



Comparing the Effectiveness of Emotion Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being of the Wives of Martyrs Defending the Shrine

Zahra Sarvi¹ | Nooshin Pordelan² | Simin Hoseinian³

1. PhD student, Department of Counseling, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Counseling, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Pordelan@srbiau.ac.ir

3. Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Volume info

Vol. 17
Series: 66
Summer 2026
P.P: 27-52

Article Type

Research Paper

Article History

Received:
2025-12-06
Revised:
2026-06-13
Accepted:
2026-07-14
Published:
2026-07-23

ISSN – E-ISSN

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517X



Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the psychological well-being of the wives of Martyrs Defending the Shrine in 2024. The research employed a quasi-experimental, pretest-posttest design with two experimental groups and one control group. The population included all wives of Martyrs Defending the Shrine residing in Tehran, whose list was obtained from the Martyrs Foundation in the third quarter of 2024. Among the 100 married spouses with children, based on statistical power analysis, questionnaires were sent to 80 individuals. Using purposive sampling and selecting those with the lowest psychological well-being scores, 45 spouses were chosen and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Data were collected using Ryff's Psychological Well-Being Questionnaire and analyzed through multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS version 26. The results indicated that both EFT and MBCT significantly improved the psychological well-being of the participants ($F=16.11$, $p<0.01$, $\eta^2=0.56$). Further comparisons revealed that MBCT was more effective in enhancing self-acceptance and autonomy, whereas EFT was more effective in improving positive relationships with others. The findings suggest that both EFT and MBCT have a substantial impact on the psychological well-being of the wives of Martyrs Defending the Shrine, and targeted application of these interventions can serve as an effective strategy for promoting mental health in this population.

Keywords: Psychological Well-Being, Emotion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Spouses of Martyrs

Cite this Article: Sarvi, Z., Pordelan, N., & Hoseinian, S., (2026). Comparing the Effectiveness of Emotion Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being of the Wives of Martyrs Defending the Shrine, 17(66), 27-52. [Dor: 20.1001.1.25885162.1405.17.2.2.0](https://doi.org/10.1001.1.25885162.1405.17.2.2.0)



Publisher: Imam Hossein University.

© The Author(s).



مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی همسران شهید مدافع حرم

زهرا سروی^۱ | نوشین پردلان^۲ | سیمین حسینیان^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: Pordelan@srbiu.ac.ir
۳. استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی همسران شهید مدافع حرم در سال ۱۴۰۳ انجام شد. پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه همسران شهدای مدافع حرم ساکن تهران بود که فهرست آنان در سه ماهه سوم سال ۱۴۰۳ از بنیاد شهید دریافت شد. از میان ۱۰۰ نفر همسران متأهل دارای فرزند، بر اساس تحلیل توان آماری برای ۸۰ نفر پرسشنامه ارسال گردید و به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر مبنای نمرات پایین در بهزیستی روانشناختی، ۴۵ نفر از همسران انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در برنامه SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری بهزیستی روانشناختی همسران شهید مدافع حرم را افزایش دادند ($F=16/11$, $\eta^2=0/056$, $P<0/01$). آزمون‌های مقایسه‌ای نیز نشان داد که مداخله ذهن آگاهی در ارتقای پذیرش خود و خودمختاری برجسته‌تر و درمان هیجان‌مدار در بهبود روابط مثبت با دیگران مؤثرتر بود. می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله تأثیر قابل توجهی در ارتقای بهزیستی روانشناختی همسران شهید مدافع حرم دارند و استفاده هدفمند از این رویکردها می‌تواند ابزار مؤثری برای تقویت سلامت روان این جمعیت فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روانشناختی، درمان متمرکز بر هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، همسران شهید مدافع حرم.

سال و شماره

سال ۱۷، پیاپی: ۶۶

تابستان ۱۴۰۵

صص: ۵۲-۲۷

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۳/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

شابا چاپی و الکترونیکی

شابا چاپی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸

الکترونیکی: X-۵۱۷۳-۲۶۴۵



استناد: سروی، زهرا، پردلان، نوشین، حسینیان، سیمین. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی همسران شهید مدافع حرم، ۱۷(۶۶)، ۲۷-۵۲.

Dor: 20.1001.1.25885162.1405.17.2.2.0



ناشر: دانشگاه جام امام حسین (ع). نویسندگان.



مقدمه و بیان مساله

شهدا نیروهای نظامی هستند که در مسیر انجام وظیفه جان خود را فدا می‌کنند تا به نفع ملت خود خدمت کنند و میراثی برای نسل‌های آینده به جا بگذارند. خانواده‌هایی که عزیزان خود (همسران) را در مناطق درگیری از دست داده‌اند، به‌عنوان خانواده‌های شهدا شناخته می‌شوند (اسلام و همکاران، ۲۰۲۴). همسران شهدای مدافع حرم در زمره آسیب‌پذیرترین گروه‌های بازمانده از جنگ سوریه قرار دارند. تجربه از دست دادن همسر در شرایط خشونت‌آمیز جنگ، فرایند سوگواری آنان را با پیچیدگی‌های بیشتری همراه می‌سازد. این زنان علاوه بر تحمل داغ فقدان، با پیامدهای روان‌شناختی متعددی همچون استرس پس از سانحه، اضطراب، افسردگی، احساس درماندگی و افت تمرکز مواجه می‌شوند (خنجری و همکاران، ۱۴۰۲). تحقیقات نشان می‌دهند که در میان همسران نیروهای نظامی، حدود یک‌سوم از آنان علائم افسردگی یا اضطراب متوسط تا شدید دارند و بیش از یک‌سوم حداقل یک اختلال روانی را تجربه می‌کنند (کنوبلوچ و همکاران، ۲۰۲۵). در ایران نیز بیش از ۸۵ درصد از همسران جانبازان مشکلات سلامت روان و بیش از ۸۸ درصد علائم افسردگی گزارش کرده‌اند (سیدطالبی و رفیعی پور، ۱۳۹۶). فشارهای روانی تنها بخشی از بار سنگین آنان است؛ زیرا در کنار آن مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی نیز بر دوششان افزوده می‌شود. بسیاری از این زنان باید نقش پدر و مادر را همزمان ایفا کرده، سرپرستی فرزندان خردسال را بر عهده گیرند و در عین حال پاسخگوی انتظارات خانواده‌های شهید و جامعه باشند (چادزیخا-زوپالا و همکاران، ۲۰۲۳). چنین شرایطی به‌طور مستقیم ابعاد مختلف بهزیستی روان‌شناختی^۱ آنان، از جمله خودمختاری، تسلط بر محیط و کیفیت روابط مثبت اجتماعی را تهدید می‌کند (صدری و همکاران، ۲۰۲۱). روان‌شناسان با الهام از دو رویکرد فلسفی هِدُونِیا^۲ و یودایمونیا^۳، دو الگوی عمده و شناخته‌شده در تبیین بهزیستی را مطرح کرده‌اند.

1. Psychological well-being

2. Hedonia

3. Eudaimonia

بهزیستی ذهنی که مبتنی بر هدونیا است، ناظر بر قضاوت کلی فرد درباره کیفیت زندگی خویش بر اساس معیارهای درونی است و شامل دو مؤلفه اصلی می‌شود: بعد شناختی که در قالب رضایت از زندگی نمود می‌یابد و بعد عاطفی که بر تجربه هیجان‌های مثبت و منفی متمرکز است (لی و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، بهزیستی روان‌شناختی که ریشه در یودایمونیا دارد، بیش از آنکه بر لذت یا رضایت لحظه‌ای تأکید کند، بر شکوفایی ظرفیت‌های انسانی، تحقق اهداف و خودپذیری تأکید دارد. این نوع بهزیستی در شش مؤلفه اساسی تبیین می‌شود: خودپذیری، خودمختاری، هدفمندی در زندگی، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و رشد فردی (اویسال و همکاران، ۲۰۲۵).

