

## The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the life quality and the desire for divorce in newly married couples

Received: 23 - 9 - 2019

Accepted: 26 - 2 - 2020

**Hossein Keshavarz Afshar**  
keshavarz1979@ut.ac.ir

Ph.D. counseling, Assistant Professor, Department of Educational Psychology and Counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

**Elahe Ghanbarian**

M.Sc. Family counseling, Department of Educational Psychology and Counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

**Nahid Eskandari**

M.Sc. Educational Psychology, Department of Educational Psychology and Counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

**Mohsen Saeedi**

M.Sc. Counseling, Department of Consultation and Guidance Group, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

### Abstract

This study examined the effectiveness of "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" on increasing the life quality and reducing the desire for divorce in couples. The present research design was semi-experimental type with pre- test, post-test and control group. The statistical population was among the newly married couples referring to "Hekmat counseling center" that 40 couples (40 men and 40 women) were selected available sampling and then were divided randomly into two groups of 20 couples (experimental group and control group). The World Health Organization quality of life questionnaire was developed in 1996 by a group of World Health Organization experts & the standard questionnaire of divorce desire of Rusbult, Johnson & Morrow (1986) were used for gathering the data. In conducting the therapeutic intervention, experimental group were trained 8 sessions (one session per week), by "group method" With the approach of Mindfulness-Based Cognitive Therapy; while the control group received no intervention. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance (RMANOVA) in SPSS software. Results indicated that Mindfulness-Based Cognitive Therapy was effective in increasing life quality and physical ( $F=3/59$ ;  $P\text{-Value}<0/05$ ), mental ( $F=6/13$ ;  $P\text{-Value}<0/05$ ), and environmental health components ( $F=6/10$ ;  $P\text{-Value}<0/05$ ), but they're not lasting effect. Also, Mindfulness-Based Cognitive Therapy was effective in decreasing the desire for divorce ( $F=6/67$ ;  $P\text{-Value}<0/05$ ), but they're not lasting effect. The study findings can be used in the direction of the clinical and therapeutic interventions to increase the life quality and reduce the desire for couples divorce.

**Key words:** *mindfulness based cognitive therapy, life quality, desire for divorce, couple*

### citation

Keshavarz Afshar, H., Ghanbarian, E., Eskandari, N & Saeedi, M. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the life quality and the desire for divorce in newly married couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2, 31-52.

## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و گرایش به طلاق

### زوجین تازه ازدواج کرده

پذیرش: ۱۳۹۸-۱۲-۰۱

دریافت: ۱۳۹۸-۰۴-۲۸

دکتری مشاوره، استاد گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

حسین کشاورز افشار  
keshavarz1979@ut.ac.ir

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

الهه قنبریان

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

ناهید اسکندری

کارشناسی ارشد مشاوره، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد علوم و تحقیقات تهران)، تهران، ایران.

محسن سعیدی

#### چکیده

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی «شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن» بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق در زوجین پرداخت. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری از بین زوجین تازه ازدواج کرده مراجعه‌کننده به مرکز خدمات مشاوره حکمت بود که تعداد ۴۰ زوج (۴۰ نفر مرد و ۴۰ نفر زن)، به‌صورت در دسترس انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه ۲۰ زوجی (گروه آزمایش و گروه گواه) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی ساخته شد و پرسشنامه استاندارد میل به طلاق روزلت، جانسون و مورو (۱۹۸۶)؛ به نقل از قادر پور (۱۳۹۳) استفاده شد. در اجرای مداخله درمانی، گروه آزمایش به مدت هشت جلسه (هر هفته یک جلسه) به شیوه گروهی، با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفتند؛ درحالی‌که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سلامت جسم (P-Value<۰/۰۵; F=۳/۵۹) سلامت روان (P-Value<۰/۰۵; F=۶/۱۳) و سلامت محیط (P-Value<۰/۰۵; F=۶/۱۰) در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است، اما ماندگاری اثر نداشت. همچنین شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش میل به طلاق مؤثر بوده است (P-Value<۰/۰۵; F=۶/۶۷)، اما ماندگاری اثر نداشت. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در راستای مداخلات بالینی و درمانی جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق زوجها استفاده کرد.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، کیفیت زندگی، میل به طلاق، زوج

کشاورز افشار، حسین؛ قنبریان، الهه؛ اسکندری، ناهید و سعیدی، سعیدی. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و میل به طلاق در زوجین تازه ازدواج کرده. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲، ۵۲-۳۱.

ارجاع

#### مقدمه

ازدواج<sup>۱</sup> به عنوان یکی از مهم ترین رسوم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی، روانی و امنیتی مورد تأیید همگان است. ازدواج اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که در بزرگسالی مورد پذیرش افراد قرار می گیرد. انتخاب همسر و انعقاد پیمان زناشویی نقطه عطفی در رشد و پیشرفت شخصیت تلقی می شود. بی تردید انتخاب شریک زندگی یکی از مهم ترین تصمیم ها در طول زندگی است (Berntsen & Berntsen, 2003). ارزش اصلی خانواده، حاصل شبکه روابطی است که توسط اعضای آن به وجود آمده است (Goldenberg & Goldenberg, 2013). هر خانواده همواره به دنبال زندگی با کیفیت است. داشتن کیفیت زندگی مطلوب نیز همواره آرزوی بشر بوده است و با توسعه و پیشرفت شهرها رفته رفته بیشتر می شود (اصغری زمانی، زادولی خواجه و غلامحسینی، ۱۳۹۱). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روان شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می شود (Stenner, Cooper & Skevington, 2003). یکی از مواردی که کیفیت زندگی را شدیداً تحت تأثیر قرار می دهد اقدام به طلاق است. آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفته گی زناشویی است (Halford, Sanders & Behrence, 2001)، نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست (Rosen-Grandon, Myers & Hattie, 2004) و اکثر زوجینی که از هم جدا شده و یا طلاق می گیرند ابتدا، یک دوره آشفته گی رابطه را تحمل و سپس به جدا شدن فکر می کنند؛ بنابراین طلاق فرآیندی است که با تجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع می شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش و سبک زندگی جدید، خاتمه می یابد (Gottman, 1993). این مفهوم دارای سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری است. در پژوهشی که توسط (Ghayur, 2010) که بر روی ۴۰۲ مسلمان مطلقه در آمریکای شمالی انجام شد نتایج زیر به دست آمد: بالاترین مقدار پاسخ دهنده ها در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند و در ۲-۵ سال اول ازدواج به سر می بردند. در اکثر موقعیت ها، زنان متقاضی طلاق بودند، دلایل طلاق به ترتیب اهمیت عبارت بودند از: ناسازگاری، خشونت شامل خشونت عاطفی، کلامی، فیزیکی و جنسی، سوءاستفاده مالی، دخالت خانواده و خیانت. چند نکته در این بررسی قابل توجه بود. اکثریت طلاق ها در ۵ سال اول زندگی اتفاق افتاده و این مسئله به وضوح نشان دهنده نیاز همسران در سال های اول زندگی برای تلاش بیشتر جهت حمایت، تقویت و رشد ارتباط است. نکته دوم اینکه خانواده های زنان پاسخ دهنده، حمایت زیادی از دختران خود در مسئله طلاق کرده بودند، در حالی که طبق عقاید سنتی، والدین در مقابل طلاق بچه ها مقاومت می کردند و آن ها را به دلایل حفظ آبرو و احترام خانواده و سرنوشت بچه ها تشویق به ادامه رابطه می کردند. نکته سوم اینکه زوجین نمونه قبل از طلاق برای حل مشکلات رابطه ای خود از

1. Marriage

2. World Health Organization

بستگان و خانواده، دوستان و رهبران مذهبی کمک گرفته بودند و تنها عده کمی از آنان به متخصص و مشاور مراجعه کرده بودند. رحیمی (۱۳۷۸) پژوهشی با عنوان «بررسی علل طلاق در استان خراسان» انجام داده است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که عدم تفاهم اخلاقی، عدم تمکین، بیکاری، مشکلات مالی و اقتصادی، اعتیاد، مداخله دیگران، اختلاف سطح سواد و اختلاف سنی از مهم‌ترین عوامل طلاق است. در این میان، عدم تفاهم اخلاقی با ۷۶/۲۳ درصد و مشکلات مالی با ۱۲/۱۶ درصد به ترتیب در رأس این عوامل قرار دارد.

