترغیب می شوند تا به تجربه های درونی خود در هر لحظه، همچون حس های بدنی، افکار، و احساسات توجه کنند. همچنین توجه کردن به جنبه های محیطی نظیر مناظر و صداها مورد ترغیب قرار می گیرد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۵).

با توجه به گسترش رو به تزاید اختلال وابستگی به مواد در کشور ما و تاثیرات مخرب آن بر کیفیت زندگی بیماران، در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثر بخشی درمان در بیماریهای جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است (براون<sup>۶</sup> و دیگران، ۲۰۰۷).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می کند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور تلقی می کند که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد در ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی را دربرمی گیرد. رویکردهای سنتی در درمان سوء مصرف موادمعدتا متمرکز بر علائم و نشانه های بیماری بوده و کمتر به کیفیت زندگی و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته اند (کاجنیک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶؛ مارمانی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷).

امروزه درمانهایی که فقط بر پایه ی سمزدایی یا مداخله ی حاد هستند کم کم جای خود را به درمان های جدیدتری می دهند که ضمن کاهش خطرات و عوارض بیماری کیفیت زندگی بیماران را نیز تحت تاثیر قرار دهد که انگیزه ی اصلی درمان در هر بیماری است. یکی از درمانها «درمان نگهدارنده با متادون»<sup>۹</sup> مبتنی بر کاهش آسیب، است که طی آن بیمار مادهی مخدر مصرفی خود را قطع و بهجای آن، داروهایی مثل متادون، بوپرنورفین و... مصرف می کند (هالینان<sup>۹</sup> و دیگران، ۲۰۰۸). تحقیقات زیادی تاثیر درمان نگهدارنده با متادون را بر طول مدت پرهیز، وضعیت روانشناختی، سلامت و بهزیستی روانی بیماران مورد بررسی قرار داده اند (ماتیک<sup>۱۰</sup> و دیگران، ۲۰۰۴). با وجود آن که نتایج تحقیقات درمان نگهدارنده با متادون

<sup>۵</sup> Margoline

<sup>۶</sup> Brown

<sup>۷</sup> Katschnig

<sup>۸</sup> Maremmanni

<sup>۹</sup> Hallinan

<sup>۱۰</sup> Mattick

را به عنوان یکی از مهم ترین رویکردهای رایج و اثربخش محسوب می کنند، اما به نظر می رسد که این شیوه از درمان، ابعاد روانشناختی، روابط اجتماعی و محیطی بیماران و به خصوص کیفیت زندگی بیماران را کمتر مورد نظر جدی قرار داده است (کارول<sup>۱۱</sup> و چارلا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰).

از بین درمان های موجود در درمان وابستگی به مواد، افزایش کیفیت زناشویی و سازگاری زناشویی به جهت نظری دارای مزایایی همچون صرفه جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت های اجتماعی و اصلاح و بهبود روابط بین فردی است. این مزایا باعث استفاده گسترده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای بسیاری از بیماران جسمی و روانی شده است، اما این شیوه از درمان، در بحث وابستگی به مواد کمتر مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته است. ذهن آگاهی به نوبه ی خود شاید بتواند نقش موثری در افزایش کیفیت و سازگاری زناشویی ایفا کند. این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان دارویی mmt می باشد.

در کنار تاثیرات مخرب اختلال اعتیاد در سلامت عمومی بیماران نتایج تحقیقات نشان داده است، وابستگی به مواد به دلیل ماهیت پیشرونده اش علاوه بر عوارض جسمانی و روانی برای بیماران، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید قرار می دهد (حجتی، ۲۰۱۲؛ دین محمدی و دیگران، ۲۰۰۸).

یکی از جوانب بسیار مهم یک نظام زناشویی، رضایتی است که همسران در ازدواج تجربه می کنند و لایکن آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است و نشان گر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست (امید بیکی و همکاران، ۱۳۹۳).

آنچه در ازدواج مهم می باشد، سازگاری زناشویی و رضایت از ازدواج است. رضایت زناشویی فرایندی است که در طول زندگی زن و شوهر بوجود می آید؛ زیرا لازمه آن انطباق سلیقه ها، شناخت صفات شخصیتی، ایجاد الگوهای مرادده ای است. سازگاری زناشویی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان ها تأثیر می گذارد. در واقع سنگ زیر بنای عملکرد خوب خانواده است و نقش والدینی را تسهیل می کند، عمر زن و شوهر را زیاد می کند، باعث افزایش سلامتی، توسعه اقتصادی، رضایت بیشتر از زندگی، کاهش مشکلات روان شناختی، مدیریت بهتر تعارض، مهارت های بهتر ارتباطی و حل مسئله مهارت های بهتر حل تعارضات می شود. مطالعات نشان می دهد که سازگاری زناشویی به سازگاری کلی فرد کمک می کند؛ یعنی همسرانی که از سازگاری زناشویی بالایی برخوردارند، عزت نفس بیشتری دارند و در روابط اجتماعی سازگارترند. سازگاری زناشویی نتیجه ی فرایند زناشویی و شامل عواملی مانند ابراز محبت و عشق همسران، احترام متقابل، روابط جنسی، تشابه نگرش و چگونگی ارتباط حل مسئله است (نجاتی چرانی و همکاران، ۱۳۹۵).

در این بین ارائه مشاوره و روان درمانی موثر، زوجین را برای رسیدن به این مهم یاری می کند. یکی از این راه ها، ذهن آگاهی است. در موج سوم روان درمانی ها که به روان درمانی های پست مدرن معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده ها در نظر گرفت (زمانلو و کاظمی، ۱۳۹۴). به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی - که رفتاری شناخت ها باورهای و ناکارآمد را اصلاح کرده تا رفتارها و هیجانات اصلاح شود، در اینجا تعلیم به بیمار داده می شود که در گام اول هیجانات خود بپذیرد و زندگی در انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. به دلیل همین در این درمان ها فنون شناختی - رفتاری سنتی را با آگاهی ذهن ترکیب می کنند. درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

<sup>۱۱</sup> Carroll

<sup>۱۲</sup> Charla

مستلزم و راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی و گرایش به پاسخهای نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجانهای خوشایند منجر می شود (وحیدی فراشاه و قادری، ۱۳۹۴).

ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه های خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. اساس ذهن آگاهی از تمرین های مراقبه بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را افزایش می دهد. تمرین های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود منجر می شود (کلوپانی و همکاران، ۱۳۸۷).

ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه در انجام آن روش ها و فنون مختلف زیادی به کار رفته است. ذهن آگاهی را می توان به عنوان یک شیوه "بودن" یا یک شیوه "فهمیدن" توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان می افزاید که در آن دیدگاه تمرکز زدایی، افکار فرد را تسهیل می سازد. این نوع رویکرد تمرکززا در مورد هیجانات و حس های بدنی هم به کار می رود (بائر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳).

