

مقایسه اثربخشی سوگدرمانی اسلامی با برنامه سوگدرمانی گروهی بر مشکلات بیرونی‌سازی دختران نوجوان داغ‌دیده

راضیه فتاحی*

مهرداد کلاتری**

حسین مولوی***

چکیده

هدف پژوهش، تدوین الگوی اسلامی مداخله در سوگ و مقایسه میزان تأثیر این مداخله با برنامه سوگدرمانی گروهی بر مشکلات بیرونی‌سازی و علائم سوگ دختران نوجوان داغ‌دیده بود. این پژوهش، نیمه تجربی با استفاده از گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. نمونه تحقیق سی دانش‌آموز داغ‌دیده بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس با کمک آموزش و پرورش شهرستان مبارکه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. برای اعضای گروه اول، هفت جلسه سوگدرمانی اسلامی (طراحی شده براساس مطالعه کیفی) و برای اعضای گروه دوم، هفت جلسه سوگدرمانی گروهی (طراحی شده توسط بنیاد جنگ و کودکان) اجرا شد. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. در پایان دوره مداخله، سوگدرمانی با رویکرد اسلامی نسبت به سوگدرمانی گروهی براساس هر سه شاخص اندازه‌گیری اثربخشی بیشتری را نشان داد ($p < 0/001$). یافته‌های این پژوهش از تقویت اثربخشی روان‌درمانی با ظرفیت‌های فرهنگی و آموزه‌های دینی حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: روان‌شناسی اسلامی، علم دینی، برنامه سوگدرمانی گروهی، داغ‌دیدگی، دختران نوجوان، مشکلات بیرونی‌سازی، روان‌شناسی بالینی

مقدمه

داغدیدگی بخش اجتناب‌ناپذیری از چرخه زندگی است؛ به‌طور کلی، انسان‌ها در هنگام برخورد با مصیبت‌هایی چون مرگ فرزند، پدر، مادر، همسر، بستگان و دوستان واکنش‌های شدید رفتاری عاطفی و شناختی بروز می‌دهند. بیشتر کودکان در طول دوران کودکی و نوجوانی، مرگ یکی از اعضای خانواده یا دوستان را تجربه می‌کنند و فرایند سوگ را پشت‌سر می‌گذارند.

به‌دنبال مرگ یکی از عزیزان، کودکان و نوجوانان معمولاً گستره وسیعی از عواطف و رفتارها را تجربه می‌کنند. کودکان کم‌سن‌وسال اغلب غمگین، خشمگین و ترسو می‌شوند. بعضی از آنها علاقه خود به فعالیت‌هایی را که قبلاً برایشان لذت‌بخش بوده است را از دست می‌دهند، کودکان پیش‌دبستانی رفتارهای پرخاشگرانه و مخرب نشان می‌دهند. محتوای بازی‌ها و نقاشی‌های آنها واقعه فشارزا می‌شود؛ همچنین، دچار اختلال در اشتها و خواب، گوشه‌گیری، خستگی، بی‌قراری، پرخاشگری و مشکلات یادگیری می‌شوند و علاقه به فعالیت‌های مدرسه در آنها کاهش می‌یابد. ممکن است دچار مشکل در تمرکز شوند و یا حتی به دوره‌های قبلی رشد بازگشت کنند و این تأثیری منفی بر عملکرد آنها دارد (راتر و همکاران^۱، ۲۰۰۸).

در آمریکا ۳/۵ درصد از نوجوانان زیر هجده سال، مرگ یکی از والدین را تجربه کرده‌اند (وک و همکاران^۲، ۲۰۰۵). بلک^۳ (۲۰۰۲) نیز اشاره کرده است که در کشورهای غربی بین ۱/۵ تا ۴ درصد کودکان، حداقل یکی از والدین خود را در کودکی از دست داده‌اند. وی اذعان می‌کند که در کشورهای در حال توسعه که تحت تأثیر فجایع طبیعی، جنگ و درگیری‌های داخلی هستند، این میزان به مراتب بیشتر است.

کودکان به دلایل مختلفی نظیر فجایع انسانی (مانند: جنگ، قتل، خشونت)، فجایع طبیعی (مانند: زلزله، سیل، سونامی)، مرگ ناگهانی (مانند: حوادث جاده‌ای و حملات قلبی)، مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن (مانند: بیماری ایدز و سرطان) و یا محکومیت‌های جزایی والدین خود را از دست می‌دهند. هر کدام از این فقدان‌ها،

1. Reutter & et al

2. Kwok & et al

3. Black

تأثیرات خاص خود را دارند و مداخلات روان‌شناختی متناسب با آن فقدان را می‌طلبند. با توجه به اینکه ایران نیز در معرض فجایع طبیعی و انسانی متعددی در دهه‌های اخیر قرار گرفته است؛ مانند جنگ هشت ساله عراق علیه ایران، زلزله شمال، زلزله بم و همچنین، آمار تصادفات رانندگی بالا در کشور ایران در مقایسه با سایر کشورها، مرگ‌های ناگهانی ناشی از بیماری‌های قلبی و سایر بیماری‌ها که به‌طور روزمره توجه همگان را به خود جلب کرده است، این‌گونه واقعیت‌های اجتماعی موجب می‌شوند که مسئله کودکان و نوجوانان داغ‌دیده و خانواده‌های آنها بسیار جدی‌تر از گذشته مدّ نظر متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد؛ به همین دلیل، سوگ یکی از همگانی‌ترین واکنش‌های انسانی است که در همه فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی در پاسخ به انواع مختلف فقدان اتفاق می‌افتد؛ بنابراین، لازم است مورد توجه همگان قرار گیرد.

امروزه مسئله فقدان، یک مسئله علمی محسوب می‌شود و شاخه‌ای از مشاوره به نام مشاوره سوگ^۱ به درمان فقدان‌ها می‌پردازد. مشاوره و درمان سوگ را می‌توان در گروه مشاوره بازتوانی^۲ قرار داد؛ چرا که در تمام موارد مصیبت‌دیدگی، به نحوی در فرد باعث ایجاد فشار روانی و در پی آن، آسیب سیستم ایمنی می‌گردد و او نیاز به بازتوانی و فعال‌سازی توانایی باقی‌مانده را دارد. 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 رساند؛ در این راستا، چارچوب‌های درمانی متعددی نیز پیشنهاد شده است، ولی مطالعات نشان می‌دهد که خانواده‌ها در چارچوب فرهنگ و مذهب خود، به فقدان واکنش نشان می‌دهند (مالکینسون^۳، ۲۰۱۰).

شی‌یر و همکاران^۴ (۲۰۰۱) نشان دادند که نشانگان داغ‌دیدگی، به دارودرمانی یا روان‌درمانی سنتی جواب نمی‌دهد، آنها با استفاده از چشم‌انداز واقعه فشارزا برای درک سوگ، از تکنیک‌های شناختی رفتاری؛ شامل مواجهه با موقعیت‌ها یا افکار اجتناب‌شده، تصویرسازی هدایت‌شده و تنفس همراه با تمرکز ذهن استفاده نمودند و نشان دادند که بهبودی معناداری در اضطراب، افسردگی و نشانگان سوگ ایجاد خواهد شد؛ همچنین، آنها مداخلات درمانی براساس درمان شناختی رفتاری را با روان‌درمانی بین‌فردی

1. Grief Counseling

2. Rehabilitation Counseling

3. Malkinson

4. Shear & et al

مقایسه نموده و نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری در بهبودی عوارض داغدیدگی مؤثرتر بوده است.

در پژوهش سیکما و همکاران^۱ (۲۰۰۶) گروه درمانی شناختی رفتاری در مقایسه با روان‌درمانی فردی کاهش بیشتری را در نشانگان سوگ و پریشانی روان‌پزشکی به همراه داشته است و نیز گرچه زنان سوگ و پریشانی بیشتری را در خط پایه نشان می‌دهند، اما آنان بهبودی بیشتری نسبت به مردان به دست می‌آورند.

