

اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی

Effectiveness of Mindfulness-Based on Therapy Cognition on Psychological Well-Being, Quality of Life and Resilience in Couples with Marital Conflicts

Faezeh Arbabi, MSc

Shahrazad Saravani, PhD✉

Mojgan Zeinali Pour, MSc

Amir Hashemi Sanjani, MSc

فائزه اربابی^۱

شهرزاد سراوانی^۱

مزگان زینلی‌پور^۱

امیر هاشمی سنجانی^۱

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based on therapy cognition on psychological well-being, quality of life and resilience in couples with marital conflicts. This study was an experimental study of pre-test and post-test with control and follow-up groups. The study population consisted of couples with marital conflicts who were referred to counseling centers in Qom in 2021. The statistical sample consisted of 40 couples with marital conflicts who were randomly divided into experimental and control groups. The experimental group received eight 90-minute of mindfulness-based on therapy cognition training sessions and the control group received no training. Data were collected using the Conner & Davidson Resilience Scale, WHO Quality of Life Scale and Ryff Psychological Well-Being Scale. Analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data. The results showed that mindfulness-based on therapy cognition has created a significant increase in resilience ($P < 0.01$), psychological well-being ($P < 0.01$) and quality of life ($P < 0.01$) of couples with marital conflicts and these results have remained constant in the two-month follow-up ($P > 0.05$). According to the findings of this study, the mindfulness-based on therapy cognition program can be an effective method to increase psychological well-being, resilience and quality of life.

Keywords: Marital Conflicts, Mindfulness, Psychological Well-being, Quality of Life, Resilience, Therapy cognitive.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی انجام شد. این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجین با تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری شامل ۴۰ زوج دارای تعارضات زناشویی بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی هشت جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون، مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی افزایش معناداری در تاب‌آوری ($P < 0.01$)، بهزیستی روانشناختی ($P < 0.01$) و کیفیت زندگی ($P < 0.01$) زوجین با تعارضات زناشویی ایجاد کرده است و این نتایج در پیگیری دو ماهه ثابت باقی مانده است ($P > 0.05$). با توجه به یافته‌های این پژوهش، برنامه آموزشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی می‌تواند به عنوان یک روش موثر موجب افزایش بهزیستی روانشناختی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی شود.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روانشناختی، تاب‌آوری، تعارضات زناشویی، ذهن‌آگاهی، شناخت‌درمانی، کیفیت زندگی.

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۸/۲۹ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۲۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.

● مقدمه

تعارض و اختلاف قلب روابط عاشقانه است (ها، اوریک، لیت وارک و انگلس، ۲۰۱۸). وجود لطفه‌ای چون «علت عمده طلاق‌ها ازدواج است» ناظر بر پیوند تعارض و صمیمیت در روابط همسران است (اولسون، دیفرین و اسکوگراند، ۲۰۱۰). تحقیقات پیشین نشان داده است که ۴۰ درصد از مراجعان به مراکز مشاوره و سلامت روانی، به دلیل تعارضات زناشویی است (جانسون، سیماخودسکایا و موران، ۲۰۱۸). تعارضات زناشویی که مهمترین آسیب در خانواده است باعث سست شدن روابط زوجین، کاهش سطح کیفیت زندگی، افزایش مشکلات زناشویی، عدم ارضای نیازهای طبیعی زوجین (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۷) و وارد شدن صدمات جدی به مولفه‌های روانی و ارتباطی آنان می‌شود (فینی و کارانتزاس، ۲۰۱۷). زوجین با تعارضات زناشویی به دلیل تجربه کردن هیجان‌های منفی در مواجهه با مشکلات و چالش‌های استرس‌زای زندگی و همچنین به دلیل آگاهی ناکافی از راهکار مدیریت روابط بین فردی، تحت تاثیر ابعاد منفی تعارضات زناشویی قرار گرفته و با ناگوار جلوه دادن بیش از حد، موجب ایجاد بی‌تابی روانی می‌شوند (آکینسولا و پاپوویچ، ۲۰۱۲) و سلامت خانواده را به خطر می‌اندازند. از طرفی سلامت خانواده متقابلاً به وجود ارتباطات سالم و بالنده زوجین بستگی داشته و چنانچه پایه خانواده از استحکام لازم برخوردار نباشد، پیامد منفی آن، انواع مشکلات جسمی و روانی و یا به عبارتی بهتر، عدم بهزیستی روانشناختی زوجین خواهد بود (حیرت‌نگاری و دلیر، ۱۳۹۹).