جلسه های شناخت درمانی نسل نخست تمرکز بیش از حد درمانگر (مشاور) بر روی استدلال های ذهنی مراجع است که با اصلاح و تغییر آن از غیر منطقی به منطقی، سعی بر نزدیک سازی تفکر مراجع با واقعیت دارد. اما در این شیوه مداخله با کمک روش های ذهن آگاهی و استفاده از امثال و استعارات تلاش می شود به مراجع کمک شود، به جای استفاده از استدلال، بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده تلاش کنند تا با روش متفاوتی وضعیت زندگی خود را بدون کنترل های قبلی و با پذیرش و آگاهی و تمرین حضور در زمان حال بهبود دهند (زرناقش و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین، ذهن آگاهی می تواند درمان جویان را در شناخت افکار و ارزیابی های نادرست کمک کند تا به زمان حال عاری از قضاوت آگاه شوند و به ارزش های شخصی و توانایی های خود پی ببرند. همچنین ذهن آگاهی به زوجین کمک می کند که نگرش های همراه با حضور ذهن خود مانند اطمینان، صبر و پذیرش را تقویت کنند و رابطه خود را با مشکلی که درگیر آن هستند، تغییر دهند. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می باشد. افراد ذهن آگاهی واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجان ها و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (هایز و همکاران، ۲۰۰۳). این سازه شناختی را باید از خود آگاهی و یا توجه معطوف به خود متمایز کرد. تشابه این سازه ها در توجه فزون یافته به تجربه های ذهنی است، اما تفاوت اصلی در جنبه شناختی آن است؛ بدین معنا که جلب توجه در خودآگاهی تحت تأثیر سوگیری های تفکر خود محور بوده و با قضاوت درباره خود همراه است، اما ذهن آگاهی، یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه های خود است. ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان شناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد، در حالی که خودآگاهی با پایین بهزیستی روان شناختی مرتبط است. یکی از دلایل افزایش مطالعه های روان شناختی و پزشکی پیرامون ذهن آگاهی، این است که می تواند ابعاد نوینی از رابطه ذهن و بدن را مشخص سازد. بیشتر مطالعه ها بر ارزیابی کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی متمرکز شده اند (محمدخانی و خانی پور، ۱۳۹۱).

آنچه در ازدواج بیش از هر موضوعی مورد توجه است سازگاری و رضایت زناشویی است. ارتباط نقش مرکزی در ازدواج ایفا می کند به گونه ای که از لحاظ ویژگی های زناشویی مشخص شده است که ارتباط موثر و کارآمد (کیفیت روابط زناشویی) میان شوهر و همسر مهم ترین جنبه ی خانواده های دارای عملکرد مطلوب می باشد. که رایج ترین مشکل در

<sup>۱۳</sup>- Baer

ازدواج های نا آرام و پر دردسر همانا کیفیت روابط زناشویی ضعیف است. به عبارت دیگر موضوعات ارتباطی ممکن است نگرانی ها و دل مشغولی های اولیه ی برخی زوج های مراجعه کننده برای درمان باشد (کار<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴). رویکردهای ارتباطی اغلب با سه فرض اساسی به بررسی ازدواج و روابط زناشویی می پردازند: ۱- تعارض های زناشویی غیر قابل اجتنابند، هدف درمان های ارتباطی حذف کامل این تعارض ها نیست بلکه تلاش می کنند تا به آنها جهت دهند و آنها را در مسیرهایی سازنده به کار اندازند و کیفیت روابط را بالا ببرند؛ ۲- ارتباط در دو سطح کلامی و غیر کلامی روی می دهد و یکی از دلایل اصلی بروز اختلاف های زناشویی، ناهماهنگی پیام هایی است که به طور همزمان توسط این دو سطح منتقل می شوند که منجر به کیفیت روابط زناشویی ضعیف می شود؛ ۳- همسران در شیوه های برقراری ارتباطی و کیفیت زناشویی با یکدیگر تفاوت دارند (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۲). در کل، یک فرض عمومی این بوده است که علت بسیاری از مشکلات ارتباطی زناشویی، مهارت های ارتباطی ناکارآمد از طرف همسران می باشد و مطابق با این دیدگاه تعلیم ارتباط و افزایش کیفیت روابط زناشویی به عنوان کوششی جهت ترمیم رابطه مسئله دار، مولفه ای مهم در بسیاری از رویکردهای درمان زناشویی است (بورلسون و دنتون، ۱۹۹۷).

مطالعه ی روابط زوجین به روشن شدن چهار چوب های ساختاری که روابط زوجین در آن شکل می گیرد کمک می کند. کیفیت روابط زناشویی<sup>۱۵</sup> نقش اساسی در ارزیابی کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (برادبری، فینچام و بیچ<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۰). کیفیت روابط زناشویی مفهومی چندبعدی است و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می شود (تروکسل<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶).

سازگاری زناشویی به عنوان مهمترین و اساسی ترین رابطه انسان توصیف شده است، زیرا ساختاری اولیه را برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده فراهم می سازد (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۳). سازگاری از رابطه ی زناشویی از سازه های بنیادی حفظ کننده بنیاد خانواده و عامل تکامل آن است. این سازه یکی از متغیرهایی است که به طور گسترده در تحقیقات خانواده و ازدواج مورد بررسی قرار گرفته است و یک سازه زیربنایی، هم در مطالعات بنیادی رابطه ای و هم در مطالعات درمانی در زمینه خانواده محسوب می شود (فانک و روگ، ۲۰۰۷).

سازگاری زناشویی ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد محسوب شده، میتواند انعکاسی از میزان شادکامی و احساس مطلوب زوجین نسبت به رابطه ی زناشویی خود و یا ترکیبی از خشنود بودن بواسطه بسیاری از عوامل مختص رابطه زناشویی باشد (میرخوش سکه و قهاری، ۱۳۹۴).

مشکلات سازگاری شایع ترین و مخرب ترین مشکلات در ازدواج های شکست خورده بشمار می آید. از مهم ترین مهارت ها که به طور اخص در این زمینه یاری رسان است و البته بررسی تحقیقات انجام شده در ایران کم توجهی محققان به این مهارت ها را نشان می دهد، مهارت ذهنی آگاهی است. ذهن آگاهی، هشیاری شفاف از افکار، احساسات، حس های جسمانی، اعمال و محیط اطراف است. نوعی از رابطه که در آن کیفیت ذهن آگاهی پر رنگ می شود رابطه ای است که در آن زوجین توانایی شناخت واقعی افکار و احساسات خود را پیدا می کنند. در گام بعدی آنها می توانند بر پایه توانایی شناسایی درست افکار

<sup>۱۴</sup>- Carr, A.<sup>۱۵</sup>- Marital Quality<sup>۱۶</sup>- Bradbury, T. , Fincham, F. , & Beach, S<sup>۱۷</sup>- Troxel, W

و احساسات به قاب گیری مجدد آنها پردازند. این توانایی به انسان کمک میکند تا فرایند خودکار چسبندگی به افکار و احساسات شکسته شده و آن را به صورت پدیده ای گذارا ببینند که تنها قسمت کوچکی از وجود را فرا گرفته و نه تمام وجود را (امید بیکی و همکاران، ۱۳۹۳).