واگنر و همکاران^۲ (۲۰۰۶) در پژوهشی، اثربخشی برنامه درمانی شناختی رفتاری سوگ پیچیده با استفاده از اینترنت را مورد بررسی قرار دادند، در گروه آزمایش از شیوه مواجهه با تلویحات داغدیدگی، ارزیابی مجدد شناختی و یکپارچگی و استقرار مجدد استفاده نمودند. نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، بهبودی معناداری در نشانگان سوگ، اجتناب و رفتارهای ناسازگارانه به دست آوردند که در پیگیری سه‌ماهه نیز این نتایج ادامه داشت.

چندین مطالعه مروری در زمینه بررسی اثربخشی درمان‌هایی با جهت‌گیری شناختی در درمان اختلالات متعاقب وقایع ضربه‌زا انجام گرفته است و به‌طور کلی، این مطالعات بر اثربخشی چنین درمان‌هایی اذعان نموده‌اند؛ همچنین، درمان‌های شناختی رفتاری که گزارش شده، مخصوصاً در کار با افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، افسردگی، اضطراب و سوگ ضربه‌زا یا مزمن مؤثر بوده‌اند (به نقل از بلک و همکاران^۳، ۱۹۹۷).

به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران، روان‌درمانی و به‌ویژه درمان‌های شناختی رفتاری تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون‌فرهنگی مراجعان قرار دارد و کارایی آنها به میزان هماهنگی‌شان با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد (هافمن^۴، ۲۰۰۶).

در زمینه درمان سوگ نیز باید به این نکته توجه داشت که فرهنگ‌های مختلف، روش‌های متفاوتی را برای درک مفاهیم زندگی، مرگ و مراحل پس از آن دارند و به‌ویژه، نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی، سهم بسزایی در جهت‌گیری افراد نسبت به مسئله

1. Sikkema & et al

2. Wagner & et al

3. Black & et al

4. Hofmann

فقدان و داغدیدگی دارد (ووتنو و همکاران^۱، ۲۰۱۰).

بر همین اساس، پیشنهاد شده است که مداخلات سوگ‌درمانی می‌تواند با استفاده از ملاحظات معنوی مذهبی؛ به‌ویژه در مورد مراجعانی که جهان‌بینی معنوی مذهبی دارند، در مقابله با فقدان کمک کند (لویس^۲، ۲۰۰۶).

پژوهش فرانکلین^۳ (۲۰۱۰) تحت عنوان ملحق کردن مذهب و معنویت در درمان مراجعان امریکایی افریقایی تبار انجام شد. وی تنوع مذهبی را در جامعه امریکایی‌های افریقایی تبار بررسی نمود. وی بر نقش مذهب و معنویت به عنوان مکانیزم‌های مقابله‌ای و بقا در مقابله با نژادپرستی، سختی‌ها و فقدان تأکید می‌کند. در این مقاله، در مورد مسائل مذهبی و معنوی شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف زندگی بحث می‌شود. به هر حال، پژوهش‌های زیادی به اهمیت مذهب و معنویت در زندگی این افراد اشاره کرده - است و این تحقیق نیز به نوبه خود سهم زیادی در ادبیات پژوهشی این حوزه دارد.

در پژوهشی که در مدارس انجام شد، این نتیجه به دست آمد که معنویت به عنوان مکانیزم بقا سهم زیادی در مقاومت و سرسختی جامعه، در مقابله با دردهای روان‌شناختی ناشی از نژادپرستی و تبعیض دارد؛ همچنین، معنویت به عنوان موتور شفابخشی در بهبودی و بازیافتن سلامتی از واقعه فشارزا و فقدان می‌باشد (داس^۴، ۲۰۱۰).

در راستای پژوهش داس، پژوهش جروم^۵ (۲۰۱۱)، نیز به نقش سوگ در جامعه و مدارس خاص اشاره می‌کند. وی به نقش اعتقادات مذهبی و معنوی، زمانی که با برنامه‌های مداخلات سوگ در مدرسه متحد می‌شود، اشاره می‌کند و نتیجه می‌گیرد که تشویق متخصصان سلامت روان در مدارس برای مشورت کردن و کمک گرفتن از رهبران مذهبی جامعه و والدین و همچنین، کشف منابع و اعتقادات مذهبی کودکان در مداخلات تأثیر به‌سزایی داشته است.

در پژوهشی که توسط بکر و همکارانش^۶ (۲۰۱۱) انجام شد، به نقش اعتقادات مذهبی و معنوی در سوگ و داغدیدگی پرداختند. به بیان آنها، همان‌گونه که سن و جنس در سوگ تأثیرگذار است، مذهب و معنویت هم مؤثرند. در بررسی پانزده پایگاه

1. Wuthnow & et al

3. Franklin

5. Jerome

2. Lewis

4. Dass

6. Becker & et al

داده و ۵۷۱۵ نفر با ۶۹ درصد زن و ۸۷ درصد سفیدپوست نتیجه گرفتند که ۹۴ درصد پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اعتقادات مذهبی تأثیر مثبتی بر سوگ و داغدیدگی دارد؛ اما با این حال، ناهمگنی زیادی در رابطه با این موضوع که شامل اندازه‌گیری در جمعیت و پیامدهاست، می‌باشد. با توجه به اینکه آنها به نقش متغیرهای مذهبی و معنوی اشاره کرده‌اند، در نهایت نتیجه‌گیری کردند که داده‌ها اجازه نمی‌دهند در این باره پاسخ قطعی و صریحی بیان کنند.

به طور خلاصه، در پیشینه پژوهش مشخص می‌شود که افراد با اعتقادات معنوی و مذهبی بهتر می‌توانند فرایند سوگ را پشت‌سر گذارند؛ همچنین، در مداخلات متغیرهای معنوی با ایجاد معنا برای افراد و بازسازی ارزش‌ها باعث می‌شود تا مراجعان نتایج بهتری کسب کنند. البته با توجه به اینکه معنویت و مذهب اشاره شده در این پژوهش‌ها، معنویت مسیحیت و یهودی است؛ جای آموزه‌های اسلامی و اعتقادات مذهبی مبتنی بر دین اسلام در سوگ و این پژوهش‌ها خالی است و به همین دلیل، این پژوهش سعی در جبران این نقیصه دارد.

ارائه خدمات مطلوب به کودکان و نوجوانان داغ‌دیده، خانواده و مدرسه مستلزم داشتن الگو یا مدل است. الگوها یا مدل‌های نظری مشخص می‌کنند که در کار با کودکان و نوجوانان داغ‌دیده باید روی چه عواملی تأکید و چه عواملی نادیده گرفته شوند (کرینگ و همکاران، ۲۰۰۷).

در این زمینه، می‌توان به پژوهش عادل و همکاران (۱۳۸۹) که به بررسی اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایتمندی زندگی دانشجویان؛ عبادی و همکاران (۱۳۸۹) که به بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز؛ اسحاقی و همکاران (۱۳۸۹) به تأثیر آموزش مبتنی بر آموزه‌های دینی بر فعالیت بدنی سالمندان پرداختند و به پژوهش‌های زیادی از این قبیل اشاره کرد.