درک بهزیستی روان‌شناختی در همسران شهید مدافع حرم نیازمند توجه به شش بعد اصلی ریف است که هر یک در این جمعیت معنا و کارکرد ویژه‌ای می‌یابد. خودپذیری در قالب پذیرش فقدان همسر و حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و زندگی جلوه‌گر می‌شود و به آنان کمک می‌کند هویت فردی خویش را فراتر از نقش همسری تعریف کنند (ون دیرندونک و لام، ۲۰۲۳). خودمختاری در توانایی تصمیم‌گیری مستقل و مدیریت مسئولیت‌های جدید خانوادگی و اجتماعی نمود پیدا می‌کند. هدفمندی در زندگی غالباً از احساس فداکاری، معنویت و تعهد به آینده فرزندان سرچشمه می‌گیرد و عاملی برای ادامه حرکت رو به جلوست (تیوبوس و همکاران، ۲۰۲۵). روابط مثبت با دیگران تحت تأثیر کیفیت حمایت اجتماعی و بازشناسی جامعه از جایگاه آنان شکل می‌گیرد و می‌تواند از شدت احساس تنهایی بکاهد. تسلط بر محیط در مدیریت فشارهای اقتصادی، تربیت فرزندان و سازگاری با شرایط اجتماعی جدید معنا پیدا می‌کند و به تقویت احساس کارآمدی می‌انجامد (یگیت و چاکماک، ۲۰۲۴). در نهایت، رشد فردی در قالب افزایش تاب‌آوری، بلوغ روانی، رشد معنوی و دستیابی به اهداف تازه نمود پیدا می‌کند (اویسال و همکاران، ۲۰۲۵). شواهد تجربی نیز تایید کننده این واقعیت مهم است. مطالعه‌ای مقطعی بر همسران شهدا ساکن کراچی پاکستان نشان داد که بخش قابل توجهی از شرکت کنندگان (۲۹

درصد) دارای بهزیستی روانی ضعیف و سطح پایین رضایت از زندگی (۵۵ درصد) بودند، که این وضعیت نشان‌دهنده افزایش ریسک اختلالات روانی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی در این جمعیت است (اسلام و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، یاسر و همکاران (۲۰۱۸) مشخص کردند که در عراق، درصد قابل توجهی از همسران شهدا استرس را تجربه کرده و گزارش دادند که این استرس کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و مشارکتشان در فعالیت‌های روزمره را کاهش داده است.

با توجه به فشارهای روانی و اجتماعی قابل توجهی که همسران شهدا تجربه می‌کنند، مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای حفظ و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنان اهمیت ویژه‌ای دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این مداخلات عمدتاً بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان، افزایش تاب‌آوری و ارتقای توانمندی‌های روانی تمرکز دارند و می‌توانند به شکل فردی، گروهی یا مبتنی بر حمایت اجتماعی اجرا شوند (اوهلسون، ۲۰۲۴). از جمله مهم‌ترین رویکردهای درمانی در این زمینه، درمان متمرکز بر هیجان^۱ است (اوکیای و اوچار، ۲۰۲۳)، که به‌عنوان یک روش درمانی مبتنی بر فرایند و دارای پشتوانه علمی شناخته می‌شود، و توسط گرینبرگ و همکارانش در دهه ۱۹۸۰ ارائه شد (دهنوی و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان به فرد کمک می‌کند تا احساسات خود را شناسایی، تجربه و کاوش کند، آن‌ها را بپذیرد و پردازش نماید، و با بازآفرینی و مدیریت آگاهانه این هیجانات، توانایی مقابله با فقدان و چالش‌های روانی را تقویت کرده و انعطاف‌پذیری روانی خود را افزایش دهد (تامپسون و کرینبرگ، ۲۰۲۳). درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند باعث تغییر شناختی و رفتاری شده و توانایی فرد را در مدیریت استرس، مقابله با فقدان و بازسازی معنا در زندگی ارتقا دهد. علاوه بر این، درمان متمرکز بر هیجان با ارتقای خودپذیری، بهبود کیفیت روابط بین فردی و افزایش حمایت‌های اجتماعی، زمینه افزایش تاب‌آوری و تقویت ابعاد مختلف بهزیستی روان‌شناختی مانند هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط و رشد فردی را فراهم می‌آورد (پناهی فر و صادقی، ۲۰۲۲). در این زمینه، مطالعه‌ای توسط تومارژوسکا و همکاران (۲۰۲۵) بر

1. Emotion-focused therapy

روی ۲۰ نفر از پرسنل نظامی نشان داد که ۶۰ درصد از شرکت کنندگان، درمان متمرکز بر هیجان را مؤثر در کاهش علائم استرس پس از سانحه، بهبود تنظیم هیجان، بهزیستی و روابط بین فردی گزارش کردند. همچنین، پژوهش دیگری توسط گنز و همکاران (۲۰۲۲) در ایالات متحده نشان داد که درمان زوجی هیجان مدار منجر به کاهش تنش‌های رابطه‌ای، علائم استرس و افسردگی در کهنه‌سربازان و همسرانشان شد. این نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله هیجان مدار بر بهزیستی روانی خانواده‌های نظامی است. نتایج پژوهش غفاری شهیر و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر هیجان، هر دو در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مؤثر بوده‌اند، بدون آن که تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده شود.

در کنار درمان متمرکز بر هیجان، درمان‌های دیگری نیز به‌عنوان مداخلات مؤثر برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی جمعیت‌های آسیب‌پذیر مطرح شده‌اند. یکی از این رویکردها، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ است که با ترکیب تکنیک‌های شناخت درمانی و تمرین‌های ذهن آگاهی، به فرد کمک می‌کند تا الگوهای فکری منفی و واکنش‌های خودکار به استرس و هیجانات را شناسایی و مدیریت کند (ژا و همکاران، ۲۰۲۵). مشابه درمان هیجان مدار، مداخله ذهن آگاهی نیز بر خودآگاهی و پذیرش هیجانات تمرکز دارد، اما از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی و توجه متمرکز، امکان کاهش واکنش‌های هیجانی ناسازگارانه و ارتقای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی را فراهم می‌کند (بونورا و فونتین، ۲۰۲۰). هدف ذهن آگاهی فراتر از افزایش وضوح ذهنی صرف است و به افراد کمک می‌کند تا خودتنظیمی هیجانات، کاهش استرس و مدیریت بهتر رفتارها و واکنش‌های روانی خود را ارتقا دهند (لی و همکاران، ۲۰۲۵). مدل پردازش هیجانی^۲ گارلند و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که تمرین ذهن آگاهی با کاهش واکنش‌های خودکار به افکار و هیجانات منفی و افزایش پردازش شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی، به بازسازی شناختی و بهبود سلامت روان کمک می‌کند. همچنین، نظریه بازشناسی توجه

1. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
2. Emotion Processing Model

و پذیرش^۱ بیشاپ و همکاران (۲۰۰۴) تأکید می‌کند که تمرکز آگاهانه و پذیرش بدون قضاوت می‌تواند چرخه‌های فکری منفی و خودانتقادی را کاهش داده و تاب‌آوری روانی را ارتقا دهد. در زمینه تأثیر آموزش‌های ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی همسران شهدا، تحقیقات محدودی در دسترس است. با این حال، مطالعات مرتبط با همسران نظامی و خانواده‌های جانبازان می‌تواند به‌عنوان مبنای تجربی برای بررسی این موضوع در نظر گرفته شود. یک مطالعه توسط باقرزاده و کلانتری (۲۰۲۵) در ایران نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به همسران جانبازان مبتلا به اختلال افسردگی، منجر به بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی آن‌ها شد. ناگل و آروموگام (۲۰۲۱) در پژوهشی بر جمعیت نظامیان هندی مطرح کردند که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مثبتی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی همسران نظامی دارد. همچنین، گکینتونی و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، مداخله‌ای مؤثر برای پیشگیری از بازگشت افسردگی و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی به شمار می‌رود.