با توجه به اینکه تا کنون ارتباط بین تعلیم مهارت ذهن آگاهی با کیفیت و سازگاری زناشویی آنها کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، ضروری است که ارتباط بین تعلیم مهارت ذهن آگاهی با این دو سنجیده شود پس تحقیق حاضر پاسخ به این سوال می باشد که آیا آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر شهرکرد موثر است؟

باتوجه به آنچه بیان شد در این پژوهش سؤال زیر بررسی گردید:

آیا آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر شهرکرد موثر است؟

## روش

طرح تحقیق مورد استفاده در این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل می باشد.

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه مورد مطالعه این تحقیق را کلیه معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) می باشد که در سال ۱۳۹۷ در شهر شهرکرد به کلیه مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. در مطالعه حاضر از نمونه گیری در دسترس استفاده می شود. بدین صورت که ابتدا به صورت تصادفی یک مراکز ترک اعتیاد به صورت تصادفی انتخاب گردید و سپس به مرکز مراجعه کرده و پرسشنامه های کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی بین آنها توزیع گردیده و تعداد ۴۰ نفر که نمره پایین در کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی کسب کردند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و بررسی تقسیم می شوند و گروه آزمایش تحت درمان هشت جلسه ای ذهن آگاهی قرار می گیرند. ملاک ورود به مطالعه عبارت بود از: (۱) به دست آوردن نمره کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی یک انحراف معیار پایین تر از میانگین نمونه، (۲) ساکن شهرکرد، (۳) داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه (کتبی یا شفاهی)، (۴) عدم وجود بیماری های شدید روانی (بیماری سایکوتیک)، (۵) عدم شرکت در جلسات تعلیمی و مشاوره ای به صورت همزمان، (۶) عدم مصرف داروهای روان پزشکی طی دوره مطالعه و ملاک خروج عبارت بود از: (۱) ابتلا به بیماری جسمانی حاد، (۲) سابقه دریافت درمان های روان شناختی در ۶ ماه گذشته، (۳) غیبت بیش از ۲ جلسه متوالی یا ۳ جلسه غیرمتوالی، (۴) دریافت درمان های دارویی برای اختلالات جسمانی و روان شناختی در خلال مطالعه.

### روش تحلیل داده ها

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA)، با استفاده از نرم افزار SPSS (V. ۲۲) انجام شد.

## روند اجرای پژوهش

رویکرد ذهن آگاهی بر روی گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در هر هفته دو جلسه انجام شد؛ در حالی که بر روی گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. پس از پایان آزمون، پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضای گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، در اجرا و پاسخ دهی آزمون ها، افت آزمودنی وجود نداشت. برای جلسات ذهن آگاهی سعی بر این بود که منطبق با الگوی درمانی محمدخانی و همکاران (۱۳۸۴) و با همان ترتیب روند مداخله درمانی، اهداف هر جلسه اجرا شود. براس سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از آزمودنی های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله های درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات درمانی، مشخص گردد. محتوای صورت جلسات ذهن آگاهی (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴) بر روی گروه آزمایش به شرح جدول شماره ۱ اجرا گردید.

جدول ۱. محتوای جلسات ذهن آگاهی (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	هدایت خودکار - تکنیک واریسی بدنی به شرکت کنندگان تعلیم داده شد و CD واریسی بدنی و برگه های تمرین برای انجام تکلیف خانگی توزیع گردید.
جلسه دوم	رویارویی با موانع- مراقبه در وضعیت نشسته اجرا گردید. انجام تمرین ثبت وقایع خوشایند در طول هفته توضیح داده شده و برگه های مربوطه توزیع گردید.
جلسه سوم	تنفس همراه با حضور ذهن- بازنگری تمرینات، تمرین دیدن و شنیدن به مدت ۵ دقیقه انجام شد و تکنیک راه رفتن با هشیاری فراگیر و فضای تنفس ۳ دقیقه ای به شرکت کنندگان تعلیم داده شد. جزوات شرکت کنندگان و CD تنفس همراه با حضور ذهن به دانش آموزان داده شد.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال- بازنگری تمرینات، مراقبه آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و همچنین فضای تنفس ۳ دقیقه ای به طور منظم و ۳ دقیقه ای سازگاری ای (هنگام احساسات ناخوشایند شدید) به صورت عملی اجرا شد.
جلسه پنجم	اجازه حضور- بازنگری تمرینات و انجام مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و در مورد اهمیت پذیرش و ویژگیهای آن بحث و گفتگو شد. با تاکید بر اهمیت فضای تنفس ۳ دقیقه ای سازگاری ای جزوات مربوط به جلسه پنجم توزیع شد.
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند- شناخت امور روزمره خودکار، احساس بیهودگی همراه با بی علاقه ای به فعالیت های قبلی، فرار یا اجتناب از موقعیت های اضطراب زا و همچنین توضیح روش هایی که می توانند با استفاده از آنها افکار خود را به نحو متفاوتی ببینند، از اهداف جلسه ششم بود.
جلسه هفتم	مراقبت از خود- تکنیک های قبلی در این جلسه به گونه ای تمرین شد که به عنوان یک کار متداول روزانه مورد استفاده قرار گیرد و در واقع حضور ذهن سبک زندگی فرد شود.
جلسه هشتم	بازنگری مطالب گذشته و استفاده از آنچه یاد گرفته ایم- در این جلسه علاوه بر آگاهی از تغییرات کوچک خلق بحث و برنامه ریزی در مورد این که چگونه بهترین نحوه، تحرک و نظم که در ۷ جلسه گذشته چه در تمرین های منظم و چه در تمرین های غیرمنظم ایجاد شده، ادامه یابد.

