

Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Dysfunctional Attitudes and Marital Burnout in the Women with Marital Conflict

Kalhor, A., Davodi, *H., Taghvaei, D., Heydari, H.

Abstract

Introduction: The present study was conducted to investigate the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on dysfunctional attitudes and marital burnout in the women with marital conflict.

Method: A semi-experimental design with pretest, posttest and control group with two-month follow-up stage was applied. The statistical population included women with marital conflict who referred to consultation centers in the summer and autumn of 2019 and 2020 in Tehran. A sample with 40 women by marital conflict were selected through purposive sampling method and were randomly divided into experimental and control groups (n= 20 women). After attrition, 34 women remained in the study (16 women in the experimental group and 18 women in the control group). The experimental group received 8 ninety-minute sessions of mindfulness based cognitive therapy during two months. The questionnaires applied in this study included dysfunctional attitudes questionnaire and marital burnout questionnaire. The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA.

Results: The mindfulness cognitive n therapy has had showed significant effect ($p < 0.001$) on dysfunctional attitudes and marital burnout of the women with marital conflict and could decrease inefficient attitudes and marital burnout in these women.

Conclusion: We concluded that the mindfulness based cognitive therapy could be an efficient therapy to promote the dysfunctional attitudes and marital burnout of the women with marital conflicts via correction of cognitive processing, conscious attention, acceptance and conscious behavior techniques.

Keywords: mindfulness based cognitive therapy, dysfunctional attitude, marital burnout, marital conflict.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی

اکرم کلهر^۱، حسین داودی^۲، داود تقوایی^۳، حسن حیدری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۴۰ زن دارای تعارضات زناشویی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۰ زن). پس از ریزش تعداد ۳۴ نفر در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی تأثیر معنادار داشته ($p < 0.001$) و توانسته منجر به کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی این زنان شود.

نتیجه‌گیری: نتیجه اینکه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بهره‌گیری از فنونی همانند اصلاح پردازش شناختی، توجه آگاهانه، پذیرش و رفتارهای آگاهانه می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نگرش‌های ناکارآمد، فرسودگی زناشویی، تعارضات زناشویی.

مقدمه

جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیربنایی به شهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز دارد. به همین دلیل است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید مورد توجه قرار گیرد. خانواده به عنوان اولین ساختار جامعه که پایه و اساس تربیت و تعلیم فرزندان به شمار می‌رود، برای تمام حکومت‌ها و جوامع دارای ارزش فراوانی است. چرا که در صورت بهنجار بودن کارکرد این نهاد اجتماعی، می‌توان شاهد جامعه‌ای پویا و سازنده بود. اساس سلامت خانواده و کارکرد بهینه آن بر پایه روابط سالم زوجین بنا می‌شود (۱). در نخستین روزهای ازدواج، زوجین به یکدیگر احساس تعهد دارند، اما روابط برخی زوجین به مرور دچار تعارض می‌شود، هر چند که بعضاً تفکرات پس از تعارضات زناشویی^۱ نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرآیند دارد (۲). تعارض ممکن است اشکال گوناگون داشته باشد و به صورت افسردگی یکی یا هر دو زوج، سوء رفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین هر دو زوج بروز نموده و نهایتاً منجر به طلاق گردد (۳). تعارض زناشویی شامل عدم توافق زوجین در مورد اکثر موارد مطرح در زندگی زناشویی همانند روابط با اطرافیان، مسائل جنسی، تربیت فرزند، مسائل اقتصادی و... است. این فرآیند به مرور زمان از بین نرفته و آثار روانشناختی و هیجانی منفی در سلامت روانشناختی و هیجانی زوجین بر جای می‌نهد. این در حالی است که تجربه سطوح مختلفی از تعارض، اختلاف نظر و رنجش در تعاملات یک زوج، امری بدیهی و غیرقابل اجتناب است (۴).

بروز تعارضات زناشویی به مرور زمان نگرش و پردازش شناختی زوجین را متأثر ساخته و باعث شکل‌گیری نگرش‌های ناکارآمد^۲ در آنها می‌شود (۵). نوع نگرش افراد نسبت به خود و محیط پیرامون در ایجاد و افزایش ادراکاتشان مؤثر است. افرادی که نگرش‌های سالم و کارآمد دارند، از تدابیر مقابله‌ای سازگارانه و موفق بهره می‌برند و دارای ارتباط بین فردی سالم، رضایت از زندگی و احساس آرامش هستند (۶). افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی می‌انجامد که برای فرد مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند. یافته‌های پژوهشی دولاتی و همکاران (۷) و

براور، ویلیامز، فوراند، دی‌رایینز و بوکتینگ (۸) نشان داده است که نگرش‌های منفی و ناکارآمد با پاره‌ای از اختلال‌های روانشناختی از جمله، اختلال وسواس، اختلال خودبیمارپنداری و اختلال افسردگی نیز در ارتباط است. اختلال‌های روانی مثل اختلال‌های خلقی و روانشناختی از طریق الگوهای پایدار تفکر غیرمنطقی مثل نگرانی یا نشخوار فکری، تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شود. به عبارتی این نشانگان شامل الگوی تفکر پایدار و نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیرمفید و اجتناب است که نتیجه عکس می‌دهند (۹-۱۰).