به نظر می‌رسد که مطلوب‌ترین الگو، مدل یا پارادایم در قلمرو داغدیدگی کودکان، توجه به متغیرهای فرهنگی، آموزه‌های اسلام و کاربردهای عملی است. بررسی آیات و روایات اسلامی نشان می‌دهد که اسلام الگوی کارآمدی در مقابله با تنیدگی ارائه کرده

است و درون‌مایه‌هایی همچون نگرش صحیح و واقع‌بینانه به مرگ و زندگی، معناداری و هدفمندی زندگی، تسلیم و خشنودی در برابر مشیت الهی، توصیه به صبر و شکیبایی در برابر حوادث و بسیاری توصیه‌های رفتاری و عملی ارزشمند دیگر، قابلیت ایجاد یک الگوی درمانی در مقابله با سوگ را داراست؛ بنابراین، در این پژوهش مد نظر است تا مدل درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلام و فرهنگ مردم جامعه ایران، تدوین و اثربخشی آن در مقایسه با برنامه سوگ‌درمانی گروهی سنجیده شود، همانند سایر درمان‌های انجام شده با رویکرد اسلامی در حیطه‌های مختلف؛ مانند درمانی که توسط عادل و همکاران در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان «بررسی اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایتمندی زندگی دانشجویان» صورت گرفت و یا درمانی که توسط عبادی و همکاران در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی» انجام شد.

روش

این پژوهش در دو مرحله انجام شد. طرح این پژوهش در مرحله اول، پژوهش کیفی نظریه زمینه‌ای^۱ بود که درمان اسلامی مداخله در سوگ طی مطالعه کیفی از آموزه‌های اسلامی و روایات اسلامی تدوین شد. به دلیل اینکه تلاش‌ها جهت ایجاد و تدوین علمی محتوا، فرایند و مراحل درمان با جهت‌گیری دینی و معنوی سازمان‌دهی و از یک متدولوژی علمی و قابل دفاع استفاده شود، بعد از بررسی روش‌های مختلف پژوهش کیفی، در نهایت روش کیفی نظریه زمینه‌ای به عنوان روش الهام‌بخش در این مرحله استفاده شد.

مرحله دوم، مطالعه تجربی بود که به بررسی اثربخشی الگوی تدوین شده و مقایسه آن با برنامه گروهی سوگ‌درمانی پرداخت. طرح پژوهش به صورت نیمه‌تجربی همراه با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود که هر سه گروه در سه نوبت مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند.

جامعه آماری کلیه نوجوانان دختر ۱۸-۱۴ سال داغ‌دیده شهرستان مبارکه، که مرگ یکی از عزیزان نزدیک خود را تجربه کرده بودند را شامل می‌شد. افراد داغ‌دیده در سال

1. grounded theory

۱۳۹۱-۱۳۹۲ به کمک سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان و شهرستان مبارکه، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس با توجه به اهداف و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند ($n_1 = n_2 = n_3 = 10$).

از ملاک‌های آنها؛ دارا بودن نسبی علائم سوگ، سن ۱۸-۱۴ سال؛ نداشتن اختلالات روانی (افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر مشکلات روان‌پزشکی) و تجربه فقدان به فاصله یک سال گذشته بود.

میانگین تعداد ماه‌های سپری شده از فقدان در سه گروه ۲۰/۹۲ ماه (انحراف معیار ۱۱/۵۹) بود؛ همچنین، میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۷/۲۰ سال (انحراف معیار ۰/۸۵) بود و نیز ترکیب شرکت‌کنندگان از لحاظ رابطه با متوفی نیز ۷۰ درصد پدر متوفی، ۲۰ درصد مادر متوفی و ۱۰ درصد خواهر و یا برادر متوفی بود.

ابزار

پرسشنامه سوگ (دی‌گرو و همکاران، ۲۰۰۱)

این پرسشنامه، اولین مقیاسی است که برای سنجش علائم سوگ و داغدیدگی در کودکان و نوجوانان توسط «بنیاد جنگ و کودکان» طراحی شده است. لازم به ذکر است که این بنیاد در کشور نروژ قرار دارد و یک سازمان غیرانتفاعی است که به بهبود زندگی کودکان پس از جنگ و بلا یا اختصاص دارد. پرسشنامه دارای ۲۳ سؤال است که هر سؤال در مقیاس لیکرت از تقریباً هرگز تا همیشه، به ترتیب از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. با جمع نمرات سؤال‌ها، نمره کل پرسشنامه به عنوان ملاک کلی علائم سوگ و داغدیدگی در کودکان و نوجوانان به دست می‌آید. این پرسشنامه توسط متخصصان دانشگاه اصفهان بررسی شده و به طور گسترده در پژوهش‌های مختلف استفاده شده است. سؤالات آن محدود به یک فرهنگ خاصی نبوده و برای تمامی فرهنگ‌ها طراحی شده است و به عبارتی، وابسته فرهنگ است؛ بنابراین، در همه کشورها و جوامع قابل استفاده است. همچنین، پرسشنامه سوگ در کشورهای مختلف

اسلامی دیگر؛ از جمله افغانستان، عراق و پاکستان نیز مورد بررسی قرار گرفته است. آدلین^۱ (۲۰۰۹) آلفای کرونیخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش نموده و در پژوهش‌های مختلف میزان پایایی و روایی مطلوبی گزارش شده است؛ برای مثال، سجادیان، آلفای کرونیخ ۰/۸۴ را گزارش کرده است (سجادیان، ۱۳۹۱).

پرسشنامه آخنباخ (فرم خودسنجی)^۲

این فرم برای افراد ۱۸-۱۱ ساله به کار می‌رود و خود نوجوان آن را تکمیل می‌کند. آخنباخ و همکاران^۳ (۲۰۰۱) براساس تحلیل عاملی که بر روی سؤالات مربوط به مشکلات عاطفی- رفتاری انجام دادند، مقیاس‌ها یا خرده‌آزمون‌هایی را استخراج کردند و آنها را مقیاس‌های مبتنی بر تجربه نام نهادند؛ شامل: اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، درونی‌سازی، برونی‌سازی و مشکلات کلی. این خرده‌مقیاس‌ها به دو گروه کلی تقسیم می‌شوند: یکی از این گروه‌بندی‌ها که درونی‌سازی نام دارد، سه مقیاس اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی و شکایات جسمانی را دربرمی‌گیرد و گروه دوم، برونی‌سازی نامیده می‌شود که نشانگان رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه را شامل می‌شود. ۱۰۵ مورد از سؤالات مربوط به مشکلات عاطفی- رفتاری، ۱۴ مورد مربوط به رفتارهای مطلوب اجتماعی است. از بین سؤالات این پرسشنامه فقط سؤالات مربوط به خرده‌مقیاس‌های درونی‌سازی استفاده می‌شود. آخنباخ و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که همخوانی و ارتباط زیادی بین این مقیاس و تشخیص DSM-IV^۴ وجود دارد. در ایران نیز این پرسشنامه توسط مینایی (۱۳۸۵) مورد هنجاریابی قرار گرفت. ضریب همسانی آلفا بین ۰/۷۴-۰/۸۸ قرار دارد که نشان از همسانی درونی آزمون می‌باشد؛ همچنین، پایایی مقیاس نشان از ثبات زمانی نمرات مقیاس‌ها بود و ضرایب همبستگی در سطح $p < 0/05$ معنادار بودند (مینایی، ۱۳۸۵).

