

تأثیر «سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی» بر «سلامت عمومی خانواده‌های داغ‌دیده»

مرضیه شریفی*

دکتر سید احمد احمدی**

دکتر مریم فاتحی‌زاده***

چکیده

هدف پژوهش، بررسی میزان تأثیر «سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی» بر «شاخص‌های سلامت عمومی در خانواده‌های داغ‌دیده» بود. این پژوهش، نیمه‌تجربی با استفاده از گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری بود. نمونه تحقیق ۱۶ خانواده داغ‌دیده بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، از بین خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهرستان فلاورجان در سال ۱۳۹۰، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۸ خانواده) جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی شرکت نمودند. هر دو گروه، پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری تکمیل نمودند. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون و پی‌گیری، بین میانگین نمرات مؤلفه‌های سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/005$). یافته‌های این پژوهش، اثربخشی سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی، بر سلامت عمومی داغ‌دیدگان را تأیید نموده و می‌تواند به عنوان برنامه درمانی برای خانواده‌های داغ‌دیده مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی:

سوگ‌درمانی، درمان شناختی- رفتاری، روان‌شناسی اسلامی، سلامت عمومی، روان‌شناسی خانواده، داغ‌دیدگی.

مقدمه

سوگواری به دنبال مرگ عزیزان، فرایندی طبیعی و لازم است که تمام افراد آن را تجربه می‌کنند؛ لیکن گروهی نیز مهارت‌ها و توانایی‌های لازم برای حل مشکل سوگ را ندارند که این می‌تواند منشأ بسیاری مشکلات دیگر گردد (پروچسکا و نورکراس^۱، ۲۰۰۷، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۷). فقدان عزیزان غالباً به عنوان یک واقعه فشارزای مهم در نظر گرفته می‌شود که تأثیرات تعیین‌کننده‌ای بر سلامتی داغدیدگان دارد. سوگ آسیب‌شناختی^۲ با واکنش‌ها و تظاهرات هیجانی، شناختی، رفتاری، معنوی و جسمانی ناسازگارانه‌ای همراه است که تأثیرات زیان‌باری بر بهزیستی و کیفیت زندگی فرد داغدیده برجای می‌گذارد (پارکس^۳، ۱۹۹۳). بیشتر داغدیدگان، سوگ عزیزان خود را با سطوح متوسط تا شدید هیجانانگ منفی، آشفتگی‌های جسمانی و مشکلات سلامتی تجربه می‌کنند و در معرض خطر نشانگان افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری‌های جسمی، بدکارکردی سیستم ایمنی و افزایش احتمال مرگ و میر قرار دارند (تومیتا و کیتامورا^۴، ۲۰۰۲). بر همین اساس، امروزه بسیاری از جوامع این مهم را پذیرفته‌اند که باید برای افراد و خانواده‌های داغدیده برنامه‌های درمانی تدارک دید و به آنها در بهبود یافتن از سوگ یاری رسانند. در این زمینه چارچوب‌های درمانی متعددی نیز پیشنهاد شده است. لیکن مطالعات نشان می‌دهد که خانواده‌ها در چارچوب فرهنگ و مذهب خود به فقدان، واکنش نشان می‌دهند و باورها و توصیه‌های مذهبی نقش به‌سزایی در چگونگی سازگاری افراد با داغدیدگی دارند (تامپسون و واردامان^۵، ۱۹۹۷). از طرف دیگر، این واقعیت که بسیاری افراد، مشاورین مذهبی و روحانیون را به عنوان منابع حمایت روان‌شناختی در شرایط مواجهه با فقدان‌های ضربه‌زا در نظر می‌گیرند، نشان دهنده پیوند خاصی بین معنویت و ضربه ناشی از فقدان است. براساس شواهد، مراجعه به روحانیون و مشاورین مذهبی در موقعیت‌های بحرانی مرتبط با مرگ یکی از اعضای خانواده یا دوستان، طلاق یا جدایی زناشویی، یا تغییرات جدی در سلامت یک عضو

1. Prochaska & Norcross.
2. pathological grief.
3. Parkes.
4. Tomita & Kitamura.
5. Thompson & Vardaman.

خانواده افزایش می‌یابد (ویور، فلانلی، گاربارینو، فیگلی^۱ و فلانلی، ۲۰۰۳). مذاهب مختلف اعتقادات، آیین‌ها و تشریفات خاصی برای برخورد با مرگ و داغ‌دیدگی دارند. نقش مذهب در سازگاری با فقدان و سوگ از چند زاویه قابل بررسی می‌باشد:

۱. **مقابله مذهبی؛** مقابله مذهبی که به عنوان روش ویژه پیدا کردن معنا در موقعیت‌های دشوار تعریف می‌شود (پارگامنت، کوئینگ، تاراکشوار و هان، ۲۰۰۴)، منبعی چندبعدی است که می‌تواند در تفسیر شناختی یک موقعیت، شناسایی اهداف، روش‌شناسی رسیدن به اهداف متجلی گردد. مقابله مذهبی، شامل شناخت‌های مذهبی (مثل باورها و اسنادهای مذهبی)، هیجانات (مثل آرامش و لذت)، رفتارها (مناسک و آداب) و روابط مذهبی (مانند تشکلهای مذهبی) است. اهداف مطلوب به مواردی هم چون معنایابی، حس تسلط و کنترل، آسودگی خاطر، صمیمیت، سلامتی و تجارب ماوراءالطبیعه اشاره دارد (پارگامنت، کوئینگ و پرز^۲، ۲۰۰۰).

۲. **معنایابی در فقدان؛** منطق نظری محکمی وجود دارد که از تأثیر مذهب بر فرایند معنایابی در فقدان حمایت می‌کند. برای بسیاری افراد، مذهب یا معنویت، رویکرد کلی آنها به زندگی و سیستم معنایی است که از طریق آن دنیا را تجربه و ادراک می‌نمایند. این سیستم معنایی، مبنای اعمال روزانه آنها و مرجعی برای حس ایمنی، عدالت، پیوستگی و در نهایت کنترل‌پذیری جهان می‌باشد و مسلماً در مواقع مواجهه با تجارب پرفشار مانند مرگ یک عزیز، این سیستم معنایی بر پاسخ به فقدان تأثیر خواهد گذاشت (پارک و کوهن^۳، ۱۹۹۳). مذهب به عنوان عامل اصلی تأثیرگذار بر ارزیابی افراد از مرگ و معنایابی در فقدان به شمار می‌رود. بیشتر داغ‌دیدگان، طرح‌واره‌های معنوی-مذهبی شامل باورها، تجارب و مناسک مذهبی را به عنوان منابعی برای کمک به پذیرش واقعیت مرگ، تسلی خاطر و معنایابی مورد استفاده قرار می‌دهند (پارک و کوهن، ۱۹۹۲). در واقع باورهای مذهبی، احتمال بازشناسی یک هدف معنادار در زندگی و مرگ برای بازماندگان را افزایش می‌دهند. دست‌یابی به معنایی در فقدان (مثلاً پذیرش مرگ به عنوان تقدیر یا خواست خدا) و یافتن وجهی مثبت در تجربه سوگ،