ریف بهزیستی روانشناختی را شکوفا شدن توانایی‌های بالقوه فرد در راستای رسیدن به کمال و انتظار دستیابی و رسیدن به نتایجی که شخص برای آنها ارزش قائل است تعریف کرده است. از نظر وی فردی که دارای بهزیستی روانشناختی است با پی بردن به نقاط قوت و ضعف خود، خویشتن خویش را می‌پذیرد و با داشتن هدف در زندگی، حیات خود را معنادار می‌کند (ریف و کیز، ۱۹۹۵). زوجینی که دارای بهزیستی روانشناختی هستند از برقراری ارتباط مثبت با دیگران در راستای ارزشمندتر کردن خود بهره می‌برند و با مدیریت کردن امور زندگی، بر محیط اطرافشان تسلط می‌یابند و با انعکاس سرزندگی و خلق مثبت، کیفیت زندگی‌شان را ارتقا می‌دهند ولی زوجینی که از سطح پایین بهزیستی روانشناختی برخوردارند موجب بدبینی، عدم رضایت از زندگی، عدم انعطاف‌پذیری و عدم خودشکوفایی در خود و همسرشان می‌شوند و عملکرد اجتماعی و شغلی پایین‌تر از سطح بهینه از خود نشان می‌دهند که با درد و رنج روانی فراوانی برای خود و شریک زندگی‌شان همراه است (ویچ و همکاران، ۲۰۱۱).

بعلاوه تعارضات زناشویی با سطح کیفیت زندگی نیز مرتبط است و آن را کاهش می‌دهد و موجب بروز آسیب‌های روانی جدی به زوج‌ها می‌شود (اولیازاده و رئیس، ۱۳۹۶). کیفیت زندگی یکی از مهمترین مسائل عصر امروز در مراقبت سلامتی است و یکی از بزرگترین اهداف بهداشتی برای بالا بردن سلامت افراد است به نحوی که محققان و پژوهشگران در سال‌های اخیر از آن به عنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر در زندگی افراد نام می‌برند (براون، ۲۰۱۶). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت به مجموعه برداشت‌های فرد از وضعیت زندگی خود با مد نظر قرار دادن فرهنگ و نظام ارزشی جامعه و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، اولویت‌ها و انتظارات، کیفیت زندگی گویند (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹) که شامل برخورداری همسران از همدلی و تفاهم و احساس آرامش در تعاملات با یکدیگر می‌گردد (ویت و گالاگر، ۲۰۱۴). از طرفی در شرایطی که تعارضات زناشویی در روابط بین زوجین رخ می‌دهد، می‌توان از مهارت و توانایی تاب‌آوری برای افزایش سازگاری و حل مشکلات زناشویی کمک گرفت (مطهری، بهزادپور و سهرابی، ۱۳۹۲) چرا که برخی عوامل از طریق تاب‌آوری حتی می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی نیز تاثیر مستقیم و یا غیرمستقیم داشته باشد (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۹۶). تاب‌آوری به قابلیت غلبه یافتن یا تطابق انسان در مواجهه با بلا یا فشارهای جانکاه اطلاق می‌شود که در اثر تعامل با محیط به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (دینر و همکاران، ۲۰۱۶). زوجینی که از سطح تاب‌آوری پایینی برخوردارند در مقابله با موقعیت‌ها یا استرس‌های فلاکت‌بار زندگی، قادر به سازگاری مثبت و ترمیم توانایی فردی‌شان برای پاسخ دادن به مصیبت‌های وارده نیستند و با پیامدهای منفی هیجانی، عاطفی و شناختی به شرایط ناگوار واکنش نشان خواهند داد ولی زوجین تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکانه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و پس از طی دوران بحران به حالت اولیه خود باز می‌گردند. لذا آنان، افرادی خوشبین، سرزنده، آسانگیر، دارای هدف و مهارت حل مسأله هستند (مستن، ۲۰۰۱).

امروزه روانشناسان و درمانگران بسیاری، استفاده از ذهن آگاهی را برای حل تعارضات زناشویی به کار می‌برند تا به بودن زوجین در زمان حال، ایجاد سلامت روانی آنان از طریق تغییر الگوهای فکریشان، شناسایی احساسات و هیجانات و چگونگی مدیریت آنها کمک کنند (صدقی و چراغی، ۱۳۹۷؛ پیت، ورتزن و زکریا، ۲۰۱۲؛ اوکانل، ۲۰۰۹؛ ووپرمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ مورفی و مک کیلوپ، ۲۰۱۲). ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است و به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تاکید می‌کند و مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی‌ها تنها در درمان اختلال‌ها نبوده، بلکه در حوزه روانشناسی مثبت‌گرا نیز تاثیرات فراوانی داشته است؛ به‌گونه‌ای که به افزایش وضوح ذهنی و سلامت روانی، افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی انجامیده است. ذهن آگاهی، هوشیاری غیرقضاوتی و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه فرد قرار می‌گیرد (جانوسکی و لوچان، ۲۰۱۰) و فرد با رها کردن عادت‌ها و واکنش‌های غیرمفید گذشته، راه‌های مفیدتری برای پاسخ به آن تجربه از طریق تنظیم توجه و هیجان و ایجاد تغییر در دیدگاه خود انتخاب می‌کند (کاواناگ و همکاران، ۲۰۱۶). آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی به زوجین مهارت‌هایی را می‌آموزد تا از عادت‌های شناختی مختل کننده روزمره‌های یابند و نسبت به مشکلات پذیرش داشته باشند؛ بدین معنا که آنان را به صورت عمدی با مشکلات و ناراحتی‌ها مواجه ساخته تا نسبت به افکار و احساسات خود یک دیدگاه کلی اتخاذ کنند و افکار و احساسات خود را به عنوان حوادث ذهنی در نظر بگیرند نه به عنوان انعکاس دقیق از واقعیت (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). شواهد و ادبیات تحقیق کوهلس، سائر و والاچ (۲۰۰۹) و همچنین تحقیق مدنی و حجتی (۱۳۹۴) نشان داد آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی با یاددادن چگونگی مقابله زوجین با هیجان‌شان و بهبود مهارت‌های عاطفی و صمیمیت اثرات مفید روی بهزیستی روانشناختی (کوهلس، سائر و والاچ، ۲۰۰۹) و افزایش کیفیت زندگی زناشویی دارد (مدنی و حجتی، ۱۳۹۴).

