



Compilation of Spiritual Mindfulness Educational Package Based on Quranic Verses and Its Effectiveness on Regulation of Excitement and Tolerance of Disturbance of Women Suffering From Anxiety Attacks with Experience of Spontaneous Abortion

Sahar Rezaei¹ | Keyvan Kakabraei²

DOR: 20.1001.1.26454955.1401.17.61.5.0

Abstract

First of all, the aim of the research is to compile a training package of spiritual awareness based on the verses of the Quran and its effectiveness on the regulation of excitement and tolerance of anxiety in women suffering from anxiety attacks who experienced spontaneous abortion. The current research method is mixed (qualitative and quantitative), which was unequaled with the control group in the qualitative part of the content analysis method and in the quantitative part of the semi-experimental method with a pre-test, post-test, follow-up research plan. The statistical population in the qualitative part included 10 psychology professors who were familiar with religious psychology and anxiety disorders and in the quantitative part included all women with experience of spontaneous abortion who referred to gynecologists in Kermanshah in 2021-2022, whose number was 200 and The sample consisted of women with experience of spontaneous abortion, who scored high in measuring instruments including: (Gross and Jan's Emotion Regulation Questionnaire, Simmons and Gaher's Disturbance Tolerance Questionnaire (DTS) and Girenberg's Panic Belief Questionnaire) and there were 30 of them, which Based on the entry criteria and obtaining informed consent, they were assigned to two groups of 15 intervention and 15 control groups. For the intervention group, the educational protocol was presented in the form of 9 two-hour sessions, and then both groups were given a post-test. In order to analyze the findings, the content analysis method was used in the qualitative part and the variance analysis method with repeated measurements was used in the quantitative part. The results of the comparison between the pre-test and post-test scores of the groups indicated that the spiritual awareness mind training package had a significant effect on the regulation of excitement and disturbance tolerance in the post-test scores, and also the repeated measurement test showed that these changes were stable from the post-test to the repeated follow-up.

Keywords: Spiritual Mindfulness, Emotion Regulation, Tolerance of Chaos, Anxiety Attacks, Spontaneous Abortion.

1. Corresponding Author: Ph.D. Candidate, Department of Counselling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. Saharrazaei@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Cite this Paper: Rezaei' S & Kakabraei' K. Compilation of Spiritual Mindfulness Educational Package Based on Quranic Verses and Its Effectiveness on Regulation of Excitement and... . The Women and Families Cultural-Educational, 61(4), 123-154.

Publisher: Imam Hussein University

Authors



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).



مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۵/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۲
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۰/۰۵
صص: ۱۵۴-۱۲۳

شابا چاپی: ۴۹۵۵-۲۶۴۵
الکترونیکی: ۵۲۶۹-۲۶۴۵



تدوین بسته آموزشی ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن و اثربخشی آن بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی زنان مبتلا به حملات اضطرابی با تجربه سقط خودبه‌خودی جنین

سحر رضایی^۱ | کیوان کاکابرابی^۲ id

چکیده

هدف پژوهش در وهله اول تدوین بسته آموزشی ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن و اثربخشی آن بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی زنان مبتلا به حملات اضطرابی با تجربه سقط خودبه‌خودی جنین می‌باشد. روش پژوهش حاضر آمیخته (کیفی- کمی) است که در بخش کیفی روش تحلیل محتوا و در بخش کمی از نوع روش نیمه آزمایشی با طرح تحقیق پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری در بخش کیفی شامل ۱۰ تن از اساتید روانشناسی که در زمینه روان‌شناسی دینی و اختلالات اضطرابی آشنایی داشتند و در بخش کمی شامل کلیه زنان با تجربه سقط خودبه‌خودی جنین مراجعه‌کننده به پزشکان متخصص زنان شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ که تعداد آن‌ها ۲۰۰ نفر بود و نمونه شامل زنان با تجربه سقط خودبه‌خودی جنین بود که در ابزارهای سنجش شامل: پرسشنامه تنظیم هیجان گروس و جان، پرسشنامه تحمل آشفتگی (DTS) سیمونز و گاهر و پرسشنامه باور وحشت‌زدگی گیرنبرگ) نمره بالایی آورده بودند و تعداد آن‌ها ۳۰ نفر بود، که بر اساس ملاک ورود و کسب رضایت آگاهانه در دو گروه ۱۵ نفره مداخله و ۱۵ نفره کنترل گمارده شدند. برای گروه مداخله پروتکل آموزشی به صورت ۹ جلسه دو ساعته ارائه شد و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها در بخش کیفی از روش تحلیل محتوا و در بخش کمی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج مقایسه بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها حاکی از آن بود که بسته آموزشی ذهن آگاهی معنوی بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی در نمرات پس‌آزمون تأثیر معنی‌دار داشته است و همچنین آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان داد این تغییرات از پس‌آزمون تا پیگیری مکرر پایدار بوده است.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی معنوی؛ تنظیم هیجان؛ تحمل آشفتگی؛ حملات اضطرابی؛ سقط خودبه‌خودی جنین.

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، رشته مشاوره، دانشکده روان‌شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

Saharraziaie@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

استناد: رضایی، سحر؛ کاکابرابی، کیوان. تدوین بسته آموزشی ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن و اثربخشی آن بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی زنان مبتلا به حملات اضطرابی با تجربه سقط خودبه‌خودی جنین؛ فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، (۴۶)، ۱۵۴-۱۲۳.

DOR: 20.1001.1.26454955.1401.17.61.50

© نویسنده‌گان

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)



این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.

مقدمه و بیان مسأله

بارور در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزو داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است (خداکریمی و همکاران، ۱۳۸۹). تولد فرزند به تثبیت هویت زنان کمک می‌کند تا جایی که زنان موفقیت زیستی، روانی و اجتماعی خود را تا حدود زیادی تابع توانایی خود در به دنیا آوردن فرزند می‌دانند و چنانچه فاقد این قدرت باشند احساس عدم کفایت می‌کنند (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۰). عدم داشتن فرزند به دلایلی اتفاق می‌افتد که یکی از این دلایل سقط جنین است (سیمپسون^۱، ۲۰۰۰). مرکز ملی آمار بهداشتی، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و سازمان بهداشت جهانی همگی سقط را خاتمه یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ و یا به دنیا آمدن جنینی با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم تعریف کرده‌اند (خداکریمی، شیرینی، مفاخری، سلطانیان و محقق، ۱۳۹۷). سقط جنین از جمله جرایم اختصاص زنان است که به انواع مختلفی تقسیم می‌شود. سقط جنین عمدی، غیر عمدی، خودبه‌خودی و ضربه‌ای (حسن‌زاده، ۱۴۰۰). از علت سقط جنین می‌توان روابط نامشروع، اختلافات خانوادگی، بارداری پی‌درپی، پیشرفت علم پزشکی، موقعیت شغلی مادران، آب‌وهوای آب‌گرم، تغذیه نامناسب، سن مادر، و جنین، بیماری مادر و جنین، بارداری ناخواسته، اعتیاد مشکلات اقتصادی، میزان پایین تحصیلات و نابسمانی وضعیت اقتصادی کشور همگی در سقط جنین مؤثر باشد، اما رتبه‌بندی علل مؤثر عبارت‌اند از: روابط نامشروع، علل روانی، علل فردی، علل خانوادگی، علل اجتماعی، علل اقتصادی، علل سیاسی و علل محیطی (حسن‌زاده، ۱۴۰۰). در ایران سقط جنین تنها در صورتی مجاز است که جان مادر در خطر باشد و یا جنین مبتلا به بیماری‌های خاصی باشد (فتاحی و علوی، ۱۳۸۱). که در این صورت سقط القایی انجام خواهد شد. به غیر از موارد فوق بقیه سقط‌های القایی جنین، سقط عمدی محسوب می‌شوند (چینی چیان، هلاکوئی نائینی و رفائی شیرپاک، ۱۳۸۶). منظور از سقط خود به خودی و ضربه‌ای حالتی است که جنین بدون اطلاع و خارج از اراده و به‌واسطه فعالیت سنگین مادر یا ضربه خوردن او یا سقوط از پله و مواردی از این قبیل اتفاق می‌افتد که در این

1. Simpson, J, L

حالت بدیهی است که چون خارج از اراده والدین بوده و اتفاقاً ممکن است باعث ناراحتی آنها نیز بشود دارای جنبه جنایی و کیفری نیست و بنابراین جرم نمی‌باشد (بهجتی اردکانی، آخوندی، صادقی و صدری اردکانی، ۱۳۸۴). بنابراین سقط خود به خودی شایع‌ترین عارضه حاملگی است؛ مطالعات انجام شده با استفاده از روش‌های حساس سنجش گنادوتروپین کوریون انسانی نشان می‌دهد میزان واقعی از دست رفتن حاملگی بعد از لانه‌گزینی ۳۱ درصد است. در میان حاملگی‌هایی که از نظر بالینی شناسایی می‌شوند، ۱۵ درصد آنها قبل از هفته بیستم حاملگی (از آخرین سیکل قاعدگی) سقط می‌شوند (کاوالکانت، سارنو، کاولکانت، آریوجو جونیر و بارینی^۱، ۲۰۱۹). علل سقط خود به خودی جنین شامل بالا بودن سن مادر، سابق سقط خود به خودی، استعمال دخانیات، مصرف متوسط تا زیاد الکل، بالا بودن گراویدیت، مصرف کوکائین، مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (به جز استامینوفن) در زمان لقاح، تب، کافتین، وزن بسیار زیاد و بسیار کم مادر، بیماری‌های مادر مانند دیابت شیرین، سلیاک، بیماری تخمدان پلیکیستیک، سندرم کوشینگ، ترومبوفیلیا، هیپوتیروئیدی، اختلالات کروموزومی، ناهنجاری‌های رحمی، ناهنجاری‌های جفت و ترومای شدید مادر است (کاکیراوغلو، دوگر، وورال، کوپوک و وورال^۲، ۲۰۱۷). شواهد اخیر نشان می‌دهد بیش از نیمی از زنان به دنبال سقط جنین از عوارض مختلف روحی و روانی در هفته‌ها و ماه‌های پس از رویداد رنج می‌برند (ویجسوری، پالیهاوادانا و راجاپاکشا^۳، ۲۰۱۵). درصد قابل توجهی از زنان تا ۶ ماه پس از سقط، سطح بالایی از اضطراب را نشان می‌دهند و در معرض خطر بالای اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواس جبری قرار دارند (کانینگهام، لونو، بلوم، اسپونگ، داش و همکاران^۴، ۲۰۱۴). طی ۱۲ هفته پس از سقط جنین، اضطراب شایع‌تر و شدیدتر از افسردگی است (نیناس، نارانگ، کولیکوندا و لیپمان^۵، ۲۰۱۵). تأثیر سقط خود به خودی روی حاملگی بعدی حائز اهمیت است به طوری که زنان باردار با سابقه سقط خود به خودی در کمتر از یک سال گذشته، بیشتر در معرض ابتلا به علائم روانی و دیسترس حاملگی قرار دارند و اضطراب، افسردگی، اختلال جسمانی سازی، وسواس فکری،

