



Counseling After Traumatic Loss: Effects on Self-Compassion, Post-Traumatic Growth, and Depression

Zahra Asgari

PhD in Counseling, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author), Email: za.asgari@edu.ui.ac.ir

Azam Naghavi

Associate professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: az.naghavi@edu.ui.ac.ir

Mohammad Reza Abedi

Professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: m.r.abedi@edu.ui.ac.ir

Received: 2023-10-10

Revised: 2024-05-30

Accepted: 2024-06-09

Published: 2024-06-19

Citation: Asgari, Z., Naghavi, A., & Abedi, M. R. (2024). Counseling after traumatic loss: Effects on self-compassion, post-traumatic growth, and depression among among Mourners in Isfahan city. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 147-168. doi: 10.22067/tpccp.2024.84737.1576

Abstract

Introduction: One of the challenges associated with traumatic loss is the intensity and duration of grief experienced by survivors (Shear et al., 2013). The nature of losses can become significantly more complicated when they occur in the context of emergency situations and under some social circumstances. In such situations, traditional funerals and collective mourning ceremonies may be hindered or even prevented, further complicating the grieving process (Kozu & Gibson, 2021). As a result, survivors may receive diminished social support, leading to increased feelings of isolation and depression (Wallace, et al., 2020). On the other hand, numerous studies have acknowledged that some mourners can experience positive changes despite the adverse effects of traumatic loss, particularly regarding depression. This phenomenon, known as post-traumatic growth, refers to a set of positive psychological changes that can arise after extremely stressful events (Tedeschi & Moore, 2021). Such growth is often driven by a person's reconstruction of their self-perception, their views of others, and the meaning they attribute to the traumatic experience. It can manifest in various dimensions, including increased gratitude for life, personal strength, enhanced social relationships, spiritual changes, and the creation of new opportunities (Calhoun & Tedeschi, 2014). Additionally, the factor of self-compassion plays a significant role in helping bereaved individuals achieve post-traumatic growth (Sperandio et al., 2022). Therefore, the present study aims to investigate the impact of traumatic loss counselling on increasing self-compassion and post-traumatic growth, while simultaneously decreasing depression and its associated components in bereaved individuals.

Method: The present study employed an experimental design featuring pre-test, post-test, and follow-up assessments, incorporating experimental and control groups with random assignment. Data analysis was conducted using SPSS 22, utilizing descriptive statistics (including frequency counts, percentage frequencies, means, standard deviations, and confidence intervals) and inferential statistics (specifically, repeated measures ANOVA). The statistical population comprised all bereaved men and women in the city of Isfahan who experienced a traumatic loss. Thirty participants were selected through convenience sampling



©2024 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

and randomly assigned to either the experimental or control group (Delavar, 2022). The counseling package, consisting of six phases and comprising 6 to 10 in-person sessions of up to 90 minutes each, was delivered solely to the experimental group. The criteria for participation in the research included experiencing a traumatic loss of a close individual, such as a family member or close friend, due to various reasons including war (Christ, et al., 2021), explosions and terrorist attacks (Johnson & Armour, 2016), suicide (Tal, et al., 2017), homicide (Huggins & Hinkson, 2022), accidents (Djelantik, et al., 2020), natural disasters (Kozu & Gibson, 2021), and sudden deaths caused by illnesses (Faust & Del Rio, 2020). Participants also had to have experienced an emergency situation within the two years preceding the study, have waited more than six months since the loss event, to be between the ages of 19 and 40, and not be taking psychiatric medications. Exclusion criteria included a participant's unwillingness to continue with the study and absenteeism from more than three counseling sessions. Data was collected using self-compassion questionnaires, post-traumatic growth scale, and Beck depression inventory.

Results: The results demonstrated a statistically significant difference in self-compassion, post-traumatic growth, and depression scores between the experimental and control groups at the post-test stage ($P < 0.05$), which remained consistent after one month of follow-up. The traumatic loss counseling package has been demonstrated to be an effective intervention for increasing self-compassion and post-traumatic growth while reducing depression in bereaved individuals during emergencies. This package can be used to facilitate the mourning process for individuals who have experienced traumatic loss.

Discussion and conclusion: The current research indicates that the traumatic loss counseling package in emergency situations has had a positive impact on self-compassion, post-traumatic growth, and depression. By fostering self-compassion, individuals develop a better relationship with themselves, enabling them to adopt a more positive outlook. This transformation allows them to employ supportive coping strategies, reducing symptoms of depression and facilitating post-traumatic growth.

The current research aligns with findings of Laranjeira, et al. (2022), which highlighted the challenges faced by individuals dealing with bereavement during crises, such as the COVID-19 pandemic, emphasizing the necessity for specialized interventions for complex bereavement. Such interventions are of paramount importance in order to avert future psychological crises (Goveas & Shear, 2020; Johannsen, et al., 2019). Jerome, et al. (2018) focused on sudden losses due to cancer and observed improvements in self-compassion and reductions in depressive symptoms among those treated, mirroring the present study's outcomes. A variety of psychological treatments, including cognitive-behavioral therapy (Tur, et al., 2021), mindfulness-based approaches (Alonso-Llácer, et al., 2020), and compassion-focused therapy (Harris, 2021; Johannsen, et al., 2019), have also shown promise in enhancing self-compassion among mourners. A key factor in these treatments is the provision of a secure environment for emotional expression, allowing clients to process intense emotions without fear of being subjected to judgment (Winders, et al., 2020).

In conclusion, the research indicates that the effectiveness of traumatic loss counseling in enhancing self-compassion and post-traumatic growth while reducing depression. Therefore, it is recommended that psychologists and counselors working in counseling centers, crisis and injury prevention organizations, and other psychological service providers implement this counseling approach to mitigate traumatic grief and its negative psychological effects. While the overall findings indicate the effectiveness of this counseling package, it is

suggested that future studies evaluate its efficacy with diverse grieving populations, such as children and the elderly, to improve its impact or inform the development of alternative protocols. Like any research, this study had certain limitations. For instance, it was conducted exclusively with mourners in Isfahan, so caution is warranted when generalizing the findings to other populations. Additionally, the socio-economic status of the experimental and control groups was not accounted for, and all participants had at least a high school diploma. Consequently, the effectiveness of this treatment may vary for individuals with lower educational attainment.