با توجه به آنچه عنوان شد چیزی که اهمیت این مطالعه و خلاء پژوهشی در این حوزه را آشکار ساخت، نقش مهم و حساسیت اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، در زوجین با تعارضات زناشویی بر افزایش بهزیستی روانشناختی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بود؛ چون چنین به نظر رسید وقتی میزان اثربخشی ذهن آگاهی بر روابط چند بعدی و چندگانه میان متغیرهای مختلف بررسی شود می‌توان به یافته‌های جالب‌تری دست یافت و دریچه‌ای نوینی را گشود که حاکی از نوآوری پژوهش حاضر محسوب شود و پژوهشگران و روانشناسان را جهت طراحی و تدوین برنامه‌های روانشناختی نوین مانند برنامه آموزشی و درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، در جهت افزایش کیفیت زندگی، تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی که به طور مستقیم با تعارضات زناشویی در ارتباط هستند ترغیب کرد. از طرفی شیوع تعارضات زناشویی در زوجین و با توجه به اینکه زوج‌های دارای تعارضات زناشویی از نظر سلامت روانی در سطح ضعیفی هستند و این مشکلات از مقدمات طلاق به حساب می‌آید بنابراین توجه به سلامت روانی آنها اهمیت بسیار دارد. در این راستا با توجه به نقش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در ارتقاء سلامت روانی زوجین با تعارضات زناشویی این سوال پیش می‌آید که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی چه نقشی در بهبود کیفیت زندگی، تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی زوجین دارد.

• روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. زمان اجرای طرح از دی ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ بود. همچنین جامعه آماری شامل کلیه زوجین دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر قم در سال ۱۴۰۰ بودند. با توجه به اینکه حجم نمونه برای پژوهش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه شده است (دلاور، ۱۳۸۹)، لذا پس از بررسی پرونده‌ها و تطبیق ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از آن، به روش نمونه‌گیری در دسترس، از ۴۰ زوج دعوت کتبی و تلفنی به عمل آمد که پس از اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، جهت تشخیص عدم ابتلا به اختلال‌های روانشناختی، مورد مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط محقق و روانشناس همکار قرار گرفتند.

داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم مصرف هر گونه داروی روانپزشکی در سه ماهه اخیر و عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی در شش ماه گذشته، گذشتن حداقل سه ماه و حداکثر ۵ سال از ازدواج آنها از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. معیارهایی که مانع ورود زوجین به مطالعه حاضر شده یا وقوع آنها حین انجام کار باعث خروج آنها از مطالعه می‌شد عبارت بودند از: ابتلا به یکی از بیماری‌های

جسمی شدید، اختلال‌های نورولوژیکی جدی، عقب ماندگی ذهنی، اختلال‌ها یا علائم روان‌گسستگی، اختلال دوقطبی، اختلال‌های افسردگی ناشی از سوء مصرف مواد، الکل و سایر اختلال‌های روانپزشکی که افسردگی علائم ثانوی بر آن باشد. بعد از نمونه‌گیری، زوج‌ها به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند و پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. سپس به گروه آزمایش، ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی توسط محقق آموزش داده شد و بعد از آن پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل برگزار شد. جهت رعایت اخلاق پژوهش، دریافت شناسه اخلاق، ممانعت از دستیابی افرادی غیر از محقق به اطلاعات ارائه شده در قالب پرسشنامه به منظور حفظ اصل رازداری انجام شد. همچنین افراد شرکت‌کننده مختار بودند در هر زمان که بخواهند پژوهش را ترک نمایند. در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از طریق نرم افزار SPSS20 انجام شد.

جلسات ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، بر اساس برنامه درمانی که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل تدوین شده بود، در قالب هشت جلسه (در هفته ۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) برای گروه آزمایش ارائه شد. در هر جلسه پس از بررسی انجام تکالیف و ارائه توضیحاتی پیرامون موضوع جلسه، تمرین‌های مرتبط انجام می‌شد و بعد از انجام تمرین‌ها، بازخورد اعضا در مورد تجربیاتشان در حین تمرین و پس از آن بررسی می‌گردید. هر جلسه نیز با تعیین تکالیف و ارائه جزوات خاتمه می‌یافت. محتوای جلسات آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی در جدول شماره ۱ بدین شرح است (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۰).

