

نعمتی پور، زهرا؛ گلزاری، محمود (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزند. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۱)،



۵۲-۶۹

بررسی اثر بخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزند

زهرا نعمتی پور^۱، محمود گلزاری^۲

دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی، بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دار فرزند، انجام شد. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. ابزار مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. جامعه آماری پژوهش مادران داغ‌دار فرزندی بودند که مدت سه ماه تا یکسال از مرگ فرزندانشان می‌گذشت و نمرات کیفیت زندگی آن‌ها پایین‌تر از یک انحراف معیار از میانگین جامعه بود. در این پژوهش ۱۸ مادر داغ‌دیده بوسیله نمونه‌گیری داوطلبانه تعیین شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، بصورت یک جلسه در هفته، برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. نتایج تحلیل واریانس داده‌ها نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی کیفیت زندگی معنادار بوده است و مداخله درمانی به‌طور معناداری موجب ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده گردیده است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده موثر است.

کلید واژه‌ها: مشاوره سوگ، درمان سوگ، دین، کیفیت زندگی.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، z_nematipour@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی تهران، mahmoud.golzari@gmail.com

مقدمه

فقدان محبوب، تنش زاترین واقعه‌ای است که هر فرد می‌تواند در زندگی خود تجربه کند (Boelen, 2006) سخت‌ترین و دردناک‌ترین تجربه داغدیدگی، از دست دادن فرزند است (Nassbaumer&Russel, 2003) از دست دادن فرزند، سوگی بخصوص و بی‌مانند است که از انواع دیگر سوگ شدیدتر است و منجر به ایجاد نشانه‌های جدی‌تری می‌شود که مدت بیشتری نیز باقی می‌مانند. مرگ کودک موجب برهم خوردن تعادل خانواده می‌شود و تاثیرات نامطلوب این فقدان بر توازن خانواده، می‌تواند برای سال‌های متمادی بر جای بماند (Worden, 1992). به علاوه مرگ فرزند، از عوامل مهم خطر آفرین برای ایجاد سوگ پیچیده یا پاتولوژیک است (Kersting, 2011). سوگ پیچیده یا پاتولوژیک، شکل طولانی شده و درمانده کننده سوگ است که به دلیل پیچیده شدن عوامل شناختی، رفتاری و محیطی - اجتماعی ایجاد می‌شود (Shear, 2007). سوگ پاتولوژیک اختلال عمده‌ای را در کیفیت زندگی ایجاد می‌کند و در فردی که دچار این نشانگان شده است، خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، سوء مصرف مواد و الکل همچنین خودکشی، افزایش پیدا می‌کند (Simon, 2007). شدت سوگ پاتولوژیک، با گذر زمان و حتی پس از سال‌ها که از واقعه سوگ می‌گذرد، کاهش پیدا نمی‌کند و به طور خود به خودی درمان نمی‌یابد (Fujisawa, 2010). این طولانی شدن زمان برای سازگاری با فقدان، درجاتی از ناتوانی در عملکردهای فردی و اجتماعی را برای فرد داغدیده به دنبال دارد که در نهایت می‌تواند اثرات نامطلوبی بر ساختار خانواده و حتی جامعه داشته باشد (Worden, 1992).

همان‌طور که اشاره شد، سوگ تاثیرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی افراد داغدیده دارد. اکثر متخصصین معتقدند که به طور کلی کیفیت زندگی دارای پنج بعد پذیرفته شده است: ۱- فیزیکی، ۲- نشانه‌های روانی، ۳- اجتماعی، ۴- جسمی (نشانه‌های مربوط به بیماری و درمان)، ۵- احساس بهتر بودن از لحاظ روانی (Sadeqi, 2009). به طور کلی تاثیری که سوگ بر هر یک از ابعاد کیفیت زندگی می‌گذارد، عبارت است از: از لحاظ بعد فیزیکی و جسمی، رایج‌ترین احساس‌ها بدنی گزارش شده توسط کسانی که برای مشاوره سوگ مراجعه می‌کنند، عبارتند از: فشار سینه، گرفتگی گلو، حساسیت مفرط به سر و صدا، ضعف عضلات، فقدان انرژی، اختلال خواب، اختلال در اشتها و درد سوگ که هم شامل درد جسمانی عینی (که بسیار نیز شایع است) و هم شامل درد رفتاری و هیجانی، است. از لحاظ بعد نشانه‌های روانی، هیجان‌ها و احساسات منفی که فرد داغدیده تجربه می‌کند، عبارتند از: غمگینی، خشم، احساس گناه و سرزنش

1. Stressful
2. Complicated Grief

خود، اضطراب، درماندگی، شوک، بی‌احساسی و بی‌لذتی. از لحاظ بعد اجتماعی، تمایل به کناره‌گیری از دیگران و فقدان علاقه به دنیای بیرون برای کسانی که متحمل فقدان شده‌اند، امری شایع است. از لحاظ احساس بهتر بودن از نظر روانی (که به این مفهوم اشاره دارد که زندگی فرد تا چه اندازه دارای هدف و معنا است)، فقدان ناشی از مرگ می‌تواند ارزش‌های بنیادی و عقاید فلسفی درباره زندگی فرد را به چالش اندازد، به طوری که فرد به دنبال معنایی برای فقدان و تغییرات زندگی ملازم با آن است، تا بتواند آن را معنادار سازد و مجدداً بر زندگی خود تسلط پیدا کند (Worden, 1992).

در رابطه با سوگ و داغیدگی دو رویکرد مداخله‌ای متمایز وجود دارد: مشاوره سوگ و درمان سوگ. مشاوره سوگ عبارت است از کمک به فرد داغ‌دیده جهت تسهیل سوگ بی‌عارضه یا بهنجار، تا تکالیف سوگواری در چهارچوب زمانی مناسب انجام شده و هر گونه اشتغال ذهنی ناتمام با متوفی برطرف شود. درمان سوگ عبارت است از تکنیک‌های ویژه‌ای که برای کمک به کسانی که دچار سوگ پاتولوژیک هستند یا در معرض خطر ابتلا به آن قرار دارند، به کار می‌رود (Worden, 1992). Houwen و همکاران (2010)، در زمینه مشاوره سوگ و تسهیل فرآیند سوگواری، پژوهشی در قالب مداخله اینترنتی کوتاه مدت کمک به خود، انجام دادند که این مداخله از طریق پست الکترونی، صورت گرفت؛ نتایج این پژوهش نشان داد که نوشتن احساسات در مورد متوفی، باعث کاهش دل‌تنگی، افزایش هیجان‌های مثبت و تسهیل فرآیند سوگواری در افراد سوگواری می‌شود، ولی این عمل روی کاهش علائم سوگ، تأثیری ندارد. در زمینه درمان سوگ، Kissane و همکاران (2006) در پژوهشی، درمان سوگ متمرکز بر خانواده را بر روی خانواده‌هایی که در معرض خطر ضعیف شدن کارکرد روانی-اجتماعی بودند، انجام دادند؛ این درمان در طی ۳ ماه با بهبود قابل توجهی در افسردگی و نشانه‌های سوگ پاتولوژیک اعضای ۸ خانواده شرکت کننده در طرح پژوهشی همراه بود؛ Neimeyer و همکاران (2010)، درمان سازندگی گرای سوگ که بر ایجاد معنا در زندگی داغ‌دیدگان تأکید دارد را، بر کاهش نشانه‌های سوگ این افراد موثر ارزیابی کردند. Solomon & Rando (2010)، از روان‌درمانی تجربی-حمایتی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) برای درمان سوگ استفاده کردند؛ این پژوهش نشان داد، ۸ مرحله این مداخله درمانی می‌تواند برای یکپارچه سازی خاطرات و تجربیات پریشان‌کننده و غم بار مرتبط با فقدان، تسهیل درون سازی و انطباق با فقدان و پیشروی در فرآیند سوگواری کمک کننده باشد. امروزه شواهد مبتنی بر این

