



اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زوجین دارای شوهر بزهکار

دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه بجنورد، ایران

مرتضی حیدری*

زینب سادات میرشعبانی

عاطفه صادق مسجدی

حانیه مرتضایی

stnote1@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پدیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۲ | پیاپی ۱۵ | ۳۰۳-۲۹۱
تابستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(حیدری و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

حیدری، مرتضی، میرشعبانی، زینب سادات، صادق مسجدی، عاطفه، و مرتضایی، حانیه. (۱۴۰۲). اثربخشی گروه‌درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زوجین دارای شوهر بزهکار. *خانواده درمانی کاربردی*. ۲۹۱-۳۰۳: (۲)۴.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر جهت بررسی اثربخشی گروه‌درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زوجین دارای شوهر بزهکار انجام گرفت. **روش پژوهش:** طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بزهکاران و همسرانشان بود که در طول سال ۱۴۰۰ به کلینیک خدمات روانشناسی و مشاوره وصال مراجعه می‌نمایند. برای نمونه گیری، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده می‌شود که ۲۰ نفر از زوجین، از مراجعان کلینیک خدمات روانشناسی و مشاوره وصال انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین می‌شوند. اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه گروه‌درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را دریافت کردند و به اعضای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله پرسشنامه اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۹۰) و کیفیت زندگی (گروه سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸) توسط گروه نمونه تکمیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اضطراب زنان دارای شوهر بزهکار گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معناداری ($F=۸۹/۷۴$ ، $P=۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش ($F=۱۱۰/۳۱$ ، $P=۰/۰۰۱$) معنادار یافته است. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که گروه‌درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش اضطراب باعث کاهش تعارض‌های زناشویی زوجین دارای همسر بزهکار می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، اضطراب، کیفیت زندگی، زنان دارای شوهر بزهکار.

مقدمه

علیرغم دستاوردهای بزرگ بشریت در عرصه‌های مختلف علمی، فناوری، اقتصادی و اجتماعی، جامعه جهانی در حالی وارد قرن بیست و یکم شده که تهدیدهای ناشی از معضلات اجتماعی بر پیشرفت و سعادت انسان‌ها سایه افکنده و رفاه انسان‌ها را با خطر، مواجه ساخته است. در این عرصه اعتیاد و مواد مخدر در رأس تهدیدهای اجتماعی قرار گرفته به گونه‌ای که به عنوان یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم تلقی شده است (نصیری و همکاران، ۱۳۹۸). بر اساس اعلام سازمان ملل متحد (سال ۲۰۰۷) حدود ۲۰۸ میلیون نفر از جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال (معادل ۴/۸ درصد) در ۱۷۰ کشور جهان حداقل سالی یک بار اقدام به مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها می‌نمایند (خالقی پور، ۱۳۹۱).

یکی از مشکلات روانشناختی که در افراد بزهکار به وفور مشاهده می‌شود و فرایند درمان آن‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد، اضطراب می‌باشد. اضطراب، از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که با روند رو به رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. (سادوک، ۲۰۱۸). یافته‌های همه‌گیرشناسی در کشورهای مختلف حاکی از شیوع متفاوت اضطراب در جوامع مختلف است. در سال ۱۹۹۰ میزان اضطراب در جهان ۴۷۲ میلیون نفر و در ایران حدود ۵ میلیون نفر برآورد شده بود (کیمیایی و همکاران، ۲۰۱۶) که نشان‌دهنده شیوع بالا و اهمیت اختلال اضطراب در ایران و جهان است. همچنین، مطالعات شیوع اضطراب در ایران نشان می‌دهد که احتمال ابتلای زنان به اضطراب (۳۰/۵ درصد) بیش از مردان (۱۶/۷ درصد) است (کیوانی و همکاران، ۲۰۰۵). مشکلات زناشویی بویژه مجادله و جر و بحث فراوان‌ترین واقعه گزارش شده قبل از شروع اضطراب است. همچنین، نبود حمایت و اعتماد نداشتن به همسر می‌تواند خطر ابتلای به اضطراب را افزایش دهد (آبتین، ۲۰۰۷). اختلاف‌های زناشویی عامل خطر ساز مهمی برای اختلال‌های روان‌پزشکی مانند اضطراب، اختلال دو قطبی، وابستگی به الکل و بعضی از بدخیمی‌هاست (جانسون، ۲۰۰۳). پایکل و همکاران (۱۹۶۹) معتقدند که اختلاف زناشویی در بسیاری اوقات می‌تواند نقطه شروع بستری افراد افسرده در بیمارستان باشد (ری سو و همکاران، ۲۰۰۲). بین میزان پایین کیفیت زندگی زناشویی با نشانه‌های اضطراب زنان رابطه وجود دارد (بیج و همکاران، ۱۹۹۸). تحقیقات نشان داده است که افزایش کیفیت زندگی زناشویی با کاهش خطر ابتلای به اضطراب همراه است و همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌ترند و رفتار خصمانه و خلق مضطرب‌تری دارند (ویسمن، ۱۹۷۸)؛ از این رو نتایج پژوهش‌ها نشان داد، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته بر نشخوار فکری و اضطراب زنان متأهل دچار اضطراب فراگیر موثر باشد (شکویی و همکاران، ۲۰۲۰).