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	ایجاد رابطه درمانی، اطمینان‌بخشی، پرواز بر روی خلبان خودکار، ذهن‌آگاهی خوردن کشمش، ذهن‌آگاهی تنفس
دوم	ورود یک نوع محاوره جدید در روند درمان، مبارزه با افکار خودکار، آموزش ذهن‌آگاهی دقیقه‌ای (فضای تنفس، قدم زدن، احساسات ناخوشایند، ثبت وقایع خوشایند یا لذت بخش)، مراقبه نشسته ۱۱ تا ۱۵ دقیقه و استفاده از استعاره‌هایی نظیر مرد درون چاه، فرزند جیغ و جیغو
سوم	شناخت نحوه عملکرد مغز بیماران افسرده و تأثیر ذهن‌آگاهی بر آن با نمایش فیلم اسکن مغزی بیماران افسرده قبل و بعد از تمرین، عینی کردن مشکل، تربیت مغز، آموزش چند نمونه از ذهن‌آگاهی فعالیت‌های روزمره، بازنگری تکلیف
چهارم	پذیرش، ذهن‌آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، استفاده از استعاره‌هایی نظیر مهمانخانه، فرد دست شکسته، فوجانگ را خالی کن، بازنگری تکلیف و تعیین تکلیف خانگی
پنجم	آموزش موضوعاتی نظیر شما مساوی با افکارتان، احساساتتان، باورهایتان نیستید؛ هدف‌گذاری، ذهن‌آگاهی (اسکن بدن، فضای تنفس و بازنگری آن)، آموزش توجه به واکنش نسبت به افکار، احساسات و حس‌های بدنی و برقراری ارتباط با تجاربمان، بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آنها بر بدن و واکنش به آنها
ششم	آموزش راهی از طریق بخشش، ذهن‌آگاهی رها کردن، افزایش خودارزشمندی، داشتن دید وسیع‌تر در مورد تنفس، بازنگری تکلیف
هفتم	آموزش دوستی و مهربانی با خود و دیگران، ایجاد رابطه با خود، ذهن‌آگاهی گوش دادن برای بهبود روابط، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده‌برآمدن می‌شود، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و قدم زدن همراه با ذهن‌آگاهی
هشتم	آموزش صبر کردن، قدردانی کردن، تأمل و تغییر، تمرین منظم ذهن‌آگاهی برای کمک به حفظ تعادل در زندگی، تقویت نیت مثبت، بازنگری کل برنامه و آنچه که در این هشت جلسه یاد گرفته شده است، بحث در مورد اینکه چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفته گذشته از طریق تمرین‌های منظم و یا نامنظم ایجاد شده ادامه یابد، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاس با انجام آخرین تمرین ذهن‌آگاهی تنفس

• ابزار

الف: مقیاس بهزیستی روانشناختی (Ryff Psychological Well-Being Scale): برای سنجش مولفه‌های بهزیستی روانشناختی از مقیاس استاندارد بهزیستی روانشناختی (فرم بلند)، که توسط ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی و تدوین گردید، استفاده شده است. این مقیاس با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم)، بهزیستی روانشناختی را می‌سنجد. مقیاس شامل ۷۷ ماده است که مولفه‌های آن شامل پذیرش خود (۱۴ ماده)، رابطه مثبت با دیگران (۱۹ ماده)، خودمختاری (۱۴ ماده)، زندگی هدف‌مند (۱۴ ماده)، رشد شخصی (۱۴ ماده) و تسلط بر محیط سوالات (۷ ماده) است. شیوه نمره‌گذاری در این مقیاس طبق مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ است که ماده‌های ۲-۱۲-۱۳-۱۴-۱۸-۱۹-۲۰-۲۴-۲۶-۲۹-۳۵-۴۰-۴۳-۴۴-۵۰-۵۳-۵۶-۵۸-۷۰-۷۳-۷۷ به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شود (ریف و کیز، ۱۹۹۵). ضریب اعتبار به‌دست آمده در پژوهش بیانی و همکاران به‌روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی

روانشناختی ریف ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود (بیانی، محمدکوکچی و بیانی، ۱۳۸۷). در این پژوهش اعتبار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

ب: مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO Quality of Life Scale): این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی ساخته شد و شامل یک مقیاس ۲۶ ماده‌ای است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، کیفیت محیط زندگی و یک نمره کلی. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. برای نمره گذاری این مقیاس، در ابتدا به هر یک از گزینه‌های نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد که از (هرگز، خیلی ناراضی‌ام) تا (همیشه، خیلی راضی‌ام) است. ماده‌های ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. با توجه به هدف پژوهش، در این مطالعه کیفیت زندگی به طور کلی مورد بررسی قرار گرفت و زیرمقیاس‌های آن بررسی نگردید. نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵ برای بررسی روانی و اعتبار این مقیاس، پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام دادند و اعتبار آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ را گزارش کردند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در این پژوهش ضریب آلفای خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط زندگی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کل نمرات مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