ذهن آگاهی به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (Walch, Walsh, Balian, Smolira, Fredericksen & Madsen, 2009) و به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می‌کند و مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی تنها در درمان اختلالات نبوده، بلکه در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا<sup>۱</sup> نیز تأثیرات فراوانی داشته است؛ به‌گونه‌ای که به افزایش وضوح ذهنی<sup>۲</sup> و سلامت روان<sup>۳</sup>، افزایش رضایت زناشویی<sup>۴</sup> (رجبی و ستوده ناورودی، ۱۳۹۰)، بهزیستی ذهنی<sup>۵</sup> و امید به زندگی<sup>۶</sup> (Snyder & Lopez, 2010) انجامیده است. از جمله حیطه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا، شادمانی<sup>۷</sup>، امید<sup>۸</sup>، خلاقیت<sup>۹</sup> و خرد<sup>۱۰</sup> است (Baddeley, Kopelman & Wilson, 2008). نویسندگان متعددی یادآور شده‌اند که تمرین ذهن آگاهی می‌تواند به تغییر در الگوهای فکری یا تغییر نگرش در مورد افکار فرد، منجر شود (Kabat-Zinn, 1990). (Fulton, Germer & Siegel, 2005). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری نسل سوم یا موج سوم<sup>۱۱</sup> قلمداد می‌شود. ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی شود که از کنترل بلافضل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که مراقبه‌ی ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه-مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkasian, 2010). (Burpee & Langer, 2005)، در تحقیقات خود به این نتیجه دست یافتند که رابطه قوی بین ذهن آگاهی و رضایت زناشویی وجود دارد. آن‌ها نشان دادند که در زوجینی که رضایت زناشویی بالایی دارند، ذهن آگاهی

- 
1. Positive psychology
  2. Mental clarity
  3. Mental health
  4. Marital satisfaction
  5. Subjective well-being
  6. Positive psychology
  7. Merry making
  8. hope
  9. Creativity
  10. Wisdom
  11. Third Wave

بالا است که با یافته‌های (رجبی و ستوده ناورودی، ۱۳۹۰) مبنی بر این که آموزش ذهن آگاهی رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد، همسو است؛ و نیز پژوهش‌ها نشان‌دادند که آموزش خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، کیفیت روابط زناشویی (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰) و سردمزاجی زنان (نبوی حصار و احمدی، ۱۳۹۱) را بهبود می‌بخشد. بر اساس مطالعات پیشین، آموزش ذهن آگاهی، باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی می‌شود (Goldin & Gross, 2010). (Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart & Haglin, 2008) و بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (Davidson, Kabat-zinn, Schumacher Rosenkranz, Muller & Santorelli, 2003) و از عود افسردگی و اضطراب پیشگیری می‌کند (کاویانی، حاتمی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷). تأثیر عناصر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن که در تحقیقات گوناگون مورد تأیید قرار گرفته است را می‌توان بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق مشاهده کرد و آثار مستقیم و غیرمستقیم آن عبارت‌اند از: افزایش ارزیابی هیجانی مثبت، تجربه تقویتی، هیجان مثبت لحظه‌ای و کاهش هیجانات منفی، (Geschwind, Peeters, Drukker, Van on & Wichers, 2011)، کاهش افسردگی بیماران دوقطبی (Williams, Alatiq, Crane, Branhofer, Fennel, Duggan, Hepurn & Goodwin, 2008) در بیماران با سه دوره افسردگی (Goldfrine & Hearing, 2010) و کاهش اختلال وحشت‌زدگی (Kim, Lee, kim, Cho, Yook, Suh, Cho & Yook, 2010) بنابراین از آنجاکه کاهش کیفیت زندگی و فرسودگی زناشویی و تعارض‌های حاصل از آن از دلایل اصلی میل به طلاق است (عیسی زاده، بلالی و قدسی، ۱۳۸۹؛ بهجتی اردکانی، ۱۳۸۲)، لذا با توجه به درمان‌های انجام‌شده در جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق (Walch, & et al, 2009) و با عنایت به نتایج حاصل از آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن که از طریق افزایش کیفیت زندگی با نظر به اهمیتی که در حفظ و تداوم خانواده به‌عنوان یک سیستم می‌گذارد و نیز تأثیری که بر سلامت روان و کاهش میل به طلاق دارد (Burpee & Langer, 2005)، می‌توان با احتمال این پیش‌بینی را انجام داد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق مؤثر واقع می‌شود، لذا این پژوهش درصدد این است که تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن را بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق موردبررسی قرار بدهد. با توجه به مطالب عنوان‌شده، هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال است که: آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق در زوجین می‌شود؟

## روش

جامعه‌ی آماری این پژوهش را زوج‌های تازه ازدواج کرده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره حکمت تهران تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش، از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره حکمت است که از طریق فراخوان از آن‌ها ثبت‌نام به عمل آمد. ۴۰ نفر از زوجین پس از اجرای پیش‌آزمون به روش نمونه‌گیری تصادفی

ساده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند، تعداد ۵۲ زوج پس از فراخوان جهت حضور در آموزش گروهی اعلام آمادگی نمودند که با توجه به معیار ورود و سپس مصاحبه تعداد ۴۰ زوج از آنها انتخاب گردید. معیارهای ورود: حداکثر ۵ سال از ازدواج گذشته باشد، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری‌های خاص روانی و جسمانی، دامنه سنی تا ۳۵ سال برای زوجین در نظر گرفته شد و عواملی مانند اعتیاد، افسردگی و اضطراب و مشکلات خاص به‌عنوان معیار خروج مطرح گردید، سپس متغیر مستقل (آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن)، بر گروه آزمایش اعمال گردید. گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. جلسات آموزشی به مدت ۲ ماه شامل ۸ جلسه ۲ ساعته، هفته‌ای ۱ جلسه برگزار شد. پس از گذشت یک ماه، آزمون پیگیری از هر دو گروه به‌عمل آمده و در نهایت تأثیر مداخله بررسی شد.

### ابزار

**پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. پایایی آزمون باز آزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت است: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴. (نجات، منتظری، هلاکویی، محمد و مجد زاده، ۱۳۸۵). پایایی مقیاس کیفیت زندگی در پژوهش حاضر بر طبق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید.

**پرسش‌نامه استاندارد میل به طلاق<sup>۲</sup>:** پرسشنامه استاندارد میل به طلاق، فرم ۱۴ سؤالی (Rusbult, Johnson & Morrow, 1986؛ به نقل از قادر پور، ۱۳۹۳)؛ در تعریف عملیاتی نمره‌ای است که با استفاده از شاخص میل به طلاق در دو بعد تمایل برای خارج شدن و بعد مسامحه و با مجموع مؤلفه‌های این دو بعد به دست می‌آید. روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه استاندارد میل به طلاق به این صورت است که هر آزمون دهنده پاسخ هر سؤال را بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (به ترتیب هرگز، بندرت، خیلی کم، کم، زیاد، خیلی زیاد، همیشه) پاسخ می‌دهد. پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای؛ بعد خارج شدن (متمایل به طلاق) (۰/۹۱) و برای بعد مسامحه (۰/۸۶) گزارش شده است. پایایی مقیاس میل به طلاق در پژوهش حاضر بر طبق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید.

1. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL- BREF)  
2. Standard Questionnaire Of Desire For Divorce

### شیوه اجرای پژوهش

در اجرای مداخله، گروه آزمایش به مدت هشت جلسه (هر هفته یک جلسه) به شیوه گروهی، تحت آموزش شناخت مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت. آموزش ذهن آگاهی شامل سه مؤلفه زیر بود (نبوی حصار و احمدی، ۱۳۹۱):

- ۱) رشد آگاهی: که شامل تمرین رسمی و غیررسمی ذهن آگاهی است.
- ۲) چارچوب نگرشی خاص: که با مهربانی، کنجکاوی و رضایت از بودن در زمان حال مشخص می‌شود و همراه با آشکارسازی تجارب است.
- ۳) درک درست از آسیب‌پذیری بشر: که ابتدا به وسیله آموزش‌های شنیداری و سپس جستجوی اعتبار آن‌ها از راه مشاهده مستقیم میسر می‌شود.

پس از انجام پیش‌آزمون برای همه‌ی آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و گروه گواه) از طریق آزمون کیفیت زندگی و میل به طلاق و انجام پس‌آزمون در پایان دوره آموزشی داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار<sup>۱</sup> SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند. برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های آن، یعنی مستقل بودن، نرمال بودن (با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک) و همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین<sup>۲</sup>)، بررسی شدند. نتایج حاکی از رعایت و برقراری همه پیش‌فرض‌ها جهت انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بود.

### مداخله

محتوای برنامه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن مربوط به برنامه مداخلاتی پژوهش در گروه آزمایش به تفکیک جلسات به شرح زیر ارائه شده است.

#### خلاصه ساختار و محتوای جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن

جلسه اول: پیش‌آزمون، ارائه رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار، معرفی پژوهشگر، معرفی اعضا، توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضا. خوردن کشمش همراه با حضور ذهن، تمرین واریس بدنی، معطوف کردن توجه به فعالیت.

جلسه دوم: تمرین واریس بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تمرین افکار و احساسات، تعریف هیجان و شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش ثبت رخدادهای مطلوب، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن.

جلسه سوم: مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن)، قدم زدن همراه با حضور ذهن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رخدادهای نامطلوب.

1 - statistical package for social science

2 - Levene's Test for Equality of Variances

جلسه چهارم: مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار)، تعریف اصول و قوانین حاکم بر هیجان، فضای تنفس سه دقیقه‌ای به‌طور منظم، فضای تنفس سه دقیقه‌ای مقابله‌ای.

جلسه پنجم: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن صداها و افکار) و چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای، خواندن داستان، معرفی مفهوم پذیرش. جلسه ششم: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، برقراری ارتباط با افکار و احساس‌های خود و گسترش آن‌ها، پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند بدون قضاوت و داوری، بحث در مورد این که «افکار، واقعیت نیستند»، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای.

جلسه هفتم: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که به فرد احساس تسلط می‌دهند، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای.

جلسه هشتم: تأمل واریسی بدن، مروری بر کل دوره و روش‌هایی برای حفظ دستاوردهای یاد گرفته‌شده، انتخاب برنامه‌هایی برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد، بحث در مورد دلایل مثبت و موانع احتمالی تمرین‌ها پس از پایان دوره، پس‌آزمون.

#### اهداف جلسات درمانی

۱. کمک به زوجین شرکت‌کننده برای اینکه سلامت جسم، سلامت روان و سلامت محیط و درنهایت کیفیت زندگی آن‌ها افزایش یابد و میل به طلاق آن‌ها کاهش یابد.
۲. آگاهی بیشتر به احساس‌ها، افکار و حس‌های بدنی لحظه‌به‌لحظه و بودن در لحظه حاضر
۳. توجه به احساس‌ها و افکار خود و گسترش آن‌ها و پذیرش افکار و احساس‌های ناخوشایند
۴. مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند
۵. جلوگیری از تداوم و تشدید افکار منفی در زوجین
۶. تغییر عادات قدیمی فکر کردن، مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن کارها، فرار یا اجتناب از تنش‌ها یا موقعیت‌های سخت زندگی زناشویی، آرزوی فوق‌العاده داشتن و مقایسه همیشگی وضعیت موجود خود با وضعیت دلخواه
۷. آگاهی از تغییرات کوچک خلق

#### اخلاق در پژوهش

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به‌تمامی شرکت‌کنندگان در مورد اهداف مطالعه و شرکت به‌صورت داوطلبانه توضیح داده شد؛ بنابراین شرکت‌کنندگان برای ورود به مطالعه، رضایت آگاهانه شفاهی دادند و به



همه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه باقی خواهد ماند. به طور کلی نکات مربوط به اخلاق در پژوهش در جریان پژوهش از جمله امانت‌داری در استفاده از منابع؛ دقت در استناددهی؛ قدردانی از دیگران؛ رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها؛ صداقت در گزارش نتایج؛ عدم سوگیری در تحلیل داده‌ها؛ عدم پیش‌داوری در پژوهش؛ رعایت حریم خصوصی افراد نمونه‌گیری و آزمایش و احترام به افراد جامعه پژوهش توسط پژوهشگران اعمال گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۸۰ نفر (۴۰ زوج) شرکت داشتند که ۴۰ نفر (۲۰ زوج) در گروه آزمایش و ۴۰ نفر (۲۰ زوج) در گروه گواه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در هر گروه ۵۰ درصد زن و ۵۰ درصد مرد که به صورت زوج در پژوهش شرکت کردند، به صورت تصادفی جایگزین شدند.

### جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمی	پیش‌آزمون	۲۱/۰۷	۲/۱۱	۲۰/۸۰	۲/۴۹
	پس‌آزمون	۲۲/۰۲	۱/۷۲	۲۰/۶۲	۳/۱۱
	پیگیری	۲۳/۱۴	۱/۴۲	۲۰/۷۶	۲/۱۱
سلامت روان	پیش‌آزمون	۱۹/۶۲	۲/۸۶	۱۹/۰۷	۱/۹۸
	پس‌آزمون	۲۰/۷۰	۲/۳۹	۱۸/۸۷	۱/۹۴
	پیگیری	۲۲/۳۱	۱/۶۲	۱۹/۰۷	۱/۷۶
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۹/۸۵	۲/۳۸	۸/۷۵	۱/۹۸
	پس‌آزمون	۹/۷۰	۲/۳۸	۸/۵۵	۱/۹۵
	پیگیری	۹/۷۴	۱/۴۸	۸/۸۴	۱/۴۱
سلامت محیط	پیش‌آزمون	۲۵/۹۵	۴/۶۷	۲۳/۴۵	۳/۳۴
	پس‌آزمون	۲۷/۱۵	۳/۹۳	۲۳/۰۷	۲/۹۰
	پیگیری	۲۹/۶۳	۲/۸۸	۲۳/۴۰	۲/۳۰
میل به طلاق	پیش‌آزمون	۲۳/۰۷	۱۰/۰۴	۲۹/۱۰	۷/۱۴
	پس‌آزمون	۱۹/۵۲	۸/۲۹	۲۸/۲۰	۷/۱۹
	پیگیری	۱۵/۳۰	۴/۲۸	۲۸/۴۶	۶/۷۶
میل به مسامحه	پیش‌آزمون	۲۰/۲۲	۴/۹۹	۲۸/۵۲	۵/۱۰
	پس‌آزمون	۲۳/۳۷	۵/۸۴	۲۷/۹۰	۵/۴۰
	پیگیری	۲۵/۷۳	۵/۵۱	۲۷/۸۳	۴/۰۳