کیفیت زندگی یک موضوع مهم در رشته‌های مختلف از جمله روانشناسی محسوب می‌شود (اسلامی، ۱۳۸۴). این مفهوم گسترده بر ابعاد گوناگون فرد اعم از جسمی، روحی و روانی مؤثر است (نجفی و همکاران، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی به رضایتمندی از مسائل زندگی، مربوط می‌شود که از نظر فرد مهم تلقی می‌گردد و آنچه که ارزشمند است کیفیت زندگی است و نه صرفاً کمیت آن (علوی و همکاران، ۱۳۸۹).

در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکرد متفاوت به دنبال کاهش اضطراب و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به بزهکاری هستند. از جمله این رویکردها می‌توان به رویکرد شناختی - رفتاری، عقلانی - هیجانی، سیستمی، نظریه انتخاب و تحلیل روابط متقابل اشاره کرد در میان دیدگاه‌های

مختلف روان‌شناسی رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت از نظر عمق تئوری و کاربرد وسیع و متنوع آن بسیار برجسته می‌باشد.

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن که نوعی شناخت درمانی شامل مراقبه، یوگای کشیدگی، آموزش‌های مقدماتی درباره اضطراب، تمرین مرور بدنی و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی پیرامون را در «همان لحظه» امکان‌پذیر می‌سازد و پردازش‌های خودکار اضطراب‌زا را کاهش می‌دهد (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵). ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریج‌های فروکاهنده خلق منفی- فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در این روش که شکلی از ساختار ذهن ماست تفکرمان با تجربه‌های گذشته، آینده و حال ارتباط دارد. خود طرحواره‌های ناسازگارانه معمولاً افراد را در تحریف رویدادها به روش‌های منفی مستعد می‌کند و ممکن است زمینه‌ساز بیماری‌های روانی مخصوصاً اضطراب شود. آموزش تمرین حضور ذهن به افراد این آگاهی را می‌دهد که از خود طرحواره‌های ناسازگارانه و تشخیص اهمیت‌شان آگاهی پیدا کنند و این خود طرحواره‌های با روش‌های مستقل‌تر ارتباط دارد. خودطرحواره‌ها به وسیله تغییرناپذیربودن، مقاومت برای تغییر و غیرکارکردی بودن درک می‌شوند و با استرس‌های محیطی شروع شده و عمدتاً توسط اشخاص به عنوان حقایق تجربه می‌شوند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). تعدادی از محققان متوجه شدند که درمان MBCT در بیماران با سه دوره اضطراب اساسی در جلوگیری از عود اضطراب مؤثر است (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ای تعدادی از محققان دریافتند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث بهبود بیماران افسرده‌ای شده‌است که به هیچ شیوه درمانی جواب نداده بودند (کنی، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ای با استفاده از روش شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر ۲۵ بیمار افسرده با پی‌گیری دو ساله دیده شد که این درمان نه تنها در کاهش اضطراب، بلکه در جلوگیری از عود اضطراب نیز مؤثر است (میشلاک و همکاران، ۲۰۰۷). در بررسی تیزدل و همکاران بر اساس درمان MBCT میزان عود اضطراب از ۷۸ درصد به ۳۶ درصد کاهش یافت (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵). تیزدل، سگال، ویلیامز، ریدگویی، سولاسبی و لائو نشان دادند که در بیمارانی که دو یا سه دوره اضطراب اساسی داشتند MBCT به طور معنی‌دار در کاهش اضطراب مؤثر بوده‌است (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعه انجام شده در ایران نشانگر این است که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، اضطراب و اضطراب با پی‌گیری ۶۰ روزه به صورت آموزش کنترل توجه مؤثر است. همچنین، این روش می‌تواند در پیشگیری از بازگشت اضطراب و اضطراب مؤثر باشد (کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵). با پژوهش‌هایی از این قبیل و بدست آوردن اطلاعات لازم می‌توان به توصیف دقیق‌تر از وضعیت زنان دارای شوهر بزهکار دست یافت و عوامل تهدید کننده آن را باز شناخت و راهبردهای مؤثر را طراحی کرد. از این رو این پژوهش به دنبال بررسی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش میزان اضطراب بر افزایش کیفیت زندگی زناشویی در زنان دارای شوهر بزهکار است.