ج: مقیاس تاب‌آوری (The Connor & Davidson Resilience Scale): این مقیاس که توسط کانر و دیویدسون طراحی شده است دارای ۲۵ ماده پنج گزینه‌ای (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، اغلب=۴ و همیشه=۵) است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). اعتبار این مقیاس در ایران، توسط عبدی و همکاران در سال ۱۳۹۸ با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ به دست آمده است (عبدی و همکاران، ۱۳۹۸). در این پژوهش اعتبار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

• یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش شامل سن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال آنها در جدول شماره ۲ آمده است. یافته‌های توصیفی در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون و مرحله پیگیری تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است ولی در سه متغیر در گروه کنترل تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

کنترل		آزمایش		متغیر	
مرد	زن	مرد	زن		
۵	۷	۸	۷	سن	۲۰-۳۰
۶	۴	۴	۵		۳۱-۳۵
۳	۴	۵	۵		۳۶-۴۰
۶	۵	۲	۳		۴۱-۴۵
۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	جمع	
۵	۳	۷	۵	سیکل و دیپلم	
۴	۷	۵	۶	کاردانی	
۶	۶	۴	۶	کارشناسی	میزان تحصیلات
۵	۴	۴	۳	ارشد	
۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	جمع	
۴	۲	۵	۳	دانشجو	
۱۶	۹	۱۵	۱۲	شاغل	وضعیت اشتغال
۰	۹	۰	۵	خانه‌دار	
۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	جمع	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی

گروه‌ها	تاب‌آوری		کیفیت زندگی		بهزیستی روانشناختی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۶۲/۲۰	۳/۶۳	۷۶/۳۱	۱۰/۲۲	۱۸۹/۵۸
	پس‌آزمون	۶۸/۸۶	۳/۳۰	۸۲/۰۶	۸/۱۹	۲۴۰/۲۳
	پیگیری	۶۷/۵۴	۳/۸۶	۸۰/۸۷	۸/۱۶	۲۳۸/۵۲
کنترل	پیش‌آزمون	۶۲/۲۶	۳/۷۲	۷۵/۶۱	۸/۵۸	۱۸۵/۵۷
	پس‌آزمون	۶۴/۱۳	۳/۶۲	۷۵/۹۷	۱۰/۹۹	۱۸۴/۷۲
	پیگیری	۶۴/۰۲	۲/۹۸	۷۳/۳۷	۹/۱۴	۱۷۸/۹۹

جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. همچنین مفروضه‌های آن (نرمال بودن توزیع داده‌ها، برابری واریانس‌های خطا و برابری ماتریس‌های کوواریانس بین گروهی) بررسی و تایید شد. نتایج آزمون کلموگراف - اسمیرنوف نشان داد توزیع داده‌ها در همه مراحل اندازه‌گیری هر سه متغیر نرمال بود ($P > 0.05$). نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا در سه بار آزمون تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی نشان داد مقادیر F به‌دست آمده با درجات آزادی (۱ و ۷۸ $DF =$ معنادار نیست ($P > 0.05$) و فرض همانی بودن واریانس‌های خطا رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها، نشان داد که مقادیر به‌دست آمده برای متغیر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی با درجات آزادی (۶ و $132/24373$) در سطح 0.05 معنادار نیست و این فرض نیز رعایت شده است. جدول شماره ۴ نتایج آزمون کرویت موشلی مربوط به بررسی فرض همانی بودن ماتریس کوواریانس را نشان می‌دهد که سطوح معناداری حاصل از آزمون کرویت موشلی در مورد متغیرهای پژوهش بیشتر از 0.05 به‌دست آمده است و همانی بودن کوواریانس‌ها در مورد متغیرها رعایت شده است.

جدول ۴. آزمون کرویت موشلی مربوط به بررسی فرض همانی بودن ماتریس کوواریانس

متغیر	آماره آزمون موشلی	آماره آزمون کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معناداری	گرینهاوس-گیسر	هیون فلت
تاب‌آوری	۰/۸۷۹	۸/۶۴	۲	۰/۰۸	۰/۶۵۲	۰/۳۵۵
کیفیت زندگی	۰/۵۹۸	۶/۲۵	۲	۰/۴۱	۰/۷۱۱	۰/۶۸۲
بهزیستی روانشناختی	۰/۶۵۲	۱۱/۰۴	۲	۰/۱۲	۰/۶۹۲	۰/۸۱۱

همانطور که در جدول شماره ۵ نشان داده شده است، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در میزان بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0.01$). در بررسی اثر متقابل بین مراحل آزمون و گروه‌ها، نتایج نشان داد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در متغیرهای تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی اثر متقابل معناداری مشاهده شد. ($P < 0.01$). همچنین میزان تاثیر یا تفاوت (مجذور اتا) و توان آماری هر کدام از متغیرها در این جدول ارائه گردیده است. بعلاوه، این جدول نشان می‌دهد که نمرات گروه ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی نسبت به گروه کنترل در هر سه متغیر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیشتر است و این تفاوت در سطح خطای 0.05 معنادار است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثرات بین گروهی و اثر متقابل