جدول ۲. آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن متغیرهای پژوهش

پیش‌آزمونی	پس‌آزمون		پیگیری		سطح معناداری
	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	
سلامت جسمی	۰/۹۸	۰/۸۵	۰/۹۸	۰/۹۵	۰/۰۹
سلامت روان	۰/۹۷	۰/۴۸	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۰۳
روابط اجتماعی	۰/۹۸	۰/۶۰	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۳۸
سلامت محیط	۰/۹۵	۰/۰۷	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۳۵
نمره‌ی کل کیفیت زندگی	۰/۹۶	۰/۱۸	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۰۲
میل به طلاق	۰/۹۸	۰/۶۶	۰/۹۹	۰/۹۶	۰/۱۲
میل به مسامحه	۰/۹۴	۰/۰۲	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۰۲
نمره‌ی کل طلاق	۰/۹۸	۰/۶۶	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۶۹

با مشاهده آماره شاپیرو-ویلکاکسون و سطح معناداری در جدول ۲ مشخص می‌شود که تقریباً همه‌ی متغیرهای کیفیت زندگی و میل به طلاق در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال هستند، زیرا سطح معناداری آن‌ها بالاتر از ۰/۰۵ است. در مواردی که سطح معناداری پایین‌تر از ۰/۰۵ و بالاتر از ۰/۰۱ است، مشکلی برای تحلیل به وجود نمی‌آید؛ زیرا نرمالیتی تقریبی نیاز است.

جدول ۳. بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها برای متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن

شاخص متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون	
	آزمون برابری واریانس‌ها		آزمون برابری واریانس‌ها		آزمون برابری واریانس‌ها	
	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
سلامت جسمی	۰/۴۰	۰/۵۲	۸/۰۵	۰/۰۱	۳/۸۸	۰/۰۵
سلامت روان	۵/۳۹	۰/۰۲	۰/۷۹	۰/۳۷	۰/۶۵	۰/۴۲
روابط اجتماعی	۰/۷۶	۰/۳۸	۰/۷۵	۰/۳۹	۰/۲۴	۰/۶۲
سلامت محیط	۰/۳۶	۰/۰۶	۱/۷۲	۰/۱۹	۰/۶۰	۰/۴۴
نمره کلی کیفیت زندگی	۲/۰۲	۰/۱۶	۰/۰۳	۰/۸۷	۰/۳۰	۰/۵۸
میل به طلاق	۱/۷۳	۰/۱۹	۰/۴۱	۰/۵۲	۲/۱۳	۰/۱۵
میل به مسامحه	۰/۶۱	۰/۴۴	۰/۱۷	۰/۶۷	۳/۳۶	۰/۰۷
نمره‌ی کل طلاق	۲/۵۳	۰/۱۲	۰/۳۹	۰/۵۹	۰/۰۱	۰/۹۱

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد مقدار F در مرحله پیش‌آزمون برای مؤلفه سلامت روان معنادار است ( $P < 0/05$ ) و برای نمره کلی کیفیت زندگی و سایر ابعاد آن معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). برای متغیر میل به طلاق و میل به مسامحه نیز مقدار F در مرحله پیش‌آزمون معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). در مرحله پس‌آزمون مقدار F برای فقط سلامت جسمی معنادار است ( $P < 0/05$ ). در مرحله پیگیری همه‌ی متغیرها غیر معنادار هستند ( $P > 0/05$ ). معنادار نبودن F به معنی همگنی واریانس‌هاست و معنادار بودن F به معنی آن است که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار نیست. لازم به ذکر است که اگر حجم نمونه برابر باشد، برقرار نبودن این فرض برای تحلیل کوواریانس مشکل ایجاد نمی‌کند (شیولسون، ۱۳۹۵)، بنابراین با توجه به مساوی بودن حجم گروه‌ها در پژوهش حاضر، نتیجه گرفته می‌شود

که عدم رعایت این مفروضه تأثیری بر محاسبه تحلیل کوواریانس ندارد و تحلیل کوواریانس نسبت به این مفروضه مقاوم است.

#### جدول ۴. نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و میل به طلاق زوجها

متغیر	اثرات	مقدار لاندا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
کیفیت زندگی	زمان	۰/۷۲	۳/۲۱	۸	۱۴۶	۰/۰۰۲	۰/۱۹	۰/۹۶
	زمان*گروه	۰/۷۱	۳/۴۷	۸	۱۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۹۸
میل به طلاق	زمان	۰/۷۹	۴/۸۸	۴	۱۵۰	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۰/۹۵
	زمان*گروه	۰/۷۸	۴/۸۴	۴	۱۵۰	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۰/۹۵

جدول ۴. نشان می‌دهد که وضعیت لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره درون‌گروهی چگونه است. در این تحلیل، سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور هم‌زمان در ابعاد کیفیت زندگی و میل به طلاق با یکدیگر مقایسه شدند و نتایج مقایسه ارائه شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد، "کیفیت زندگی" با لامبدای ویلکس ۰/۷۲ و مقدار F برابر با ۳/۲۱ و سطح معناداری ۰/۰۰۲، به‌طور معناداری بین مقادیر درون‌گروهی خود تفاوت نشان می‌دهد. "میل به طلاق" با لامبدای ویلکس ۰/۷۹، مقدار F برابر با ۴/۸۸ و سطح معناداری ۰/۰۰۱، نیز تفاوت معناداری را بین مقادیر درون‌گروهی خود نشان دادند. بر اساس ضریب تأثیر اتا، ۰/۱۹۳ از تفاوت گروه‌ها در نمره کیفیت زندگی و در ۰/۱۱۴ تفاوت گروه‌ها در نمره میل به طلاق، مربوط به تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بوده است. در نمرات کیفیت زندگی و میل به طلاق، اثرات متقابل زمان\*گروه معنادار بوده است. این بدان معناست که نمی‌توان اثرات گروه را به‌تنهایی بررسی کرد. اثرات گروه باید به تفکیک زمان بررسی شود. علاوه بر این اثرات زمان نیز باید به تفکیک گروه تحلیل گردد.

#### جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و میل به طلاق زوجها

بعد	زیر بعدها	اثرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	زمان	۲۱/۲۲	۱/۳۸	۳/۵۹	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۵۴
		گروه*زمان	۲۲/۱۶	۱/۳۸	۳/۷۵	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۵۶
	سلامت روان	زمان	۳۷/۴۳	۱/۳۰	۶/۱۳	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۷۶
سلامت اجتماعی	گروه*زمان	۳۶/۲۰	۱/۳۰	۵/۹۳	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۷۴	
	زمان	۰/۷۹	۱/۱۵	۰/۱۳	۰/۷۴	۰/۰۰	۰/۰۷	
	گروه*زمان	۰/۳۴	۱/۱۵	۰/۰۶	۰/۸۴	۰/۰۰	۰/۰۶	
سلامت محیط	زمان	۷۳/۰۰	۱/۱۶	۶/۱۰	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۷۲	
	گروه*زمان	۷۰/۰۳	۱/۱۶	۵/۸۵	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۷۰	
	زمان	۳۵۳/۷۱	۱/۰۶	۶/۴۷	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۷۳	
میل به طلاق	میل به طلاق	گروه*زمان	۲۶۰/۲۳	۱/۰۶	۴/۹۱	۰/۰۳	۰/۱۱	۰/۶۰
	زمان	۱۱۶/۳۲	۱/۶۰	۲/۵۰	۰/۱۰	۰/۰۶	۰/۴۳	
	گروه*زمان	۱۹۵/۰۱	۱/۶۰	۴/۲۰	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۶۵	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای ابعاد کیفیت زندگی فقط بر بعد سلامت اجتماعی مؤثر نبوده است ( $P > 0/05$ ) اما بر سه بعد دیگر یعنی سلامت جسم، سلامت روان و سلامت محیط مؤثر بوده است. این نتیجه بدان معناست که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن توانسته است سلامت جسم، سلامت روان و سلامت محیط اعضای گروه آزمایش را افزایش دهد. بر اساس ضریب تأثیر اتا، ۰/۰۸۶ از تفاوت گروه‌ها در نمره سلامت جسم، ۰/۱۳۹ در سلامت روان و ۰/۱۳۸ در سلامت محیط در داده‌های مکرر، مربوط به تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بوده است. علاوه بر این آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر میل به طلاق نیز اثر معنادار دارد. میزان ضریب اتا برای این بعد برابر ۰/۱۴ است، اما بر افزایش میل به مسامحه مؤثر نبوده است ( $P > 0/05$ ). از آنجا که اثرات متقابل معنادار است، بنابراین باید اثرات به تفکیک گروه و زمان نیز بررسی شوند.

