مقاله پژوهشی

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان دارای شوهر معتاد

محجوبه علیمرادی[1*]، سوسن دیده دار[2]، حمید ذوالفقاری[3]، وحید مصطفی پور[1]، حسین فرخی[3]

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی فیروزآباد، فارس، ایران
۳- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به‌عنوان یک بیماری ازجمله آسیب‌هایی است که بر کیفیت زندگی خانواده‌ها و زوجین تأثیر می‌گذارد و ممکن است باعث افسردگی در بین دیگر اعضای خانواده شود. تحقیق حاضر جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان دارای شوهر معتاد انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهشی نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای شوهر معتاد مراجعه‌کننده به مرکز جامع سلامت شهرستان فسا در سال ۱۳۹۳ بود. برای تعیین حجم نمونه ۳۰ نفر از زوجین مراجعه‌کننده با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن را دریافت کردند و به اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی بک و کیفیت زندگی (QOL) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای شوهر معتاد مؤثر بود ($P\leq ۰/۰۰۱$) و این درمان باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان در پس‌آزمون گروه آزمایش شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش افسردگی زنان و به دنبال آن افزایش کیفیت زندگی دارای همسر معتاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: ذهن آگاهی، افسردگی، کیفیت زندگی، زنان دارای شوهر معتاد

مقدمه

اعتیاد از زمان‌های قدیم بر جوامع بشری تأثیر گذاشته است. این پدیده امروزه به‌عنوان یک وضعیت اجتماعی، بهداشتی و پزشکی ساختار خانواده و جامعه انسانی را در برگرفته است (۱، ۲). اختلالات روان‌پزشکی همراه با اعتیاد تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و مسائل مربوط به ارتباطات اجتماعی به همراه داشته است و پیامدهای این بیماری هزینه‌های بسیار گزافی را بر دولت‌ها بر جای خواهد گذاشت (۳). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلالات مربوط به مواد (سوءمصرف مواد، وابستگی به مواد، مسمومیت از مواد و ترک مواد) به‌عنوان یک دسته از اختلالات مطرح‌شده است (۴). در این میان یکی از عواملی که بر روی خانواده‌ها در سراسر جهان به‌خوبی مستند شده است اثرات منفی الکل و اعتیاد است. سوغات اعتیاد برای خانواده‌ها چیزی جز پریشان‌حالی و نگرانی نیست. خوشی و شادمانی از خانواده معتاد رخت برمی‌بندد و شیرازه زندگی از هم می‌پاشد. درواقع از

*نویسنده مسئول: **محجوبه علیمرادی**، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
Email;mahjoobehalimoradi@yahoo.com
https://orcid.org/0000-0003-0866-5456

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

پیامدهای اعتیاد می‌توان به مشکلات شدید جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای فرد وابسته به مواد و خانواده وی اشاره کرد. زنانی که با همسر معتاد زندگی می‌کنند، تحت تأثیر مصرف مواد همسر قرار می‌گیرند (۵). همسران افراد معتاد باید عارضه-های روانی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد همسران خود را تحمل کنند. از بین عوارض روانی زنانی که دارای همسر معتاد هستند، به افسردگی اشاره‌شده است (۶، ۷).

افسردگی، از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا جهت مجموعه‌ای از علائم اختلال خلق برای DSM-III در سال ۱۹۸۰ به کار رفت و با روند رو به رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است (۸، ۹). علل افسردگی از دیدگاه‌های متعددی موردبررسی قرارگرفته و تاکنون یک دیدگاه جامع که بتواند علل افسردگی را در افراد گوناگون را توضیح دهد، وجود ندارد. بااین‌وجود، برخی دیدگاه‌ها بیشتر موردقبول و تأیید هستند. به‌عنوان‌مثال پیش‌فرض نظریه‌های زیست‌شناختی این است که علت افسردگی یا در ژن‌ها نهفته است که از طریق توارث از والدین منتقل می‌شود یا نارسایی عمل فیزیولوژیایی که ممکن است پایه ارثی یا غیر ارثی داشته باشد (۱۰)؛ در دیدگاه بین فردی بر روابط بین فردی به‌عنوان عامل ایجاد افسردگی تأکید می‌شود؛ مدل شناختی علل افسردگی را تحریف‌های شناختی و افکار ناکارآمد منفی (۱۱)؛ مدل درمانگی آموخته‌شده علل افسردگی را انتظار فرد در مورد اینکه وقایع بد رخ خواهند داد و او نمی‌تواند از وقوع آن‌ها جلوگیری کند، ذکر می‌کند (۱۲).