## ابزارها

۱- کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظر شده (RDAS)<sup>۱۸</sup>: این پرسشنامه توسط باسبی، کران، لارسن و کریستنسن (۱۹۹۵) ساخته شده است و ۱۴ سوال دارد. فرم اصلی این مقیاس ۳۲ سوال دارد که توسط اسپینر و بر اساس نظریه ی لیوایز و اسپینر در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است. این پرسشنامه ی ۱۴ سوالی به صورت طیف ۶ تایی از ۰ تا ۵ نمره گذاری

<sup>۱۸</sup> - Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)



می‌شود، طوری که پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ و پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ صفر می‌گیرد. این ابزار از سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند و نمرات بالا نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. اصل پرسشنامه به زبان انگلیسی بوده که توسط محقق از زبان انگلیسی به فارسی با دقت در واژه‌گزینی برگردانده شد و برای اطمینان بیشتر از صحت ترجمه و مطابقت دو نسخه انگلیسی و فارسی، ترجمه فارسی آن در اختیار دو نفر مسلط به زبان فارسی و انگلیسی قرار داده شد تا با استفاده از روش ترجمه معکوس آنرا به انگلیسی برگردانند، سپس مجدداً به زبان فارسی ترجمه شد. سر انجام روائی ظاهری و محتوایی آن توسط افراد متخصص (روانشناس خانواده، مشاور متخصص خانواده با رویکرد بوون) تعیین گردید و اصلاحات محدودی در آن انجام گرفت، بدین ترتیب، پس از چند مرحله بررسی، بازبینی و اعمال تغییرات و اصلاحات، فرم فارسی مقیاس برای اجرای مطالعه آماده شد.

تحلیل عاملی تأییدی، ساختار سه عاملی پرسشنامه را در آمریکا تأیید کرده است و روائی آن را نشان داده است. پایایی پرسشنامه به شیوه ی آلفای کرونباخ در مطالعه ی هولیست، کودی و میلر (۲۰۰۵) برای سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام به ترتیب از، ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ گزارش شده است. در مطالعه حاضر، پایایی این پرسش نامه به وسیله ضریب آلفای کرونباخ محاسبه خواهد شد. و ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه با استناد به آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید.

## ۲- پرسشنامه سازگاری اسپانیر: در این پژوهش از مقیاس سازگاری دو عضوی گراهام اسپانیر (۱۹۷۶)، برای جمع

آوری اطلاعات مربوط به سازگاری زناشویی استفاده شد. این پرسش نامه قبل و بعد از اجرای آزمایش توسط زوجها تکمیل گردید. پرسشنامه سازگاری زناشویی گراهام بی اسپانیر (DAS) توسط اسپانیر در سال ۱۹۷۶ منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها و یا هر دو نفری که باهم زندگی می‌کنند تنظیم شده است. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد را می‌سنجد که عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه‌ی زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. این ابزار برای دو هدف ساخته شده است. می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه گیری رضایت کلی دریک رابطه صمیمانه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می‌سنجد. این چهار بعد از این قرارند: رضایت دونفری، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت. نمره‌ی کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است. رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دو نفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ (ثنایی، ۱۳۷۹). در این مطالعه نیز از طریق آلفای کرونباخ پایایی این مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد. این مقیاس با روش‌های منطقی روائی محتوای چک شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمییز دادن زوج‌های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روائی خود را برای گروه‌های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روائی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس همبستگی دارد (ثنایی، ۱۳۷۹). در ایران نیز این مقیاس در سال ۱۳۷۴ توسط آموزگار و حسین نژاد هنجاریابی شده است. این مقیاس با روش بازآزمایی و با فاصله‌ی ۱۰ روز روی نمونه‌ای متشکل از ۱۲۰ نفر از زوجها (۶۰ مرد و ۶۰ زن) اجرا گردید و برای میزان همبستگی از روش گشتاوری پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی بین نمرات زوجها طی دوبار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶، مقیاس رضایت زناشویی ۰/۶۸ مقیاس همبستگی دونفری ۰/۷۵، مقیاس توافق

دوفنری ۰/۷۱ و مقیاس ابراز محبت ۰/۶۱ به دست آمده است. پایایی این مطالعه با استناد به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ محاسبه گردید.

### یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کیفیت زندگی زناشویی	میانگین	۳۸/۱۷	۴۳/۴۴	۳۹/۵۴	۳۹/۵۴
	انحراف معیار	۳/۴۵۱	۱/۳۸۱	۱/۳۳۰	۱/۶۱۳
سازگاری زناشویی	میانگین	۸۹/۴۴	۹۶/۱۷	۸۸/۰۸	۸۹
	انحراف معیار	۱/۷۵۶	۱/۹۴۸	۱/۶۰۵	۱/۲۹۱

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای تحقیق کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی را نشان می‌دهد. و همانگونه که نشان می‌دهد میزان میانگین کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون آن افزایش یافته که نشان دهنده تاثیر آموزش ذهن آگاهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های مولفه‌های سازگاری زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رضایت زناشویی	میانگین	۲۸/۹۴	۳۰/۸۹	۲۸/۲۳	۲۹/۱۵
	انحراف معیار	۰/۸۰۲	۰/۸۳۲	۰/۷۲۵	۰/۸۰۱
همبستگی دو نفری	میانگین	۱۴/۱۷	۱۶	۱۴/۲۳	۱۳/۹۲
	انحراف معیار	۰/۷۸۶	۰/۸۴۰	۰/۸۳۲	۰/۷۶۰
توافق دو نفری	میانگین	۳۵/۲۸	۳۶/۶۱	۳۴/۶۲	۳۴/۸۵
	انحراف معیار	۰/۷۵۲	۰/۹۱۶	۱/۷۵۸	۰/۶۸۹
ابراز محبت	میانگین	۱۱/۰۶	۱۲/۶۷	۱۱	۱۱/۰۸
	انحراف معیار	۰/۹۳۸	۰/۷۶۷	۰/۹۱۳	۰/۸۶۲

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف معیار نمره‌های مولفه‌های سازگاری زناشویی در پس‌آزمون گروه آزمایش کمتر از پس‌آزمون گروه کنترل شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره های مولفه های کیفیت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	شاخص های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
توافق	میانگین	۱۶/۲۲	۱۸/۳۹	۱۷/۲۳	۱۷/۰۸
	انحراف معیار	۲/۸۱۹	۰/۶۹۸	۰/۹۲۷	۰/۸۶۲
رضایت	میانگین	۱۰/۹۴	۱۲/۵۰	۱۱/۲۳	۱۱
	انحراف معیار	۰/۹۳۸	۰/۸۵۷	۰/۹۲۷	۰/۹۱۳
انسجام	میانگین	۱۱	۱۲/۵۶	۱۱/۰۸	۱۱/۴۶
	انحراف معیار	۰/۸۴۰	۰/۷۸۴	۰/۸۶۲	۰/۷۷۶

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می گردد، میانگین و انحراف معیار نمره های مولفه ی کیفیت زندگی زناشویی در پس آزمون گروه آزمایش بیشتر از پس آزمون گروه کنترل شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی

زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) گروه های آزمایش و کنترل						
متغیرهای وابسته	میانگین مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	Sig
کیفیت زندگی زناشویی	۹۴/۴۰۳	۱	۹۴/۴۰۳	۴۵/۴۴۲	۰/۶۲۷	۰/۰۱
سازگاری زناشویی	۳۳۸/۹۸۹	۱	۳۳۸/۹۸۹	۱۰۴۴ ۱۱۵	۰/۸۱۰	۰/۰۱

همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می گردد، تحلیل کواریانس یک راهه در متغیرهای کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معنی دار می باشد ( $p < 0/001$ ). بنابراین فرضیه ی اصلی تحقیق آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) موثر است. تأیید می شود و میزان تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی ۰/۶۲۷ و سازگاری زناشویی ۰/۸۱ تأثیر گذار است.