1. Cavalcante MB, Sarno M, Cavalcante C, Araujo Júnior E, Barini R
2. Cakiroglu Y, Doger E, Vural F, Kopuk SY, Vural B
3. Wijesooriya L, Palihawadana T, Rajapaksha R. A
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al
5. Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, Lippmann S

حساسیت بین فردی، روا نپریشی گرایی، بدگمانی و خصومت در آن‌ها بیشتر است (خداکرمی و همکاران، ۱۳۹۷). بسیاری از زنانی که دچار ترومای پس از سقط شده‌اند ممکن است با اختلال غذا خوردن، مصرف الکل، رفتارهای خودآزاری، غرق شدن در کار، بی‌قیدوبندی، اختلال در برقراری ارتباط با دیگران، اختلالات جنسی، اضطراب و اختلال پانیک، افسردگی پس از سقط، کابوس‌های شبانه و تداعی مکرر حادثه مواجه شوند (مسیب مرادی، جحدی، سیدفاطمی و منظری، ۱۳۹۴).

بنابراین زایمان و سقط جنین از جمله بزرگ‌ترین رویداد استرس‌زا برای یک زن در طول زندگی‌اش محسوب می‌شود (عزیز زاده فروزی، علیزاده، سلطان احمدی و غضنفری، ۱۳۸۸). نگرانی در مورد ناهنجاری نوزاد، درد زایمان، پذیرفتن مسئولیت و مادری کردن از جمله منابع اضطراب مادران قبل از زایمان است. برحسب علل سقط، پیامدهای آن برای سلامت روانی زنان شامل افسردگی، سوء مصرف مواد، مشارکت در گناه و شرمساری، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و روابط زناشویی و اضطراب می‌باشد (بلالی، ۱۳۸۲). در مطالعات انجام‌شده بین‌المللی نشان داده است که سقط جنین عمدی می‌تواند باعث به وجود آمدن حملات اضطرابی گردد. بنابراین سقط جنین و زایمان ناموفق می‌تواند منجر به حملات پانیک در زنان شود (آخوندزاده و کاشانی، ۱۳۸۵). اختلال پانیک یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که نشان‌دهنده یک ترس شدید از حملات غیرمنتظره و غیرقابل کنترل است که در زمان کوتاهی به اوج می‌رسد. بیماران مبتلا به این اختلال، حساسیت شدیدی نسبت به وقایع و رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی دارند. علائم بدنی اختلال پانیک شامل (تپش قلب، عرق کردن تنگی نفس، تنگی قفسه سینه) و از نظر روانی موجب (شخصی‌سازی، ترس از دست دادن کنترل، ترس از مرگ، ترس برانگیخته بودن عدم اعتماد به نفس، احساس بی‌کفایتی و پوچی) می‌باشد (سعید منش، کاظمی، دمهری و احمدی، ۱۳۹۹). تنظیم هیجانی از جمله مؤلفه‌های روانشناختی است که نقش مهمی در اختلال اضطراب دارد (هاشمی، عبدالهی، محمد علیلو و ماشینی، ۱۳۹۵). بر اساس مدل نظری گرانفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۱ (۲۰۰۴) راهبردهای شناختی کنترل هیجان مشتمل بر پذیرش، سرزنش خود، سرزنش

1. Gamefski N, Kraaij V, Spinhoven P

دیگران، فاجعه‌آمیز پنداری، نشخوار فکری، تمرکز مثبت مجدد، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند راهبردهایی مانند پذیرش (آلدو، نولن هوکسما و اسپویرا، ۲۰۱۰)، سرزنش خود و دیگران، فاجعه‌آمیز پنداری، نشخوار فکری (مشهدی، ۱۳۹۰)، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه (پورافکاری، ۱۳۹۳) با سطوح پایین اختلالات اضطرابی رابطه دارند. با توجه به اهمیت اختلالات اضطرابی و از جمله اختلال پانیک و آسیب‌های فراوانی که بر سطح سلامت و کیفیت زندگی بیماران دارد، بررسی اثربخشی درمان‌های جدید می‌تواند در کوتاه‌تر شدن دوره بیماری و پیشگیری از عود این اختلال تأثیر بسزایی داشته باشد (براتیجی و همکاران، ۱۳۹۸). بر اساس مطالعه بلالی (۱۳۸۸) یکی از پیامدهای سقط جنین در زنان عدم تحمل پریشانی است (بلالی، ۱۳۸۲). تحمل پریشانی اغلب به‌عنوان توانایی ادراک شده خود گزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود (سیمونز و گاهر^۲، ۲۰۰۵). از بعد جسمانی، رفتاری، تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (برنشتاین، ترافتون و زاوالنسکی^۳، ۲۰۰۹؛ به نقل از مک کیلوپ و دویت^۴، ۲۰۱۳). این سازه یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (وان ایک، وارن و فلوری^۵، ۲۰۱۷). تحمل آشفستگی به‌طور فزاینده‌ای، به‌عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و بقای آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (زاوالنسکی، برنشتاین و ویو جانویک^۶، ۲۰۱۱). از لحاظ نظری تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرایندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی آور اثر بگذارد یا تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرد. افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه، این افراد ممکن است

1. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S
2. Simons J, Gaher R
3. Bernstein A, Trafton, J. A , Zvolensky, M. J
4. MacKillop, J., & De Wit, H
5. Van Eck K, Warren P, Flory K
6. Vujanovic, A. A

برای اجتناب از احساس‌های منفی یا حالت‌های آزرنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نقش تحمل پریشانی را در اختلال استرس پس از سانحه و اختلال پانیک (هالیدی، پدرسون و لونتال^۱، ۲۰۱۶)، اختلالات اضطرابی (مایکل، روا، یانگ و مک کویی^۲، ۲۰۱۶)، اختلال وسواسی (ماکاتی و همکاران، ۲۰۱۵)، افسردگی (هالیدی، پدرسون و لونتال^۳، ۲۰۱۶)، کیفیت خواب (شرت و همکاران^۴، ۲۰۱۶) نشان داده‌اند. الیس^۵ و همکاران (۲۰۱۸) تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند. لئونگ، لام و چان^۶ (۲۰۱۰) بر این باورند که همبستگی منفی بین وضعیت سلامتی ادراک شده و تحمل پریشانی وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه ارزیابی فرد از وضعیت سلامتی‌اش پایین‌تر باشد، تحمل پریشانی بیشتری را تجربه خواهد کرد. تحمل پریشانی بر سلامت جسمی، روانی و رفتار اثرات منفی و غیرقابل جبرانی می‌گذارد که برای فرد بسیار پرهزینه است. به همین دلیل نیازمند مدیریت و مداخله مؤثر است؛ زیرا در غیر این صورت پیامدهای نامطلوبی را به همراه خواهد داشت. شواهد نشان می‌دهد تغییرات سالم و مثبت در رفتار، پاسخ فرد را به عامل پریشانی تغییر می‌دهد و اضطراب کاهش می‌یابد (اسلادک^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از رویکردهای مؤثر در این زمینه ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آموزه‌های قرآنی می‌باشد.

ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های قرآنی یک پروتکل درمانی برگرفته از آموزه‌های دین مبین اسلام با توجه به آیات، احادیث و روایات می‌باشد. در تدوین این پروتکل درمانی بر اصول مشترکی که بین مفاهیم ذهن آگاهی غربی و آموزه‌های معنوی اسلام وجود داشته است تأکید شده است که علاوه بر تمرکز بر مفاهیم ذهن آگاهی افراد، از ابعاد معنوی و مذهبی افراد برای تأثیرگذاری بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی زنان مبتلا به اختلال پانیک دارای سابقه سقط جنین استفاده می‌کند و بر باورهای افراد کار می‌شود زیرا باورها زیربنای تغییر نگرش‌ها و در نتیجه رفتار

1. Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M
2. Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E
3. Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M
4. Short, N. A
5. Ellis A. J
6. Leung DY, Lam T-h, Chan SS
7. Sladek M.R

فرد هستند و با تغییر رفتار، درمان اثربخش تر باقی می ماند، باورهایی شامل باور به وجود خداوند، باور به معاد توجه به زندگی پس از مرگ موجب بیداری انسان شده و به او کمک می کند تا به اصلاح خود پردازد، فرصت زندگی دنیا را از دست ندهد و خود را برای زندگی جاوید آماده کند به این ترتیب تحمل پریشانی را در وی افزایش دهد. در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه های الهی و معنوی به ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته های روان درمانی ادغام گردد کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشم گیری افزایش می یابد زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام بخشی و یکپارچه سازی شخصیت را به دنبال دارد که تحمل پریشانی های مربوط خود را هموارتر می نماید. در قرآن مجید، انسان به عنوان جانشین خداوند بر روی زمین قلمداد می شود، موضعی ارزشمند و والا که خداوند متعال در اختیار انسان قرار داده است. درک این موقعیت منحصربه فرد، این امکان را به انسان می دهد تا هدف زندگی را در این جهان و زندگی پس از آن درک نماید (هانفر، سائری و سیراج^۱، ۲۱۰۷).

