

## بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی

### بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم

# *An Investigation into the Impact of Group Counseling and Treatment of Grief with an Islamic Approach on the Improvement of the Quality of Life of the Holy Shrine Defender Martyrs' Wives*

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۱۹

Alipour Dehaqani, F.✉

فاطمه علی پور دهاقانی ✉

#### Abstract

**Introduction:** The present study is aimed at examining the impact of group counseling and treatment of grief with an Islamic approach to improve the quality of life of the holy shrine defender martyrs' wives who are often afflicted with grief following the martyrdom of their husbands.

**Method:** This study is based on a semi-experimental design with experimental and control groups and pre-test and post-test. The sample included 16 people with 8 wives of martyrs in each group who were identified to be mournful. The sample was selected using the availability sampling method. The data collection instruments were the Quality of Life Questionnaire of Weir and Sherborne (1992) and a training package for counseling and treatment of grief with an Islamic approach (2006) (specially used for adults). The treatment included 7 sessions and 25 assignments, and the data were analyzed using covariance analysis.

**Results:** The results showed that group counseling and treatment of grief with an Islamic approach to improve the quality of life of the holy shrine defender martyrs' wives was effective ( $P < 0.001$ ).

**Discussion:** The present study indicated that group counseling and treatment of grief with an Islamic approach can be utilized to treat grief.

**Key words:** group counseling, grief, quality of life, wives of martyrs.

#### چکیده

**مقدمه:** زمینه و هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم است که اغلب با شهادت همسرشان بدان مبتلا می‌شوند.

**روش:** این پژوهش با روش نیمه‌تجربی با ساختار دو گروه آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. نمونه آماری ۱۶ نفر و در هر گروه ۸ نفر از همسران شهدا بودند که مبتلا به سوگ شناخته شدند. نمونه‌گیری به صورت دردسترس انجام شد. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه کیفیت زندگی ویبر و شربرون (۱۹۹۲) و بسته آموزشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد اسلامی (ویژه بزرگسالان) (۱۳۹۶) در هفت جلسه و ۲۵ تکلیف بود که جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز کوواریانس استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم تأثیر دارد ( $P < 0.001$ ).

**بحث:** پژوهش حاضر نشان داد می‌توان از بسته مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی برای درمان سوگ استفاده نمود.

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره گروهی؛ سوگ؛ کیفیت زندگی؛ همسران شهدا

✉ **Corresponding Author:** Master of General Psychology, Brujen Branch, Islamic Azad University, Brujen, Iran  
E-mail: fatemehalipour1396@gmail.com

✉ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجن، بروجن، ایران

**مقدمه**

در فرهنگ اصطلاحات سیاسی، جنگ عبارت است از مبارزه مسلحانه بین افراد جامعه، کشورها و طبقات جهت به‌دست‌آوردن منافع و اهداف سیاسی، اقتصادی و... که با واژه دفاع متفاوت است. دفاع به معنای مقابله در برابر حمله مسلحانه افراد یا کشورها گفته می‌شود و در اصطلاح «دفاع عبارت از حقی است که کشورها براساس آن می‌توانند از خود در مقابل حمله مسلحانه، با عکس‌العمل نظامی فوری به‌طور انفرادی یا جمعی دفاع کنند» (آقابخشی و افشاری راد، ۱۳۸۹). باتوجه‌به تعریف جنگ و دفاع، روشن می‌شود که در جنگ، حالت تهاجم و حمله نهفته است ولی دفاع، مقابله و جلوگیری از تهاجم است. در اصطلاحات فقهی به جنگ، جهاد ابتدایی نیز گفته می‌شود که در آن مسلمانان آغازگر حمله به دشمنان اسلام هستند و در مقابل جهاد دفاعی قرار دارد که مسلمانان در آن آغازگر جنگ نیستند و در برابر تهاجم دشمنان ایستادگی می‌کنند. در تاریخ اسلام، بخشی از جنگ‌ها، جنگ ابتدایی بوده است؛ مانند جنگ بدر، خیبر در زمان پیامبر اکرم (صلی‌الله علیه و آله) و جنگ صفین در زمان حکومت حضرت علی (علیه‌السلام) و بخشی نیز حالت دفاعی داشته است؛ مانند جنگ احد و خندق (احزاب) در زمان حیات پیامبر اکرم (صلی‌الله علیه و آله) و جنگ جمل و جنگ نهروان در زمان حکومت حضرت علی (علیه‌السلام) که در پاسخ به توطئه پیمان‌شکنان و خروج‌کنندگان بر حضرت صورت گرفت. هشت سال دفاع مقدس ایران از دسته جهادهای دفاعی می‌باشد که در آن آغازگر تهاجم و جنگ به سرزمین‌های ایران اسلامی، رژیم بعثی عراق بود. همچنین در مورد دیگر می‌توان به تحولات نظامی در کشور سوریه اشاره کرد که گروه داعش و سایر گروه‌های تروریستی از سال ۲۰۱۱ علیه نظام حاکم بر

