

اثر بخشی آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش تحمل ناکامی و افسردگی در زنان دارای همسر معتاد

نرگس صارمی پور^۱، پری ناز بنی سی*^۲، سعیده زمردی^۳

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش، بررسی تاثیر آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر افزایش تحمل ناکامی و کاهش افسردگی در زنان دارای همسر معتاد مراجعه کننده به مرکز مشاوره در کرج بود.

روش: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش همسران معتادان مراجعه کننده به مرکز مشاوره در کرج بودند که شامل ۱۰۰ نفر بودند. طبق روال پژوهش های نیمه آزمایشی، تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در جلسه های آموزش مهارت های ذهن آگاهی شرکت داده شدند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. برای جمع آوری داده های پژوهش از مقیاس ناکامی هرینگتون (۲۰۰۵) و آزمون افسردگی بک استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS استفاده شد. علاوه بر روش های آمار توصیفی، از روش آماری کوواریانس برای تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد، آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در تحمل ناکامی و افسردگی همسران معتادان مراجعه کننده اثر بخش است. نیز نتایج نشان داد، آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی همسران معتادان مراجعه کننده اثر بخش است. همچنین نتایج نشان داد، آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشرفت همسران معتادان اثر بخش است. دیگر نتایج نشان داد، آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در شایستگی همسران معتاد اثر بخش است.

نتیجه گیری: یافته ها به صورت کلی بیانگر این بودند که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در تحمل ناکامی و کاهش افسردگی همسران معتادان مراجعه کننده به مرکز مشاوره در کرج اثر بخش است.

واژگان کلیدی:

آموزش مهارت های ذهن آگاهی، افسردگی، تحمل ناکامی، معتادان

^۱ کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده دانشگاه آزاد اسلامی تهران غرب، تهران، ایران

^۲ استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران (نویسنده مسئول) parenazbanisi2017@gmail.com

^۳ استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد یکی از بزرگترین مشکلات اجتماعی است که قدرت تفکر، خلاقیت، توان، کوشش و سازندگی را در انسان ها را تحت تأثیر قرار می دهد و پیامدهای زیستی، روانشناختی و جامعه شناختی گسترده ای دارد. به طور یقین رابطه اعتیاد با شخصیت افراد، یک رابطه متقابل است. تأثیر متقابل این دو عامل زمینه ساز، همسرآزاری و بروز مشکلات زناشویی، در افراد معتاد است. تحقیقات متعددی نشان می دهند وابستگی به مواد یکی از عواملی است که می تواند موجب بروز مشکلات زناشویی شود و آسیب فراوانی به خانواده تحمیل کند (دالی و مارلات، ۲۰۰۵).

محققان اشاره دارند اعضای خانواده و مخصوصاً همسران افراد معتاد با مشکل جدی روان پزشکی رو به رو هستند و نیاز به دریافت خدمات بهداشتی درمان در زمینه سلامت روان دارند. همچنین اشاره شده است که میزان پرخاشگری، همسرآزاری و اختلال های روان پریشی و آشفتگی های رفتاری در همسران افراد دارای وابستگی به مواد بیشتر است (محمدی، آفاجانی و زهتاب، ۱۳۹۰). یکی از مفاهیمی که در زمینه افراد دارای مشکلات مربوط به اعتیاد مطرح شده است، مفهوم افسردگی و ناکامی است. ناکامی مفهومی چند گانه است که اصولاً هنگامی پیش می آید که شخص نتواند به هدف مطلوب رسد (علی پور و حیدری، ۱۳۹۴).

واژه افسردگی، هنگامی به یک حالت روحی نسبت داده می شود که معانی اصطلاحات عامیانه ای نظیر «دمغ و پکر بودن» را پیدا کند و با نشانه هایی از قبیل کسالت روان، کمبود انرژی، از دست دادن چیزی، ناامیدی و احساس بی فایده بودن، سبب از دست دادن علاقه و بدبینی شود (بیابانگرد، ۱۳۸۹). البته، اکثر افراد گاهی وقت ها احساس غم و رخوت می کنند و به هیچ کار و فعالیتی حتی به فعالیت های لذت بخش رغبتی ندارند. این موارد، بروز نشانه های خفیف افسردگی و در واقع پاسخ طبیعی آدمی به نشانه هایی در زندگی است. عدم موفقیت، تحصیل یا کار، از دست دادن عزیز یا آگاهی از اینکه یک مشکل یا بیماری توان آدمی را تحلیل می برد؛ از جمله موقعیت هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می شوند. آنچه مسلم است اینکه، افسردگی زمانی ناهنجار تلقی می شود که در عملکرد فرد اختلال ایجاد کند و هفته ها بدون وقفه ادامه یابد. هر چند افسردگی یک اختلال خلقی دانسته می شود، اما در واقع، چهار علامت مختلف هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمانی را نیز دارا است. البته هر چه فرد بیشتر دچار این علائم شده باشد و هر چه شدت این علائم بیشتر باشد، با اطمینان بیشتری می توان در وجود افسردگی فرد نظر داد (هیلگارد، ۲۰۱۳). قابل توجه است که اختلال های افسردگی نسبتاً شایع هستند و حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می کنند (هیلگارد، ۲۰۱۳).

ناکامی به عنوان رویداد یا شرایط سد کننده ای مفهوم سازی شده است که راه را بر فعالیت معطوف به هدف می بندد یا مزاحم چنین فعالیتی می شود. علت آن موانع خاص یا نبودن اهداف مطلوب یا مناسب است. موانع ممکن است شامل موانع خارجی و محیطی مانند جنگ، خشک سالی، زلزله، طوفان، آتش و یا نوسانات اقتصادی باشد که می تواند مانع نیل به اهداف مطلوب شده و ناکامی را موجب شود. همچنین منبع ناکامی می تواند درونی چون عدم قابلیت در انجام کارها و بی کفایتی باشد. ناکامی و ناتوانی در رسیدن به اهداف می تواند به احساس حقارت و خواری بینجامد (پرویزی و افشاری نیا، ۱۳۹۵).

¹ frustration

از طرفی ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می افتد تعریف شده است (والش^۱ ۲۰۰۹) و به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می کند. توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه های تجربه بلا واسطه شامل فعالیت های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می شود. به واسطه تمرین و فن های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت های روزانه خود آگاهی پیدا می کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت های جسمانی بر آن ها کنترل پیدا می کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز برگزیده و آینده رها می شود (سگال^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). افسردگی یکی از شایع ترین اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن مواجه میشوند (یانگ، ریف، وینبرگر و بک، ۲۰۰۸). تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می شوند. از جمله نشانه های آن خلق افسرده یا تحریک پذیر و فقدان علاقه و لذت است. فرد افسرده پرهیز از روابط اجتماعی، اختلال خواب، تغذیه و حتی علایم احساس اندوه، بی ارزشی، دل مردگی و عدم اعتماد به نفس دارد و به روان پریشی مبتلا می گردد. به طوری که این مشکلات و عوارض سبب کاهش کارایی، ایفای نقش و مسئولیت پذیری وی در جامعه نقطه مکانی جدید، آنها می شود. افسردگی متداول ترین بیماری روانی در میان زنان است که شیوع آن در زنان ۲ یا ۳ برابر مردان است و حدوداً ۲۵ درصد زنان را تحت تأثیر قرار می دهد (ریف، هنینگ، ریمر و یوتنر^۱ ۲۰۰۸). افراد افسرده خلق گسترده پایین و یا عدم توانایی لذت بردن از زندگی را گزارش می کنند و اغلب اوقات محیط خود را به صورت فردی تغییرناپذیر در نظر می گیرند؛ جهان از نظر این افراد، ثابت، ملال آور، پوچ و بی فایده است. در نتیجه بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده در نظر می گیرند و عادت های رفتاری آنها اغلب دچار فروپاشی میشود (اشر و رایسر، ۲۰۱۶).

ناکامی یکی از مهم ترین ویژگی های انسان است که با تحمل ناکامی ارتباط متقابل دارد که اشاره دارد به میزان فشار روانی که شخص می تواند تحمل کند قبل از این که رفتارش از حالت یکپارچگی در آمده مختل گردد. همچنین تحمل ناکامی را توانایی مهار تنش ناشی از عدم ارضای نیازهای غریزی و توانایی فرد در تحمل ناکامی بدون آنکه سازگاری روانی-زیستی خود را از دست بدهد، تعریف کرده اند (محمودی و غباری بناب، ۱۳۹۴). بنا بر این تحمل ناکامی اشاره به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش علی رغم شکست مکرر و محیط خصومت آمیز دارد. کسی که به کوشش خود ادامه می دهد نسبت به کسی که از کوشش هایش دست بر می دارد یا به شیوه واکنشی در رفتار دست می زند از تحمل ناکامی بیشتری برخوردار است. تحمل ناکامی قابلیت فرد است در مقاومت در برابر ناکامی بدون این که در به شیوه های ناپسند رفتاری دست بزند (علی پور و همکاران، ۱۳۹۴). مفهوم تحمل ناکامی را با پرخاشگری نیز مرتبط می دانند و اشاره می کنند کسی که توانایی بالاتری در تحمل ناکامی داشته باشد نسبت به کسی که در این مورد توانایی کمتری دارد، کمتر پرخاشگری می کند. همچنین تحمل ناکامی پایین، به رفتار ضد اجتماعی یا رفتار ناسازگار دیگری منتهی می شود. بیشتر افراد روان نژند و روان پریش در تحمل ناکامی کمبود دارند. افراد هم از لحاظ زیستی و هم از لحاظ روانی در آسیب پذیری نسبت به فشار روانی با هم متفاوت هستند. همچنین تحمل ناکامی فرد ممکن است به عنوان تابعی از شدت حالت برانگیختگی، پاسخ های در دسترس نسبت به شرایط و پیامدهای ادراک شده شکست نسبت به از بین بردن شرایط برانگیختگی و فرایندهای اجتماعی شدن با هم متفاوت باشد (انتظاری و همکاران، ۱۳۹۴).