1. Brief Internet-Based Self-Help Intervention
2. Constructivist Grief Therapy
3. Assimilation
4. Accommodation

امر که درمان انتخابی برای سوگ، درمان شناختی- رفتاری است، افزایش پیدا کرده است (Boelen, 2006). در این راستا، Boelen و همکاران (2007)، در پژوهشی به مقایسه درمان شناختی- رفتاری و مشاوره حمایتی پرداختند و نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری که آموزش روانی و بازسازی شناختی را با هم ترکیب می کند، برای درمان سوگ و برطرف ساختن نشانه های سوگ و افسردگی افراد موثر است. Shear و همکاران (2005)، درمان شناختی- رفتاری را بر نشانه های سوگ پاتولوژیک و بهبود وضعیت سلامت روان افراد سوگواری، موثر ارزیابی کردند. مداخلات شناختی- رفتاری صورت گرفته در پژوهش آن ها عبارت بودند از: بازسازی شناختی، تمرین برقراری ارتباط با فرد از دست رفته، کمک به ایجاد هدف و معنا در زندگی، برنامه ریزی وقایع لذت بخش در زندگی. همچنین Bennett و همکاران (2012) مداخله شناختی- رفتاری را بر روی مادرانی که دچار سقط جنین شده بودند، انجام دادند که در نتیجه آن علائم سوگ در مادران کاهش یافت. Spuij و همکاران (2012) نیز در پژوهشی، مداخله شناختی- رفتاری ۹ جلسه ای را بر روی کودکان مبتلا به سوگ طولانی شده، به همراه ۵ جلسه مشاوره روی والدین آن ها، ارزیابی کردند و این مطالعه نشان داد که این مداخله درمانی، کاهش علائم سوگ در این کودکان را در پی داشته است. پژوهش های دیگری نیز، درمان شناختی- رفتاری را بر بازبازی حافظه خودکار زندگی نامه ای، کاهش علائم سوگ و جلوگیری از ایجاد سوگ پاتولوژیک، موثر ارزیابی کردند (Wagner & Mearcker, 2008; De Groot, 2007; Murray, 2008; Maccallum & Bryant, 2011).

محققان معتقدند که مفیدترین و منطقی ترین راهی که از طریق آن بتوان بیشترین کمک را به افرادی که در معرض خطر ابتلا به سوگ پاتولوژیک هستند، صورت داد، این است که بر روی راهبردهای مقابله ای آن ها تمرکز شود (Robinson & Marwit, 2006). در این راستا Cox و همکاران (2007)، با آموزش مهارت های مقابله با فشار روانی حاصل از سوگ به نوجوانان بوسنیایی جنگ زده، به کاهش نشانه های سوگ و بهبود سطح سلامت روان آن ها کمک کردند. Pargament دین را به عنوان راهبردی برای مقابله یا کنار آمدن با فشار روانی و حل مشکلات شخصی معرفی کرد (Wulff, 1997). میزان نقشی که دین در عقاید و علائق فرد دارد، به طور جدی ادراک فرد را از فشارهای زندگی تغییر می دهد و باعث می شود فرد وقایع آسیب زا را بهتر تحمل کند و آن ها را کمتر تهدید کننده و بیشتر قابل کنترل و مدیریت ادراک کند (Moreira, 2006). در این زمینه Azhar & Vama (1995)، پژوهشی با هدف بررسی اثر روان درمانی مذهبی،

1. Cognitive Behavior Therapy
2. Supportive counseling
3. Autobiographical Memory
4. Coping

به عنوان روشی برای مدیریت داغدیدگی، انجام دادند که در آن بیماران داغداری که اعتقادات مذهبی بالاتری داشتند، وقتی که روان‌درمانی مذهبی به رویکرد درمانی شناختی- رفتاری اضافه شده بود، بهبود سریع‌تری را نشان دادند. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از اثر بخش بودن این مداخلات در بهبود نشانه‌های سوگ و در نتیجه آن، ارتقاء سطح کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن است. در این پژوهش، از هر دو روش مداخله برای سوگ، یعنی هم مشاوره سوگ و هم درمان سوگ، استفاده شده است. مداخله درمانی که در پژوهش حاضر بر روی مادران داغ‌دیده صورت گرفته است، یک مداخله ابداعی است که برگرفته از رویکرد شناختی- رفتاری به درمان است. به این صورت که در این مداخله، به افراد کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه وارد شدن این مصیبت در آن‌ها ایجاد شده، تغییر بدهند. وجه تمایز این پژوهش با پژوهش‌های دیگری که در زمینه درمان شناختی- رفتاری سوگ صورت گرفته است، این است که تغییر در الگوی افکار ناکارآمد افراد داغ‌دیده با استفاده از آموزه‌های دینی و با هدف ایجاد نگرشی واقع‌بینانه و اسلامیبه مساله فقدان صورت گرفته است. در این مداخله، دین به عنوان یکی از راهبردهای موثر مقابله با مصائب و سختی‌ها (Rasandideh, 2005) در نظر گرفته شده است. ضرورت استفاده از مداخله‌ای با رویکرد دینی در پژوهش حاضر، بدین علت احساس شد که فرهنگ جامعه ایران، یک فرهنگ اسلامی است که آموزه‌ها و اعتقادات دینی، به طور چشمگیری با زندگی مردم آمیخته شده است (Faqihi, 2005) و در عین حال، در زمینه بهداشت روانی، این عقیده به طور رایج وجود دارد که روان‌درمانی‌های مبتنی بر فرهنگ، موثرتر و از نظر پذیرش درمانی برترند (Teseng, 2004)؛ در حالی که بر اساس بررسی‌های انجام شده، پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه کاهش شدت تجربه سوگ در ایران- شامل: تاثیر فیلم درمانی بر کاهش شدت تجربه سوگ نوجوانان دختر داغ‌دیده (Moulaei, 2009) و اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ ناشی از واقعه زلزله بم (MahmoudiQaraei, 2006) از راهبردهای مقابله‌ای که به طور ویژه برخواسته از فرهنگ دینی و اسلامی ما باشد، استفاده نشده است. به علاوه، تحقیقات نشان می‌دهند که باورها و مداخلات معنوی و مذهبی می‌تواند در پیشگیری و بهبود طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن و کنار آمدن با مرگ عزیزان، موثر باشد (Richards & Bergin, 2005). در زمینه سوگ، نیاز به مداخله‌ای با رویکردی دینی، بیشتر از سایر اختلالات روانشناختی احساس می‌شود. زیرا فقدان فرد محبوب باعث ایجاد احساس گم‌گشتگی در اعتقادات، جهت و هدف زندگی فرد سوگواری می‌شود که این امر، خود عاملی در جهت ایجاد احساس گناه بیشتر و طولانی شدن سوگ است (Worden, 1992).