1. Weaver, Flannelly, Garbarino & Figley.

2. Koenig & Perez.

3. Park & Cohen.

دو مسیر عمده سازگاری با سوگ هستند که از طریق مذهب قابل حصول می‌باشند (فرانتز، ترولی و جول،^۱ ۱۹۹۶). مطالعات نیز نشان می‌دهد که اعتقاد به یک حقیقت فراتر از خود که فراهم کننده معنا و انگیزش برای زندگی است، با نگرش سازگارانه افراد نسبت به مرگ عزیزان، رابطه مستقیمی دارد (پارک و کوهن، ۱۹۹۲).

۳. **حمایت اجتماعی؛** مذاهب اغلب منابع مقابله‌ای کاملاً مجهزی برای مواجهه با مرگ ارائه می‌دهند. این منابع شامل حمایت اجتماعی از طرف دیگر هم‌کیشان و نیز بسیاری آئین‌ها و مناسک گروهی است که به داغدیدگان در گذراندن فرایند سوگواری کمک می‌کند. برای مثال تقریباً همه مذاهب، نیایش‌ها و اعمال خاص و مراسم مذهبی تشییع جنازه را برای مواجهه با مرگ عزیزان تجویز نموده‌اند که به داغدیدگان تسلی خاطر و حسی از انسجام و تعلق داشتن به یک جامعه بزرگ‌تر می‌دهد (ووتنو، کریستیانو و کوزلوفسکی^۲، ۱۹۸۰). از طریق این منابع، افراد داغدیده آرامش و تسلی یافته و به مرور زمان می‌توانند به طریقه مناسبی - که به آن‌ها اجازه می‌دهد احساس آرامش، پذیرش و بازگشت به زندگی روزانه طبیعی را پیدا کنند - با سوگ خود کنار بیایند (هالیفاکس، ۲۰۰۸).

۴. **رشد شخصی؛** کاهش پیامدهای منفی، تنها مزیت رویکردهای مذهبی و معنوی برای داغدیدگی نیست. تجربه سوگ، بخشی اساسی از زندگی انسان و مرحله مهمی از بلوغ یا کمال است که می‌تواند دریچه‌های جدیدی را به روی انسان بگشاید. بسیاری از داغدیدگان شاخص‌های رشد شخصی از قبیل افزایش شفقت و مهربانی با دیگران، افزایش قدرت تحمل، ارج نهادن بیشتر به زندگی، افزایش معنویت و ایجاد روابط بین‌فردی صمیمانه‌تر را پس از تجربه سوگ گزارش نموده‌اند. بسیاری مذاهب، اعتقاد دارند که رنج تجربه شده از طریق داغدیدگی، می‌تواند انگیزه‌ای برای این قبیل تجارب معنوی باشد. به علاوه سوگ، بخشی اصلی از زندگی انسان‌ها است و تجربه‌ای است که می‌تواند رأفت و رقت قلب به همراه داشته و مرحله مهمی از بلوغ (پختگی) و تواضع را به زندگی بازماندگان اعطا نماید. برطبق اظهارات بسیاری از داغدیدگانی که رشد شخصی متعاقب داغدیدگی را گزارش نموده‌اند، مسیرهای مذهبی و معنوی

1. Frantz, Trolley & Johl.

2. Wuthnow, Christiano & Kuzlowski.

متداول‌ترین مسیر برای رشد مرتبط با استرس می‌باشد (پارک، ۲۰۰۵).

۵. **الگوگیری از اولیا و بزرگان دین؛** زندگی اولیای دین و سیره رفتاری آنان در مواجهه با مشکلات و مصائب، راه‌های بسیار مؤثری را در مقابله با فشار روانی در اختیار افراد داغ‌دیده قرار می‌دهد. توجه و الگوگیری از سیره اولیای دین در برخورد با مصائب می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در جهت‌دهی رفتارهای سازگارانه در افراد داغ‌دیده داشته باشد. اصولاً ایفای نقش مذهبی سبب می‌شود که فرد خود را با چهره‌های کمال‌یافته مذهبی همسان کند. در این شرایط افراد خود را با چهره‌های والای مذهبی ارزیابی می‌کنند و از منظری برتر (نقش خداوند) به مسائل خود می‌نگرند و موجب می‌شود بتوانند موقعیت‌های تنش‌زا را به‌آسانی اداره کنند (خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۸۶).

دین اسلام به عنوان یک سیستم جامع معنویت، در زمینه فقدان و داغ‌دیدی نیز فرهنگ خاص و منحصر به فردی دارد که از سایر فرهنگ‌ها متمایز است. به اعتقاد بسیاری از متخصصین مسلمان، اعتقادات و سنت‌های اسلامی می‌تواند چارچوب درمانی جامع و پرمحتوایی برای افرادی که با فقدان و سوگ مواجه هستند، به‌ویژه آن‌هایی که سوگ حل‌نشده^۱ دارند، فراهم آورد (مقصود^۲، ۲۰۰۲). بررسی متون اسلامی (قرآن و روایات معصومین(ع)) نشان می‌دهد که در بطن اعتقادات اسلامی، شناخت‌ها، اصول و راهبردهای مقابله‌ای متعددی وجود دارد که می‌تواند در کار با مراجعین داغ‌دیده مورد استفاده قرار گیرد. به عقیده حمدان^۳ (۲۰۰۸) آموزه‌های اسلامی مانند صبر، درک رابطه بین رنج‌کشیدن با نزدیکی بیشتر به خداوند و تطهیر روح، اعتقاد به امتحان الهی و اعتقاد به زندگی پس از مرگ، در کار با مراجعان داغ‌دیده مسلمان کارآیی به‌سزایی دارند. اسلام بر پدیده مرگ، به عنوان نقطه عطفی در چرخه زندگی انسان‌ها تمرکز نموده و قرآن، سیره و احادیث معصومین(ع) حقایق زیادی درباره مرگ و زندگی به مسلمانان ارائه می‌دهند. نگرش‌های اسلامی با تأکید بر واقعیت زندگی، بقای روح و زندگی ابدی، مرگ را در چشم‌انداز مناسبی قرار می‌دهد (مقصود، ۲۰۰۲). امروزه محققان مسلمان بر لزوم استفاده از آموزه‌ها و مفاهیم اسلامی، در بازسازی