از منظر بهداشت روانی، نحوه رویارویی با مشکلات، عامل مهمی در سلامتی و بهداشت روانی و جسمی فرد است (پاول و انرایت، ۲۰۱۰) و تردیدی نیست که مقابله طولانی مدت با بیماری اعتیاد در عضو معتاد خانواده، فشار روانی بسیار زیادی را بر خانواده افراد

معتاد وارد می‌کند. کافمن (۱۹۹۵) معتقد است که با افزوده شدن مصرف مواد به سیستم خانواده، اعضای خانواده معتادان با تغییراتی که در نقش‌ها، وظایف و عملکرد شان پدید می‌آید، خود را سازش می‌دهند و خواسته یا ناخواسته سعی می‌کنند تا در نقش‌ها، مسئولیت‌ها و ارتباطات خود تعادلی جدید به وجود آورند. به خصوص همسران افراد وابسته به مواد، بدون توجه به سلامتی و نیازهای اساسی خود به طور مسئولانه‌ای، که نوعی فداکاری به نظر می‌آید، به شدت مشغول کنترل رفتار فرد معتاد و مراقبت از او می‌شوند و برای او ترحم و دلسوزی می‌کنند (معصومیان شرقی، ۱۳۸۸؛ ملودی بیتی، ۱۳۸۸). در پژوهش‌های منتشره در ایالات متحده امریکا تأکید بر این است که در خانواده‌های افراد معتاد اغلب نوعی دگرگونی نقش‌ها و سلسله مراتب سنتی مشاهده می‌شود (چیریلو، برین و کامباژوار، ۲۰۰۰ و والر و ماهونی، ۱۹۹۹) و طی این تغییرات همسران افراد معتاد تلاش غیر معمولی را در جهت کنترل بیماری اعتیاد همسر و مدیریت شرایط نابسامان به عمل می‌آورند، اما از آنجا که این تلاش عموماً با ناکامی مواجه می‌شود، زوج غیر سوءمصرف کننده، ممکن است تمایلش را برای درگیر شدن با حل مسائل از دست بدهد و تسلیم شود، زیرا پیش‌بینی می‌کند که نتیجه، منفی خواهد بود و وقتی این الگو ادامه پیدا می‌کند، موضوعات مهم حل نشده باقی می‌ماند، زیرا اجتناب آسان‌تر است (گل‌پرور، ۱۳۷۹؛ آبرامسون و سلیگمن، ۱۹۹۹؛ خمسه ۱۳۸۳) و تداوم این روند می‌تواند همسر یک فرد معتاد را به سمت درماندگی آموخته‌شده سوق دهد (سلیگمن، استین، پارک و پیترسون، ۲۰۰۵). زمانی که تلاش‌ها برای به دست آوردن کنترل موفقیت‌آمیز نباشد، به نوعی کاهش در فعالیت منجر می‌شود؛ یعنی نوعی فقدان ظاهری انگیزش و بی میلی پایدار (احسانی پيله رود، ۱۳۸۵) که این بی انگیزگی ممکن است خود را در قالب کاهش ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی آشکار کند که موجبات تطابق هر چه بیش‌تر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی را سبب می‌شوند (عطاری، نیسی، یوسفی و نبوی، ۱۳۸۳؛ شریفی، عریضی و نامداری، ۱۳۸۴؛ آزموده، شهیدی و دانش، ۱۳۸۶؛ نوید، ۱۳۸۷). براساس مطالعات انجام پذیرفته، نبود رضایت و صمیمیت میان زوجین بر میزان تنش، گسیختگی، انسجام و وحدت خانواده، روابط نامناسب میان زوجین و ... می‌افزاید (احمد و رید، ۲۰۰۸). پژوهشگران متعددی مانند بخشی، اسد پور و خدادای زاده (۱۳۸۶) و لورنسیو (۲۰۱۶) به تأثیرات نامطلوب ناسازگاری و عدم صمیمیت میان زوجین بر ایجاد احساس افسردگی، اضطراب، تنهایی و پوچی، کاهش عزت نفس و کاهش سلامت جسمی و روانی زوجین اشاره کرده‌اند.

نتایج کسب شده در مطالعات و تأثیرات نامطلوبی که افزایش افسردگی و کاهش تحمل ناکامی عدم رضایت زناشویی در پی دارد، بکارگیری شیوه آموزش و درمانی مناسب را در جهت تعدیل هریک از این عوامل ضروری می‌کند. براساس نتایج به دست آمده از برخی مطالعات ذهن آگاهی و آموزش آن از شیوه‌های مطلوب در این زمینه است. ولز (۲۰۰۵) معتقد است که فنون مبتنی بر الگو فراشناختی ذهن آگاهی تأثیر بسزایی بر اختلال‌های هیجانی مخصوصاً افسردگی دارد. یوسفیان پور و اصغری (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند که و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش تحمل ناکامی موثر می‌باشند. یکی از مهارت‌هایی که بهبود آن در افزایش سطح تحمل ناکامی و کاهش افسردگی تأثیرگذار است، مهارت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است.

ذهن آگاهی به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می‌شود که دارای دو عنصر اساسی است: حضور در زمان اکنون و قضاوت نکردن در مورد رخدادها و کنش‌ها و واکنش‌ها. در واقع ذهن آگاهی با ویژگی خاص خود در مورد در زمان حال بودن و آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات، افراد را از سمت انجام رفتارها و واکنش‌های اتوماتیک و توجه بیش از حد به تجربه‌های درونی به سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد. شیوه

¹. mindfulness training

²Mindfulness

درمانی ذهن آگاهی، از درمان های شناختی-رفتاری مشتق شده است و از مولفه های مهم مدل های درمان روان شناختی به شمار می رود. شیوه های آموزشی و درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فعالیت ها و تمرینات بدنی تاکید می کنند و در آنها روی انجام تمرینات نشستن، مرقبه قدم زدن و برخی از تمرینات یوگا تاکید می شود. در واقع به نظر می رسد مکانیسم اصلی این درمان خودکنترلی توجه باشد، چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس یک محیط توجهی مناسب را بوجود می آورد (مک گارنی، شولز و گری، ۲۰۱۲). درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف رفع موانع و مشکلات موجود در درمان های رایج معرفی شده اند. بنابر نظر (لینهان، ۲۰۰۹، به نقل از شفافی، ۱۳۸۸) یکی از ایرادهای اصلی رویکردهای شناختی آن است که بین تز های درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی کند زیرا در این رویکرد ها اغلب تأکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان ها، شناخت ها و رفتارهای مراجع است. در این شرایط مراجع احساس می کند فرایند درمان نه تنها رفتارهای او را نامعتبر می سازد بلکه باعث می شود او خود را فردی نامعتبر بداند و نامعتبرسازی ادراک شده مشکلاتی را در جلسه درمان ایجاد می کند. وی مشکل درمانی فوق را با به کارگیری اصول آیین ذن به ویژه استفاده از تمرین های ذهن آگاهی حل می کند. آیین ذن مبتنی بر پذیرش واقعیت است. از سوی دیگر، پذیرش بدون قید و شرط و معتبرسازی بیش از اندازه رفتارهای مراجع نیز مشکلاتی به همراه دارد، از جمله آن که مراجع تلقی می کند مشکلات او جدی گرفته نشده است. بدون توجه به تغییر و حل مسئله، رفتارهای مداخله گر در درمان دوباره رخ خواهد داد. بنابراین، از نظر لینهان تلفیق دو شیوه با یکدیگر برقراری تعادل میان ایجاد تغییر و پذیرش واقعیت راهکاری مناسب به نظر می رسد. وی در رویکرد درمانی خود سعی می کند اصول رفتارگرایی و اصول ذن را که به نظر می رسد دیدگاه های متفاوتی هستند با یکدیگر یکپارچه سازد؛ این مطلب یکپارچه سازی روانشناسی غرب و روانشناسی شرق است (سوالز و هیرد، ۲۰۰۹). مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر مفهوم حضور ذهن تاکید دارد و در جلسات آن تلاش می شود ذهن آگاهی آموزش داده و تقویت شود. ذهن آگاهی به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانها و انگیزه ها است به طوری که بتوان آنها را مدیریت و تنظیم نمود (چودهاری و تاپا، ۲۰۱۲، به نقل از امینی، ۱۳۸۸).

یکی از موقعیت هایی که افراد را با سطح ناکامی و افسردگی مواجه می سازد، درگیری با مشکل اعتیاد است. با توجه به این که همسران افراد معتاد به دلیل شرایط زندگی خود با ناکامی ناشی از عدم ارضای نیازهای خود و قرارگیری در محیط تنش زا و دشوار روبرو هستند و نظر به قابلیت و سودمندی روش های آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تنش و افزایش پذیرش و تنظیم هیجانی افراد و همچنین خلا پژوهشی موجود در حوزه اثربخشی ذهن آگاهی بر تحمل ناکامی و کاهش افسردگی، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود تحمل ناکامی و کاهش افسردگی در همسران افراد معتاد اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و از نوع آزمایشی (پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل) است. در این پژوهش یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود داشت که یک پیش آزمون و یک پس آزمون بر روی هر کدام از این گروه ها اجرا شد. دیاگرام زیر نشان دهنده طرح پژوهش حاضر است (حسن زاده، ۱۳۸۲). جامعه آماری این تحقیق عبارت از همسران کلیه معتادان مراجعه کننده به مرکز مشاوره کرج در چهار ماهه اخیر سال ۱۳۹۶ بوده است که همسران آنان به انواع مواد مخدر سنتی اعتیاد داشته و بین ۲۵ تا ۵۰ سال سن داشتند. تعداد این افراد تقریباً ۱۰۰ نفر برآورد شده بود. لازم به ذکر است مدت اعتیاد معتادان در این پژوهش

بیشتر از یک سال در نظر گرفته شده است. با توجه به محدودیت های موجود در زمینه همکاری مؤسسات مربوطه در ابتدا با روش نمونه گیری در دسترس و در نهایت پس از اعلام رضایت خودشان ۳۰ نفر از بین آن ها بطور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمایشی در جلسات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کردند در حالی که برای افراد گروه گواه مداخله ای صورت نگرفت. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله مورد آزمون قرار گرفتند.