علت انجام پژوهش حاضر بر روی مادران داغ‌دیده این است که تحقیقات نشان می‌دهد، افرادی که زمان بیشتری را با فرد متوفی گذرانده‌اند و دلبستگی بیشتری با او داشته‌اند، به طور قابل توجهی، امکان بیشتری برای تجربه سوگ پاتولوژیک نشان می‌دهند (Ferrario & Piredda, 2004). در میان اعضای خانواده، مادر به دلیل نزدیکی بیشتر به فرزند، سوگ را با شدت بیشتری تجربه کرده و احتمال عارضه‌دار شدن سوگ در وی، بیش از سایر افراد خانواده است. در عین حال، مادران نقش مهمی را در کمک به برقراری تعادل در خانواده، بعد از وقوع این بحران زندگی، دارا هستند (Stroebe, 2006).

براساس آن چه گفته شد، سوال پژوهش حاضر این است که آیا مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزند موثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از مادران داغ‌دیده‌ای که کودکانشان را در مرکز طبی کودکان شهر تهران از دست داده بودند و مدت سه ماه تا یک سال از مرگ کودکانشان گذشته بود. مدنظر قرار دادن مدت حداقل سه ماه و حداکثر یک سال از زمان مرگ کودک، به این دلیل بود که مداخله درمانی سوگ نباید با فاصله زمانی خیلی کوتاه پس از وقوع فقدان صورت بگیرد، زیرا ممکن است جلوی فرآیند سوگواری طبیعی را بگیرد. در عین حال مداخله زمانی بیشترین تاثیر را دارد که سوگ پیچیده‌تر شده و یا خطر پیچیده‌تر شدن سوگ بالا است (Wittouck, 2010). در این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه (در دسترس) استفاده شد. نمونه‌گیری به این صورت انجام گرفت که از مسئولین مرکز طبی کودکان خواسته شد تا فهرستی از تمامی خانواده‌هایی که از زمان مرگ کودکانشان مدت سه ماه تا یک سال گذشته بود، در اختیار قرار دهند که این فهرست شامل حدود ۱۲۰ خانواده بود که در میان آن‌ها حدود ۷۰ خانواده ساکن تهران و بقیه ساکن دیگر شهرهای ایران بودند. با تمامی خانواده‌های ساکن تهران برای تشکیل گروه آزمایش و شرکت در جلسات آموزشی، تماس گرفته شد که در میان آن‌ها تنها ۲۳ مادر داغ‌دیده، برای شرکت در دوره آموزشی، ابراز تمایل کردند. ملاک‌های ورود به نمونه شامل این موارد بودند: (۱) باید نمره کل کیفیت زندگی، در پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)، بر اساس پژوهش Montazeri و همکاران (2005)، بیش از یک انحراف پایین تر از میانگین جامعه باشد (۲) تحصیلات دیپلم به بالا باشد. از میان ۲۳ داوطلب شرکت در طرح پژوهشی، تنها ۱۸ مادر سوگواری واجد ملاک ورود به نمونه بودند. میانگین سن مادران شرکت‌کننده در این طرح پژوهشی ۳۶ سال با انحراف معیار (۸ع) بود و همگی آن‌ها خانه‌دار بودند. افراد واجد ملاک‌های ورود به

نمونه، به طور تصادفی در دو گروه ۹ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر روی افراد گروه آزمایش انجام شد و پس از اتمام برنامه درمانی، پس از آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی است. پرسشنامه کیفیت زندگی برای نخستین بار در سال ۱۹۹۲ توسط Ware و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ پرسش است که ۸ بعد از کیفیت زندگی را می‌سنجد. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی سلامت فرد از دو جهت وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت گانه این پرسشنامه، بدست می‌آید. هشت نیمرخ سلامت، شامل چهار نیمرخ است که نمرات مولفه‌های جسمانی را تشکیل می‌دهد و چهار نیمرخ دیگر نمرات جزء روانی را تشکیل می‌دهد. مولفه‌های جسمانی شامل: عملکرد جسمانی (PF)، محدودیت‌های نقش جسمانی (RP)، دردهای بدنی (BP)، سلامت جسمانی عمومی (GH). مولفه‌های جزء روانی نیز شامل: نیروی حیاتی یا انرژی و زنده دلی (VT)، عملکرد اجتماعی (SF)، محدودیت‌های ناشی از نقش هیجانی (RE) و سلامت روانی (MH) است که تمامی این اجزا وابسته به هم می‌باشند (Mallinson, 2005). در این پرسشنامه به استثنای یک سوال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را در طی دوره ای یکساله بررسی می‌نماید، بقیه سوالات در محاسبه امتیاز یک مقیاس مشخص بکار برده می‌شود. در مورد برخی سوالات، امتیازات مجدداً کدبندی می‌شوند چنان که تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا می‌کنند. برای نمره‌گذاری ابتدا باید هر یک از عبارات پرسشنامه، از صفر تا ۱۰۰ ارزش‌گذاری شود، سپس امتیاز عبارات هر زیر مقیاس را با هم جمع کرده و میانگین هر زیر مقیاس را بدست می‌آوریم که عدد به دست آمده نشان دهنده درصد میزان سلامتی در آن بعد است. بنابراین هر چه نمره در یک زیرمقیاس بالاتر باشد، نشان دهنده سلامتی بیشتر در آن بعد است. برای محاسبه نمره کل که نشان دهنده میزان کلی سطح کیفیت زندگی است، مجموع اعداد بدست آمده از هر زیر مقیاس را با نمره عبارت شماره ۲ جمع کرده و تقسیم بر ۹ می‌کنیم (Montazeri و همکاران، 2005). این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی

1. Short Form Health Survey (SF-36)
2. Physical Component Scores (PCS)
3. Mental Component Scores (MCS)
4. Physical Functioning
5. Role-Limitations-Physical
6. Bodily Pain
7. General Medical Health
8. Vitality
9. Social Functioning
10. Role-Limitations-Eotional
11. Mental Health

سیاست های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی، کارایی خود را ثابت کرده است (Mallinson, 2005). پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران تایید شده است (۷/۰۷)، (Manzari, 2005).