با در نظر گرفتن مطالب فوق به نظر می‌رسد که گروه درمانی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زناشویی مؤثر می‌باشد. با این وجود تاکنون تحقیقات اندکی در

داخل کشور انجام شده است که این موضوع را مورد بررسی قرار دهد؛ لذا هدف از پژوهش حاضر رسیدن به پاسخ پرسش ذیل است:

۱. آیا گروه‌درمانی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای شوهر بزهکار اثربخشی می‌باشد؟

روش پژوهش

این پژوهش که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد به روش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه طراحی و اجرا شد. در سطح توصیفی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی از تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان دارای شوهر بزهکار مبتلا به اضطراب و ناراضی از کیفیت زندگی زناشویی بودند در کلینیک روانشناسی و مشاوره وصال بودند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۳۰ زن دارای شوهر بزهکار مبتلا به اضطراب و ناراضی از کیفیت زندگی زناشویی از ۸۸ زن که به فراخوان پاسخ مثبت دادند، سپس از ۳۰ زن با تشخیص مصاحبه و پرسشنامه اضطراب و کیفیت زندگی زناشویی، ۱۵ نفر به صورت تصادفی ساده به گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و ۱۵ نفر دیگر به گروه گواه واگذار شدند. گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن شده و گروه گواه هیچ درمانی نشدند. در پایان مداخله درمانی، هر دو گروه با استفاده از ابزارهای مذکور مجدداً ارزیابی شدند (پس‌آزمون). در نهایت بعد از گذشت دو ماه جلسه پیگیری برگزار شد.

ابزار پژوهش

۱. **پرسشنامه اضطراب بک.** از بین پرسشنامه‌هایی که برای سنجش اضطراب تهیه شده است، پرسشنامه اضطراب بک از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات اضطراب است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۵ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است. ۲۱ ماده پرسشنامه اضطراب بک به شرح زیر است: غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بی‌زاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بی‌خوابی، خستگی پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی، کاهش علائق جنسی. مقایسه پرسشنامه اضطراب بک با پرسشنامه همیلتون (۱۹۶۰) حاکی از آن است که پرسشنامه اضطراب بک این امتیاز را دارد که به مهارت یا تعصب آزمایش‌کننده بستگی ندارد و بیش‌تر به سنجش ویژگی‌های روانشناختی اضطراب می‌پردازد.

۲. **پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی.** این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (گروه سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸). فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است. چهارحیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط از

طریق ۲۴ سؤال (ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند) و میزان کلی کیفیت زندگی از طریق ۲ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در ایران نجات و همکاران (۲۰۱۶) این مقیاس را بر روی ۱۱۶۷ نفر نرم کرده‌اند. پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرانباخ برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. بلقان آبادی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی بر روی دانشجویان پایایی آن را به روش آلفای کرانباخ ۰/۸۲ گزارش کردند.

۳. گروه‌درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر حضور ذهن. جلسات گروه‌درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر حضور ذهن در پژوهش حاضر به شرح زیر اجرا شد:

جلسه اول. پس از خوشامدگویی و آشنایی اولیه افراد گروه با یکدیگر، درباره قوانین و مقررات گروه از جمله رازداری، حضور منظم و غیره توضیح داده شد. در این جلسه اطلاعاتی درباره افسردگی و اضطراب و تأثیر آن بر مادر و جنین ارائه و سپس درباره ماهیت ذهن آگاهی شامل تمرین دستیابی به آگاهی بدون قضاوت در زندگی روزمره و همچنین درباره اینکه بسیاری از مردم به شیوه ذهن ناآگاهانه زندگی می‌کنند و اغلب به آنچه انجام می‌دهند؛ توجهی نمی‌کنند؛ بحث و همچنین بیان شد که ذهن آگاهی راه سالم زندگی کردن است که می‌توان از دو راه رسمی و غیررسمی آن را تمرین کرد. سپس به مدت ۳۰ دقیقه آرمیدگی و مراقبه واریسی بدن با ۱۶ گروه عضلانی آموزش داده شد. در پایان جلسه از شرکت کنندگان خواسته شد که پرسشنامه‌های پیش آزمون را تکمیل کنند و در نهایت برگه‌های خود خوانی در مورد افسردگی و ذهن آگاهی به‌منظور تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه دوم. در این جلسه تمرین رسمی بررسی آگاهانه و هشیاری در فعالیت‌های روزمره آموزش داده شد و تن آرامی از طریق ایجاد تنش و رهایی عضلات اجرا شد. شرکت کنندگان به انجام مراقبه واریسی بدن تشویق شدند و سپس در مورد این تجربه و موانع انجام تمرین، مانند برقراری و پرسه زدن ذهن و نیز راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای مساله غیر قضاوتی بودن و نحوه رها کردن افکار مزاحم، بحث شد. مراقبه نشسته و واریسی بدن به‌عنوان تمرین رسمی و همچنین ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزمره جدید به‌عنوان تمرین غیررسمی بررسی آگاهانه به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه سوم. ابتدا تمرین‌های رسمی و غیررسمی بررسی آگاهانه جلسه قبل مرور شد. برای آموزش مراقبه نشسته و ذهن آگاهانه با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی به شکل تنفس ۳ دقیقه‌ای متمرکز، هشیارانه و بدون قضاوت، از شرکت کنندگان خواسته شد که روی صندلی خود در حالی که در لحظه حضور دارند؛ بنشینند و به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۳ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این مراقبه دارای سه مرحله توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن بود. مراقبه نشسته و واریسی بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاهانه، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی در مورد یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی در مورد یک رویداد ناخوشایند مانند مشاجره با همسر یا فردی دیگر به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم. این جلسه با مراقبه نشسته همراه با توجه کردن به تنفس، بدن، صداها و افکار یعنی مراقبه نشسته با چهار مؤلفه اصلی آن آغاز و در ادامه در مورد استرس و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های استرس‌زا و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین بحث شد. سپس راه رفتن و قدم زدن آگاهانه در زمان حال

