

Effect of Spiritual Cognitive-Emotional Therapy on the Psychological Well-Being of Bereaved Women

Mousavi SN¹, *Hasanzadeh R², Dousti Y³

Author Address

1. Ph.D. Student of General Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;

2. Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

*Corresponding author's e-mail: Rhassanzadeh@yahoo.com

Received: 21 September 2020; Accepted: 2 November 2020

Abstract

Background & Objectives: Mourning is one of the problems that every person can experience shortly after the death of a loved one. Mourning the death of a loved one is a natural and necessary process that all people experience, but some people lack the skills and abilities to cope with mourning, which can result in many other problems. Studies show that grief affects women more than men, and dysfunctional thoughts such as suicide in women increase with losing loved ones; women experience higher stress, anxiety, and depression. Decreased levels of psychological well-being are some of the things that happen to bereaved people. Accordingly, therapeutic interventions are very important for this group, especially those who suffer from severe mourning. Spiritual cognitive-emotional therapy can promote positive moods and emotions in people, reduce the obsession with negative thoughts, and improve people's coping with negative life events. So, this study investigated the effect of spiritual cognitive-emotional therapy on the psychological well-being of bereaved women.

Methods: This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and two months follow-up design, and a control group. The study's statistical population included all women living in the city of Babol, Iran, in 2019, who had been mourning for at least the last 12 months and still showed signs of mourning and depression. The study sample was selected from women referred to counseling and psychological services in Babol and met the inclusion criteria. From this group, 30 people were selected by a convenience sampling method. The inclusion criteria were an experience of grief and its symptoms according to DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*—Fifth Edition) diagnostic criteria, the existence of depression according to the Beck Depression Inventory-II (1996), female gender, at least one year after the death of a loved one, no acute mental illness and personality, and with a minimum of a 9th-grade education. The exclusion criteria were unwillingness to cooperate and absence of more than two sessions from the treatment sessions. Then, 15 women were randomly placed in the spiritual cognitive-emotional intervention therapy group and 15 in the control group. To collect study data, we used the Ryff's Scale of Psychological Well-Being (Ryff, 1989). The spiritual cognitive-emotional therapy was performed in groups in ten 90-min sessions once a week based on Rajaei's (2010) training package. The control group received no intervention. To describe the data, descriptive statistics, including central and dispersion indicators such as mean and standard deviation, were used. Inferential statistics, including repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test, were used to analyze the data. The age of the subjects in the two groups was compared using the analysis of variance. The mentioned statistical analyses were performed in SPSS software version 24. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The analysis of the variance of the psychological well-being variable was significant for the effects of time ($p < 0.001$), group ($p = 0.002$), and the interaction of time and group ($p < 0.001$). The effect size of the intervention for psychological well-being was also 0.28. There were also significant differences between the pretest and posttest stages ($p < 0.001$) and between pretest and follow-up stages ($p < 0.001$) in the scores of psychological well-being. However, no significant difference was observed between the posttest and follow-up ($p = 0.137$) stages, showing the sustained effect of the therapeutic intervention over time.

Conclusion: According to the results of the study, spiritual cognitive-emotional therapy is effective in increasing the psychological well-being of mourning women.

Keywords: Spiritual cognitive-emotional therapy, Psychological well-being, Grief disorder, Bereaved women.

تأثیر درمان شناختی-هیجانی-معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان سوگوار

سیده‌نگار موسوی^۱، *رمضان حسن‌زاده^۲، یارعلی دوستی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* rhasanzadeh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳۱ شهریور ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ آبان ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: داغ‌دلی از مشکلاتی است که برای هر فردی مدت کوتاهی پس از مرگ عزیز رخ می‌دهد؛ اما گروهی از افراد مهارت‌ها و توانایی‌های لازم را برای حل مشکل سوگ ندارند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-هیجانی-معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان سوگوار بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح تحقیق پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان سوگواری تشکیل دادند که حداقل دوازده ماه از سوگشان گذشته بود و هنوز نشانگان سوگ را داشتند و به مرکز مشاوره شهر بابل در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. از جامعه آماری تعداد سی نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفره (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) استفاده شد. صرفاً برای گروه آزمایش، درمان شناختی-هیجانی-معنوی به صورت گروهی در ده جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار براساس بسته آموزشی رجایی (۲۰۱۰) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون تحلیل واریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری برای آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تحلیل واریانس متغیر بهزیستی روان‌شناختی برای اثر زمان ($p < ۰/۰۰۱$)، اثر گروه ($p = ۰/۰۰۲$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار بود. اندازه اثر مداخله برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۲۸ به دست آمد. همچنین در نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p = ۰/۱۳۷$) که نشان داد مداخله درمانی در طول زمان ماندگار بوده است.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که رویکرد شناختی-هیجانی-معنوی بر افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان سوگوار اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-هیجانی-معنوی، بهزیستی روان‌شناختی، اختلال سوگ، زنان داغ‌دیده.