طول مدت مداخله درمانی سوگ بهتر است بین ۸ تا ۱۰ جلسه در نظر گرفته شود (Worden, 1992). لذا مداخله مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام گرفت. همان طور که پیشتر بیان شد، در این پژوهش، از هر دو روش مداخله برای سوگ، یعنی هم مشاوره سوگ و هم درمان سوگ، استفاده شده است؛ به طوری که دو جلسه ابتدایی دوره درمانی، به صورت مشاوره سوگ و جهت تسهیل فرآیند سوگواری بوده است و جلسات سوم تا دهم، به مداخلات درمانی سوگ اختصاص یافته است. علت تخصیص دو جلسه ابتدایی به مشاوره سوگ، این است که بسیاری از افراد داغدیده برای اجتناب از تحمل درد سوگ، دوره سوگواری خود را کوتاه کرده و سعی در استفاده از مکانیسم های دفاعی ناپخته ای همچون انکار دارند و یا اطرافیان آنها به اشتباه، به نحوی از سوگواری فرد ممانعت به عمل می آورند؛ لذا در این دو جلسه، تکالیف سوگواری و لزوم گذراندن آنها، بر اساس روش Worden (1992)، شرح داده شد و تمرین های عملی لازم، جهت کمک به تسهیل طی کردن این تکالیف، ارائه شد؛ از جلسه سوم تا پایان دوره درمان، مداخلات مربوط به درمان سوگ انجام شد که مداخله درمانی پژوهش حاضر، یک مداخله ابداعی است که برگرفته از رویکرد شناختی- رفتاری به درمان می باشد؛ به این صورت که در این مداخله درمانی، با استفاده از تکنیک های شناختی- رفتاری سوگ به مادران داغدیده کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه وارد شدن این مصیبت در آنها ایجاد شده، تغییر بدهند. در این مداخله درمانی، سعی بر آن بود که ابتدا با کمک گرفتن از فن شناخت درمانی «ثبت افکار ایجاد کننده هیجانانگ»، به ماهیت بسیاری از این افکار تحریف شده پی برده شود. سپس با استفاده از آموزه های دینی و اسلامی، به بازسازی شناختی، تغییر افکار ناکارآمد، ایجاد یک جهان بینی واقع بینانه و کمک به ایجاد هدفی والا در زندگی پرداخته شد و از فنون شناخته شده تغییر رفتار در درمان سوگ نیز، جهت تغییر رفتارهای ناکارآمد استفاده شد.

ساختار جلسات به این صورت بود که در ابتدای هر جلسه، به مدت ۱۵ دقیقه، به بررسی تکالیف ارائه شده در جلسه قبل پرداخته می شد، سپس مدت ۶۰ دقیقه به توضیح درس مربوط به هر جلسه و بحث و گفتگو پیرامون مطالب ارائه شده، با تاکید بر مشکلات و تجربیات شخصی افراد، اختصاص داده می شد؛ در پایان هر جلسه نیز، به مدت ۱۵ دقیقه، تکالیف جلسه آینده توضیح داده می شد. در بعضی از جلسات، برخی نکات آموزشی، در قالب اشعار حافظ مرتبط با موضوع مورد بحث، ارائه شد. بدین صورت که ابتدا کل

غزل حافظ توسط اعضای گروه همخوانی می‌شد و سپس بیت‌های کلیدی مورد نظر در غزل، با استفاده از آیات و روایات اسلامی بسط داده می‌شد. از این حیث اشعار حافظ برای جلسات درمانی انتخاب شد که علاوه بر زیبایی و تاثیر گذار بودن این اشعار، حافظ نیز فرزند خود را در جوانی از دست داده بود و نحوه مقابله او با این فقدان، به عنوان الگویی برای مادران داغ‌دیده، مسمر ثمر تشخیص داده شد. علاوه بر این، Stepakoff (2009)، روش شعر خوانی را به عنوان یکی از روش‌هایی که به برونریزی هیجانی داغ‌دگان کمک می‌کند، معرفی می‌کند.

در جدول شماره ۱ شرح مختصری از برنامه جلسات درمانی ارائه می‌شود. مطلع غزل‌های مورد استفاده در جلسات نیز در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی

شماره جلسات	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
جلسه اول	معرفی طرح و توضیح زمانبندی و قوانین جلسات- خواندن غزل و توضیح مختصری در مورد جهانیابی حافظ- معرفی افراد گروه به یکدیگر و بیان تجربه فقدانشان.	پر کردن برگه «بیت چگونگی ایجاد هیجانان توسط افکار»؛ صحبت درباره واقعه فقدان و بهره‌گیری از حمایت اطرافیان.
جلسه دوم	بررسی تکالیف؛ توضیح موارد زیر: داغ‌دیدی و آثار آن؛ واکنش‌های سوگ بهنجار و پاتالوژیک؛ فشار روانی و ضرورت مقابله با آن؛ گریستن و تاثیر آن در تخلیه هیجانی؛ چهار تکلیف سوگ؛ بررسی میزان پیشروی اعضا در تکالیف سوگ.	رفتن بر سر مزار فرزند؛ تهیه دفتر خاطراتی از فرزند و نوشتن نامه به او؛ توصیه به عدم مصرف دارو و تحمل دردهای معمول؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه سوم	بررسی تکالیف؛ همخوانی غزل و طرح موارد زیر در قالب غزل: قدرتمند شدن در برابر مصائب با تکیه بر منبع قدرت الهی؛ افزایش توان فرد صابر؛ تقدم وارد آمدن صبر بر بلا؛ استعانت از روزه و نماز؛ پایان پذیر بودن سختی‌ها و انتظار گشایش.	گرفتن یک روز روزه در هفته جاری و نوشتن احساسی که بعد از گرفتن روزه در اعضا ایجاد شد؛ مطالعه جزوه معنای سختی‌ها.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ توضیح معنا و فلسفه سختی‌ها در اسلام؛ چالش با افکار ایجاد کننده احساس گناه با استفاده از تکنیک شناختی واقعیت‌آزمایی.	مطالعه جزوه واقعیت‌شناسی دنیا؛ انجام ورزش روزانه حداقل به مدت ۲۰ دقیقه.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ توضیح موارد زیر: واقعیت‌شناسی دنیا؛ کارکرد روانی زهد؛ صبر، راهبرد مقابله با فشار روانی؛ آثار صبر؛ تعریف بی‌تابی کردن و آثار آن؛ چرخه معیوب	تهیه جدول برنامه روزه؛ اختصاص دادن زمان مشخص برای فکر کردن به واقعه فقدان؛ مطالعه غزل جلسه آینده.