همراه با رها کردن فکر و بدون فکر کردن به گذشته یا آینده تمرین شد. در ادامه درباره گفتگوی درونی با خود، شیوه‌های همیشگی تفکر مانند فاجعه سازی، ذهن خوانی، بزرگ‌نمایی، باید‌ها، سرزنش خود و سایر تحریف‌های شناختی صحبت شد. مراقبه نشسته، واریسی بدن یا یکی از حرکت‌های بدنی ذهن آگاه و تمرین شناسایی تحریف‌های شناختی به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه پنجم. تمرین مراقبه نشسته با تأکید بر توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار اجرا و گفته شد که به دامنه وسیعی از احساس‌های بدنی خود نظیر درد، خارش، سوزش، سبکی، سنگینی، گرما، سرما و یا عدم احساس توجه کنند؛ ضمن اینکه برخی از این حس‌ها ممکن است؛ با افکار و یا هیجان‌هایی همراه شوند. در ضمن، درباره اذعان و پذیرش واقعیت موجود همانگونه که هست بحث شد. تمرین حرکت‌های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن آگاهی در یک فعالیت جدید روزمره به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه ششم. در این جلسه نحوه تعمیم آگاهی نسبت به هر چیزی که با آن تماس داشتند؛ نظیر تماس صندلی با بدن، پاها با زمین، یا دست‌هایشان و هر چیزی که احساس می‌کردند با آن در تماس هستند؛ توضیح و در ادامه نیز بازبینی و مراقبه تنفس در فعالیت‌های روزمره و همچنین مراقبه نشسته، ذهن آگاهی احساس‌ها، ذهن آگاهی گوش دادن، ذهن آگاهی افکار و هیجان‌ها و تمرین‌های یوگای آگاهانه آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل تمرین حرکت‌های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای و تمرین‌های یوگای آگاهانه بود.

جلسه هفتم. این جلسه با مراقبه نشسته و آگاهی باز یعنی توجه به آنچه در لحظه وارد هوشیاری می‌شود؛ آغاز شد. مضمون این جلسه این بود که "بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟" در ادامه تمرینی ارائه شد که در آن شرکت‌کنندگان مشخص کردند؛ کدام‌یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام‌یک ناخوشایند است. علاوه بر آن از آن‌ها خواسته شد که بگویند که چگونه می‌توانند؛ برنامه‌ای اتخاذ کنند که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. همچنین، تمرین مراقبه مهرورزی و شفقت نسبت به خود نیز اجرا شد. تمرین حرکت‌های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن آگاهی در یک فعالیت جدید روزمره به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه هشتم. این جلسه با مراقبه واریسی بدن آغاز و سپس درباره نحوه به‌کار بستن آموخته‌های حاصل از فرایند درمان در زندگی واقعی، بررسی موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن دستاوردهای درمانی، نحوه مقابله با رویدادهای استرس‌زایی که احتمال عود را بالا می‌برند؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسه‌ها به همراه شرکت‌کنندگان؛ در میان گذاشتن تجارب اعضا با یکدیگر و دستاوردهای آن‌ها از جلسه‌ها بحث شد. در ادامه درباره کل جلسه‌های مداخله سؤال‌هایی از این قبیل مطرح شد که آیا شرکت‌کنندگان احساس می‌کنند که مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها افزایش یافته است؟ آیا از بهبود وضعیت خواب و کنترل افکار همراه با بودن در زمان حال و شاد بودن خود احساس رضایت دارند؟ آیا به انتظارات خود از درمان دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند؛ شخصیت آن‌ها رشد کرده است؟ همچنین منابع آموزشی بیشتری در خصوص ذهن آگاهی و نحوه مقابله با افسردگی معرفی شد. در نهایت نیز پس از آزمون اجرا شد.