سوگواری به دنبال مرگ عزیزان، فرایندی طبیعی و لازم است که تمام افراد آن را تجربه می‌کنند؛ لیکن گروهی نیز مهارت‌ها و توانایی‌های لازم را برای حل مشکل سوگ ندارند که این امر می‌تواند منشأ بسیاری از مشکلات دیگر شود (۱). بررسی مطالعات نشان می‌دهد، سوگواری بر زنان بیشتر از مردان تأثیرگذار است؛ به گونه‌ای که افکار ناکارآمد همانند خودکشی در زنان با ازدست دادن عزیزان بیشتر می‌شود (۲) و استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۳). بیشتر داغدیدگان، سوگ عزیزان خود را با سطوح متوسط تا شدید هیجانات منفی، آشفتگی‌های جسمانی و مشکلات سلامتی تجربه می‌کنند و در معرض انواع اختلالات روان‌شناختی قرار می‌گیرند که می‌تواند جنبه‌های جسمانی و فیزیولوژیک به خود بگیرد (۴). بر همین اساس مداخلات درمانی برای این گروه و به خصوص افراد دچار سوگواری شدید، بسیار مهم است. سوگ می‌تواند عوارضی نظیر افسردگی شدید، بی‌خوابی، کاهش وزن، بی‌اشتهایی و... داشته باشد. اگر این عوارض یک سال به طول بینجامد، تبدیل به اختلال روانی می‌شود. این وضعیت در اصطلاح، سوگ پیچیده^۱ نام دارد (۵). مطالعات و شواهد بالینی نشان داده است، بسیاری از افراد سوگوار نشانگان افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری‌های جسمانی شکل و اختلال در سیستم ایمنی بدن را از خود نشان می‌دهند و در معرض افزایش احتمال مرگ و میر قرار دارند (۴).

کاهش سطح بهزیستی روان‌شناختی از اتفاقاتی است که در همین راستا برای افراد داغدیده رخ می‌دهد. بهزیستی روان‌شناختی نشان‌دهنده و بازتابی از طرز فکر و واکنش‌های هیجانی و احساسات افراد به رویدادهای زندگی است (۶)؛ بنابراین وقتی بهزیستی کاهش می‌یابد، ممکن است فرد دچار مشکلات روانی مانند احساس تنهایی، انزوا و افسردگی در زندگی شود (۷). بهزیستی روان‌شناختی درگیری با چالش‌های هستی‌شناختی و تلاش برای رشد شخصی تعریف شده و با مدل شش مؤلفه‌ای ریف شناخته شده است (۸)؛ همچنین نشان‌دهنده تلاش برای کمال درجه تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است (۸). متخصصان بهداشت روان متناسب با سبب‌شناسی اختلالات و علائم ناشی از سوگ، شیوه‌های درمانی گوناگونی را ارائه کرده‌اند. در این راستا نقش درمانگران برای درک صحیح فرایند داغدیدگی و سنجش آثار سوگ اهمیت ویژه‌ای دارد؛ چراکه درمانگران با استفاده از ابزارهای سنجش معتبر، می‌توانند اطلاعات مفیدی در زمینه وضعیت کنونی داغدیده، پیش‌بینی پیامدهای احتمالی، تشخیص افراد در معرض خطر و ارزیابی رویکردهای درمانی مناسب به دست آورند (۹/۱۰). ازجمله این رویدادهای مهم که افراد را بسیار تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، مرگ و سوگواری است. یکی از منابع مهم رویارویی با این واقعه، معنویت است (۱۱). مذهب با تأثیر بر اهداف و رفتار افراد، ترس، احساس گناه و پذیرش چنین وقایعی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و به تنظیم مجدد روابط و باورهای فرد منجر می‌شود (۱۲، ۱۳). معنویت توانایی افراد را در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا افزایش می‌دهد و سبب می‌شود تا افراد اهداف مشخصی را در زندگی داشته باشند و در موقعیت‌های

استرس‌زا عملکرد و رفتار مطلوبی از خود نشان دهند (۱۴، ۱۵). معنویت و مداخله‌های معنوی می‌تواند ویژگی‌های مثبت افراد را در رویارویی با وقایع دشوار در زندگی افزایش دهد (۱۶)؛ همچنین فرایند پردازش اطلاعات را در افراد تحت‌تأثیر قرار دهد و از سوگیری‌های شناختی در افراد جلوگیری کند (۱۲). کاهش بهزیستی روان‌شناختی ناشی از سوگواری می‌تواند منجر به ناتوانی فرد در انجام امور روزمره و زندگی شخصی شود (۱۳).