	عدم انجام فعالیت و شدت یافتن افسردگی؛ باورهای طولانی کننده سوگ.	
جلسه نهم	بررسی تکالیف؛ همخوانی غزل و طرح موارد زیر در قالب غزل: ناپایداری نعمت های دنیا؛ آثار دل بستگی به دنیا؛ غنیمت شمردن فرصت ها؛ مثبت نگری دینی؛ شکرگزاری؛ هنر کوچک کردن سختی ها.	تهیه فهرست ۵۰ تایی از نعمت های الهی و تفکر درباره آن ها پیش از آغاز نمازهای پنجگانه و نوشتن احساس خود؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف انجام شده؛ همخوانی غزل و بیان عوامل ایجاد نشاط یا شادی های موقت در زندگی در قالب غزل؛ آموزش تن آرامی پیشرونده.	انجام هر روزه تن آرامی (حداقل روزی یک مرتبه).
جلسه هشتم	بررسی تکالیف انجام شده؛ توضیح مطالب زیر: قضا و قدر؛ فلسفه دعا در اسلام و نحوه استجاب دعا؛ بیان چگونگی واکنش الگوهای صبر در برابر واقعه فقدان؛ مالک بودن یا امانتدار بودن انسان، در قبال نعمت های الهی؛ پاداش صبر در برابر مصیبت.	مطالعه زندگی یکی از صابران طول تاریخ و نحوه واکنش او در برابر واقعه فقدان محبوب و یادداشت نتایج مطالعه.
جلسه نهم	بررسی تکالیف انجام شده؛ توضیح موارد زیر: خلاصه ای از مبحث رویکرد وجودی در درمان روانشناختی؛ اشکال مختلف معنا، در زندگی؛ ضرورت ایجاد معنا در زندگی؛ بیان راه هایی جهت با معنا کردن زندگی در جهت کسب رضای خداوند؛ مقام رضا به قضای الهی.	سر زدن به مراکز بهزیستی و گذراندن ساعاتی در کنار بچه ها و یادداشت احساس خود بعد از انجام تکالیف؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه دهم	بررسی تکالیف انجام شده؛ توضیح موارد زیر: تعریف افسردگی به عنوان حالت متضاد شادی و رضایت خاطر؛ تعریف اضطراب به عنوان حالت متضاد آرامش؛ راه های ایجاد افسردگی و اضطراب با توجه به متون دینی و روانشناختی؛ راه های برطرف کردن اضطراب و افسردگی از دیدگاه اسلام؛ حسن ختام جلسات، همخوانی غزل مربوط به جلسه دهم.	توضیح در مورد گروه های همیاری متشکل از افراد داغدیده و در این راستا پیشنهاد به مادران جهت ادامه ارتباط با یکدیگر و تشکیل گروه همیاری.

جدول ۲. مطلع غزل های مورد استفاده در جلسات درمانی

شماره جلسات	مطلع غزل
-------------	----------

جلسه اول	بلیبی خون دلی خورد و گلی حاصل کرد/ باد غیرت به صدش خار پریشان دل کرد
جلسه سوم	دردم از یار است و درمان نیز هم / دل فدای او شد و جان نیز هم
جلسه ششم	رسید مژده که ایام غم نخواهد ماند/ چنان نماند چنین نیز هم نخواهد ماند
جلسه هفتم	ز کوی یار می‌آید نسیم باد نوروزی/ از این باد ار مدد خواهی چراغ دل برافروزی
جلسه دهم	بیا تا گل برافشانیم و می در ساغر اندازیم/ فلک را سقف بشکافیم و طرحی نو دراندازیم

یافته‌های پژوهش

به منظور تحلیل آماری داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، مقدار F مشاهده شده برای متغیر گروه با تعدیل اثر پیش آزمون برابر با ۳۰۴۴۹/۰۰۷ و سطح معنی داری آن نیز ۰/۰۰۰۱ می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل است. لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است و چون اثر متغیر کمکی (نمره پیش آزمون) معنادار نیست می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش در نتیجه اثر مداخله است و تکرار آزمون در آن نقشی نداشته است. به این ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخش بودن مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

کل	گروه کنترل		گروه آزمایش		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش آزمون	۱۱/۱۱۱	۳۲/۸۶۷	۱۹/۴۴۴	۷/۸۹۲	۲/۷۷۸
پس آزمون	۴۵/۵۵۶	۱۶/۶۶۶۷	۵/۵۵۶	۲۹/۶۲۷۳	۸۵/۵۵۶

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد تأثیر مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر کیفیت زندگی (df t=18)

منبع واریانس	مجموع مربعات	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱۸۷۴/۱۷۴	۱۸۷۴/۱۷۴	۳/۸۱۴	۰/۰۷
گروه	۳۰۴۴۹/۰۰۷	۳۰۴۴۹/۰۰۷	۶۱/۹۷۰	۰/۰۰۰۱
خطا	۷۳۷۰/۲۷۰	۴۹۱/۳۵۱		

نتیجه

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی بود که بر روی ۹ مادر داغدیده فرزند، انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Spuijz و همکاران (2012)، Bennett و همکاران (2012)، Solomon & Rando (2012)، Maccallum & Bryant (2011)، Houwen و همکاران (2010)، Neimeyer و همکاران (2010)، Wagner و همکاران (2010)، Murray و همکاران (2008)، Boelen و همکاران (2007)، De Groot و همکاران (2007)، Cox و همکاران (2007)، Kissane و همکاران (2007)، Shear و همکاران (2005) و Azhar & Vama (1995) همخوانی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که با توجه به پژوهش‌های ذکر شده، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری سوگ بارها مورد تأکید قرار گرفته است، به طوری که امروزه درمان انتخابی برای سوگ، درمان شناختی- رفتاری در نظر گرفته می‌شود (Boelen, 2006). لذا تکنیک درمان سوگ به کارگرفته شده در مداخله ابداعی این پژوهش، به صورت تکنیک شناختی- رفتاری تعیین شد. همچنین مداخلاتی که در جهت مشاوره سوگ و تسهیل فرآیند سوگواری در پژوهش حاضر در نظر گرفته شده، مطابق با بررسی‌های انجام شده در پژوهش Stroebe و همکاران (2005) است؛ آن‌ها در پژوهش خود، موثرترین مشاوره سوگ را به صورت مداخله‌ای تعریف می‌کنند که به فرد داغدیده جهت برخورداری از حمایت اجتماعی، ابراز هیجانی و شکل‌دهی مجدد به معنای فقدان کمک کند. لذا مداخلات مشاوره سوگ صورت گرفته در این پژوهش، عبارت بودند از: کمک به واقعیت بخشیدن به فقدان، کمک به بیان عواطف نهفته و ابراز نشده، کمک برای غلبه موثر بر موانع مختلف موجود بر سر راه سازگاری مجدد پس از فقدان، ترغیب مادران داغدیده به بهره‌گیری از حمایت عاطفی دیگران و شکل‌دهی مجدد به معنای مرگ فرزند با استفاده از منابع معتبر دینی.