مقیاس تحمل ناکامی (هرینگتون، ۲۰۰۵) که توسط هرینگتون (۲۰۰۵) طراحی شده است توسط بابرءیسی و همکاران (۱۳۹۳) به فارسی ترجمه و هنجار شده است. هدف این مقیاس سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف می باشد. این مقیاس دارای ۳۵ گویه است و از ۴ عامل تشکیل یافته است که به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی از ۵= کاملاً موافقم، ۴= موافقم، ۳= نظری ندارم، ۲= مخالفم و ۱= کاملاً مخالفم نمره گذاری می شود. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی می باشد. بنابراین دستیابی به نمرات کمتر مطلوب است. چهار خرده آزمون این مقیاس عبارتند از عدم تحمل عاطفی؛ عدم تحمل ناراحتی؛ پیشرفت؛ شایستگی.

بابا ریسی و همکاران (۱۳۹۳) با هدف دستیابی به ویژگی های روانسنجی این ابزار، مقیاس تحمل ناکامی توسط ۴۵۴ دانش آموز دبیرستانی (۲۵۰ پسر و ۲۰۴ دختر) که به شیوه نمونه برداری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده بودند، تکمیل نمودند و از ضریب آلفای کرانباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عاملی تأییدی و همبستگی مولفه ها با نمره کل مقیاس برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده کردند. ضریب آلفای کرانباخ نشان داد که پایایی برای کل آزمودنی ها ۰/۸۴، برای مولفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، مولفه عدم تحمل هیجانی ۰/۶۱، مولفه پیشرفت ۰/۵۲، و مولفه استحقاق ۰/۷۱ می باشد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد شاخص های مقیاس تحمل ناکامی دانشجویان بر روی عوامل از قبل طراحی شده توسط هارینگتون (۲۰۰۵) بار عاملی بالاتر از ۰/۳۰ دارند و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب برابر ۰/۰۴ است. بنابراین پرسشنامه با چهار عامل از برازش قابل قبولی برخوردار است. همچنین همبستگی خرده مقیاس های تحمل ناکامی با نمره کل مقیاس بالاتر از ۰/۳۸ و در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشند. نتیجه کلی این تحقیق نشان دهنده احراز خصوصیات روانسنجی مقیاس تحمل ناکامی در بین دانشجویان است.

در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق اجرای پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر از آزمودنی ها و محاسبه ضریب آلفای کرانباخ، ۰/۸۲ بدست آمده است که نشان از پایا بودن پرسشنامه دارد.

پرسشنامه افسردگی بک: افسردگی حالتی از خلق است که با کاهش حرمت خود، احساس بی کفایتی، عدم شایستگی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است. از بین تست ها و پرسشنامه هایی که برای سنجش افسردگی تهیه شده اند، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) از جمله مناسب ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک به شرح زیر است: غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بیزاری از خود، اتهام به خود، افکار به خودکشی، گریستن، بی قراری، کناره گیری اجتماعی، بی تصمیمی، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بی خوابی، خستگی ناپذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی، کاهش علائق جنسی.

مقایسه پرسشنامه افسردگی بک با پرسشنامه همیلتن (۱۹۶۰) حاکی از آن است که پرسشنامه افسردگی بک این امتیاز را دارد که به مهارت یا تعصب آزمایش‌کننده بستگی ندارد و بیشتر به سنجش ویژگی‌های روان‌شناختی افسردگی می‌پردازد، تا ناراحتی‌های جسمانی و فیزیولوژیک و همبستگی آنها با یکدیگر ۰,۷۵ است.

این پرسشنامه توسط افراد زیادی در طی سالها مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان بهترین پرسشنامه در تعیین افسردگی شناخته شده است (بک و همکاران ۱۹۸۷-۱۹۶۱، شواب ۱۹۶۷، متکالف و گلدمن ۱۹۶۵، وهاب زاده ۱۳۷۷).

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، براون و استیر، ۲۰۰۰). فرم تجدید نظر شده پرسشنامه افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده است و با این تفاوت که ۴ ماده از ویرایش قبلی را نداشته و به جای آنها ماده‌های دیگری در پرسشنامه افزوده شده‌اند. همچنین در این پرسشنامه دو ماده (ماده‌های ۱۶ و ۱۸) به گونه‌ای ویرایش شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند. این پرسشنامه در جمعیت ۱۳ سال به بالا قابل استفاده است.

۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. علایم هر یک از این طبقات در جدول زیر ارایه شده است.

مطالعه وهاب زاده (۱۳۸۲) در ایران به منظور چگونگی ارزش تشخیص این پرسشنامه در تفکیک بیماران افسرده و افراد سالم از یکدیگر، نشان داد که این پرسشنامه دارای ارزش شخصیتی است و قادر به تمیز افراد سالم از بیمار می‌باشد. مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به طور کلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود.

بک، استیر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰,۷۳ تا ۰,۹۲ با میانگین ۰,۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰,۸۶ و غیر بیمار ۰,۸۱ گزارش شده است. همچنین دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰,۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰,۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰,۹۳ بدست آورده‌اند. به علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰,۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰,۷۳ بود (غزایی، ۱۳۸۲).

فرم کوتاه این پرسشنامه توسط دادستان و منصور (۱۳۶۹) در ایران هنجاریابی شده است. پرسشنامه افسردگی بک توسط پژوهشگران مختلف از جمله نوربالا و شاددل (۱۳۷۳) مورد استفاده قرار گرفته است. رجیبی و همکاران (۱۳۸۰)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰,۸۷، ضریب اعتبار تنصیف ۰,۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله ۳ هفته را ۰,۴۹ را گزارش کرده‌اند.

در خارج از کشور نتایج فرا تحلیل شده انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک (BDI) حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰,۷۳ تا ۰,۹۳ با میانگین ۰,۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰,۴۸ تا ۰,۸۶ قرار دارد (بک و همکاران، ۱۹۸۸ به نقل از گراث مارنات، ۲۰۰۳).

جلسات مداخله ای مبتنی بر ذهن آگاهی:

در تحقیق حاضر منظور از جلسات مداخله ای تعداد ۸ جلسه دو ساعته برگرفته از محتوای آموزشی ذهن آگاهی شعبانی (۱۳۹۵) به صورت گروهی بوده است که در مرکز مشاوره کرج برگزار شد. محقق محتوای جلسات را در مراکز مشاوره کرج اجرا نمود.

جدول ۱: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از پژوهش شعبانی (۱۳۹۵) - نظریه کابات زین (۱۹۷۰)

جلسه اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، هدایت خودکار، خورد یک کشمش با آگاهی، مراقبه واریسی جسمانی، شکل دهی به گروه، تکلیف خانگی، معطوف کردن توجه به فعالیتهای روزمره و پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته اند، در مورد مسواک زدن با شستن ظروف.
جلسه دوم	مقابله با موانع و مشکلات، مراقبه واریسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی: ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند.
جلسه سوم	حضور ذهن بر روی تنفس، حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس کشتی، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه ای تنفس، سه بار در روز.
جلسه چهارم	بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری و شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی: مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله ای (در زمان تجربه احساسات ناخوشایند)
جلسه پنجم	پذیرش و اجازه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
جلسه ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها.
جلسه هفتم	چگونگی مراقبت از خود، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین های دوره برای پیاده سازی بعد از دوره.
جلسه هشتم	استفاده از آموخته ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده، مراقبه واریسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه ای برای تمرین خانگی که شرکت کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند و در نهایت اجرای پس آزمون از گروه آزمایش و کنترل.

فرضیه اصلی پژوهش

آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش تحمل ناکامی و افسردگی در زنان دارای همسر معتاد اثر بخش است.

همانطور که قبلاً گفته شد برای آزمون فرضیه تحقیق از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود. چون چهار متغیر وابسته (تحمل ناکامی و افسردگی) وجود دارد. که نتایج به شرح زیر است:

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه تحقیق در ارتباط با معناداری تفاوت نمرات تحمل ناکامی و افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

جدول آزمونهای چند متغیره

آزمونها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور ایتای سهمی
اثر پیلائی	۰/۹۵۳	۲۵۵/۵۹۸	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۷	۲۵۵/۵۹۸	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸
اثر هاتلینگ	۲۰/۴۴۸	۲۵۵/۵۹۸	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸
بزرگترین ریشه روی	۲۰/۴۴۸	۲۵۵/۵۹۸	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸

در آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، چهار آزمون "اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی" محاسبه می شوند. همانطور که در جدول بالا، مشاهده می شود سطح معناداری (۰/۰۰۱) تمامی آزمونهای چند متغیره کمتر از ۰/۰۵ می باشد که نشان دهنده تفاوت حداقل بین یک متغیر وابسته پس آزمون (تحمل ناکامی و افسردگی) در گروه های آزمایش و کنترل می باشد. به عبارت بهتر با ۹۵ درصد اطمینان می توان فرضیه تحقیقی را تایید نمود.

از طرف دیگر با توجه به ارزش مجذور ایتای پاره ۰/۶۹۸، می توانیم معین کنیم که متغیر مستقل (آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی) مقدار نسبتاً بالایی از واریانس کل را تبیین می کند. یعنی حدود ۶۹ درصد از کل واریانس متغیرهای وابسته را تبیین می کند. لازم به ذکر است چون دو گروه با یکدیگر مقایسه می شوند، لذا مقدار F و سطح معناداری و مجذور ایتای سهمی تمام آزمونها برابر می باشند.

حال برای تعیین اینکه بین کدام متغیرها از نظر آماری تفاوت وجود دارد، به مقایسه تک تک متغیرهای وابسته (تحمل ناکامی و افسردگی) در گروههای آزمایش و کنترل با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره می پردازیم.

جدول شماره (۱) نشان می دهد که فرضیه پژوهش حاضر تایید شده است و نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات تحمل ناکامی گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنا دار وجود دارد و فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود.

جدول ۳. نمرات میانگین تعدیل شده پس از آزمون تحمل ناکامی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۵	۹۴/۵۳۳	۸/۷۱۶
کنترل	۱۵	۱۱۲/۱۳۳	۷/۷۴۴

چنان چه در جدول (۲) ملاحظه می شود میانگین تحمل ناکامی گروه آزمایش (۹۴/۵۳۳) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۱۱۲/۱۳۳) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل ناکامی همسران معنادار در گروه آزمایش است. و به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بیشتر شدن میزان تحمل ناکامی همسران معنادار در گروه آزمایش شده است.