جدول ۶. مقایسه‌ی ابعاد کیفیت زندگی و میل به طلاق در سه مرحله‌ی گروه‌های کنترل و آزمایش

بعد	متغیرها	مرحله (i)	مرحله (j)	کنترل		آزمایش	
				تفاضل میانگین (i-j)	خطای استاندارد	تفاضل میانگین (i-j)	خطای استاندارد
سلامت جسمی	پیش‌آزمون	۰/۱۸	۰/۳۰	۱/۰۰	۰/۳۳	۰/۰۳	۰/۳۳
	پس‌آزمون	۰/۰۳	۰/۶۳	۱/۰۰	۰/۵۷	۰/۰۰	۰/۵۷
سلامت روان	پیش‌آزمون	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۹۹	۰/۳۶	۰/۰۲	۰/۳۶
	پس‌آزمون	۰/۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰	۰/۶۶	۰/۰۰۲	۰/۶۶
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	-۰/۲۰	۰/۶۴	۱/۰۰	۰/۶۸	۰/۰۸	۰/۶۸
	پس‌آزمون	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۹۷	۰/۲۲	۱/۰۰	۰/۲۲
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۰۹	۰/۶۴	۱/۰۰	۰/۶۸	۱/۰۰	۰/۶۸
	پس‌آزمون	-۰/۲۹	۰/۶۳	۱/۰۰	۰/۶۲	۱/۰۰	۰/۶۲
سلامت محیط	پیش‌آزمون	۰/۳۸	۰/۲۹	۰/۶۲	۰/۳۳	۰/۰۰	۰/۳۳
	پس‌آزمون	۰/۰۴	۰/۷۵	۱/۰۰	۱/۱۳	۰/۰۱	۱/۱۳
میل به طلاق	پیش‌آزمون	-۰/۳۳	۰/۷۷	۱/۰۰	۰/۹۹	۰/۰۶	۰/۹۹
	پس‌آزمون	۰/۹۰	۰/۲۷	۰/۰۰	۰/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۳
میل به طلاق	پیش‌آزمون	۰/۶۴	۲/۱۸	۱/۰۰	۱/۸۷	۰/۰۰۲	۱/۸۷
	پس‌آزمون	-۰/۲۷	۲/۱۹	۱/۰۰	۱/۶۰	۰/۰۵	۱/۶۰
میل به مسامحه	پیش‌آزمون	۰/۶۳	۰/۴۵	۰/۵۳	۱/۵۲	۰/۱۵	۱/۵۲
	پس‌آزمون	۰/۶۹	۱/۵۸	۱/۰۰	۲/۰۰	۰/۰۳	۲/۰۰
	پس‌آزمون	۰/۰۶	۰/۴۵	۰/۵۳	۱/۴۹	۰/۳۸	۱/۴۹

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که مطابق انتظار در گروه کنترل تفاوتی بین سه زمان (به جز میل به طلاق در پیش‌آزمون-پس‌آزمون) وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). این درحالی است که در گروه آزمایش، تفاوت بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون در سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت محیط، میل به طلاق معنادار است ( $P < 0/05$ )؛ اما تفاوت پیش‌آزمون-پس‌آزمون در میل به مسامحه معنادار نیست ( $P > 0/05$ ) و آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن فقط بر بعد میل به مسامحه مؤثر نبوده است. در گروه آزمایش، تفاوت بین پیش‌آزمون-پیگیری نیز در ابعاد مذکور معنادار است، اما تفاوت بین پس‌آزمون-پیگیری معنادار نیست.

جدول ۷. مقایسه‌ی گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری (آزمون بونفرونی)

متغیر	بعد	گروه (I)	گروه (J)	پس‌آزمون		پیگیری	
				تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها	خطای استاندارد
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	کنترل	مداخله	-۱/۴۰	۰/۸۰	-۲/۳۸	۰/۵۷
	سلامت روان	کنترل	مداخله	-۱/۸۳	۰/۶۹	-۳/۲۴	۰/۵۴
	سلامت	کنترل	مداخله	-۱/۱۵	۰/۶۹	-۰/۹۰	۰/۴۶
	سلامت محیط	کنترل	مداخله	-۰/۴۰	۱/۰۹	-۶/۲۳	۰/۸۳
	نمره‌ی کل	کنترل	مداخله	-۸/۴۵	۲/۹۰	۱۳/۵۰	۱/۲۷
	میل به طلاق	کنترل	مداخله	۸/۶۸	۲/۴۵	۱۳/۱۶	۱/۷۹
میل به طلاق	میل به مسامحه	کنترل	مداخله	۴/۵۳	۱/۷۸	۲/۱۰	۱/۵۳
	نمره‌ی کل	کنترل	مداخله	۱۳/۲۰	۳/۹۴	۱۳/۶۹	۲/۵۷

جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت محیط و در مجموع کیفیت زندگی بین گروه کنترل و آزمایش در دو زمان پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ( $P < 0/05$ ). این نتیجه نشان می‌دهد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت اجتماعی مؤثر بوده است. میانگین نمرات میل به طلاق در کنترل و مداخله در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دارد اما میانگین نمرات میل به مسامحه علیرغم تفاوت در پس‌آزمون، در پیگیری تفاوتی بین کنترل و مداخله ندارد. این بدان معناست که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر میل به مسامحه اثری ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق در زوجین تازه ازدواج کرده انجام شد. نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان داد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای متغیر کیفیت زندگی و ابعاد سلامت جسم، سلامت روان و سلامت محیط

در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است، به طوری که منجر به افزایش متغیرهای مذکور در زندگی زناشویی زوج‌های گروه آزمایش شده است، اما برای مؤلفه سلامت اجتماعی در این مرحله مؤثر نبوده است. نتایج ضریب اتا نشان می‌دهد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای متغیرهای سلامت روان و سلامت محیط دارای بیشترین تأثیر و برای متغیرهای سلامت جسم و سلامت اجتماعی دارای کمترین تأثیر در مرحله پس‌آزمون بوده است، اگرچه ضریب اتا در مرحله پس‌آزمون برای هیچ‌یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی حاکی از تأثیرگذاری بالای آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش کیفیت زندگی و ابعاد آن در زوج‌های گروه آزمایش نیست.

نتایج تحلیل واریانس مکرر برای مرحله پیگیری حاکی از آن است که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای متغیر کیفیت زندگی و ابعاد سلامت جسم، سلامت روان و سلامت محیط ماندگاری اثر نداشته است، بدین معنی که تغییرات ناشی از آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن که در مرحله پس‌آزمون حاصل شده است، نتوانسته است که در مرحله پیگیری اثربخشی خود را حفظ نماید.