همان‌طور که پیشتر اشاره شد، پرسشنامه کیفیت زندگی دارای هشت نیم رخ سلامت است که چهار نیم رخ آن، جزء جسمانی و چهار نیم‌رخ دیگر، جزء روانی را تشکیل می‌دهد. بنابراین تبیین و تفسیر فرضیه پژوهش حاضر، در قالب بررسی تأثیر مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر دو بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی، صورت می‌گیرد.

بعد روانی کیفیت زندگی، دربرگیرنده سلامت روانی و محدودیت‌های ایجاد شده برای فرد به خاطر مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی است (Robinson & Marwit, 2006). لذا در جهت کاهش

میزان افسردگی مادران، در این مداخله درمانی، مداخلات شناختی- رفتاری با رویکرد دینی، بر روی نشانه‌های عاطفی افسردگی (شامل: غمگینی، احساس گناه، تحریک‌پذیری و کناره‌گیری اجتماعی) و نشانه‌های شناختی افسردگی (شامل: ناامیدی نسبت به آینده و انتظار تنبیه)، انجام شد که در نتیجه‌ی ایجاد تغییر در الگوهای تفکر تحریف شده‌ی ایجادکننده این نشانه‌ها، بهبود در نشانه‌های جسمانی افسردگی (شامل: کم شدن انرژی، تغییر در الگوی خواب، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها و کاهش علائق جنسی) مشاهده شد که در واقع مولفه‌های روانی و جسمانی کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند. در این مداخله درمانی، برای کاهش افسردگی از روش بازسازی شناختی، استفاده شد. فرض زیربنایی در این تکنیک، آن است که افکار ما بر احساساتمان تاثیر می‌گذارد؛ در این تکنیک که برای درمان سوگ بسیار مهم می‌باشد، شناسایی این افکار و واقعیت‌آزمایی آن‌ها از لحاظ تعمیم افراطی یا سوگیرانه بودن، می‌تواند از احساسات ملال‌آمیز ایجاد شده توسط افکار غیر منطقی، مانند افسردگی، اضطراب یا خشم، بکاهد (Worden, 1992). به منظور بهره‌گیری از این تکنیک و برای کمک به مادران جهت شناسایی این افکار تحریف شده، در قالب تکلیف خانگی، از مادران خواسته شد تا در طول هفته، هرگاه دچار هیجان‌های ناخوشایند مذکور شدند، افکار به وجود آورنده این هیجان‌ها را، وارد برگه ثبت «چگونگی ایجاد هیجان‌ها توسط افکار» (Leahy, 2000) کنند. این روش باعث شد تا به تمامی افکاری که باعث ایجاد احساسات ناخوشایند در مادران شده بود، پی‌برده و در طرح مداخله درمانی، بخش‌هایی جهت کمک به ایجاد تغییر در این افکار در نظر گرفته شود. کاهش احساس گناه غیر منطقی مادران در مورد کوتاهی در مورد فرزندانشان، با استفاده از تکنیک شناختی واقعیت‌آزمایی، صورت گرفت. تحریک‌پذیری و خشم مادران نیز، با بیان علل ایجادکننده خشم در دوران داغدیدگی و همچنین راه‌های کنترل خشم طبق روش Worden (1992)، کاهش یافت. برای ایجاد امید نسبت به آینده، به بحث و گفتگو پیرامون مساله پایان‌پذیر بودن سختی‌ها و انتظار گشایش، پرداخته شد. مداخله دیگری که بر روی کاهش میزان افسردگی صورت گرفت، توضیح سیکل معیوب رخوت و بی‌حالی و افزایش افسردگی بود (Burns, 1998) که برای برطرف کردن رخوت، از راهبرد رفتاری در درمان افسردگی، یعنی روش بازنگری فعالیت‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و گنجاندن فعالیت‌های لذت‌بخش در برنامه هفتگی (Hawton, 1989)، استفاده شد. با توجه به این که انتخاب هدف و معنایی والا در زندگی، از عوامل موثر در پیشگیری و درمان افسردگی از دیدگاه اسلام است (Kalantari, 1999)، جلسه‌ای نیز برای کمک به ایجاد معنا در زندگی مادران، اختصاص داده شد. در این جلسه معنا و هدف زندگی به این صورت تعریف شد که اولاً باید با ارزش‌تر از خود زندگی بوده تا ارزش تلاش کردن برای رسیدن به آن

وجود داشته باشد و ثاباً معنای زندگی باید پایدار باشد و در نتیجه این هدف و معنا، چیزی جز دستیابی به رضایت خداوند در تمامی وجوه زندگی نیست (Pasandideh, 2005). علاوه بر این، راه‌های ایجاد افسردگی از دیدگاه اسلام و راه‌های دستیابی به شادی پایدار و رضایت از زندگی، با استناد به آیات قرآن، (Faqih, 2005) توضیح داده شد.

برای بهبود بعد اجتماعی، این امر مورد توجه قرار گرفت که بهترین راه کنار آمدن با فقدان، حضور در محیط اجتماعی است که در آن فرد داغ‌دیده مورد حمایت عاطفی قرار گیرد (Stroebe, 2005). لذا در اولین تکلیف خانگی، از مادران خواسته شد که تا پایان دوره درمانی، در برنامه هفتگی خود، برای گذراندن ساعاتی در کنار یکی از دوستان یا بستگان حمایت‌گر و صحبت درباره واقعه فقدان فرزند خود، برنامه ریزی داشته باشند.