1. Adeline

2. YSR

3. Achenbach & et al

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4Text Revised)

پرسشنامه تجدیدنظر شده تأثیر وقایع

این پرسشنامه جدیدترین مقیاس است که توسط بنیاد بین‌المللی جنگ و کودکان برای بخش PTSD در کودکان کشور انگلستان معرفی شده است. اولین بار توسط هورویتز و همکاران^۱ (۱۹۹۷) برای ردیابی پدیده‌های اصلی تجربه مجدد وقایع بحران‌زا، اجتناب از آن وقایع و احساسات ناشی از آن معرفی شد. نسخه اصلی پانزده سؤالی با سؤالات چهار درجه‌ای و دارای دو مقیاس فرعی مزاحمت و اجتناب بود. این پرسشنامه برای افراد بالای هشت سال به کار می‌رود. یول (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای بر روی ۳۳۴ نوجوان بازمانده از فجایع کشتیرانی نشان داد که برخی از سؤالات این پرسشنامه توسط کودکان سوء تعبیر می‌شود که ساختار عاملی آن را شناسایی کردند. این عوامل برای انتخاب هشت سؤال که بهتر از بقیه ساختار عاملی را منعکس می‌کردند، استفاده و ویرایش کوتاه آن ایجاد شد. این نسخه اکنون از انگلیسی به فارسی برگردانده شده و نسخه نهایی آن با متن اصلی مطابقت داده شده است. چهار سؤال این پرسشنامه به سنجش افکار مزاحم و چهار سؤال دیگر به سنجش اجتناب می‌پردازد. یول (۱۹۹۷) میزان آلفای پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش نموده است. در ایران نیز توسط سجادیان (۱۳۹۱) اجرا و آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد. در بررسی روایی و پایایی مقیاس در کنار نتایج فوق، در تحقیقی که توسط نجمی (۱۳۷۵؛ به نقل از سجادیان، ۱۳۹۱) انجام شد، پس از تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از آزمون عملکرد خانواده در گروه‌های نوجوانان محبوب و طرد شده، بین نمره کل عملکرد خانواده و ابعاد پانزده‌گانه مقیاس، رابطه معنادار مشاهده شد و همبستگی درونی مقیاس نیز تأیید گردید. از طرفی، روایی صوری آزمون با نظر گروهی از متخصصان و مشاوران خانواده مورد ارزیابی قرار گرفت که همه به اتفاق، روایی آزمون را تأیید کردند. در رابطه با پایایی نیز پس از اجرای مقدماتی آزمون در مورد گروه چهل نفری بعد از جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از روش دومینمه کردن آزمون و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل و هر دومینمه آزمون، ضریب ۰/۸۶ تا ۰/۷۵ را به دست آورد، این نتایج پایا بودن آزمون را تأیید کرد. در پژوهش کدیور و همکاران (۱۳۸۳؛ به نقل از سجادیان، ۱۳۹۱) نیز آزمون در مورد یک گروه صد نفری اجرا شد و نتایج آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۷ به دست آمد و پایایی مقیاس تأیید گردید.

1. Horowitz, & et. al

روند اجرای پژوهش

به منظور اجرای پژوهش، پس از تعیین اهداف و تعریف جامعه آماری پرسشنامه سوگ در بین چهل دانش‌آموز گروه نمونه توزیع شد و نتایج مورد بررسی قرار گرفت؛ از بین کسانی که بالاترین نمره در علائم سوگ را نشان داده بودند، به صورت تصادفی سی نفر انتخاب و به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ده نفر) گماشته شدند. گروه آزمایش اول، مداخله تدوین‌شده و گروه آزمایش دوم، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کردند و با نوجوانان داغ‌دیده فهرست انتظار مقایسه شدند. گروه گواه تا پایان پیگیری در فهرست انتظار باقی ماندند و سپس آموزش مشابهی را دریافت نمودند. پس از انجام مداخله‌ها، مجدداً در یک جلسه عمومی، پیش‌آزمون اجرا شد و کل آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و میزان نمرات آنها اندازه‌گیری شد. سه ماه پس از پس‌آزمون، آزمون پیگیری در مورد هر سه گروه اجرا شد.

درمان اسلامی مداخله در سوگ طی مطالعه کیفی از آموزه‌های اسلامی و روایات اسلامی تدوین شد؛ به دلیل اینکه، تلاش‌ها جهت ایجاد و تدوین علمی محتوا، فرایند و مراحل درمان با جهت‌گیری دینی و معنوی سازمان‌دهی گردد و از یک متدولوژی علمی و قابل دفاع استفاده شود، بعد از بررسی روش‌های مختلف پژوهش کیفی؛ درنهایت، روش کیفی نظریه زمینه‌ای به عنوان روش الهام‌بخش در این مرحله استفاده شد. با توجه به پیشینه پژوهشی، مراجعه به نشریه‌ها و مجلات، مصاحبه با صاحب‌نظران روان‌شناسی و علوم دینی، اسناد و مدارک (کتاب‌های مذهبی) داده‌ها جمع‌آوری شدند. جمع‌آوری داده‌ها تا اشیاع نظری ادامه یافت. براساس اطلاعات به‌دست آمده، چهارچوب نظری و پیش‌فرض‌های تئوریک برای تولید داده‌ها و ایجاد الگوی درمانی مشخص شد که شامل مؤلفه‌های «تبیین چهارچوب نظری و پیش‌فرض‌های سوگ‌درمانی مبتنی بر اسلام» و «تبیین آسیب‌شناسی سوگ در این دیدگاه و اهداف و راهکارهای مداخله‌ای» بودند. سپس با بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی، مفاهیم صورت‌بندی و مقوله‌بندی شدند و مفاهیم پایه روان‌شناختی ایجاد شدند، در مرحله بعدی هم مفاهیم توسعه یافتند و درنهایت، متغیر هسته‌ای انتخاب و براساس آن جلسات درمان ایجاد شد. ساختار جلسات براساس مقوله‌های زیر طراحی شد.

اعتقاد به قضا و قدر الهی، معنایابی در فقدان، مرگ‌شناسی، آزمایش الهی، توکل به خداوند، تسلیم و رضا، صبر، ذکر، دعا، گریه، زیارت قبور و صلّه ارحام. به طور کلی، جلسات درمان؛ شامل مهارت‌های شناختی (اعتقاد به قضا و قدر الهی، معنایابی در فقدان آزمایش الهی، مرگ‌شناسی)، مهارت‌های اخلاقی (توکل به خداوند، تسلیم و رضا، صبر) و مهارت‌های رفتاری (ذکر، دعا، گریه، زیارت قبور، صلّه ارحام) بودند.

درمان اول: درمان مداخله در سوگ

جلسه اول: معارفه و بررسی داستان سوگ، آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی گروه، تبیین اهداف و مراحل درمان، تنظیم قواعد گروهی و تشریح وظایف، بیان شدن داستان سوگ هر شخص (کسب اطلاعات در مورد کیفیت تجربه سوگ، رابطه فرد با متوفی، طول فقدان، نوع تجربه مرگ، تجارب قبلی فقدان در خانواده).

جلسه دوم: ارائه اطلاعاتی برای شناختن هر چه بیشتر داغدیدگی، درک تفاوت در واکنش‌های مختلف اعضای خانواده به فقدان، شناسایی احساسات و شناسایی باورهای ناکارآمد در افراد داغ‌دیده، رویدادهای برانگیزاننده هیجان ناخوشایند، فرم ثبت رویدادها، استفاده از روش نوشتن برای بهبودی.

جلسه سوم: آموزش چرخه فکر - هیجان - رفتار، مروری بر افکار منفی و چالش با آنها (من باعث مرگ او شدم، چرا او مرده است؟ من می‌توانستم جلوی آن اتفاق را بگیرم)، استناد به احادیث و آیات قرآن کریم در مواجهه با مشکلات، بررسی رابطه با خداوند، بیان مباحث مربوط به توکل، آموزش توجه برگردانی با اذکار، توسل به ائمه و دعا.

جلسه چهارم: بحثی در رابطه با مرگ‌شناسی و واقعیت‌های مربوط به مرگ، اصلاح باورهای نادرست، کمک به داغ‌دیدگان برای یافتن معنا در مصیبت، بحث تقدیر خداوند، آزمایش الهی، آموزش تجسم ذهنی بر پدیده‌های هستی جهت کسب انرژی مثبت، تقویت رفتارهای عبادی آنها.

جلسه پنجم: بررسی خطاهای شناختی، ارائه راهکارهای رفتاری دیگر؛ مانند زیارت اهل قبور، خیرات، گریه، برنامه روزانه مناجات با خداوند، درگیر شدن در روابط اجتماعی.

جلسه ششم: نقش صبر، رضا و تسلیم در مقابله با فقدان، الگوگیری از ائمه معصومین(ع) در مواجهه با مصائب.