بنابراین این پژوهش تلاش دارد تا با توجه به آیات قرآن کریم که سراسر روشنی، رحمت، امیدواری و نویدبخش بهبود و سلامتی است برنامه ذهن آگاهی معنوی را تدوین و اجرا نماید. ذهن آگاهی کیفیتی از هشیاری و به معنای توجه به لحظه کنونی، هدفمند و بدون قضاوت است و با بسیاری از مؤلفه های سلامت روان، بهزیستی روانی، کاهش احساس درد خصوصاً در موارد بیماری های جسمانی همراه است. همچنین ذهن آگاهی با توجه و توصیف کلامی هیجانات یا قرار دادن تجربه های هیجانی در کلمات تعریف می شود (بابایی، میکائیلی، پزشکی، بافنده و عبدی، ۱۳۹۶)؛ بنابراین نه تنها تسهیل پاک سازی هیجانات محتمل است بلکه اشتراک اجتماعی هیجانات نیز می باشد و تحقیقات در دسترس نشان می دهد که اشتراک اجتماعی هیجانات نه تنها هیجان منفی را کاهش می دهد بلکه ممکن است هیجانات مثبت را افزایش دهد (پندی و چوبی^۲، ۲۰۱۰). فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر

1. Hanefar, S Saari, C & Siraj, S
2. Pandey, R. Choubey, A.K

می‌باشد (کابات زین^۱، ۲۰۰۵). در سال‌های اخیر، تعدادی از پژوهشگران تلفیق رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی را با مداخله‌های شناختی- رفتاری موجود، پیشنهاد کرده‌اند (کایون هایز و ویلسون، ۲۰۰۳؛ به نقل از ویتفیلد^۲، ۲۰۰۶). همچنین کارایی بالینی ذهن آگاهی در پژوهش‌های بیتوال، مارشال، مارشال، دوبراه و دان^۳ (۲۰۱۷)، کروسول^۴ و همکاران (۲۰۱۷) و کروسکا، میلر، راج، کروسکا و هارا^۵ (۲۰۱۸)، راش، کاوانگ و گارلند^۶ (۲۰۱۹) نشان می‌دهند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند منجر به بهبود مؤلفه‌های روانشناختی و هیجانی افراد مختلف شود. تعدادی از مقالات نظری و تجربی نشان داده‌اند که نیاز شدید برای مذهب و تلفیق مذهب و معنویت با درمان‌های دیگر می‌تواند اثربخشی درمان‌ها را بیشتر کند (هاج^۷، ۲۰۰۶؛ هوک^۸ و همکاران، ۲۰۱۰؛ پارگمنت، ۲۰۰۷؛ رز، وست فلد و آنسل، ۲۰۰۱؛ اسمیت، بارتز و ریچاردز، ۲۰۰۷؛ ورتینگتون، هوک داویس و مک دانیل، ۲۰۱۱). بر اساس گزارش کوئیک (۲۰۱۲) و پیرس و کوئیک (۲۰۱۳) درمان‌های معنوی می‌توانند اثر درمان‌های دیگر را افزایش دهند. تلفیق و ترکیب رویکردهای درمانی معنوی با روش‌های مختلف روان‌درمانی می‌تواند باعث ارتقای اثربخشی این روش‌ها گردد. غلامی (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط اعتقادات مذهبی زنان باردار و سقط القایی جنین در بارداری‌ها ناخواسته به این نتیجه دست یافت که بین میزان اعتقادات مذهبی افراد و عدم اقدام به سقط در بارداری‌های ناخواسته ارتباط و همبستگی بالایی وجود دارد. کجباف و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود با موضوع مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل آشفتگی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی به این نتیجه رسیدند که در دو گروه کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی، مداخله صورت گرفته بر تحمل آشفتگی، استرس، اضطراب و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است. شریفی ساکی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش

1. Kabat-Zinn, J
2. Whitfield, J. H
3. Birtwell, K., Dubrow-Marshall, L., Dubrow-Marshall, R., Duerden, T., Dunn, A.
4. Crosswell, A.D
5. Kroska, E.B., Miller, M.L., Roche, A.I., Kroska, S.K., O'Hara, M.W
6. Rash, J.A., Kavanagh, V.A.J., Garland, S.N
7. Hodge, D. R
8. Hook, J. N

خود با عنوان اثربخشی آموزش شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و فرآیند زان دارای سقط مکرر جنین به این نتیجه دست یافتند که افرادی که مهارت‌های مقابله‌ای لازم برای کنترل اضطراب و استرس را دریافت می‌کنند این توانایی را دارند که افکار اضطرابی و نگران‌کننده خود را کنترل کنند. زارع و دشت آبادی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان نقش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب در زنان باردار با سابقه سقط جنین به این نتیجه رسیدند که از آنجا که استرس و اضطراب از عوامل مؤثر بر سقط جنین است و سابقه سقط جنین در زنان باردار می‌تواند زمینه افکار اضطرابی را فراهم کند، ولی می‌توان آن را به شیوه‌های مختلف کنترل کرد در اینجا نقش ذهن آگاهی در آرامش بیشتر مادران باردار بررسی شده و مورد مطالعه قرار گرفته است. با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی با هدف اثربخشی رویکرد ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآنی بر روی زنان دارای سابقه سقط خود به خودی جنین انجام نشده است، لذا در این پژوهش به دنبال این سؤال هستیم که آیا پروتکل ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآنی بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی در زنان با سابقه سقط خودبه‌خودی جنین دارای اختلال پانیک اثربخش است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر آمیخته (کیفی - کمی) است که در بخش کیفی از روش تحلیل محتوا و در بخش کمی از روش نیمه آزمایشی با گروه کنترل نابرابر استفاده گردید. بخش اول از نوع تحقیق کیفی بود که از طریق تحلیل محتوا پروتکل ذهن آگاهی معنوی تهیه گردید. بنابراین اطلاعات حاصل از مطالعه کتابخانه‌ای و مصاحبه با اساتید روان‌شناسی، پاسخ به سؤالات: به نظر شما کدام رویکردهای درمانی با آموزه‌های قرآن قابل تلفیق می‌باشد؟ و به نظر شما جهت درمان اختلال پانیک کدام رویکرد بیشتر کاربرد دارد، کدگذاری و طبقه‌بندی شد و سپس از روش دلفی^۱ جهت اعتباریابی درونی و بیرونی برنامه تدوین شده استفاده گردید، و بخش دوم از نوع تحقیق کمی طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری با اندازه‌گیری

1. Delphi method

مکرر بود که پروتکل تأیید شده به‌صورت مداخله‌ای در دو گروه مداخله و کنترل اجرا و با استفاده از بررسی روایی محتوایی، اعتباریابی بیرونی شد. جامعه آماری در بخش کیفی شامل ۱۰ تن از اساتید روانشناسی که در زمینه روان‌شناسی دینی و اختلالات اضطرابی آشنایی داشتند و در بخش دوم شامل کلیه زنان با تجربه سقط خودبه‌خودی جنین مراجعه‌کننده به پزشکان متخصص زنان شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که تعداد کل آن‌ها بالای ۲۰۰ نفر برآورد شد. نمونه شامل زنان با تجربه خودبه‌خودی سقط جنین بود که در ابزارهای سنجش شامل: پرسشنامه تنظیم هیجان گروس و جان، تحمل آشفتگی (DTS) سیمونز و گاهر و پرسشنامه باور وحشت‌زدگی گیرنبرگ نمره بالایی آورده بودند و تعداد آن‌ها ۳۰ نفر بود، و بر اساس ملاک‌های ورود شامل دامنه سنی ۲۳ تا ۳۵ ساله، گذشتن حداقل ۱ ماه از سقط جنین، کم‌ترین میزان اختلالات همبود، نداشتن بیماری‌های جسمی شدید یا بیماری‌های زمینه‌ای، نداشتن بیماری‌های روانی و سایکوتیک، داشتن حداقل مدرک دیپلم، خواسته بودن حاملگی، نداشتن حوادث تنش‌زا در ۶ ماهه گذشته و معیارهای خروج نیز عبارت بودند از غیبت در بیشتر از یک جلسه، وقوع پیشامدهای ناگوار حین مطالعه، بارداری مجدد طی مطالعه، دریافت مداخله یا درمان‌های دیگر، تجربه اختلالات روانپزشکی، استفاده از داروهای آرام‌بخش، سایکوتیک و اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات، داروهای روان‌گردان و الکل بود که سپس در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابتدا به گروه مداخله ۹ جلسه دو ساعته پروتکل ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آموزه‌های قرآنی به‌صورت محقق ساخته که در ۹ گام طراحی شد، گام اول با هدف معارفه، بیان اهداف درمان، بیان قواعد گروه، جلب مشارکت درمانجو با استناد به آیات ۴ و ۵ سوره انشراح، گام دوم با هدف ایجاد امید و بیان ترس‌ها و نگرانی‌ها تأکید بر آیه ۱۰۶ و نیز آیه ۱۷ سوره بقره، گام سوم کمک به مراجع در مهار فاجعه سازی، شخصی سازی و افزایش اعتمادبه‌نفس با تأکید بر آیه ۴ سوره بلد، گام چهارم با هدف غلبه بر احساس تنهایی، سردرگمی و بی‌کفایتی با تأکید بر آیه ۲۴ سوره انفال، گام پنجم هدایت فرد جهت روبرو شدن با ترس‌ها و تحمل و لمس درد و نشانه‌ها و حرکت در مسیر بهبودی آیه ۳۰ سوره فصلت و آیه ۳۶ سوره توبه، گام ششم غلبه بر ترس و برانگیختگی و بودن در زمان حال با تأکید بر آیات ۹ و ۵۱ سوره توبه، آیه ۳۸ سوره زمر، آیه ۵۶ سوره هود و آیه ۶۳ سوره یونس، گام هفتم ارتباط مؤثر با خالق در ایجاد حس امنیت و بهبود وضعیت روانی با استناد به آیات ۲۳ سوره