رویکردهای درمانی شناختی-هیجانی-معنوی می‌تواند حالات و هیجانات مثبتی را در افراد گسترش دهند، استفاده از افکار منفی را کم کنند و رویارویی افراد را با رویدادهای منفی زندگی بهبود بخشند. درمان شناختی-هیجانی-معنوی توسط رجایی (به نقل از ۱۷) معرفی شد. این رویکرد در سطح شناختی، شناخت و باورهای افراد را درباره مرگ تغییر می‌دهد و مرگ را به عنوان پدیده‌ای نابودکننده به پدیده‌ای تغییردهنده، تغییر می‌دهد که با آن زندگی پایان نمی‌یابد؛ بلکه وارد مرحله‌ای جدید می‌شود (۱۸، ۱۷). درمان شناختی-هیجانی-معنوی شکل جدیدی از درمان‌های شناختی است که این مداخله درمانی را در سه بعد می‌توان در نظر گرفت: فیزیولوژیک، شناختی و معنوی. این اعتقاد و بینش در نظریه درمان شناختی-هیجانی-معنوی وجود دارد که انسان بدون باورهای اساسی معنوی نمی‌تواند به معنای صحیح در زندگی دست یابد و این توفیق نیافتن در دستیابی به معنا در زندگی می‌تواند منجر به بروز اختلالات روان‌شناختی شود. فرض دیدگاه شناختی-هیجانی-معنوی این است که انسان‌ها در طول زندگی درمی‌یابند که بسیاری از امور و وقایع موافق با خواسته و میل آن‌ها نیستند (۱۹). مداخلات هیجانی-معنوی از جنبه‌های مختلف بر بهبود رویارویی با واقعه فقدان و سوگواری تأثیرگذار است. این مداخلات مقابله‌های هیجانی-مذهبی را برای پیدا کردن معنا در چنین موقعیت‌هایی در اختیار افراد قرار می‌دهند (۱۹). چنین معنایی سبب می‌شود تا افراد بتوانند به هیجانات مثبتی در تجربه مرگ و سوگ دست یابند و در نتیجه سازگاری با سوگ را از طریق معنویت افزایش دهند (۲۰). پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که درمان شناختی-هیجانی-معنوی (دینی) بر کاهش حالت‌های افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانوار (۱۷)، افزایش کیفیت زندگی همسران جانبازان (۱۸)، کاهش بحران هویت در زوجین مراجعه‌کننده به جلسات زوج‌درمانی (۱۹) و کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان (۲۰) اثربخش است.

ضرورت پژوهش حاضر از آن جهت است که تجربه فقدان‌های متعدد و تجربه داغدیدگی می‌تواند به منزله تجربه‌ای طبیعی و عادی انسانی در نظر گرفته شود؛ باوجوداین، دوره‌های رنج و خطر فزاینده‌ای را برای سلامت عمومی افراد به همراه دارد. این در حالی است که زنان به عنوان یکی از اقشار مهم جامعه، نیازمند توجهی خاص برای بهبود وضعیت سلامت روانی هستند؛ بنابراین باتوجه به اهمیت عواقب ناشی از کاهش بهزیستی روان‌شناختی، ضرورت انجام این مطالعه احساس شد. باوجود اهمیت موضوع، تا به حال پژوهشگران مطالعه حاضر، پژوهشی در این حوزه نیافتند. باتوجه به ادبیات پژوهشی درمان شناختی-

1. Complicated grief

هیجانی- معنوی در کشور ایران و خلأ پژوهش‌های بومی، به‌خصوص روی زنان دارای اختلال سوگ، لزوم پرداختن به این موضوع حائز اهمیت است؛ ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-هیجانی- معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان سوگوار بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح تحقیق پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری تحقیق را تمامی زنان ساکن در شهر بابل در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که حداقل دوازده ماه از سوگشان گذشته بود و هنوز علائم سوگ و افسردگی داشتند. نمونه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از زنانی که پس از گذشت دوازده ماه از سوگشان، هنوز علائم سوگ را نشان می‌دادند و به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر بابل مراجعه کرده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند. از این میان سی نفر به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به‌شیوه تصادفی در گروه مداخله درمانی شناختی-هیجانی- معنوی و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه، با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه، سی نفر محاسبه شد (۲۱). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: داشتن تجربه سوگ و علائم سوگ براساس معیارهای تشخیصی پنج‌مین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-5) (تشخیص توسط نویسنده دوم مقاله)؛ وجود افسردگی براساس پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۲ (۲۲)؛ جنسیت زن؛ سپری شدن حداقل یک سال از فوت یکی از عزیزان؛ نداشتن بیماری‌های روانی حاد و شخصیتی؛ داشتن حداقل سواد سیکل. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان شامل تمایل نداشتن به همکاری و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: برای انجام تحقیق تمام شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه را پر کردند و رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در تحقیق اعلام داشتند؛ همچنین پرسشنامه‌ها بی‌نام بود و در هیچ‌یک از یافته‌های تحقیق نامی از آزمودنی‌ها بیان نشد؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ برای افراد گروه گواه مقرر شد پس از اتمام فرایند پژوهش، درمان شناختی-هیجانی- معنوی اجرا شود.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