شیوه اجرا. نخست اجازه کتبی از مدیریت مراکز بهداشتی-درمانی و سپس از آزمودنی‌های جهت انجام پژوهش اخذ و اطلاعات اولیه در مورد شرایط شرکت در پژوهش و اصول اخلاقی نظیر رضایت آگاهانه، آزادی برای خروج از پژوهش، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آن‌ها اعلام و پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. به گروه آزمایش به مدت دو ماه در ۸ جلسه، روزهای یکشنبه و سه‌شنبه ساعت‌های ۱۰ تا ۱۲ ظهر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در یکی از مراکز بهداشتی-درمانی ارائه و پس از آخرین جلسه پس از یک ماه، آزمون پیگیری برای هر دو گروه به صورت همزمان و در همان مرکز اجرا و پس از اتمام دوره درمانی دو جلسه آموزش اصول روان‌شناختی کلی برای گروه گواه اجرا شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و طرح تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان شرکت‌کننده به ترتیب ۲۴/۳۲ و ۱/۶۰ با حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ با تحصیلات دیپلم به بالا بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب

| گروه | متغیر | تعداد | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|--------|--------|-------|-----------|--------|----------|--------|---------|
| | | | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف | میانگین |
| آزمایش | اضطراب | ۱۵ | ۲۰/۱۲ | ۲/۶۶ | ۱۵/۳۳ | ۲/۱۴ | ۱۶/۴۵ |
| کنترل | اضطراب | ۱۵ | ۲۱/۶۵ | ۵/۲۷ | ۲۱/۳۳ | ۴/۷۵ | ۲۱/۴۲ |

نتایج داده‌های جدول ۱ نشانگر آن است که میانگین میزان اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود اما در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه نمره‌های پایین‌تری داشت یعنی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش میزان اضطراب در زنان دارای شوهر بزهکار شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت

زندگی

| گروه | متغیر | تعداد | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|--------|-------------|-------|-----------|--------|----------|--------|---------|
| | | | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف | میانگین |
| آزمایش | کیفیت زندگی | ۱۵ | ۲۰/۱۸ | ۲/۷۳ | ۱۵/۶۵ | ۲/۱۷ | ۱۶/۸۵ |
| کنترل | کیفیت زندگی | ۱۵ | ۲۱/۸۵ | ۵/۳۵ | ۲۱/۴۲ | ۴/۶۹ | ۲۱/۴۴ |

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین میزان کیفیت زندگی زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود اما در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه نمره‌های بالاتری نشان می‌دهد یعنی، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث افزایش کیفیت زندگی زناشویی در زنان دارای شوهر بزهکار شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر مربوط به متغیر مستقل (گروه‌های آزمایش و کنترل) و متغیرهای وابسته (میزان اضطراب و کیفیت زندگی) در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن

| متغیرهای مستقل | متغیرهای وابسته | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجموع مجزورات | نسبت F | سطح p |
|----------------|----------------------------|---------------|------------|-----------------------|--------|-------|
| گروه | تفاضل پیش و پس اضطراب | ۲۷۳/۳۷ | ۱ | ۲۷۱/۳۶ | ۸۹/۷۴ | ۰/۰۰۱ |
| | تفاضل پیش و پس کیفیت زندگی | ۲۱۴۷/۰۴ | ۱ | ۲۱۲۸/۰۴ | ۱۱۰/۳۱ | ۰/۰۰۱ |

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت درون‌گروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در متغیرهای تفاضل پیش و پس از اضطراب ($F=۸۹/۷۴$, $P=۰/۰۰۱$) و تفاضل پیش و پس از کیفیت زندگی ($F=۱۱۰/۳۱$, $P=۰/۰۰۱$) همگی در سطح $P=۰/۰۰۱$ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در زنان دارای شوهر بزهکار مراجعه‌کننده به کلینیک روانشناسی و مشاوره وصال مشهد انجام شد. همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، نسبت F مشاهده شده تفاضل پیش و پس آزمون در میزان اضطراب مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل، $۸۹/۷۴$ ($P=۰/۰۰۱$) است. این یافته نشان می‌دهد که این گروه‌ها از نظر میزان اضطراب با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشته و نشانگر آن است که این درمان منجر به کاهش میزان اضطراب در گروه آزمایش شده است. این یافته با پژوهش‌های انجام شده در زمینه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای کاهش اضطراب از جمله شکویی و همکاران (۲۰۲۰)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸)، میچالاک و همکاران (۲۰۰۸)، کینی و ویلیامز (۲۰۰۷)، لایو و مچمن (۲۰۰۵)، اسکالمن (۲۰۰۴)، تیزدل و همکاران (۲۰۰۰)، تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) و تیزدل و همکاران (۱۹۹۴) و کویانی و همکاران (۱۳۸۳)، دباغی و همکاران (۲۰۰۷) و سجادیان و همکاران (۲۰۰۹) هماهنگ است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت آن‌گونه که در متن‌های قدیمی‌تر مرجع آمده است، در واقع به نظر می‌رسد حضور ذهن از طریق آموزش کنترل توجه مؤثر واقع می‌شود (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵). در اصل، فرض این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت اضطراب، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییر در سطوح شناختی

و عصبی می‌انجامد (سگال و همکاران، ۱۹۹۹). براساس این فرض، کسانی که در گذشته افسرده بوده‌اند، به لحاظ الگوی تفکر با کسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند، تفاوت دارند. به این ترتیب، با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق و در نتیجه بازفعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از اضطراب شود. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی‌تر حافظه را به همراه داشته باشد (سگال و همکاران، ۲۰۰۴).