اگرچه مطالعات متعددی نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر هیجان و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی افراد کمک کنند، پژوهش‌ها عمدتاً بر جمعیت‌های عمومی، بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب، یا همسران نظامیان در کشورهای غربی متمرکز بوده‌اند (تومارژوسکا و همکاران، ۲۰۲۵؛ گکینتونی و همکاران، ۲۰۲۵). بررسی‌های موجود در زمینه همسران شهدا، به ویژه همسران شهدای مدافع حرم، بسیار محدود است و اغلب به شناسایی مشکلات روانی و وضعیت بهزیستی آنان بدون ارائه مداخلات درمانی پرداخته‌اند. علاوه بر این، مطالعات مقایسه‌ای مستقیم بین دو مداخله درمانی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی چنین جمعیتی وجود ندارد. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی همسران شهید مدافع حرم، یک نوآوری مهم را ارائه می‌دهد. بنابراین، این پژوهش با هدف پاسخ به این فرضیه انجام شد که بین

1. The Attention-Awareness and Acceptance Model

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی همسران شهید مدافع حرم تفاوت وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با حضور دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمام زنانی بود که همسرانشان در جریان نبردهای سوریه به شهادت رسیده و به‌عنوان شهدای مدافع حرم شناخته می‌شوند. فهرست اسامی این افراد در سه‌ماهه پایانی سال ۱۴۰۳ از بنیاد شهید استان تهران دریافت گردید. برای تعیین حجم نمونه، از تحلیل توان آماری استفاده شد. با توجه به طراحی پژوهش و استفاده از سه گروه و سه متغیر وابسته، اندازه اثر متوسط ($f^2=0/25$)، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰ در نظر گرفته شد. بر اساس محاسبات با نرم‌افزار G*Power 3.1، تعداد نمونه مورد نیاز برای هر گروه تقریباً ۱۲ الی ۱۴ نفر برآورد شد. بنابراین، با انتخاب ۴۵ نفر و تخصیص تصادفی آن‌ها به سه گروه، نمونه کافی برای شناسایی اثر مداخلات و انجام تحلیل‌های آماری پژوهش فراهم شد. بطوری که، از میان حدود ۲۰۰ شهید مدافع حرم استان تهران، ۱۰۰ نفر متأهل و دارای فرزند بودند که برای ۸۰ نفر از همسران آنان پرسشنامه ارسال شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام گرفت؛ زیرا جامعه پژوهش شامل گروهی خاص و نسبتاً محدود، یعنی همسران شهدای مدافع حرم، بود که شناسایی و دسترسی به آنان صرفاً از طریق فهرست بنیاد شهید امکان‌پذیر بود. افزون بر این، با توجه به ماهیت مداخله‌ای و لزوم انتخاب آزمودنی‌هایی که از نظر بهزیستی روان‌شناختی در سطح پایین‌تری قرار داشتند، استفاده از نمونه‌گیری هدفمند به‌منظور افزایش همگنی نمونه و تقویت اعتبار درونی پژوهش ضروری بود. بر این اساس، تنها همسرانی که نام آنان در بنیاد شهید ثبت شده بود و تمایل آگاهانه به مشارکت در پژوهش داشتند، وارد مطالعه شدند. در نهایت، ۴۵ نفر از همسران شهید که در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی نمره پایین‌تری کسب کرده بودند و با ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انطباق داشتند، انتخاب شدند. سپس این

افراد به طور تصادفی در سه گروه، شامل گروه درمان هیجان مدار، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل، جایگزین شدند. این طراحی و اجرای مداخله بر اساس چک لیست TIDieR صورت گرفته و امکان تکرار و گزارش شفاف پژوهش فراهم شده است (هافمن و همکاران، ۲۰۱۴).

ملاکهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- همسر شهید مدافع حرم، ۲- کسب نمرات پایین در پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی، ۳- دارا بودن تحصیلات دیپلم و بالاتر، ۵- تمایل شرکت در جلسات، ۶- موافقت کتبی برای ضبط جلسات با تاکید بر محرمانه بودن، ۷- دارا بودن حداقل یک فرزند. ملاکهای خروج نیز عبارت بودند از: عدم شرکت در سه جلسه متوالی در فرایند درمان. در این تحقیق، تمامی ضوابط اخلاقی مرتبط با پژوهش رعایت گردید. پیش از شروع جلسات، اهداف، روند اجرا و الزامات مطالعه به طور شفاف برای مشارکت کنندگان تشریح شد و آنان نسبت به محرمانگی کامل اطلاعات فردی و پاسخ هایشان اطمینان حاصل کردند. همچنین یادآوری شد که حضور در این طرح کاملاً اختیاری بوده و هر یک از همسران شهید می توانند در هر مرحله، بدون نگرانی از پیامدهای احتمالی، از ادامه همکاری انصراف دهند. برای همه افراد، رضایت نامه آگاهانه به صورت کتبی دریافت شد. داده ها صرفاً با استفاده از کدگذاری و بدون ذکر نام یا مشخصات هویتی وارد نرم افزار آماری شدند و گزارش نتایج نیز تنها به شکل کلی و گروهی ارائه گردید. علاوه بر این، به منظور رعایت اصل عدالت، پس از اتمام پژوهش جلسات درمانی فشرده برای اعضای گروه کنترل نیز برگزار شد. برای تحلیل داده ها، ابتدا نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. سپس برای اطمینان از همگنی واریانس ها، از آزمون لون استفاده گردید و پیش فرض همسانی ماتریس واریانس-کواریانس با آزمون ام-باکس مورد سنجش قرار گرفت. برای تحلیل اثر مداخلات بر چند متغیر وابسته به صورت همزمان، تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار رفت و پیش آزمون به عنوان کووارییت وارد مدل شد. همچنین برای بررسی اثر هر مداخله بر هر مؤلفه به طور مجزا، تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد. داده ها در برنامه SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس بهزیستی روانشناختی^۱

به منظور سنجش سلامت روانشناختی فردی از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف استفاده شد. ریف این آزمون را در فرم های بلند (۸۴ سوالی)، متوسط (۵۴ سوالی) و کوتاه (۱۸ سوالی) تدوین کرده است. در این پژوهش از فرم کوتاه ۱۸ سوالی استفاده شد. این مقیاس دارای شش زیرمقیاس (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی) است و بر اساس لیکرت شش عامل (با امتیاز ۱ تا ۶) نمر گذاری می شود (موسوی مقدم و همکاران، ۱۴۰۰). کاملاً مخالف با امتیاز یک و کاملاً موافق با امتیاز شش. برای هر یک از زیر مقیاس ها سه سوال وجود دارد و حداقل نمره در هر زیرمقیاس ۳ و حداکثر ۱۸ است. عبارت ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۹، ۵، ۴، ۳ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (به نقل از خانجانی همکاران، ۱۳۹۳). همسانی درونی این آزمون توسط ریف و به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. در ایران در پژوهشی توسط رضایی دوگاه و همکاران میزان همسانی درونی این ابزار ۰/۸۵ آلفای کرونباخ محاسبه شده است. هم چنین همسانی درونی کل این آزمون در پژوهش اصغری و همکاران در مطالعه آزمایشی بر روی ۳۵ نفر از دانشجویان با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و بر روی ۳۴۳ نفر از دانشجویان دانشگاه خوارزمی با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تایید شد (برزگر زمهری و همکاران، ۱۴۰۲).

درمان متمرکز بر هیجان

در این پژوهش، درمان متمرکز بر هیجان به عنوان رویکردی مبتنی بر الگوی گرینبرگ به کار گرفته شد. مداخلات درمانی در قالب ۱۲ جلسه گروهی، هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه، و متناسب با صورت بندی مشکلات مراجعان اجرا گردید (گولدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵). جدول (۱) شرح مختصر مداخله را نشان می دهد.