جدول ۴. نمرات میانگین تعدیل شده پس از آزمون افسردگی همسران

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۵	۱۸/۸۶۶	۲/۳۸۶
کنترل	۱۵	۲۲/۲۰۰	۲/۵۴۱

چنان چه در جدول (۳) ملاحظه می شود میانگین افسردگی همسران گروه آزمایش (۱۸/۸۶۶) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۲/۲۰۰) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی همسران معنادار در گروه آزمایش است. به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی همسران معنادار در گروه آزمایش است.

آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در تحمل ناکامی و کاهش افسردگی همسران معنادار اثربخش است به این معنا که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود نمرات گروه آزمایش در تحمل ناکامی و کاهش افسردگی همسران معنادار شده است.

فرضیه فرعی اول پژوهش: آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش تحمل عاطفی در زنان دارای همسر معنادار اثر بخش است.

جدول ۵. آزمون همگنی واریانس ها:

متغیرها	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تحمل عاطفی همسران	۴/۰۵۰	۱	۲۸	۰/۰۵۴

نتایج تست لون نشان می دهد که همگنی واریانس ها $p = ۰/۰۵۴$ ، $F(۱ و ۲۸) = ۴/۰۵۰$ رعایت شده است. چون مقدار P بزرگتر از ۰/۰۵ بوده بنابراین همگنی واریانس ها رعایت شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه تحقیق در ارتباط با معناداری تفاوت نمرات تحمل عاطفی همسران در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون	۲۲۰/۴۸۷	۱	۲۲۰/۴۸۷	۱۴۸/۶۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴
گروه	۸۲/۸۸۵	۱	۸۲/۸۸۵	۵۵/۸۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
خطا	۴۰/۰۵۵	۲۷	۱/۴۸۴			
کل	۱۴۵۱۵	۳۰				

جدول شماره (۶) نشان می دهد که فرضیه پژوهش حاضر تایید شده است و نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات تحمل عاطفی همسران گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. و فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های ($F(1,27)=55/870, P<0/05$) گروه وجود دارد.

جدول ۷. نمرات میانگین تعدیل شده پس آزمون تحمل عاطفی همسران

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۵	۲۰/۶۰۰	۳/۹۵۶
کنترل	۱۵	۲۲/۹۳۳	۴/۶۳۲

چنان چه در جدول (۶) ملاحظه می شود میانگین تحمل عاطفی همسران گروه آزمایش (۲۰/۶۰۰) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۲/۹۳۳) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش تحمل عاطفی همسران معنادار در گروه آزمایش است. به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بیشتر شدن میزان تحمل عاطفی همسران معنادار در گروه آزمایش است. لازم به ذکر است مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی می باشد. بنابراین دستیابی به نمرات کمتر مطلوب است.

فرضیه فرعی دوم پژوهش: آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش تحمل ناراحتی در زنان دارای همسر معنادار اثر بخش است.

جدول ۸. آزمون همگنی واریانس ها:

متغیرها	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تحمل ناراحتی	۰/۰۱۵	۱	۲۸	۰/۹۰۴

نتایج تست لون نشان می دهد که همگنی واریانس ها $F(1,28) = 0/015, p = 0/904$ رعایت شده است. چون مقدار P بزرگتر از ۰/۰۵ بوده بنابراین همگنی واریانس ها رعایت شده است.

جدول ۹. نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه تحقیق در ارتباط با معناداری تفاوت نمرات تحمل ناراحتی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون	۱۴۸/۲۷۵	۱	۱۴۸/۲۷۵	۷۶/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
گروه	۱۳۴/۳۳۰	۱	۱۳۴/۳۳۰	۶۹/۲۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
خطا	۵۲/۳۹۲	۲۷	۱/۹۴۰			
کل	۱۴۵۱۶	۳۰				

جدول شماره (۸) نشان می دهد که فرضیه پژوهش حاضر تایید شده است و نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات تحمل ناراحتی گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد و فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های ($F(1,27)=69/226, P<0/05$) گروه وجود دارد.

جدول ۱۰. نمرات میانگین تعدیل شده پس آزمون تحمل ناراحتی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۵	۱۹/۵۳۳	۳/۱۸۱
کنترل	۱۵	۲۳/۹۳۳	۲/۰۵۱

چنان چه در جدول (۹) ملاحظه می شود میانگین تحمل ناراحتی گروه آزمایش (۱۹/۵۳۳) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۳/۹۳۳) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در تحمل ناراحتی همسران معنادار در گروه آزمایش است. به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بیشتر شدن میزان تحمل ناراحتی همسران معنادار در گروه آزمایش است. لازم به ذکر است مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناراحتی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکافی کم آزمودنی می باشد. بنابراین دستیابی به نمرات کمتر مطلوب است.

فرضیه فرعی سوم پژوهش: آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش پیشرفت همسران در زنان دارای همسر معنادار اثر بخش است.

جدول ۱۱. آزمون همگنی واریانس ها:

متغیرها	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیشرفت همسران	۰/۰۴۲	۱	۲۸	۰/۸۴۰

نتایج تست لون نشان می دهد که همگنی واریانس ها $F(1,28) = 0.042, p = 0.840$ رعایت شده است. چون مقدار P بزرگتر از ۰/۰۵ بوده بنابراین همگنی واریانس ها رعایت شده است.

جدول ۱۲. نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه تحقیق در ارتباط با معناداری تفاوت نمرات پیشرفت همسران در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون	۱۰۷/۵۹۶	۱	۱۰۷/۵۹۶	۳۰/۶۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
گروه	۲۰۶/۲۴۹	۱	۲۰۶/۲۴۹	۵۸/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
خطا	۹۴/۹۳۶	۲۷	۳/۵۱۶			
کل	۱۵۸۷۴	۳۰				

جدول شماره (۱۲) نشان می دهد که فرضیه پژوهش حاضر تایید شده است و نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات پیشرفت همسران معنادار گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های $F(1,27) = 58.658, P < 0.05$ گروه وجود دارد.

جدول ۱۳. نمرات میانگین تعدیل شده پس از آزمون پیشرفت همسران معتادان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۵	۱۹/۷۳۳	۲/۷۴۲
کنترل	۱۵	۲۵/۶۴۳	۳/۹۸۵

چنان چه در جدول (۱۳) ملاحظه می شود میانگین پیشرفت همسران معتادان گروه آزمایش (۱۹/۷۳۳) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۵/۶۴۳) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشرفت همسران معتاد در گروه آزمایش است. به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بیشتر شدن میزان پیشرفت همسران معتاد در گروه آزمایش است. لازم به ذکر است مجموع نمرات پایین نشانه پیشرفت بالای همسران آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده پیشرفت کم آزمودنی می باشد. بنابراین دستیابی به نمرات کمتر مطلوب است.

فرضیه فرعی چهارم پژوهش: آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش شایستگی همسران در زنان دارای همسر معتاد اثر بخش است.

جدول ۱۴. آزمون همگنی واریانس ها:

متغیرها	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
شایستگی همسران	۴/۳۴۰	۱	۲۸	۰/۰۵۶

نتایج تست لون نشان می دهد که همگنی واریانس ها $F(1,28) = 4.340, p = 0.046$ رعایت شده است. چون مقدار P بزرگتر از ۰/۰۵ بوده بنابراین همگنی واریانس ها رعایت شده است.

جدول ۱۵. نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه تحقیق در ارتباط با معناداری تفاوت نمرات شایستگی همسران در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون	۲۲۶/۶۷۶	۱	۲۲۶/۶۷۶	۶۳/۷۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳
گروه	۲۱۲/۱۵۰	۱	۲۱۲/۱۵۰	۵۹/۶۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸
خطا	۹۵/۹۹۱	۲۷	۳/۵۵۵			
کل	۴۲۶۵۱	۳۰				

جدول شماره (۱۵) نشان می دهد که فرضیه پژوهش حاضر تایید شده است و نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات شایستگی همسران گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنا دار وجود دارد. و فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های ($F(1,27) = 59.673, P < 0.05$) گروه وجود دارد

جدول ۱۶. نمرات میانگین تعدیل شده پس آزمون شایستگی همسران

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۵	۳۵/۳۳۳	۳/۵۱۸
کنترل	۱۵	۳۹/۶۶۶	۳/۲۶۵

چنانچه در جدول (۱۶) ملاحظه می شود میانگین شایستگی همسران گروه آزمایش (۳۵/۳۳۳) پس از تعدیل نمرات بیشتر از گروه کنترل (۳۹/۶۶۶) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در شایستگی همسران معتاد در گروه آزمایش است. به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بیشتر شدن میزان شایستگی همسران معتاد در گروه آزمایش است. لازم به ذکر است مجموع نمرات پایین نشانه شایستگی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده شایستگی کم آزمودنی می باشد. بنابراین دستیابی به نمرات کمتر مطلوب است.

فرضیه فرعی پنجم پژوهش: آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی در زنان دارای همسر معتاد اثر بخش است.

جدول ۱۷. آزمون همگنی واریانس ها:

متغیرها	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی همسران	۱/۸۷۰	۱	۲۸	۰/۱۸۲

نتایج تست لون نشان می دهد که همگنی واریانس ها $F(1, 28) = 1/870, p = 0/182$ ، چون مقدار P بزرگتر از ۰/۰۵ بوده بنابراین همگنی واریانس ها رعایت شده است.

جدول ۱۸. نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه تحقیق در ارتباط با معناداری تفاوت نمرات افسردگی همسران در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع پراش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورت	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون	۱۵۰/۹۵۹	۱	۱۵۰/۹۵۹	۲۱۲/۵۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷
گروه	۱۱۵/۹۷۱	۱	۱۱۵/۹۷۱	۱۶۳/۳۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۸
خطا	۱۹/۱۷۵	۲۷	۰/۷۱۰			
کل	۱۲۹/۰۲	۳۰				

جدول شماره (۱۷) نشان می دهد که فرضیه پژوهش حاضر تایید شده است و نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات افسردگی همسران گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. و فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های $(F(1, 27) = 163/301, P < 0/05)$ گروه وجود دارد

جدول ۱۹. نمرات میانگین تعدیل شده پس آزمون شایستگی همسران

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۵	۱۸/۸۶۶	۲/۳۸۶
کنترل	۱۵	۲۲/۲۰۰	۲/۵۴۱

چنانچه در جدول (۱۸) ملاحظه می‌شود میانگین افسردگی همسران گروه آزمایش (۱۸/۸۶۶) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۲/۲۰۰) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی همسران معتاد در گروه آزمایش است. به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی همسران معتاد در گروه آزمایش است.