جلسه هفتم: اختتام، بررسی نکات اصلی مباحث جلسات پیشین، ضرورت سازگاری با زندگی جدید، بررسی مضامین دینی در مورد امید، هدف در زندگی، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده‌اند، دادن اطمینان خاطر به مراجعان.

درمان دوم: برنامه سوگدرمانی گروهی

آموزش مهارت‌های زندگی، نوعی درمان گروهی است که توسط سازمان بنیاد جنگ و کودکان برای نوجوانانی که واقعه فشارزایی را تجربه می‌کنند، طراحی شده است. این مداخله براساس فعالیت‌های گروهی برای نوجوانان سیزده سال به بالا تهیه شده است. این راهنما از هفت جلسه نود دقیقه‌ای تشکیل شده است. در این درمان به نوجوانان مهارت‌ها و تکنیک‌هایی را که برای تأثیرات بحران‌زای مربوط به فقدان مفید هستند، آموزش داده می‌شود. آنها مهارت‌هایی برای تسلط بر فقدان و همچنین مهارت‌های تن‌آرامی، مهارت‌های مواجهه با واکنش‌های ناراحت‌کننده و مهارت‌های چگونگی غلبه بر فقدان در طول زمان را یاد خواهند گرفت. جلسات شامل فعالیت‌های عملی یا تکالیفی خواهد بود که با گروه خود انجام می‌دهند؛ علاوه بر این، شامل اطلاعاتی درباره واکنش‌های طبیعی خواهد بود (دیرگرو و همکاران، ۲۰۱۱).

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات درونی‌سازی، PTSD و علائم سوگ در سه گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب در جدول ۱ و ۲ و ۳ آمده است؛ همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، میانگین گروه‌های آزمایشی در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه در جدول‌ها کاهش داشته است. این کاهش در مرحله پیگیری گروه‌های آزمایش نیز دیده می‌شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات درونی سازی به تفکیک مراحل و گروه‌ها

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
سوگ‌درمانی اسلامی	پیش‌آزمون	۳۹/۲۰	۶/۴۰۸
	پس‌آزمون	۱۵/۸۰	۳/۹۹
	پیگیری	۱۷/۲۰	۳/۲۲۵
برنامه سوگ‌درمانی گروهی	پیش‌آزمون	۳۵/۷۰	۶/۲۹۰
	پس‌آزمون	۱۹/۴۰	۵/۵۴۲
	پیگیری	۲۰/۶۰	۴/۹۵
کنترل	پیش‌آزمون	۳۶/۶۰	۷/۵۰۱
	پس‌آزمون	۳۶/۴۰	۶/۹۹
	پیگیری	۳۷/۴۰	۶/۹۳

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD به تفکیک گروه‌ها و مراحل

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
سوگ‌درمانی اسلامی	پیش‌آزمون	۱۶/۵۰	۱/۲۶۹
	پس‌آزمون	۸/۷۰	۱/۸۳
	پیگیری	۹/۶۰	۱/۶۴۷
برنامه سوگ‌درمانی گروهی	پیش‌آزمون	۱۵/۷۰	۱/۱۶۰
	پس‌آزمون	۱۰/۱۰	۱/۵۲۴
	پیگیری	۱۱/۱۰	۱/۵۹
کنترل	پیش‌آزمون	۱۶/۲۰	۱/۵۵
	پس‌آزمون	۱۵/۵۰	۲/۰۱۴
	پیگیری	۱۶/۲۰	۲/۲۵۱

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات علائم سوگ به تفکیک گروه‌ها و مراحل

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
سوگ درمانی اسلامی	پیش‌آزمون	۷۰	۱۲/۵۷۰
	پس‌آزمون	۳۸/۳۰	۶/۵۶۷
	پیگیری	۳۹/۴۰	۶/۷۳۶
برنامه سوگ درمانی گروهی	پیش‌آزمون	۶۵/۷۰	۱/۱۶۰
	پس‌آزمون	۵۰/۸۰	۱۰/۳۸
	پیگیری	۵۱/۰	۹/۷۷
کنترل	پیش‌آزمون	۲۰/۶۵	۱۵/۴۳۳
	پس‌آزمون	۶۵/۷۰	۱۳/۹۳۷
	پیگیری	۶۴/۹۰	۱۲/۳۳

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات درونی‌سازی، PTSD

و علائم سوگ در سه گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
نمرات درونی‌سازی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۳۴۹/۲۳۰	۱۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۸
		عضویت گروهی	۲	۱۲۴۹/۹۷	۶۹/۱۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱۰۰
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲۰۴/۵۷	۱۱/۰۵	۰/۰۰۳	۰/۳۱	۰/۸۹
		عضویت گروهی	۲	۱۱۵۶/۵۳	۶۲/۴۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱۰۰
PTSD	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۸/۹۷۶	۲/۹۸	۰/۰۹	۰/۱۰۳	۰/۳۸
		عضویت گروهی	۲	۱۲۹/۸۱۵	۴۲/۹۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱۰۰
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۱۹/۸۱	۷/۰۴۷	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۷۲
		عضویت گروهی	۲	۱۲۱/۵۴۷	۴۳/۲۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱۰۰
علائم سوگ	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۰۴۰/۴۰۵	۳۷۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱۰۰
		عضویت گروهی	۲	۲۲۰۷/۷۹۴	۱۱۵/۳۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱۰۰
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۸۸۵/۵۰۷	۶۳/۶۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۷۸
		عضویت گروهی	۲	۱۹۱۵/۸۳۲	۱۳۷/۶۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱۰۰

چنانچه مشاهده می‌شود، بین پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و پیگیری در متغیر درونی‌سازی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/001$)؛ از این‌رو، متغیری که با پس‌آزمون و پیگیری رابطه داشته باشد، می‌بایست کنترل گردد تا اثر آن از روی پس‌آزمون و پیگیری برداشته شود. با این وجود، حتی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری درونی‌سازی در سه گروه تدوین مدل اسلامی مداخله در سوگ، برنامه سوگ‌درمانی گروهی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و عضویت گروهی به ترتیب ۸۴ و ۸۳ درصد از تغییرات مربوط به نمره علائم درونی‌سازی را در پس‌آزمون و پیگیری تبیین می‌کند ($P < 0/001$). توان آماری ۱۰۰ درصد نیز نشان از کفایت حجم نمونه برای تحلیل‌ها بوده است؛ بنابراین، گروه‌های درمانی (تدوین مدل اسلامی مداخله در سوگ و برنامه سوگ‌درمانی گروهی) در کاهش نمرات درونی‌سازی در پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند.

چنانچه مشاهده می‌شود بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون PTSD در سه گروه تدوین مدل اسلامی مداخله در سوگ، برنامه سوگ‌درمانی گروهی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و عضویت گروهی ۷۶ درصد از تغییرات مربوط به نمره علائم PTSD را در پس‌آزمون تبیین می‌کند ($P < 0/001$). در گروه پیگیری نتایج نشان می‌دهد، حتی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پیگیری PTSD در سه گروه تدوین مدل اسلامی مداخله در سوگ، برنامه سوگ‌درمانی گروهی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و عضویت گروه ۷۷ درصد از تغییرات مربوط به نمره علائم PTSD را در پس‌آزمون تبیین می‌کند ($P < 0/001$). توان آماری بالای ۰/۸ در هر دو گروه پس‌آزمون و پیگیری نیز نشان از کفایت حجم نمونه است.

با توجه به جدول بالا، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری علائم سوگ در سه گروه تدوین مدل اسلامی مداخله در سوگ، برنامه سوگ‌درمانی گروهی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). عضویت گروهی نیز ۷۸ و ۷۹ درصد از تغییرات مربوط به نمره علائم سوگ را در پس‌آزمون و پیگیری تبیین می‌کند ($P < 0/001$). توان آماری بالا هم حاکی از کفایت حجم نمونه برای انجام تحلیل است.