کیفیت زندگی یک موضوع مهم در رشته‌های مختلف ازجمله روان‌شناسی محسوب می‌شود. کیفیت زندگی یک موضوع مهم در رشته‌های مختلف ازجمله روانشناسی محسوب می‌شود. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) (۲۰۱۳) کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی ازنظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (۱۳). در روابط خانوادگی، اعتیاد افراد متأهل تأثیر منفی بر کیفیت زندگی کلیه اعضای خانواده به‌خصوص همسران دارد (۱۴). نتایج پژوهش نجفی و همکاران (۱۳۸۴) که به‌منظور مقایسه کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد با گروه شاهد صورت گرفت نشان داد که زنان دارای همسر معتاد علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی بیشتری را نسبت به گروه شاهد نشان می‌دهند (۱۵).

در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکرد متفاوت به دنبال کاهش افسردگی و درنتیجه افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلابه اعتیاد هستند. ازجمله این رویکردها می‌توان به رویکرد شناختی– رفتاری، عقلانی – هیجانی، سیستمی، نظریه انتخاب و تحلیل روابط متقابل اشاره کرد در میان دیدگاه‌های مختلف روان‌شناسی رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت ازنظر عمق تئوری و کاربرد وسیع و متنوع آن بسیار برجسته است.

مروری برنوشته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعات اخیر رویکردهای جدید موسوم به موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری را در ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش علائم افسردگی و اضطراب مورد کاوش قرار داده‌اند که در سال‌های اخیر به شکل گسترده‌ای با ترکیب و تلفیق تمرین‌های سنّتی و آیینی حضور ذهن با روش‌های روان‌شناختی رایج، در راستای ارتقاء کیفیت زندگی و بهزیستی روانی به کار گرفته‌شده‌اند (۱۶، ۱۷، ۱۸). تعدادی از محققان متوجه شدند که درمان MBCT در بیماران با سه دوره افسردگی اساسی در جلوگیری از عود افسردگی مؤثراست (۱۷). در مطالعه‌ای تعدادی از محققان دریافتند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث بهبود بیماران افسرده‌ای شده است که به هیچ شیوه درمانی جواب نداده بودند (۱۹). در مطالعه‌ی Michalak و همکاران (۲۰۰۸) با استفاده از روش‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر ۲۵ بیمار افسرده با پیگیری دوساله دیده شد که این درمان نه‌تنها در کاهش افسردگی، بلکه در جلوگیری از عود افسردگی نیز مؤثر است (۲۰). تیزدل، سگال، ویلیامز، ریدگووی، سولاسبی و لائو نشان دادند که در بیمارانی که دو یا سه دوره افسردگی اساسی داشتند MBCT به‌طور معنی‌دار در کاهش افسردگی مؤثر بوده است (۲۱). در رابطه با تأثیر روش‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی، نتایج به‌دست‌آمده حاکی از تأثیر به سزای این روش در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلابه ایدز (۲۲)، سرطان (۲۳، ۲۴)، بیماران دیابتی (۲۵) است. همچنین می‌توان به پژوهش‌های انجام‌شده‌انجام‌شده در ایران نیز می‌توان به تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد افسرده (۲۶)، کیفیت زندگی بیماران دیابتی (۲۷، ۲۸) اشاره نمود. نتایج پژوهش اصغری و همکاران نیز (۱۳۹۱) درباره اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به‌طور معناداری موجب افزایش تنظیم

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

هیجان و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر معتاد شده است (۲۹). علاوه بر این اثربخشی MBCT در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در پژوهش‌های راس و رابینز (۳۰)، کارلسون، بولتز و موریس (۳۱)، دیمیجیان و همکاران (۳۲)، گلدفرین و همکاران (۳۳)، ون لارهون (۳۴) و نشاط دوست، نیلفروش زاده و دهقانی (۳۵) مورد تائید قرارگرفته است.

در ایران مطالعات مربوط به اعتیاد بیشتر بر برآوردهای شیوع، نوع مواد مصرفی، نگرش به مصرف مواد و عوامل پیش‌بین، خطرساز یا محافظت‌کننده و ضعف مهارت‌های زندگی در افراد در معرض خطر اعتیاد و گاهی به آزمون قرار دادن مداخله‌های روان‌شناختی در مقایسه با درمان دارویی متمرکز بوده است، این در حالی است که پژوهش‌های مربوط به خانواده و به‌ویژه همسران این افراد کمتر ورد توجه پژوهشگران ایرانی و حتی خارج از ایران قرارگرفته است. بااین‌حال مطالعات پژوهشی بسیار بر آثار مخرب اعتیاد بر خانواده‌ها متمرکز بوده‌اند (۳۶). از سوی دیگر گروه‌درمانی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در بهبود بسیاری از مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی و به‌طورکلی کیفیت زندگی می‌تواند مؤثر و مفید است. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای شوهر معتاد است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش که ازنظر هدف کاربردی و از حیث روشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی زنان دارای شوهر معتاد شهرستان فسا بود که در سال ۱۳۹۳ به مرکز جامع سلامت شهرستان فسا مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد بدین‌صورت که از میان ۸۸ زن که به فراخوان پاسخ مثبت دادند، ۳۰ نفر با روش مصاحبه و پرسشنامه افسردگی و کیفیت زندگی زناشویی انتخاب شدند. سپس ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را دریافت کرد درحالی‌که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از اینکه: ۱- همسر در زمان مطالعه معتاد باشد (شامل معتادانی که به مراکز اعتیاد مراجعه می‌کنند، معتادان زندانی و سایر معتادان)، ۲- داشتن حداقل یک سال سابقه اعتیاد همسر، ۳- عدم داشتن اختلالات حاد روان‌شناختی، ۴- متقاضی طلاق نبودن، ۵- عدم دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی در خارج از جلسات درمان، ۶- زن در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال قرار داشته و ۷- برای شرکت در پژوهش رضایت کامل داشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: ۱- زنانی که قبل از ازدواج مصرف‌کننده مواد بودند و یا همسران آن‌ها معتادان کارتن‌خواب بودند، ۲- غیبت بیش از دو جلسه درمانی.