بحث و نتیجه گیری

آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش تحمل ناکامی و افسردگی در زنان دارای همسر معتاد اثر بخش است.

نمرات میانگین تعدیل شده نشان داد، بین نمرات تحمل ناکامی و افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنا دار وجود دارد و فرضیه پژوهش حاضر تایید می‌شود. میانگین تحمل ناکامی گروه آزمایش (۹۴/۵۳۳) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۱۱۲/۱۳۳) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل ناکامی همسران معتاد در گروه آزمایش است. یعنی پس از آموزش ذهن آگاهی نمرات گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل شده است.

این نتایج با یافته های پرویزی و افشاری نیا (۱۳۹۵)؛ محمودی و غباری (۱۳۹۴)؛ علی پور و حیدری (۱۳۹۴)، کمپل و همکاران (۲۰۱۶)، قاسم زاده (۱۳۹۲) و سیو، ما و جوی (۲۰۱۶) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج می‌توان گفت، افرادی که ناکامی بالایی دارند آنها نمی‌توانند مسایل را ساده بگیرند و اگر فکر کنند که موقعیتی غیرمنصفانه است، مثلاً اگر برای خطای جزئی تأدیب شوند، خیلی عصبانی می‌شوند (الیاسی و همکاران، ۱۳۹۴). افرادی که تحمل ناکامی کمی دارند، باورهای انعطاف‌ناپذیری دارند، غمگین هستند، غیرمنطقی بوده و در مقابل واقعیت بسیار ناپایدارند. براساس نظر ایلس، افرادی که از درجه بالاتری از سلامت روانی برخوردارند، در هنگام مواجهه با شرایط یا رویدادهای که با ارزش‌های اساسی، اهداف و ترجیحاتشان در تعارض است، فلسفه تحمل را به کار می‌گیرند. این بدان معنی است که این دسته از افراد زمانی که در شرایط دشوار و توأم با ناکامی قرار می‌گیرند، تحمل را به عنوان وسیله در جهت دستیابی به اهداف مطلوبشان در پیش می‌گیرند. افراد با آستانه تحمل بالا، افرادی منطقی و خوش حال و انعطاف پذیرند و در رفتار خود، خواهان دستیابی سریع به راه‌حل‌های عملی هستند. این‌گونه افراد به راحتی و به سادگی با مشکلات کنار می‌آیند و در زمان کوتاهی بسیار سخت کار می‌کنند و برای رسیدن به اهداف بلند مدت تلاش می‌کنند (علی پور و همکاران، ۱۳۹۴). یکی از مهارت‌هایی که بهبود آن در افزایش سطح تحمل ناکامی تاثیرگذار است، مهارت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی عبارت است از توجه به هر آنچه در لحظه حاضر در ذهن اتفاق می‌افتد، بدون قضاوت و ارزیابی آنچه اتفاق می‌افتد (قاسم زاده، ۱۳۹۲). به عبارتی با تقویت مهارت‌های ذهن آگاهی می‌توان نوع نگاه و قضاوت به رویدادها را تغییر داد و باورهای انعطاف‌ناپذیری بیشتری کسب میکنند، غمگین آنها کمتر، و منطقی تر و مثبت تر به مسائل نگاه میکنند و تحمل ناکامی‌ها را ارتقاء داد. کمپل و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی نقش ارضا و ناکامی در نیازهای بنیادین روانشناختی و ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی تعداد ۱۰۱ بزرگسال بیمار را مورد بررسی قرار دادند. این پژوهشگران نشان دادند ذهن آگاهی با ارضای نیازهای بنیادین دارای ارتباط مثبت و معنادار و با ناکامی در این نیازها دارای ارتباط منفی بود و همچنین با الگوی خواب منظم و سلامت جسمی بالاتر نیز ارتباط داشت. این پژوهشگران با بررسی نقش میانجی‌کننده ذهن آگاهی نشان دادند این متغیر در ارتباط بین ارضای نیازهای روانشناختی با میزان سلامت جسمانی افراد نقش میانجی دارد و این عامل ارضای نیازها را تسهیل می‌کند.

نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات افسردگی همسران گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد و فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های $P < 0.05$ ، $F(1,27) = 91.36$ ، گروه وجود دارد. میانگین افسردگی همسران گروه آزمایش (۱۸/۸۶۶) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۲/۲۰۰) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی همسران معتاد در گروه آزمایش است. به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی همسران معتاد در گروه آزمایش است.

این نتایج با یافته های قدم پور، عزیزی و محمدی (۱۳۹۵)؛ نداف شرق و همکاران (۱۳۹۴)؛ اسدی صادقی آذر، محمدخانی، میشکار و فرقانی (۱۳۹۴)؛ اسماعیلیان، طهماسیان، دهقانی و موتابی (۱۳۹۲)؛ مامون، کلاوارینو، نجمان، ویلیام، اوکالاگان و بور (۲۰۱۲) کرمنی، ماریانی و مارچینو (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج می توان گفت، از آنجا که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر مفهوم حضور ذهن تاکید دارد و در جلسات آن تلاش می شود، به کمک فن های ذهن آگاهی افراد مشاهده عاری از قضاوت و انتقاد، همراه با شفقت نسبت به خود و دیگران را در عمل یاد بگیرند؛ آن ها می آموزند که با مشاهده افکار و هیجانات استرس زا و غم انگیز الگوی افکار منفی را قبل از آن که به چرخه معیوب کشیده شوند، شناسایی کنند به این ترتیب در درازمدت، ذهن آگاهی تغییرات بسیاری در خلق و خو و سطح شادی و سلامت افراد می گذارد. تحقیقات علمی نشان داده اند که ذهن آگاهی نه تنها از افسردگی جلوگیری می کند بلکه اثرات مثبتی بر روی الگوهای ذهن در زمینه نگرانی، اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری و عصبانیت دارند (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲). در طی برنامه درمانی بیماران یاد می گیرند از تمرکز بر افکار و احساسات منفی دست بردارند و به ذهنشان اجازه دهند تا از الگوی تفکر خودکار به پردازش هیجانی آگاهانه گذر کند. هر چند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می شود. مراقبه ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه ای از مغز می شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می شود (دیویدسون، کابات-زین، اسچوماچر، روسنناز، مولر و همکاران، ۲۰۰۳). شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی (MBCT) نوعی روان درمانی است که برای جلوگیری از عود افسردگی طراحی شده است، مخصوصاً در افرادی که دچار اختلال افسردگی عمده هستند. در این سبک درمانی از شیوه های رفتار درمانی شناختی سنتی استفاده شود به علاوه راهبردهای جدیدتر روانشناختی نظیر توجه آگاهی و مراقبه توجه آگاهانه استفاده می شود. شیوه های شناختی شامل آموزش مراجع درباره افسردگی است. راهبردهای مبتنی بر توجه آگاهی متمرکز بر آگاهی از افکار و احساسات و پذیرش آن ها در مقابل اتصال و واکنش به آنهاست. هدف MBCT بر هم زدن این فرایندهای خودکار شناختی و آموزش به مراجعان برای کمتر واکنش نشان دادن به محرک های وارد شده به فکر است، همچنین این هدف نیز دنبال می شود که مراجع پذیرش و مشاهده بدون قضاوت آن محرک ها را بیاموزد. این تمرین توجه آگاهی مراجعان را یاری می کند تا به فرایندهای شناختی به هنگام وقوع توجه کنند و واکنش خود را بیشتر به صورت تعمق دریاورند. پژوهش ها اثربخشی MBCT را در افرادی که سه بار یا بیشتر افسرده شده بودند را نشان می دهد. در این افراد بعد از انجام مداخله نرخ عود پنجاه درصد کاهش یافت (کابات-زین، ۲۰۰۵).

آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش تحمل عاطفی در زنان دارای همسر معتاد اثر بخش است؟

نمرات میانگین تعدیل شده نشان داد، بین نمرات تحمل عاطفی همسران گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های $P < 0.05$ ، $F(1,27) = 55.87$ ، گروه وجود دارد. میانگین تحمل عاطفی همسران گروه آزمایش (۲۰/۶۰۰) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه

کنترل (۲۲/۹۳۳) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در تحمل عاطفی همسران معتاد در گروه آزمایش است. یعنی پس از آموزش ذهن آگاهی نمرات گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل شده است. لازم به ذکر است مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی می باشد. بنابراین دستیابی به نمرات کمتر مطلوب است.

این نتایج با یافته های شولتز و همکاران (۲۰۱۵)؛ کارلین و اهرنز (۲۰۱۴)؛ نریمانی و همکاران (۱۳۹۰)؛ موسوی مدنی، آتش پور و مولوی (۱۳۹۰) و چودهاری و تاپا (۲۰۱۲) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج می توان گفت، آنچه باعث موفقیت و پیشرفت و برطرف کردن موانع و افزایش تحمل ناکامی و تحمل عاطفی می شود تلاش، مبارزه و خنثی کردن عواطف منفی و استفاده از شیوه های صحیح برخورد با ناکامی است. (باثر، ۲۰۰۳، به نقل از احمدی، ۱۳۹۰) از آنجا که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر مفهوم حضور ذهن تاکید دارد و در جلسات آن تلاش می شود، ذهن آگاهی آموزش داده و تقویت شود این مسأله باعث می شود که آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه ها رخ دهد به طوری که بتوان آنها را مدیریت و تنظیم نمود در نتیجه در مدیریت رفتارها و افکارهای منفی چون ناکامی و عواطف حاصل از آن مؤثر واقع می شود (چودهاری و تاپا، ۲۰۱۲). کارلین و اهرنز (۲۰۱۴) در بررسی ذهن آگاهی بر اضطراب و هیجانات منفی نشان دادند ذهن آگاهی با تعداد کوشش های افراد پس از تجربه هیجانی منفی دارای ارتباط مثبت و معنادار بود در حالی که بین ناکامی و ذهن آگاهی ارتباط منفی نشان داده شد. این پژوهشگران نشان دادن آموزش ذهن آگاهی می تواند در افزایش مداومت و کوشش فردی پس از تجربه آسیب زا و منفی تاثیر مثبت داشته باشد و عواطف منفی را خنثی کند. نریمانی و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی تحت عنوان اثربخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روانشناختی جانبازان شیمیایی نشان دادند که آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهبود علایم جسمانی و سلامت روان اثربخش بودند. همچنین، اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر نمرات پیگیری علایم جسمانی، نمرات پس آزمون و پیگیری سلامت روان و عواطف افراد بیشتر بود.

آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش تحمل ناراحتی در زنان دارای همسر معتاد اثر بخش است؟

نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات تحمل ناراحتی گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنا دار وجود دارد و فرضیه پژوهش حاضر تایید شد. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های $P < 0.05$ ، $F(1,27) = 69.226$ گروه وجود دارد. میانگین تحمل ناراحتی گروه آزمایش (۱۹/۵۳۳) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۲/۹۳۳) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در تحمل ناراحتی همسران معتاد در گروه آزمایش است. یعنی پس از آموزش ذهن آگاهی نمرات گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل شده است.

این نتایج با یافته های بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۰)؛ فرهادی و همکاران (۱۳۹۰)؛ اسماعیلیان، طهماسیان، دهقانی و موتابی (۱۳۹۲) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج می توان گفت، اشخاصی که شاد، سرحال، سالم و اتماعی هستند تحمل ناکامی بالاتری دارند و احساس بهتری دارند و به آینده امیدوار تر هستند و بیشتر در زمان حال زندگی میکنند و به جنبه های مثبت آن فکر میکنند. با توجه به ارتباط بین ذهن آگاهی با کیفیت زندگی و توجه به داشته ها و نقاط مثبت و سبک های هویت انتظار می رود آموزش ذهن آگاهی با بهبود در تحمل ناکامی و کاهش ناراحتی و عصبانیت که در نتیجه منجر به بالا رفتن آرامش و با شادکامی بیشتری همراه باشد. به همین ترتیب

تحقیقات بسیاری به بررسی اثربخشی مهارت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود ویژگی‌های روانشناختی گوناگون پرداخته اند که از این بین می‌توان به تاثیر ذهن آگاهی بر اختلالات خلقی از قبیل افسردگی و اضطراب اشاره نمود. در این زمینه منصوریان (۱۳۹۰) در بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن آگاهی بر ناکامی‌های اشاره کرد این نوع درمان در کاهش ناکامی‌های ناشی از افسردگی، و اضطراب خون موثر بوده و اثر آن معنادار گزارش شده است. کرامتی، میرزاییان و محمدخانی (۱۳۹۰) نیز در بررسی خود نشان داد گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش شدت ناکامی‌های اثربخش است. مطالعات تیزدل و سگال (۲۰۰۰) نشان دادند ذهن آگاهی می‌تواند ناکامی را کاهش دهد.

آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش پیشرفت همسران در زنان دارای همسر معنادار اثر بخش است؟

نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهد بین نمرات پیشرفت همسران معنادان گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنا دار وجود دارد. و فرضیه پژوهش حاضر تایید شد. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های $P < 0/05$ ، $F(1,27) = 58/658$ ، گروه وجود دارد. میانگین پیشرفت همسران معنادان گروه آزمایش (۱۹/۷۳۳) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۵/۶۲۵) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشرفت همسران معنادار در گروه آزمایش است. یعنی پس از آموزش ذهن آگاهی نمرات گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل شده است.

این نتایج با یافته‌های علی پور، محمد زاده و شهنی (۱۳۹۴)؛ تیز دل و سگال (۲۰۰۰)؛ چوهاری و تاپا (۲۰۱۲)؛ پازینی و کانر (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

با توجه به این که همسران افراد معنادار به دلیل شرایط زندگی خود با ناکامی‌های ناشی از عدم ارضای نیازهای خود و قرارگیری در محیط تنش زا و دشوار روبرو هستند. موفقیت در هر کاری می‌تواند توانایی تحمل ناکامی را افزایش می‌دهد و تقویت هم بر تحمل ناکامی موثر است وقتی شخص برای تحمل ناکامی پاداش یابد، قابلیت پایداری او برای تحمل ناکامی افزایش می‌یابد و نظر به قابلیت و سودمندی روش‌های آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تنش و افزایش پذیرش و تنظیم هیجانی افراد و آموزش قدر دان بودن و تقویت این نگرش در خود به خاطر داشتن تمام چیزهای که دارند و تمام کارهایی که می‌توانند انجام دهند قدر دان باشید می‌توان شرایط مساعدی برای پیشرفت افراد فراهم کند و از آنجا که اعتیاد یکی از معضلاتی است که گذشته از آسیب‌های فراوانی که به فرد مصرف کننده وارد می‌سازد، دارای مشکلات جانبی بسیاری نیز برای اعضای خانواده است. این آسیب‌ها مخصوصاً برای همسر فرد مصرف کننده می‌تواند مخرب تر باشد. یکی از مشکلاتی که شرایط زندگی ناکارآمد به فرد تحمیل می‌کند، محیطی تماماً ناکام کننده است که مقابله با آن نیاز به تحمل ناکامی بالایی دارد چرا که اعتیاد پیشرفت و روند موفقیت زندگی افراد را تهدید می‌کند و با روش‌های حاصل از ذهن آگاهی می‌توان تغییراتی اساسی در پیشرفت ایجاد کرد (انتظاری، الیاسی و سوادکوهی، ۱۳۹۴).

آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر افزایش شایستگی همسران در زنان دارای همسر معنادار اثر بخش است؟

نمرات میانگین تعدیل شده نشان داد، بین نمرات شایستگی همسران گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنا دار وجود دارد و فرضیه پژوهش حاضر تایید می‌شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های $P < 0/05$ ، $F(1,27) = 59/673$ ، گروه وجود دارد. میانگین شایستگی همسران گروه آزمایش (۳۵/۳۳۳) پس از تعدیل نمرات بیشتر از گروه

کنترل (۳۹/۶۶۷) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در شایستگی همسران معتاد در گروه آزمایش است. یعنی پس از آموزش ذهن آگاهی نمرات گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل شده است.

این نتایج با یافته های قاسم زاده (۱۳۹۲)؛ منتظر نیا و همکاران (۱۳۹۴)؛ لینهان (۱۹۹۳)، سواز و هیرد (۲۰۰۹) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج باید گفت، افراد دچار ناکامی و افسرده دائم از افکار منفی و انتقاد نسبت به خود استفاده میکنند و کارکرد پایینی در زندگی دارند و نسبت به اوضاع و شرایط احساس ناراحتی می کنند. توجه به ارتباط متقابل بین تحمل ناکامی با رضایت زناشویی، تنظیم هیجانی و مهارت های مقابله ای، دستیابی به راهبردهای درمانی و مداخله ای که کیفیت زندگی فرد را هدف قرار داده و به بهبود کارکردهای وی منتهی شوند از اهمیت و ضرورت بالایی برخوردار است. به علاوه، طراحی پکیج های درمانی و راهبردهای مقابله ای که افراد را مجهز به رویارویی با شرایط سخت و تنش زا کند، همواره از اهداف کاربردی و عملی هر طرح درمانی است. یکی از این راهبردها که اثرات بسیاری نیز بر سطح پذیرش و خودآگاهی فرد دارد، ذهن آگاهی است که بهبود آن با افزایش مهارتهای مقابله ای و تنظیم هیجانی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی و ایجاد احساس شایستگی در فرد مرتبط دانسته شده است (منتظر نیا و همکاران، ۱۳۹۴). لینهان (۱۹۹۳) مطرح می سازد که مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پیامدهای یک رفتار را ممکن می سازد. این شناخت، تغییرات رفتاری مؤثرتری را به دنبال خواهد داشت و در نتیجه منجر به شایستگی بیشتر می شود.

آموزش راهبردهای ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی در زنان دارای همسر معتاد اثر بخش است؟

نمرات میانگین تعدیل شده نشان می دهد بین نمرات افسردگی همسران گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنا دار وجود دارد. و فرضیه پژوهش حاضر تایید می شود. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های $P < 0.05$ ، $F(1,27) = 163.301$ گروه وجود دارد. میانگین افسردگی همسران گروه آزمایش (۱۸/۸۶۶) پس از تعدیل نمرات کمتر از گروه کنترل (۲۲/۲۰۰) بوده است که این خود گواه تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی همسران معتاد در گروه آزمایش است. به عبارتی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی همسران معتاد در گروه آزمایش است.

این نتایج با یافته های قدم پور، عزیزی و محمدی (۱۳۹۵)؛ نداف شرق و همکاران (۱۳۹۴)؛ اسدی صادقی آذر، محمدخانی، میشکار و فرقانی (۱۳۹۴)؛ اسماعیلیان، طهماسیان، دهقانی و موتابی (۱۳۹۲)؛ مامون، کلاوارینو، نجمان، ویلیام، اوکالاگان و بور (۲۰۱۲) کرمین، ماریانی و مارچینو (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج می توان گفت، از آنجا که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر مفهوم حضور ذهن تاکید دارد و در جلسات آن تلاش می شود، به کمک فن های ذهن آگاهی افراد مشاهده عاری از قضاوت و انتقاد، همراه با شفقت نسبت به خود و دیگران را در عمل یاد بگیرند؛ آن ها می آموزند که با مشاهده افکار و هیجانات استرس زا و غم انگیز الگوی افکار منفی را قبل از آن که به چرخه معیوب کشیده شوند، شناسایی کنند به این ترتیب در درازمدت، ذهن آگاهی تغییرات بسیاری در خلق و خو و سطح شادی و سلامت افراد می گذارد. تحقیقات علمی نشان داده اند که ذهن آگاهی نه تنها از افسردگی جلوگیری می کند بلکه اثرات مثبتی بر روی الگوهای ذهن در زمینه نگرانی، اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری و عصبانیت دارند (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲).