جدول ۱. خلاصه درمان متمرکز بر هیجان

مرحله اول: تاگشایی روایت و مشاهده ی سبک پردازش هیجانی درمانجو	گام اول: گوش دادن به مشکلات کنونی (مشکلات رفتاری و ارتباطی) گام دوم: گوش دادن و شناسایی تجارب دردناک هیجانی گام سوم: حضور و مشاهده سبک پردازش هیجانی درمانجو گام چهارم: تاگشایی داستان زندگی/روایت مبتنی بر هیجان (مرتبط با دل بستگی و هویت)
مرحله دوم: تمرکز مشارکتی و شناسایی هیجان اصلی	گام پنجم: شناسایی نشانگرهای تکالیف گام ششم: شناسایی طرحواره های هیجانی اصلی و سازگار یا ناسازگار گام هفتم: شناسایی نیازها گام هشتم: شناسایی هیجانات ثانویه گام نهم: شناسایی وقفه ها و موانع برای دسترسی به طرح واردهای هیجانی اصلی گام دهم: شناسایی تم ها: روابط خود- خود، خود- دیگری و مسائل وجودی گام یازدهم: ساخت مشارکتی صورت بندی موردی که مشکلات رفتاری و ارتباطی را به ماشه چکان ها و طرح واردهای هیجانی اصلی ارتباط می دهد.
مرحله سوم: توجه به نشانگرهای فرایند و معانی جدید	گام دوازدهم: شناسایی نشانگرهای تکالیف در حال ظهور گام سیزدهم: شناسایی نشانگرهای خرد گام چهاردهم: ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید برای سازی روایت های جدید اثر گذاشته و از آنها برای حل مشکلات کنونی استفاده می شود

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

این رویکرد درمانی که در زمره درمان‌های موج سوم قرار می‌گیرد، طی ۸ جلسه برگزار شد که هر جلسه حدود ۲ تا ۲/۵ ساعت به طول می‌انجامد. پیش از آغاز جلسات اصلی، یک دوره مقدماتی به منظور ارزیابی اولیه و آشنایی شرکت‌کنندگان با روند درمان اجرا می‌شود (کرین، ۲۰۱۷). در این برنامه، تکالیف خانگی به صورت ساختارمند طراحی شده و شامل حدود ۴۵ دقیقه تمرین روزانه است.

جدول ۲. برنامه هشت جلسه ای ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی

خوردن یک کشمش با آگاهی (۱۰ دقیقه)، مراقبه واریسی بدن (۲۰ دقیقه)، ایجاد رابطه درمانی، انتظارات از درمان، مراقبه واریسی بدن (۴۵ دقیقه)، آوردن آگاهی به فعالیت‌های عادی روزانه، خوردن توجه آگاهانه	هفته نخست: هدایت خودکار و هوشیاری آگاهانه
مراقبه واریسی بدن (۲۰ دقیقه)، تمرین تنفس ذهن آگاهی و مراقبه ذهن (۱۰ دقیقه)، تمرین افکار و احساسات هنگام مراقبه واریسی بدن (۴۵ دقیقه)، تنفس با ذهن آگاهی (۱۰ دقیقه)، معطوف کردن توجه به فعالیت‌های مداوم مختلف روزانه و ثبت تجربه یک رویداد دلپذیر در روز	هفته دوم: زندگی کردن با آنچه در ذهن ماست
مراقبه واریسی بدن، مرور و جمع‌بندی دوره، گفتگو درباره پیشرفت و پیشگیری از عود، دریافت بازخورد، اجرای پس‌آزمون، تمرین‌های توجه آگاهی رسمی و غیررسمی، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای.	هفته سوم: آمدن به زمان حال جمع کردن ذهن پراکنده
دیدن یا شنیدن آگاهانه، تأمل نشسته و تنفس سه دقیقه‌ای، پیاده‌روی با ذهن آگاهی، کشف تجارب ناخوشایند و تعریف مسئله (مثل افسردگی یا استرس)، تکرار تنفس سه دقیقه‌ای و تنفس عمیق به عنوان راهبرد مقابله‌ای.	هفته چهارم: تشخیص بیزاری
تأمل نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، توجه به واکنش‌ها نسبت به افکار و احساسات، کار با یک موقعیت دشوار و بررسی اثرات آن، سه دقیقه فضای تنفس، خواندن شعر «مهمان‌خانه» مولانا، کاوش الگوهای عادی واکنش، به کارگیری مهارت ذهن آگاهی برای پاسخ بهتر به لحظه حال، تمرین روزانه تنفس سه دقیقه‌ای و تنفس عمیق به عنوان راهبرد مقابله‌ای.	هفته پنجم: پذیرفتن و اجازه دادن، مجوز حضور

جدول ۲. برنامه هشت جلسه ای ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی

هفته ششم: افکار، واقعیت نیستند	تأمل نشسته با آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بررسی یک مشکل و اثرات آن، سه دقیقه فضای تنفس، تمرین تغییر در خلق و نگرش، شناسایی نشانه‌های عود و طراحی برنامه مقابله، مراقبه با تمرکز بر افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی، تنفس سه دقیقه‌ای و عمیق روزانه برای مقابله، ایجاد سیستم هشدار اولیه.
هفته هفتم: چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم	مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس، بدن و واکنش‌ها، مشاهده ارتباط با تجربه‌ها، سه دقیقه فضای تنفس به‌عنوان گام آگاهانه پیش از انتخاب، بررسی رابطه فعالیت و خلق، شناسایی نشانه‌های عود و راهکارهای مقابله، انتخاب و ادامه تمرین‌ها پس از دوره، استفاده از تنفس سه دقیقه‌ای و تدوین برنامه عملی برای مدیریت استرس، خلق پایین و اضطراب.
هفته هشتم: حفظ و گسترش یادگیری جدید	وارسی بدن، جمع‌بندی دوره و مرور ارزشمندترین دستاوردها، گفتگو درباره پیشرفت و پیشگیری از عود، دریافت بازخورد و اجرای پس‌آزمون، ادامه تمرین‌های توجه آگاهی رسمی و غیررسمی، و استفاده از تنفس سه دقیقه‌ای پاسخده.

یافته‌های پژوهش

جدول (۳) آماره های توصیفی شرکت کنندگان پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۳. آماره های توصیفی شرکت کنندگان پژوهش از نظر تحصیلات و سن

انحراف استاندارد	میانگین	تحصیلات					گروه
		کارشناسی ارشد	کارشناسی	کاردانی	دیپلم	زیردیپلم	
۵/۶۴	۳۱/۶۰	۲	۴	۳	۲	۴	درمان متمرکز بر هیجان
۹/۲۸	۳۵/۸۷	۳	۲	۴	۴	۲	ذهن آگاهی
۵/۳۶	۳۷/۸۰	۳	۵	۴	۱	۲	کنترل
۷/۳۲	۳۵/۰۹	۸	۱۱	۱۱	۷	۸	کل

با توجه به جدول (۳) میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه درمان هیجان مدار ۳۱/۶۰، گروه ذهن آگاهی ۳۵/۸۷، و برای گروه کنترل ۳۷/۸۰ به دست آمد؛ همچنین میانگین کل شرکت کنندگان برابر با ۳۵/۰۹ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ترکیب نمونه شامل ۷ نفر با تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۱۱ نفر کاردانی، ۱۱ نفر کارشناسی و ۸ نفر کارشناسی ارشد بود. جدول ۴. شاخص های مرکزی، پراکندگی و نتایج آزمون شاپرو-ویلک متغیرها