- مقیاس بهزیستی روان‌شناختی^۳ : برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی از پرسشنامه تدوین‌شده توسط ریف در سال ۱۹۸۹ استفاده شد (۲۳). این پرسشنامه هیجده سؤال دارد و شش عامل خودمختاری، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی، پذیرش خود و تسلط بر محیط را می‌سنجد. نحوه نمره‌گذاری تمامی سؤالات و ابعاد پرسشنامه براساس طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای

از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) است (۲۳). آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدف‌مندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شد. این مقیاس در آغاز بر نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا شد و ضریب همبستگی بین مقیاس‌ها ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر نمونه‌ای ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۳). در پژوهش خانجانی و همکاران همسانی درونی نسخه فارسی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در شش عامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، ارتباط با دیگران، هدف‌مندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به‌دست آمد (۲۴).

- پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم: این پرسشنامه که نسخه تجدیدنظرشده نسخه اصلی پرسشنامه افسردگی بک است، یکی از معروف‌ترین و متداول‌ترین ابزارهای خودگزارشی برای سنجش افسردگی در افراد بیشتر از ۱۳ سال است که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه شد (۲۲). این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی درمورد خویش است، برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. در ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک، چهار ماده از ویرایش قبلی وجود ندارد و به‌جای آن‌ها ماده‌های دیگری در پرسشنامه افزوده شده‌اند. همچنین در این پرسشنامه دو ماده (ماده‌های ۱۶ و ۱۸) به‌گونه‌ای ویرایش شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند. ماده‌های این پرسشنامه در سه گروه نشانه‌های شناختی، نشانه‌های عاطفی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. کسب نمره بیشتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده افسردگی بیشتر و کسب نمره کمتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده افسردگی کمتر است. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۶۳ است. نمره صفر تا ۱۰ طبیعی، ۱۱ تا ۱۶ افسردگی متوسط، ۱۷ تا ۳۱ افسردگی شدید و بیشتر از ۳۱ به‌عنوان افسردگی شدید طبقه‌بندی می‌شود (۲۲). بک و همکاران اعتبار کل پرسشنامه را براساس روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ گزارش کردند (۲۲). قاسم‌زاده و همکاران در یک نمونه ۱۲۵ نفری از دانشجویان پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۴ به دست آورد (۲۵).

- درمان شناختی-هیجانی- معنوی به‌صورت گروهی در ده جلسه نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بسته آموزشی رجایی (۲۶) اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۶). در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی-هیجانی- معنوی ارائه شده است.