در ادامه و بعد از گروه‌بندی اعضای نمونه گروه‌درمانی شناختی درمانی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیزدل (Segal, Williams & Teasdale) (۳۷) در طی ۸ جلسه (هر جلسه به مدت ۷۰ تا ۱۰۰ دقیقه) در مرکز جامع سلامت شهر فسا برگزار شد. محتوای جلسات گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن در جدول ۱ آمده است.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین‌شده است (۳۸). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند BDI و BDI-II نیز ۲۱ سؤالی است و تمام عناصر افسردگی را بر اساس رویکرد شناختی پوشش می‌دهد. نمره افراد افسرده ازنظر بالینی در دامنه بین ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. نتایج مطالعات بک، ایپستین و براون نشان داد که این پرسشنامه دارای روایی درونی بالایی است (۳۹). ثبات درونی این آزمون ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای هر گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش‌شده است. همچنین میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه‌شده است (۴۰). میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی (QOL): داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به کمک آزمون ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جمع‌آوری شد. از سال ۱۹۹۶، اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف موردبررسی قرارگرفته است (۴۱). بونومی و همکاران در بررسی‌های خود پایایی درونی آزمون را ۰/۹۵ اعلام نمودند (۴۲). این پرسشنامه به‌طور هم‌زمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه‌شده است. استانداردسازی، ترجمه

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

جدول ۱- جلسات گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن

تعداد جلسات	موضوع جلسه	اقدامات انجام‌شده
جلسه اول	هدایت خودکار در برابر حضور ذهن	با معرفی مربی و توضیحاتی پیرامون کلیات برنامه‌ی درمانی جلسات آغاز شد و فرایند معرفی اعضای گروه سپری شد. تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدن آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث در مورد هر یک از تمرین‌ها، ارائه و توضیح تکلیف خانگی برای هفته‌ی بعد از جلسه‌ی یکم، توزیع نوارها و جزوات جلسه یکم و اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه.
جلسه دوم	تمرکز بیشتر بر بدن	بازنگری تکلیف خانگی، تمرین وارسی بدن، دادن بازخورد در مورد تمرین وارسی بدن، تمرین افکار و احساس‌ها (پیاده‌روی در خیابان)، آموزش ثبت وقایع خوشایند، آموزش مراقبه‌ی نشسته، توزیع نوارها و جزوات مربوط به جلسه دوم، ارائه و توضیح تکلیف خانگی برای هفته‌ی بعد از جلسه دوم، پایان دادن به کلاس با قرار گرفتن در فضای تنفس
جلسه سوم	تمرکز و یکپارچگی بیشتر با تمرکز بر آگاهی از تنفس	بازنگری تکالیف خانگی هفته‌ی گذشته، انجام تمرین شنیدن، انجام مراقبه‌ی نشسته، بازنگری تمرین و دادن بازخورد، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و دادن بازخورد، قدم زدن با حضور ذهن، تهیه‌ی فهرستی از وقایع ناخوشایند، توزیع جزوات و نوارهای جلسه‌ی سوم و ارائه و توضیح خانگی برای هفته‌ی بعد از جلسات سوم
جلسه چهارم	وسعت بخشیدن به گستره‌ی حضور ذهن و ماندن در زمان حال	بازنگری تکلیف خانگی، تمرین ۵ دقیقه‌ای شنیدن، تمرین مراقبه- آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بحث پیرامون تمرین انجام‌شده و دادن بازخورد، ارائه‌ی توضیحاتی در مورد حالت‌های اضطرابی و افکار خودکار مرتبط با وسواس، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، توزیع جزوات جلسه‌ی چهارم و ارائه و توضیح تکلیف خانگی
جلسه پنجم	پذیرش و اجازه‌ی حضور	بازنگری تکلیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته- آگاهی از تنفس، بدن صداها و افکار، توجه به اینکه چگونه از طریق واکنش‌هایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاری‌مان ارتباط برقرار می‌کنیم؛ بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن بر بدن و واکنش به آن‌ها؛ فضای تنفس و بازنگری آن، خواندن شعر رومی مهمانسرا، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای و بازنگری آن، توزیع جزوات و ارائه و توضیح تکالیف خانگی.
جلسه ششم	افکار فقط فکر هستند نا اشیاء یا واقعیات	بازنگری تکالیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار، بازنگری تمرین و دادن بازخورد، آماده شدن برای اتمام دوره با بحث پیرامون خلق و افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری آن، توزیع جزوات و نوارهای جلسه ششم و ارائه و توضیح تکالیف خانگی
جلسه هفتم	مراقبت از خود	بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مراقبه نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، صداها، سپس افکار (علاوه بر توجه به واکنش‌هایی که در برابر مشکلات داده می‌شود)، تمرین مشاهده‌ی ارتباط بین فعالیت و احساسات و نگرانی‌ها، تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌هایی که منجر به احساس کنترل و پیش‌بینی پذیری موقعیت می‌شود، برنامه‌ریزی و تهیه‌ی یک برنامه‌ی مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، شناسایی نشانه‌های وسواس و شناسایی کارهای موردنیاز برای رویارویی با وسواس، تمرین قدم زدن همراه با حضور ذهن، توزیع جزوات و ارائه و توضیح تکالیف خانگی برای هفته‌ی بعد از جلسه‌ی هفتم.
جلسه هشتم	استفاده ازآنچه آموخته‌ایم	بازنگری تکالیف منزل، تمرین وارسی بدن، بازنگری کل برنامه، بحث در مورد اینکه چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۲ هفته‌ی گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجادشده ادامه یابد، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و دلایل مثبت برای ادامه‌ی تمرین، توزیع جزوات جلسه‌ی هشتم بین شرکت‌کنندگان، پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه.