متغیرها	گروه	مرحله	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	آماره	معنی داری
پذیرش خود	هیجان محور	پیش آزمون	۵	۱۵	۱۰/۳۳	۲/۸۹	۰/۹۷۰	۰/۸۵۹
		پس آزمون	۸	۱۷	۱۲/۴۷	۲/۴۵	۰/۹۷۱	۰/۸۷۹
	ذهن آگاهی	پیش آزمون	۵	۱۷	۱۰/۹۳	۳/۷۱	۰/۹۵۰	۰/۵۲۱
		پس آزمون	۹	۱۷	۱۴/۰۷	۲/۷۴	۰/۸۴۳	۰/۰۱۴
	کنترل	پیش آزمون	۴	۱۷	۹/۷۳	۴/۲۰	۰/۹۱۸	۰/۱۷۷
		پس آزمون	۶	۱۶	۱۰/۶۰	۲/۹۷	۰/۹۴۲	۰/۴۱۴
روابط مثبت با دیگران	هیجان محور	پیش آزمون	۶	۱۵	۹/۸۷	۲/۹۵	۰/۹۲۵	۰/۲۲۶
		پس آزمون	۱۰	۱۷	۱۳/۶۷	۲/۰۹	۰/۹۶۴	۰/۵۸۴
	ذهن آگاهی	پیش آزمون	۷	۱۶	۱۲/۱۳	۲/۶۱	۰/۹۵۹	۰/۴۰۵
		پس آزمون	۱۰	۱۷	۱۳/۸۰	۲/۰۷	۰/۹۵۴	۰/۵۸۴
	کنترل	پیش آزمون	۷	۱۶	۱۱/۳۳	۲/۷۶	۰/۹۴۲	۰/۷۵۶
		پس آزمون						

جدول ۴. شاخص های مرکزی، پراکندگی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک متغیرها

متغیرها	گروه	مرحله	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	آماره	معنی داری
خودمختاری	هیجان محور	پس آزمون	۹	۱۷	۱۲/۰۷	۲/۰۱	۰/۹۲۹	۰/۲۶۷
		پیش آزمون	۴	۱۵	۸/۸۰	۳/۴۳	۰/۹۳۲	۰/۲۹۶
	ذهن آگاهی	پس آزمون	۶	۱۶	۱۱/۶۷	۳/۲۴	۰/۹۲۶	۰/۲۳۴
		پیش آزمون	۴	۱۷	۹/۴۰	۳/۶۴	۰/۹۵۳	۰/۵۷۶
	کنترل	پس آزمون	۷	۱۶	۱۲/۸۷	۲/۹۲	۰/۸۸۹	۰/۰۶۴
		پیش آزمون	۴	۱۶	۱۰/۸۰	۴/۲۶	۰/۸۸۲	۰/۰۵۰
	هیجان محور	پس آزمون	۵	۱۷	۱۱/۴۷	۴/۰۱	۰/۹۲۴	۰/۲۲۱
		پیش آزمون	۲۲	۳۷	۲۹/۰۰	۵/۷۶	۰/۸۶۸	۰/۰۳۱
	ذهن آگاهی	پس آزمون	۳۰	۴۴	۳۷/۸۰	۴/۹۲	۰/۹۰۸	۰/۱۲۸
		پیش آزمون	۲۵	۴۸	۳۲/۴۷	۶/۵۵	۰/۹۱۵	۰/۱۶۱
بهزیستی روانشناختی (نمره کل)	کنترل	پس آزمون	۲۶	۴۳	۳۴/۱۳	۵/۱۹	۰/۹۵۲	۰/۵۶۴
		پیش آزمون	۲۰	۴۴	۳۱/۸۷	۷/۰۵	۰/۹۰۸	۰/۱۲۸
	هیجان محور	پس آزمون	۳۲	۴۸	۴۰/۷۳	۴/۷۸	۰/۹۶۲	۰/۷۳۲

چنانکه در جدول (۴) مشاهده می شود شرکت کنندگان گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون بهزیستی روانشناختی و مولفه های آن شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و خودمختاری دارای سطح میانگین مشابهی هستند ولی در پس آزمون بهزیستی روانشناختی و ابعاد مربوطه شرکت کنندگان گروه های آزمایش سطح میانگین بالاتری نسبت به آزمودنی های گروه کنترل دارند. همچنین، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در جدول ۴ حاکی از نرمال بودن توزیع داده ها برای متغیرها بود ($p > 0/05$). آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس ها نشان داد که این پیش فرض برای نمره کل بهزیستی روانشناختی ($F = 0/533$, $P = 0/591$)، بعد پذیرش خود ($F = 2/43$, $P = 0/100$)، روابط مثبت با دیگران ($F = 1/06$, $P = 0/357$)، و خودمختاری ($P = 0/680$)، $F = 0/390$) برقرار بود. برای بررسی همسانی ماتریس واریانس-کواریانس داده ها، آزمون ام-باکس انجام شد. نتیجه نشان داد که مقدار آماره ام-باکس برابر با $10/29$ با درجات آزادی 12 و $8548/61$ و سطح معناداری $0/684$ بود. بنابراین پیش فرض همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است. به منظور ارزیابی همگنی ماتریس واریانس-کواریانس، از آزمون ام-باکس استفاده شد. نتایج حاکی از آن است که مقدار آماره ام-باکس برابر با $10/29$ با درجه آزادی 12 و $8548/61$ به دست آمد و سطح معناداری آن $0/684$ بود. بر این اساس، می توان نتیجه گرفت که فرض همسانی ماتریس واریانس-کواریانس در داده ها رعایت شده است. در گام بعد، فرض همسانی شیب خط رگرسیون بررسی شد. همان طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، اثر تعاملی گروه و پیش آزمون بر متغیر بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و خودمختاری) معنادار نبود ($P > 0/05$)، بنابراین می توان نتیجه گرفت که پیش فرض همسانی شیب خط رگرسیون در این پژوهش رعایت شده است. همچنین بررسی پیش فرض رابطه خطی بین متغیر هم پراش و متغیر وابسته در جدول ۵ نشان داد که برای ابعاد پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و خودمختاری این رابطه در سطح معناداری $0/01$ تأیید شد، بنابراین پیش فرض رابطه خطی نیز برقرار بود.

جدول ۵. نتایج آزمون های چند متغیری برای دو گروه در متغیرها

نام آزمون	ارزش	F	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلائی	۱/۰۳	۱۳/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۷
لامبدای ویلکز	۰/۱۸۸	۱۶/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۸
اثر هتلینگ	۳/۱۴	۱۸/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۷۱	۳۴/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۰

بر اساس نتایج جدول (۵)، سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز برای اثر گروه برابر با ۰/۱۸۸ و مقدار F معادل ۱۶/۱۱ به دست آمد که در سطح کوچک تر از ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین، میزان تأثیر ۵۶/۸ گزارش شد؛ به بیان دیگر، حدود ۵۶/۸ درصد از تفاوت های مشاهده شده در میانگین بهزیستی روان شناختی، ناشی از تأثیر مداخلات درمانی (درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بوده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس اثرات بین گروهی میانگین متغیرها

مولفه ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پذیرش خود	پیش آزمون	۲۳۸/۹۵	۱	۲۳۸/۹۵	۱۷۱/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۸
	گروه	۴۸/۴۱	۲	۲۴/۲۱	۱۷/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۱
	خطا	۵۴/۴۰	۳۹	۱/۳۹			
روابط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۱۱۸/۱۹	۱	۱۱۸/۱۹	۹۸/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۶
	گروه	۴۹/۵۰	۲	۲۴/۷۵	۲۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۴
	خطا	۴۶/۸۳	۳۹	۱/۲۰			
خودمختاری	پیش آزمون	۴۰۲/۲۱	۱	۴۰۲/۲۱	۲۵۱/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۶
	گروه	۵۳/۸۴	۲	۲۶/۹۲	۱۶/۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۳
	خطا	۶۲/۴۶	۳۹	۱/۶۰			

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در ابعاد بهزیستی روانشناختی شامل پذیرش خود ($F=17/35$, $\eta^2=0/471$)، روابط مثبت با دیگران ($F=20/61$, $\eta^2=0/514$)، و خودمختاری ($F=16/81$, $\eta^2=0/463$) شده است. به عبارتی، هر دو مداخله درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مولفه‌های بهزیستی روانشناختی (شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و خودمختاری) در شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بودند. در ادامه برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی از آزمون مقایسه‌های زوجی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول (۷) ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرون برای ابعاد بهزیستی روانشناختی