در جدول شماره ۵ نیز مقایسه‌های زوجی مربوط به گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۵: مقایسه‌های زوجی گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای پژوهش	گروه‌های آزمایشی		میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
	مداخله الگوی اسلامی	برنامه سوگ‌درمانی گروهی			
نمرات درونی‌سازی پس‌آزمون	مداخله الگوی اسلامی	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	-۶/۱۲	۲/۱۱	۰/۰۰۷
	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	کنترل	-۲۲/۶۳	۲/۰۶	۰/۰۰۱
		کنترل	-۱۶/۴۳۸	۱/۹۱	۰/۰۰۱
نمرات درونی‌سازی پیگیری	مداخله الگوی اسلامی	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	-۵/۰۵۱	۲/۱۳	۰/۰۲
	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	کنترل	-۲۱/۴۳	۲/۰۹	۰/۰۰۱
		کنترل	-۱۶/۳۷۰	۱/۹۳	۰/۰۰۱
نمرات PTSD پس‌آزمون	مداخله الگوی اسلامی	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	-۱/۷۴	۰/۸۰۳	۰/۰۴
	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	کنترل	-۶/۹۲۹	۰/۷۸	۰/۰۰۱
		کنترل	-۵/۱۸۴	۰/۷۸۷	۰/۰۰۱
نمرات PTSD پیگیری	مداخله الگوی اسلامی	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	-۲/۰۱۳	۰/۷۷	۰/۰۱
	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	کنترل	-۶/۷۹۲	۰/۷۵۳	۰/۰۰۱
		کنترل	-۴/۷۷۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱
نمرات سوگ پس‌آزمون	مداخله الگوی اسلامی	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	-۱۶/۳۸۲	۲/۲۷۷	۰/۰۰۱
	برنامه سوگ درمانی گروهی	کنترل	-۳۰/۸۹۸	۲/۰۴۲	۰/۰۰۱
		کنترل	-۱۴/۵۱۵	۲/۰۵۹	۰/۰۰۱
نمرات سوگ پیگیری	مداخله الگوی اسلامی	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	-۱۵/۲۱۵	۱/۹۴۲	۰/۰۰۱
	برنامه سوگ‌درمانی گروهی	کنترل	۲۸/۷۷۸	۱/۷۴۲	۰/۰۰۱
		کنترل	-۱۳/۵۶۳	۱/۷۵۶	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجا که مذهب به عنوان یک عنصر مهم در فرهنگ در نظر گرفته می‌شود و طبق پیشینه مطرح شده، درمان‌ها متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های مردم است و با توجه به بافت مذهبی جامعه ایران؛ پژوهش حاضر بر آن شد تا با تدوین الگوی

اسلامی مداخله در سوگ را تدوین نماید و اثر آن را با برنامه سوگ‌درمانی گروهی در کاهش مشکلات برونی‌سازی و علائم سوگ دختران نوجوان داغ‌دیده مقایسه کند. این پژوهش در شهرستان مبارکه، یکی از شهرستان‌های استان اصفهان که بافت نسبتاً مذهبی دارد، انجام شد.

دانش‌آموزان نوجوان دبیرستانی از نظر مذهبی در سطح متوسط بودند؛ البته این نکته قابل توجه است که اکثر آنها در گفته‌های خود مطرح می‌کردند که از خدا دلگیرند و بعضی از آنها بیان می‌کردند که با خدا قهر کرده‌اند و در تکالیف خانگی زمانی که قرار بود با خدای خود حرف بزنند، تجارب جالبی را گزارش می‌دادند و حتی برای خدا نامه می‌نوشتند. با این حال، در پایان جلسات درمان خدا را نه تنها به عنوان آفریدگار حکیم بلکه به عنوان یک دوست نیز مد نظر داشتند.

به طور کلی، نتایج نشان می‌دهد که الگوی اسلامی مداخله در سوگ و برنامه سوگ‌درمانی گروهی، هر دو بر کاهش مشکلات عاطفی- رفتاری، علائم سوگ و PTSD در پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه تأثیر معناداری داشته‌اند؛ ولی سوگ‌درمانی با رویکرد اسلامی نسبت به سوگ‌درمانی گروهی براساس هر سه شاخص اندازه‌گیری اثربخشی بیشتری را نشان داده است ($p < 0/001$). یافته‌های این پژوهش از تقویت اثربخشی روان‌درمانی با ظرفیت‌های فرهنگی و آموزه‌های دینی حمایت می‌کند.

دین آموزه‌های فراوانی در تمامی حوزه‌های زندگی دارد؛ آموزه‌هایی که یا دیده نشده‌اند و یا به درستی درک نشده‌اند. این درمان با مطرح کردن جایگاه مهمی که مقابله‌های مذهبی در کاهش پریشانی هیجانی، مشکلات عاطفی و به طور کلی، نقش مرکزی در سلامت روان فرد دارد، آموزه‌های کارآمدی را که در این حوزه در متون دینی آمده، استخراج نموده است و به صورت کاربردی در اختیار مراجعان قرار می‌دهد. نتایج این پژوهش با پژوهش دامارهند^۱ (۲۰۰۵)، مبنی بر اینکه استفاده از تکنیک‌های آرمیدگی مذهبی؛ مانند نماز، دعا، قرائت قرآن و تمرکز بر اذکار موجب کاهش پریشانی هیجانی و فکری افراد می‌شود، همسو است (به نقل از سجادیان، ۱۳۹۱).

1. Damarhond

همچنین، کوئینگ^۱ (۲۰۰۱)، بیان می‌کند که افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های فشارزا دارند و بر این اساس، آنها اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند.

بالک و کور^۲ (۲۰۰۱) نیز به بررسی معنویت و سوگ در کارهای بالینی و پژوهشی پرداختند. آنها بیان کردند که معنویت، یک فرایندی پویاست که شامل احساس امید، معنا، هدفمندی، ارزش خود و ارتباط با دیگران است. معنویت در زمینه فقدان، بیشتر معطوف به معنای زندگی است که فقدان این اعتقاد فرد را به چالش می‌کشد. تحقیقات انجام شده بر روی نوجوانان داغ‌دیده، نشان می‌دهد که معنویت نقش مهمی در بهبود داغ‌دیدگی بازی می‌کند.

هافتن^۳ (۲۰۰۶) زندگی معنوی کودکانی که با بیماری جدی یا سوگ مواجه شده‌اند را بررسی می‌کند. در ابتدا او کودکانی را توصیف می‌کند که زندگی معنوی آنها، در دوران کودکی متأثر می‌شود. سپس در مورد مفهوم کودکان به عنوان افراد معنوی بحث می‌شود و اینکه چرا توجه اندکی به این موضوع شده است و اهمیت مخاطب قرار دادن معنویت کودکان و نیز راه‌های ارزیابی و توجه به معنویت کودکان مد نظر قرار می‌گیرد و سپس به نقش مهم آن اشاره می‌کند.

همسو با پژوهش‌های بالا، بران و همکاران^۴ (۲۰۰۷)، پژوهشی آینده‌نگر روی زنان بیوه انجام داده‌اند و به دنبال بررسی این فرضیه بودند که فقدان همسر می‌تواند به عنوان عامل، افزایش اهمیت اعتقادات مذهبی و معنوی در بیوه‌زنان را پیش‌بینی کند. در این پژوهش ۱۰۳ زن بیوه اعتقادات مذهبی و سوگ خود را در ۶ ماه، ۲۴ ماه و ۴۸ ماه بعد از فقدان گزارش کردند. نتایج نشان داد که زنان بیوه به احتمال بیشتری اعتقادات مذهبی و معنوی را نسبت به گروه احتمال افزایش دادند و این افزایش اعتقادات مذهبی و معنوی با کاهش علائم سوگ همراه بود؛ اما شاخص‌های دیگر سازگاری مانند افسردگی را کاهش نداد و همچنین، افراد نایمن به احتمال بیشتری اعتقادات مذهبی را پرورش می‌دهند.