در این طرح درمانی، مداخلاتی برای سازگار کردن مادران با مرگ فرزندانشان و کاهش اضطراب و فشار روانی ناشی از فقدان نیز انجام شد؛ بدین صورت که در جلسات درمانی، سعی بر آن بود که افراد داغ‌دیده از تخلیه و برون‌ریزی هیجانی، به سمت اصلاح هیجانی سوق داده شوند. بنابراین در جلسه اول، مادران به بیان تجربه فقدان خویش پرداختند و از حمایت عاطفی اعضای جلسه برخوردار شدند. در جلسات درمانی، علاوه بر این که در مورد تأثیر گریستن در تخلیه هیجانی و تعادل شیمیایی بدن، توضیح داده شد (Greenberg, 2002)، این مساله مورد تأکید قرار گرفت که گریه کردن در سوگ عزیزان، در دین اسلام مورد نکوهش قرار نگرفته است و بدین صورت عقاید خرافی در این زمینه نیز اصلاح گردید. تهیه دفتر خاطراتی از فرزند از دست رفته و نوشتن نامه به او نیز، به عنوان راه‌هایی جهت تسهیل برون‌ریزی هیجانی (Worden, 1992)، پیشنهاد گردید. از آنجا که Fitzgerald (2000)، ورزش کردن و استفاده از تکنیک‌های آرمیدگی را، به عنوان روش‌های موثری جهت کاهش فشار روانی و خشم دوران داغ‌دیدگی، پیشنهاد می‌کند؛ لذا در مورد تأثیر ورزش کردن در کاهش فشار روانی توضیح داده شد و یک جلسه نیز به آموزش تن آرامی پیشرونده و تمرین آن، اختصاص داده شد.

همچنین در این مداخله درمانی، صبر به عنوان مهمترین راهبرد مقابله‌ای مذهبی که فرد را در رویارویی با بحران‌ها یاری می‌کند (Pasandideh, 2005)، معرفی شد و مباحثی جهت پرورش صبر، با استفاده از قرآن و منابع معتبر دینی مطرح شد و جزوه‌هایی برای مطالعه در مورد این مضامین، به اعضای شرکت‌کننده در جلسات، داده شد. مباحث مطرح شده عبارت بودند از: واقعیت‌شناسی دنیا، مقایسه زمانی دنیا در برابر آخرت، وعده همراهی خداوند با صابران، مبحث مالک بودن یا امانتدار بودن انسان در قبال

نعمت‌های الهی، مبحث قضا و قدر، تصادفی نبودن و خارج از برنامه نبودن وقایع دنیا، تقویت معرفت به حکمت و خیرخواهی خداوند، اعتماد و تکیه کردن به منبع قدرت الهی، توجه به این امر که خداوند توان بر دباری می‌دهد و افزایش توان فرد صابر، تقدم وارد آمدن صبر بر بلا، موازنه و برابر بودن میزان صبر با میزان مصیبت و استعانت از روزه و نماز. همچنین برای پرورش صبر، از مثبت‌نگری دینی به معنای مثبت‌نگری واقع‌بینانه، استفاده شد. مراد از این مثبت‌نگری، تخیل مثبتی که پشتوانه‌ای از واقعیت ندارد، نیست. بلکه مثبت‌نگری دینی، مبتنی بر کشف واقعیت‌های خوشایند موجود در زندگی است (Pasandideh, 2005). بر این اساس، شکرگزاری به عنوان یکی از راه‌های کاهش فشار روانی معرفی شد (Greenberg, 2002) و نحوه شکرگزاری واقعی نیز، توضیح داده شد. برای پرورش صبر، کاهش اضطراب و کمک به ایجاد آرامش پایدار در زندگی، موارد زیر با استفاده از قرآن و منابع معتبر دینی، مطرح شدند: کارکرد روانی زهد، انفاق و کارکرد آن در کمک به قطع وابستگی به دنیا و عمل به دستورات الهی در تمامی وجوه زندگی. برای پرورش صبر، همچنین داستان صبوری‌های الگوها و اسطوره‌های صبر، جهت سرمشق‌گیری و همانندسازی با آنان، بیان شدند که این روش، از شیوه‌های قرآن کریم برای پرورش صبر است (Khosravani, 1986).

به طور کلی، در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش نشان داد که با توجه به تاثیرات نامطلوبی که سوگ بر کلیه ابعاد کیفیت زندگی افراد داغ‌دیده می‌گذارد، انجام مداخلاتی در جهت تسهیل سوگ و کاهش اثرات آن، ارتقاء سطح کلی کیفیت زندگی داغ‌دیدگان را به دنبال دارد. در سطح عملی نیز، یافته‌های این پژوهش مؤید این مطلب است که در صورتی که به طور همزمان، مداخلات مشاوره‌ای سوگ، همراه با مداخلات درمانی سوگ، بر روی کسانی که در معرض خطر ابتلا به سوگ پیچیده (پاتولوژیک) قرار دارند، انجام شود، نشانه‌های سوگ در آن‌ها کاهش می‌یابد و در صورتی که این مداخلات بر روی آن‌ها صورت نگیرد، نشانه‌های سوگ در آن‌ها تشدید شده و سطح کیفیت زندگی آن‌ها بیش از پیش پایین می‌آید؛ همچنین پژوهش حاضر بر موثر بودن مداخلات سوگ مبتنی بر فرهنگ، بر کاهش نشانه‌های سوگ و ارتقاء سطح کیفیت زندگی داغ‌دیدگان تاکید می‌کند.

عمده‌ترین محدودیت پژوهش حاضر این است که مسلماً تمامی شرکت‌کنندگان در طرح پژوهشی، از لحاظ شرایط زندگی و مشکلاتی که به طور کلی بر کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار است (مانند سطح سلامت جسمانی و روانی پیش از وقوع فقدان، مشکلات خانوادگی و زناشویی، مشکلات اقتصادی و شغلی و...)، در شرایط یکسانی قرار نداشتند و امکان ایجاد این یکسان‌سازی، به دلیل محدودیت در بررسی تمامی جوانب زندگی افراد، همچنین محدودتر شدن تعداد افراد شرکت‌کننده در طرح پژوهشی (به دلیل تعداد کم افراد

داوطلب برای شرکت در طرح پژوهشی، وجود نداشت. لذا پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های مشابه آتی، با ارزیابی‌های بیشتری در جهت همسان سازی افراد مورد مطالعه، همراه باشد. همچنین با توجه به تاثیرات نامطلوبی که مرگ یکی از افراد خانواده، بر کیفیت زندگی افراد بازمانده می‌گذارد و نیاز جدی آن‌ها به کمک حرفه‌ای روانشناختی و اثربخش بودن مداخله درمانی این پژوهش، پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی جهت بررسی اثربخشی این مداخله درمانی (البته با ایجاد تغییراتی در طرح درمانی)، برای برطرف کردن آثار داغدیدگی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی داغدیدگان سوگ همسر یا والدین نیز، صورت گیرد.