Keywords: traumatic loss counseling, grief, self-compassion, post-traumatic growth, depression



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مشاوره پس از فقدان تروماتیک: تأثیر بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی

زهرا عسگری

دکترای مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)، za.asgari@edu.ui.ac.ir

اعظم نقوی

دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. az.naghavi@edu.ui.ac.ir

محمدرضا عابدی

استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. m.r.abedi@edu.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۱۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۳/۱۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: عسگری، زهرا؛ نقوی، اعظم؛ عابدی، محمدرضا. (۱۴۰۳). مشاوره پس از فقدان تروماتیک: تأثیر بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی در سوگواران شهر اصفهان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۱۶۸-۱۴۷. doi: 10.22067/tpccp.2024.84737.1576			

چکیده

هدف: یکی از چالش‌ها در ارتباط با فقدان‌های تروماتیک موضوع سوگ پس از آنها است، چراکه بازماندگان آنها نشانگان سوگ را با شدت و مدت بیشتری تجربه می‌کنند. پدیده سوگ، تجربه‌ای درونی و ماندگار سایر پیشامدها نیازمند طی شدن فرآیندی است تا بازماندگان بتوانند پس از آن به جریان عادی زندگی بازگردند. این پژوهش به بررسی اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی در سوگواران انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی زنان و مردان سوگوار با تجربه‌ی فقدان آسیب‌زا در بازه‌ی ۱۹ تا ۴۰ سال در شهر اصفهان و سال ۱۴۰۱ بود. طبق ملاک‌های ورودی و تمایل افراد، تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بسته‌ی مشاوره تنها برای افراد گروه آزمایش در ۶ مرحله و با تعداد ۶ تا ۱۰ جلسه‌ی حضوری تا ۹۰ دقیقه اجرا شد و جهت رعایت اصول اخلاقی، در پایان پژوهش، جلسات برای گروه کنترل نیز انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تفاوت معناداری در نمرات خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون وجود دارد ($P < 0.05$) و بعد از یک ماه پیگیری نتایج نیز ماندگار بود. با توجه به اثر معنادار بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک برای افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما و کاهش افسردگی سوگواران می‌توان این بسته را جهت تسهیل فرآیند سوگواری افراد استفاده کرد.

واژگان کلیدی: مشاوره فقدان تروماتیک، سوگ، خودشفقتی، رشد پس از تروما، افسردگی

مقدمه

طبق بررسی سازمان بهداشت جهانی^۱ در یکی از پایش‌های مرتبط با سلامت روان، حدود ۷۰ درصد از افراد سراسر دنیا سالانه به طور متوسط سه بار در معرض وقایع تروماتیک قرار می‌گیرند. از این تعداد حدود ۱۲ درصد آنها با مرگ تروماتیک^۲ عزیزان خود مواجه می‌شوند که شیوع بالایی را در بین اینگونه وقایع دارد (Kessler et al., 2017). واقعه‌ی فقدان تروماتیک شامل مرگ شخصی عزیز به شیوه‌ای کاملاً ناگهانی، دور از انتظار، بدون هشدار قبلی، به شیوه‌ای سخت و گاهی پر از رنج برای متوفی است که از نظر بازماندگان، این نوع فقدان و نحوه‌ی وقوع آن برای فرد از دست‌رفته امری ناعادلانه و برای آنها دلخراش‌ترین تجربه تلقی می‌شود (Benjet et al., 2018).

یکی از چالش‌ها در ارتباط با فقدان‌های تروماتیک موضوع سوگ پس از آن‌ها است، چراکه بازماندگان آنها نشانگان سوگ را با شدت و مدت بیشتری تجربه می‌کنند (Shear et al., 2013). پدیده‌ی سوگ، تجربه‌ای درونی است و مانند سایر پیشامدها نیازمند طی شدن فرآیندی است تا بازماندگان بتوانند پس از آن به جریان عادی زندگی بازگردند (Bosco et al., 2021). در این میان، سوگ پس از فقدان‌های تروماتیک به خودی خود چالش‌برانگیز است چراکه در شدت و نوع فقدان نسبت به سوگ پس از مرگ‌های طبیعی متفاوت است. حال، این نوع فقدان زمانی که در بستری از شرایط اضطراری ایجاد شده در جامعه رخ دهد، بسیار پیچیده‌تر می‌شود. به عنوان مثال، فرد سوگوار در شرایطی پس از وقایع طبیعی مانند سیل، زلزله، طوفان و سونامی و یا همه‌گیری برخی بیماری‌ها شاهد صحنه‌های وخیم جراحات‌های اطرافیان، مرگ عزیزان، تخریب منازل و مدارس، از دست رفتن اموال و عدم خدمت‌رسانی کافی بیمارستان‌ها است (Kozu & Gibson, 2021). در این شرایط ممکن است انجام مراسم تدفین و سوگواری جمعی با مانع رو به‌رو و یا از آن جلوگیری شود که در این زمان میزان دریافت حمایت اجتماعی بازماندگان نیز کاهش می‌یابد (Wallace et al., 2020). در این شرایط بافت زندگی فرد از لحاظ خانوادگی و حتی سایر روابط شخصی او به ناگهان دگرگون می‌شود (Azim Oghlui Oskooi et al., 2021) و گاهی این تغییرات اجتماعی همزمان با تغییرات فیزیکی در محیط مثل محدودیت‌های رفت و آمدی خواهد بود (Jordan et al., 2022).

در کنار همه‌ی موارد مذکور، گروهی نیز ممکن است مهارت‌ها و توانایی‌های لازم برای رویارویی با چالش‌های ایجاد شده در پی سوگ را نداشته باشند که همین امر می‌تواند منشأ بسیاری از مشکلات دیگر از جمله پیامدهای مخرب روانشناختی شود. در چنین شرایطی می‌توان گفت فرد سوگوار قادر به تشخیص

1. World Health Organization (WHO)

2 traumatic loss

نیازهای خود و رفع آنها به شیوه‌ای مطلوب نبوده و در نتیجه، دچار عدم سازگاری می‌گردد (Parkes & Prigerson, 2013). همچنین، دشواری در مواجهه با فقدان‌های تروماتیک در شرایط اضطرار، فرآیند سوگ از جمله انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی تا مرحله‌ی پذیرش را پیچیده و طولانی‌تر می‌کند (Djelantik et al., 2020) و معمولاً افراد سوگوار در این شرایط، افسردگی را در مدت زمان بیشتری تجربه می‌کنند (Komischke-Konnerup et al., 2021). کریستیانسن و همکاران (Kristiansen et al., 2019) در فراتحلیلی پیرامون میزان شیوع اختلالات روانشناختی در زنان سوگوار دریافتند که ۴۱ درصد آنها افسردگی را با علائم عمده‌ای مانند عدم علاقه به امور لذت‌بخش قبلی، احساس پوچی و بی‌معنایی زندگی و انرژی کم برای انجام امور روزمره تجربه کرده‌اند. پژوهش فرومکین و همکاران (Frumkin et al., 2021) در خصوص درد روانی ناشی از سوگ پیچیده و ارتباط آن با سطح افسردگی و افکار خودکشی بازماندگان نیز بیانگر آن بود که شدت افسردگی پس از این نوع فقدان‌ها بیشتر بوده و پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی رفتار خودکشی در سوگواران است.