1. Unresolved Grief.

2. Maqsood.

3. Hamdan.

باورهای غیرمنطقی مراجعان مسلمان تأکید می‌نمایند (هودگ و نادیر^۱، ۲۰۰۸؛ حمدان، ۲۰۰۸؛ محرابی^۲، ۲۰۰۳). به عقیده اسپری^۳ (۲۰۰۳) باورها، اعمال و مناسک مذهبی، عمل‌کردی مشابه مداخلات بالینی مانند تفسیر، بازسازی شناختی و تکلیف منزل دارند که در روان‌درمانی به کار می‌روند. در برخی موارد که احتمال تنظیم مداخلاتی حاوی تکالیف معنوی وجود دارد، آگاهی مراجع از اینکه مداخله درمانی می‌تواند رابطه او با خدا را ارتقا دهد، انگیزش بیشتری برای ادامه دادن درمان به وجود می‌آورد (هودگ و نادیر، ۲۰۰۸). پژوهش‌های متعددی از رابطه بین مقابله‌های مذهبی و شاخص‌های سلامت روان و همچنین تأثیر برنامه‌های مذهب محور بر ابعاد مختلف سلامت هیجانی و جسمانی مراجعان مسلمان حمایت نموده‌اند (پورواتو و زولیکاه^۴، ۲۰۰۷؛ راجاگوپال، مکنزی، بیالی و لاوزو-موری^۵، ۲۰۰۴؛ رزعلی، امینه و خان^۶، ۲۰۰۲؛ اظهر و وارما، ۱۹۹۵ الف و ب؛ اظهر، وارما و داراپ^۷، ۱۹۹۴). از جمله پژوهش‌های داخلی در این زمینه نیز می‌توان به مطالعه آقابابایی و اینانلو (۱۳۸۹)، آقایانی چاوشی، طالبان، طرخورانی، صدوقی جلال، آزرمی و فتحی‌آشتیانی (۱۳۸۷)، فقیهی و عبادی (۱۳۸۹)، حمید، بشلیده، عیدی بایگی و دهقانی‌زاده (۱۳۹۰)، شریفی، احمدی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱)، حمید، احمدیان و شایه (۱۳۹۱)، شریفی و فاتحی‌زاده (زیرچاپ) اشاره نمود.

بسیاری از مفاهیم و انگاره‌های زیربنایی مدل‌های روان‌درمانی برخاسته از فرهنگ‌های غربی، با تعالیم اسلام ناهم‌خوانی و گاه مغایرت دارد که موجب کاهش میزان اثربخشی یا میزان پایداری اثر این نوع درمان‌ها در مراجعان مسلمان می‌گردد. برای مثال، شاخص‌های سلامت روان از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت بوده و ممکن است چیزی که شاخص سلامت روان در فرهنگ غربی است در جوامع اسلامی چنین مصداقی نداشته باشد؛ از این‌رو در مواردی که مفهوم خاصی با هنجارهای اسلامی متناقض است، درمان‌گر باید مفهومی هماهنگ با جهان‌بینی اسلامی به جای آن انتخاب

1. Hodge & Nadir.

2. Mehraby.

3. Sperry.

4. Purwanto & Zulaekah.

5. Rajagopal, Mackenzie, Bailey & Lavizzo-Mourey.

6. Razali, Aminah, & Khan.

7. Dharap.

نموده و مفاهیم و آموزه‌های اسلامی را در تدوین برنامه‌های درمانی مورد توجه قرار دهد (هودگ، ۲۰۰۸). با توجه به ملاحظات فرهنگ جامعه ایرانی که پیوندی عمیق با مذهب و شریعت دارد، و از طرف دیگر فقدان یک الگوی درمان سوگ متناسب با آموزه‌های اسلامی که بتواند درکار با خانواده‌های داغ‌دیده ایرانی مورد استفاده قرارگیرد، در این مطالعه اثربخشی سوگ درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر شاخص- های سلامت عمومی داغ‌دیدگان در شهرستان فلاورجان مورد بررسی قرار گرفته است. این پژوهش می‌تواند گامی در جهت کاربردی نمودن آموزه‌های غنی معارف اسلامی و نیز تحقق بومی سازی مداخلات روان‌درمانی متناسب با فرهنگ جامعه باشد. فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

۱. سوگ درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر نشانه‌های جسمانی داغ‌دیدگان تأثیر دارد؛
۲. سوگ درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر اضطراب و اختلال خواب در داغ‌دیدگان تأثیر دارد؛
۳. سوگ درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر نارساکنش‌وری اجتماعی داغ‌دیدگان تأثیر دارد؛
۴. سوگ درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر افسردگی داغ‌دیدگان تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر به شیوه نیمه‌تجربی، با استفاده از گروه کنترل و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش خانواده‌های داغ‌دیده در شهرستان فلاورجان بودند که در بازه زمانی اردیبهشت ۱۳۹۰ تا فروردین ۱۳۹۱، فقدان عضوی از خانواده اصلی یا گسترده (خویشاوند درجه اول) را در اثر مرگ تجربه نموده بودند. نمونه‌گیری این پژوهش به صورت هدفمند انجام گرفته است؛ بدین منظور پس از نصب اطلاعیه در تعدادی از مراکز خدمات درمانی و کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی در شهرستان فلاورجان از تعداد ۵۶ داوطلب (۱۸ خانواده) ثبت نام به عمل آمد. پس از مصاحبه اولیه توسط پژوهشگران در خصوص دارا بودن ملاک‌های

ورود به پژوهش، ۴۷ نفر (۱۶ خانواده) انتخاب گردیدند. به دلیل لزوم همگنی نوع تجربه سوگ شرکت‌کنندگان، صرفاً از خانواده‌هایی که عزیزشان را به علت تصادف یا بیماری از دست داده بودند، دعوت به همکاری گردید. لازم به ذکر است که واحد نمونه در این پژوهش، فرد می‌باشد و برخی از اعضای هر خانواده به دلیل دارا نبودن ملاک‌های ورود، از نمونه خارج گردیده‌اند. ملاک‌های ورود افراد به نمونه عبارتند از:

۱. سن بالاتر از ۱۸ سال.
۲. نداشتن اختلالات روانی (افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی مزمن، اختلال استرس پس از ضربه و اختلالات روان‌پزشکی).
۳. دارا بودن نسبی ملاک‌های تشخیصی سوگ پیچیده؛ که این مورد به وسیله مصاحبه توسط پژوهشگران براساس ملاک‌های پیشنهادی پریگرسون و همکاران (۲۰۰۹) مشخص گردید؛
۴. عدم سوء مصرف مواد، الکل و داروهای روان‌پزشکی؛
۵. تجربه داغدیدگی به دلیل تصادف یا بیماری؛
۶. حضور حداقل دو عضو از خانواده در درمان میانگین سنی گروه آزمایش ۳۰/۵۰ (انحراف معیار ۳/۲۶) و گروه کنترل ۳۰/۳۵ (انحراف معیار ۳/۵۱) بود. گروه آزمایش شامل ۱۸ زن و ۵ مرد و گروه کنترل شامل ۱۸ زن و ۶ مرد بود. ترکیب شرکت‌کنندگان در دو گروه از لحاظ رابطه با متوفی نیز شامل ۲۹/۷۸ درصد همسر متوفی، ۱۴/۸۴ درصد پدر یا مادر متوفی، ۳۶/۱۷ درصد فرزند متوفی و ۱۹/۱۴ درصد خواهر یا برادر متوفی بود. میانگین تعدادهای ماه‌های سپری شده از فقدان در دو گروه ۵/۳۵ ماه (انحراف معیار ۰/۰۷) بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (فرم ۲۸ سؤالی)

پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرنندی مبتنی بر خودگزارش دهی است که

1. General Health Questionnaire-GHQ.

در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ^۱، ۱۹۷۲؛ نقل از فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۰). فرم ۲۸ سؤالی آن دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس و هر خرده‌مقیاس حاوی ۷ سؤال است. مقیاس‌های آن عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی شدید. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس چهار درجه‌ای از صفر (الف) تا سه (د) است. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و درکل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. در این پرسشنامه نمره کم‌تر بیانگر سلامت روان بهتر است. نتایج فراتحلیلی که به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی انجام گرفته، نشان داد که متوسط حساسیت فرم ۲۸ ماده‌ای آن برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹)، متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵) و اعتبار تصنیفی این پرسشنامه ۰/۹۵ است (ویلیامز^۲ و گلدبرگ، ۱۹۸۷؛ به نقل از فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۰). ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی با روش بازآزمایی بر روی یک گروه ۸۰ نفری به میزان ۰/۹۱ برآورد شده که در سطح خطای یک هزارم معنادار است (پالاهنگ، نصر، براهنی و همکاران، ۱۳۷۴). میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نیز برای خرده-مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی ۰/۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۸، نارساکنش‌وری اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمده است (بهمنی و عسگری، ۱۳۸۵).

روش اجرا

به منظور اجرای این پژوهش، ابتدا الگوی سوگدرمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی با استفاده از منابع اسلامی (قرآن و حدیث) تدوین گردیده و مورد تأیید متخصصین دانشگاه اصفهان قرار گرفت. سپس خانواده‌های انتخاب شده، به طور تصادفی (با استفاده از قرعه‌کشی) در دو گروه کنترل و آزمایش (هرگروه ۸ خانواده،

1. Goldberg.

2. Williams.

گروه آزمایش ۲۳ نفر و گروه کنترل ۲۴ نفر) جای‌گیری شدند. حداقل و حداکثر تعداد اعضای خانواده در این نمونه ۲ تا ۴ نفر بود. پس از اجرای پیش‌آزمون در هر دو گروه، اعضای گروه آزمایش در هشت جلسه گروهی سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی (هر هفته دو جلسه) شرکت نمودند. پس از پایان مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از ۵ هفته، آزمون پی‌گیری اجرا گردید. جلسات سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی در قالب سه بخش راهبردهای شناختی، راهبردهای رفتاری و تکالیف منزل طراحی گردید و در اجرای هر بخش، درون‌مایه‌ها و دستورالعمل‌های مذهبی مرتبط با موضوع مورد استفاده قرار گرفت (شریفی، ۱۳۹۱). موضوع هر جلسه و محورهای اصلی به اختصار شامل موارد ذیل بود^۱:

جلسه اول: معارفه و سنجش شناختی

معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر، تبیین اهداف و مراحل درمان، بیان قواعد گروهی و وظایف مراجعان، سنجش شناختی (آگاهی درمان‌گر از کیفیت تجربه سوگ هریک از مراجعان در حیطه‌هایی از قبیل کیفیت رابطه با متوفی، نوع تجربه مرگ، طول مدت بیماری یا بستری بودن متوفی، تجارب قبلی فقدان در خانواده، مدت زمان سپری شده از فقدان)

جلسه دوم: چشم‌انداز داغدیدگی

آموزش مراجعین در زمینه شناخت زنجیره داغدیدگی، درک تفاوت‌های موجود در واکنش‌های مختلف اعضای خانواده به فقدان، تشخیص احساسات مرتبط با داغدیدگی، تشخیص مقدماتی باورهای ناکارآمد درباره داغدیدگی.

جلسه سوم: آموزش اصول درمان شناختی- رفتاری

آموزش اصول اولیه چرخه فکر- هیجان- رفتار، آموزش چالش با افکار ناکارآمد، آموزش تصویرسازی مذهبی و توجه برگردانی با استفاده از ذکر.

جلسه چهارم: بازسازی شناختی

اولویت‌بندی و تنظیم موضوعی شناخت‌های ناکارآمد اعضای گروه، آموزش و

۱. شرح کامل جلسات درمان در پایان‌نامه نویسنده مسؤل موجود می‌باشد.

تمرین بازسازی شناختی (در این بخش به مواردی مانند درک واقعیت موقتی این دنیا، بینش صحیح نسبت به مرگ، اجتناب‌ناپذیر و برگشت‌ناپذیر بودن مرگ، مفاهیم اجل و تقدیر، فراگیر بودن مرگ و ضرورت مرگ‌اندیشی با تأکید بر آیات قرآن و روایات معصومین(ع) اشاره گردید)، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (با هدف کاهش اجتناب رفتاری).

جلسه پنجم: معنایابی در فقدان

بحث پیرامون ضرورت معنایابی در فقدان‌ها و مصائب، بررسی برخی معانی فقدان‌ها و مصائب با استفاده از آموزه‌های اسلام (قرارگرفتن متوفی در جوار رحمت الهی و آرامش ابدی، امتحان بازماندگان، تطهیر گناهان، برخورداری بازماندگان از پاداش الهی)، بحث پیرامون نقش رفتارهای عبادی (نماز، زیارت و نیایش) در مقابله با تنیدگی حاصل از فقدان.