بروز مشکلات و تعارضات زناشویی در زوجین می‌تواند منجر به فرسودگی زناشویی^۳ در نزد آنان شود (۱۱-۱۲). فرسودگی زناشویی کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است (۱۳). فرسودگی از پا افتادن جسمی و عاطفی و روانی است که از عدم تناسب بین توقعات ناشی می‌شود. فرسودگی روندی تدریجی است و به ندرت به طور ناگهانی بروز می‌کند. در واقع صمیمیت و عشق به تدریج رنگ می‌بازد و به همراه آن احساس خستگی عمومی عارض می‌شود (۱۴). در شدیدترین نوع آن، این فرسودگی منجر به فروپاشی رابطه می‌شود (۱۵). بر این اساس فرسودگی زناشویی نتیجه فرآیند فرسایش است که در آن افراد با انگیزه و متعهد روحیه‌شان را از دست می‌دهند. از آنجاکه فرسودگی زناشویی کاهش عشق و علاقه و افزایش رفتارهای خصمانه را بدنبال دارد، می‌تواند به نارضایتی زناشویی منجر شده و بنیان خانواده را متزلزل سازد (۱۶).

جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی، هیجانی و ارتباطی زنان متعارض روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی بکار گرفته شده است. از روش‌های آموزشی جدید می‌توان به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ اشاره کرد که کارایی بالینی آن در پژوهش‌های صدقی و چراغی (۱۷)؛ شریفی، فاتحی‌زاده، بهرامی، جزایری و اعتمادی (۱۸)؛ بهرامی مصیری و کیان ارثی (۱۹)؛ فروزش یکتا، یعقوبی، موتابی، روشن، غلامی

3. marital burnout

4. mindfulness based cognitive therapy

1. marital conflicts

2. dysfunctional attitudes

ماهه بود. در این پژوهش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی متغیر مستقل و نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره متغیرهای وابسته بودند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران مورد شناسایی قرار گرفتند (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره شهر تهران، تعداد ۱۰ مرکز انتخاب شد). سپس با پخش فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین زنان دارای تعارضات زناشویی پخش شد. با شناسایی زنان داوطلب، پرسشنامه تعارضات زناشویی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه تعارضات زناشویی و نمره‌گذاری آن، زنانی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی کسب کرده بودند، انتخاب شدند. در گام بعد زنان شناسایی شده توسط ملاک‌های ورود به پژوهش بعدی مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن سابقه زندگی زناشویی بالاتر از سه سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده و بروز حوادث پیش‌بینی شده بود. پس از این مرحله، از بین زنان واجد شرایط، تعداد ۴۰ زن انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در ۲ گروه آزمایش و گواه گماشته شدند (هر گروه ۲۰ زن). در نهایت شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد، ولی گروه گواه این مداخلات را دریافت نکرده و به روند درمانی معمول خود در مراکز مشاوره ادامه دادند. از زمان شروع پژوهش ۴ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه ریزش داشتند که تعداد نمونه نهایی در این پژوهش ۳۴ نفر باقی ماند (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه).

فشارکی و امید (۲۰)؛ طاهری فرد و میکائیلی (۲۱)؛ دیره و پشنگیان (۲۲)؛ متکالف و دیمیدجیان (۲۳)؛ هوپ و وود و اسجات (۲۴)؛ هافمن، آنجلیا و گومز (۲۵)؛ کروسول و همکاران (۲۶)؛ کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهارا (۲۷)؛ کوپوبیانکو، ریوس، موریسون و ولز (۲۸)؛ سگال، دیمیدجان، واندرکیوک و لوی (۲۹)؛ یاکسل و ییلماز (۳۰)؛ آدام، دیساتر، دای و گریم (۳۱) مورد تایید قرار گرفته است. ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیشداوری و قضاوت است. اساس ذهن‌آگاهی از تمرین‌های مراقبه بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را افزایش می‌دهد (۳۲). از طریق ذهن‌آگاهی افکار و رفتارهایی که قبلاً ناهشیار یا اتوماتیک بودند، تبدیل به پدیده‌هایی قابل مشاهده می‌شوند که در بدن یا ذهن خود فرد در حال وقوع هستند (۳۳). این حالت به عنوان ادراک مجدد توصیف شده است. یعنی آن چه قبلاً موضوع بود تبدیل به شی می‌شود (۳۴). این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیده، تمرین و مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه حاضر میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار را کاهش می‌دهد (۳۵-۳۶).