تحلیل واریانس مربوط به تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون میزان کیفیت زندگی زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان از معناداری و اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن دارد ($P=0/0001$, $F=110/31$). این یافته نشان می‌دهد که نمره‌های رضایت زناشویی گروه زیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه بدون درمان افزایش یافته است. طی بررسی و جستجو در سایت‌ها و مجله‌های مختلف در رابطه با رضایت زناشویی در مورد این شیوه درمانی، پیشینه‌ای در ایران و سایر کشورها یافت نشد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان از پژوهش‌های بک (۲۰۰۳)؛ بیچ و همکاران (۱۹۹۸)؛ پایکل و همکاران (۱۹۶۹)، جانسون (۲۰۰۳)، ویشمن و کورتانج (۲۰۰۳)، استفاده کرد که نشان دادند بین نشانه‌های اضطراب و میزان رضایت زناشویی در زنان ارتباط وجود دارد. با توجه به این که اضطراب و رضایت زناشویی رابطه معکوس دارند و در این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش اضطراب در زنان متأهل افسرده شده‌است و نیز در زمینه رضایت زناشویی پس از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای در افزایش رضایت زناشویی بدست آمد، می‌توان ادعا کرد که این شیوه درمانی در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بود. اما به پژوهش‌های بیشتری احتیاج داریم.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق: عدم استفاده از مردان، که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کرده، نبودن یک برنامه درمانی دیگر جهت مقایسه بین انواع درمان، نداشتن دوره پیگیری به خاطر محدودیت زمانی. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی از هر دو جنسبزه‌کار (مرد و زن) با حضور یک برنامه مداخله‌ای دیگر و دوره پیگیری استفاده کنند. با امید به روزی که نتایج پژوهش حاضر بتواند راه گشای درمانگران و مددکاران و مشاوران مراکز درمان و توانبخشی بزهکاری شده و مؤثر واقع شود.

موازن اخلاقی

در جهت رعایت ملاحظات اخلاقی رضایت شرکت‌کنندگان در پژوهش اخذ شد اگرچه روش پژوهش حاضر غیر بالینی بود و از این نظر آسیبی متوجه فرد خاصی نبود.

سپاسگزاری

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از زحمات کارکنان کلینیک روانشناسی و مشاوره وصال قدردانی نموده و سهم آن‌ها را در انجام این پژوهش محترم بشمارد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در مراحل مختلف این پژوهش به طور مساوری نقش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسلامی، منصوره. (۱۳۸۴). ارتباط کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس در بیماران قلبی و عروقی. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء. خالقی پور، شهناز. (۱۳۸۱). تأثیر آموزش مهارت‌های پیشگیری اولیه بر ابراز وجود، سازگاری، آگاهی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دوره متوسطه منطقه ۵ اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان
- نجفی، مارال، و برهانی، فریبا (۱۳۸۹). کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان در سال ۱۳۸۹. مجله دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان، سال ۱۰(۲): ۹۸-۸۳.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2): 217-237.
- Beach S R H, Fincham F D, Katz J. Marital Therapy in Treatment of Depression: Toward A Third Generation of Therapy and Research. *Clinical Psychology Review* 1998; 18 (6): 635-661
- Eslami, M. (2005). Relationship between quality of life and stress coping strategies in cardiovascular patients. Master's thesis, unpublished, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University. (In Persian)
- Johanson S M. The Revolution in Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 2003; 29: 348- 365
- Kaveyani H, Johari F, Bahirani H. (2005). Cognitive Therapy Based on Mindfulness (MBCT) in Decreasing Negative Thoughts, Inefficient Attitude, Depression, and Anxiety, 60 days Pursuit. *Journal of Newest Cognitive Sciences* 7 (1):49-59.
- Kenny M A, Williams J M. Treatment-Resistant Depressed Patients Show a Good Response to Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Behavior Research and Therapy* 2007; 45(3): 617-625.
- Khaleghipour, S. (2002). The effect of primary prevention skills training on self-expression, adaptability, awareness and tendency to drug abuse in high school students of Isfahan region 5. Master's thesis. Khorasan Islamic Azad University. (In Persian)
- Kimyaee A, Shafiabadi A, Delavar A, Sahebi A. Study and comparison and combination of it with Yuga in treatment of severe depression. *Journal of Educational and Psychological Researches* 2006; 7 (2): 88-113. [Text in Persian]
- Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness Predicts Relapse/Recurrence In Major Depressive Disorder After Mindfulness-Based