از طرفی، پژوهش‌های بسیاری اذعان داشته‌اند که برخی سوگواران با وجود پیامدهای نامطلوب فقدان تروماتیک به ویژه افسردگی تغییرات مثبتی را نیز تجربه می‌کنند (Tedeschi & Moore, 2021). رشد پس از تروما، مجموعه‌ای از تغییرات مثبت روانشناختی پس از وقایع فوق‌استرس‌زا بوده که ناشی از بازسازی ادراک فرد از خود، دیگران و معنای واقعی تروماتیک در زندگی است و در ابعاد مختلف از جمله افزایش قدردانی از زندگی، توانمندی شخصی، گسترش و بهبود روابط اجتماعی، تغییرات معنوی و همچنین، ایجاد فرصت‌های تازه رخ می‌دهد (Calhoun & Tedeschi, 2014).

فراهم شدن زمینه‌ی رشد پس از فقدان تروماتیک بستگی به عواملی دارد (Coles, 2021). به باور سیکولند و همکاران (Siqueland et al., 2012)، تجربه‌ی افسردگی و آشفتگی روانی پیش‌نیاز اساسی برای رشد پس از تروما است؛ زیرا افراد با دیدگاه‌های مختلفی نسبت به جهان پیرامون در مواجهه با مرگ تروماتیک عزیزانشان، به یکباره درگیر فروپاشی جهان‌بینی‌هی قبلی و آشفتگی می‌شوند. در هر صورت این تجربه، عنصری حیاتی برای رسیدن به رشد است. به این معنا که تا فقدان منجر به ارزیابی مجدد باورها و درک معنای چنین رنج‌هایی نشود، رشدی هم‌اتفاق نخواهد افتاد (Augustat, 2023).

در این میان طبق پژوهش‌ها، عامل خودشفقتی^۲ در فرد سوگوار نیز نقش موثری در رسیدن او به تجربه‌ی رشد پس از تروما دارد (Sperandio et al., 2022). بر اساس نظر نف (Sperandio et al., 2022)

1 Post-traumatic growth

2 Self-compassion

خودشفقتی را می‌توان به صورت پذیرا بودن رنج‌های خود همراه با داشتن حسی از مراقبت و مهربانی تعریف کرد. همچنین، به میزان درک خود در رویارویی با چالش‌های دشوار زندگی گفته می‌شود (Khursheed & Shahnawaz, 2020). پژوهش‌های مختلفی به بررسی رابطه‌ی بین خودشفقتی، تجربه‌ی رشد پس از تروما و افسردگی پرداخته‌اند. به عنوان مثال، وارا و تیم (Vara & Thimm, 2020) به این نتیجه رسیدند که کاهش خودشفقتی منجر به کاهش انطباق محیطی و در پی آن رشد پس از تروما و افزایش افسردگی در سوگواران می‌شود. همچنین، وانگ و وانگ (Wong) در نمونه‌ای از دانشجویان دریافتند که میزان بالای خودشفقتی با سطوح بالاتر رشد پس از تروما مرتبط است و توسط فرآیندهای شناختی از جمله پذیرش، چارچوب‌بندی مجدد و جستجوی معنا میانجی‌گری می‌شود.

با توجه به ماهیت پیچیده‌ی تروما و سوگ به ویژه در فقدان‌های رخ داده در شرایط اضطرار به نظر می‌رسد که دریافت خدمات مشاوره‌ای برای کاهش علائم افسردگی و افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما حائز اهمیت است؛ زیرا مداخلات روانشناختی ویژه‌ی سوگ به کاهش واکنش‌های سوگ‌نازگار و حل تعارضات ناشی از فقدان می‌پردازند (Worden, 2018). از همین رو، آمادگی متخصصان این حوزه برای رویارویی با چنین پدیده‌ای در حرفه‌ی خود ضروری است (Montague et al., 2020). یکی از این مداخلات، انجام مشاوره‌ی سوگ است که به تسهیل تکلیف سوگواری و رسیدن فرد سوگوار به التیام به ویژه در شرایط اضطرار کمک می‌کند (Mosher, 2018).

در همین راستا، بسته‌ی مشاوره‌ی ویژه‌ی فقدان تروماتیک در شرایط اضطرار تدوین شده است که گویای آن بوده که هر فرد به شیوه‌ی خود سوگواری کرده و دوران سوگش را طی می‌کند. در این نوع مشاوره، نقش مشاور به عنوان یک تسهیل‌گر شناخته شده که مداخلات هر جلسه را متناسب با شرایط مراجع تنظیم می‌کند. این بسته‌ی مشاوره توسط عسگری (Asgari et al., 2022) طراحی شده و روایی محتوایی (CVR)^۱ و شاخص روایی محتوایی (CVI)^۲ با مقدار ۰/۹۹ و ۱ به طور مطلوب مورد بررسی قرار گرفته است.

با توجه به آنچه ذکر شد و گستردگی مداخلات در پیشینه‌های پژوهشی موجود، تا کنون مطالعه‌ای به بررسی اثر بسته‌ی مشاوره ویژه فقدان تروماتیک در شرایط اضطرار آن هم در زمینه‌ی مؤلفه‌های مهم مدنظر در این پژوهش انجام نشده است. بنابراین، مقاله حاضر در جهت بررسی فرضیه‌ی زیر انجام گرفت:

فرضیه: مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما و کاهش افسردگی و

مؤلفه‌های آنها در سوگواران مؤثر است.

سؤالات:

۱. میزان اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی سوگواران چه میزان است؟
۲. میزان اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر رشد پس از ترومای سوگواران چه میزان است؟
۳. میزان اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر افسردگی سوگواران چه میزان است؟
۴. آیا اثر ناشی از مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما و کاهش افسردگی و مؤلفه‌های آنها در سوگواران تا مرحله‌ی پیگیری یک ماهه ماندگار است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، آزمون پیگیری با گروه آزمایش و کنترل و گمارش تصادفی بود. جامعه آماری، شامل کلیه‌ی زنان و مردان سوگوار مواجه شده با فقدان تروماتیک در شهر اصفهان و در سال ۱۴۰۱ بود. از این جامعه ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارش شدند (Tal et al., 2017)، جهت یافتن نمونه، فراخوانی در خصوص شرکت در پژوهش در فضاهای مجازی ارسال و سپس، لیستی از افراد متمایل به همکاری تهیه شد. از بین آنها با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش تعداد مذکور برگزیده شدند. از جمله معیارهای ورود به پژوهش شامل تجربه‌ی فقدان تروماتیک اطرافیان نزدیک مانند اعضای خانواده و دوستان صمیمی و آن هم به دلایل تروماتیک اعم از جنگ (Christ et al., 2021)، انفجار و حملات تروریستی (Johnson & Armour, 2016)، خودکشی (Tal et al., 2017)، دگرکشی (Huggins & Hinkson, 2022)، تصادفات (Djelantik et al., 2020)، بلایای طبیعی (Kozu & Gibson, 2021) و مرگ‌های ناگهانی ناشی از بیماری‌ها (Faust & Del Rio, 2020)، تجربه‌ی شرایط اضطرار در دو سال قبل، گذشت بیش از شش ماه از واقعه‌ی فقدان و افراد بازه‌ی سنی جوان ۱۹ تا ۴۰ سال بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل مشارکت‌کننده به تداوم همکاری در پژوهش و غیبت بیش از سه دفعه در جلسات مشاوره بود.