حال با توجه به آسیب‌های روانشناختی، ارتباطی و هیجانی در زنان دارای تعارضات زناشویی همچون نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی (۵، ۱۱، ۱۲) و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب همچون شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و تأیید کارایی آن در پژوهش‌های مختلف (۱۷-۳۱) و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی، مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو

ابزار

۱. مقیاس نگرش ناکارآمد (DAS)^۱: مقیاس نگرش ناکارآمد توسط وایزمن و بک در سال ۱۹۷۸ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۰ سؤال و چهار زیرمقیاس: کمال طلبی (سوالات یک تا ۱۰)، نیاز به تأیید (سوالات ۱۱ تا ۲۰)، نیاز به راضی کردن دیگران (سوالات ۲۱ تا ۳۰) و آسیب پذیری (سوالات ۳۱ تا ۴۰) می باشد (۳۷). اما فرم ایرانی این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال و چهار زیرمقیاس کمال طلبی (سوالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۹، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱ و ۲۳)، نیاز به تأیید دیگران (سوالات ۱۸، ۲۲، ۲۴ و ۲۵)، نیاز به راضی کردن دیگران (سوالات ۱، ۲، ۴، ۱۴ و ۱۶) و آسیب پذیری (سوالات ۱۳، ۱۹، ۲۰، ۲۶) است. طیف پاسخ گویی به پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۷) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۸۲ است (۳۸). کسب نمره بالاتر بیانگر وجود نگرش های ناکارآمد بالاتر در نزد فرد است. بک، بروان، استیر و ویسم اعتبار و پایایی این پرسشنامه را برآورد و ضرایب رضایت بخشی به دست آوردند. این مقیاس در مدت بیش از شش هفته دارای ضریب پایایی بالا (۰/۹۰) بود، و با ثبات درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ است (به نقل از ۳۸). در پژوهش ابراهیمی و موسوی (۳۹) نیز ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه مورد بررسی و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ و ضریب همبستگی با فرم اصلی و روایی پیش بینی آن از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه سلامت روان ۰/۵۶ به دست آمد. در پژوهش رئیسی دستگردی و عارفی (۳۸) پایایی پرسشنامه حاضر به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های کمال طلبی، نیاز به تأیید، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه فرسودگی زناشویی (MBQ)^۲: پرسشنامه فرسودگی زناشویی توسط پاینز در سال ۱۹۹۶ ابداع گردید. این پرسشنامه ۲۰ ماده دارد که شامل ۳ جزء اصلی خستگی جسمی (مثلاً احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات

خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل احساس بی ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) می باشد (۴۰). تمام این موارد روی یک طیف هفت امتیازی پاسخ داده می شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر. طیف پاسخ گویی آن از نوع لیکرت (از ۱= هرگز تا ۷= همیشه) است (۴۱). کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۰ و بیشترین نمره ۱۴۰ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده احساس دلزدگی زناشویی بیشتر است. ضریب قابلیت اعتماد آزمون - بازآزمون ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه، و ۰/۶۶ برای دوره چهارماهه به دست آمده است. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی ها با ضریب ثابت آلفا سنجیده شد، که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (۴۰). در ایران نیز نعیم (۴۲) این پرسشنامه را بر ۲۴۰ نفر بررسی نمود و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش اردشیری لردجانی و شریفی (۱۳) برای نمره کلی ۰/۸۹ و برای ابعاد آن از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بدست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید.

۳. پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ)^۳: پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی در سال ۱۳۷۵ ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به دست می دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می باشد (۴۳). این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان سنجی آن به این شرح گزارش شده است:

1. Dysfunctional Attitude Scale
2. Marital Burnout Questionnaire

3. Marital Conflict Questionnaire

گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۲۵ تا ۲۸ سال (تعداد ۴ نفر معادل ۲۵ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۲۹ تا ۳۲ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۲۷/۷۷ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۵ نفر معادل ۳۱/۲۵ درصد) و گواه (تعداد ۶ نفر معادل ۳۳/۳۳ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی رعایت شده است ($p > 0/05$).

آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرد مقیاس کاهش همکاری ۰/۳۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (به نقل از ۴۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه اولین اقدام پژوهشگر تدوین فرم‌های مربوط به رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی جهت ارائه به شرکت‌کنندگان (زنان متعارض) بود. در این فرم‌ها مواردی مانند: محرمانه بودن اسم و مشخصات شرکت‌کنندگان در پژوهش در تمام مراحل، همچنین توضیحاتی در رابطه با اهداف پژوهش و دستورالعمل تکمیل پرسشنامه‌ها و اهمیت رعایت اصل صداقت در پاسخ‌گویی به سؤالات داده شده، همچنین وجود حق انصراف شرکت‌کنندگان و روش‌های جایگزین برای آنها مورد توجه بود. انجام فرآیند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان انتخاب شده (۴۰ زن دارای تعارضات زناشویی) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ زن در گروه آزمایش و ۲۰ زن در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ جلسه دریافت نمودند. از زمان شروع پژوهش ۴ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه ریزش داشتند که تعداد نمونه نهایی در این پژوهش ۳۴ نفر باقی ماند (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه). این در حالی بود که زنان حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را در صورت تمایل دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو

جدول (۱) مداخلات مربوط به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴۴)

جلسه	موضوع	خلاصه جلسه
اول	هدایت خودکار	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آنها، تعیین خط مشی گروه و توضیح پیرامون تعارضات زناشویی، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه واریسی بدن. تکلیف: انجام یکی از کارهای روزمره با ذهن آگاهی و واریسی بدن
دوم	چالش با موانع	ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تمرین واریسی بدن، آموزش مهارت‌ها و کاربرد تمرین‌های ذهن آگاهانه بر زندگی روزمره و تأثیر آن بر کیفیت روابط و احساسات مثبت زوجین، آموزش قضاوت نکردن همدیگر و اجتناب از واکنش‌های عجولانه و تکانشی، تکلیف: آوردن توجه به یکی دیگر از فعالیت‌های روزمره، ثبت وقایع خوشایند، واریسی بدن و ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه
سوم	ذهن آگاهی در هیجانان	آموزش و تمرین شناسایی و توصیف هیجان و تمرین توجه آگاهانه به هیجان‌ها و مدیریت آن (به عنوان یکی از ملزومات داشتن ارتباط توأم با ذهن آگاهی "خودتنظیمی هیجانی"). آموزش مدیریت افکار و احساسات منفی. تکلیف: ثبت هیجانان مثبت و منفی
چهارم	ماندن در لحظه	تمرین ذهن آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن، داستان ببرهای گرسنه، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین واریسی بدن. آموزش و تمرین فعالیت مراقبه مهرورزی نسبت به خویشتن و همسر؛ آموزش مکالمه توأم با ذهن آگاهی با تعهد به تکلم بدون خشونت. تکلیف: واریسی بدن، استفاده از مکالمه همراه با ذهن آگاهی، مکث سه دقیقه‌ای
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن	تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، پذیرش، تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، آموزش پذیرش بنیادین و تمرین قضاوت مثبت و منفی، تمرین مکث سه دقیقه‌ای (به همراه احساس پذیرا بودن)، تمرین واریسی بدن. تکلیف: ثبت قضاوت‌های مثبت و منفی و مکث سه دقیقه‌ای
ششم	افکار واقعیت نیستند	افکار جانشین، آموزش روابط زناشویی و صمیمیت توأم با ذهن آگاهی، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین واریسی بدن. تکلیف: واریسی بدن، مکث سه دقیقه‌ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند
هفتم	مراقبت از خود	ارتباط بین خلق و احساسات، چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، تمرین واریسی بدن. تکلیف: تهیه لیستی از فعالیت‌های انرژی‌بخش و خسته کننده
هشتم	به کارگیری آموخته‌ها و تمرین‌ها در آینده	تمرین واریسی بدن، بحث پیرامون تداوم تمرین‌ها و برنامه‌ریزی جهت انجام آن، بررسی مشکلات که مانع از انجام تکالیف می‌شوند.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نگرش‌های ناکارآمد	گروه آزمایش	۱۲۲/۶۸	۱۴/۰۳	۱۱۰/۰۶	۱۱/۴۶	۱۲/۲۵	۱۱/۴۸
	گروه گواه	۱۲۳/۴۴	۱۰/۰۳	۱۲۴/۷۲	۹/۶۳	۱۲۳/۶۱	۹/۷۷
فرسودگی زناشویی	گروه آزمایش	۱۰۷/۲۵	۱۲/۱۸	۹۴/۸۱	۱۲/۹۶	۹۶/۶۲	۱۲/۹۸
	گروه گواه	۱۰۵/۵۰	۱۰/۱۷	۱۰۶/۴۴	۱۰/۴۴	۱۰۶/۰۶	۱۰/۰۷

افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوس-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر نگرش‌های ناکارآمد (۹۹/۱۰) و برای متغیر فرسودگی زناشویی (۹۴/۵۵) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی) در دو مرحله