۲. Beck Depression Inventory-II

۳. Psychological Well-Being Scale

۱. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-هیجانی-معنوی

جلسه	محتوای جلسه
اول	شناسایی افکار، باورها و انتظارات غیرمنطقی و ناکارآمد؛ کسب افکار، باورها و انتظارات منطقی‌تر از خود، دیگران، هستی و خداوند؛ درک بهتر از وجود خویش، احساس، فکر و رفتار؛ رسیدن به آرامش، رضایت از زندگی، زندگی هدف‌مند و بامعنا؛ کنار آمدن بهتر با فشارهای روانی، ناکامی‌ها و مشکلات زندگی؛ انجام آموزش ریلکسیشن، انجام برای بهبود سطح خودآگاهی.
دوم	بررسی احساسات و هیجان‌ها؛ شناخت احساسات مختلف و هیجان‌های انسان نظیر غم، شادی، خشم و عصبانیت، غرور، شرم و
سوم	چگونگی شکل‌گیری احساسات و هیجان‌ها در افراد؛ توضیح نحوه قرارگرفتن در برابر محرک‌ها و موقعیت‌ها و فراخوانی احساس و هیجان ایجادشده از این موقعیت‌ها در فرد؛ یعنی نحوه یادگیری هیجان‌ها و احساس‌ها توسط موقعیت‌ها.
چهارم	توضیح این جمله و مفهوم و بررسی آن در میان مراجعان: انسان موجودی است که ابتدا فکر می‌کند، سپس به او احساسی دست می‌دهد و بعد از آن دست به رفتاری می‌زند.
پنجم	آشنایی با مدل A.B.C برای درک بهتر رابطه بین رویدادها، افکار، احساسات و رفتار.
ششم	توضیح باورها و افکار غیرمنطقی و بررسی تأثیرات هیجانی، شناختی و رفتاری این باورها در زندگی؛ باورها و افکار به دو دسته تقسیم می‌شوند: باورهای منطقی و کارآمد: باوری که منجر به احساسات خوشایند و رفتارهای سازگارانه می‌شود؛ باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد: باوری که منجر به احساسات ناخوشایند و رفتارهای ناسازگارانه می‌شود. روش‌های شناختی برای مقابله با باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد عبارت است از: کسب اطلاعات درباره موضوع؛ حس انسجام (معناجویی).
هفتم	درنهایت، زیر سؤال بردن باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد. چگونگی انجام ارزیابی فکر خود و شناسایی افکار غیرمنطقی و جایگزینی افکار منطقی و کارآمد به جای آن‌ها (تکنیک صبر کن ببینم).
هشتم	اغلب اوقات افکار به‌طور خودکار و در هنگام صحبت کردن با خود درباره یک موضوع به ذهن ما می‌آیند؛ بنابراین اولین نکته، تمرکز بر یک فکر است، با عباراتی مانند من درباره چه چیز دارم فکر می‌کنم، آیا این فکر من منطقی است. مرور نمونه‌های باورها و افکار غیرمنطقی و ناکارآمد و اصلاح آن‌ها به افکار کارآمد و منطقی؛ بررسی باورهای اساسی زندگی.
نهم	یافتن فلسفه و معنای زندگی براساس باورهای اساسی دینی، جهان‌بینی دینی درباره دنیا و تغییر زاویه دید مراجعان به دنیا؛ جایگاه معنویت در زندگی و دینداری؛ نگاه معنوی به رخدادهای زندگی و اتفاقات روزمره.
دهم	مرور افکار و باورهای کارآمد؛ مرور باورهای معنوی و دینی؛ مرور بازسازی شناختی؛ بررسی هیجان‌ها؛ آماده‌سازی گروه آزمایش برای خاتمه درمان و تنظیم نحوه پیگیری جلسات.

۲۴ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش $42/17 \pm 7/80$ سال و در گروه گواه $41/56 \pm 7/81$ سال بود. براساس آزمون تحلیل واریانس، دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($p=0/358$). شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

به‌منظور توصیف داده‌ها از روش آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگوروف-اسمیرنف (به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس^۱ و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. مقایسه سن آزمودنی‌های دو گروه به کمک آزمون تحلیل واریانس صورت گرفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه

1. Box's M test

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	میانگین	۷۲/۲۰	۸۸/۰۰	۸۸/۲۰
		انحراف معیار	۶/۶۲	۴/۹۵	۴/۹۳
	گواه	میانگین	۷۲/۸۶	۷۳/۶۶	۷۳/۶۰
		انحراف معیار	۹/۵۶	۹/۹۹	۱۰/۵۲

براساس نتایج جدول ۲، میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش داشت. قبل از انجام روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی معناداری این تفاوت، به منظور رعایت پیش‌فرض‌ها، آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لون انجام شد. از آنجاکه آزمون ام‌باکس برای متغیر پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رد نشد ($p > 0/05$). همچنین معنادار نبودن متغیر پژوهش در آزمون لون نشان داد که فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ($p > 0/05$). در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیر پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p < 0/001$)؛ از این رو، آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به کار رفت. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر با ۰/۹۲ ($p < 0/001$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان شناختی-هیجانی-معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه متغیر بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه به تفکیک سه مرحله ارزیابی مشاهده می‌شود.

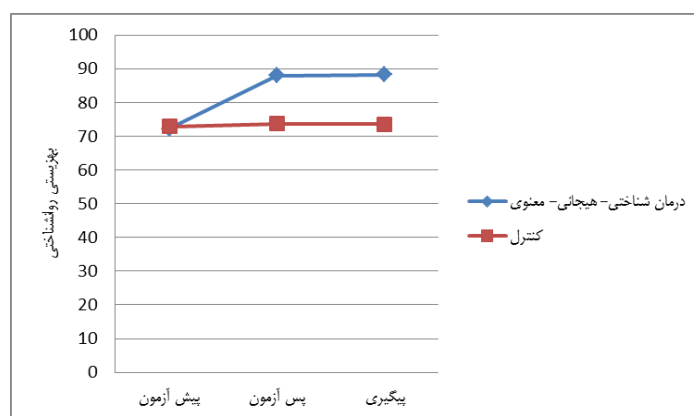
جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی تأثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی

اثرات	منابع تغییرات	SS	df	MS	F	p	η^2	توان آزمون
درون‌گروهی	زمان	۱۳۸۸/۹۵	۱/۰۵	۱۳۱۲/۵۱	۶۳/۳۲	< ۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	زمان × گروه	۱۱۴۵/۳۵	۱/۰۵	۱۰۸۲/۳۲	۵۴/۶۹	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
بین‌گروهی	گروه	۱۹۹۷/۵۱	۱	۱۹۹۷/۵۱	۱۱/۳۱	۰/۰۰۲	۰/۲۸	۰/۹۰

باتوجه به نتایج جدول ۳، تحلیل واریانس متغیر بهزیستی روان‌شناختی برای اثر زمان ($p < 0/001$)، اثر گروه ($p = 0/002$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p < 0/001$) معنادار بود. همچنین اندازه اثر مداخله برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۲۸ به دست آمد. این مطلب بدین معنا بود که در متغیر بهزیستی روان‌شناختی بین گروه آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری دارد که حاکی از تأثیر مداخله است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیر پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۵/۸۰ -	۱/۱۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۶/۰۰ -	۱/۱۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰	۰/۵۹



نمودار ۱. مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میانگین متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و گروه گواه

براساس نتایج جدول ۴ و نمودار ۱، نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمان شناختی-هیجانی-معنوی و در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p < 0/001$). نتایج نشان داد، بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p = 0/137$). نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی درمان شناختی-هیجانی-معنوی در مرحله پیگیری برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی ماندگار است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی-هیجانی-معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای اختلال سوگ بود. نتایج پژوهش نشان داد، رویکرد شناختی-هیجانی-معنوی در افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان سوگوار اثربخش بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات ارزنگ مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-هیجانی-معنوی (دینی) بر کاهش حالت‌های افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانوار (۱۷)، رفیعی شفیق مبنی بر تأثیر درمان شناختی-هیجانی-معنوی بر افزایش کیفیت زندگی همسران جانبازان اعصاب و روان (۱۸)، کشاورز و میرشجاعیان مبنی بر کاهش بحران هویت در زوجین مراجعه‌کننده به جلسات زوج‌درمانی (۱۹) و رجایی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان شناختی-هیجانی-معنوی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان (۲۰) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، باوجود اینکه مدت‌ها است تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد، اخیراً روان‌شناسی دین، شواهد تجربی بسیاری را در این زمینه فراهم کرده است. بیش از دو دهه است که کاربرد، کیفیت و ادبیات دینی و معنوی در روان‌درمانگری افزایش یافته است (۲۷). رابطه بین دین و سلامت در بسیاری از پژوهش‌ها تأیید شده است (۲۸). بهزیستی شامل تعدادی مؤلفه است و اکثر پژوهشگران آن را یک مؤلفه در نظر می‌گیرند و برای ارزیابی آن از چند مؤلفه استفاده می‌کنند. این مؤلفه‌ها به رضایت و شادکامی مربوط می‌شوند و ارزیابی این مؤلفه‌ها کلی (مانند رضایت از زندگی)، ویژه (مانند رضایت از کار) و چندبعدی (مانند عاطفه مثبت درمقابل عاطفه منفی) است (۲۹). یون و لی بیان می‌کنند که بهزیستی روان‌شناختی ادراک درگیری مثبت با چالش‌های موجود زندگی است (۲۸). در این حوزه، بهزیستی روان‌شناختی براساس معنا، درک نفس و سطح عملکرد مشخص می‌شود (۲۹).

در پژوهش حاضر آموزش مضامین آرامش ذهن، مدل A.B.C کردن وقایع زندگی و آشنایی با افکار خودکار منفی و افکار اصلاحی، رویارویی با هیجانات و شناسایی ارزیابی‌های غلط و پیامدهای هیجانی، زنان را متوجه ابعاد متفاوتی از زندگی کرد و احساس کنترل بر زندگی در آن‌ها افزایش یافت. فرایند درمانی، سیستم شناختی و معنوی را به سمت اطلاعات جدید هدایت می‌کند و این کار را به‌وسیله به‌چالش کشیدن قوانین بنیادی تفکر و باور انجام می‌دهد و آن‌ها را انعطاف‌پذیر می‌کند؛ همچنین افراد تحت درمان با درمان شناختی-هیجانی-معنوی از این امر آگاه می‌شوند که اگرچه بسیاری از وقایع به‌طور ناخواسته در زندگی به‌وجود می‌آید، اتخاذ نگرش درقبال این

وقایع پیرو جبر نیست و با تغییر در نگرش ناکارآمد خود می‌توانند پا را از محدودیت‌ها فراتر نهند. درواقع تلاش فرد در یافتن افکار سازگارانه‌تر نه‌تنها حاکی از پذیرفتن مسئولیت است، بلکه ظرفیتی برای تغییر محسوب می‌شود (۱۷).