شارپ و بویاس^۵ (۲۰۱۱)، پژوهشی بر روی سوگ ناشی از خودکشی فرد عزیزی و

1. Koing

2. Balk & Corr

3. Hufton

4. Brown & et al

5. Sharpe & Boyas

شیوه‌های مقابله با آن را روی امریکایی‌های افریقایی تبار انجام دادند. شیوع خودکشی در این جامعه نسبت به سایر گروه‌های نژادی شایع‌تر است. تحقیقات نشان داده‌اند که خودکشی می‌تواند به طور روان‌شناختی برای سایر اعضای خانواده فرد، ناتوان‌کننده باشد؛ با این حال، خانواده فردی که خودکشی می‌کند، مورد توجه اندکی واقع می‌شود. این پژوهش شیوه‌های مقابله‌ای خانواده‌های این افراد را بررسی می‌کند. مصاحبه‌های کیفی با اعضای هشت خانواده امریکایی افریقایی تبار انجام شد. این افراد از مرکز قربانیان ماساچوست و سرویس حمایت از بازماندگان نیوزلند انتخاب شده‌اند. مصاحبه‌ها بازپاسخ بودند و موضوعاتی؛ مانند شیوه‌های مقابله، شبکه حمایتی، سوگ و داغدیدگی را شامل می‌شد. نتایج نشان داد که استراتژی مقابله‌ای که توسط این افراد استفاده می‌شود، مقابله‌های معنوی، ایجاد معنا برای خود، ایجاد ارتباط با فرد فوت شده و شیوه‌های مقابله‌ای جمعی است.

در یک پژوهش اکتشافی شارون^۱ (۲۰۰۸) به بررسی این موضوع پرداخته است که سوگ‌درمانی می‌تواند موجب تسریع در رشد معنوی شود؛ به عبارت دیگر، آیا کودکان در سال‌های بعد از مرگ یک عزیز می‌توانند عقاید معنوی را پرورش دهند و اعتقادات و ارزش‌های خود را بازسازی کنند؟ پژوهش وی به صورت موردی روی دو نوجوان که در کودکی دچار فقدان شده بودند، انجام شد و در نهایت، این نتیجه به دست آمد که شرط سوگ‌درمانی سازنده با نوجوانان، فراهم کردن فرصتی برای تفکر و تأمل، بازسازی معنا و رشد معنوی است. همچنین، ممکن است فقدان که در کودکی برای آنها اتفاق افتاده است، در نوجوانی توسط موضوعات متفاوتی که مهمترین آن؛ جهان‌بینی پخته‌تر و بالغانه‌تر است، متأثر شود و همین امر منجر به تلاش برای تعریف احساس او از هویت شخصی و اعتقادات مذهبی‌اش در نوجوانی شود و تلاش وی در این راستا سبب شود که در طی فرایند انعکاس بحران، بررسی و ارزیابی آن و بازسازی ارزش‌ها و اعتقاداتش، عقاید معنوی را سال‌ها بعد از مرگ فرد عزیزش (فقدان اتفاق افتاده در کودکی) رشد دهد.

تقویت اعتقاد به زندگی پس از مرگ، باعث می‌شود تا افراد به امور دنیوی به اندازه ارزش آنها توجه نمایند و با توجه به اینکه هیچ‌یک از سختی‌های دنیا در مقابل

1. Sharon

پاداش‌های آخرت ارزش زیادی ندارند، در صورت از دست دادن چیزی یا ابتلا به مصیبتی، راحت‌تر از فردی که چنین اعتقادی ندارد، سازش‌یافته و آشفتگی هیجانی و فکری کمتری را تجربه می‌نمایند (فقیهی و عبادی، ۱۳۸۹).

اعتقاد به مقلذات الهی و تسلیم شدن در برابر آن از مهم‌ترین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور محسوب می‌شود؛ زیرا باعث می‌شود تا سرنوشت انسان به امور مافوق بشری وابسته شود. تصحیح نگرش افراد نسبت به مرگ منجر می‌شود تا مرگ و فقدان عزیزان در سیطره تقدیر الهی قرار گرفته شود و بازماندگان، خشم و سرزنش کمتری را در این رابطه تجربه نمایند.

اسلام بر مرگ، به عنوان نقطه عطفی در چرخه زندگی انسان‌ها تمرکز نموده است. نگرش‌های اسلامی با تأکید بر واقعیت زندگی، بقای روح و زندگی ابدی، مرگ را در چشم‌انداز مناسبی قرار می‌دهند (مقصود^۱، ۲۰۰۲).

جهان‌بینی دینی به عنوان سیستم درهم‌تنیده‌ای از باورها، فرض‌ها یا انتظارات مرتبط با خود، دیگران و جهان به‌وسیله فراهم کردن حس انسجام نقش مهمی در سازگاری با فقدان عزیزان دارد.

به طور کلی، مقابله مذهبی در هنگام مواجهه با وقایع پراسترس زندگی با کاهش سطح پریشانی هیجانی و فشار روانی بر افزایش سلامت جسمانی تأثیرگذار است (پارگامنت و همکاران^۲، ۲۰۰۵).

با توجه به زمینه‌های فرهنگی در ایران، تدوین و اجرای برنامه‌های روان‌درمانی مبتنی بر معنویت و آموزه‌های اسلامی در حیطه بهداشت روان یک ضرورت است. نتایج مطالعات دیگر در این زمینه نیز مؤید سودمندی درمان‌هایی با رویکرد اسلامی در حیطه‌های مختلف سلامت روان است. روان‌درمانی توحیدی برای مجرمین زندان‌ها (جلالی طهرانی، ۲۰۰۱) که در کتاب مرجع *روان‌درمانی‌های جدید* (کرسینی، ۲۰۰۱) به چاپ رسید، زوج‌درمانی اسلامی (دانش، ۱۳۸۲)، مدل مشاوره مذهبی بیماران مبتلا به وسواس- اجبار (آکوچکیان و همکاران، ۱۳۸۵)، روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی (ابراهیمی، ۱۳۸۶)، اثربخشی گروه‌درمانی معنوی- اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر (فتاحی، ۱۳۸۹)، تأثیر آموزش شناختی- رفتاری مذهبی

بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان دختر (وحیدی مطلق، ۱۳۸۴)، اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- مذهبی بر نیمرخ روانی معلولین جسمی زن (مرادی، ۱۳۸۲)؛ نمونه‌هایی از رویکرد درمانگران در ایران به تدوین و کاربرد شیوه‌های نوین درمانگری با زمینه‌های معنوی اسلامی است.

بنابراین، اعتقاد و ایمان به خدا و انجام اعمال مذهبی توسط افراد، نقش مؤثری در سلامت روان و جسم آنها دارد. معنویت و رابطه با خداوند، یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌آید که می‌تواند معنای زندگی را در لحظه‌لحظه‌های عمر فراهم کند و در شرایط خاص، فرد را از پوچی نجات دهد (به نقل از انصاری و میرشاه جعفری، ۱۳۸۹)؛ از این رو، حضرت علی(ع) می‌فرمایند: «هر کس اطمینان داشته باشد که آنچه خداوند برایش تقدیر کرده است به او می‌رسد، دلش آرام می‌گیرد» (آمدی، ۱۳۸۲).

به طور کلی، الگوهای درمانی برگرفته از آموزه‌های اسلامی، به دلیل انطباق با فطرت اصیل انسانی دارای تأثیرگذاری و ماندگاری زیادی هستند.