افراد گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. سپس، جلسات مشاوره به صورت حضوری بر اساس بسته‌ی مشاوره‌ی ویژه‌ی فقدان تروماتیک ارائه گردید. این بسته در پژوهش حاضر هر مرحله در دو جلسه انجام گردید. به صورت فرآیندی بوده و در ۶ مرحله و با تعداد ۶ تا ۱۰ جلسه‌ی تا ۹۰ دقیقه برای موضوعات آن و هفته‌ای یکبار برای گروه آزمایش اجرا شد. از طرف دیگر،

گروه و کنترل هیچگونه مشاوره‌ای دریافت نکرد. پس از آن برای پس آزمون اعضای دو گروه به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دادند. همچنین، پس از یک ماه نیز جهت پیگیری مجدداً دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. شرح جلسات مشاوره در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار جلسات مشاوره‌ی فقدان آسیب‌زا (Azadi, 2011)

مرحله	هدف	مداخلات
۱	آشنایی، ساخت تاریخچه، اتحاد درمانی با تأکید بر مراقبت و کمک در تمام جلسات	معارفه: تماس تلفنی یا پیامک مشاور برای معرفی و یادآوری زمان و مکان مشاوره، آشنایی و برقراری ارتباط در جهت ایجاد اعتماد اتحاد درمانی: اشتیاق، دلگرمی، تعامل مراقبت: مکان مشاوره، پوشش مشاور، نوشیدنی و خوراکی لازم، دستمال کاغذی، رازداری، تنظیم هیجانی مشاور کمک: احترام، خلوص، همدلی، پذیرش، توجه مثبت، همخوانی، اعتباربخشی ساخت تاریخچه: دریافت شرحی از واقعه، مکان، مدت زمان و علائم مراجع، چالش‌ها و مشکلات، موقعیت زندگی کنونی، بررسی سابقه‌ی فقدان‌ها و منابع مقابله‌ای
۲	به سوی فهم سوگ با تأکید بر پشتیبانی، حمایت و در صورت لزوم ارجاع	پشتیبانی: رفع کردن موانع انجام جلسه‌ی مشاوره، ارتباط و پیگیری مداوم، در دسترس بودن، ارائه‌ی اطلاعات لازم، بررسی و رفع موانع التیام مانند تسکین کاذب حمایت: آموزش روانی سوگ، ذهن آگاهی و تن‌آرامی ارجاع: موارد بالینی جهت دارودرمانی همزمان با مشاوره
۳	به سوی پردازش شناختی-هیجانی تروما با تأکید بر دیالوگ	گفتگوهای چندوجهی: گوش دادن تأملی و سؤال پرسیدن از جزئیات داستان و مرور زندگی، نوشتن خاطرات و دلنوشته‌ی کاغذی و متن پیام، خاطره‌گویی مراجع چه به صورت حضوری و چه در فضای مجازی (پیام، پست و...)، گفتن از رؤیاها، جمع‌آوری یادگاری‌های متوفی و صحبت در مورد آنها
۴	به سوی ساخت شرایط سوگواری با تأکید بر دیالوگ	دیالوگ جهت‌دار نسبت به شرایط: سوق دادن فرد به شیوه‌های مختلف سوگواری در شرایط اضطرار دیالوگ جهت‌دار نسبت به نوع و اجرای سوگواری: ضرورت اعمال فرآیند مراقبت و پشتیبانی مشاور همزمان با سوگواری مراجع، انجام مشاوره‌ی انگیزشی برای شرکت در مراسم سوگواری در زمانی که شرایط وجود ندارد.
۵	به سوی بازسازی و تعادل خود با تأکید بر ذهنی‌سازی	خودشناسی، خودتنظیمی هیجان، خودشفقتی، خوداندیشی، خودکارآمدی، مهارت‌های ارتباطی، دگرشفقتی
۶	پیگیری	تماس تلفنی در طول جلسات/ دیدار حضوری: بررسی یک ماهه

جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله‌ی پیگیری، گروه کنترل نیز به بسته به میزان تمایل خود به مدت ۶ جلسه تحت مشاوره بر اساس این بسته قرار گرفت.

ابزارها

پرسشنامه‌ی خودشفقتی

این پرسشنامه توسط ریس و همکاران (Raes et al., 2011) برای اندازه‌گیری مؤلفه‌هایی مانند مهربانی به خود در برابر قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی تدوین شده است. این مقیاس شامل ۱۲ ماده است که پاسخ‌های آن در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. نمره‌ی نهایی بالاتر بیانگر میزان خودشفقتی بیشتر است. شهبازی و همکاران (Shahbazi et al., 2015) ضریب آلفای کرونباخ را در ایران (۰/۹۱) به دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با (۰/۷۱۳) به دست آمد.

پرسشنامه‌ی رشد پس از تروما

این پرسشنامه توسط تدسکی و کالهن (Tedeschi & Calhoun, 1996) برای اندازه‌گیری تجارب مثبت افراد پس از وقایع تروماتیک طراحی شده است. این ابزار خودسنجی متشکل از ۲۱ ماده مرتبط با پنج مقیاس احتمالات جدید، ارتباط با دیگران، توان شخصی، قدردانی از زندگی و تغییر معنوی است. نمره-گذاری این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای و به صورت نمره ۰ (اصلاً) تا ۵ (خیلی زیاد) انجام می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات آزمودنی بین ۰ تا ۱۰۵ است و نمره‌ی نهایی این مقیاس از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود و نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی رشد پس از ترومای بالاتر در فرد است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌ها در مطالعه‌ی (Tedeschi & Calhoun, 1996) ضریب همبستگی خرده مقیاس‌ها برابر با (۰/۸۸) و ضریب آلفای کرونباخ برابر با (۰/۹۲) بود. روایی این پرسشنامه در ایران از طریق ضریب همبستگی نمرات حاصل از اجرای دو بار اندازه‌گیری (۰/۹۴) به دست آمد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون (۰/۹۲) و دامنه‌ی ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل بین (۰/۶۶) تا (۰/۹۰) قرار دارد (Seyed Mahmoudi et al., 2012). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با (۰/۹۳۹) به دست آمد.