حشر، ۷۸ سوره حج، ۳۸ سوره بنی اسرائیل، گام هشتم حس مفید بودن و ایجاد آرامش از طریق تقویت روحیه امدادگری و کمک به خلائق با تأکید بر آیات ۳۳ سوره بقره و آیه ۱۰۷ سوره انبیا و گام نهم با هدف استمرار آرامش و پیشگیری از عود با تأکید بر آیات ۲۸ سوره رعد، ۱۶ سوره ق و آیه ۴۱ سوره احزاب، به آزمودنی‌ها ارائه شد. آزمودنی‌ها در ۳ مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری (یک ماه و سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون) با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱: طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم با دو گروه مداخله و کنترل

پیگیری دوم (۲ ماه)	پیگیری اول (۲ ماه)	پس‌آزمون	روش مداخله	پیش‌آزمون	گروه‌ها	نمونه‌گیری
T ₄	T ₃	T ₂	X	T ₁	E	R
T ₄	T ₃	T ₂	-	T ₁	C	R

ابزار پژوهش

پرسشنامه باور وحشت‌زدگی گیرنبرگ

این پرسشنامه توسط گیرنبرگ در سال ۱۹۸۹ برای ارزیابی باورهایی که موجب افزایش احتمال واکنش‌های فاجعه‌آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی در اختلال وحشت‌زدگی می‌شود، تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۴۲ عبارت و ۴ زیرمقیاس شامل اضطراب انتظار، فاجعه بدنی، فاجعه هیجانی و نارضایتی از خود می‌باشد. این پرسشنامه دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۵ می‌باشد. همچنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در محدوده ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران به این شکل است که پایایی ثبات درونی آلفای کرونباخ را ۰/۸۹، آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ گزارش شده است (افشاری، نشاط دوست و بهرامی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسشنامه تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گروس و جان^۱ (۲۰۰۳) ساخته شده است و دارای ۱۰ گویه بوده و دو خرده‌مقیاس دارد که عبارتند از: الف) سرکوبی هیجانی و ب) ارزیابی

1. Gross, J.J & John, O.P

مجدد هیجانی. آزمودنی به هر گویه این مقیاس بر اساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این پرسشنامه ۱۰ تا ۷۰ می‌باشد. از نظر همسانی درونی برای عامل بازداری هیجانی در طول چهار اجرای مختلف از طریق ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۶ به دست آمده است. پایایی باز آزمایی این مقیاس در سه ماه ۰/۶۹ بوده است. در یک بررسی مقدماتی بر روی جانبازان جنسی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷، پایایی دونیمه سازی آن ۰/۵۹ و پایایی باز آزمایی آن ۰/۵۷ بوده است (آریا پوران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

مقیاس تحمل آشفتگی^۱ (DTS): مقیاس ۱۵ گزینه‌ای است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) که گزینه‌های این مقیاس تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی، موردسنجش قرار می‌دهند. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه موردنظر و نمره پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینه موردنظر می‌باشد. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. هرچند، پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی وجود چهار عامل اول، تحمل^۲ (من نمی‌توانم به احساس آشفتگی‌ام رسیدگی کنم)، جذب^۳ (هنگامی که آشفتگی پریشان هستم، همواره به این فکرمی‌کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی^۴ (حمل آشفتگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم^۵ (من برای جلوگیری از بروز احساساتم حاضر هر کاری را انجام دهم) کشف شد (وارد، سوان و جک، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

شاخص‌های ذهن آگاهی در مدل دینی و مبتنی بر قرآن با این هدف تدوین شد که همه درمان‌های ذهن آگاهی با این هدف طراحی شده‌اند که انسان را آگاه کنند. زیرا انسان آگاه جهان

1. Distress Tolerance Scale
2. Tolerance
3. Absorption
4. Appraisal
5. Regulation
6. Ward, M. M., Swan, G. E., & Jack, L. M

را می‌بیند و هدف زندگی را درمی‌یابد و به سمت معنای زندگی قدم برمی‌دارد. بنابراین در این درمان‌ها می‌خواهیم آگاهی فراشناختی را بالا ببریم چون این آگاهی‌های شناختی است که منجر به همان اضطراب، ترس و عامل پژوهش ما (حملات پانیک) است. زیرا همه این مشکلات از درگیری‌های ذهنی و نبودن در زمان اینجا و اکنون است، پس کلام وحی پروردگار مهم‌ترین منبع آگاهی فراشناختی است. از سوی دیگر، اتصال به کلام وحی پروردگار که خود بزرگ‌ترین شفا و رحمت برای عالمیان است و اتصال به پروردگار مهم‌ترین منبع آگاهی فراشناختی است، اتصال به کلام وحی پروردگار نیز در ابتدای جلسات و از طرفی تکالیف پایانی جلسات که مبتنی بر آموزه‌های قرآنی است، همه این‌ها منجر به این خواهد شد که فرد را از آگاهی‌های شناختی به آگاهی‌های فراشناختی ببرد و به آرامش و بهبودی دست پیدا کند. پروتکل طراحی شده در جدول زیر نمایش داده شده است.

جدول ۲: پروتکل گروه‌درمانی ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن

هفته	موضوع	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی	معارفه، بیان اهداف درمان، بیان قواعد گروه و جلب مشارکت درمانجو	در این جلسه پس از خوشامدگویی درمانگر و معرفی خود و آشنایی با اعضا از طریق روش روش‌سخنرانی انگیزشی با اشاره به آیات ۴ و ۵ سوره انشراح (فان مع العسر یسری) (البته با هر سختی آسانی هست) به بیان اهداف در زمینه بسته ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن، تعریف مراحل آن و بیان قواعد گروه و لزوم پایبندی همه اعضا (زنان با سابقه سقط‌جنین) به این قواعد و جلب مشارکت آن‌ها می‌پردازد.
جلسه دوم	خود ابرازی	ایجاد امید و بیان ترس‌ها و نگرانی‌ها	در این جلسه درمانگر ابتدا با روش روش سخنرانی انگیزشی و تأکید بر آیه ۱۰۶ سوره بقره ما نَنْسَخْ مِنْ آيَةٍ أَوْ نُنسِهَا نَأْتِ بِخَيْرٍ مِنْهَا أَوْ مِثْلَهَا ۗ أَلَمْ تَعْلَمْ أَنَّ اللَّهَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ و نیز آیه ۱۱۷ سوره بقره بَدِيعُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ ۗ وَإِذَا قَضَىٰ أَمْرًا فَإِنَّمَا يَقُولُ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ در ایجاد روحیه توکل و اعتماد به خداوند و امیدواری به زنان کمک می‌کند و سپس و از آن‌ها می‌خواهد که به بیان

هفته	موضوع	هدف	محتوا
جلسه سوم	عادی‌سازی مهار فاجعه سازی، شخصی سازی و افزایش اعتماد به نفس	کمک به مراجع در مهار فاجعه سازی، شخصی سازی و افزایش اعتماد به نفس	تاریخچه‌ای از زندگی با محوریت گونگی سقط جنین بپردازند و از این طریق درمانگر به شناسایی ترس‌ها، نگرانی‌ها، چگونگی بروز علائم و شدت و مدت حمله‌ها و همچنین بیرون کشیدن احساسات منفی می‌پردازد روش روش این جلسه آموزش نفس کشیدن (دم و بازدم عمیق) و همراه شدن با نفس‌ها روش آرام‌سازی بدنی و ریلکسیشن در ابتدای جلسه با تأکید بر آیه ۴ سوره بلد (ولقد خلقنا الانسان فی کبد) (و نوع بشر را در سختی آفریدیم) با توجه به این آیه و تأکید بر اینکه همه نوع بشر در سختی و مشکلات هستند و هیچ جنینده‌ای روی زمین نیست که سختی و مشکلات را ندیده باشد، به زنانی که تجربه سقط مکرر جنین را داشته‌اند و دچار فاجعه سازی و کاهش اعتماد به نفس شده‌اند در عادی‌سازی و پذیرش مشکلات به آن‌ها کمک می‌کند. سپس در ادامه با تأکید بر آیه ۳ سوره ضحی ما و دعک و ما قلی یعنی پروردگارت تو را رها نکرده و نهایت نگذاشته است به او اطمینان می‌دهد که در مسیر مشکلات و ترس‌ها تنها نیست و همه تجارب با وجود سختی‌هایشان مملو از درس‌هایی است و خدا هیچ‌گاه بنده‌هایش را رها نکرده است. همچنین از نظر شناختی در این جلسه بر نگرانی اصلی اعضا که از دست دادن فرزند و ترس عمده آن‌ها که ترس از مرگ می‌باشد تأکید می‌شود. روش روش نفس کشیدن (دم و بازدم عمیق) و همراه شدن با نفس‌ها، به این صورت که با ورود افکار اضطراب‌آور شروع به دم و بازدم عمیق نماید و بر نفس‌هایش تمرکز نماید. همچنین روش آرام‌سازی بدنی و ریلکسیشن و سپس سفر خیالی با موضوع کلبه آرامش و پیرمرد مهربان به فرد آموزش داده می‌شود و به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضا خواسته می‌شود، در منزل پس از