از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی) معنادار نبوده است ($p > 0.05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی رعایت نشده است ($p < 0.05$). بر این اساس با برآورده نشدن پیش‌فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول

پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ میانگین گروه آزمایش و

گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۳) تأثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه‌آزادی	میانگین مجزورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
نگرش‌های ناکارآمد	مراحل	۱/۱۸	۵۶۰/۳۳	۷۳/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
	گروه‌بندی	۲۰۲۴/۶۱	۲۰۲۴/۶۱	۱۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۸
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۸۹۳/۹۷	۱/۱۸	۷۵۳/۶۳	۹۹/۱۰	۰/۰۰۰۱	۱
خطا	۲۸۸/۶۷	۳۷/۹۵	۷/۶۰	-	-	-	-
فرسودگی زناشویی	مراحل	۱/۶۰	۳۸۲/۸۵	۷۱/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
	گروه‌بندی	۹۷۲/۸۹	۹۷۲/۸۹	۱۶/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۸۰۹/۴۴	۱/۶۰	۵۰۵/۱۸	۹۴/۵۵	۰/۰۰۰۱	۱
خطا	۲۷۳/۹۳	۵۱/۲۷	۵/۳۴	-	-	-	-

جدول ۴) میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مولفه	مرحله	مقدار t	درجه‌آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
نگرش‌های ناکارآمد	پیش‌آزمون	۰/۱۸	۳۲	-۰/۷۵	۴/۱۴	۰/۸۱
	پس‌آزمون	-۴/۰۵	۳۲	-۱۴/۶۵	۳/۶۱	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۳/۱۱	۳۲	-۱۱/۳۶	۳/۶۴	۰/۰۰۴
فرسودگی زناشویی	پیش‌آزمون	۰/۴۵	۳۲	۱/۷۵	۳/۸۳	۰/۶۵
	پس‌آزمون	-۲/۵۵	۳۲	-۱۰/۸۸	۴/۲۶	۰/۰۱
	پیگیری	-۲/۳۸	۳۲	-۹/۴۳	۳/۹۶	۰/۰۲

بحث

یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به کاهش نگرش‌های ناکارآمد این زنان شود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش صدقی و چراغی (۱۷)؛ بهرامی مصیری و کیان ارثی (۱۹)؛ طاهری‌فرد و میکائیلی (۲۱)؛ متکالف و دیمیدجیان (۲۳)؛ کروسول و همکاران (۲۶)؛ کروسکا و همکاران (۲۷)؛ کوپوبیانکو و همکاران (۲۸)؛ آدام و همکاران (۳۱) بود. چنان که صدقی و چراغی (۱۳۹۷) با بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار نشان دادند که این درمان منجر به بهبود بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری این زنان شده بود. همچنین بهرامی مصیری، و کیان ارثی (۱۹) با بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم وسواس فکری - عملی و افزایش رضایت زناشویی

همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۸۱) و (۰/۶۵) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۱) و پیگیری (۰/۰۰۴ و ۰/۰۲) در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته منجر به کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

ادامه می‌دهند و به رفع نواقص و اشکالات خود در جلسات می‌پردازند. همچنین به نظر می‌رسد که ذهن‌آگاهی از طریق آموزش کنترل توجه می‌تواند مؤثر واقع شود. روش ذهن‌آگاهی به عنوان توجه بدون قضاوت به تجارب درونی به زنان دارای تعارضات زناشویی اجازه می‌دهد تا با کاهش پاسخ‌های خودکار به تجارب استرس‌زا بپردازند. با گذشت زمان و افزایش آگاهی و پذیرش رویدادهای زندگی (که می‌تواند تغییر کند)، فعال‌سازی سیستم‌های پاسخ به استرس و نشانه‌های روانشناختی کاهش می‌یابد. همچنین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به زنان دارای تعارضات زناشویی، مهارت‌های شناختی و رفتاری مورد نیاز جهت مدیریت استرس، اضطراب و علائم و نشانگان آسیب‌های روانشناختی و هیجانی را آموزش می‌دهد. این مهارت‌ها می‌تواند ترس و هراس همراه با استرس، اضطراب و علائم آسیب‌های روانشناختی را کاهش دهد و به زنان دارای تعارضات زناشویی کمک می‌کند تا رویکردی با فعالیت‌های سالم و مدیریت احساسات در زندگی با وجود داشتن مشکلات زناشویی داشته باشند. در این مداخله یک چرخه مثبت رفتاری و تغییر شناختی حادث می‌گردد و در نتیجه بهبود در عملکرد روانی، هیجانی و اجتماعی رخ می‌دهد. این فرآیند سبب می‌شود تا چرخه تفکر منفی زنان دارای تعارضات زناشویی نیز شکسته شده و نگرش‌های ناکارآمد آنها کاهش یابد.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به کاهش فرسودگی زناشویی این زنان شود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش شریفی و همکاران (۱۸)؛ فروزش یکتا و همکاران (۲۰)؛ دیره و پشنگیان (۲۲)؛ هوپ وود و اسپجات (۲۴)؛ هافمن، آنجلیا و گومز (۲۵)؛ سگال و همکاران (۲۹)؛ یاکسل و بیلماز (۳۰) بود. شریفی و همکاران (۱۸) با بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر سازگاری زناشویی زنان دارای وابستگی بین‌فردی نشان دادند که این درمان بر سازگاری زناشویی زنان دارای وابستگی بین‌فردی تأثیر معنادار دارد. همچنین فروزش یکتا و همکاران (۲۰) با بررسی تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روانشناختی، تنظیم هیجان و ارتقای رضایت زناشویی زنان