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون توافق، رضایت، انسجام اطراف گروه های

#### آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	میانگین مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	Sig
توافق	۱۲/۴۶۸	۱	۱۲/۴۶۸	۲۰/۳۴۰	۰/۴۳۹	۰/۶۶۷
رضایت	۱۳/۷۷۷	۱	۱۳/۷۷۷	۱۹/۸۴۶	۰/۴۳۳	۰/۶۶۷
انسجام	۷/۶۸۱	۱	۷/۶۸۱	۱۱/۵۴۱	۰/۳۰۷	۰/۶۶۷

همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می گردد، تحلیل کواریانس یک راهه در مولفه های اهمیت زندگی زناشویی معنی دار می باشد ( $p < 0/001$ ). بنابراین فرضیه ی فرعی اول جست و جو مبنی بر تعلیم هوشیاری بر مولفه های اهمیت زندگی زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) موثر است. تأیید می شود و میزان تأثیر تعلیم هوشیاری بر توافق ۰/۴۳۹، رضایت ۰/۴۳۳ و انسجام ۰/۳۰۷ تأثیر گذار است.

جدول ۷ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق

دو نفری، ابراز محبت گروه های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	میانگین مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	Sig
رضایت زناشویی	۱۴/۶۴۳	۱	۱۴/۶۴۳	۳۱/۶۲۳	۰/۵۵۸	۰/۰۰۱
همبستگی دو نفری	۳۱/۸۲۴	۱	۳۱/۸۲۴	۵۱/۸۳۸	۰/۶۷۵	۰/۰۰۱
توافق دو نفری	۱۵/۴۴۱	۱	۱۵/۴۴۱	۲۲/۷۰۴	۰/۴۶۷	۰/۰۰۱
ابراز محبت	۱۴/۷۵۴	۱	۱۴/۷۵۴	۱۹/۶۲۲	۰/۴۴	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۷ ملاحظه می گردد، تحلیل کواریانس یکراهه در مولفه های سازگاری زناشویی معنی دار می- باشند ( $p < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین فرضیه ی فرعی دوم جست و جو مبنی بر تعلیم هوشیاری بر مولفه های سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) موثر است. تأیید می شود و میزان تاثیر تعلیم هوشیاری بر رضایت زناشویی ۰/۵۶، همبستگی دو نفری ۰/۶۷، توافق دو نفری ۰/۴۸، ابراز محبت ۰/۴۴ تاثیر گذار است.

### نتیجه گیری

سؤال اصلی تحقیق این بود که آیا آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر شهرکرد موثر است؟

بر اساس یافته های تحقیق می توان بیان داشت که در یکی مورد از متغیرهای وابسته ( کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی) بین دو گروه آزمایش و بررسی تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه ی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) در پس آزمون در مطالعه حاضر ۰/۸۷۳ می باشد. و با تحلیل آزمون آنکوا میزان تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی به تفکیک بیان شده است و همانطور که ملاحظه گردید، در تحلیل کواریانس یکراهه در متغیرهای کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معنی دار می باشند ( $p < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین فرضیه ی اصلی تحقیق آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) مؤثر است. تأیید می شود و میزان تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی ۰/۶۲۷ و سازگاری زناشویی ۰/۸۱۰ تاثیر گذار است. که نتایج تحقیق با نتایج مدنی و حجبی (۱۳۹۴) همخوانی دارد و نشان دادند میزان اثر مداخله به ترتیب در رضایت زناشویی ۰/۹۳ و کیفیت زندگی زناشویی ۰/۶۶ تاثیر دارد.

می توان گفت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (توافق، رضایت، انسجام) میان دو گروه آزمایش و بررسی تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه ی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر مولفه های کیفیت زندگی زناشویی معتادان مورد معالجه نگهدارنده با متادون (MMT) در پس آزمون در مطالعه حاضر ۰/۶۶۷ می باشد. تفکیک کواریانس یکراهه در مولفه های کیفیت زندگی زناشویی معنی دار می باشند ( $p < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین فرضیه ی فرعی اول تحقیق مبنی بر آموزش ذهن آگاهی بر مولفه های کیفیت زندگی زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) مؤثر است. تأیید می شود و میزان تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر توافق ۰/۴۳۹، رضایت ۰/۴۳۳ و انسجام ۰/۳۰۷ تاثیر گذار است یا حضور ذهن به معنای مطلع بودن از افکار،

رفتار، هیجانات و اشتیاق است، به طوری که بهتر بتوانیم آنها را مدیریت و تنظیم کنیم. به طور دیگر، ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به سبک های خاص است. این نوع توجه توسط همسران میتواند موجب افزایش آگاهی، کاهش حواس پرتی، شفافیت و وضوح، و پذیرش واقعیت حال حاضر شود. اساس ذهن آگاهی از تمرین های مراقبه گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی مستمر و هوشمندانه را افزایش می دهد. تمرین های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی دانایی و پذیرش خود در بیماران منجر می شود. ذهن آگاهی یک طرح یا شگرد نیست، هر چند در انجام آن سبک ها و ترفند مختلف زیادی بکار رفته است.

در این مطالعه، در ارتباط با نظریه اول به این نتیجه رسیدیم که آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی گروه آزمایش تأثیر مثبت و معناداری داشته است. یافته حاصل از این موضوع همسو با یافته های زرنقاش و همکاران (۱۳۹۵)، جمشیدی و لعلی (۱۳۹۵) و از نتایج تحقیقات خارجی با لرد و همکاران<sup>۱۹</sup> (۲۰۱۵) هم خوانی دارد و یافته حاصل از این نظریه همسو با یافته های حبیبی (۱۳۸۵)، یوسفی و سهرابی (۱۳۹۲) و کاویانی و همکاران (۱۳۹۳) است. حبیبی (۱۳۸۵) در مطالعه ای اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر (تریاک) تأیید کرده بود. ناصر یوسفی و احمد سهرابی (۱۳۹۰) هم با مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر آگاهی و شناخت زیاد بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در زمان جدایی اثربخشی خانواده درمانی ذهن آگاهی را بر کیفیت روابط زناشویی تأیید کرد. کاویانی، حاتمی و شفیع آبادی (۱۳۹۳) در مطالعه ای به بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زناشویی افراد افسرده پرداخت. تانی، لوتان و برنسن برنستن (۲۰۱۲) در بررسی پیامدهای تعلیمی ذهن آگاهی گفتند که تعلیم مهارت های ذهن آگاهی به لحاظ آماری و بالینی موجب کاهش نشانه های خلق آسیب پذیر و استرس می شود. کینگسون و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه ای نشان دادند که نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری در یک ماه پس از پایان جلسات آموزش ذهن آگاهی باقی می ماند و آزمودنی ها از مهارت های یاد گرفته در موقعیت های مهم زندگی خود استفاده می کنند. این راهکارها برای کاهش نشخوار فکری، کنترل توجه و کاهش قضاوت ها مفید است.