محتوا	هدف	موضوع	هفته
<p>برخواستن از خواب روزانه یک بار به انجام این تمرین‌های ریلکسیشن و آرام‌سازی عضلانی بپردازند.</p> <p>درمانگر با اشاره به آیه ۲۴ سوره انفال : واعلموا ان الله يحول بين المرء وقلبه بر خود آرام‌سازی از طریق تقویت نیروی درون تأکید می‌نماید و به زنانی که تجربه سقط مکرر جنین را داشتند و دچار حملات اضطرابی شده‌اند و آرامش قبل را ندارند می‌آموزد که آرامش از درون فرد نشأت می‌گیرد و از جانب پروردگار نیروی لازم جهت به دست‌آرام‌سازی به ما داده شده و فقط باید به درون خود رجوع نمایند. از طرفی در این جلسه روش آرمیدگی، عضلانی و البته به دست‌آرام‌سازی روانی (مدیتیشن بسته) با ذکر یا الله و اسکن کردن هم‌زمان کل بدن به اعضا آموزش داده می‌شود و این خود آغازگر سفرخیالی ذهن آگاهی می‌باشد که در این جلسه سفر رنگین‌کمان آرامش (که فرد پس از رسیدن به مقصد رویایی در مقابل این رنگین‌کمان قرار می‌گیرد و هر رنگ رنگین‌کمان یک حس مثبت و قدرت بی‌ظنیری را به او می‌دهد) و تکلیف خانگی هم مداومت بر تنفس عمیق و به دست‌آرام‌سازی جسمی و روانی و سفر خیالی رنگین‌کمان آرامش نوشتن وضعیت خود از لحاظ حملات ترس یا نگرانی‌هایی که داشتند و نوشتن حالات درونی خود پس از تجربه روش‌های به دست‌آرام‌سازی و سفر خیالی</p>	<p>غلبه بر احساس تنهایی، سردرگمی و بی‌کفایتی</p>	<p>خودآرام‌سازی</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>از آنجا که حملات ترس پیش‌آگهی دارد و ترس از روبرو شدن با پیش‌آگهی‌هاست که موجب می‌شود حملات با شدت بیشتر و زمان‌های نزدیک به هم رخ دهد. لذا به زنانی که در اثر این تجربه سقط مکرر دچار حملات ترس می‌شوند در این جلسه آموزش داده می‌شود که به محض پیش‌آگهی‌ها با ترس‌هایش روبرو شود با ذکر آیه ۳۰ سوره فصلت <i>ثُمَّ اسْتَقَامُوا تَتَنَزَّلُ عَلَيْهِمُ الْمَلَائِكَةُ أَلَّا تَخَافُوا وَلَا</i></p>	<p>هدایت فرد جهت روبرو شدن با ترس‌ها و تحمل و لمس درد و نشانه‌ها و حرکت در مسیر بهبودی</p>	<p>بردباری</p>	<p>جلسه پنجم</p>

هفته	موضوع	هدف	محتوا
			<p>تَحَزَنُوا (سپس استقامت کردند، فرشتگان بر آنان نازل می‌شوند که: «ترسید و غمگین می‌باشید) و در ادامه با اشاره آیه ۳۶ سوره توبه (ثُمَّ أَنْزَلَ اللَّهُ سَكِينَتَهُ عَلَى رَسُولِهِ وَعَلَى الْمُؤْمِنِينَ وَأَنْزَلَ جُنُودًا لَمْ تَرَوْهَا) به نتیجه استقامت و پایداری در برابر ترس‌ها که همان سکینه (آرامش) می‌باشد اشاره می‌کند. در این جلسه نیز برای اعضا روش به‌دست‌آرام‌سازی عضلانی و روانی (مدیتیشن بسته) با ذکر یا الله یارحمن را انجام می‌دهیم و سپس ذهن آگاهی و سفر ذهن آگاهی با موضوع آبشار آرامش جهت نیروبخشی به درمانجو جهت مقابله با ترس‌ها و در پایان تکلیف خانگی مداومت بر تنفس عمیق و به‌دست‌آرام‌سازی جسمی و به‌دست‌آرام‌سازی روانی با ذکر یا الله یارحمن و سپس سفر ذهن آگاهی مطابق با همان سفری در این جلسه آموخته بود.</p>
			<p>درمانگر در این جلسه با اشاره به آیاتی که مبتنی بر توکل می‌باشد به اعضا کمک می‌کند که بر ترسشان غلبه کنند و سپس آن‌ها را به بودن در زمان اینجا و اکنون دعوت می‌کند فل لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ. (سوره توبه (۹)، آیه ۵۱) بگو: هرگز جز آنچه خدا برای ما خواسته به ما نخواهد رسید، اوست مولای ما، و البته اهل ایمان درهرحال باید بر خدا توکل کنند. قُلْ حَسْبِيَ اللَّهُ عَلَيْهِ يَتَوَكَّلُ الْمُتَوَكِّلُونَ (سوره زمر آیه ۳۸) بگو: خدا مرا کافی است، که متوکلان عالم بر او توکل می‌کنند. اِنِّیْ تَوَكَّلْتُ عَلَى اللَّهِ رَبِّیْ وَرَبِّکُمْ مَا مِنْ دَابَّةٍ اِلَّا هُوَ اَخِذْ بِنَاصِیَتِهَا اِنَّ رَبِّیْ عَلٰی صِرَاطٍ مُسْتَقِیْمٍ (سوره هود آیه ۵۶) من بر خدا که پروردگار من و شماست توکل کرده‌ام، که زمام اختیار هر جنبنده‌ای به دست اوست و البته پروردگار من (در کار بندگان) به راه راست است. برای آنکه مفهوم توکل برای غلبه بر ترس مرگ را به مراجع</p>
جلسه ششم	خنثی‌سازی و به‌دست‌آرام‌سازی	غلبه بر ترس و برانگیختگی و بودن در زمان حال	

محتوا	هدف	موضوع	هفته
<p>بیاموزد و اراده پروردگار فوق اراده بندگان است دعوت مراجع بودن در زمان اینجا و اکنون با ذکر آیه ۶۳ سوره یونس <i>أَلَا إِنَّ أَوْلِيَاءَ اللَّهِ لَأَخَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَكَأَ هُمْ يَحْزَنُونَ</i> (آگاه باشید که دوستان خدا هرگز هیچ ترسی (از حوادث آینده عالم) و هیچ حسرت و اندوهی (از وقایع گذشته جهان) در دل آنها نیست) در این جلسه نیز برای اعضا روش به دست‌آرام‌سازی عضلانی و روانی (مدیتیشن بسته) با ذکر یا الله یارحمن را انجام می‌دهیم و سپس ذهن آگاهی و سفر ذهن آگاهی با موضوع کلبه آرامش انجام می‌شود و در پایان تکلیف خانگی مداومت بر تنفس عمیق و به دست‌آرام‌سازی جسمی و به دست‌آرام‌سازی روانی با ذکر یا الله یا رحمن و سپس سفر ذهن آگاهی مطابق با همان سفری در این جلسه آموخته بود</p>			
<p>درمانگر با اشاره به آیه ۲۳ سوره حشر (ر) <i>هُوَ اللَّهُ الَّذِي لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْمَلِكُ الْقُدُّوسُ السَّلَامُ الْمُؤْمِنُ الْمُهَيَّمِنُ الْعَزِيزُ الْجَبَّارُ الْمُتَكَبِّرُ سُبْحَانَ اللَّهِ عَمَّا يُشْرِكُونَ</i> (ترجمه: و خدایی است که معبودی جز او نیست، حاکم و مالک اصلی اوست، از هر عیب منزّه است، به کسی ستم نمی‌کند، امنیت بخش است، مراقب همه چیز است، قدرتمندی شکست‌ناپذیر که با اراده نافذ خود هر امری را اصلاح می‌کند، و شایسته عظمت است؛ خداوند منزّه است از آنچه شریک برای او قرار می‌دهند! و سپس تأکید بر آیه ۷۸ سوره حج <i>«فَاقِيمُوا الصَّلَاةَ وَاعْتَصِمُوا بِاللَّهِ هُوَ مَوْلَاكُمْ فَنِعْمَ الْمَوْلَىٰ وَنِعْمَ النَّصِيرُ»</i> (نماز را به پا دارید و به خدا متوسّل شوید. او دوستدار و سرپرست شماست و او بهترین یاری‌گر و سرپرست برای شماست. مشخص می‌کند که راه دوستی با خداوند و ارتباط با او نماز خواندن هست و در ادامه با تأکید بر آیه ۳۸ سوره بنی اسرائیل <i>«إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ وَأَقَامُوا الصَّلَاةَ</i></p>	<p>ارتباط مؤثر با خالق در ایجاد حس امنیت و بهبود وضعیت روانی</p>	ارتباط معنوی	جلسه هفتم