زنان متأهل دریافتند که درمان ذهن‌آگاهی منجر به کاهش وسواس فکری - عملی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل شده بود. در نهایت طاهری‌فرد و میکائیلی (۲۱) در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر اضطراب اجتماعی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر معنادار دارد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان بیان کرد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌ای خالی از قضاوت، سبب بهبود مهارت‌های حل مسأله افراد می‌شود. منطبق با این مفاهیم و مبانی نظری، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ارائه اصول و روش‌های حل مسأله سبب شد تا زنان متعارض به جای اجتناب از ارتباط با همسر خود، به دنبال حل کردن مشکلات ارتباطی با همسر خود بوده و از این طریق نگرش‌های ناکارآمد خود نسبت به همسرشان را کاهش دهند بر این اساس شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب می‌شود تا زنان متعارض، با افکار و پردازش‌های شناختی ناکارآمدی که به روابط زوجی آنان آسیب وارد می‌سازد، درآمیخته نشده و با نظاره‌گر بودن افکار دریابند که درآمیختگی با افکار و هیجان‌ات به تخریب بیشتر روابط انجامیده و سبب می‌شود تا آنان قدرت و انرژی لازم را در جهت بهبود مؤلفه‌های ارتباطی با همسر خود را از دست دهند. این فرآیند سبب می‌گردد که زنان متعارض با پردازش اطلاعات قوی‌تر و بکارگیری قدرت حل مسأله سازمان یافته‌تر، به شیوه هنجارمندتری عوامل بروز و ایجاد تعارضات زناشویی را مورد بررسی و کنکاش قرار دهند و با تمرکز بر بکارگیری شیوه‌های حل تعارض، نگرش ناکارآمد کمتری را تجربه کنند.

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال مراجع می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند (۲۷) و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله زنان دارای تعارضات زناشویی می‌شود و آنان در آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود

خطاهای پردازش شناختی خود در طی این تکنیک‌ها، میزان آگاهی خویش را نسبت به مشکلات روانشناختی و ارتباطی بالا برده و این امر منجر به کاهش گزارش نشانه‌های روانشناختی و زناشویی در آنها شده و به مرور فرسودگی زناشویی آنها کاهش می‌یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران؛ عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی، عدم تمایل بعضی از زنان جهت شرکت در پژوهش حاضر و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری (همانند زنان مطلقه، زوجین متعارض و...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی اکرم کلهر در دانشگاه آزاد واحد اراک بود. بدین وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

1. Bayerman S, Kleverston E. Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *Social and Behavioral Sciences*. 2014; 2(11): 223-32.
2. Wilson SJ, Andridge R, Peng J, Bailey BE, Malarkey WB, Kiecolt-Glaser JK. Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*. 2017 Nov 1; 85: 6-13.
3. Cribbet MR, Smith TW, Uchino BN, Baucom BR, Nealey-Moore JB. Autonomic influences on heart rate during marital conflict: Associations with high frequency heart rate variability and cardiac pre-ejection period. *Biological Psychology*. 2020 Mar 1; 151: 107-12.
4. Gao T, Meng X, Qin Z, Zhang H, Gao J, Kong Y, Hu Y, Mei S. Association between parental marital conflict and Internet addiction: A moderated mediation analysis. *Journal of affective disorders*. 2018 Nov 1; 240: 27-32.
5. Kaviani Z, Hamid N, Enayati M. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based on Religious Attitudes on Resiliency and Dysfunctional Attitudes