و روان‌سنجی گونه ایرانی توسط نجات، منتظری و نائین صورت گرفت که مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمد و برای روایی محتوایی ابتدا پرسش‌نامه دومرتبه به فارسی ترجمه شد، سپس مطالعه آزمایشی روایی صوری آن را با اطمینان بالایی تائید کرد (۴۳). این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرت

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

نمره‌گذاری می‌شود. «اصلاً» برابر با یک و «خیلی زیاد» برابر با ۵ است (نمره‌ی هر سؤال بین ۱ تا ۱۵ است). نمره هر فرد در این مقیاس بین حداقل ۲۶ و حداکثر ۱۳۰ است. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۴ به دست آمد.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از آماره‌های میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 تحلیل شدند.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان شرکت‌کننده به ترتیب برای گروه آزمایش (۲۴/۱۹) و (۱/۶۰) و برای گروه کنترل (۲۴/۴۵) و (۱/۳۵) با حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال بود. میزان تحصیلات زنان ۱۸ نفر دیپلم (۶۰٪)، ۹ نفر لیسانس (۳۰٪) و ۳ نفر فوق‌لیسانس (۱۰٪) بود. نتایج داده‌های جدول ۲ نشانگر آن است که میانگین میزان افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود اما در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نمره‌های پایین‌تری داشت. همچنین میانگین میزان کیفیت زندگی زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود اما در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نمره‌های بالاتری نشان می‌دهد.

پیش از آزمون فرضیه آماری و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش‌فرض‌های استفاده از این آزمون پارامتریک انجام شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگرف-اسمرینف استفاده شد. نتایج این آزمون برای هیچ‌یک از متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبودند؛ درنتیجه فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار است (P>۰/۰۵). همچنین برای بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن به توجه به مقدار F و مقدار معنی‌داری برای هیچ‌کدام از متغیرهای وابسته معنادار نبود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌ها هم برقرار است (P>۰/۰۵).

فرضیه پژوهش: گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان داری شوهر معتاد مؤثر است.

همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، نسبت F مشاهده‌شده تفاضل پیش و پس‌آزمون در میزان افسردگی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل، ۸۹/۷۴ (P≤۰/۰۰۱) است. این یافته نشان می‌دهد که این گروه‌ها ازنظر میزان افسردگی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشته و نشانگر آن است که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن منجر به کاهش میزان افسردگی در گروه

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی

	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۱۵	۲۰/۱۲	۲/۶۶	۱۵/۳۳	۲/۱۴
	کنترل	۱۵	۲۱/۶۵	۵/۲۷	۲۱/۳۳	۴/۷۵
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۵	۲۰/۱۲	۲/۶۶	۱۵/۳۳	۲/۱۴
	کنترل	۱۵	۲۱/۶۵	۵/۲۷	۲۱/۳۳	۴/۷۵

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANOVA) مربوط به متغیر مستقل (گروه‌های آزمایش و کنترل) و متغیرهای وابسته (میزان افسردگی و کیفیت زندگی)

متغیرهای مستقل	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح p
گروه	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی	۲۷۳/۳۷	۱	۲۷۱/۳۶	۸۹/۷۴	p≤۰/۰۰۱
	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی	۲۱۴۷/۰۴	۱	۲۱۲۸/۰۴	۱۱۰/۳۱	p≤۰/۰۰۱

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

آزمایش‌شده است. همچنین تحلیل کوواریانس مربوط به تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون میزان کیفیت زندگی زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان از معناداری و اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن دارد (F=۱۱۰/۳۱، P≤۰/۰۰۱). این یافته نشان می‌دهد که نمره‌های کیفیت زندگی گروه زیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن از مرحله پیش-آزمون به مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه بدون درمان افزایش‌یافته است.