هفته	موضوع	هدف	محتوا
			<p>لَهُمْ أَجْرُهُمْ عِنْدَ رَبِّهِمْ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ» «همانا آنان که اهل ایمان و نیکوکارند و نماز به پادارند، آنان نزد پروردگارش پاداش نیکو خواهند داشت و هرگز ترس از [آینده] و اندوه [از گذشته] نخواهند داشت» به تأثیر نماز بر ایمنی در مقابل ترس‌ها می پردازد. سپس در این جلسه نیز برای اعضا روش آرام‌سازی عضلانی و روانی (مدیتیشن بسته) با ذکر یا الله یا رحمن و یا رحیم را انجام می‌دهیم و سپس ذهن آگاهی و سفر ذهن آگاهی با موضوع آبشار آرامش انجام می‌شود و در پایان تکلیف خانگی مداومت بر تنفس عمیق و آرام‌سازی جسمی و به‌دست روانی با ذکر یا الله یا رحمن و یا رحیم سپس سفر ذهن آگاهی مطابق با همان سفری در این جلسه آموخته بود و نمازخواندن جهت ارتباط معنوی.</p>
جلسه هشتم	مهرورزی	حس مفید بودن و ایجاد آرامش از طریق تقویت روحیه امدادگری و کمک به خلایق	<p>درمانگر با تأکید بر آیه ۳۳ سوره بقره (وَ إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً) (و چون پروردگارت به فرشتگان گفت: من می‌خواهم، در زمین جانشینی بیافرینم) و سپس اشاره به آیه ۱۰۷ سوره انبیا (و ما ارسلناك الا رحمة للعالمين) و (نفرستادیم تو را مگر آنکه رحمتی بر جهانیان باشی) به این مسئله اشاره می‌کند که انسان‌ها جانشین پروردگار بر زمین هستند پس باید قوی و منشأ خیر و رحمت باشند و پس از آن همه تجربه تلخ و سقط مکرر جنین از مهم‌ترین راه‌های رسیدن به آرامش رحمت آفرینی و خدمت کردن به مخلوقات است و این خدمت‌رسانی شامل کاشتن گل و گیاه، غذا دادن به حیوانات ، کمک به انسان‌ها ولو یک لبخند ساده می‌تواند خدمت محسوب شود در این جلسه نیز برای اعضا روش آرام‌سازی عضلانی و روانی (مدیتیشن بسته) با ذکر یا الله و یا رحمن و یا رحیم را انجام می‌دهیم و سپس ذهن آگاهی و سفر ذهن آگاهی با موضوع رویش یک دانه</p>

محتوا	هدف	موضوع	هفته
<p>انجام می‌شود و در پایان تکلیف خانگی مداومت بر تنفس عمیق و آرام‌سازی جسمی و آرام‌سازی روانی با ذکر یا الله و یا رحمن و یا رحیم و سپس سفر ذهن آگاهی مطابق با همان سفری در این جلسه آموخته بود تکلیف و کاشتن دانه‌ها و گل‌ها، غذا دادن به حیوانات و لبخند زدن</p>			
<p>درمانگر با تأکید بر آیه ۲۸ سوره رعد «الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ»، همان کسانی که ایمان آورده‌اند و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد، آگاه باش که با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد و سپس با تأکید بر آیه ۱۶ سوره ق (وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ) (ما از رگ گردن او به او نزدیک‌تریم) و سپس آیه ۴۱ سوره احزاب (اذكروا الله ذكرا كثيرا) (ذکر حق و یاد خدا (به دل و زبان) بسیار کنید.) از اعضا می‌خواهد که برای استمرار آرامش در همه حال خدایی که نزدیک‌ترین به اوست را یاد کنند و سپس روش آرام‌سازی عضلانی و روانی (مدیتیشن بسته) با ذکر یا الله و یا رحمن و یا رحیم را انجام می‌دهیم، و سپس سفر ذهن آگاهی با موضوع جزیره آرامش انجام می‌شود و در پایان تکلیف خانگی مداومت بر تنفس عمیق و آرام‌سازی جسمی و آرام‌سازی روانی با ذکر یا الله و یا رحمن و یا رحیم و سپس سفر ذهن آگاهی مطابق با همان سفری در این جلسه آموخته بود و مداومت بر فعالیت‌هایی که در جلسات قبل آموخته بود مثل نمازخواندن نگهداری از گیاهان و گل‌هایی جلسات قبل کاشته بود، غذا دادن به حیوانات و لبخند زدن</p>	<p>استمرار آرامش و پیشگیری از عود</p>	<p>مرور جلسات و نتیجه‌گیری</p>	<p>جلسه نهم</p>

یافته‌های پژوهش

همان‌طور که در جدول ۳ آمده است از ۳۰ نفر از آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۲۲ تا ۳۹ سال و میانگین و انحراف معیار سنی نمونه موردبررسی $31/34 \pm 6/55$ می‌باشد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها برحسب سن

متغیر	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۰	۲۲	۳۹	۳۱/۳۴	۶/۵۵

جدول ۴: اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه اساس میزان

تحصیلات، مدت زمان ازدواج آن‌ها و سابقه سقط خودبه‌خودی

شاخص‌های توصیفی	تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
میزان تحصیلات	دیپلم	۷	۱۶/۱۱
	کاردانی	۳	۱۱/۱۳
	کارشناسی	۱۱	۴۱/۱۳
	کارشناسی ارشد	۵	۱۸/۴۳
	دکتری	۴	۱۳/۲۰
مدت زمان ازدواج	۱ تا ۵ سال	۱۳	۴۳/۱۴
	۵ تا ۱۰ سال	۱۰	۳۳/۵۴
	۱۰ تا ۱۵ سال و بالاتر	۷	۲۳/۳۲
تجربه سقط خود به خودی	فرزند اول	۱۹	۷۲/۱۳
	فرزند دوم	۸	۲۰/۹۶
	فرزند سوم	۳	۶/۹۱

با توجه به جدول فوق بیشترین درصد فراوانی مربوط به تحصیلات افراد مورد آزمون مقطع تحصیلی کارشناسی (۴۱/۱۳ درصد) می باشد و همچنین کمترین درصد فراوانی دکتری (۱۳/۲۰ درصد) می باشد. همچنین بیشترین درصد فراوانی مربوط به مدت زمان ازدواج افراد مورد آزمون بین ۱ تا ۱۰ سال (۴۳/۱۴ درصد) می باشد و همچنین کمترین درصد فراوانی بالای ۱۰ سال (۲۳/۳۲ درصد) می باشد.

نتایج محاسبه CVR (ضریب نسبی روایی محتوا) از دید متخصصان برای هر یک از جلسات طراحی پروتکل ذهن آگاهی معنوی در جدول زیر نشان داد شده است.

جدول ۵: نتایج محاسبه CVR (ضریب نسبی روایی محتوا) برای هر یک از جلسات

جلسات	غیر ضروری	مفید ولی غیر ضروری	ضروری	CVR
اول	۰	۰	۱۱ نفر	۱
دوم	۰	۰	۱۲ نفر	۱
سوم	۰	۰	۱۰	۱
چهارم	۰	۰	۱۱	۰/۸۶
پنجم	۰	۰	۱۰	۰/۸۲
ششم	۰	۱ نفر	۹	۰/۶۸
هفتم	۰	۱ نفر	۹	۰/۶۹
هشتم	۰	۰	۱۱	۱
نهم	۰	۰	۱۲	۱

جدول زیر میانگین و انحراف معیار متغیرهای تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی در گروه‌های مداخله و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم را نشان می‌دهد.

جدول ۶: میانگین و انحراف معیار متغیرهای تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی

موقعیت	مؤلفه‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	سرکوبی هیجانی	۱۵/۲۳	۲/۴۲	۱۷/۸۴	۲/۶۸
	ارزیابی مجدد هیجانی	۱۷/۲۱	۲/۳۵	۱۷/۹۷۷	۲/۹۷
	نمره کل تحمل آشفتگی	۳۵/۴۳	۲/۸۷	۳۴/۳۶	۲/۶۲
پس‌آزمون	سرکوبی هیجانی	۷/۲۱	۲/۳۲	۱۴/۴۳	۵/۲۴
	ارزیابی مجدد هیجانی	۲۴/۱۳	۴/۳۲	۲۳/۴۳	۲/۸۷
	نمره کل تحمل آشفتگی	۴۸/۳۱	۴/۹۷	۳۵/۷۷	۳/۵۴
پیگیری اول	سرکوبی هیجانی	۷/۵۵	۲/۳۲	۱۵/۴۳	۴/۴۳
	ارزیابی مجدد هیجانی	۲۲/۵۳	۴/۳۸	۲۰/۴۴	۲/۶۳
	نمره کل تحمل آشفتگی	۴۲/۸۹	۴/۴۹	۳۵/۱۷	۳/۰۹
پیگیری دوم	سرکوبی هیجانی	۶/۳۲	۲/۸۷	۲۱/۱۳	۴/۹۷
	ارزیابی مجدد هیجانی	۱۸/۳۴	۵/۰۸	۸/۳۲	۲/۱۳
	نمره کل تحمل آشفتگی	۳۷/۰۶	۳/۴۵	۳۴/۸۲	۳/۴۱

نتایج جدول زیر نشان می‌دهد که بین نمرات متغیرهای وابسته در اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اول و دوم در دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود دارد به عبارتی بین زمان و گروه تعامل وجود دارد. آزمون لامبدای ویلکز که از دیگر آزمون‌ها از قوت بیشتری برخوردار است با مقدار $F= ۷۸/۳۱$ و مقدار مجذور اتا $۰/۹۹۲$ در سطح $(۰/۰۱)$ معنی‌دار است. بعد از اینکه مشخص شد بین اجرا (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اول و دوم) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۷: نتایج آزمون‌های چندمتغیری نمرات متغیرهای وابسته

نام آزمون	مقدار آماره آزمون	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	مجذور توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۹۹۲	۷۸/۳۱	۲۳	۱۶	۰/۰۱	۰/۹۹۲
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۸	۷۸/۳۱	۲۳	۱۶	۰/۰۱	۰/۹۹۲
اثر هتلینگ	۱۱۸/۳۷	۷۸/۳۱	۲۳	۱۶	۰/۰۱	۰/۹۹۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۱۸/۳۷	۷۸/۳۱	۲۳	۱۶	۰/۰۱	۰/۹۹۲

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کالموگروف - اسمیرنف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش گردید.

جدول ۸: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیر	وضعیت	آماره Z کالموگروف-اسمیرنف	سطح معنی داری
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۰/۱۸۷	۰/۰۷۲
	پس‌آزمون	۰/۱۱۸	۰/۲۰۱
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۰/۱۵۷	۰/۲۰۱
	پس‌آزمون	۰/۲۲۳	۰/۱۰۵

با توجه به جدول ۸، آماره Z کالموگروف-اسمیرنف متغیر تنظیم هیجان در پیش‌آزمون (۰/۱۸۷) و در پس‌آزمون (۰/۱۱۸) می‌باشد که معنی دار نیست. آماره Z کالموگروف-اسمیرنف متغیر تحمل آشفتگی در پیش‌آزمون (۰/۱۵۷) و در پس‌آزمون (۰/۲۲۳) می‌باشد که معنی دار نیست.