جلسه ششم: خطاهای پردازشی در رابطه با فقدان

بررسی خطاهای شناختی درباره مصیبت و فقدان با استناد به آموزه‌های اسلامی (تعمیم افراطی مصیبت به همه ابعاد زندگی، مصیبت را نشانه خواری، طرد شدن و عقوبت الهی دانستن، تصور ناتوانی در برابر تحمل فقدان، پایدار دانستن مصیبت و اندوه، فاجعه‌سازی و بزرگ‌نمایی مصیبت و ناعادلانه دانستن مصیبت)، آشنایی با توصیه‌های رفتاری اسلام در مقابله با مصیبت و فقدان (گریستن، تداوم ارتباط با متوفی از طریق صدقه، دعا و زیارت قبور، شوخ‌طبعی و پیوندجویی با خویشاوندان).

جلسه هفتم: مقابله‌های مذهبی در سازگاری با فقدان

نقش رضا و تسلیم، صبر و توکل در مقابله با فقدان‌ها و مصایب، الگوگیری از سیره اولیای دین در مواجهه با مصائب.

جلسه هشتم: برنامه‌ریزی برای سازگاری مجدد با زندگی

ضرورت سازگاری با زندگی جدید، ارائه مضامین و روایات مذهبی درباره امیدواری، معناداری و هدفمندی زندگی و مسئولیت‌های انسان در چرخه آفرینش، خداحافظی نمادین با متوفی و اختتام درمان.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری نمرات مؤلفه‌های آثار سوگ در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری شاخص‌های سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نارساکتشیوری اجتماعی	آزمایش	۲۳	۱۸/۹۱	۱/۲۱	۸/۵۶	۰/۹۴	۷/۷۸	۰/۶۷
	کنترل	۲۴	۱۸/۸۷	۰/۶۱	۱۸/۷۵	۰/۶۰	۱۸/۰۸	۰/۷۷
افسردگی	آزمایش	۲۳	۱۷/۰۰	۱/۱۲	۸/۴۳	۰/۸۴	۷/۴۷	۰/۵۱
	کنترل	۲۴	۱۷/۲۵	۱/۳۵	۱۸/۰۴	۱/۲۳	۱۸/۳۳	۱/۰۴
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۲۳	۱۴/۴۰	۰/۹۴	۹/۴۰	۱/۱۵	۸/۹۵	۰/۹۲
	کنترل	۲۴	۱۳/۶۶	۰/۸۶	۱۴/۰۰	۰/۵۸	۱۴/۰۸	۰/۸۲
اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۲۳	۱۶/۰۸	۱/۶۷	۹/۱۳	۰/۷۵	۸/۷۳	۰/۶۱
	کنترل	۲۴	۱۶/۲۰	۱/۲۱	۱۴/۶۲	۱/۵۵	۱۴/۷۵	۱/۲۵

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۱ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های مؤلفه‌های سلامت عمومی در پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته، اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود. به منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری در دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در شاخص‌های سلامت عمومی

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی‌داری (P)	مجدوراتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی ^۱	۰/۹۹۳	۵۶۴/۸۳	۸	۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱
آزمون لامبدای ویلکز ^۲	۰/۰۰۷	۵۶۴/۸۳	۸	۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱
آزمون اثر هتلینگ ^۳	۱۳۲/۹۰۲	۵۶۴/۸۳	۸	۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه‌روی ^۴	۱۳۲/۹۰۲	۵۶۴/۸۳	۸	۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند. بنابراین دوگروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از ۴ متغیر مورد مقایسه دارای تفاوت معنی‌دار هستند. به عبارت دیگر سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری تأثیر داشته است ($P < 0/0005$). میزان این تأثیر یا تفاوت برابر با ۹۹ درصد می‌باشد. یعنی ۹۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات شاخص‌های سلامت عمومی مربوط به تأثیر عضویت گروهی است. توان آماری برابر با یک نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

به منظور مقایسه گروه‌ها از لحاظ تک‌تک متغیرها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا در دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به نمره تفاضل شاخص‌های سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پی‌گیری

متغیرهای پژوهش	مرحله	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	مجدوراتا (میزان تأثیر)	توان آماری
نشانه‌های جسمانی	پس‌آزمون	۱۷۲/۷۰	۱	۱۷۲/۷۰	۲۲۴/۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷	۱/۰۰۰
	پی‌گیری	۲۱۵/۴۴	۱	۲۱۵/۴۴	۴۷۷/۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۹۴	۱/۰۰۰
اضطراب و اختلال خواب	پس‌آزمون	۱۵۹/۸۳	۱	۱۵۹/۸۳	۱۵۴/۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲	۱/۰۰۰
	پی‌گیری	۱۹۱/۹۱	۱	۱۹۱/۹۱	۳۷۵/۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۹۲	۱/۰۰۰
نارساکنش‌وری اجتماعی	پس‌آزمون	۷۳۶/۶۸	۱	۷۳۶/۶۸	۱۱۳۱/۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۷	۱/۰۰۰
	پی‌گیری	۷۵۵/۵۳	۱	۷۵۵/۵۳	۱۵۵۶/۶۲	۰/۰۰۰۵	۰/۹۸	۱/۰۰۰
افسردگی	پس‌آزمون	۵۸۶/۷۳	۱	۵۸۶/۷۳	۶۵۳/۸۴	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵	۱/۰۰۰
	پی‌گیری	۷۸۲/۳۳	۱	۷۸۲/۳۳	۱۲۸۶/۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۷	۱/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته و با توجه به ضرایب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات مؤلفه‌های سلامت عمومی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/0005$). بنابراین با توجه به مقایسه میانگین‌ها، درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر شاخص‌های سلامت عمومی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پی‌گیری تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری بر حسب متغیرهای مورد پژوهش بین ۸۲ - ۹۸ درصد است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این مداخله درمانی میزان تأثیر بالایی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تأثیر سوگ درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر شاخص‌های سلامت عمومی خانواده‌های داغ‌دیده در شهرستان فلاورجان بود. نتایج به دست آمده، نشان داد که این الگوی درمانی بر کاهش نشانه‌های جسمانی اضطراب، اختلال خواب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی داغ‌دیدگان، تأثیر معنی‌داری داشته است ($P < 0/0005$). نتایج پژوهش حاضر، با مطالعه اظهر و وارما (۱۹۹۵)، در زمینه استفاده از درمان مذهبی برای کاهش نشانگان داغ‌دیدگی در مراجعان مسلمان همسو است. با وجودی که مطالعه تجربی دیگری در زمینه استفاده از روان‌درمانی مذهبی در کار با مراجعان داغ‌دیده در دست نیست، لیکن مطالعه‌های توصیفی متعددی به این موضوع پرداخته‌اند که درون‌مایه‌های مذهبی از قبیل اعتقاد به تقدیر، نگرش صحیح نسبت به مرگ و زندگی، اعتقاد به زندگی پس از مرگ، معنایابی در فقدان و استفاده از رفتارهای عبادی به طورگسترده در فرایند سازگاری با داغ‌دیدگی به کار می‌روند (فرانتز، ترولی و جول، ۱۹۹۶؛ پارک و فولکمن^۱، ۱۹۹۷؛ بینوره^۲ و پارک، ۲۰۰۴؛ ریچاردز^۳ و فولکمن، ۱۹۹۷؛ شریفی، احمدی و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۱). مطالعه فرانتز،