بحث

این پژوهش باهدف بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در زنان دارای شوهر معتاد مراجعه‌کننده به مرکز جامع سلامت شهرستان فسا انجام شد. یافته‌ها نشان داد که شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن تأثیر معناداری بر افسردگی زنان در گروه آزمایش داشته است. به‌عبارت‌دیگر این درمان باعث کاهش افسردگی در بین زنان گروه آزمایش‌شده است. این یافته با پژوهش‌های انجام‌شده درزمینهٔ شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای کاهش افسردگی ازجمله Kuyken و همکاران (۲۰۱۶)، Kenny و همکاران (۲۰۰۷)، Teasdale و همکاران (۲۰۱۰) و شیخ الاسلامی، درتاج و اسکندر (۱۳۹۴)، همسو است (۴۵، ۱۹، ۲۱، ۴۶). نتایج مطالعه‌ی حاضر همچنین همسو با یافته‌های Papageorgiou & Wells (۲۰۰۰) است که با یک طرح موردی AB بر روی چهار بیمار افسرده تأثیرات تکنیک آموزش توجه را در سه مرحله پیش‌آزمون، پیگیری سه‌ماهه و شش‌ماهه بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که به‌کارگیری تکنیکی برای کنترل توجه می‌تواند اثرات مثبتی در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و پیشگیری از عود در بیماران افسرده داشته باشد (۴۷). جز اصلی MBCT آموزش شیوه حضور ذهن است و اساساً حضور ذهن شیوه‌ای برای کنترل توجه است و محققین واضح MBCT هدف اصلی استفاده از روش حضور ذهن را کمک به بیماران افسرده برای کنترل توجه جهت دستیابی به شیوه‌ای برای مقاومت در برابر اندیشناکی که به دنبال تغییرات ادراک‌شده درباره وضعیت جاری و وضعیت مطلوب خلقی به راه می‌افتند بیان نمی‌کرده‌اند (۴۸).

در تبیین این یافته می‌توان گفت آن‌گونه که در متن‌های قدیمی‌تر مرجع آمده است، درواقع به نظر می‌رسد حضور ذهن از طریق آموزش کنترل توجّه مؤثر واقع می‌شود (۱۸). در اصل، فرض این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود- ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به‌نوبه خود به تغییر در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (۳۷). بر اساس این فرض، کسانی که درگذشته افسرده بوده‌اند، به لحاظ الگوی تفکر باکسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند، تفاوت دارند. به‌این‌ترتیب، باوجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق و درنتیجه باز فعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از افسردگی شود. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجّه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با ترغیب فرد به تمرین برای توجّه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به‌نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی‌تر حافظه را به همراه داشته باشد (۴۹)؛ بنابراین در درمان مبتنی بر حضور ذهن، با تغییر ارتباط با محتواهای شناختی (تمرکززدایی) و مدیریت فرایندهای تفکر می‌توان بدون چالش گسترده بر روی محتواهای ناکارآمد شناختی به بیماران برای رهایی از علائم افسردگی کمک کرد.

نتایج همچنین نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی زنان گروه آزمایش مؤثر بوده است. به‌عبارت‌دیگر میانگین کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش، بیشتر از پس‌آزمون کیفیت زندگی در گروه کنترل بوده است و باعث افزایش کیفیت زندگی در زنان گروه آزمایش‌شده است. این یافته با پژوهش‌های انجام‌شده درزمینهٔ اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی ازجمله صولتی و همکاران (۲۰۱۷)، (۵۱) Yang و همکاران (۲۰۱۵)، زارع و همکاران (۱۳۹۱)، Malm و همکاران (۲۰۱۸) (۵۱، ۲۲، ۲۷، ۵۰) همسو است. نتایج پژوهش حاضر همچنین با نتایج تحقیق Roth & Robbins (۲۰۰۴) که به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط باکیفیت زندگی بر روی ۵۸ بیمار مرکز پزشکی مریدن (Meriden) انجام شد، همسو است. بعد از گذراندن دوره‌ی کامل درمان، در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه بهبود چشم‌گیری در پنج مقیاس از هشت مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