در طی برنامه درمانی بیماران یاد می گیرند از تمرکز بر افکار و احساسات منفی دست بردارند و به ذهنشان اجازه دهند تا از الگوی تفکر خودکار به پردازش هیجانی آگاهانه گذر کنند. هر چند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می شود. مراقبه ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه ای از

مغز می شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می شود (دیویدسون، کابات-زین، اسچوماچر، روسناز، مولر و همکاران، ۲۰۰۳). شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی (MBCT) نوعی رواندرمانی است که برای جلوگیری از عود افسردگی طراحی شده است، مخصوصاً در افرادی که دچار اختلال افسردگی عمده هستند. در این سبک درمانی از شیوه های رفتاردرمانی شناختی سنتی استفاده شود به علاوه راهبردهای جدیدتر روانشناختی نظیر توجه آگاهی و مراقبه توجه آگاهانه استفاده می شود. شیوه های شناختی شامل آموزش مراجع درباره افسردگی است. راهبردهای مبتنی بر توجه آگاهی متمرکز بر آگاهی از افکار و احساسات و پذیرش آنها در مقابل اتصال و واکنش به آنهاست. هدف MBCT بر هم زدن این فرایندهای خودکار شناختی و آموزش به مراجعان برای کمتر واکنش نشان دادن به محرک های وارد شده به فکر است، همچنین این هدف نیز دنبال می شود که مراجع پذیرش و مشاهده بدون قضاوت آن محرک ها را بیاموزد. این تمرین توجه آگاهی مراجعان را یاری می کند تا به فرایندهای شناختی به هنگام وقوع توجه کنند و واکنش خود را بیشتر به صورت تعمق دریاورند. پژوهش ها اثربخشی MBCT را در افرادی که سه بار یا بیشتر افسرده شده بودند را نشان می دهد. در این افراد بعد از انجام مداخله نرخ عود پنجاه درصد کاهش یافت (کابات-زین، ۲۰۰۵).

باتوجه به تاثیرات ذهن آگاهی از قبیل باز ارزیابی مثبت نسبت به حوادث که افراد سعی می کنند به صورت منطقی موقعیت های استرس زا را برای خود ایمن تلقی کنند. واز طریق احساسات مثبت نسبت به دیگران که منجر به احساس تغییر ناپذیر اعتماد در زندگی، عمیق تر شدن دلسوزی و احساس عشق واقعی می شوند. بنابراین این تغییرات در احساسات، در طول زندگی ماندگار بوده و در مورد اتفاقات ریز و درشت زندگی صدق می کند و افراد نسبت به دیگران و احترام گذاشتن به آنها حساس هستند و رابطه ی دوستانه ی خود را از دیگران دریغ نمی کنند. ذهن آگاهی به فرد کمک می کند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کند و آنها را وقایع ذهنی ساده ای ببیند که می آیند و می روند به جای آنکه آنها را به عنوان قسمتی از خودشان، یا انعکاس از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می شود و در نتیجه کاهش افسردگی می شود (بائر، ۲۰۰۳).

ذهن آگاهی مشاهده محرک های درونی و بیرونی همانگونه که اتفاق می افتد بدون هیچ گونه قضاوت و پیش داوری است و در واقع مهارتی است که به افراد اجازه می دهد، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده است، دریافت کنند. امروزه مشخص شده که ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی موثر است. ذهن آگاهی تنها یک ایده خوب نیست؛ بلکه شیوه ای برای زندگی است؛ این شیوه با دعوت به لحظه کنونی؛ حضوری بیشتر و قضاوتی کمتر، در افراد ایجاد می کند. براساس آموزش ذهن آگاهی، افراد ذهن خود را از هرگونه قضاوت هایی که منجر به احساس تنهایی و کمرویی می شود، پاک می نمایند و عمیقاً به زمان حال توجه می کنند و آن را به فعالیت روزمره خود تعمیم می دهند. ذهن آگاهی به افراد کمک می کند تا افکار و احساسات را همان گونه که به طور طبیعی اتفاق می افتد، را تجربه کنند. افراد نسبت به ماهیت تجارب درونیشان (به خصوص عملکرد هیجانات) آگاه می شوند. ذهن آگاهی با کمک به افراد برای پیش رفتار و هیجان های خود میتواند به افزایش آگاهی افراد از تجارب درونی شان کمک کند. فردی که نسبت به تجارب درونی خود به خوبی آگاهی دارد و می تواند بدون قضاوت زمان و مکان کنونی با سایر رخداد های زندگی در لحظه حال زندگی کند، مطمئناً به راحتی می تواند در محیطی که در آن قرار گرفته رفتار کرده و از علائم سلامت روان برخوردار باشد. توانایی آگاه بودن از حواس درونی می تواند در خستگی و کمتر کردن احساسات شدید در اجتماعی که ممکن است در برخی موارد مطابق با نظر فرد نباشد، موثر باشد چراکه فرد می تواند احساس برانگیختگی را سریع تر

شناسایی کند. ویژگی مطلوب ذهن آگاهی در قرار دادن فرد در شرایط حال می تواند اثرات نامطلوبی که هر هیجان ناخوشایند برای او در پی داشته را کاهش داده و او را در زمان حال و بررسی حالت هیجانی کنونی متمرکز کند و بدین ترتیب در افزایش توانایی خودتنظیمی و کاستن احساس ناکامی افراد موثر باشد. ذهن آگاهی موجب می شود افراد از افکار منفی و نشخوار فکری که در پی قضاوت در مرود رویدادها اتفاق می افتد دور شوند و در زمان حال زندگی کنند. در این شرایط باورهای منفی و غلط آنها اصلاح و باورهای مثبت جایگزین آنها می شود. توانایی کنترل هیجانات و دور کردن باورهای منفی از زندگی مشترک می تواند عاملی در جهت افزایش سلامت روان و در نتیجه کاهش افسردگی و کاستن ناکامی باشد.



منابع

- آذرگون، حسن؛ کجیاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار*، دوره ۱۶، شماره ۳۴، ص ۲۶-۳۲.
- آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ مقتدائی، کمال و آریاپوران، سعید (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر علائم روانشناختی جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه. *مجله علوم رفتاری*، دوره ۷، شماره ۱، ص ۶۷-۷۴.
- آزاد، حسین (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت.
- آزاد، احمد (۱۳۹۱). بررسی نقش استرس های فرهنگی در بهداشت روانی دانشجویان. *مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*. شماره ۱، ص ۳۲-۴۳.
- اکبری، ابوالقاسم (۱۳۸۷). مشکلات نوجوانی و جوانی. تهران: نشر رشد و توسعه.
- امینی، شهریار (۱۳۸۸). بررسی نقش خود کارآمدی، خودتنظیمی و عزت نفس در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال سوم دبیرستان رشته علوم تجربی شهرستان شهر کرد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- انتظاری، سهیلا؛ الیاسی، فروزان و سوادکوهی، فرزاد (۱۳۹۴). رابطه علی متغیرهای رضایت زناشویی، تحمل ناکامی، تنظیم هیجانی، کمالگرایی و هدف از زندگی در طلاق. *کنفرانس بین المللی مدیریت و علوم انسانی*.
- پرویزی، طاهره و افشاری نیا، کریم (۱۳۹۵). بررسی رابطه ی تحمل ناکامی با فرسودگی شغلی در معلمان مقطع راهنمایی شهر سنقر (ص ۲۱-۳۲). *اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*.
- حیدریان، آرزو؛ زهراکار، کیانوش و محسن زاده، فرشاد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، دوره ۲، شماره ۹، ص ۵۲-۵۹.
- خانجانی، زینب و هداوند خانی، فاطمه (۱۳۸۸). نظریه ذهن: تحول و رویکردها. *فصلنامه پژوهش های نوین روان شناختی*، دوره ۴، شماره ۱۶، ص ۸۵-۱۱۵.
- خدایاری فرد، محمد؛ صاقی، خشایار و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۹). کاربرد خانواده درمانی شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان تنی (عضلانی استخوانی). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- دلاور، علی (۱۳۹۱). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- ذاکر، کبری (۱۳۷۸). مقایسه منبع کنترل درونی - بیرونی در بین دو گروه از دختران دانشجوی ورزشکار و غیر ورزشکار. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- راشد، حسین (۱۳۹۰). تحلیلی بر رفتار و عملکرد مدیران مدارس ابتدایی کشور در اجرای طرح های منجر به گسترش شغلی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- رضایی، پروین؛ شکرکن، حسین؛ نجاریان، بهمن. (۱۳۸۹). رابطه خشنودی شغلی و انگیزه پیشرفت با سلامت روان و مسؤولیت پذیری مربیان تربیتی زن آموزشگاه های اهواز. *مجله روانشناسی*، دوره ۵، شماره ۶۳، ص ۹۳-۱۱۱.

سعید نژاد، روناک (۱۳۸۸). تاثیر آموزش کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن (MBSR) در نشانه های روان شناختی و همدلی دختران نوجوان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات (تهران).

شاملو، سعید (۱۳۹۱). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات چهر.

شیخ الاسلامی، علی و سید اسماعیلی قمی، نسترن. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی تأثیر روش‌های آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و مهارت‌های مطالعه بر اضطراب امتحان دانش آموزان. روان شناسی مدرسه، دوره ۴، شماره ۲، ص ۱۰۴-۱۲۲.

شیلینگ، لوئیس (۱۳۸۸). نظریه های مشاوره. ترجمه: آریز، خدیجه. تهران: انتشارات اطلاعات.

طیموری فرد، عین اله و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۱). نقش فراشناخت، هوش و خودکارآمدی در پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال اول متوسطه. مجله مطالعات آموزش و یادگیری، دوره ۴، شماره ۲، ص ۶۳-۱۷۹.

عالی پور، سیروس؛ محمدزاده، بهاره و شهنی، منیجه (۱۳۹۴). رابطه بین عدم تحمل ناکامی و خودتنظیمی با تعادل ورزشی تحصیلی دانشجویان دختر. سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز سال ۹۴-۹۳.

عبداللهی، بیژن (۱۳۸۵). نقش خودکارآمدی در توانمندسازی کارکنان. ماهنامه تدبیر، شماره ۴۰، ۱۶۸-۳۵.