ایمان به خدا، در درمان این‌گونه زنان دارای اختلال سوگ و تحقق احساس امنیت و آرامش و پیشگیری از اضطراب و بیماری‌های روانی ناشی از آن کاملاً موفق بوده است. باید توجه داشت که درمان معمولاً پس از دچارشدن به اختلال سوگ شروع می‌شود؛ اما ایمان به خدا اگر از کودکی در نفس انسان استقرار یابد، نوعی مصونیت و پیشگیری از آسیب بیماری‌های روانی در شخص ایجاد می‌کند. قرآن، امنیت و آرامشی را که ایمان در نفس مؤمن به‌وجود می‌آورد، چنین توصیف می‌کند: تنها آنانی که به خدا ایمان آورده‌اند و آن را به عبادت هیچ معبودی نیامیخته‌اند، سزاوار آرامش، امنیت و طمأنینه هستند (۱۸).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نبود انتخاب تصادفی، استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی و محدودبودن نمونه به زنان سوگوار اشاره کرد. همچنین باتوجه به اینکه پژوهش حاضر در شهر گچساران انجام شد، شرایط محیطی و زمینه‌های فرهنگی اقتصادی متفاوتی بر آن تأثیرگذار بوده است؛ همین امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر مناطق با زمینه‌های فرهنگی اقتصادی دیگر محدود می‌کند. در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. ارائه آموزش‌های گروهی درمان شناختی-هیجانی-معنوی، بروشور، بسته‌های آموزشی، اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌ها، خدمات مشاوره‌ای رایگان و آگاهی‌دادن به آحاد جامعه و خانواده‌ها در زمینه مدیریت استرس و درمان‌های غیردارویی می‌تواند کمک شایان توجهی درجهت کاهش مشکلات افراد دارای اختلال سوگ باشد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، محدودیت‌های پژوهش حاضر برطرف شود و بررسی نمونه مردان نیز صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که رویکرد شناختی-هیجانی-معنوی بر افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان سوگوار اثربخش است؛ بنابراین روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند از رویکرد شناختی-هیجانی-معنوی درجهت بهبود مشکلات روان‌شناختی زنان سوگوار استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که در این پژوهش یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده زنان دارای اختلال سوگ مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بابل، با شماره نامه ۱۱۲ صادر شده است. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: برای انجام تحقیق تمام

شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه را پر کردند و رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در تحقیق اعلام داشتند؛ همچنین پرسشنامه‌ها بی‌نام بود و در هیچ‌یک از یافته‌های تحقیق نامی از آزمودنی‌ها بیان نشد؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ برای افراد گروه گواه مقرر شد پس از اتمام فرایند پژوهش، درمان شناختی-هیجانی-معنوی اجرا شود.

رضایت برای انتشار
این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد
همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم با مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر، به

این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع
نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی
تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان
نویسنده اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسنده دوم، در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