(SF36)، مشاهده و (MBSR) به‌عنوان یک برنامه رفتاردرمانی مؤثر پیشنهاد گردید. در تبیین این یافته‌ها می‌توان از پژوهش‌های Beach و همکاران (۲۰۰۹)، Johanson (۲۰۰۳) استفاده کرد که نشان دادند بین نشانه‌های افسردگی و میزان کیفیت زندگی زناشویی در زنان ارتباط وجود دارد (۵۲، ۴۱)؛ بنابراین حالاتی چون افسردگی میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر افزایش افسردگی، کاهش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی، افزایش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت. یکی از توجیهات مهم در خصوص اثربخشی MBCT بر کیفیت زندگی نمونه پژوهش حاضر این است که عموماً کیفیت زندگی به‌عنوان یک قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت خود از زندگی است، بنابراین وقتی فردی افسردگی دارد، مداخله درمانی و پیش‌آگاهی درمانی می‌توانند اثرات مفیدی بر درک کلی رضایت از زندگی فرد بگذارند؛ و ازآنجاکه مداخله MBCT به‌عنوان رویکردهای جدید در حوزه CBT مطرح‌شده و هر دو به شکل‌های گوناگون شناخت‌ها و عواطف مراجعین را اصلاح می‌کنند بنابراین اصلاح قضاوت شناختی فوق به‌عنوان مفهوم کیفیت زندگی نیز دراین‌بین اصلاح و بهبود پیدا می‌کند. نکته دیگر این است که MBCT به‌عنوان مداخلات موج سوم رفتاردرمانی می‌باشند؛ یعنی در این درمان ذهن آگاهی، توجه و هوشیاری در کاهش نشانه‌ها بسیار مورد تأکید است. آنچه مشخصه اصلی درمان‌های موج سوم را تشکیل می‌دهد تمرکز بر پذیرش برای ایجاد تغییر است (۵۳). در اکثر این درمان‌ها نظریه آسیب‌شناسی روانی به بدتنظیمی‌های هیجانی و ناآگاهی از واکنش‌های است که به‌صورت خودکار در برابر هیجان‌های منفی در تلاش برای کاهش آشفتگی روانی فعال می‌شوند؛ بنابراین BMCT شیوه‌های را ارائه می‌دهد که با کمک به فرد در جهت فاصله‌گیری از فرایندهای درون روانی، اعتباربخشی به هیجانات دردناک، بازجهت‌دهی توجه و انعطاف‌پذیری آن، زمینه تغییر را از راه پذیرش و درنتیجه افزایش کیفیت زندگی به وجود آورند. یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی حاضر خاطرنشان می‌کند که باید به دنبال روش‌های نوین درمانی بالأخص MBST در درمان مشکلات مرتبط با روان و مفاهیم مرتبط با آن باشد و به‌کارگیری روش‌های مانند MBST می‌توانند نتایج مطلوبی در ارتقای فاکتورهای مرتبط با روانی وکیفیت زندگی زنانی که شوهرانشان معتاد هستند به همراه داشته باشد و منجر به تسریع و تسهیل روند درمان و کاهش دفعات مراجعه به پزشک، صرفه‌جویی اقتصادی گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که استفاده از روش درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در زنان دارای شوهر معتاد می‌شود؛ بنابراین روش‌های درمانی استفاده‌شده، اثرات مثبتی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زنان دارای شوهر معتاد می‌شود. ازاین‌رو در راستای نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی ازجمله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند در جهت کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان دارای شوهر معتاد مؤثر واقع شود.

هر طرح پژوهشی دارای محدودیت‌های است و میزان درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها موردتوجه قرار گیرد. ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود پژوهش حاضر بر روی زنان دارای همسر معتاد شهر فسا در سال ۱۳۹۳ انجام‌شده است و باید در تعمیم نتایج حاضر به سایر جوامع آماری جوانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه در سایر جوامع آماری به‌خصوص جمعیت‌هایی که به‌نوعی درگیر مشکلات زناشویی و خانوادگی هستند، انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مراکز ترک اعتیاد علاوه بر برنامه‌های درمانی که برای افراد معتاد در نظر گرفته می‌شود، به مشکلات همسران این افراد نیز توجه شود و برنامه‌های آموزشی و درمانی (ازجمله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، MBST جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و زناشویی آنان ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از زحمات کادر درمانی و کارکنان مرکز جامع سلامت شهرستان فسا قدردانی نموده و سهم آن‌ها را در انجام این پژوهش محترم بشمارد. کد اخلاق پژوهش حاضر ۲۳۸۸۶۲ از دانشگاه علامه طباطبایی است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان‌نشده است.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