نتایج یافته شده نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی جمعیت آزمودنی، کیفیت زندگی زناشویی را زیاد می کند و افسردگی را کاهش می دهد. در حقیقت همسران با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود متوجه می شوند که خوشحالی، کیفیتی نیست که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشد و زمانی اتفاق می افتد که فرد وابسته به افکار، موضع گرفتن و برنامه های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت های خوب یا فرار از موقعیت های سخت انجام می دهد، کنار بگذارد و به یک نوع آزادی برسد.

اندازه ای اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر مولفه های سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) در پس آزمون در مطالعه حاضر ۰/۸۳۶ می باشد. و باتوجه به آزمون آنووا همانطور که در جدول (۴-۱۹) از فصل چهارم ملاحظه گردید، تحلیل کوواریانس یک راهه در مولفه های سازگاری زناشویی معنی دار می باشد ( $p < 0/001$ ). بنابراین فرضیه ی فرعی دوم تحقیق مبنی بر آموزش ذهن آگاهی بر مولفه های سازگاری زناشویی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) موثر است. تأیید می شود و میزان تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی ۰/۵۶، همبستگی دو نفری ۰/۶۷، توافق دو نفری ۰/۴۸، ابراز محبت ۰/۴۴ تأثیر گذار است. پژوهشها نشان داده است همسرانی که رضایت زناشویی بالایی دارند در واقع دارای هماهنگی ادراکی بیشتری در مقایسه با همسران ناراحت هستند یکی از این موارد هماهنگی ادراک، ذهن

<sup>۱۹</sup>- Lord et al.

آگاهی است. ذهن آگاهی یعنی جایگاهی که همسر با اشتیاق ادراک خود از همسرش را در یک موقعیت خاص دوباره مقایسه می کند که می تواند انعطاف پذیری در موقعیت های گوناگون را زیاد کند. (لانجر، ۲۰۰۹). افراد هوشیار هنگام برخورد با استرس های محیط، آگاهی فرد از خودش بیشتر، سازگاری بالاتر، نگاه مثبت به همسر و ارتباط موثر را تجربه می کنند (بیگی و همکاران، ۱۳۹۱). شاید تغییرات زیستی داخل مغز که به تمرینات مراقبه ای نسبت داده می شوند نیز به شکل برخورد اجتماعی افراد تاثیرگذار باشد. قسمت هایی از مغز که به گیرنده های داخلی ارتباط دارند (آگاهی از حواس و ادراکات درونی) و شناسایی حواس می شوند. (ادواردز و مک ماهن، ۲۰۱۲). توانایی آگاه بودن از حواس درونی می تواند در خنثی و کمتر کردن احساسات شدید در جریان دعوا با همسر موثر باشد چراکه فرد می تواند احساس برانگیختگی را سریع تر شناسایی کند. نتایج تحقیق با نتایج ورپی و همکاران (۲۰۱۲)، تارمان و همکاران (۲۰۱۴)، لرد و همکاران (۲۰۱۵) و از مطالعات داخلی نتایج تحقیق با نتایج امید بیکی و همکاران (۱۳۹۳)، رحمانی و شهابی زاده (۱۳۹۳)، ولی زاده و همکاران (۱۳۹۴)، میرخوش سکه و قهاری (۱۳۹۴)، فتحی مقدم آستانه (۱۳۹۴)، نجاتی چرانی و همکاران (۱۳۹۵) هم خوانی دارد. و در تبیین نتایج تحقیق می توان اینگونه بیان نمود که در مطالعه ای اسکامن (۲۰۰۴) ۲۴۱ دانشجوی دانشگاه ایتالیا را به طور تصادفی به دو گروه ده نفری آزمایش و بررسی تقسیم کردند، و با هدف کاهش اضطراب و خوشحالی همسران آنها را تحت معالجه ذهن آگاهی قرار دادند. بعد از یک مدت پیگیری دو ساله، افراد گروه آزمایش نسبت به گروه بررسی به طور معناداری اضطراب و خوشحالی کمتری داشتند.

نتایج مطالعه مروری ایوانوسکی (۲۰۰۶) روی ۱۹۸۶ مقاله گسترش یافته درباره مداخلات مبتنی بر آگاهی و مکانیسم های اثر گذاری این سبک نشان داده است که مداخلات مبتنی بر آگاهی در درمان در خودفرورفتگی، اضطراب، مشکلات شخصیت مرزی، روان آشفته و خودکشی می باشد. کریسلر وهالت (۱۹۸۹) در مطالعه ای با استفاده از ذهن آگاهی در مورد بیماران مبتلا به پرخوری نظریه هیرتون را در خصوص این دسته از بیماران در نظر گرفتند. در این نظریه پرخوری به عنوان فرار از آگاهی نسبت به خود، گفته شده، و تعلیم آگاهی می تواند باعث پذیرش بدون داوری شرایط بدی بشود که باعث می شود این بیماران از آن دوری کنند. والسند سیوتن و نیلسون (۲۰۱۲) کشف کردند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب ناراحتی و نگرانی در افراد مبتلا به مشکلات اضطراب می گردد.