ناسازگار دریافتند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند پریشانی روانشناختی انی زنان را کاهش و تنظیم هیجان و رضایت زناشویی آنها را افزایش دهد. در نهایت دیره و پشنگیان(۲۲) گزارش کرده‌اند که آموزش ذهن‌آگاهی زوجی بر ارتقاء احساسات مثبت زوجین جوان اثر معنادار دارد. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان بیان نمود که ارائه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به زنان دارای تعارضات زناشویی باعث می‌شود که آنان با آگاهی از خلق و عواطف مثبت و منفی خود و استفاده درست پذیرش آنها و ابراز هیجانات، مخصوصاً هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند(۲۰) که به تبع آن میزان فرسودگی در آنان کاهش و میزان پذیرش و همچنین قدرت مقابله‌ای و تحمل پریشانی افزایش پیدا خواهد کرد. به عبارت دیگر، بنابراین آموزش آن به زنان متعارض، باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی، روانشناختی و هیجانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان شود. این فرایند باعث شد که آنها با بکارگیری قدرت پذیرش، خود را از دام افکار و هیجانات آسیب‌رسان رها کرده و فرسودگی زناشویی کمتری را تجربه نمایند، می‌توان گفت که زنان دارای تعارضات زناشویی ممکن است به دلیل شرایط روان‌شناختی و محیط زندگی زناشویی خود، دچار خطای پذیرش و انتظار خلاف واقعیت از خود و همسر خود باشند. بر این اساس درمان ذهن‌آگاهی با بکارگیری تکنیک پذیرش، با آنها یاری می‌رساند که خود و همسر خود را همانگونه که هستند، بپذیرند و با اصلاح رفتار خود، انتظارات واقع‌بینانه‌ای از زندگی زناشویی خود داشته باشد. این فرایند سبب می‌شود که تعاملات هیجانی و زناشویی آنها بهبود و فرسودگی زناشویی آنها کاهش یابد. از طرفی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به تکنیک‌های مهمی از جمله تن‌آرامی، تکنیک واریسی بدن، ذهن‌آگاهی و تغییر و اصلاح پردازش شناختی مجهز است و آموزش این تکنیک‌ها به زنان دارای تعارضات زناشویی می‌تواند میزان تنش‌های روانی آنان را کاهش دهد. زیرا آنان با آگاه شدن از احساسات جسمانی و روانی خویش و همیشه با آگاهی از

- psychological well-being and resilience of female-headed households. *Journal of Family Research*. 2018; 14 (56): 549-62. [Persian]
18. Sharifi M, Fathizadeh M, Bahrami F, Jazayeri RS, Etemadi O. The Effectiveness of Mindfulness-integrated transactional analysis therapy on marital quality of women with interpersonal dependency. *Journal of Women and Society*. 2018; 9 (4): 177-96. [Persian]
19. Bahrammasir A, Kiyani-Ersi F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Reduction of Obsessive Compulsive Disorder Symptoms and Increase Marital Satisfaction of Married Women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2019 Feb 10; 21(7): 18-27. [Persian]
20. Forouzesh Yekta F, Yaghubi H, Mootabi F, Roshan R, Gholami Fesharak M, Omid A. The Effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction Program on Distress, Emotion Regulation and Marital Satisfaction in Non-Marital Distressed Women. *Clinical Psychology Studies*. 2018; 8 (31): 67-90. [Persian]
21. Taherifard M, Mikaeili N. The effectiveness of cognition-based mindfulness therapy on social anxiety, resilience and emotion regulation in women victims of domestic violence. *Journal of Clinical Psychology Andisheh v Raftar*. 2019; 13 (51): 17-26. [Persian]
22. Deire E, Pashangian N. The Effectiveness of Couples' Mindfulness Training on Promoting the Positive Emotions of Young Couples in Bushehr. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*. 2019; 34 (2): 1-18. [Persian]
23. Metcalf CA, Dimidjian S. Extensions and mechanisms of mindfulness-based cognitive therapy: A review of the evidence. *Australian Psychologist*. 2014 Oct; 49(5): 271-9.
24. Hopwood TL, Schutte NS. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clinical Psychology Review*. 2017 Nov 1; 57: 12-20.
25. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*. 2017 Dec 1; 40(4): 739-49.
26. Crosswell AD, Moreno PI, Raposa EB, Motivala SJ, Stanton AL, Ganz PA, Bower JE. Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*. 2017 Dec 1; 86: 78-86.
27. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of affective disorders*. 2018 Jan 1; 225: 326-36.
28. Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a randomised feasibility trial. *Psychiatry research*. 2018 Jan 1; 259: 554-61.
- of Couples. *Journal Management System*. 2013 Nov; 8 (32): 189-203. [Persian]
6. Moghtader L. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing rumination, dysfunctional attitude and negative automatic thoughts in patients with generalized anxiety disorders. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2016; 27(9): 825-35. [Persian]
7. Dowlati Y, Segal ZV, Ravindran AV, Steiner M, Stewart DE, Meyer JH. Effect of dysfunctional attitudes and postpartum state on vulnerability to depressed mood. *Journal of affective disorders*. 2014 Jun 1; 161: 16-20.
8. Brouwer ME, Williams AD, Forand NR, DeRubeis RJ, Bockting CL. Dysfunctional attitudes or extreme response style as predictors of depressive relapse and recurrence after mobile cognitive therapy for recurrent depression. *Journal of affective disorders*. 2019 Jan 15; 243: 48-54.
9. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive behaviors*. 2007 Oct 1; 32(10): 2120-9.
10. Keng SL, Seah ST, Tong EM, Smoski M. Effects of brief mindful acceptance induction on implicit dysfunctional attitudes and concordance between implicit and explicit dysfunctional attitudes. *Behaviour research and therapy*. 2016 Aug 1; 83: 1-10.
11. Ahmadi M, Zaharakar K, Davarniya R, Rezaiee M. The effectiveness of brief self-regulation couple therapy on couple burnout in couples of Saveh city. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016 Jan 10; 22(139): 64-75. [Persian]
12. Mohammadi M, Sheykh Hadi Siruii R, Garafar A, Zaharakar K, Shakarami M, Davarniya R. Effect of group cognitive behavioral couples therapy on couple burnout and divorce tendency in couples. *Armaghane Danesh*. 2017; 21(11): 1069-86. [Persian]
13. Ardeshiri Lordjani F, Sharifi T. Effectiveness of positivist psychotherapy on marital forgiveness and burnout in the women damaged by marital betrayal. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2018 Sep 10; 4(1): 33-46. [Persian]
14. Karimi P, Karami J, Dehghan F. Relationship between attachment styles and conflict resolution styles and married employee's marital burnout. *Quarterly Journal of Women and Society*, 2014; 5 (4): 53-71. [Persian]
15. Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T. Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*. 2011 Dec; 74(4): 361-86.
16. Huston TL. What's love got to do with it? Why some marriages succeed and others fail. *Personal Relationships*. 2009 Sep; 16(3): 301-27.
17. Sedghi P, Cheraghi A. Investigating the effectiveness of mindfulness training on