جدول ۹: نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

متغیر	آماره F	سطح معنی داری
تنظیم هیجان	۰/۰۰۲	۰/۹۵
تحمل آشفتگی	۱/۳۸	۰/۲۳

با توجه به جدول ۹، آماره F لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون متغیر تنظیم هیجان (۰/۰۰۲) می‌باشد که معنی‌دار نیست. بنابراین واریانس این متغیر در گروه‌ها برابر می‌باشد. آماره F لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون متغیر نشخوار فکری (۱/۳۸) می‌باشد که معنی‌دار نیست. بنابراین واریانس این متغیر در گروه‌ها برابر می‌باشد.

به منظور بررسی تفاوت بین میانگین نمرات مؤلفه‌های تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اول و دوم از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در جدول زیر نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل واریانس مکرر

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آزمون
سرکوبی هیجانی	۸۶۶۷/۲۳	۱	۸۶۶۷/۲۳	۱۵۳/۸۵	۰/۰۱	۰/۷۸	۱
ارزیابی مجدد هیجانی	۶۷۹/۳۲	۱	۶۷۹/۳۲	۱۴/۰۶	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۹۶
تحمل پریشانی	۷۲۳/۱۱	۱	۷۲۳/۱۱	۲۹/۴۷	۰/۰۱	۰/۴۳	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مؤلفه‌های تنظیم هیجان و نمره کل تحمل آشفتگی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم بیانگر آن است که تفاوت معنی‌داری در اثر آموزش ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن در گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه وجود دارد.

بحث و بررسی

هدف از انجام این پژوهش تدوین و مطالعه اثربخشی بسته آموزشی ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآن بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی در زنان مبتلا به اختلال پانیک با تجربه سقط خود به خودی جنین در شهر کرمانشاه بود. نتایج تحلیل محتوا نشان داد که این بسته از روایی مطلوبی برخوردار است. همچنین نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره میانگین نمره‌های پس‌آزمون سطوح متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل نشان داد که آموزش ذهن

آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآنی بر نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن شامل سرکوبی هیجانی و ارزیابی مجدد هیجانی در زنان مبتلا به اختلال پانیک دارای تجربه سقط خود به خودی جنین تأثیر معنی‌دار داشته است. نتایج حاضر با بخشی از یافته‌های پژوهش‌های احمدی و همکاران (۱۳۹۹)، شریفی ساکی و همکاران (۱۳۹۴) زارع و دشت آبادی (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. مطالعات (سیندا، ۲۰۱۸) نشان داده که آموزش‌های ذهن آگاهی منجر به مقاومت می‌شود و به افراد مقاومتری در برابر یأس‌ها و ناامیدی‌ها می‌دهد (سیندا، ۲۰۱۸) که همخوان با نتایج پژوهش حاضر بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های قرآنی به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد. در این رویکرد سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان بیماری استفاده شود. آنچه در ذهن آگاهی معنوی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این روش‌ها در ذهن آگاهی معنوی می‌توانند جنبه رفتاری، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند. بنابراین نتایج نشان داد آموزش‌های ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های قرآن از طریق آموزش‌ها و تمرینات موجب افزایش تحمل آشفتگی پریشانی مادران مبتلا به اختلال پانیک دارای تجربه سقط خود به خودی جنین می‌شود. این رهیافت همچنین با پژوهش‌های غلامی (۱۴۰۰)، کجباف و همکاران (۱۳۹۶)، شریفی ساکی و همکاران (۱۳۹۶) و زارع و دشت آبادی (۱۳۹۴) همخوان می‌باشد، چراکه به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافتند. درخصوص اثربخشی درمان ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآنی بر تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال پانیک دارای تجربه سقط جنین می‌توان گفت که آموزش ذهن آگاهی معنوی می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها بر اساس آموزه‌های دینی نقش مهمی در تنظیم هیجان زنان دارای تجربه سقط خود به خودی جنین داشته باشد. این یافته بیانگر آن است که آموزش‌های ذهن آگاهی با تمرینات و آموزش‌های آگاهی‌دهنده و ایجاد تمرکز و توجه به شیوه‌ای خاص فرد را از هیجانات و افکار منفی، تجربیات تلخ ذهن او را دور می‌سازد و به او کمک

می‌کند و تحمل آشفتگی‌ها را برای فرد بالا می‌برد. در استناد به این یافته مطالعات جوانمرد و همکاران (۲۰۱۶) است که مداخلات را عاملی در افزایش میزان تحمل پریشانی در افراد می‌داند. براون^۱ (۲۰۱۰) آموزش ذهن آگاهی را با به کارگیری راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرآیند توجه به نوبه خود می‌داند که می‌تواند منجر به جلوگیری از عوامل ایجادکننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش افکار و هیجان‌های خوشایند شود (جیمز^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). مکانیسم مثبت این روش درمانی خودکنترلی توجه است، چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۷). کول و همکاران^۳ (۲۰۱۰) معتقدند ذهن آگاهی موجب بهبود کیفیت زندگی، تحمل پریشانی، بهزیستی روانی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی، مقدار فعالیت اجتماعی و بهزیستی زنان می‌شود (جوانمرد و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین با این مداخلات می‌توان میزان استرس را کاهش داد و بر میزان افزایش کیفیت زندگی مادران مبتلا به اختلال پانیک دارای تجربه سقط خود به خودی جنین اثر گذاشت؛ بنابراین روش آموزش ذهن آگاهی از طریق ارائه خودآگاهی به مادران مبتلا به اختلال پانیک دارای تجربه سقط خود به خودی جنین در تنظیم رفتار و هیجان به آنان کمک می‌کند، زمانی که مادران از آشفتگی و ناسازگاری رنج می‌برند از طریق خودآگاهی و خودکنترلی تحمل را برای آنان افزایش داده و کمک می‌کند تا هیجانات خود را کنترل کنند (جیمز و همکاران، ۲۰۱۸).

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شود که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد. در ذهن آگاهی معنوی سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان

1. Brown, K. W
2. James, I
3. Cole, B

بیماری استفاده شود. آنچه در ذهن آگاهی معنوی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این روش‌ها در ذهن آگاهی معنوی می‌توانند جنبه رفتاری، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند. معنویت در اسلام در سایه عشق به خدا، عبادت، نیایش، عمل خدا پسندانه، همدردی و همدلی با محرومان به ظهور می‌رسد. در ذهن آگاهی معنوی بر باورهای افراد کار می‌شود زیرا باورها زیربنای تغییر نگرش‌ها و در نتیجه رفتار فرد هستند و با تغییر رفتار، درمان اثربخش‌تر باقی می‌ماند باورهایی شامل باور به وجود خداوند، باور به معاد توجه به زندگی پس از مرگ موجب بیداری انسان شده و به او کمک می‌کند تا به اصلاح خود بپردازد، فرصت زندگی دنیا را از دست ندهد و خود را برای زندگی جاوید آماده کند به این ترتیب تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی را در وی افزایش دهد. در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به‌ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد کارآمدی و پایداری درمان به‌صورت چشمگیری افزایش می‌یابد زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را به دنبال دارد که تحمل پریشانی‌های مربوط خود را هموارتر می‌نماید.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود. نخستین محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. محدودیت سوم مربوط به عدم مهار کردن عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش‌تر برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن

است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند.

پیشنادهای پژوهشی

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای مهار کردن اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی گروه کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. این مطالعه بر روی زنان ۲۳ تا ۳۵ ساله مبتلا به اختلال پانیک دارای تجربه سقط خود به خودی جنین اجرا شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، آموزش ذهن آگاهی معنوی را بر روی بیماران افسرده، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، افکار خودکشی، اختلالات خواب بررسی کنند. با توجه به نتایج پژوهش و اثربخشی آموزش ذهن آگاهی معنوی مبتنی بر آیات قرآنی بر تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی زنان مبتلا به اختلال پانیک دارای تجربه سقط خود به خودی جنین به درمان‌گرانی که با بیماران دچار اختلال پانیک سروکار دارند، پیشنهاد می‌شود در کنار درمان دارویی به منظور مهار کردن و کاهش افکار و حملات پانیک و تحمل آشفتگی از روش‌های درمانی دیگر نیز بهره بگیرند. در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود این بسته آموزشی طی کارگاهی تخصصی به درمانگران آموزش داده شود تا آن‌ها با به کارگیری این درمان برای بیماران مبتلا به اختلال پانیک جهت کاهش علائم اختلال پانیک، گامی عملی برداشته باشند.