علی پور، شاپور و حیدری، علیرضا (۱۳۹۴). مقایسه استرس ادراک شده و تحمل ناکامی بین بیماران فشارخونی و افراد عادی شهر اهواز. کنفرانس جهانی افق های نوین در علوم انسانی، آینده پژوهی و توانمند سازی.

علی پور، شاپور و حیدری، علیرضا (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای مقابله ای و تحمل ناکامی بین بیماران فشارخونی و افراد عادی شهر اهواز. کنفرانس بین المللی یافته های نوین پژوهشی در روانشناسی و علوم تربیتی.

کوری، جرال (۱۳۸۸). نظریه ها و تمرین های مشاوره گروهی انسانگرا. ترجمه کتابیون دانشوریان. تهران: انتشارات پرشکوه.

کاپلان، سادوک (۲۰۱۳). خلاصه روانپزشکی (ترجمه نصرت ا. پور افکاری). تهران: انتشارات شهر آب.

کرامتی، نگین؛ میرزاییان، بهرام و محمدخانی، پروانه (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر شدت افسردگی، میزان قند خون و سایر نشانه های روانپزشکی زنان دیابتی نوع ۲. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.

کریمی موفقی، حسین؛ گازرانی، اکرم؛ واقعی، سعید؛ غلامی، حسن؛ صالح مقدم، امیررضا و آشوری، احمد (۱۳۹۰). رابطه هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۳، شماره ۴، ص ۱۳۲-۱۴۱.

لواسانی، غلام علی؛ خضری، مسعود؛ هیمن، آذر؛ امانی، جواد (۱۳۹۰). تفاوت های جنسیتی در خودکارآمدی، اهداف پیشرفت، ارزش تکلیف، درگیری شناختی و پیشرفت ریاضی. مجله مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان، دوره ۱۱، شماره ۲۷، ص ۷-۳۲.

مبلیان، عاطفه؛ گرجی، یوسف؛ سدرپوشان، نجمه (۱۳۹۲). تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر افزایش انگیزه تحصیلی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اصفهان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دوره ۳، شماره ۱، ص ۴۵-۵۳.

محمدخانی، شهرام؛ حسن آبادی، حمیدرضا؛ یعقوبی، حمید؛ رضانی، ولی الله؛ پیروی، حمید؛ امیدی، عبدالله و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۱). فرایند ساخت مقیاس رشد روان شناختی دانشجویان. ششمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان.

- محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا؛ زهتاب ور، غلامحسین (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مؤلفه های هیجانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱۷، شماره ۲، ص ۲۸-۳۹.
- محمودی، معصومه، غباری بناب، باقر (۱۳۹۴). بررسی رابطه سلامت معنوی با امید به زندگی، تحمل ناکامی و کیفیت زندگی در دانشجویان. کنفرانس ملی هزاره سوم و علوم انسانی.
- مرادی، اعظم (۱۳۸۹). تأثیر عزت نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی و رفتار کارآفرینانه زنان جوان: الگویی برای مبتلایان به ناتوانی جسمی-حرکتی. پایان نامه دکتری، دانشگاه اصفهان.
- مستفیضی، نرگس (۱۳۸۷). افسردگی. شیراز: انتشارات ندای شریف.
- معصومیان، سمیرا؛ شعیری، محمدرضا؛ شمس، جمال؛ مومن زاده، سیروس (۱۳۹۲). بررسی تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به کمر درد مزمن. مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره ۳۷، شماره ۳، ص ۱۵۸-۱۶۳.
- منتظرنیا، بهاره؛ میرزاییان، بهرام؛ آخی، عذرا و یداللهی، سارا (۱۳۹۴). اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه های اضطراب حالت و صفت در بیماران مبتلا به دیابت نوع II. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۰(۳۷). دوره ۱۰، شماره ۳۷، ص ۱۷-۳۵.
- منصوریان، مریم؛ میرزاییان، بهرام (۱۳۹۰). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن MBCT بر اضطراب و افسردگی و کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع II. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.
- مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۹۱). برداشت ها و درمان شناختی افسردگی. تهران: انتشارات رشد.
- Anderson, M. (2017). *The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety and Anxiety in Patients with Generalized Anxiety Disorder, Current Concepts of Positive Mental Health.* New York: Basic Books.
- Bear, R.A. & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness-and acceptance-based treatment approaches. In R.A. Bear(Ed). *Mindfulness based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications.* (pp.3-27). Academic press in an imprint of Elsevier
- Beck, A. T, & Weishaar, M. E. (1967). *Cognitive therapy.* In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (6th ed. Pp. 241-272). Itasca, IL: Peacock.
- Beck, A. T. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy?
- Bjerke, S.E.Y, Vangen, S, Nordhagen, R. (2010). Postpartum depression among Pakistani women in Norway: Prevalence and risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 21(12): 889-894.
- Dallay, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). *Substance abuse: A comprehensive text book* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (pp. 772- 785).
- Dennis, C.L & Hodnett, E. (2010). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 17 (4): 106-116.
- Dennis, C.L. (2014). Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1):97-111.
- 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(3):815- 818.
- Goldin P & Gross, J. (2010). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion*, 2(2): 81-88.
- Hayes, S, Luoma, J.B & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(5): 1-25.

- Hayes, S, Strosahl, K. D & Wilson, K. (2012). Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of Mindful change. The Guilford press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2003). Acceptance and Commitment Therapy. (2 ed). New York: Guilford Press.
- Huijiao Sun, W.L, Chen, H, Yang, X, Liu, R, Shao, L & Qiu, Z. (2016).Major depressive disorder and kappa opioid receptor antagonists. Journal List HHS Author Manuscripts. Transl Perioper Pain Med, 1(2): 4–16.
- Kabat-Zin, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress Pain and Illness. New York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn J, Hanh TN. (2009). Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, Pain, and Illness: Random House Publishing Group.
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2000). Participatory Medicine. Journal of European Academy of Dermatology and Vereneology, 14(6): 239-240.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1993). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder. New York, USA: The Guilford Press .
- Mackay M. (2008) Hand book of research method in abnormal and clinical psychology. New York: Guilford Press: 342-376.
- Mackay, M. (2008). Hand book of research method in abnormal and clinical psychology. New York: Guilford Press, 342-376.
- Mahammadzadeh, A, Poursharifi, H & Amirpour, A. (2010). Validation of Sense of Coherence (SOC) 13- item scale in Iranian sample. Procedia Social and Behavioral Sciences, 5(9): 1451–1455.
- Mamun, A.A, Clavarino, A.M, Najman, J.M, Williams, G.M, O'Callaghan, MJ, Bor, W.(2012). Maternal depressionand the quality of marital relationship: a 14year prospective study. J Womens Health (Larchmt),18(12): 2023-2031.
- Marcus, S.M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008. Can J Clin Pharmacol, 16(1): 15-22.
- McCarney, R.W, Schulz, J & Grey, A.R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. European Journal of Psychotherapy & Counselling, 14(3):279-299.
- McLaughlin, K. A. Mennin, D. S and Farach, F. G. (2011). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder, Behaviour Research and Therapy, 45(2):1735–1752.
- Mennin, D. S. Turk, C. L. Heimberg, R. G. and Carmin, C. (2013). Focusing on the regulation of emotion: a new direction for conceptualizing generalized anxiety disorder. In: M. A Reinecke and D. A. Clark (Eds.), Cognitive therapy over the lifespan: evidence and practice (pp. 60–89). New York: Cambridge University Press.
- Rief, W, Hennings A, Riemer, S &Euteneuer, F. (2012). Psychological differences between depression and somatization. Journal of psychosomatic research, 68(5): 495-502.

- Roemer, L, Williston, S & Rollins, L. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 1(6):11-12.
- Ryan, R.M & Brown, K.W. (2010). Why We Don't Need Self-Esteem: on Fundamental Need, Contingent Love, and Mindfulness. *Psychological Inquiry*, 14 (8): 27-82.
- Walsh, J. Balian, M. G. Smolira S. J. D. R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control, *Personality and Individual differences*, 46(2):94- 99.
- Wells, Adrian. (2002). GAD, metacognition and mindfulness: an information processing analysis, *Clinical psychology: science and practice*, Issue 9, Pages 95-100.
- Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. Co. uk.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mindfulness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 19(7): 221-229.
- Zhang, J. (2011). Evaluation of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy of Depression in Patients with Substance Abuse. *Exceptional Children*, 59 (9): 262-272.
- Zimmerman, B. J. (1990). Self-regulated learning, and academic learning and achievement. The emergence of social cognitive perspective. *Educational Psychology Review*, 2(3): 173-201.



The Effectiveness of Teaching Mindfulness Strategies on Increasing Failure Tolerance and Depression in Women with Adolescents

Narges Saremipour^۱, Parinaz Banisi*^۲, Saeedeh Zomorodi^۳

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate the effect of teaching mindfulness skills on increasing failure tolerance and reducing depression in women with addicted spouse referred to the counseling center in Karaj.

Method: This study was a semi-experimental design with pretest-posttest design with control group. The statistical population of this study was the wives of addicts who referred to the counseling center in Karaj, which included 100 people. According to the semi-experimental research, 30 samples were selected by sampling method and were randomly divided into two experimental (15 subjects) and control (n = 15) groups. The experimental group participated in mindfulness training sessions and the control group did not receive any intervention. To collect the data, the Herington Failure Scale (2005) and the Beck Depression Test were used. SPSS software was used to analyze the data. In addition to descriptive statistics, the covariance statistical method was used to analyze the research hypotheses.

Findings: The results indicated that Mindfulness-based education was effective in relieving the failure and depression of the wives of the addicts referred to. Also, the results showed that Mindfulness-based education is effective in relieving failure and reducing the depression of spouses of addicts who are referred. Also, the results showed that Mindfulness Education is effective in the development of addicted spouses. Other results indicated that Mindfulness-based education is effective in the competence of addicted wives.

Discussion and Conclusion: The findings generally indicate that Mindfulness-based education is effective in reducing failure and reducing the depression of addicts' wives referring to the counseling center in Karaj.

Keywords: Teaching Mindfulness Skills, Depression, Failure, Addicts.

¹ Master's degree in family counseling at Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Tehran Islamic Azad University, Tehran, Iran. Corresponding Email: parenazbanisi2017@gmail.com

³ Assistant Professor, Tehran Islamic Azad University, Tehran, Iran