نتایج حاصله از تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی زوج‌ها با نتایج پژوهش‌های (Cho, 2016) (Zielinska Wczkowska, Kedziora-Kornatowska & Ciemnoczolowski, 2011)، خادم‌الحسینی، منصوریان و ستاری (۱۳۹۰)، احمدی گتیب و همکاران (۱۳۹۰)، طیبی و ایوبی (۱۳۹۱)، بساک نژاد، آقاجانی و زرگر (۱۳۹۰)، امین شکروی، الحانی، کاظم نژاد و وحدانی (۱۳۸۸)، کاویانی، حاتمی و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷) که در پژوهشی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی) را مورد تأیید قرار دادند، همخوان است.

نتایج تحلیل واریانس مکرر برای متغیر میل به طلاق در مرحله پس‌آزمون نشان داد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای متغیر میل به طلاق مؤثر بوده است، اما برای مؤلفه میل به مسامحه مؤثر نبوده است، بدین معنی که نتوانسته است میل به مسامحه زوج‌ها را افزایش دهد. نتایج ضریب اتا نشان می‌دهد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای متغیر میل به طلاق، در مقایسه با متغیر میل به مسامحه بیشتر است، متغیرهای سلامت روان و سلامت محیط دارای بیشترین تأثیر و برای متغیرهای سلامت جسم و سلامت اجتماعی اگرچه ضریب اتا در مرحله پس‌آزمون برای میل به طلاق و میل به مسامحه قوی نیست، بدین معنی که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن نتوانسته است که میل به طلاق را کاهش دهد، اما این تأثیرگذاری در سطح بالایی قرار ندارد.

نتایج تحلیل واریانس مکرر برای مرحله پیگیری حاکی از آن است که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای متغیر میل به طلاق ماندگاری اثر نداشته است، بدین معنی که تغییرات ناشی از آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن که در مرحله پس‌آزمون حاصل شده است، نتوانسته است که در مرحله پیگیری برای متغیر میل به طلاق اثربخشی خود را حفظ نماید.

نتایج حاصله از تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش میل به طلاق زوج‌ها با نتایج مطالعات (Goldin & Gross, 2010)، (Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkasian, 2010)، کاویانی، حاتمی و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷)، سجادیان، نشاط دوست، مولوی و معروفی (۱۳۸۷) و یوسفی و سهرابی (۱۳۹۰) همسو است. در تبیین مؤثر نبودن آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش سلامت اجتماعی می‌توان گفت که روابط اجتماعی به دلیل گستردگی عوامل شکل‌دهنده آن و ریشه‌دار بودن آن در فرهنگ و روابط جامعه و بخصوص خانواده و در نتیجه متأثر بودن از آن و دیگر تعریف آن برای هر فرد به‌عنوان شخصیت منحصر به فردش همواره برای تغییر با مقاومتی ناخودآگاه همراه است و مورد دیگر آنکه احتمالاً تمرین‌های ذهن آگاهی کمتر موجب افزایش روابط اجتماعی می‌گردد. همچنین به نظر می‌رسد آگاهی بیشتر از نحوه و شکل تعاملات و دوری کردن از تعارف و تعاملات مصنوعی نتیجه کاهش روابط اجتماعی را در پی داشته است.

در تبیین مؤثر بودن آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای متغیرهای سلامت جسم، سلامت روان، سلامت محیط و کاهش میل به طلاق می‌توان گفت که ذهن آگاهی مواجهه با تمام ابعاد زندگی را میسر می‌سازد و به فرد این توانایی را می‌دهد که به‌جای پاسخ خودکار پاسخی از روی آگاهی بدهد (Brainard & Reibel, Greeson, 2001). Rosenzweig, 2001 ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به‌نوبه خود به جلوگیری از ماریپیچ فرو کاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه‌های جدید و پدید آبی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (کاویانی، جواهری، بحیرایی، ۱۳۸۴). ادبیات تحقیق مملو از پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهند ذهن آگاهی هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ تجربی با کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی ارتباط دارد. مؤلفه‌های ذهن آگاهی شامل آگاهی و پذیرش بدون قضاوت تجربیات لحظه‌به‌لحظه فرد، درمان مؤثری برای بسیاری از انواع متداول ناراحتی‌های روان‌شناختی شامل ترس، اضطراب، نگرانی، عصبانیت و افزایش سلامت روان هستند (Hayes & Feldman, 2004).

در تبیین دیگری می‌توان گفت که تأکید اصلی بر آموزش نظام‌مند برای آگاه‌تر شدن لحظه‌به‌لحظه از حواس بدنی، افکار و هیجان‌ها است به‌طوری‌که آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند به‌جای آنکه به حواس، افکار و هیجان‌ها به‌عنوان واقعیت نگاه کنند، آن‌ها را به‌عنوان جنبه‌هایی از تجربه که از آگاهی آن‌ها عبور می‌کند در نظر بگیرند و از این طریق آن‌ها را بهتر مدیریت نمایند (Crane, 2012)، لذا می‌توانند با مهارت مدیریت غنی افکار و هیجان‌ها کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشیده و میل به طلاق را کاهش دهند.

در تبیین دیگری می‌توان گفت که ذهن آگاهی به‌عنوان نوعی ظرفیت یا توانایی ذاتی بشر در نظر گرفته می‌شود و به‌عنوان یک شیوه «افهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است. این کار با هماهنگ شدن تجربه لحظه‌به‌لحظه و ارائه بینش مستقیم در مورد نقش ذهن در ایجاد دلواپسی‌های بی‌مورد انجام می‌شود (Siegel, 2010). انجام تمرینات ذهن آگاهی موجب رشد عوامل مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این عوامل خود موجب رشد بهزیستی روانی و

در نتیجه تاب آوری می‌شود. در حقیقت وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد توانایی افراد برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی چون اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه می‌توان خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها نمود و به‌وسیله درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشد، بلکه از اطلاعات بر خواسته از این حالت‌ها استفاده کرد و با هیجان‌ات همراه بود (Segal, Williams, (Mark, Teasdale, 2013) و در نتیجه کیفیت زندگی را افزایش و میل به طلاق را کاهش داد.

در تبیین دیگری می‌توان گفت که ذهن آگاهی موجب می‌شود، افراد مدیریت استرس موفق‌تری در زندگی روزمره داشته باشند. آموزش فنون/مهارت‌های ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، می‌تواند ذهن را از اشتغال ذهنی و افکار تهدیدآمیز در مورد عملکردها رها سازد؛ یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجارب لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک و در نتیجه افزایش تاب آوری در فرد می‌شود. روش ذهن آگاهی، به علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون و مهارت‌های ذهن آگاهی، در کاهش علائم استرس و افزایش تاب آوری مؤثر بوده و از طرفی اثربخشی درمان را در طولانی مدت حفظ می‌کند (جلالی، آقایی، طالبی، مظاهری، ۱۳۹۳). بنابراین تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق زوج‌ها دور از انتظار نیست.

در تبیین نبود ماندگاری اثر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای متغیرهای سلامت جسم، سلامت روان، سلامت محیط و کاهش میل به طلاق یکی از احتمالات کم بودن تعداد جلسات است، به طوری که می‌توان گفت در پژوهش حاضر به‌نوعی آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن کوتاه‌مدت به کار برده شده است و نتایج حاصله حاکی از آن است که این نوع از آموزش نتوانسته است برای کیفیت زندگی و میل به طلاق ماندگاری اثر داشته باشد.