References

- Azhar, M.Z., & Vama, S.L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatry Scand*, 91(4), 233-245.
- Bennett, S.M., Ehrenreich, J., Litz, B.T., Boisseau, C.L., Barlow D.H. (2012). Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Prenatal Grief. *Cognitive & Behavior Practice*, 19(1), 161-173.
- Boelen, P.A., & Prigerson, H.G. (2006). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Arch Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 25(7), 444-452.
- Boelen, P.A., De Keijsjer, J., Vanden, H.M.A., & Vanden, B.J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 75(1), 277-284.
- Burns, D. (1998). *Feeling Good*. Translated by Qarachedaqi, M. (2007). Dayereh Publications. Tehran. (in Persian)
- Cox, J.D., Burlingame, G.M., Campbell, J.E., Layne, C.M., & Katzenbach, R.J. (2007). Effectiveness of a trauma: Grief-focused group intervention: A qualitative study with war-exposed Bosnian adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 319-345.
- De Groot, M., De Keijsjer, J., Neelemen, J., Kerkhof, A., Nolen, w., & Burger, H. (2007). Cognitive behavior therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomized controlled trail. *BMJ*, 334(7601), 994-1003.
- Faqihi, A.N. (2005). Cognitive behavioral therapy in etiology and treatment of depression, comparison of Islamic approach to the traditional approach. Third congress of Counseling from Islamic perspective, young and soul. 12-15. (in Persian)
- Ferrario, R., & Piredda, A. (2004). Counselling: a new door opens for cancer patients. *European Journal of Cancer Supplement*, 1 (5), 382-399.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorder*, 127(2), 352-358.
- Greenberg, J.S. (2002). *Comprehensive Stress Management*. Translated by Dehqani, M. (2008). Roshd Publications. Tehran. (in Persian)
- Hafez, S.M. Khatibrahbar, Kh. (2006). *Court of Sessions*. Safi Publications. Tehran. (in Persian)

- Hawton, K. (1989). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems, A Practical Guide*. Translated by Qasemzadeh, H. (2007). Arjmand Publications. Tehran. (in Persian)
- Houwen, K., Vander, S., Henk, B., Vanden, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behavior Research & Therapy*, 48(5), 359-367.
- Kalantari, M. (1999). Islamic thought in clinical psychology. Behavioral Sciences Research Center in the realm of Islam. Isfahan Univ. of Medical Science. (in Persian)
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorder*, 131(3), 339-343.
- Kissane, D.W., Mchenzie, M., & Bloch, S. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 1208-1218.
- Khosravani, A.M. (1986). *Khosravi Interpretation*. Eslamieh Publications. Qom. (in Persian)
- Leahy, R.L. (2000). *Cognitive Therapy Techniques*. Translated by Fata, L. (2008). Danjeh Publications. Tehran. (in Persian)
- Maccallum, F., & Bryant, R.A. (2011) Autobiographical memory following cognitive behavior therapy for complicated grief. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42 (26), 31-56.
- Mahmoudi Qaraei, j. (2006). The Effect of group play therapy in Symptoms and pathology associated with grief Due to the trauma of the earthquake in 3 to 6 y.o. children of Bam. *Journal of Pediatrics*. 16(2):137-142. (in Persian)
- Mallinson, S. (2002). Listening to respondents: A qualitative assessment of the short-form 36 health status questionnaire. *Social Science & Med*, 54(1), 11° 21.
- Montazeri, A. Gashtasbi, A. Vahdaninia, M. (2005). Translation, Assess the reliability and validity of Persian SF-36 standard tool. *Payesh journal*. (1)5:49-56 (in Persian)
- Moreira, A.A. (2006). Religiousness and mental health; A review. *Review of Brass psychiatry*, 28(3), 242-250.
- Moulaei, a. (2009). Effect of film therapy in Reduce the intensity of grief bereaved 17- 19 Y.O adolescent girls of Tehran. Thesis In partial fulfillment of MSc degree. Beheshti Univ. (in Persian)
- Murray, L.K., Cohen, J.A., Ellis, B.H., & Mannarino, A. (2008). Cognitive behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth. *Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 585-604.
- Nassbaumer, A., & Russel, R.I.R. (2003). Bereavement support unexpected death in children. *Journal of Counseling*, 36(3), 308-315.
- Neimeyer, R.A., Burke, L.A., Mackay, M.M., Van, D.S., & Jessica, G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(1), 73° 83.
- Pasandideh, A. (2005). *Satisfaction With Life*. Darollahadis Publications. Qom. (in Persian)
- Richards, P.S., & Bergin, A.E. (2005). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling & Psychology*, 34(2), 197-204.

- Robinson, T., & Marwit, S.J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief involvement among bereaved mothers. *Death Study*, 20(4), 677° 696.
- Sadeqi, M. (2009). Effect of training life skills in the life quality of Isfahan young orphans. Thesis In partial fulfillment of MSc degree. Esfahan Payame Noor Univ. (in Persian)
- Shear, K.M., Frank, E., & Houck, P.R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Arch Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 257(8), 453° 461.
- Shear, K.M., Frank, E., Houck, P.R., & Reynolds, C.F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 29(3), 2601-2608.
- Simon, N.M. (2007). The Prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprisal Psychiatry*, 48 (5), 395° 399.
- Solomon, R.M., Rando T.A. (2012). Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines. *European Review of applied psychology*, 62(4), 231-239.
- Spuij, M., Huijberts A.V. & Boelen P.A. (2012). Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief in Children: Feasibility and Multiple Baseline Study. *Cognitive & Behavior Practice*, 20(1), 63-78.
- Stepakoff, S. (2009). From destruction to creation, from silence to speech: Poetry therapy principles and practices for working with suicide grief. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (9), 105° 113.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Med*, 23(3), 2440-2451.
- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M.S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 395° 414.
- Teseng, W. (2004). Culture and psychotherapy; Asian perspective. *Journal of Mental Health*, 13(12), 151-161.
- Wagner, B., & Maercker, A. (2008). An internet-based cognitive-behavioral preventive intervention for complicated grief: a pilot study. *G Ital Med Lav Ergon*, 32(2), 46-58.
- Warden, J.w., Davies, B., & Mccown, D. (1999). Comparing parent loss with sibling loss. *Death study*, 23, 10-15.
- Wittouck, C., Van, A.S., De Jagere, E., Portzky, G., & Van, H.K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 69° 78.
- Worden, J.W. (1992). *Grief Counseling & Grief Therapy*. Translated by Firoozbakht, M. (1995). Abjad Publications. Tehran. (in Persian)
- Wulff, D.M. (1997). *Psychology of Religion*. Translated by Dehghani, M. (2007). Roshd Publications. Tehran. (in Persian)