سوریه دست به تهاجم زده و با یورش، غارت، تهاجم، تجاوز و ویرانگری، به جنگ با نظام قانونی و مشروع حاکم بر کشور سوریه پرداختند. نظام حکومتی سوریه با کمک‌گیری از ارتش، مردم و نیروهای بسیج مردمی کشور سوریه و همچنین کمک‌های مستشاری نیروهای نظامی جمهوری اسلامی ایران در هشت سال گذشته، مشغول دفاع و مبارزه با این تهاجم گسترده هستند. جنگ جدا از تأثیراتی که بر سلامتی افراد دارد، از نظر روانی بسیار آسیب‌زا است، زیرا افراد اغلب شاهد آسیب و مرگ دوستان و هم‌زمان و نزدیکان خود هستند و سلامتی و زندگی خودشان نیز دائماً در خطر است (پیزار، ۲۰۰۶). بسیاری از بازماندگان جنگ، پس از مواجهه با واقعه استرس‌زا (نظیر فقدان افراد موردعلاقه، درهم‌ریختگی ساختار اجتماعی و از دست‌دادن حکایت اجتماعی) پاسخ‌های بالینی نشان داده‌اند (شفیعی و همکاران، ۲۰۱۴). در این‌بین، همسران شهدا نیز از جمله افرادی هستند که با تجربه فقدان فرد موردعلاقه‌شان دچار استرس پس از سانحه و سوگ و داغ‌دیدگی شده‌اند و در کشور ایران باتوجه‌به فرهنگ ایرانی و اسلامی حاکم، نیاز است تا درمان این اختلال متناسب با بافت ایرانی و اسلامی صورت گیرد. لذا استفاده از آموزه‌ها و رهنمودهای دینی جایگاه خود را دارد. آئین‌های آسمانی و خصوصاً اسلام رهنمودها و تعالیم خود را برای راهنمایی و نجات انسان در قالب آیات متبرکه ارائه نموده است. مراجعه به این تعالیم و عمل به این رهنمودها، آدمی را جهت یافتن عوامل و موجبات استرس و غم و اندوه ناشی از فقدان وی و آشنائی با راهکارهای مقابله با آن یاری می‌نمایند. واضح است که پیش‌شرط اساسی در اثربخشی این راهبردها، همان عامل محوری دین یعنی معرفت و ایمان به خدا و التزام عملی به بندگی اوست، بنابراین، می‌توان آنها را روش‌ها و کوشش‌های مؤمنین

درد رفتاری و هیجانی است. از لحاظ بعد نشانه‌های روانی، هیجان‌ها و احساسات منفی که فرد داغ‌دیده تجربه می‌کند، عبارتند از: غمگینی، خشم، احساس گناه و سرزنش خود، اضطراب، درماندگی، شوک، بی‌احساسی و بی‌لذتی. از لحاظ بعد اجتماعی، تمایل به کناره‌گیری از دیگران و فقدان علاقه به دنیای بیرون برای کسانی که متحمل فقدان شده‌اند، امری شایع است. از لحاظ احساس بهتر بودن از نظر روانی (که به این مفهوم اشاره دارد که زندگی فرد تا چه اندازه دارای هدف و معناست)، فقدان ناشی از مرگ می‌تواند ارزش‌های بنیادی و عقاید فلسفی درباره زندگی فرد را به‌چالش بکشد، به‌طوری‌که فرد به‌دنبال معنایی برای فقدان و تغییرات زندگی ملزم با آن است، تا بتواند آن را معنادار سازد و مجدداً بر زندگی خود تسلط پیدا کند (وردن، ۱۹۹۲). در رابطه با سوگ و داغ‌دیدگی، دو رویکرد مداخله‌ای متمایز وجود دارد: مشاوره سوگ و درمان سوگ. مشاوره سوگ عبارت است از کمک به فرد داغ‌دیده جهت تسهیل سوگ بی‌عارضه یا بهنجار، تا تکالیف سوگواری در چهارچوب زمانی مناسب انجام شده و هر گونه اشتغال ذهنی ناتمام با متوفی برطرف شود. درمان سوگ عبارت است از تکنیک‌های ویژه‌ای که برای کمک به کسانی که دچار سوگ پیچیده هستند یا در معرض خطر ابتلا به آن قرار دارند، به‌کار می‌رود (هورن و همکاران، ۲۰۱۰). به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران، روان‌درمانی و به‌ویژه درمان‌های شناختی رفتاری تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی مراجعان قرار دارد و کارایی آنها به میزان هماهنگی‌شان با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد (هافمن، ۲۰۰۶). در زمینه درمان سوگ، فرهنگ‌های مختلف، روش‌های متفاوتی برای درک مفاهیم زندگی، مرگ و مراحل پس از آن دارند و