پرسشنامه‌ی افسردگی

این پرسشنامه توسط بک (Beck, 1972) برای تشخیص علائم بالینی افسردگی در زمینه‌ی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی تدوین شده است. این ابزار خودسنجی شامل ۱۳ ماده‌ی مرتبط با نشانگان خاص افسردگی است که در یک مقیاس چهار درجه‌ای و به صورت نمره ۰ تا ۳ مرتب شده است. دامنه‌ی

نمرات آزمودنی بین ۰ تا ۳۹ است که پس از جمع نمرات نهایی، نمره‌ی بالاتر حاکی از میزان افسردگی بیشتر است. لیتفوت و الیور (Lightfoot & Oliver, 1985) ضریب آلفای کرونباخ را (۰/۸۷) و پایایی بازآزمایی را به فاصله‌ی دو هفته (۰/۹۰) گزارش دادند. رجیبی (Rajabi, 2005) ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه (۰/۸۹) و (۰/۸۲) و ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سؤالی و فرم ۲۱ سؤالی پرسشنامه‌ی افسردگی بک را (۰/۶۷) در ایران به دست آورد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با (۰/۸۹۵) به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 22 با به کارگیری آمار توصیفی (محاسبه‌ی فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و فاصله اطمینان) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری-های مکرر) استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های آمار توصیفی، دامنه سنی کل نمونه بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب ۳۱/۶ سال و ۵/۰۳ سال بود؛ اما دامنه سنی گروه کنترل بین ۲۵ تا ۴۰ سال با ۳۲ سال بود. دامنه سنی گروه آزمایش نیز بین ۲۰ تا ۴۰ سال بود. از بین ۳۰ نفر نمونه پژوهش ۱۵ نفر معادل ۵۰ درصد از نمونه را گروه آزمایش و ۱۵ نفر، گروه کنترل را تشکیل می‌دادند. از بین ۱۵ نفر گروه آزمایش ۶ نفر معادل ۴۰ درصد مرد و ۹ نفر زن بوده‌اند و در گروه کنترل نیز ۶ نفر مرد و ۶ نفر زن بوده‌اند؛ همچنین از بین گروه آزمایش ۶ نفر معادل ۴۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بوده‌اند که بیشترین فراوانی را دارا هستند، ۵ نفر معادل ۳۳/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۳ نفر معادل ۲۰ درصد دارای تحصیلات دکترا و ۱ نفر معادل ۱۳/۳ درصد با مدرک دیپلم بودند؛ اما در گروه کنترل ۵ نفر معادل ۳۳/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و همچنین کارشناسی ارشد و ۴ نفر معادل ۲۶/۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۱ نفر معادل ۶/۷ درصد دارای تحصیلات دکترا را شامل می‌شدند. از نظر واقع‌ی منجر به مرگ، در گروه آزمایش ۶ نفر معادل ۴۰ درصد بیماری کووید-۱۹، ۴ نفر معادل ۲۶/۷ درصد تصادف، ۳ نفر معادل ۲۰ درصد سکته قلبی/مغزی و ۲ نفر معادل ۱۳/۳ درصد خودکشی را تجربه داشتند. در گروه کنترل نیز ۸ نفر معادل ۵۳/۳ درصد بیماری کووید-۱۹، ۶ نفر معادل ۴۰ درصد تصادف و ۱ نفر معادل ۶/۷ درصد سکته قلبی/مغزی را تجربه داشتند.

برای توزیع نرمال یا عدم نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد که برای همه متغیرها توزیع طبیعی بود. سطوح معناداری برای همه متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ بود که از لحاظ آماری هیچ کدام

معنادار نیستند، به عبارت دیگر فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید می‌شود.. همچنین، برای آزمون همگنی واریانس‌های از آزمون لون استفاده شد. با مشاهده یافته‌های جدول زیر ($p < 0/05$) و عدم معناداری آزمون لون نتیجه می‌گیریم می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. این بدان معناست که قبل از مداخله درمانی، گروه کنترل و آزمایش از نظر واریانس‌ها تجانس دارند.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز و آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های لون متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان مطالعه	گروه	آزمون شاپیرو ویلکز		آزمون لون	
			سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون
رشدپس از تروما	پیش آزمون	گواه	۰/۲۲۴	۰/۹۲۴	۰/۱۳۷	۲/۳۴۵
		آزمایش	۰/۸۲۷	۰/۹۶۸		
	پس آزمون	گواه	۰/۶۵۱	۰/۹۵۸	۰/۳۹۱	۰/۷۶۰
		آزمایش	۰/۷۵۱	۰/۹۶۳		
	پیگیری	گواه	۰/۹۳۲	۰/۹۶۷	۰/۳۰۱	۱/۱۸۸
		آزمایش	۰/۰۷۸	۰/۸۹۴		
خودشفقتی	پیش آزمون	گواه	۰/۱۰۴	۰/۹۰۳	۰/۳۰۰	۱/۹۲۸
		آزمایش	۰/۶۵۰	۰/۹۵۸		
	پس آزمون	گواه	۰/۳۵۱	۰/۹۳۷	۰/۳۸۳	۰/۷۸۵
		آزمایش	۰/۱۴۵	۰/۹۱۲		
	پیگیری	گواه	۰/۲۱۲	۰/۹۲۳	۰/۲۲۱	۱/۵۶۷
		آزمایش	۰/۶۵۹	۰/۹۵۸		
افسردگی	پیش آزمون	گواه	۰/۲۰۳	۰/۹۲۲	۰/۱۲۵	۲/۴۹۵
		آزمایش	۰/۷۲۳	۰/۹۶۲		
	پس آزمون	گواه	۰/۷۰۱	۰/۹۶۰	۰/۲۲۲	۱/۵۵۹
		آزمایش	۰/۶۵۸	۰/۹۸۵		
	پیگیری	گواه	۰/۷۰۱	۰/۹۶۰	۰/۰۶۰	۳/۶۶۳
		آزمایش	۰/۲۰۲	۰/۹۲۳		

میانگین و انحراف معیار متغیرها در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و خطای معیار متغیر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی در گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر مورد بررسی	گروه	زمان مطالعه	تعداد	میانگین	خطای معیار
خودشفقتی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۹/۸۷	۱/۵۴
		پس‌آزمون	۱۵	۲۸/۸۷	۰/۸۱
		پیگیری	۱۵	۲۸/۴۷	۰/۶۴
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۳۰/۲۷	۱/۵۴
		پس‌آزمون	۱۵	۴۹/۲۰	۰/۸۱
		پیگیری	۱۵	۵۱/۰۷	۰/۶۴
رشد پس از تروما	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۳۶/۹۳	۳/۶۲
		پس‌آزمون	۱۵	۳۷/۷۳	۲/۷۵
		پیگیری	۱۵	۳۶/۵۳	۲/۲۹
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۳۸/۴۷	۳/۶۲
		پس‌آزمون	۱۵	۸۳/۱۳	۲/۷۵
		پیگیری	۱۵	۹۰/۶۷	۲/۲۹
افسردگی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۳/۳۳	۲/۲۲
		پس‌آزمون	۱۵	۱۲/۸۷	۰/۸۵
		پیگیری	۱۵	۱۲/۸۷	۰/۷۴
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱۶/۹۳	۲/۲۲
		پس‌آزمون	۱۵	۱/۹۳	۰/۸۵
		پیگیری	۱۵	۰/۴۷	۰/۷۴