ذهن آگاهی<sup>۲۰</sup> مستلزم راهبردهای رفتاری<sup>۲۱</sup>، شناختی<sup>۲۲</sup> و فراشناختی<sup>۲۳</sup> ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود (سگال<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می شود و مهارت های شناسایی شیوه های مفیدتر را فرا می گیرد. برای ذهن، دو شیوه اصلی در نظر گرفته در ذهن می شود: یکی «انجام دادن» و دیگری «بودن». در ذهن آگاهی فرا می گیریم که ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه

<sup>۲۰</sup> Mindfulness<sup>۲۱</sup> Behavioural<sup>۲۲</sup> Cognitive<sup>۲۳</sup> Metacognitive<sup>۲۴</sup> Segal

دیگر حرکت دهیم (شاپیرو<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). در بررسی نقش ذهن آگاهی در عاطفه و خلق، نتایج نشان می دهد که ذهن آگاهی پیش بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (براون و رایان، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی و کاهش افسردگی و خشم می شود (کویت- استیجن<sup>۲۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند (براون و رایان، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می شود که در آن دو عنصر اساسی: (۱) حضور در زمان اکنون، (۲) قضاوت نکردن در مورد رخدادهای، کنش ها و واکنش ها نقش اصلی را بر عهده دارند. ذهن آگاهی به زبان ساده یعنی حواس جمع بودن و بیداری صد در صد و آگاه بودن نسبت به رخدادهایی که همین الان در اطراف ما و همین طور درون بدن ما در حال اتفاق افتادن هستند، به این شکل هیچگونه قضاوت و پیش داوری نسبت به درست و نادرست بودن اتفاقات، این بیداری و حواس جمعی و آگاهی ما را تحت تأثیر قرار بدهد (کابرا<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۸). تمرینات ذهن آگاهی خود مدیریتی و مهارت های مقابله ای را ارتقاء می دهد (مور<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۲)، به طوری که فرد از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می شود (مک فارلند<sup>۲۹</sup>، ۲۰۱۰؛ به نقل از رستمی، ۱۳۹۲).

ذهن آگاهی مفهومی است که مفاهیم و معانی مختلفی را در روانشناسی دارد. می توان آن را معادل توجه فعال و متضاد بی توجهی با ذهن گریزی، که فرایندی اتوماتیک است دانست. این مفهوم با ارزیابی فراشناختی فکر و به کار بردن اشکال مختلف یادگیری یکسان دانسته شده است. در تحقیقات روان درمانی ذهن آگاهی به عنوان یک حالت خود آگاهی فرارونده فرمول بندی شده است که تندرستی روانی فرد را ارتقاء می دهد (ولز<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۶).

از طرفی کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زناشویی افراد مبتلا به اعتیاد کاهش می یابد که آموزش ذهن آگاهی به معتادان می تواند در کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی آنها اثرگذار باشد.

از جمله محدودیت های جدی این پژوهش این است که با توجه به اینکه مطالعه حاضر بر روی معتادان تحت درمان نگهدارنده انجام شده شاید نتوان نتیجه حاصل شده را به معتادان در حال مصرف تعمیم داد و اجرای مطالعه بر روی معتادان به مصرف مواد مخدر است که ممکن است از نظر ویژگی های روان شناختی با سایر معتادان (معتاد به مشروبات الکلی و ...) و سایر نقاط کشور تا حدودی متفاوت باشند.

<sup>۲۵</sup> Shapiro<sup>۲۶</sup> Kieviet-Stijnen<sup>۲۷</sup> Cabrea<sup>۲۸</sup> Moore<sup>۲۹</sup> McFarland<sup>۳۰</sup> Wales

## منابع و مراجع

- آخوندی، ن. (۱۳۸۹). روانشناسی راهنمایی و مشاوره. تهران: دانشگاه پیام نور.
- اتکینسون، ر.، اتکینسون، ر.، و هیلگارد، ا. (۱۳۸۷). زمینه‌ی روانشناسی، ترجمه‌ی محمد نقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- احمدوند، م. (۱۳۸۲). بهداشت روانی. تهران: انتشارات پیام نور.
- احمدی، ا. (۱۳۷۵). روانشناسی نوجوانان و جوانان. تهران: نشر نخستین.
- امی، م.، و عبدی، ر. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر تعلیم فنون مبتنی بر حضور هوشیاری در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان. مجله علوم تربیتی، ۱۵، ۶-۱۷.
- امیدی، ع.، محمدخانی، پ.، دولتشاهی، پ.، و پورشهباز، ع. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی شیوه آگاهی مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری - شناختی بر نشانگان روان پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه علمی-مطالعه‌ی فیض.
- امیرپور، ل.، طباطبایی، م.، مدرس غروی، م.، و حسن آبادی، ح. (۱۳۸۹). اثر بخشی فنون شناختی رفتاری کاهش اضطراب در درمان عقاید پارانوئید و هذیان‌های گزند و آسیب دو بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید. مجله روانشناسی بالینی، ۲۵، ۱۱-۲۱.
- ایسائو، و پیترمن، (۱۳۹۷). تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- یک جودیت، ا. (۱۳۹۰). شناخت درمانی: مبانی و فراتر از آن، ترجمه‌ی لادن فتی و فرهاد فرید حسینی. تهران: نشر دانژه.
- بهادران، ک.، پورناصح، م. (۱۳۸۷). نوار آرامش در ژرفا. تهران: انتشارات مهر کاویان.
- تیزدل، ج. (۱۳۸۰). رابطه‌ی شناخت و هیجان: ذهن موقعیتی در اختلال‌های خلق، ترجمه‌ی حسین کاویانی. تهران: مطالعه‌ی علوم شناختی.
- جوهری فرد، ر.، گودرزی، م.، و ضمیری، ا. (۱۳۸۸). تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، یافته‌های نو در روانشناسی، ۹۵-۸۲.
- حاج امینی، ز.، امینی، ا.، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر تعلیم مهارت‌های زندگی بر واکنش‌های هیجانی نوجوانان. مجله علوم رفتاری، ۲(۳)، ۲۰-۲۵.
- حسینی پور، م. (۱۳۹۰). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب حالت-صفت و نگرش ناکارآمد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری (پایان‌نامه ارشد). گروه روانشناسی، استاد راهنما: پروانه محمد خانی.
- خانی پور، ح. (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه‌های روانپزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه‌ی یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه‌ی تک موردی دانشگاه علامه طباطبایی تهران (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد).
- خدایاری فرد، م. (۱۳۸۵). روانشناسی مرضی کودک و نوجوان. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- دادستان، پ. (۱۳۷۶). سنجش و درمان اضطراب. مجله روانشناسی، ۱.
- دادستان، پ. (۱۳۷۶). روانشناسی مرضی تحولی. تهران: انتشارات سمت.
- دیویسون، ج.، ام نیل، ج.، و کرنیگ، آ. (۱۳۸۷). آسیب شناسی روانی، ترجمه‌ی مهدی دهستانی. تهران: انتشارات ویرایش.