References

1. Khodaverdi A. Comparison of resiliency, self-efficacy, hope and optimism in people with substance abuse and normal. J Social Health & Addiction. 2018; 5(2):63-78. [In Persian]
2. Nemati Z, Matlabi H. Assessing behavioral patterns of Internet addiction and drug abuse among high school students. J Psych resea and behav manag. 2017; 10(3):39. [In Persian]
3. Astals M, Díaz L, Domingo-Salvany A, Martín-Santos R, Bulbena A, Torrens M. Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program: an 18-month follow-up study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2009; 6(11):2822-32.
4. Reginsson GW, Ingason A, Euesden J, Bjornsdottir G, Olafsson S, Sigurdsson E, et al. Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder associate with addiction. Addiction biology. 2018;23(1):485-92.
5. Manoochehri M, golzari M, Kordmirzanikozadeh E. The Effectiveness of Hope Therapy Training on Depression Depression in Addicted Wives Women. J Psy methods and models. 2015; 5(18):25-38. [In Persian]
6. Velleman R. The policy context: Reversing a state of neglect. Drugs: education, prevention and policy. 2010;1(17):8-35.
7. Fereidouni Z, Joolaee S, Fatemi NS, Mirlashari J, Meshkibaf MH, Orford J. What is it like to be the wife of an addicted man in Iran? A qualitative study. Addiction Research & Theory. 2015; 23(2):99-107.
8. Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: lippincott Williams & wilkins; 2000.
9. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. JAMA psychiatry 2018; 75(4):336-46.
10. Azad H. Psychological Pathology. Tehran: Besat; 2008. [In Persian]
11. Haljin R, Vitboorn S. Psychological Pathology. Translation by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Rouen; 2013. [In Persian]
12. Sadoc B, Sadoc V. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychology. Translation by Farzin Rezaei. Tehran: Arjmand Publications; 2018. [In Persian]
13. Sidan F, Hesami S. An Assessment of the Relationship Between Family and Job Roles and the Quality of Life of Women Employed in Sanandaj City. J Sociology of Education. 2014; 4(3):71-104.
14. Kishor M, Pandit LV, Raguram R. Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence. Indian j of psy. 2013; 55(4):360.
15. Najafi K, Zarabi H, Kafi M, Nazifi F. Comparison of Quality of Life of Wives of Substance Abuse Subjects with Control Group. J of Guilan Uni of Med Sci. 2005;14 (55): 41-35. [In Persian]
16. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. J Clinical psy rev. 2015; 12(3): 1-12.
17. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. J Cons and Clinical Psy. 2014; 82(3):375-384.
19. Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, Lam SW, Chung WY, Li CK. A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. AIDS patient care and STDs. 2002; 16(2):83-96.
20. Kenny M.A, Williams J.M. Treatment-Resistant Depressed Patients Show a Good Response To Mindfulness-Based Cognitive Therapy. J Behav Res and Ther. 2007; 45(3):617-625.
21. Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness Predicts Relapse/Recurrence In Major Depressive Disorder After Mindfulness-Based Cognitive Therapy. J Nervous and Mental Dis. 2008; 196(8):630-648.
22. Teasdale J D, Segal Z V, Williams J M G. How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attention Control (Mindfulness) Training Help? J Behav Res and Therapy. 2010; 33:25-39.
23. Yang Y, Liu YH, Zhang HF, Liu JY. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. International J of Nur Sci. 2015;2(3):283-94.
24. Garland S N, Rouleau C R, Campbell T, Samuels C, Carlson L E. The Comparative Impact of Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) and Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) on Sleep and Mindfulness in Cancer Patients. J Science Heal. 2015; 1(6):445-54.
25. Zhang J, Xu R, Wang B, Wang J. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. J Comple Therap Med. 2016; 26:1-10.
26. Hartmann M, Kopf S. Sustained Effects of a Mindfulness-Based Stress-Reduction Intervention in Type 2 Diabetic Patients. Diabetes Care. 2012;35: 945-957.
27. Jafari D, Salehi M, Mohamadkhani P. Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness with group therapy of behavioral activation in depression rate and quality of life of depressed people. J Thought Behav. 2013; 8(29):7- 16. [In Persian]
28. Zare B, Abadi M, Vafaei Bane F, Ghaderi E Taghvaei D. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on quality of life in patients with type 2 diabetes. Iran J Diabetes Lipid Disord. 2013; (3)12: 225-32. [In Persian]