در جدول زیر نتایج آزمون فرض کورویت برای مؤلفه‌های مورد بررسی ارائه شده است؛ به طوری که این پیش فرض قبل از انجام آزمون اندازه‌های مکرر بررسی شده است. همانطور که مشاهده می‌شود فرض کورویت برای هر سه مؤلفه رد شده است. بنابراین، از نتایج مربوط به آزمون گرین هوس گیسر در مدل اندازه‌های مکرر برای مؤلفه‌ها استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون فرض کورویت، رشد پس از تروما و افسردگی

متغیر	آماره ماچلی دلبیو	تقریب کای-اسکور	درجه آزادی	سطح معناداری
رشد پس از تروما	۰/۱۳۹	۵۳/۳۴۸	۲	<۰/۰۰۰۱
خودشفقتی	۰/۱۹۱	۴۴/۶۲۹	۲	<۰/۰۰۰۱
افسردگی	۰/۰۶۰	۷۵/۹۶۱	۲	<۰/۰۰۰۱

در جدول شماره ۵ نتایج آزمون اندازه‌های مکرر در بررسی اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی در طی زمان ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج اندازه‌های مکرر تأثیر مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی

متغیر	اندازه گیری	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آزمون
رشد پس از تروما	اثر زمان	۱۱۱۴۶/۱۹۴	۶۸/۸۹۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۱	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۲۵۵۳۶/۱۷۸	۱۱۸/۵۱۵	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۹	۱/۰۰۰
	اثر متقابل	۱۱۰۹۲/۰۹۱	۶۸/۵۶۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۰	۱/۰۰۰
خودشفقتی	اثر زمان	۱۵۸۲/۷۰۶	۸۴/۷۷۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۲	۱/۰۰۰
	اثر گروه	۴۶۹۴/۴۴۴	۱۵۲/۵۹۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۵	۱/۰۰۰
	اثر متقابل	۲۰۲۳/۹۸۲	۱۰۸/۴۱۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۵	۱/۰۰۰
افسردگی	اثر زمان	۱۲۸۰/۶۵۷	۲۵/۷۸۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۹	۰/۹۹۹
	اثر گروه	۹۷۳/۵۱۱	۲۳/۲۰۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۳	۰/۹۹۶
	اثر متقابل	۱۱۳۸/۲۱۸	۲۲/۹۱۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۰	۰/۹۹۷

همانطور که مشاهده می‌شود در مؤلفه‌ی رشد پس از تروما، خودشفقتی و افسردگی اثر گروه در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است. همچنین، اثر متقابل زمان و گروه نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است که نتیجه می‌شود مشاوره‌ی انجام شده بر روی این دو متغیر در طی زمان اثر معنادار داشته است. رشد پس از تروما ($F=۱۱۸/۵۱۵$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) خودشفقتی ($F=۱۵۲/۵۹۸$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و افسردگی ($F=۲۳/۲۰۳$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) با توجه به میانگین نمره‌ی سه متغیر مذکور در دو گروه در طی زمان اینگونه نتیجه گرفته می‌شود که بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر افزایش رشد پس از تروما و خودشفقتی و کاهش افسردگی مؤثر بوده است توان آماری آزمون برای هر سه متغیر مورد بررسی بسیار بالا به دست آمده است که نشان دهنده‌ی قدرت تشخیصی بالای آزمون در درک تفاوت‌های گروه‌ها است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی و مؤلفه‌های آنها در سوگواران بود. نتایج نشان داد که فرآیند این مشاوره بر افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما و کاهش افسردگی تأثیر معنی‌دار داشته و این اثر تا مرحله‌ی پیگیری نیز ماندگار بوده است. با توجه به اینکه اثربخشی این بسته برای اولین بار و آن هم برای فقدان‌های تروماتیک مورد بررسی قرار گرفته است، مقایسه‌ی نتایج سایر پژوهش‌ها جهت تبیین یافته‌های پژوهش حاضر تا کنون در دسترس نبود. بنابراین، تنها به مطالعات مشابه در این خصوص پرداخته می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعه‌ی لارانجریا (Laranjeira et al., 2022) درباره‌ی اثربخشی کاربرد مداخلات روانی-اجتماعی برای سوگ افراد در شرایط اضطراب‌ناهی کووید-۱۹ همسو است. هر چند این مطالعه به مرور ادبیات پژوهش در خصوص اثر مثبت استفاده از مشاوره بر کاهش ناهنجاری‌های روانشناختی سوگ پس از فقدان تروماتیک در شرایط اضطراب‌ناهی همه‌گیری پرداخته بود. در تبیین این یافته می‌توان فهمید فقدان تروماتیک به خودی خود دردناک بوده و محدودیت‌های شرایط اضطراب‌ناهی وجود یک همه‌گیری باعث برهم خوردن نظم سوگواری‌های رایج و دشواری عبور از مراحل سوگ می‌شود. بنابراین، پیچیده شدن سوگ مداخلات خاص خود را می‌طلبد تا از ایجاد بحران‌های روانی آتی برای فرد پیشگیری کند (Goveas & Shear, 2020; Johannsen et al., 2019).

مطالعه‌ای دیگر از جروم (Jerome et al., 2018) با هدف بررسی اثربخشی درمان سوگ ناشی از فقدان ناگهانی بر اثر سرطان انجام گرفت. نتایج بیانگر افزایش خودشفقتی و کاهش علائم افسردگی سوگواران بوده که از این منظر همسو با پژوهش حاضر است. سایر مداخلات روانشناختی مانند درمان شناختی-رفتاری (Tur et al., 2021)، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی (Alonso-Llácer et al., 2020) و درمان متمرکز بر شفقت (Harris, 2021; Johannsen et al., 2019) نیز نتایج امیدوارکننده‌ای در افزایش خودشفقتی سوگواران نشان داده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بسته‌ی مشاوره به ایجاد فضای امن برای ابراز احساسات پرداخته است. معمولاً سوگ همراه با طیفی از احساسات شدید مانند غم، خشم، گناه و سردرگمی است و این نوع مشاوره با تأکید بر فرآیندهای مشاوره‌ای محیطی بدون قضاوت ارائه می‌دهد که در آن افراد می‌توانند آشکارا بدون ترس از سوء تفاهم یا انتقادی به اشتراک بگذارند. در این میان مشاوره به عنوان یک تسهیل‌گر با تصدیق و اعتبار بخشیدن به این احساسات، به مراجع کمک می‌کنند با درک و

پذیرش احساساتشان خودشفقتی ایجاد کنند. در واقع، مشاور به مراجع کمک می‌کند تا او بفهمد که افکار، رفتارها و احساساتش بخشی از سفر التیام او از فقدان تروماتیک است (Winders et al., 2020).