متغیر	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	معنی داری
پذیرش خود	هیجان مدار-ذهن آگاهی	*-۱/۴۴	۰/۴۵۸	۰/۰۱۰
	هیجان مدار-کنترل	*۱/۲۰	۰/۴۵۳	۰/۰۳۴
	ذهن آگاهی-کنترل	*۲/۶۴	۰/۴۴۹	۰/۰۰۰۱
روابط مثبت با دیگران	هیجان مدار-ذهن آگاهی	*۱/۲۶	۰/۴۲۵	۰/۰۱۵
	هیجان مدار-کنترل	*۲/۶۹	۰/۴۲۰	۰/۰۰۰۱
	ذهن آگاهی-کنترل	*۱/۴۳	۰/۴۱۶	۰/۰۰۴
خودمختاری	هیجان مدار-ذهن آگاهی	-۰/۴۴۲	۰/۴۹۱	۱/۰۰
	هیجان مدار-کنترل	*۲/۱۶	۰/۴۸۵	۰/۰۰۰۱
	ذهن آگاهی-کنترل	*۲/۶۰	۰/۴۸۱	۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای ابعاد بهزیستی روانشناختی نشان داد که بین گروه‌های مداخله (هیجان مدار و ذهن آگاهی) و گروه کنترل تفاوت‌های معناداری در سه مؤلفه «پذیرش خود»، «روابط مثبت با دیگران» و «خودمختاری» وجود دارد. در مؤلفه پذیرش خود، گروه ذهن آگاهی در مقایسه با گروه هیجان مدار به‌طور معناداری نمره بالاتری کسب کرد (اختلاف میانگین: ۱/۴۴-).

۱/۲۰؛ ذهن آگاهی: ۲/۶۴)، که بیانگر تأثیر مثبت هر دو مداخله، به ویژه ذهن آگاهی، بر پذیرش خود می باشد. در مؤلفه روابط مثبت با دیگران، گروه هیجان مدار نسبت به ذهن آگاهی عملکرد بهتری داشت (اختلاف میانگین: ۱/۲۶) و هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل نیز بهبود معناداری را نشان دادند (هیجان مدار: ۲/۶۹؛ ذهن آگاهی: ۱/۴۳). این یافته حاکی از آن است که هر دو رویکرد در ارتقاء روابط مثبت با دیگران مؤثر بوده اند، با مزیت نسبی برای رویکرد هیجان مدار. در مؤلفه خودمختاری، تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله مشاهده نشد ($P > 0.05$)، اما هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بهبود نشان دادند (هیجان مدار: ۲/۱۶؛ ذهن آگاهی: ۲/۶۰). به طور کلی، یافته ها نشان می دهند که هر دو نوع مداخله به بهبود بهزیستی روان شناختی در سطوح مختلف کمک کرده اند، با تفاوت هایی در میزان اثربخشی بر حسب مؤلفه های مختلف. مداخله ذهن آگاهی در بهبود «پذیرش خود» و «خودمختاری» نقش برجسته تری ایفا کرده، در حالی که مداخله هیجان مدار در «روابط مثبت با دیگران» مؤثرتر ظاهر شده است.

نتیجه گیری و پیشنهادها

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی همسران شهید مدافع حرم انجام شد. یافته پژوهش نشان داد که هر دو مداخله درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر بهبود بهزیستی روان شناختی داشته اند و بخش قابل توجهی از تغییرات مشاهده شده در مؤلفه های این سازه به مداخلات درمانی نسبت داده می شود. این تأثیر معنادار در مؤلفه های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و خودمختاری مشاهده شد. در مؤلفه پذیرش خود، مداخله ذهن آگاهی نسبت به هیجان مدار اثربخشی بیشتری داشت و هر دو گروه نسبت به کنترل بهبود معناداری نشان دادند. در روابط مثبت با دیگران، درمان هیجان مدار عملکرد بهتری نسبت به ذهن آگاهی داشت و هر دو گروه در مقایسه با کنترل تفاوت معناداری داشتند. در مؤلفه خودمختاری، تفاوتی میان دو گروه

مداخله یافت نشد، اما هر دو در مقایسه با کنترل پیشرفت معناداری را نشان دادند. در مجموع، نتایج بیانگر اثربخشی هر دو رویکرد درمانی در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی هستند، با تفاوت‌هایی در میزان اثربخشی بر حسب مؤلفه‌ها؛ به‌ویژه، ذهن‌آگاهی در پذیرش خود و خودمختاری اثربخش‌تر بوده و هیجان‌مدار در روابط بین‌فردی مؤثرتر ظاهر شده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات تومارژوسکا و همکاران (۲۰۲۵)، گنز و همکاران (۲۰۲۲)، غفاری شهیر و همکاران (۲۰۲۲)، باقرزاده و کلانتری (۲۰۲۵)، ناگل و آروموگام (۲۰۲۱) و گکینتونی و همکاران (۲۰۲۵) مبنی بر اثربخش بودن مداخله متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که بر درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر بازشناسی و تنظیم هیجانات، فرد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های هیجانی خود به استرس و فقدان را مدیریت کند. این فرایند شامل شناسایی محرک‌های هیجانی، پردازش تجربه هیجانی و استفاده از استراتژی‌های تنظیم هیجانی سازگارانه است. با بهبود توانایی فرد در تنظیم و بازآفرینی هیجانات منفی، فشار روانی کاهش می‌یابد و ظرفیت مقابله با مشکلات روزمره و فقدان افزایش می‌یابد. بنابراین، درمان هیجان‌مدار با فعال‌سازی منابع روان‌شناختی و تقویت خودتنظیمی هیجانی، می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا دهد و سلامت روان و تاب‌آوری همسران شهدا را بهبود بخشد (لین، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، مبتنی بر نظریه توجه و پذیرش مداخله ذهن‌آگاهی با تقویت خودآگاهی و پذیرش بدون قضاوت تجربیات ذهنی و هیجانی، چرخه‌های فکری منفی و خودانتقادی را کاهش می‌دهد و تاب‌آوری روانی را افزایش می‌دهد. این فرایند، منابع روانی فرد را فعال می‌کند و باعث می‌شود فرد با کاهش واکنش‌های خودکار به هیجانات منفی، عملکرد روانی کلی خود را بهبود دهد. به این ترتیب، تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند به صورت مستقیم بهزیستی روان‌شناختی را افزایش دهند و سلامت روان و کیفیت زندگی روانی همسران شهدا را تقویت کنند (پاز و دیویدویچ، ۲۰۲۵).

در تبیین یافته دیگر می‌توان مطرح ساخت که پذیرش خود به معنای داشتن نگرشی مثبت و غیرقضاوتی نسبت به خود، گذشته و ویژگی‌های شخصی است. افرادی که سطح بالایی از پذیرش

خود دارند، کمتر دچار خودانتقادی، شرم و سرزنش هستند و نسبت به نقص‌ها و اشتباهات‌شان دیدی واقع‌بینانه‌تر و ملایم‌تر دارند. در این پژوهش، مداخله ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به هیجان‌مدار بر پذیرش خود نشان داد. این امر را می‌توان با توجه به ماهیت ذهن‌آگاهی توضیح داد. ذهن‌آگاهی با تمرین‌هایی همچون مشاهده بدون قضاوت، پذیرش تجربه‌ی لحظه‌ی حال و مهربانی با خود کمک می‌کند تا فرد به جای درگیر شدن با افکار منفی درباره خود، نقش ناظر و پذیرنده‌ی آن‌ها را ایفا کند (ژا و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات پیشین مانند مطالعه‌ی لی و همکاران (۲۰۲۵) نیز نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی می‌تواند شبکه‌های مغزی مربوط به خودانتقادی را تعدیل کرده و باعث افزایش خویشتن‌دوستی و آگاهی هیجانی شود. وقتی فرد می‌آموزد که هیجانات منفی را بدون اجتناب یا سرکوب مشاهده کند، اعتماد بیشتری به توان خود در مدیریت موقعیت‌های دشوار پیدا می‌کند و احساس ارزشمندی شخصی تقویت می‌شود. در مقابل، درمان هیجان‌مدار با آنکه به پردازش و ابراز احساسات منفی کمک می‌کند، تمرکز مستقیم و سیستماتیک بر پذیرش غیرقضاوتی ندارد و ممکن است در زمینه‌ی پذیرش خود به اندازه ذهن‌آگاهی اثربخش نباشد (هالاموا و همکاران، ۲۰۲۳).