- Cognitive Therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Baltimore 2008; 196 (8): 630-648.
- Najafi, M., & Borhani, F. (2010). Quality of life of school-age children referred to Kerman Special Diseases Center in 2010. *Journal of Razi Kerman College of Nursing and Midwifery*, year 10(2): 83-98. (In Persian).
- Riso L P, Blandino J A, Hendricks E, Granta M M, Duin J S. Marital History and Current Marital Satisfaction In Chronic Depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2002; 32(4); 291 – 296.
- Sadock B J, Sadock V. (2000) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Edition. Philadelphia; Lippincott Williams.
- Segal Z V, Teasdale J, Williams J M G. (2004) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status*. In: Hayes SC, Follette V M, Linehan M.M (Eds.). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York; Guilford Press: 45-65.
- Segal Z V, Williams J M, Teasdale J D. *Mindfulness- Based Cognitive Therapy for Depression*. New York; Guilford, 2002.
- Segal Z, Gemar M, Williams S. (1998) Differential Cognitive Response to a Mood Challenge Following Successful Cognitive Therapy or Pharmacotherapy for Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*; 108: 483-490.
- Shakoei F, Mohammadi F, Mahlouji A, Soleymanizadeh N. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Anxiety and Rumination in Married Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*. 2(3), 17-31. doi:[10.52547/jarcp.2.3.17](https://doi.org/10.52547/jarcp.2.3.17)
- Teasdale J D, Segal Z V, Williams J M G. (1995) How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attention Control (Mindfulness) Training Help? *Behavior Research and Therapy*; 33: 25-39.
- Teasdale J, Segal Z V, Williams J G, Ridgeway V, Soulsby J, (2000) Lau M A. Prevention and Relapse/Recurrence In Major Depression By Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68: 615-623.
- Williams J G, Russell I, Russell D. (2008) Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Further Issues in Current Evidence and Future Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 76 (3): 524-
- Wissman M M. (1987) Advances in Psychometric Epidemiology: Rates and Risks For Major Depression. *American Journal of Public Health*; 77: 445-451.

«پرسشنامه اضطراب بک»

فهرست زیر علائم شایع اضطراب را در بر می‌گیرد. لطفاً هر کدام را به دقت بخوانید و مشخص کنید در خلال هفته گذشته (همچنین امروز) چقدر از آن علامت در رنج بوده‌اید. پاسخ مناسب را به صورت X در ستون مقابل هر علامت مشخص کنید.

| ردیف | سوال | اصلاً | خفیف | متوسط | شدید |
|------|--------------------------------|-------|------|-------|------|
| ۱ | کریختی و گزگز شدن (مورمور شدن) | | | | |
| ۲ | احساس داغی (گرما) | | | | |
| ۳ | لرزش در پاها | | | | |
| ۴ | ناتوانی در آرامش | | | | |
| ۵ | سرگیجه و منگی | | | | |
| ۶ | تپش قلب و نفس نفس زدن | | | | |
| ۷ | حالت متغیر (بی‌ثباتی) | | | | |

| | |
|----|----------------------------|
| ۸ | ترس از وقوع حادثه بد |
| ۹ | وحشت‌زده |
| ۱۰ | عصبی |
| ۱۱ | احساس خفگی |
| ۱۲ | لرزش دست |
| ۱۳ | لرزش بدن |
| ۱۴ | ترس از دست دادن کنترل |
| ۱۵ | به سختی نفس کشیدن |
| ۱۶ | ترس از مردن |
| ۱۷ | ترسیده (حالت ترس) |
| ۱۸ | سوء هاضمه و ناراحتی در شکم |
| ۱۹ | غش کردن (از حال رفتن) |
| ۲۰ | سرخ شدن صورت |
| ۲۱ | عرق کردن (نه در اثر گرما) |

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF)

قسمت اول: لطفاً به سوالات زیر با توجه به شرایط زندگی‌تان در یک هفته اخیر پاسخ دهید.

| شماره | سوال | خیلی بد | بد | نه بد و نه خوب | خوب | خیلی خوب |
|-------|---|---------------|--------|---------------------|------|-----------|
| ۱ | در کل کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| شماره | سوال | کاملاً ناراضی | ناراضی | نه ناراضی و نه راضی | راضی | خیلی راضی |
| ۲ | چقدر از وضعیت سلامتی خود رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

قسمت دوم: سوالات زیر درباره این است که در چهار هفته اخیر تا چه حد برخی چیزها را تجربه کرده‌اید.