- Maddrell A. Mapping grief. A conceptual framework for understanding the spatial dimensions of bereavement, mourning and remembrance. *Social & Cultural Geography*. 2016;17(2):166–88. <https://doi.org/10.1080/14649365.2015.1075579>
- Molina N, Viola M, Rogers M, Ouyang D, Gang J, Derry H, et al. Suicidal ideation in bereavement: a systematic review. *Behav Sci (Basel)*. 2019;9(5):E53. <https://doi.org/10.3390/bs9050053>
- Prior A, Fenger-Grøn M, Davydow DS, Olsen J, Li J, Guldin M-B, et al. Bereavement, multimorbidity and mortality: a population-based study using bereavement as an indicator of mental stress. *Psychol Med*. 2018;48(9):1437–43. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002380>
- Lenferink LIM, Eisma MC. 37,650 ways to have "persistent complex bereavement disorder" yet only 48 ways to have "prolonged grief disorder." *Psychiatry Res*. 2018;261:88–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.050>
- Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG. "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*. 2016;15(3):266–75. <https://doi.org/10.1002/wps.20348>
- Dolatian M, Mahmoodi Z, Dilgony T, Shams J, Zaeri F. The structural model of spirituality and psychological well-being for pregnancy-specific stress. *J Relig Health*. 2017;56(6):2267–75. doi: [10.1007/s10943-017-0395-z](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0395-z)
- Desai A. Efficacy of gender and age on spirituality and psychological well-being of adults. *The International Journal of Indian Psychology*. 2016;3(2):83–92. doi: [10.25215/0302.121](https://doi.org/10.25215/0302.121)
- Ballew SH, Hannum SM, Gaines JM, Marx KA, Parrish JM. The role of spiritual experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*. 2012;51(4):1386–96. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9498-0>
- Shahane AD, Fagundes CP, Denny BT. Mending the heart and mind during times of loss: A review of interventions to improve emotional well-being during spousal bereavement. *Bereave Care*. 2018;37(2):44–54. <https://doi.org/10.1080/02682621.2018.1493640>
- Lundberg T, Forinder U, Olsson M, Fürst CJ, Årestedt K, Alvariza A. Bereavement stressors and psychosocial well-being of young adults following the loss of a parent - A cross-sectional survey. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;35:33–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.05.004>
- Sadeghi N, Hasanpour M, Heidarzadeh M, Alamolhoda A, Waldman E. Spiritual needs of families with bereavement and loss of an infant in the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(1):35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.344>
- Boulware DL, Bui NH. Bereaved African American adults: the role of social support, religious coping, and continuing bonds. *Journal of Loss and Trauma*. 2016;21(3):192–202. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1057455>
- Mangione L, Lyons M, DiCello D. Spirituality and religion in experiences of Italian American daughters grieving their fathers. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2016;8(3):253–62. <https://doi.org/10.1037/rel0000056>
- Lövgren M, Sveen J, Steineck G, Wallin AE, Eilertsen M-EB, Kreicbergs U. Spirituality and religious coping are related to cancer-bereaved siblings' long-term grief. *Palliat Support Care*. 2019;17(2):138–42. <https://doi.org/10.1017/s1478951517001146>
- Christian KM, Aoun SM, Breen LJ. How religious and spiritual beliefs explain prolonged grief disorder symptoms. *Death Stud*. 2019;43(5):316–23. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1469054>

16. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The spiritual and theological challenges of stillbirth for bereaved parents. *J Relig Health*. 2017;56(3):1081–95. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0365-5>
17. Arzhang N. Asarbakhshi darman shenakhti-hayajani-manavi dar kahesh afsordegi va ezterab zanan saparast khanevar [Effectiveness of cognitive-emotional spiritual therapy in reducing depression and anxiety of female-headed households]. In: 5th National Conference on Psychology, Counseling and Social Work [Internet]; 2016. [Persian]
18. Rafiee Shafiq M, Khoynejad Gh, Rajaei, A. Taein asarbakhshi ruykard shenakhti-hayajani-manavi bar keyfiyat zendegi hamsaran janbazan afab va ravan [Determining the effectiveness of spiritual emotional cognitive approach on the quality of life of spouses of psychiatric veterans]. In: 2nd National Conference on Research and Treatment in Clinical Psychology [Internet]; 2014. [Persian]
19. Keshavarz E, Mirshojaeian M. Asarbakhshi ruykard shenakhti-hayajani-manavi (SCET) bar bohran hoviyat [Effectiveness of cognitive, emotional, spiritual therapy (SCET) on identity crisis]. In: International Conference on Psychology and Social Studies [Internet]; 2017. [Persian]
20. Rajaei A, Kadkani H, Sadeghi M. The effect of spiritual cognitive emotional group therapy in reducing psychological problems in cancer patients. *Journal of Research and Health*. 2016;6(5):512–21. [Persian] <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-1107-en.pdf>
21. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *Int J Clin Health Psychol*. 2018;18(1):60–8. doi: [10.1016/j.ijchp.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002)
22. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory-II. San Antonio: TX: Psychological Corporation; 1996;78(2):490–8.
23. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069–81. doi: [10.1037/0022-3514.57.6.1069](https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069)
24. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri M, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(32):27-36. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_67.html
25. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*. 2005;21(4):185-92. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.20070>
26. Rajaei AR. Religious cognitive–emotional therapy: a new form of psychotherapy. *Iran J Psychiatry*. 2010;5(3):81–7.
27. Koenig HG, Hays JC, George LK, Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1997;5(2):131-44.
28. Yoon DP, Lee EK. The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *J Gerontol Soc Work*. 2006;48(3-4):281-98. doi: [10.1300/j083v48n03_01](https://doi.org/10.1300/j083v48n03_01)
29. Firouzbakht M, Hajian-Tilaki K, Moslemi D. Analysis of quality of life in breast cancer survivors using structural equation modelling: the role of spirituality, social support and psychological well-being. *Int Health*. 2020;12(4):354-63. doi: [10.1093/inthealth/ihz108](https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz108)