توان آماری	SS	df	MS	F	P	Eta2	تاثیر بین گروهی
۱	۳۷۲/۱۵۶	۲	۱۸۶/۰۷۸	۴۲/۶۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	تاب‌آوری
۱	۲۰۵/۲۷۶	۲	۱۰۲/۶۳۳	۲۳/۵۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶	تاب‌آوری و گروه
۱	۲۲۲/۱۱۵	۲	۱۱۶/۰۷۸	۱۲/۵۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	کیفیت زندگی
۱	۲۱۱/۰۱۱	۲	۱۱۲/۹۳۳	۱۱/۵۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶	کیفیت زندگی و گروه
۱	۴۱۰/۹	۲	۵۸۶/۰۷۸	۱۵/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	بهزیستی روانشناختی
۱	۲۱۱/۱۶	۲	۱۱۳/۲۵	۱۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۶	بهزیستی روانشناختی و گروه

در جدول شماره ۶ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها آورده شده است. بر اساس نتایج این جدول در گروه آزمایش بین میانگین تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در مقایسه مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری حاصل شد اما در مقایسه مراحل پس‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری حاصل نشد ($P > 0.05$). به این معنی که تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بعد از آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی به طور معناداری افزایش پیدا کرده است و این افزایش بعد از گذشت دو ماه پایدار مانده است. لذا فرضیه پژوهش تایید شد.

جدول ۶. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه دویه دوی مراحل آزمون در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پیش‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری
تاب‌آوری	آزمایش	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
	کنترل	۶/۶۶	۰/۰۰۰۱	۱/۳۲
کیفیت زندگی	آزمایش	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
	کنترل	۱/۸۷	۰/۰۶	۰/۱۱
بهزیستی روانشناختی	آزمایش	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
	کنترل	۶/۲۹	۰/۰۰۰۱	۱/۱۹
	آزمایش	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
	کنترل	۰/۳۶	۰/۱۲۶	۱/۶
	آزمایش	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
	کنترل	۱۱/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴
	آزمایش	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
	کنترل	۰/۲	۰/۴۸	۱/۳۴

• بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری زوجین با تعارضات زناشویی بود. نتایج به‌دست آمده نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری تفاوت معنادار وجود دارد ولی بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کشمیری، فتحی‌آشتیانی و جلالی (۱۳۹۸)، الیوت و همکاران (۲۰۱۹)، مدنی و حجتی (۱۳۹۴)، و صدقی و چراغی (۱۳۹۷) همسو است.

نتایج پژوهش کشمیری، فتحی‌آشتیانی و جلالی (۱۳۹۸)، نشان داد که ذهن‌آگاهی نقش تعدیل‌کننده در بهزیستی روانشناختی دارد و موجب کاهش تنیدگی ادراک شده می‌گردد. همچنین نتایج مطالعه الیوت و همکاران نشان داد که ذهن‌آگاهی رابطه مستقیم نیرومندی با بهزیستی روانشناختی دارد (الیوت و همکاران، ۲۰۱۹). در تبیین نتایج می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی با ارتقای وضوح و شفافیت تجربه جاری، حس تماس نزدیکتر با تجارب لحظه به لحظه زندگی و منعطف‌سازی صافی‌های ذهنی از طریق مراقبه‌های رسمی، غیررسمی و تمرین‌های عادت‌شکن، مستقیماً سلامت روانی را ارتقا می‌دهد و به سبب توجه به جریان‌های جسمی، ذهنی و محیطی، به‌صورت غیرمستقیم نظم بخشی به رفتارها را بهبود بخشد و باعث تعدیل بهزیستی روانشناختی در افراد می‌شود (کابات‌زین، ۱۹۹۰). در مورد نتایج حاصل از اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی در بهزیستی روانشناختی در پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که ذهن‌آگاهی با بالا بردن هشیاری و پذیرش غیرقضاوتی افکار و هیجانات مرتبط با آن، بهزیستی روانشناختی را گسترش می‌دهد و موجب سلامت عمومی بالاتر و تداوم روابط زناشویی می‌شود.

در پژوهشی که مدنی و حجتی (۱۳۹۴)، بر روی زوجین انجام دادند، نشان دادند که ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، کیفیت زندگی زوجین را افزایش می‌دهد و تمرین‌های ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه‌ی حال، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات زوجین اثرگذار است. در توجیه این نتایج می‌توان گفت ذهن‌آگاهی موجب اجتناب از ماریچ فروکاهنده حُلق منفی-فکر منفی-گرایش به پاسخ‌های بسیار نگران‌کننده و هیجان‌های ناخوشایند می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا با وضعیت‌های دوگانه ذهن آشنا شوند و به‌صورت آگاهانه از آنها به‌صورت یک ذهن انسجام‌یافته استفاده کنند. همچنین از طریق مراقبه، افراد یاد می‌گیرند که همه زندگی خود را در «اینجا» و «اکنون» حاضر کنند؛ چون علت بسیاری از مشکلات روانی افراد، عدم حضور آنها در همین جا و همین لحظه به لحظه زندگی‌شان است (ریف و کیز، ۱۹۹۵). در مورد نتایج حاصل از اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی در کیفیت زندگی در پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که روش‌های تنفس و مراقبه منجر به حضور ذهن و تمرکز بیشتر می‌شوند که در نتیجه از