فهرست منابع

- احمدی، احمد؛ سعید منش، محسن؛ کاظمی، فاطمه و دمهری، فرنگیس. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله سایکودرام بر تنظیم شناختی هیجانات مثبت و منفی در افراد دارای اختلال پانیک، *علوم پزشکی قم*، ۱۴ (۴)، ۵۶-۴۸.
- اسماعیل، بلالی. (۱۳۸۲). زنان و پیامدهای سقط جنین، *فصلنامه مطالعات راهبردی زنان*، ۶ (۲۲)، ۱۵۲.
- بهرامی، نسیم؛ ستازاده، نیلوفر؛ قوجازاده، مرتضی؛ سلیمانی، محمدعلی؛ کاظمی جلیسه، حدیقه و صادقی، طاهره. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط ناباروری با میزان رضایت جنسی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۴ (۲)، ۳۷-۳۲.
- براتیچی، ندا؛ کشیشی، خدیجه؛ نیک پی، زهره و اکبرزاده، اکبر (۱۳۹۸) اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه های اسلامی - ایرانی بر سلامت روانی و تاب آوری مراقبین پرواز برج مراقبت، ۳ (۳)، ۴۰-۲۷.
- بهجتی اردکانی، زهره؛ آخوندی، محمدمهدی؛ صادقی، محمدرضا و صدری اردکانی، هومن (۱۳۸۴). ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران، *باروری و ناباروری*، ۶ (۴): ۳۲۰-۲۹۹.
- بلالی، اسماعیل (۱۳۸۲). زنان و پیامدهای سقط جنین، *مطالعات راهبردی زنان*، شماره ۲۲.
- پورافکاری، نصرالله. (۱۳۹۳). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی (جلد اول) اثر کاپلان - سادوک ترجمه پورافکاری، ویرایش دهم.
- چینی چیان، مریم؛ هلاکوئی نائینی، کوروش و رفائی شیرپاک، خسرو (۱۳۸۶). مطالعه کیفی دلایل انجام سقط جنین عمدی در ایران، ۶ (۳): ۲۳۲-۲۱۹.
- حسن زاده، عاطفه (۱۴۰۰). بررسی علل سقط جنین به عنوان تهدیدی بر امنیت اجتماعی (مطالعه میدانی شهرستان قم)، پنجمین اجلاس بین‌المللی پژوهش‌های دینی، علوم اسلامی، فقه و حقوق در ایران و جهان اسلام، تهران.
- خداکرمی، بتول؛ شبیری، فاطمه؛ مفاخری، بیان؛ سلطانیان، علیرضا و محقق، حسین (۱۳۹۷). تأثیر مشاوره بر اساس الگوی شادکامی فوردایس بر اضطراب زنان مبتلا به سقط خود به خودی، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۶ (۶): ۳۷۸-۳۸۸.
- شریفی ساکی، شیدا؛ آخته، مریم؛ علی پور، احمد؛ فهیمی فر، آمنه؛ تقدسی، محسن؛ کریمی، رضا و نجفی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و فراتگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین، *دو ماهنامه علمی پژوهشی فیض*، ۱۰ (۴)، ۳۴۰-۳۳۴.
- شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار، *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳ (۱)، ۱۱-۱۸.
- خداکرمی، ناهید؛ هاشمی، سمیه؛ صدیق، صدیقه؛ حمدیه، مصطفی و طاهری نیا، ربابه. (۱۳۸۸). تجربه زندگی با ناباروری، یک بررسی پدیدار شناسی، *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۱۰ (۴)، ۲۸۷-۲۹۸.

زارع، مریم و دشت آبادی، معصومه. (۱۳۹۴). نقش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب در زنان باردار با سابقه سقط جنین، اجلاس بین‌المللی مهندسی و علوم کاربردی.

غلامی، ژاله. (۱۴۰۰). بررسی ارتباط اعتقادات مذهبی زنان باردار و سقط القایی جنین در بارداری‌های ناخواسته، *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹ (۵)، ۳۷۸-۳۸۶.

فتاحی، سید حسین و علوی، قدسیه (۱۳۸۱). قوانین مربوط به سقط جنین در ایران، باروری و ناباروری، ۱، ۱۵۲. مشهدی، علی و میردورقی، فاطمه و حسنی، جعفر. (۱۳۹۰). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در اختلالات درونی سازی کودکان، *مجله روان‌شناسی بالینی*؛ ۳ (۳)، ۲۹-۳۹.

مسیب مرادی، مهناز؛ جلدی، فرشته؛ سید فاطمی، نعمیمه و منتظری، علی (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره بر سطح اضطراب زنان مبتلا به سقط خود به خودی، یک کارآزمایی بالینی تصادفی، *نشریه پایش*، ۱۵ (۲): ۱۷۴-۱۷.

هاشمی، تورج؛ عبدالهی هریس؛ نسیم؛ محمد علیلو، مجید و ماشینی عباس، نعمیمه. (۱۳۹۵). نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در نشانه‌های شخصیت مرزی، پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۱ (۴۱)، ۱۶۸-۱۵۱.

یوسفی، فریده. (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان، *مجله کودکان استثنایی*، ۶ (۴)، ۸۷۱-۸۹۲.

Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*;30(2), 217-37.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2010). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.

Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, 40(3), 291-301.

Birtwell, K., Dubrow-Marshall, L., Dubrow-Marshall, R., Duerden, T., Dunn, A. (2017). A mixed methods evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction course for people with Parkinson's disease. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29, 220-228.

Cavalcante MB, Sarno M, Cavalcante C, Araujo Júnior E, Barini R. (2019). Coagulation biomarkers in women with recurrent miscarriage and polycystic ovarian syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 79(1):697-704.

Cakiroglu Y, Doger E, Vural F, Kopuk SY, Vural B. Impact of insulin resistance and obesity on intracytoplasmic sperm injection outcomes in young women with polycystic ovary syndrome. *Northern Clinics Istanbul* (2017) 4(3):218-24. doi: 10.14744/nci.2017.79663.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. (2014). *Williams's obstetrics*. 24th, Ed. New York: McGraw-Hill;425-427.

Crosswell, A.D., Moreno, P.I., Raposa, E.B., Motivala, S.J., Stanton, A.L., Ganz, P.A., Bower, J.E. (2017). Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 78-86.

Cole, B., & Pargament, K. I. (2010). Re-creating your life: A spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*. 8:395-407. doi:10.1002/(SICI) 1099-1611.

Ellis A J, Salgari G, Miklowitz D, Loo S K. (2018). Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry research*; 267: 210-214.

- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P(2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personal Individ Differ*;30(8),1311-27.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Hook, J. N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P., (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical Psychology*. 66, 46-72.
- Hodge, D. R. (2006). Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*. 51:157-166. 10.1093/sw/51.2.157.
- Holliday, S. B., Pedersen, E. R., & Leventhal, A. M. (2016). Depression, posttraumatic stress, and alcohol misuse in young adult veterans: The trans diagnostic role of distress tolerance. *Drug and alcohol dependence*, 161, 348-355.
- Hodge, D. R. (2006). Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*. 51:157-166. 10.1093/sw/51.2.157.
- Hook, J. N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P., (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical Psychology*. 66, 46-72.
- Hanefar, S Saari, C & Siraj, S. (2016). A synthesis of spiritual intelligence themes from islamic and western philosophical perspectives. *Journal of Religion and Health*, 55, 2069-2085.
- Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van den Kommer T(2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Pers Individ Dif*; 36(2), 267-76.
- Kabat – zinn, J. (2005). Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness, New York: Delta trade paperback.
- Koenig, H. G. (2012). Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: Rationale, methods, and preliminary results. *Depression Research and Treatment*. Online first. 10.1155/2012/460419.
- Kroska, E.B., Miller, M.L., Roche, A.I., Kroska, S.K., O'Hara, M.W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 225, 326-336.
- Leung DY, Lam T-h, Chan SS. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. *BMC public health*. 2010;10(1):513.
- MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds). (2013). *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*. John Wiley & Sons.
- Mandal, S.P., Arya, Y.K., Pandey, R. (2012). Mental Health and Mindfulness: Mediation Role of Positive and Negative Affect. *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health*. 19 : 150-159
- Consulting and Clinical Psychology. 72, 31-40.
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 40, 94-103.
- Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, Lippmann S. (2015). Depression and Anxiety Following Early Pregnancy Loss: Recommendations for Primary Care Providers. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(1):1-13.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the Sacred*. New York, NY: Guilford Press.

- Pearce, M. J., & Koenig, H. K. (2013). Cognitive behavioral therapy for the treatment of depression in Christian patients with medical illness. *Mental Health, Religion, and Culture*, 16:730–740. 10.1080/13674676.2012.718752.
- Pandey, R. Choubey, A.K. (2010). Emotion and Health: An overview. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health* 17, 135-152.
- Rose, E. M., Westefeld, J. S., & Ansely, T. N. (2001). Spiritual counseling: Clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology*. 48, 61–71. 10.1037/0022-0167.48.1.61.
- Rash, J.A., Kavanagh, V.A.J., Garland, S.N. (2019). A Meta-Analysis of Mindfulness-Based Therapies for Insomnia and Sleep Disturbance: Moving Towards Processes of Change. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2), 209-233.
- Sladek MR, Doane LD, Luecken LJ, et al. Perceived stress, coping, and cortisol reactivity in daily life: A study of adolescents during the first year of college. *Biological psychology*. 2016;117:8-15.
- Smith, T. B., Bartz, J., & Richards, P. S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations in psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*. 17, 643–655. 10.1080/10503300701250347.
- Simons, J., & Gaher, R. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83–102.
- Short, N. A., Babson, K. A., Schmidt, N. B., Knight, C. B., Johnson, J., & BonnMiller, M. O. (2016). Sleep and affective functioning: Examining the association between sleep quality and distress tolerance among veterans. *Personality and Individual Differences*, 90, 247-253.
- Simpson, J. L. (2000). Genetic Causes of spontaneous abortion. *Contemporary Observations*, 35, 25-40.
- Van Eck K, Warren P, Flory K. (2017). A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: links to emotional and behavioral concerns. *Journal of youth and adolescence*, 46(1), 136-150.
- Vujanovic, A. A., Dutcher, C. D., & Berenz, E. C. (2016). Multimodal examination of distress tolerance and posttraumatic stress disorder symptoms in acute-care psychiatric inpatients. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Whitfield, J. H. (2006). To wards case-specific applications of mindfulness-based cognitive – behavioral therapies: A Mindfulness-Based Rational Emotive Behaviour Therapy, *Private Practice Counselling Psychology*, 19, 154-163.
- Worthington, E. L Jr., Hook, J. N., Davis, D. E., McDaniel, M. A. (2011). Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 67, 204–214. 10.1002/jclp.20760.
- Ward, M. M., Swan, G. E., & Jack, L. M. (2001). Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. *Addict Behav*. 26: 311-27.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.
- Wijesooriya L, Palihawadana T, Rajapaksha R. A (2015). Study of psychological impact on women undergoing miscarriage at a Sri Lankan hospital setting