- روزنهان، د.، و ای پی سلیگمن، م. (۱۳۸۶). آسیب شناسی روانی، ترجمه ی یحیی سید محمدی. تهران: نشر ساوالان.
- زرگر، ی.، صیاد، س.، و بساک نژاد، س. (۱۳۹۰). اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش آموزان دختر. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۹(۵)، ۲۰-۳۰.
- سادوک، ب.، و سادوک، و. (۱۳۸۷). ترجمه فرزین رضایی. تهران: انتشارات ارجمند.
- سگال، ز.، ویلیامز، م.، تیزدل، ج. (۱۳۷۴).
- سولسو، ر. (۱۳۸۸). روانشناسی شناختی، ترجمه ی فرهاد ماهر. تهران: انتشارات رشد.
- سیف، ع. (۱۳۸۹). تغییر رفتار و رفتار درمانی: نظریه ها و روش ها. تهران: انتشارات دوران.
- شارف، ر. (۱۳۸۹). نظریه های روان درمانی و مشاوره، ترجمه ی مهرداد فیروز بخت. تهران: خدمات فرهنگی رسا.
- شعاری نژاد، ع. (۱۳۸۸). روانشناسی رشد. تهران: نشر اطلاعات.
- شفیع آبادی، ع. (۱۳۷۴). مبانی روانشناسی رشد. تهران: شرکت سهامی جهار.
- مجله پیوند، ۲۳۳.
- طهماسیان، ک. (۱۳۸۴). مدل یابی خودکارآمدی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی، پایان نامه دکتری روان شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی .
- طهماسیان، ک.، جزایری، ع.، محمد خانی، پ.، و قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۴). اثر مستقیم و غیرمستقیم خوداثرمندی در افسردگی نوجوانان. مجله رفاه اجتماعی، ۱۲۴-۱۱۳.
- طهماسیان، ک.، جزایری، ع.، محمد خانی، پ.، و قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۶). افسردگی نوجوانان عاشوری، ا.، ترکمن ملایری، م.، و فدایی، ز. (۱۳۸۷). ۴، ۱۵-۱۷.
- فتحی آشتیانی، ع.، و دادستانی، د. (۱۳۸۸). آزمون های روان شناختی : ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت، ۳۰۳-۲۹۲.
- فرح بخش، س.، غلامرضایی، س.، و نیک پی، ا. (۱۳۸۶). بررسی بهداشت روانی دانشجویان در رابطه با عوامل تحصیلی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۳۳ و ۳۴.
- قادری، ن.، اصغری مقدم، م.، و شعیری، م. (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. ماهنامه علمی-مطالعه ای دانشگاه شاهد، ۱۹.
- قاسم زاده، ح. (۱۳۷۹). شناخت و عاطفه: جنبه های بالینی و اجتماعی. تهران: انتشارات فرهنگان.
- کلارک، د.، فریورن، ک. (۱۳۸۰). دانش و روش های کاربرد رفتار درمانی شناختی، ترجمه حسین کاویانی. تهران: انتشارات فارس.
- کوشا، ا. (۱۳۸۹). آشنایی با سلامت نوجوانان و دوران بلوغ. تبریز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.
- کرک، ج.، کلارک، د. (۱۳۷۸). رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
- لطفی کاشانی، ف. (۱۳۸۸). تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری - شناختی در کاهش نگرش های ناکارآمد، طرح مطالعه ای، دانشگاه رودهن.
- لطفی کاشانی، ف.، و وزیری، ش. (۱۳۸۳). روان شناسی مرضی کودک. تهران: ارسباران.
- ماسن، ا.، بارکلی، و. (۱۳۸۳). روانشناسی مرضی کودک، ترجمه ی حسن حوزنده جانی. گناباد: نشر مرنندیز.

ماسن، ا. و پاول، ب. (۱۳۷۲). رشد و شخصیت کودک، ترجمه مهشید باسایی. تهران: نشر مرکز.

مایکنبام، د. (۱۳۸۵). تعلیم ایمن سازی در مقابل استرس، ترجمه‌ی سیروس مبینی. تهران: انتشارات رشد.

محمدخانی، پ.، تمنایی فر، ش. و جهانی تابش، ع. (۱۳۸۴). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی. تهران: فردا.

مختاری، س.، طاهر نشاط دوست، ح. و مولوی، ح. (۱۳۸۷). بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس (ام.اس). مجله روانشناسی، ۳۷.

مک انیز، و. و همکاران. (۱۳۸۶). روان درمانی نوجوانان، ترجمه‌ی حمیدرضا آقا محمدیان. تهران: انتشارات رشد.

ناصر، ا. (۱۳۸۶). درمانگری افسردگی: شناخت- رفتار درمانگری گروهی، مهارت آموزی والدین و جلسات مشترک نوجوانان- والدین. مجله روان شناسان ایرانی. تهران: رشد.

نینان، م. و درآیدن، ب. (۱۳۸۹). شناخت معالجه ای: ۹۰ نکته، ۹۰ تکنیک، ترجمه‌ی حمید یعقوی، و معصومه کریمی. تهران: انتشارات ارجمند.

هاوتون، ک. و سالکوس کیس، پ. (۱۳۸۱). رفتار درمان شناختی: راهنما در معالجه مشکلات روانی، از حبیب الله قاسم زاده. اصفهان انتشارات سروش

یونسی، ج. و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۸۷). جان تندرل: دریچه ای به فراشناخت. تهران: انتشارات دانژه

Back, A. (۱۹۹۳). Controversies in cognitive thertspy: A dialog with Aeron T.Back and Steve Hollon, ۱۹۹۲, World Congress of Cognitive Therapy, Hournal of Cognitive Psychotherapy, ۷۹-۹۳.

hange, Psychological Review.

Lam, D.C.K., & Gale, J. (۲۰۰۴). Cognitive behavior therapy, Counseling psychology quarterly, ۱۷(۱), ۵۳-۶۱.

Moore, A., & Conscious Cognition, ۱۸, ۸۶-۱۷۶.

Rosenhan, D., & selihgman, M. (۱۹۹۹). Abnormal psychology, Newyork: w.w.Norton.

Sadock, B. J., Kaplan, H., & Sadock, V.A. (۲۰۰۷). Synopsis of psychiatry: Behavioral science clinical psychiatry: Philadelphia: Lippincott, William and Wikins.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (۲۰۰۲). Mind Fullness based cognitive Therapy for depression, New York. the Guilford press.

Sukhodolsky Denis, G., Kassinove, H., Bernard, S. (۲۰۰۴)., Department of Psychology, Hofstra University, Hempstead, NY, USA, ۲۴۷-۲۶۹.

Teasdale, J. D., J. (۲۰۱۰). MindFullness- based cognitive therapy reduces over genral autobiographical memory in for merely depressed paitients, Journal of Abnormal Psychology, ۱۰۹, ۱۵۰-۱۵۵.

Toneatto, T., Vettess, L., Nguen, L. (۲۰۰۷). The role of mindfulness in the cognitive behaivoural treatment of problem gambiling, Journal of Gambling Issue: Issre ۱۹, ۹۱-۱۰۰.

Watson, P. M., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J. R. (۱۹۹۳). Adolescent psychopathology: I Prevalence of Abnormal Psychology, ۱۰۲, ۸۳-۲۰۴.

Weich, S., Churchill, R., Lewis, G. (۲۰۰۳). Psyfunctional attitude and the common mental disorders in Primary care, Journal of Affective Disorders, ۷۵, ۲۶۹-۷.