ورود افکار خودآیند منفی و نیز عاطفه منفی جلوگیری می‌کنند. بنابراین به‌کارگیری تکنیک ذهن‌آگاهی با تاثیر بر بدن و ذهن که دو مولفه اصلی کیفیت زندگی است منجر به بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

در پژوهشی که صدقی و چراغی با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری انجام دادند، بیان کردند که ذهن‌آگاهی از طریق پذیرش و تجربه هیجانات، ایجاد خودآگاهی و اجتناب از الگوی تفکر خودکار باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود (صدقی و چراغی، ۱۳۹۷). در مورد نتایج حاصل از اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی در تاب‌آوری در پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی به زوجین با تعارضات زناشویی یاد می‌دهد که نگرش خود را نسبت به عوامل فشارزا به نگرشی مثبت تغییر دهند و از خود در مقابل ویژگی‌های منفی محافظت نمایند که این خود در نهایت منجر به افزایش تاب‌آوری و کارآمدی‌شان در موقعیت‌های مختلف زندگی‌شان می‌گردد.

همچنین در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی در زوجین با تعارضات زناشویی با آرام کردن عضلات بدن، به آنها فرصت می‌دهد که میزان تنیدگی خود را با فنون شناختی مانند مراقبه کاهش دهند و این منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در آنان می‌شود. افزون بر این، برنامه آموزشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی به دلیل دارا بودن فنون آگاهانه و به دور از قضاوت می‌تواند با کاهش استفاده از راهبردهای مقابله ناکارآمد و فاجعه‌آفرین، اثرات سودمندی در هر سه متغیر مورد مطالعه در این پژوهش داشته باشد اما باید توجه داشت که تداوم این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش فنون ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی در سراسر زندگی زوجین است که می‌تواند به یک سبک در زندگی زوجین تبدیل شود.

• نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی به زوجین با تعارضات زناشویی یاد می‌دهد که با انجام تمرین‌های مراقبه و تجربه‌کردن زندگی از طریق حواس پنجگانه در لحظه، از بخش دیگری از امکانات بالقوه خود یعنی ذهن وجودی، نیز استفاده کنند. آنها درمی‌یابند که حق انتخاب دارند و می‌توانند وضعیت‌های ذهن خود را گزینش کنند و به‌جای آنکه برای همه مشکلات خود، تنها یک راه‌حل تصور کنند، یاد می‌گیرند که بعضی مشکلات را از طریق هیجانی، برخی دیگر از طریق شهودی و با خلاقیت قابل حل هستند و برخی مشکلات دیگر را باید فعلاً به حال خود رها کنند تا زمان حل آن برسد. به این ترتیب این ارتباط با خود، دیگران و دنیا که از طریق ذهن وجودی برقرار می‌شود و با خلاقیت، پذیرش و همدلی نسبت به خود و دیگران همراه می‌گردد، می‌تواند منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری‌شان گردد.

این پژوهش همچون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود که عدم هم‌تاسازی آزمودنی‌ها در گروه‌های آموزشی و کنترل از نظر مدت زمان تعارض، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از اهم آن می‌باشد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به آنها توجه شود. براساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که فنون و روش‌های کاربردی، ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، توسط روانشناسان و مشاوران در جلسات و کارگاه‌های آموزش خانواده مورد استفاده قرار گیرد و از این طریق به زوجین با تعارضات زناشویی کمک شود تا با توجه بیشتر به مقوله‌های این روش به‌عنوان عوامل مهم و تاثیرگذار در زندگی، ارتباطات سرشار از صمیمیت در زندگی پیدا کنند و بتوانند میزان بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری خود را در برابر ناملايمات زندگی افزایش دهند و به بهبود و ارتقای خود کمک کنند.

• تضاد منافع

نویسندگان اظهار کردند در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

• تشکر و قدرانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم و شناسه اخلاق IR.IAU.QOM.REC.1400.011 بود. همچنین نویسندگان، مراتب قدردانی خود را از تمامی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