مطالعه‌ی رحمانی و منصوری (Rahmani & Mansouri, 2020) در زمینه‌ی بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سوگواران بر افزایش رشد پس از تروما نیز همسو با نتایج این پژوهش است. در پژوهش روپکه (Roepke et al., 2018) به بررسی اثر مشاوره‌ی روایت محور بر افسردگی و رشد پس از تروما در بزرگسالان سوگوار پرداخته شد. نتایج همانند یافته‌ی این پژوهش حاکی از آن بود که این سبک مشاوره به کاهش علائم افسردگی در افراد منجر شده اما باعث تفاوت معناداری در رشد پس از تروما نشده بود که از این نظر ناهمسو با نتایج اثربخشی پژوهش حاضر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخلات موجود در بسته‌ی مشاوره با پردازش علائم مرتبط با تروما و ترویج راهبردهای مقابله سازگارانه منجر به تغییرات مثبت در ادراکات سوگواران از خود، دیگران و جهان، تقویت توان شخصی، بهبود روابط و قدردانی بیشتر از زندگی‌شان در بین آشوب‌های شرایط اضطرار شده است.

مطالعه‌ی مرووری برین (Breen et al., 2023) با بررسی ادبیات پژوهش در زمینه‌ی اثربخشی انجام مشاوره بر اساس پروتکل‌های شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی بازماندگان فقدان‌های تروماتیک با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همچنین، مطالعه‌ی رینگولد و همکاران (Rheingold et al., 2015) نیز از لحاظ اینکه به بررسی اثر بسته‌ی درمانی ویژه‌ی بازماندگان مرگ‌های تروماتیک بر کاهش افسردگی آنها پرداخته بود، با نتایج این پژوهش همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مشاوره‌ی سوگ به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری با فقدان تروماتیک خود روبه‌رو شوند. همین امر منجر به مدیریت شرایط ناشی از اضطرار و بازگشت سریع‌تر به زندگی معمولی شود که کاهش علائم افسردگی را به همراه دارد (Currier et al., 2006). با توجه به پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بسته‌ی مشاوره‌ی فقدان تروماتیک در شرایط اضطرار اثرات مثبتی بر خودشفقتی، رشد پس از تروما و افسردگی نشان داده است. با افزایش خودشفقتی به افراد کمک می‌شود تا رابطه‌ی مهربانتری با خود ایجاد کنند. در نتیجه، می‌توانند با اتخاذ دیدگاهی مثبت و استفاده از راهبردهای حمایتی و مقابله‌ای به کاهش علائم افسردگی و تجربه‌ی رشد پس از تروما برسند.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش از تأثیر مشاوره فقدان تروماتیک بر افزایش خودشفقتی و رشد پس از تروما

و کاهش افسردگی حمایت می‌کند؛ بنابراین، به روان‌شناسان و مشاورانی که در مراکز مشاوره، انجمن‌های پیشگیری از آسیب و بحران و سایر ارگان‌هایی که در حیطه موضوعات روانشناختی فعالیت می‌کنند، پیشنهاد می‌شود از این فرایند مشاوره در جهت پیشگیری از سوگک تروماتیک و پیامدهای روانشناختی ناگوار آن استفاده نمایند. اگرچه نتایج کلی یافته‌های این تحقیق حاکی از اثربخشی این بسته‌ی مشاوره است، اما به مشاوران و درمانگران این حیطه توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی این بسته برای سایر گروه‌های درگیر سوگک از جمله کودکان و سالمندان پردازند تا باعث افزایش اثربخشی این مشاوره شده و یا پروتکل‌های دیگری را تدوین کنند. به‌علاوه، مانند هر پژوهش دیگری، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله آنکه این پژوهش منحصر به سوگواران شهر اصفهان بود؛ بنابراین توصیه می‌شود برای سایر افراد با احتیاط عمل شود. همچنین در این پژوهش وضعیت اجتماعی - اقتصادی گروه آزمایش و کنترل، کنترل نشد. به‌علاوه تحصیلات افراد حاضر در نمونه دیپلم و بالاتر از دیپلم بود؛ بنابراین ممکن است اثربخشی این درمان بر افراد دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم متفاوت باشد.

سپاسگزاری

در پایان محققان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

تعارض منافع

بر اساس اظهار نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

- Alonso-Llácer, L., Barreto Martín, P., Ramos-Campos, M., Mesa Gresa, P., Lacomba Trejo, L., & Pérez Marín, M. A. (2020). Mindfulness and grief: The mated program mindfulness for the acceptance of pain and emotions in grief. *Psicooncologia*, 17(1), 105-116. <https://doi.org/10.5209/psic.68244>
- Asgari, Z., Naghavi, A., & Abedi, M. R. (2022). Grief interventions: A qualitative review of systematic reviews. *Journal of Loss and Trauma*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2102304>
- Augustat, O. (2023). Finding meaning after prolonged trauma: Is the construct of post-traumatic growth relevant for survivors with elevated symptoms of complex posttraumatic stress disorder? *North Texas Journal of Undergraduate Research*, 3(1). <https://doi.org/10.12794/journals.ntjur.v3i1.238>
- Azadi, Z. (2011). *Comparing the effectiveness of rational-emotive-behavior therapy and solution-focused therapy for divorcing couples on reducing their marital problems and maladjustment* Ferdowsi University of Mashhad].
- Azim Oghlui Oskooi, P. B., farahbakhsh, k., & moradi, o. (2021). Effective fields the experience of mourning after the death of a family member: A phenomenological study. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 12(45), 117-160. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.48664.2275>
- Beck, A. T. (1972). Measuring depression: The depression inventory. *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses*, 299-302.
- Benjet, C., Lépine, J.-P., Piazza, M., Shahly, V., Shalev, A., & Stein, D. J. (2018). Cross-national prevalence, distributions, and clusters of trauma exposure. *Trauma and posttraumatic stress disorder: Global perspectives from the WHO World Mental Health surveys*, 43-71. <https://doi.org/10.1017/9781107445130.004>
- Bosco, C., Tattoli, L., Di Vella, G., Ventura, F., Verde, A., & Rocca, G. (2021). The mourning process and “living with the dead”: Two case reports and a review of the literature. *Journal of Forensic Sciences*, 66(1), 407-412. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14565>
- Breen, L. J., Greene, D., Rees, C. S., Black, A., Cawthorne, M., & Egan, S. J. (2023). A co-designed systematic review and meta-analysis of the efficacy of grief interventions for anxiety and depression in young people. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.032>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 3-23). Routledge.
- Christ, G. H., Kane, D., & Horsley, H. (2021). Grief after terrorism: Toward a family-focused intervention. In *Grief and bereavement in contemporary society* (pp. 203-221). Routledge.
- Coles, R. (2021). *The madness of grief: A memoir of love and loss*. Weidenfeld & Nicolson.

- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies, 30*(5), 403-428. <https://doi.org/10.1080/07481180600614351> (In Persian)
- Djelantik, A. M. J., Robinaugh, D. J., Kleber, R. J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment seeking trauma exposed sample. *Depression and Anxiety, 37*(1), 26-34. <https://doi.org/10.1002/da.22880>
- Faust, J. S., & Del Rio, C. (2020). Assessment of deaths from covid-19 and from seasonal influenza. *JAMA internal medicine, 180*(8), 1045-1046. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2306>
- Frumkin, M. R., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Ahmad, Z., Bui, E., Nock, M. K., Simon, N. M., & McNally, R. J. (2021). The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. *Journal of clinical psychology, 77*(1), 254-267. <https://doi.org/10.1002/jclp.23024>
- Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the covid-19 pandemic in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 28*(10), 1119-1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>
- Harris, D. (2021). Compassion-focused grief therapy. *British Journal of Guidance & Counselling, 49*(6), 780-790. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1960948>
- Huggins, C., & Hinkson, G. (2022). Signs of traumatic grief, lack of justice, magnitude of loss, and signs of resilience following the homicidal loss of their adult child among caribbean black mothers. *OMEGA-Journal of death and dying, 84*(3), 914-934. <https://doi.org/10.1177/0030222820921013>
- Jerome, H., Smith, K. V., Shaw, E. J., Szydlowski, S., Barker, C., Pistrang, N., & Thompson, E. H. (2018). Effectiveness of a cancer bereavement therapeutic group. *Journal of Loss and Trauma, 23*(7), 574-587. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1518772>
- Johannsen, M., Damholdt, M., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 253*, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Johnson, S. K., & Armour, M. P. (2016). Finding strength, comfort, and purpose in spirituality after homicide. *Psychology of Religion and Spirituality, 8*(4), 277. <https://doi.org/10.1037/rel0000090>
- Jordan, T. R., Wotring, A. J., McAfee, C. A., Polavarapu, M., Cegelka, D., Wagner-Greene, V. R., & Hamdan, Z. (2022). The covid-19 pandemic has changed dying and grief: Will there be a surge of complicated grief? *Death studies, 46*(1), 84-90. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1929571>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., & Ferry, F. (2017). Trauma and ptsd

- in the who world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Khurshed, M., & Shahnawaz, M. G. (2020). Trauma and post-traumatic growth: Spirituality and self-compassion as mediators among parents who lost their young children in a protracted conflict. *Journal of religion and health*, 59, 2623-2637. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00980-2>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
- Kozu, S., & Gibson, A. (2021). Psychological effects of natural disaster: Traumatic events and losses at different disaster stages. *The Intersection of Trauma and Disaster Behavioral Health*, 85-101. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51525-6_6
- Kristiansen, C. B., Kjær, J. N., Hjorth, P., Andersen, K., & Prina, A. M. (2019). Prevalence of common mental disorders in widowhood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1016-1023. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.088>
- Laranjeira, C., Moura, D., Salci, M. A., Carreira, L., Covre, E., Jaques, A., Cuman, R. N., Marcon, S., & Querido, A. (2022). A scoping review of interventions for family bereavement care during the covid-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 12(5), 155. <https://doi.org/10.3390/bs12050155>
- Lightfoot, S. L., & Oliver, J. (1985). The beck inventory: Psychometric properties in university students. *Journal of Personality Assessment*, 49(4), 434-436. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4904_12
- Montague, K. T., Christensen, K., & Furr, S. (2020). Counselor preparation in crisis, trauma, grief, and neurocounseling. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 13(4), 1. https://repository.wcsu.edu/jcps/vol13/iss4/1?utm_source=repository.wcsu.edu%2Fjcps%2Fvol13%2Fiss4%2F1&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Mosher, P. J. (2018). Everywhere and nowhere: Grief in child and adolescent psychiatry and pediatric clinical populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 27(1), 109-124. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.08.009>
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rahmani, N., & Mansouri, A. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the rumination and posttraumatic growth in bereaved women. *Clinical Psychology and Personality*, 17(1), 23-32. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2880> (In Persian)

- Rajabi, G. R. (2005). Psychometric properties of beck depression inventory short form items (bdi-13). https://jip.stb.iau.ir/article_512442.html?lang=en (In Persian)
- Rheingold, A. A., Baddeley, J. L., Williams, J. L., Brown, C., Wallace, M. M., Correa, F., & Rynearson, E. K. (2015). Restorative retelling for violent death: An investigation of treatment effectiveness, influencing factors, and durability. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 541-555. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.957602>
- Roepke, A. M., Tsukayama, E., Forgeard, M., Blackie, L., & Jayawickreme, E. (2018). Randomized controlled trial of secondstory, an intervention targeting posttraumatic growth, with bereaved adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(6), 518. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000307>
- Seyed Mahmoudi, S., Rahimi, K., & Mohammadi, J. (2012). Psychometric properties of post-traumatic growth questionnaire (ptgi). *Psychological methods and models*, 12(3), 93-108. https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_294.html?lang=en (In Persian)
- Shahbazi, M., Rajabi, G., Maghami, E., & Jelodari, A. (2015). Confirmatory factor analysis of the persian version of the self-compassion rating scale-revised. *Psychological methods and models*, 6(19), 31-46. https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_849_3bbe0bb15fda37601e8a2f09c6da5cb7.pdf (In Persian)
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current psychiatry reports*, 15, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>
- Siqveland, J., Hafstad, G. S., & Tedeschi, R. G. (2012). Posttraumatic growth in parents after a natural disaster. *Journal of Loss and Trauma*, 17(6), 536-544. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.678778>
- Sperandio, K. R., Gutierrez, D., Kirk, M., Lopez, J., & Nathaniel Mason, W. (2022). Post-traumatic growth after the drug-related death of a loved one: Understanding the influence of self-compassion and hope. *The Family Journal*, 30(3), 390-400. <https://doi.org/10.1177/10664807211052479>
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds III, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N., Wang, Y., Qiu, X., & Iglewicz, A. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death studies*, 41(5), 267-275. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9, 455-471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Moore, B. A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 180. <https://doi.org/10.1037/int0000250>
- Tur, C., Campos, D., Herrero, R., Mor, S., López-Montoyo, A., Castilla, D., & Quero, S. (2021). Protocol: Internet-delivered cognitive-behavioral therapy (icbt) for adults with prolonged grief disorder (pgd): A study protocol for a randomized feasibility trial. *BMJ open*, 11(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046477>

- Vara, H., & Thimm, J. C. (2020). Associations between self-compassion and complicated grief symptoms in bereaved individuals: An exploratory study. *Nordic Psychology*, 72(3), 235-247. <https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1684347>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the covid-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e70-e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 300-329. <https://doi.org/10.1002/cpp.2429>
- Wong, C. Yeung, Ncy (2017). Self-compassion and posttraumatic growth: Cognitive processes as mediators. In: *Mindfulness*.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. springer publishing Company.