1. Park & Folkman.

2. Benore.

3. Richards.

ترولی و جول (۱۹۹۶) نشان داد که ایمان به خداوند، اعتقاد به درآرامش بودن متوفی، و استفاده از نماز، دعا و مناسک مذهبی به عنوان منابع نیروبخش، در سازگاری داغ‌دیدگان با فقدان نقش مؤثری داشته است. نتایج مطالعه شریفی، احمدی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱) نیز نشان داد که بین آثار مثبت و منفی سوگ با ابعاد مختلف مقابله مذهبی در دانشجویان داغ‌دیده رابطه‌های معناداری وجود دارد و دانشجویان با سوگ بهنجار در مقایسه با دانشجویان با سوگ نابهنجار، میانگین نمره‌های بالاتری در اعمال مذهبی، ارزیابی خیرخواهانه مذهبی، راهبردهای مقابله مذهبی فعال و مقابله مذهبی منفعل و نمرات کمتری در احساس منفی نسبت به خداوند گزارش نموده‌اند.

بر مبنای نتایج به دست آمده، سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر کاهش نشانه‌های جسمانی تأثیر معنی‌داری داشته است (فرضیه اول). دیگر مطالعات نیز نشان داده‌اند که باورهای مذهبی در سلامت جسمانی افراد نقش دارند و اختلالات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی، اختلالات گوارشی، انواع سرطان و مشکلات فشار خون در بین افراد مذهبی کمتر گزارش شده است (پارگامنت، اسمیت، کوئینگ و پرز، ۱۹۹۸). مطالعه ریچاردز و فولکمن (۱۹۹۷) نیز نشان داد که رابطه مثبتی بین معنویت و مقابله مذهبی، با سلامت هیجانی و جسمی زنان داغ‌دیده پس از مرگ همسران‌شان وجود دارد. افزون بر این، استفاده از تکنیک‌های آرمیدگی اسلامی (نماز، دعا، ذکر و خواندن قرآن) در تعادل فیزیولوژیکی (فشارخون، ضربان قلب و تنفس) و تنظیم سیستم ایمنی بدن نقش مؤثری دارد (موسر، چانگ، مک کینلی، ریگل، آن و همکاران^۲، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد، راهبردهای مقابله مذهبی مثبت در هنگام مواجهه با وقایع فشارزای زندگی می‌تواند با کاهش سطح پریشانی هیجانی و فشار روانی، بر کاهش نشانگان روان‌تنی و افزایش سلامت جسمی تأثیر بگذارد (پارگامنت، اسمیت، کوئینگ و پرز، ۱۹۹۸).

سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر کاهش اضطراب و اختلال خواب نیز تأثیر معنی‌داری داشته است (فرضیه دوم). دیگر مطالعات نیز رابطه بین باورها و اعمال مذهبی و نیز سودمندی مداخلات معنویت‌درمانی بر کاهش اضطراب را

1. Smith.

2. Moser, Chung, McKinley, Riegel & An.

تأیید نموده‌اند (راجاگوپال و همکاران، ۲۰۰۴؛ اظهر، وارما و داراپ، ۱۹۹۴). به نظر می‌رسد، اعتقادات مذهبی موجب سازگاری بهتر با موقعیت‌های فشارزا گردیده و لذا افراد اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند (کوئینگ، ۲۰۰۷). برای مثال باور به زندگی پس از مرگ به دلیل فراهم آوردن امکان حفظ رابطه دلبستگی با متوفی نتایج مثبتی برای سازگاری و آرامش درونی داغدیدگان به دنبال دارد (بینوره و پارک، ۲۰۰۴). استفاده از تکنیک‌های آرمیدگی اسلامی (دعا، نماز، ذکر و خواندن قرآن) و تصویرسازی مذهبی نیز در این رابطه مفید بوده است. استفاده از آرمیدگی اسلامی به عنوان یک بخش الحاقی به روان‌درمانی، در درمان اضطراب و بی‌خوابی مرضی تأثیرات مطلوبی نشان داده است (رزعلی، امینه و خان، ۲۰۰۲؛ پوروانتو و زولیکاه، ۲۰۰۷). پژوهش‌های متعددی بیانگر نقش نماز و دعا در کاهش اضطراب و رسیدن به آرامش در افراد هستند (آقایانی چاوشی و همکاران، ۱۳۸۷). دعا به طور خاص، به عنوان شکلی از مراقبه در نظر گرفته می‌شود که آرمیدگی و حس بهزیستی کلی را ارتقا می‌بخشد (اظهر، وارما و داراپ، ۱۹۹۴؛ اظهر و وارما، ۱۹۹۵ الف). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که احساسات مثبت دینی از طریق افکار مثبت پیش از خواب بر شاخص‌های کیفیت خواب اثر می‌گذارند. حالات مثبت نسبت به خداوند، موجب استفاده بیشتر از افکار مثبت پیش از خواب و استفاده کمتر از افکار منفی می‌گردد که به نوبه خود، موجب بهبود کیفیت خواب، کاهش اختلالات خواب و مصرف کمتر داروهای خواب‌آور می‌گردد (وود، جوسف، لیوید و آتکینس^۱، ۲۰۰۹؛ آقابابایی و اینانلو، ۱۳۸۹).