- Ahvaz 2008. *Journal of Social Psychology*. 2008; 4(11): 61-78.
42. Naeem S. Relationship between marital boredom, intimate relations with spouse and marital conflicts with violence against women in Ilam city [M. Sc. Dissertation]. Ahvaz, Islamic Azad University, 2008. P. 1-50. [Persian]
43. Ghamari M. The effectiveness of solution-focused counseling in decreasing different dimensions of marital conflict of dual-career couples. *Journal of Family research*. 2007; 5(19): 347-59. [Persian]
44. Lovas DA, Schuman-Olivier Z. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2018 Nov 1; 240: 247-61.
29. Segal Z, Dimidjian S, Vanderkruik R, Levy J. A maturing mindfulness-based cognitive therapy reflects on two critical issues. *Current opinion in psychology*. 2019 Aug 1; 28: 218-22.
30. Yüksel A, Yılmaz EB. The effects of group mindfulness-based cognitive therapy in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse education today*. 2020 Feb 1; 85: 104-10.
31. Adam F, De Sutter P, Day J, Grimm E. A Randomized Study Comparing Video-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy With Video-Based Traditional Cognitive Behavioral Therapy in a Sample of Women Struggling to Achieve Orgasm. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020 Feb 1; 17(2): 312-24.
32. Rash JA, Kavanagh VA, Garland SN. A meta-analysis of mindfulness-based therapies for insomnia and sleep disturbance: moving towards processes of change. *Sleep medicine clinics*. 2019 Jun 1; 14(2): 209-33.
33. Semple RJ, Lee J. Mindfulness-based cognitive therapy for children. In *Mindfulness-based treatment approaches 2014* Jan 1 (pp. 161-188). Academic Press.
34. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*. 2006 Mar; 62(3): 373-86.
35. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EM. Mindfulness-based approaches for children and youth. *Current problems in pediatric and adolescent health care*. 2016 Jun 1; 46(6): 172-8.
36. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2017 Aug 1; 95: 29-41.
37. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. The 62nd annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy. Ontario, Canada. 1978 Mar; 1-33.
38. Reisi DM, Arefi M. Effectiveness of Cognitive Therapy based on Douglas model on inefficient attitudes and worry in students with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Exceptional Children Empowerment*. 2019 fall; 10 (3): 85-95. [Persian]
39. Ebrahimi A, Moosavi SG. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale-26 items: factor structure, reliability and validity in Psychiatric outpatients. *scientific journal of Ilam university of medical sciences*. 2013 Oct 10; 21(5): 20-8.
40. Pines A. *Couple burnout: Causes and cures*. Routledge; 2013 Dec. 1-27.
41. Naderi F, Eftekhari Z, Amlazadeh S. The relationship between personality traits and intimate relations with marital burnout in Wife addicted men