| شماره | سوال | اصلاً | کم | متوسط | خیلی زیاد | به شدت |
|-------|--|-------|----|-------|-----------|--------|
| ۳ | دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیت‌ها و کارهای مورد علاقه شما می‌شود؟ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
| ۴ | برای انجام کارهای روزمره، چقدر به درمان‌های پزشکی (دارو و دستورات خاص پزشکی) نیاز دارید؟ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
| ۵ | چقدر از زندگی لذت می‌برید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۶ | به نظر شما، زندگی شما تا چه حد معنادار (با ارزش) است؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۷ | در انجام کارها و امور روزمره خود چقدر قادر به تمرکز هستید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۸ | در زندگی روزمره خود چقدر احساس امنیت و آرامش می‌کنید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۹ | محیط اطراف شما، تا چه حد سالم و بهداشتی است؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

قسمت سوم: سوالات زیر تجربیات و توانایی شما در انجام دادن کارهای خاصی در طول چهار هفته اخیر را می‌سنجد.

| شماره | سوال | اصلاً | در حد کم | در حد متوسط | در حد زیاد | به طور کامل |
|-------|---|-------|----------|-------------|------------|-------------|
| ۱۰ | آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۱۱ | آیا شکل و قیافه ظاهری بدنتان مورد قبول شماست؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

| | | | | | | |
|-------|--|---------------|--------|---------------------|------|-----------|
| ۱۲ | آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۱۳ | اخبار و اطلاعات مورد نیاز روزانه به چه میزان در دسترس شماست؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۱۴ | چه میزان فرصت برای پرداختن به کارهایی که مورد علاقه شخصی شماست، دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| شماره | سوال | خیلی بد | بد | نه بد و نه خوب | خوب | خیلی خوب |
| ۱۵ | چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود (بازار، خرید، قدم زدن، منزل اقوام) از خود رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| شماره | سوال | کاملاً ناراضی | ناراضی | نه ناراضی و نه راضی | راضی | خیلی راضی |
| ۱۶ | چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۱۷ | چقدر از توانایی خود برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی راضی هستید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۱۸ | از توانایی خود برای کار کردن چقدر رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۱۹ | از توانایی کار کردن، خواب، خوراک و رفت و آمد خودتان چقدر رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۲۰ | چقدر از روابط اجتماعی تان با دیگران رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۲۱ | چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۲۲ | چقدر از حمایت دوستان و آشنایان خود راضی هستید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۲۳ | چقدر از شرایط و امکانات محل زندگی خود رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۲۴ | چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۲۵ | چقدر از دسترسی به امکانات حمل و نقل و وضعیت رفت و آمد خود رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

قسمت چهارم: سوال زیر نحوه احساس و تجربه شما درباره چیزهایی خاص را در چهار هفته اخیر می‌سنجد.

| | | | | | | |
|-------|--|---------|---------|------------|-------------|-------|
| شماره | سوال | هیچ وقت | به ندرت | بعضی اوقات | خیلی وقت‌ها | همیشه |
| ۲۶ | چه مقدار دچار حالتی مانند: یاس و ناامیدی و اضطراب و ... می‌شوید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

The effectiveness of mindfulness group therapy based on cognition in reducing anxiety and increasing the quality of life of couples with delinquent husbands

Morteza. Heydari^{1*}, Zaynab Sadat. Mirshabani², Atefeh. Sadegh Masjedi³ & Hanieh. Mortezaei⁴

Abstract

Aim: The present study was conducted to investigate the effectiveness of cognitive-based mindfulness group therapy on reducing anxiety and increasing the quality of life of couples with delinquent husbands. **Method:** The current research design was a quasi-experimental pre-test-post-test and follow-up with a control group. The statistical population included all criminals and their spouses who refer to Wasal Psychological and Counseling Clinic during the year 2021. For sampling, the available sampling method is used, 20 couples are selected from the clients of Vesal Psychological and Counseling Clinic and are randomly replaced in the experimental group and the control group. Received the cognitive-based intervention and no intervention was provided to the members of the control group. Before and after the implementation of the intervention, Beck's anxiety questionnaire (Beck et al., 1990) and quality of life (World Health Organization group, 1998) were completed by the sample group. **Result:** The results of repeated measurement variance analysis showed that in the post-test and follow-up stages, the anxiety of women with delinquent husbands in the experimental group compared to the control group showed a significant decrease ($F = 89.74, P = 0.001$) and the quality of life of the experimental group compared to the control group. The evidence of increase ($F = 110.31, P = 0.001$) was found significant. **Conclusion:** The findings of the research confirm that it is important that mindfulness group therapy based on reducing anxiety reduces the marital conflicts of couples with delinquent spouses.

Keywords: *consciousness, anxiety, quality of life, women with delinquent husbands.*

1. *Corresponding author: PhD in Counseling, Counseling Department, Farhangian University, Tehran, Iran

Email: stnote1@gmail.com

2. Master of Clinical Psychology, Birjand Islamic Azad University, Birjand, Iran

3. Master of Clinical Psychology, Birjand Islamic Azad University, Birjand, Iran

4. Master's degree in family counseling, Bojnourd University, Iran