**محدودیت‌ها و پیشنهادها:** از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم اعمال کنترل دقیق متغیرهای ناخواسته و مزاحم به دلیل عدم استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی، افت آزمودنی‌ها، جلب رضایت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش و محدود بودن جامعه به زوج‌های تازه ازدواج کرده شهر تهران اشاره کرد که تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر گروه‌های جامعه با محدودیت مواجه می‌سازد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق زوج‌ها مؤثر است، لذا پیشنهاد می‌شود که روانشناسان و مشاوران خانواده از این روش برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش میل به طلاق زوج‌ها به روش مشاوره فردی و گروهی استفاده نمایند. در این بین نتایج مشخص کرد که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش میل به طلاق در مقایسه با افزایش کیفیت زندگی تأثیر بیشتری دارد، بنابراین پیشنهاد می‌شود که



آموزش ذهن آگاهی بر کاهش میل به طلاق مورد توجه بیشتر مشاوران و زوج درمانگران قرار بگیرد. پیشنهاد می شود پژوهش هایی مشابه پژوهش حاضر در نمونه هایی با تعداد جلسات بیشتر و اتخاذ بیشتر متغیرهای کنترل در شهرهای مختلف- با در نظر گرفتن تفاوت های فرهنگی - انجام شود؛ تا امکان مقایسه فراهم گردد. در پژوهش های بعدی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر سایر متغیرهایی که زوج ها در زندگی زناشویی تجربه می کند مانند ناسازگاری زناشویی، صمیمیت زناشویی، انعطاف پذیری روان شناختی، ابرازگری هیجانی بررسی شود.

**تصریح درباره تعارض منافع:** در رابطه با پژوهش حاضر، نویسندگان متعهد می شوند که انجام پژوهش حاضر تحت تأثیر ارتباطات خاص با اشخاص یا مراکزی که پژوهش در آن انجام شده است نبوده است و نویسندگان این پژوهش در راستای انجام پژوهش حاضر از جایگاه حقوقی خود هیچ گونه سوءاستفاده ای نداشته اند و همه مراحل تدوین، آموزش و دیگر تحقیقات مقتضی تا کنون با رویکرد سودهای اقتصادی نبوده است.

**سپاسگزاری:** از زوج هایی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و همچنین مدیر و کارکنان مرکز خدمات مشاوره حکمت که با همکاری صمیمانه آن ها اجرای پژوهش امکان پذیر گردید، تشکر و قدردانی می - گردد.

## منابع

اصغری زمانی، اکبر؛ زادولی خواجه، شاهرخ و غلامحسینی، رحیم. (۱۳۹۱). ارزیابی کیفیت زندگی شهری در مناطق حاشیه نشین با استفاده از مدل تحلیل عاملی (مطالعه موردی: مناطق حاشیه نشین شمال تبریز). فصلنامه جغرافیایی چشم انداز زاگرس،

۱۱، ۶۹-۸۶. [\[link\]](#)

برنشتاین، فیلیپ و برنشتاین، ماری. (۱۳۸۲). زناشویی درمانی (ترجمه حمیدرضا سهرابی). تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.

[\[link\]](#)

بساک نژاد، سودابه؛ آقاجانی، اعظم و زرگر، یداله. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت

خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر. مجله دستاوردهای روان شناسی، ۱۸ (۲)، ۱۸۱-۱۹۸. [\[link\]](#)

بهداران، کاوه و پور ناصح، مهرانگیز. (۱۳۹۲). آرامش در ژرفا: راهنمای تمرین آرامش عمیق (همراه با نوار)، تهران: انتشارات

مهر کاویان. [\[link\]](#)

ثابت، علیرضا. (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی مردان سالمند با سطوح مختلف فعالیت جسمانی شهر شیراز (انجمن جهان دیدگان

شیراز). پایانه کارشناسی ارشد، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان. [\[link\]](#)

جلالی، داریوش؛ آقایی، اصغر؛ طالبی، هوشنگ و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۳). الگوی ساختاری نقش میانجی ذهن آگاهی در

پیوند بین فشار روانی شغلی و پیامدهای آن. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۵ (۱)، ۳۳-۱۶. [\[link\]](#)

- خادم الحسینی، احمد؛ منصوریان، حسین و ستاری، محمدحسین. (۱۳۸۹). سنجش کیفیت ذهنی زندگی در نواحی شهری (مطالعه موردی: شهر نورآباد، استان لرستان). *فصلنامه جغرافیا و مطالعات محیطی*، ۳(۱)، ۴۵-۶۰. [\[link\]](#)
- رجبی، غلامرضا و ستوده ناورودی، امید. (۱۳۹۰). تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل. *مجله علوم پزشکی گیلان*، ۲۰(۸۰)، ۸۳-۹۱. [\[link\]](#)
- رحیمی، حسین. (۱۳۷۸). بررسی علل طلاق در استان خراسان. *فصلنامه جمعیت*، ۳۳(۳۴)، ۱۰۰-۱۱۲. [\[link\]](#)
- سجادیان، ایلناز؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین و معروفی، محسن. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس - اجبار در زنان شهر اصفهان. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۹(۱)، ۱۲۷-۱۴۱. [\[link\]](#)
- شکروی امین، فرخنده؛ الحانی، فاطمه؛ کاظم نژاد، انوشیروان و وحدانی نیا، مریم. (۱۳۸۸). ارتباط فعالیت‌های جسمی منظم (پیاپاده‌روی) با کیفیت زندگی زنان. *مجله پایش*، ۸(۴)، ۴۰۷-۴۱۳. [\[link\]](#)
- طیبی، مهدی و ایوبی، فاطمه. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی کارکنان ورزشکار و غیر ورزشکار در شرکت توزیع برق استان لرستان. *مجموعه مقالات اولین کنفرانس ملی آموزش فیزیکی و علوم ورزشی در سال ۱۳۹۱*. دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد، ۲۵۵. [\[link\]](#)
- عیسی زاده، سعید؛ بلالی، اسماعیل و قدسی، علی محمد. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بیکاری و طلاق در ایران طی دوره ۱۳۸۵-۱۳۴۵. *فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان*، ۵۰، ۷-۲۸. [\[link\]](#)
- قادر پور، محی‌الدین (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد ارتباطی ستیر بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه کردستان. دانشکده علوم انسانی و اجتماعی. [\[link\]](#)
- کاوایانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرانی، هادی (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خود ایند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی، و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. *تازه‌های علوم شناختی*، ۷(۱)، ۴۹-۵۹. [\[link\]](#)
- کاوایانی، حسین؛ حاتمی، ندا و شفیق‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۴)، ۳۹-۴۸. [\[link\]](#)
- کرین، ربکا. (۱۳۹۱). *درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با تأکید بر مشخصه‌های اختصاصی (ترجمه فیروزه جعفری، حمید خانی‌پور و پروانه محمدخانی)*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. [\[link\]](#)
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت. (۱۳۹۲). *خانواده درمانی (ترجمه حسین شاهی برواتی و سیامک نقش بندی)*. تهران: نشر روان. [\[link\]](#)
- نبوی حصار، جمیله و احمدی، خدابخش. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر سرد مزاجی زنان در آستانه طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۳)، ۴۱۲-۴۲۴. [\[link\]](#)

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی ناینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله

دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲. [\[link\]](#)

یوسفی، ناصر و سهرابی، احمد. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر

کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱(۲)، ۱۹۲-۲۱۱. [\[link\]](#)