البته شایان ذکر است که این پژوهش بر روی نوجوانان داغدیده انجام شده است و در تعمیم نتایج به جوامع آماری دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد؛ همچنین، بهتر است متغیرهای وابسته به آزمودنی، از جمله اعتقادات اولیه آنها، مانند سطح مذهبی بودن و انگیزه در سایر پژوهش‌ها بررسی شود و تعامل آن با درمان مشخص شود. پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این درمان بر روی گروه‌های سنی و خرده‌فرهنگ‌های موجود در کشور و نیز بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مورد بررسی قرار گیرد؛ همچنین، پیشنهاد می‌شود که این درمان، در مراکز آموزشی و تحقیقاتی به درمانگران برای استفاده در کلینیک‌ها و در جلسات روان‌درمانی فردی برای مراجعان داغدیده آموزش داده شود و همچنین، این مداخله در مراکز مشاوره ارگان‌هایی چون کمیته امداد امام خمینی(ره)، سازمان بهزیستی و هلال احمر برای مراجعان داغدیده کاربرد بیشتری می‌تواند داشته باشد.

منابع

- آمدی، عبدالواحد (۱۳۸۲)، *غررالحکم و دررالکلم*، ترجمه محمدعلی انصاری، قم: انتشارات امام عصر (عج).
- آکوچکیان، ش؛ اسدالهی، ق؛ نوروزی، ع. و همکاران (۱۳۸۵)، *درمان شناختی و مشاوره مذهبی اختلال وسواس - اجبار با محتوای مذهبی، خلاصه مقالات ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی روان‌درمانی با رویکرد دینی*، دانشگاه اصفهان.
- ابراهیمی، ا. (۱۳۸۶)، *مقایسه اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی، درمان شناختی - رفتاری و دارویی بر میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسرده‌خویی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- انصاری، م. و میرشاه جعفری، ا. (۱۳۸۹)، «تأملی بر سازوکار ایمان و امید در زندگی و تأثیر آن بر سلامت روان»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، س ۴، ش ۶، ص ۱۴۲-۱۲۳.
- دانش، ع. (۱۳۸۲)، *زوج‌درمانگری اسلامی*، در *مجموعه مقالات جوان و آرامش روان*، قم: انتشارات پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- سجادیان، پ. (۱۳۹۱). *ارائه الگوی ساختاری عوامل خطر سوگ بحران‌زا و رابطه آن با اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان داغ‌دیده مهاجر افغانی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- عادل، ز. و کجیاب، م. (۱۳۸۹)، «اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایتمندی زندگی دانشجویان»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، س ۴، ش ۶، ص ۷۳-۶۵.
- عبادی، ز. (۱۳۸۹)، «بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، س ۳، ش ۲، ص ۸۴-۷۱.
- فتاحی، ر. (۱۳۸۹). *اثربخشی گروه درمانی معنوی اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- فقیهی، ع. 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*، س ۳، ش ۲، ص ۷۴-۶۱.

مرادی، ا. (۱۳۸۲). *بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- مذهبی برنیمرخ روانی معلولین جسمی زن شهر اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.

مینایی، ا. (۱۳۸۵)، «انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم»، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، س ۶، ش ۱، ص ۵۲۹-۵۵۸.

وحیدی مطلق، ل. (۱۳۸۴)، *تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری مذهبی برکاهش اضطراب دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.

Achenbach, T. M., Domenici, L., & Rescorla, L. A. (2001), *Ratings of Relations between DSM- IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/G-18, TRF, and YSR*. Retri Retrieved may 15, 2004, from <http:// ASEBA. Org/research/DSM 6- 18/ ratings.pdf>.

Balk, D. E., & Corr, C. A. (2001), *Bereavement during adolescence: A review of research*. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association.

Becker, G., Xander, C. J., Blum, H. E., & et al (2011), Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Journal for the Study of the Old Testament*, 36(1): 55-74.

Black, D. (2002), *Bereavement in Child and Adolescent Psychiatry* (eds. M. Rutter & E. Taylor). Oxford: Blackwell.

Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, j. & et al (1997), Behavioral and cognitive approaches, *Psychological trauma*(pp.264-274) London: Gaskel.

Brown, S. L., Nesse, R. M., House, J. S., & et al (2007), Religion and Emotional Compensation: Results from a Prospective Study of Widowhood. *Journal of Palliat Med*. 21(3): 207-217.

Corsini, R. (2001), *Innovative Psychotherapy*. New York: John Willey & Sons.

Dass-Brailsford, P. (Ed.), (2010), *Crisis and disaster counseling: Lessons*

learned from Hurricane Katrina and other disasters. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dyregrov, A., Yule, W., Marianne, S., & Straume, Kraus, F. (2011), *Teaching Life Skills – A Children and War Foundation Manual*. Norway: Children and War Foundation.

Dyregrov, A., Yule, W., Smith, P., Perrin, S., Gjestad, R., & Prigerson, P. (2001), *Inventory of Complicated Grief for Children*.

Franklin, N. B. (2010), Incorporating Spirituality and Religion into the Treatment of African American Clients. *The Counseling Psychologist Journal*. 38(7): 976-1000.

Hofmann, S.G.(2006), The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and behavioral practice*, 13 (4): 243-254.

Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., & et al (1997), Diagnostic criteria complicated grief disorder, *American Journal of Psychiatry*, 154(10): 904-910.

Hufton, E. (2006), Parting gifts: the spiritual needs of children. *Journal of Child Health Care*. 10(3): 240-250.

Jerome, A. (2011), Comforting children and families who grieve: Incorporating spiritual support. *Journal of School Psychology International*. 32(2): 233-238.

Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001), *Handbook of religion And health*. New York: Oxford University Press.

Kring, A. M. Davison, G. C., Neale, J. M. & et al (2007), *Abnormal psychology*. Hoboken: John Wiley.

Kwok, O., Haine, R. A., Sandler, I. N., & et al (2005), Positive parenting as a mediator of the relations between parental psychological distress and mental health problems of parentally bereaved children. *Journal of child and Adolescent Psychology*, 34(2): 260-271.

Lewis, N. E. (2006), *spirituality as a coping mechanism for African American collegwe student facing bereavement*, Department of pstchology of the state university of New york.

- Malkinson, R. (2010), Cognitive-behavioral Grief Therapy the ABC Model of Rational-Emotional Behavior Therapy. *Psychological Topics*, 19(2):289-305.
- Maqsood, R. W. (2002), *After Death Life: Thoughts to alleviate the grief of all Muslims Facing death and bereavement*, 4th edition, Good Word Books, Ltd: New Delhi.
- Pargament, K. I; & Mahoney, A. (2005), Spirituality, Discovering and conserving the sacred. A chapter in handbook of positive psychology. Synder, C. N. & Lopez, S. T. (Eds). Oxford: Oxford University Press.
- Rutter, M., Bishop, D. V., Pine, D. S., & et al (2008), *Rutter's Child and Adolescent, 5th Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Sharpe, T. L., & Boyas, J. (2011), Homicide of a Loved One We Fall Down: The African American Experience of Coping With the Homicide of a Loved One. *Journal of Black Studies*, 42(5): 855-865.
- Sharon, L. (2008), Bereavement Therapy with Adolescents: Facilitating a Process of Spiritual Growth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(1): 24-34.
- Shear, M. K., Ellen, F., Foa, E., & et al (2001), Traumatic grief treatment: a pilot study, *The American Journal of Psychiatry*, 158(9): 1506-08.
- Sikkema, K. J., Hansen, N. B., Ghebremichael, M., & et al (2006), a randomized controlled trial of a coping group intervention for adult with HIV who is AIDS bereaved: longitudinal effects on grief, *Health Psychology*, 25(5): 563-570.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006), Internet-based cognitive behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial, *Death Studies*, 30(4):429-453.
- Wuthnow, R., Christiano, K., & Kuzlowski, J. (2010), Religion and bereavement: A conceptual framework, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19(3): 408-422.
- Yule, W. (1997), Anxiety, Depression and Post-Traumatic Stress in Childhood. In I. Sclare (Ed) *Child Psychology Portfolio*. Windsor: NFER-Nelson.