بر مبنای نتایج به دست آمده از این پژوهش، سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر کاهش نارساکنش‌وری اجتماعی تأثیر معنی‌داری داشته است (فرضیه سوم). با توجه به اینکه این مؤلفه، گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره سنجیده و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنارآمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۰)، به نظر می‌رسد توصیه‌های مذهبی در زمینه دوری از کسالت، بی‌حوصلگی و بی‌فعالیتی و نقش آن در تداوم افسردگی، آگاه نمودن مراجع از مسؤلیت‌های انسان در چرخه آفرینش و آشنایی با توصیه‌های مذهبی در مورد پرهیز از بلا تکلیفی و بی‌هدفی در زندگی،

1. Wood, Joseph, Lloyd & Atkins.

می‌تواند انگیزشی در جهت درگیر شدن افراد در فعالیت‌های روزمره باشد (شریفی، ۱۳۹۱).

بر مبنای نتایج به دست آمده، سوگ‌درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی بر کاهش افسردگی داغدیدگان تأثیر معنی‌داری داشته است (فرضیه چهارم). مطالعه‌ی اظهر و وارما (۱۹۹۵ب) نیز نشان دهنده‌ی اثربخشی روان‌درمانی مذهب‌محور بر کاهش افسردگی مراجعان مسلمان است. حمید، بشلیده، عیدی بایگی و دهقانی‌زاده (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور در کاهش افسردگی بیماران سرطانی تأثیر دارد. استفاده از رویکرد چندوجهی اسلامی در درمان افسردگی نیز نتایج مطلوبی نشان داده و از این شیوه در درمان بسیاری از افراد افسرده استفاده شده است (فقیهی و مطهری طشی، ۱۳۸۳). تقویت این باور که هر تلاش و رنجی در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداشی در سطوح مختلف زندگی توأم است، می‌تواند فرد را از احساس پوچی و سرگردانی رهایی دهد (حمید، احمدیان و شایه، ۱۳۹۱). افزایش آگاهی افراد نسبت به قدرت خداوند و پذیرش این حقیقت که هر مشکلی با تکیه بر قدرت پروردگار حل می‌شود نیز در برطرف نمودن حزن و اندوه مؤثر است (فقیهی و مطهری طشی، ۱۳۸۳) استفاده از دعا و دیگر راه‌بردهای مقابله مذهبی مثبت مانند اعتماد به خداوند و انجام فعالیت‌های مذهبی (مقابله مذهبی فعال) نقش مهمی در کنارآمدن افراد با موقعیت‌های تنیدگی‌زا نشان داده است (استولی، بوک والتر^۱ و کوئینگ، ۱۹۹۹).

رویکردهای جدید شناختی- سازه‌گرایی به درمان داغدیدگی بر این موضوع تأکید دارند که توفیق افراد داغ‌دیده در معناسازی فقدان، منجر به شدت سوگ کمتر و بهزیستی روان‌شناختی و سلامت جسمی بالاتر می‌گردد (اسکووارتزرگ و جانوف-بولمن^۲، ۱۹۹۱). به عقیده پارک و فولکمن (۱۹۹۷) استفاده از توجیه و تبیین‌های مذهبی به عنوان یکی از عناصر شناختی زیربنایی، در فرایند بازسازی معنای زندگی پس

1. Stolley , Buckwalter & Koenig.

2. Schwartzberg & Janoff-Bulman.

از فقدان عزیزان نقش مؤثری دارد. استفاده از دعا به عنوان وسیله‌ای برای توسل به یک قدرت بالاتر نیز به عنوان بخش مهمی از فرایند معناسازی و مقابله با فقدان در نظر گرفته می‌شود. اسناد معنای وقایع به‌خواست خداوند (باور به تقدیر) یا این باور که متوفی در جای بهتری است، نیز می‌تواند شدت پریشانی متعاقب مرگ عزیزان را کاهش دهد (دیویس، ورتمن، لیهمن و سیلور ۲۰۰۰).

باورهای مذهبی، طرح‌واره‌های شناختی یا جهت‌گیری‌های فلسفی خاصی را فراهم می‌آورد که بر ادراک فرد از دنیا و واقعیت زندگی تأثیر گذاشته و لذا رنج مصیبت را قابل درک و قابل تحمل می‌سازد (پارک و فولکمن، ۱۹۹۷؛ فرانتز، ترولی و جول، ۱۹۹۶). برای مثال باور به زندگی پس از مرگ به دلیل فراهم آوردن امکان حفظ رابطه دل‌بستگی با متوفی نتایج مثبتی را برای سلامت روان داغدیدگان به دنبال دارد (بینوره و پارک، ۲۰۰۴). باورهای مذهبی، احتمال بازشناسی یک هدف معنادار در زندگی و مرگ را برای بازماندگان افزایش می‌دهد و افزون بر این انگیزش معنوی و مراجع می‌تواند انگیزش برای درمان را نیز افزایش دهد. بر همین اساس پیشنهاد شده است که مداخلات سوگ‌درمانی با استفاده از ملاحظات معنوی-مذهبی، به‌ویژه در مورد مراجعانی که جهان‌بینی معنوی-مذهبی دارند، می‌تواند نسبت به درمان‌های بدون عناصر مذهبی تأثیر بیشتری داشته باشد (جیلک، ۱۹۹۴).

به طور کلی بر مبنای نتایج به دست آمده از این پژوهش، درمان سوگ با استفاده از رویکرد اسلامی بر بهبود شاخص‌های سلامت عمومی افراد داغ‌دیده تأثیر داشته و بنابر این در مداخلات روان‌درمانی با داغدیدگان مسلمان قابل اجرا است. البته با توجه به ضرورت لحاظ نمودن تفاوت‌های فرهنگی در مشاوره و درمان سوگ، به‌ویژه با استفاده از رویکردهای مذهبی، لازم است تعمیم نتایج حاضر با احتیاط انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این الگوی درمانی بر سایر ابعاد سلامت روان و کیفیت زندگی افراد داغ‌دیده و همچنین در دیگر خرده‌فرهنگ‌های کشور مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- آقابابایی، ن. اینانلو، م. (۱۳۸۹)، «نقش قدردانی نسبت به خدا و خوی قدردانی در کیفیت خواب»، *روان‌شناسی و دین* ۳(۴)، ص ۷۳-۸۸.
- آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷)، «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *علوم رفتاری*، ۲(۲)، ص ۱۴۹-۱۵۶.
- بهمنی، بهمن و علی عسگری (۱۳۸۵)، «هنجاریابی ملی و ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای دانشجویان علوم پزشکی ایران»، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ایران*، ص ۶۲-۶۷.
- پالاهنگ، ح. و همکاران (۱۳۷۴)، «بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهر کاشان» *اندیشه و رفتار*، ۲ (۴)، ص ۱۹-۲۷.
- پروچسکا، ج. و نورکراس، ج. (۱۳۸۷)، *نظام‌های روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سید-محمدی، چاپ اول، تهران، نشر روان.
- حمید، ن. و همکاران (۱۳۹۰)، «بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱ (۱)، ص ۵۴-۶۴.
- _____ (۱۳۹۱)، «بررسی اثربخشی درمان‌گری مذهب‌محور بر میزان افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه»، *مجله پزشکی هرمزگان*، ۳، ص ۲۱۳-۲۲۱.
- خدایاری‌فرد، م. و عابدینی، ی. (۱۳۸۶)، *مشکلات سلامتی نوجوانان و جوانان*، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- شریفی، م. (۱۳۹۱)، *اثربخشی الگوی سوگ‌درمانی شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر آثار سوگ در خانواده‌های داغ‌دیده شهرستان فلاورجان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