• منابع

- اولیازاده، مریم و رئیس، زهره. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش راه‌حل‌محور بر تعارضات زناشویی و کیفیت زندگی در زوجین شهر اصفهان. *سلامت جامعه*، ۱۱(۳ و ۴)، ۱۱-۲۵.
- باباپورخیرالدین، جلیل؛ پورشریفی، حمید؛ غباری بناب، باقر؛ خانجانی، زینب و بهرامی، محسن. (۱۳۹۷). رابطه دلبستگی بزرگسالی و دلبستگی به خدا با سلامت روانشناختی با میانجیگری تاب‌آوری. *مجله روانشناسی*، ۸۴(۲۱)، ۳۶۹-۳۸۳.
- بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور و بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و اعتبار مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲)، ۵۵-۲۳.
- حیرت‌نگاری، بنفشه و دلیر، مجتبی. (۱۳۹۹). اثربخشی فیلم درمانگری بر سازگاری زناشویی و بهزیستی روانشناختی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تهران. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۱(۸۱)، ۷۸-۸۸.
- خلعتیری، آمنه؛ قربان‌شیرودی، شهره؛ زربخش، محمدرضا و تیزدست، طاهر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۹(۴)، ۷-۲۴.
- دلاور، علی. (۱۳۸۹). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- صدقی، پروین و چراغی، اباذر. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار. *خانواده پژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۵۴۹-۵۶۲.
- عبدی، فاطمه؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات؛ احدی، حسن و کوشکی، شیرین. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۳(۲)، ۸۱-۹۹.
- کشمیری، مرتضی؛ فتحی‌آشتیانی، علی و جلالی، پیوند. (۱۳۹۸). نقش تعدیل‌کننده ذهن‌آگاهی در رابطه بین افسردگی، اضطراب و تنیدگی با بهزیستی روانشناختی. *مجله روانشناسی*، ۹۰(۲۳)، ۲۱۷-۲۳۱.
- مدنی، یاسر و حاجتی، سمیرا. (۱۳۹۴). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۲(۶)، ۲۹-۶۰.
- مطهری، زهراسادات؛ بهزادپور، سمانه و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۲). تبیین سطح تعارض زناشویی براساس هیجان‌خواهی و تاب‌آوری در زوجین. *زن و مطالعات خانواده*، ۵(۲۰)، ۱۰۵-۱۲۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی‌نابینی، کوروش؛ محمدکاظم و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- Akinsola HA, Popovich JM. (2012). The quality of life of families of female-headed households in Botswana: A secondary analysis of case studies. *Health care for women international*. 23(6-7): 761-772.
- Brown E. (2016). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*. 3: 1-43.
- Cavanagh K, Strauss C, Forder L, Jones F. (2016). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help? A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical psychology review*. 34(2): 118-129.
- Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale. (2003). the Connor-Davidson Resilience Scale (CD -RISC). *Depress Anxiety*, 18(2):76-82.
- Diener E, Lucas R, Schimmack U, & Helliwell J. (2016). *Wellbeing for Public Policy*. New York: Oxford University Press.
- Elliot AJ, Gallegos AM, Moynihan JA, & Chapman B P. (2019). Associations of mindfulness with depressive symptoms and well-being in older adults: The moderating role of neuroticism. *Aging & Mental Health*, 23(4), 455-460.
- Feeney JA, Karantzis GC. (2017). Couple conflict: insights from an attachment perspective. *Current Opinion in Psychology*. 13: 60-64.
- Ha T, Overbeek G, Lichtwarck-Aschoff A, Engels RCME. (2013). Do Conflict Resolution and Recovery Predict the Survival of Adolescents' Romantic Relationships? *PLoS One*, 8 (4): e61871. doi: 10.1371/journal.pone.0061871
- Janowski K, Lucjan P. (2010). P-133-Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *European Psychiatry*. 27(1): 1-13.
- Johnson SM, Simakhodskaya Z, Moran M. (2018). Addressing Issues of Sexuality in Couples Therapy: Emotionally Focused Therapy Meets Sex Therapy. *Curr Sex Health Rep*. 10(2):65-71.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Kohls N, Sauer S, Walach H. (2009). Facet of mindfulness – Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*. 46(2): 224-230.
- Masten AS. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*. 56: 227-238.
- Murphy C, & MacKillop J. (2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology*, 219(2): 527-536.
- O'Connell O. (2009). Introducing Mindfulness as an Adjunct Treatment in an Established. *The Humanistic Psychologist*, 37(2): 178-191.
- Olson D, DeFrain J, & Skogrand L. (2010). *Marriages and families: Intimacy, diversity, and strengths*. McGraw Hill.
- Piet J, Würtzen H, & Zachariae R. (2012). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Symptoms of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80(6). 1007-1020.

- Ryff CD, Keyes CM. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4): 719-727.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. Guilford Press.
- Teasdel JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby J, Lau MA. (2000). Prevention of relapse in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Consulting and clinical psychology*. 68(2): 615-623.
- Weat J, Galager AT. (2014). Cognitive therapy in clinical practice. 1nd ed. New York: Routledge; 124-6.
- Weich S, Brugha T, King M, McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Stewart-Brown S. (2011). Mental well-being and mental illness: finding from the adult Psychiatric Morbidity Survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry*. 199(1): 23-28.
- Wupperman P, Marlatt GA, Cunningham A, Bowen S, Berking M, & et al. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1): 50-66.
- Zhang H, Spinrad TL, Eisenberg N, Luo Y, Wang Z. (2017). Young adults' internet addiction: Prediction by the interaction of parental marital conflict and respiratory. *International Journal of Psychophysiology*. 120: 148-156.