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

29. Ghashghaie S, Farnam R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy On Quality-Of-Life in Outpatients With Diabetes. Iran J Diabet Metab. 2014; 13(4):319–30. [In Persian]
30. Asghari F, Ghasemijobneh R, Hosseinisedighi M, Jamei M. The Effectiveness of Mindfulness Education on Emotion Regulation and Quality of Life in Addicted Wives Women. J Cultural cou and psy. 7(26): 132-115. [In Persian]
31. Roth B, Robins, N. Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. Psy med. 2004; 6(4):113-123.
32. Carlson L, Bultz B, Morris D. Individualized quality of life, standardized quality of life and distress in patients undergoing a phase I trial of the novel therapeutic realizing. J Heal and qua of life out com. 2005; 3(7):1-11.
33. Dimidjian S, Holon S, Hobson K. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. J cons and clin psy. 2006; 7(6):468-477.
34. Goldfrine K, Hearing C. The effects of mindfulness based-cognitive therapy on recurrence of depressive episode, mental health and quality of life: A randomized controlled study. Behav res and therapy. 2010; 48(7):738-746.
35. Van Larhoven W. Perspective on death and an afterlife in relation on quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients without evidence of disease and advanced cancer. J pain and sym manag. 2011; 41(5):1048-1059.
36. Neshatdost H, Nilfroshzadeh M, Dehghani F, Molavi H. Effectiveness of cognitive behavior stress management therapy on patient's quality of life with alopecia in skin disease and leishmaniusis research current of Isfahan. J Arak Univ of med sci. 2009; 12(4):125-132. [In Persian]
37. Fartokzadeh H, Moazez H, Rajabinahoji M. Policies and Strategies for Drug Control in Iran. J of Social Welfare, 13 (48): 200-169. [In Persian]
38. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse New York. Guilford Press, 2002.
39.Beck T, Steer, R, Brown, G, Beck, A. Depression Inventory for measuring depression. J Archi of Gen Psy 1998; 4(11): 561-571.
40. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Cons and Clin Psy. 1996; 56(16):893-897.
41. Hasanvandi S. Investigating of relationship between early maladaptive schema, attachment styles, coping styles and depression in students of Tarbiat Moallem. Dissertation, Tehran: Tarbiat Moallem University, College of psychology and educational sciences. 2009:114-19. [In Persian]
42. Johanson S M. The Revolution in Couple Therapy. J Mar and Fam Therapy 2003; 29:348- 365.
Bonomi A, Patrick D, Bushnell D M, Martin, M. Validation of the United States version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clinical Epid. 2000; 53(1),19-23.
43. Nejat S, Montazeri A, Naeini K. Standardization of World Health Organization Quality of Life Questionnaire. J School of Pub Health and Ins of Pub Heal Res. 2006; 4(4), 1-12. [In Persian]
44. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2014 Apr;82(2):275.
45. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. JAMA psychiatry. 2016;73(6):565-74.
46. Sheykoleslami A, Dortaj F, Eskandar Z. Effectiveness of cognitive therapy based on the presence of mind on social anxiety of students. J of School Psy. 4(4): 94-110. [In Persian]
47. Papageorgiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. Cognitive and Behavioral Practice. 2000;7(4):407-13.
48. Jafarifard S, Toghiani M, Motamedi H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on Presence of Mind on Anxiety Symptoms Patients with social phobia. J of Thought and Behav. 2013; 8(3): 67-78. [In Persian]
49. Birami M, Movahedi Y, Alizadeh goradel J. The Effectiveness of Cognitive-Based Mindfulness Therapy in Reducing Social Anxiety and Ineffective Attitudes in Adolescents. J of Soc Cog. 2016; 1(7):41-53. [In Persian]
50. Malm D, Fridlund B, Ekblad H, Karlström P, Hag E, Pakpour AH. Effects of brief mindfulness-based cognitive behavioural therapy on health-related quality of life and sense of coherence in atrial fibrillation patients. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2018;17(7):589-97.
51. Solati K, Mousavi M, Kheiri S, Hasanpour-Dehkordi A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological symptoms and quality of life in systemic lupus erythematosus patients: a randomized controlled trial. J Oman med. 2017;32(5):378.
52. Beach S R H, Fincham F D, Katz J. Marital Therapy in Treatment of Depression: Toward A Third Generation of Therapy and Research. J Clinical Psy Rev. 2009; 18(6):635-661.
53. Martell CR, Kanter JW. Behavioral activation in the context of "third wave" therapies. Acceptance

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]

Original Article

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Group in Decreasing Depression and Increasing Quality of Life in Women with Addicted Husbands

Alimoradi M[1*], Didehdar S[2], Zolfaghari H[3], Mostafapour V[1], Farrokhi H[3]

1. Departman of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran
2. Departman of Clinical Psychology,Firoozabd Branch, Islamic Azad University, Firoozabad, Iran
3. Departman of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

Received: 15 Jan 2019 Accepted: 30 Jun 2019

Abstract

Background & Objective: Addiction as a disease is a disadvantage that affects the quality of life of families and couples and may cause depression among other members of the family. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Group in decreasing depression and increasing the quality of life in women with addicted husbands.

Material & Methods: The semi-experimental design was pre-test-posttest with control group. The statistical population included all women with addicted husbands referring to the comprehensive health center of Fasa into the experimental and control groups (15 women in each group). The experimental group received 8 sessions of mindfulness-based cognitive-group therapy, and no intervention was provided to the control group members. The research instrument questionnaire was Beck and Quality of Life.

Results: The results showed that mindfulness-based cognitive-group therapy was effective in depression and quality of life of women with addicted husbands ($P<0.001$) and treatment reduced depression and increased the quality of life of women in post-test of the experimental group.

Conclusion: The results show that Mindfulness-Based Cognitive Therapy Group is effective in decreasing depression and, consequently, increasing the quality of life of addicted spouse.

Keywords: Mindfulness, Depression, Quality of Life, Women with Addicted Husband

***Corresponding Author: Alimiradi Mahjoobeh,** Departman of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran
Email: mahjoobehalimoradi@yahoo.com
https://orcid.org/0000-0003-0866-5456

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.9.4.7.6]