- شریفی، م. و فاتحی‌زاده، م. (زیرچاپ)، «رابطهٔ مقابلهٔ مذهبی با افسردگی و فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی»، *مراقبت‌های نوین*.
- شریفی، م. و همکاران (۱۳۹۱)، «رابطهٔ مقابلهٔ مذهبی با آثار سوگ در دانشجویان داغ‌دیده»، *روان‌شناسی و دین*، ۵(۲)، ص ۱۱۵-۱۲۷.
- فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۳۹۰)، *آزمون‌های روان‌شناختی* (ارزش‌یابی شخصیت و سلامت روان)، تهران، بعثت.
- فقیهی، ع.ن، و عبادی، ن. (۱۳۸۹)، «بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری در افزایش امید به زندگی زنان بدون همسر شهر اهواز با تأکید بر قرآن»، *روان‌شناسی و دین*، ۳(۲)، ۶۱-۷۴.
- فقیهی، ع.ن، و مطهری طشی، ج. (۱۳۸۳)، «افسردگی، رویکرد اسلامی در سبب‌شناسی و فرایند درمان»، *معرفت*، ۸۴، ص ۴۸-۶۰.
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995a). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 233-235.
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995b). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 165-168 .
- Azhar, M. Z., Varma, S. L., & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.
- Benore, E. R., & Park, C. L. (2004). Death-specific religious beliefs and bereavement: Belief in an afterlife and continued attachment. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14, 1-22.
- Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, D. R., & Silver, R. C. (2000). Searching for Meaning in Loss: Are Clinical Assumptions Correct ? *Death Studies*, 24, 497-540 .
- Frantz, T. T., Trolley, B. C., & Johl, M. P. (1996). Religious aspects of bereavement. *Pastoral Psychology*, 44, 151-63 .
- Frantz, T. T., Trolley, B. C., & Johl, M. P. (1996). Religious aspects of bereavement. *Pastoral Psychol*, 44, 151-63.
- Halifax, J. (2008). *Being with dying: Cultivating compassion and fearlessness in the presence of death*. Boston: Shambhala.

- Hamdan, A. (2008). Cognitive Restructuring: An Islamic Perspective. *Journal of Muslim Mental Health*, 3, 99–116 .
- Hodge, D. R. (2008). Constructing spiritually modified interventions: Enhancing the effectiveness of cognitive therapy with diverse populations. *International Social Work*, 51(2), 178-192.
- Hodge, D. R., & Nadir, A. (2008). Moving toward culturally competent practice with Muslims: modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Social Work*, 53 (1), 31-41 .
- Jilek, W. G. (1994). Overview: Traditional healing in prevention and treatment of alcohol and drug abuse. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 31, 219-258.
- Maqsood, R. W., (2002). *After Death Life!* Thoughts to alleviate the grief of all Muslims facing death and bereavement. Fourth edition. Good Word Books Ltd. New Delhi.
- Mehrabiy, N. (2003). *Psychotherapy with Islamic Clients* Facing Loss and Grief Psychotherapy in Australia, 9 (2), 1-8 .
- Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., et al. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(5), 276-288.
- Pargament, K. I., Koenigh, H. G., Tarkeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A twoyear longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9, 713–730.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Pargament, K., Koenig, H.G., Perez, L.M. (2000). The Many Methods Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 516-543.
- Park, C. L. & Cohen, L. H. (1992). Religious beliefs and practices and the coping process. In B. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 185–198). New York: Praeger .
- Park, C. I. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61, 707–730.
- Park, C. I., & Cohen, L. H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 561–577.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115–144 .
- Parkes, C. M. (1993). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of

- adaptation. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 91-101). Cambridge, England: Cambridge University Press
- Purwanto, S., & Zulaekah, S. (2007). *Effect of religious relaxation in reducing insomnia*. Surakarta: University of Muhammadiyah Surakarta.
- Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C., & Lavizzo-Mourey, R. (2004). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Springer Netherlands*, 4 (2), 153-66.
- Razali, S.M., Aminah, K., & Khan, U.A. (2002). Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. *Transcultural Psychiatry*, 39, 130-136.
- Religion & Culture, v. 6, no. 3, p. 215-228. Wooda, A.M., Josephb, S., Lloyd, J Atkins, S. (2009). Samuel Atkinsc Gratitude influences sleep through the mechanism of pre-sleep cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 43-48.
- Richards, T. A., & Folkman, S. (1997). Spiritual aspects of loss at the time of a partner's death from AIDS. *Death Study*, 21, 527-552.
- Schwartzberg, S. S., & Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270-288 .
- Sperry, L. (2003). Integrating spiritual direction functions in the practice of psychotherapy. *Journal of psychology & Theology*, 31, (1), 3-13.
- Stolley J M , Buckwalter K C, Koenig H G. (1999). Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. *American Journal of Alzheimers Disease*, 14(3), 181-191.
- Thompson, M. P., Vardaman, P. J. (1997). The role of religion in coping with the loss of a family member to homicide. *Journal For The Scientific Study Of Religion*, 36(1), 44-51.
- Tomita, T., Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief :A reconsideration . *Comprehensive Psychiatry*, 43, 95-102.
- Weaver, A. J., L. T. Flannelly, J. Garbarino, C. R. Figley, and K. J. Flannelly, 2003, A systematic review of research on religion and spirituality in the Journal of Traumatic Stress : 1990-1999: *Mental Health, Religion & Culture*, 6(3), 215-228.
- Wuthnow, R., Christiano, K., & Kuzlowski, J. (1980). Religion and bereavement: A conceptual framework. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19, 408-422.