روابط مثبت با دیگران یکی از ارکان مهم بهزیستی روان‌شناختی است و به توانایی فرد در شکل دادن، حفظ و تجربه‌ی روابط نزدیک، گرم، صمیمانه و حمایتی اشاره دارد. در این پژوهش، درمان هیجان‌مدار نسبت به ذهن‌آگاهی در بهبود این مؤلفه اثربخشی بیشتری نشان داد. درمان متمرکز بر هیجان بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات بین‌فردی ناشی از هیجانات پردازش‌نشده یا سرکوب‌شده هستند. در این رویکرد، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا هیجانات خود را در بافت روابط گذشته و حال شناسایی، ابراز و معنادار کند. این فرآیند منجر به «شفافیت هیجانی» می‌شود که سنگ‌بنای همدلی، صمیمیت و گفت‌وگوی اصیل با دیگران است (غفاری شهیر و همکاران، ۲۰۲۲). درمان هیجان‌مدار، با تمرکز بر هیجانات اصلی همچون نیاز به تعلق، حمایت، یا امنیت، به فرد این امکان را می‌دهد تا الگوهای ناپخته‌ی واکنش‌های بین‌فردی را اصلاح کرده و رابطه‌های سالم‌تری بسازد. این درمان به‌ویژه برای افرادی که در بیان نیازها، ابراز

آسیب‌پذیری، یا مدیریت خشم در روابط مشکل دارند، بسیار مفید است. در مقابل، ذهن آگاهی بیشتر بر فرآیند درونی فرد تمرکز دارد و گرچه می‌تواند باعث بهبود واکنش‌پذیری هیجانی در روابط شود، مستقیماً به ترمیم روابط بین‌فردی نمی‌پردازد. بنابراین، در مؤلفه روابط مثبت با دیگران، رویکرد هیجان‌مدار مزیت بیشتری دارد (گکیتونی و همکاران، ۲۰۲۵).

خودمختاری به معنای داشتن احساس کنترل درونی، استقلال در تصمیم‌گیری و حرکت براساس ارزش‌های شخصی است. این مؤلفه بیانگر توانایی فرد برای مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی و عمل کردن بر پایه‌ی باورها و انگیزش‌های درونی است. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله (ذهن آگاهی و هیجان‌مدار) نسبت به گروه کنترل اثر مثبتی بر خودمختاری داشتند، اما تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشد. این نتیجه از نظر تئوریک نیز منطقی است، زیرا هر دو رویکرد بر افزایش آگاهی فرد از تجربه‌ی درونی و کاهش تأثیرپذیری از محرک‌های بیرونی تأکید دارند. در ذهن آگاهی، فرد می‌آموزد که افکار، هیجانات و خواسته‌های لحظه‌ای را مشاهده کند بدون آنکه به‌طور خودکار به آن‌ها واکنش نشان دهد. این تمرین، توانایی انتخاب آگاهانه و مبتنی بر ارزش‌ها را در فرد تقویت کرده و قدرت تصمیم‌گیری اصیل را بالا می‌برد (باقرزاده و کلانتری، ۲۰۲۵). درمان هیجان‌مدار نیز با کمک به بازشناسی نیازهای اصیل و هیجانات سرکوب‌شده، موجب می‌شود فرد بر اساس خواسته‌ها و اهداف درونی خود عمل کند، نه از ترس طرد یا برای جلب تأیید دیگران. این امر، به استقلال هیجانی و ذهنی کمک کرده و خودمختاری را تقویت می‌کند. از آنجا که هر دو درمان در مسیر افزایش خودآگاهی، پردازش هیجانات و تمایز هیجانی گام برمی‌دارند، می‌توان انتظار داشت که تأثیر مشابهی بر خودمختاری فرد داشته باشند (اوکیای و اوچار، ۲۰۲۳). با توجه به این تبیین، می‌توان نتیجه گرفت که انتخاب بین درمان هیجان‌مدار و ذهن آگاهی باید براساس نوع نیاز مراجع یا جامعه هدف صورت گیرد. برای افرادی که در پذیرش خود یا مقابله با خودانتقادی مشکل دارند، ذهن آگاهی می‌تواند گزینه‌ی بهتری باشد. در حالی که برای افرادی که در روابط بین‌فردی، صمیمیت یا ابراز هیجان دچار دشواری‌اند، درمان هیجان‌مدار انتخاب مؤثرتری خواهد بود. هر دو مداخله، در عین تفاوت‌های ظریف‌شان، به

یک هدف مشترک خدمت می‌کنند: افزایش کیفیت زندگی روان‌شناختی از طریق ارتقاء توانمندی‌های درونی فرد.

در این پژوهش، نمونه آماری تنها به همسران شهدای مدافع حرم در استان تهران محدود شد؛ گروهی که از شرایط فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی خاصی برخوردارند. علاوه بر این، تعداد نمونه نسبتاً اندک و به کارگیری روش نمونه‌گیری هدفمند سبب شد یافته‌ها بیشتر به همین جمعیت قابل انتساب باشند و امکان تعمیم آن‌ها به سایر همسران شهدا یا افرادی با تجربه سوگ و فشار والدگری در جوامع دیگر با محدودیت همراه باشد. برای کاهش این محدودیت، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی دامنه بررسی خود را به خانواده‌های شهدا در سایر استان‌ها یا گروه‌های مشابه در فرهنگ‌های گوناگون گسترش دهند تا تنوع بیشتری از متغیرهای اجتماعی و روانی مدنظر قرار گیرد. همچنین، استفاده از شیوه‌های نمونه‌گیری تصادفی یا خوشه‌ای می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج بیفزاید. مقایسه میان گروه‌های متنوع از نظر زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی نیز می‌تواند عوامل مؤثر بر اثربخشی مداخلات را روشن‌تر سازد. از سوی دیگر، این مطالعه به دلیل محدودیت زمانی فاقد ارزیابی طولی و پیگیری پس از پایان مداخله بود. از این رو، توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی طولی و پیگیری‌های چندمرحله‌ای، پایداری آثار درمان‌های مبتنی بر هیجان و ذهن‌آگاهی را مورد سنجش قرار دهند. با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی و حمایتی برای تقویت مؤلفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و خودمختاری با بهره‌گیری از رویکردهای ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر هیجان برگزار گردد؛ این کارگاه‌ها می‌بایست شامل تمرین‌های خودآگاهی و مهارت‌های ارتباطی باشند و در قالب جلسات گروهی با ارائه منابع آموزشی و تمرینات خانگی اجرا شوند.

قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش و کسانی که در مراحل مختلف یاری‌گر اجرای مطالعه بودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

فهرست منابع

- Aslam, M., Tharani, A., Parpio, Y., & Jan, R. (2024). Balancing life after spousal loss: A cross-sectional study investigating the mental well-being and life satisfaction of martyrs' wives. **Journal of Asian Midwives** (JAM), 11(1), 73-85. <https://doi.org/https://ecommons.aku.edu/jam/vol11/iss1/6/>
- Bagherzadeh, Z., & Kalantari, F. (2025). The Effectiveness of Mindfulness Training on Resilience and Quality of Life in Spouses of Veterans with Depressive Disorder. **Journal of Archives in Military Medicine**, 13(13). <https://doi.org/https://doi.org/10.5812/jamm-161351>
- Barzegar Zaramehri, Z., Tavakolizadeh, J., & Pakdaman, M. (2024). effectiveness of self-regulation training on the psychological wellbeing and social participation of students. **Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)**, 12(11), 171-180. <https://doi.org/http://frooyesh.ir/article-%۷۷۰-۱-fa.html>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J.,...Velting, D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. **Clinical psychology: Science and practice**, 11(3), 230. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bonura, K. B., & Fountain, D. M. (2020). From "hooah" to "om": mindfulness practices for a military population. **Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences**, 14(1), 13. <https://doi.org/https://doi.org/10.5590/JSBHS.2020.14.1.13>
- Chudzicka-Czupala, A., Hapon, N., Chiang, S.-K., Żywiołek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C. T.,...Ho, R. (2023). Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. **Scientific Reports**, 13(1), 3602. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>
- Crane, R. (2017). **Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features**. Routledge .
- Dehnavi, S. I., Mortazavi, S. S., Ramezani, M. A., Gharraee, B., & Ashouri, A. (2024). Emotion-focused therapy for women with premenstrual dysphoric disorder: a randomized clinical controlled trial. **BMC psychiatry**, 24(1), 501. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-056۸-۸۱> .
- Ganz, M. B., Rasmussen, H. F., McDougall, T. V., Corner, G. W., Black, T. T., & De Los Santos, H. F. (2022). Emotionally focused couple therapy within VA healthcare: Reductions in relationship distress, PTSD, and depressive symptoms as a function of attachment-based couple treatment. **Couple and Family Psychology: Research and Practice**, 11(1), 15. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/cfp0000210>
- Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. **Psychological inquiry**, 26(4), 293-314. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294>
- Ghafari Shahir, M., Asadpour, E., & Zaharakar, K. (2022). Comparison of the effect of cognitive behavioral therapy and Emotion-Focused therapy on psychological well-being in married female victims of domestic violence. **Razavi International Journal of Medicine**, 10(2). <https://doi.org/10.30483/rijm.2022.254392.1215>
- Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., & Nikolaou, G. (2025). Mindfulness-based cognitive therapy in clinical practice: A systematic review of neurocognitive outcomes and applications

- for mental health and well-being. **Journal of Clinical Medicine**, 14(5), 1703. <https://doi.org/10.3399/jcm14051703>
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). **Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change**. American Psychological Association. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/14523-000>
- Halamová, J., Koróniová, J., Kanovský, M., Túniyová, M. K., & Kupeli, N. (2019). Psychological and physiological effects of emotion focused training for self-compassion and self-protection. **Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome**, 22(2), 358. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.358>
- Jha, A. P., Izaguirre, M. K., & Adler, A. B. (2025). Mindfulness Training in Military Settings: Emerging Evidence and Best-Practice Guidance. **Current psychiatry reports**, 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11920-016-0120->
- Khanjari, M., Khodabakhshi-Koolaei, A., & Alahdad, R. (2024). A Study of lived experience of the wives of the shrine martyrs: A Phenomenological Approach. **Military Psychology**, 14(4), 75-95. <https://doi.org/20.1001.1.25885162.1402.14.4.4.5>
- Li, Q., Liu, M., Wang, H., Chen, Y., & Fu, Z. (2025). Longitudinal associations of gratitude with subjective well-being and psychological well-being: A Two-wave study. **Applied Research in Quality of Life**, 20(1), 217-233. <https://doi.org/10.1007/s11482-024-10406-w>
- Lin, Z. (2022). Emotion regulation strategies and sense of life meaning: The chain-mediating role of gratitude and subjective wellbeing. **Frontiers in Psychology**, 13, 810591. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.810591>
- Mousavimoghadam, S. R., farzi, m., & kouchaki, z. (2020). Investigating the Relational Pattern of Psychological Capital, Spirituality, and Psychological Well-Being in Students. **Islamic Studies in Health**, 13-22. https://doi.org/https://mes.nahad.ir/article_753.html?lang=en
- Nagle, Y. K., & Arumugam, G. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy: Enhancing resilience and well-being of spouses of soldiers. **Indian Journal of Mental Health**, 8(3), 277-289 .
- Ohlsson, A., Nilsson, S., & Larsson, G. (2024). Social and psychological support for military personnel and their families in connection with military deployment: A scoping review and thematic analysis. **Journal of Veterans Studies**, 10(1). <https://doi.org/https://journal-veterans-studies.org/24/volume/10/issue/1>
- Okyay, E. K., & Uçar, T. (2023). The effect of emotional freedom technique and music applied to pregnant women who experienced prenatal loss on psychological growth, well-being, and cortisol level: a randomized controlled trial. **Archives of psychiatric nursing**, 45, 101-112. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.04.027>
- Panahifar, S., mirderikvand, f., & Sadeghi, M. (2022). Comparison of the Effectiveness of Schema-Based Couple Therapy, Emotional Focused Couple Therapy, and Acceptance Commitment Couple Therapy in the Reduction of Marital Stress among Couples on the Brink of Divorce in Military Families. **Military Caring Sciences**, 9(1), 68-80. <https://doi.org/10.52547/mcs.9.1.68>
- Paz, R., & Davidovitch, N. (2025). Mindfulness influence on psychological wellbeing: in search of cultural adaptations. **Frontiers in Psychology**, 16, 1550949. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1550949>

- Sadri, A., Khanjani, M., Younesi, S., & Nabati Saravan, E. (2021). Barriers of Adaptability with Spouse Death in Martyrs' Wives. **Iranian Journal of War and Public Health**, 13(1), 71-77. <https://doi.org/http://ijwph.ir/article-1-961-en.html>
- Thompson, S., & Greenberg, L. (2023). Emotion Focused Therapy. In **Emotion Focused Therapy for Youth** (pp. 1-35). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781003218968-1>
- Tibubos, A. N., Reinwarth, A. C., Reiner, I., Werner, A. M., Wild, P. S., Münzel, T.,...Beutel, M. E. (2025). Psychological indicators for healthy aging: validation of the German short version of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB). **Journal of Patient-Reported Outcomes**, 9(1), 25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s41687-025-00854-9>
- Tomarzhevskaya, I., Kotykova, O., Smetaniak, V., Moskalenko, O., & Mytnyk, A. (2025). The Effectiveness Of Emotion-Focused Therapy For Reducing Ptsd Symptoms In Military Personnel: A Cross-Sectional Study. **Georgian medical news**(362), 6-15. <https://doi.org/PMID:40737642>
- Uysal, M., Berbekova, A., & Wang, J. (2025). Quality-of-life: A critical examination of research progress. **Tourism Management**, 107, 105070. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tourman.2024.105070>
- Van Dierendonck, D., & Lam, H. (2023). Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, 15(2), 594-610. <https://doi.org/10.1111/aphw.12398>
- Yasir, A. A., Qassim, W. J., & Radhi, M. M. (2018). Assessment the feeling of psychological loneliness among wives of martyrs in the light of some social variables in Babylon Governorate/Iraq. **Journal of Pharmaceutical Sciences and Research**, 10(1), 40-44. <https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/322939929>
- Yiğit, B., & Çakmak, B. Y. (2024). Discovering psychological well-being :A bibliometric review. **Journal of Happiness Studies**, 25(5), 43. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10902-024-00754-7>
- Seyyed Talebi, S. M., & Rafieepour, A. (2017). Epidemiology of Depression, Anxiety and Stress Symptoms in Veterans' Wives. **Iranian Journal of War and Public Health**, 9(3), 133-140. <http://ijwph.ir/article-1-665-en.html>
- Khanjani, M., Shahidi, Sh., Fath-Abadi, J., Mazaheri, MA & Shokri, Omid. (2014). Factor structure and psychometric properties of the short form (18-item) of the Ryff Psychological Well-Being Scale in female and male students. **Andisheh va Raftar in Clinical Psychology**, 32(8), 27-36. <https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcpr/Article/1118221>
- Knobloch, S. G., Volk, F., Gopaul, M., & Murch, H. (2025). Religious coping, resilience, and military spouse mental health. **Military Medicine**, 190(7-8), e1340-e1346. <https://doi.org/10.1093/milmed/usae368>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., ... & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. **Bmj**, 348. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>