## References

- Baddeley, A. D., Kopelman, M. D., & Wilson, B. A. (2002). *The Handbook of Memory Disorders*. England: John Wiley & Sons. [\[link\]](#)
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), 43-51. [\[link\]](#)
- Cho, K. I. (2016). Women, Stress and Heart Health: Mindfulness-Based Stress Reduction and Cardiovascular Disease. *Kosin Medical Journal*, 31(2), 103-112. [\[link\]](#)
- Davidson, R. J., Kabat-zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., & Santorelli, S. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 65: 564-570. [\[link\]](#)
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disord*, 22: 716-721. [\[link\]](#)
- Fulton, P., Germer, C., & Siegel, R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press. [\[link\]](#)
- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., Van on, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and Reward experience and adults vulnerable to depression: A randomized controlled Trail. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 79, 618-628. [\[link\]](#)
- Ghayyur, T. (2010). Marriage: Conflict, Divorce in the Muslim Community: *Journal of Pscology*, 45(2), 140-146. [\[link\]](#)
- Goldfrine, K.A., & Hearing. C. (2010). The effects of mindfulness based-cognitive therapy on recurrence of depressive episode, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Journal of Behaviour research and therapy*, 48, 738-746. [\[link\]](#)
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Journal of Emotion*, 10, 83-91. [\[link\]](#)
- Gottman, J. M. (1993). *What predicts divorce: The relationship between marital process and marital outcomes*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum. [\[link\]](#)
- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrence, B. C. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Fear- year effects of a behavioural relationship education problem. American. *Journal of family psychology*, 15(4), 750- 768. [\[link\]](#)

- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Journal of clinical psychology science and practice*, 11(3), 255- 262. [\[link\]](#)
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell. [\[link\]](#)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156. [\[link\]](#)
- Kim, B., Lee, S. H., kim, Y. W., Cho, T. K., Yook, K., Suh, S. H., Cho, S.J., & Yook, K. H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24.590-595. [\[link\]](#)
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 23(4), 183–192. [\[link\]](#)
- Rosen-Grandon, J.R., Myers, J.E., & Hattie, J.A. (2004). The relationship between marital Characteristics, Marital Interaction Processes, and Marital Satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 82 (1), 58- 68. [\[link\]](#)
- Segal, Z.V., Williams, J., Mark, G., & Teasdale, J.D. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *New York: Guilford Press*. [\[link\]](#)
- Siegel, R. D. (2010), *The mindfulness Solution(every day practices for every day problems, New York:Guilford*. [\[link\]](#)
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2001). *Handbook of Positive Psychology*. US: Oxford University Press. [\[link\]](#)
- Specia, M., Carlson, L.E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Journal of Psychosom Med*, 62(5), 613-622. [\[link\]](#)
- Stenner, PH., Cooper, D., & Skevington, S. M. (2003). Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Journal of Soc Sci Med*, 57(11): 2161-72. [\[link\]](#)
- Walch, J. R., 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. *Journal of Personality and Individual differences*, 46, 94- 99. [\[link\]](#)
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Branhofer, T., Fennel, M. J. V., Duggan, D. S., Hepurn, S., & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation on immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective disorder*, 107.275-279. [\[link\]](#)
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Gool- kasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Journal of Conscious Cognitive*, 19, 597-605. [\[link\]](#)
- ZielinskaWczkowska, H., Kedziora-Kornatowska, K & Ciemnoczowski, W. (2011), Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A)

on the basis of sociodemographic factors and health status, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, pp 1-5. [\[link\]](#)

### References (In Persian)

- Asghari- Zamani, A., Zadevali- Khaje, Sh., & Gholam- Hoseini, R. (2012). Evaluating the quality of urban life in marginal areas using the statistical analysis model (case study: the northern marginal areas of Tabriz). *Quarterly of Geographic Prospective of Zagros*, 11, 69- 86. [\[link\]](#)
- Bahadoran, K., & Pour Naseh, M. (2013). A Path to Tranquility (1). Tehran: Mehr Kavian. [\[link\]](#)
- Basaknejad, S., Aghajani, A., & Zargar Y. (2011). The efficacy of mindfulness based cognitive therapy on quality of Life and quality of sleep in girl students. *J Psychol Achiev*, 4(2):181-98. [\[link\]](#)
- Bornstein, Ph., & Bornstein, M. (2003). *Marital Therapy* (A. X. Sohrabi, H). Tehran: Rasa Cultural Services Institute. [\[link\]](#)
- Crane, R. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy: distinctive features* (A. X. Jafari, F; Khanipour, H & Mohammadkhani, P). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences publication. [\[link\]](#)
- Ghader Pour, M. (2014). *The Effectiveness of Group Counseling Based on Satir's Communication Approach on Marital Burnout and Divorce in Couples Referred to Counseling Centers*. Master's thesis, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan. [\[link\]](#)
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2013). *Family Therapy* (A. X. Shahi- Baravati, H., & Naghsh-Bandi, S.). Arjmand: Ravan publication. [\[link\]](#)
- Isa-Zadeh, S., Belali, E., & Ghodsi, A. (2010). Investigating the relationship between unemployment and divorce in Iran during 1345-1385. *Quarterly of the Women's Social Cultural Council*, 50, 7-28. [\[link\]](#)
- Jalali, Daruosh; Aghaei, Asghar; Talebi, Hooshang., & Mazaheri, Mohamadali. (2014). Structural Model of Mediator Role of Mindfulness in Relationship between Job Stress and Their Consequences. *Jornal Management System*, 15 (55), 16-33. [\[link\]](#)
- Kaviani .H., Hatami, N., & Shafi- Abadi, A. (2008). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life in depressed individuals. *Journal of New cognitive sciences*. 10 (4); 39-48. [\[link\]](#)
- Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression And Anxiety: A Sixty Day Follow-Up. *Advances in Cognitive Sciences*. 2005; 7 (1):49-59. [\[link\]](#)
- Khademolhoseini, A., Mansorian, H., & satari, M. (2010). Measurement of mental quality of life in urban areas (Case study: Noorabad city, Lorestan province). *Journal of Geography and Environmental Studies*, 1 (3), 45- 60. [\[link\]](#)
- Nabavi- Hesar, J., & Ahmadi, Kh. (2012). Effectiveness of Family Therapy Based on Mindfulness on Women's Coldness on the Eve of Divorce. *Quarterly of Family counseling and psychotherapy*, 2 (3), 412- 424. [\[link\]](#)
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *sjsph*. 4 (4):1-12. [\[link\]](#)

- Rahimi, H. (1999). Study of the causes of divorce in Khorasan province. *Quarterly of Population*, 33 (34), 100- 112. [\[link\]](#)
- Rajabi, G., & Sotude- Navroudi, A. (2011). The impact of mindfulness-based cognitive group therapy on reducing depression and increasing marital satisfaction in married women. *Journal of Gilan University of edical Sciences*, 80: 83- 91. [\[link\]](#)
- Sabet, A. (2010). *Comparison of quality of life in elderly men with different levels of physical activity, city of Shiraz (Shiraz Jahandydegan Association)*. Master's thesis, Faculty of Physical Education and Sports Science, Islamic Azad University Isfahan [\[link\]](#)
- Sajadian, I., Neshat Doost, H., Molavi, H., & Maroofi, M. (2012). Effect Of Mindfulness On Obligation-Obsession Disorder Of Women In Isfahan. *Educational and Psychological Researches*, 9 (1): 127-141. [\[link\]](#)
- Shokravi Amin, F., Alhani, F., Kazemnejad, A., & Vahdani M. (2009). Relationship between regular physical activity (walking) and quality of life. *Quarterly Payesh*, 4: 407-413. [\[link\]](#)
- Tayebi, M ., &Ayoubi, F. (2012). Comparing quality of life between athletes and non-athletes employees in Electricity Distribution Company of Lorestan province. Proceedings of the First National Conference on Physical Education and Sports Sciences in 1391. *Islamic Azad University of Najaf Abad*,p 255. [\[link\]](#)
- Yousefi, N., & Sohrabi, A. (2011). Comparison of the Effect of Family Therapy Approaches Based on the Presence of Mind and Meta-Cognition on the Quality of Marital Relationships among Patients on the Divide. *Quarterly of Family counseling and psychotherapy*, 1 (2), 192- 211. [\[link\]](#)