در مواجهه و مقابله با سوگ و استرس نیز نامید (عباس‌نژاد و همکاران، ۲۰۰۸). سوگ پیچیده، شکل طولانی‌شده و درمانده‌کننده سوگ است که به‌دلیل پیچیده‌شدن عوامل شناختی، رفتاری و محیطی - اجتماعی ایجاد می‌شود (شر، ۲۰۰۷). سوگ پیچیده، اختلال عمده‌ای در کیفیت زندگی ایجاد می‌کند و در فردی که دچار این نشانگان شده است، خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، سوءمصرف مواد و الکل و همچنین خودکشی، افزایش پیدا می‌کند (سیمون، ۲۰۰۷). شدت سوگ پاتولوژیک، با گذر زمان و حتی پس از سال‌ها که از واقعه سوگ می‌گذرد، کاهش نمی‌یابد و به‌طور خودبه‌خودی درمان نمی‌یابد (فوجیسوا، ۲۰۱۰). این طولانی‌شدن زمان برای سازگاری با فقدان، درجاتی از ناتوانی در عملکردهای فردی و اجتماعی را برای فرد داغ‌دیده به‌دنبال دارد که در نهایت می‌تواند اثرات نامطلوبی بر ساختار خانواده و کیفیت زندگی و حتی جامعه داشته باشد (وردن، ۱۹۹۲). مطالعات نشان داده است سوگ، تأثیرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی افراد داغ‌دیده دارد. اکثر متخصصین معتقدند که به‌طور کلی کیفیت زندگی دارای پنج بعد پذیرفته‌شده است: ۱. فیزیکی، ۲. نشانه‌های روانی، ۳. اجتماعی، ۴. جسمی (نشانه‌های مربوط به بیماری و درمان)، ۵. احساس بهتر بودن از لحاظ روانی (سادجی، ۲۰۰۹). به‌طور کلی تأثیری که سوگ بر هریک از ابعاد کیفیت زندگی می‌گذارد، عبارت است از: از لحاظ بعد فیزیکی و جسمی، رایج‌ترین احساس‌های بدنی گزارش‌شده توسط کسانی که برای مشاوره سوگ مراجعه می‌کنند، عبارتند از: فشار سینه، گرفتگی گلو، حساسیت مفرط به سر و صدا، ضعف عضلات، فقدان انرژی، اختلال خواب، اختلال در اشتها و درد سوگ که هم شامل درد جسمانی عینی (که بسیار نیز شایع است) و هم شامل

تحت عنوان بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده نتایج نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار است. در زمینه درمان سوگ، کیسان و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی، درمان سوگ متمرکز بر خانواده را روی خانواده‌هایی که در معرض خطر ضعیف‌شدن کارکرد روانی - اجتماعی بودند، انجام دادند. این درمان طی سه ماه با بهبود قابل توجهی در افسردگی و نشانه‌های سوگ پیچیده اعضای هشت خانواده شرکت‌کننده در طرح پژوهشی همراه بود. نیم‌یر و همکاران (۲۰۱۰) درمان سازندگی‌گرای سوگ را که بر ایجاد معنا در زندگی داغدیدگان تأکید دارد، بر کاهش نشانه‌های سوگ این افراد مؤثر ارزیابی کردند. در راستای پژوهش داس، پژوهش جروم (۲۰۱۱) نیز به نقش سوگ در جامعه و مدارس خاص اشاره می‌کند. وی به نقش اعتقادات مذهبی و معنوی، زمانی که با برنامه مداخلات سوگ در مدرسه متحد می‌شود، اشاره می‌کند و نتیجه می‌گیرد که تشویق متخصصان سلامت روان در مدارس بر مشورت‌کردن و کمک‌گرفتن از رهبران مذهبی جامعه و والدین و همچنین، کشف منابع و اعتقادات مذهبی افراد در مداخلات، تأثیر بسزایی داشته است. در پژوهشی که توسط بکر و همکاران (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 داده و ۵۷۱۵ نفر با ۶۹ درصد زن و ۸۷ درصد سفیدپوست، نتیجه گرفتند که ۹۴ درصد پژوهش‌ها نشان داده است که اعتقادات مذهبی تأثیر

به‌ویژه، نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی، سهم بسزایی در جهت‌گیری افراد نسبت به مسئله فقدان و داغدیدگی دارند (بتهون، ۲۰۱۰). مداخلات سوگ درمانی می‌تواند با استفاده از ملاحظات معنوی مذهبی؛ به‌ویژه در مورد مراجعانی با جهان‌بینی معنوی مذهبی، در مقابله با فقدان کمک کند (لوپس، ۲۰۰۶). در مداخلات، متغیرهای معنوی با ایجاد معنا برای افراد و بازسازی ارزش‌ها باعث می‌شوند مراجعان نتایج بهتری کسب کنند. نمی‌توان بسیاری از درمان‌جویان را بدون درک نقش اساسی اعتقادات و مناسک مذهبی و معنوی آنها شناخت. در حوزه کار با مراجعان داغ‌دیده نیز نقش فرهنگ و مذهب در شکل‌گیری تجارب سوگ تأیید شده است؛ باورها و توصیه‌های مذهبی نقش بسزایی در سازگاری افراد داغ‌دیده دارد. از این‌رو، تقویت باورهای معنوی متناسب با فرهنگ می‌تواند مؤثر باشد. در این حیطه می‌توان از درمان‌های متناسب با مذهب و فرهنگ جامعه استفاده کرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند با افزایش تناسب فرهنگی در مداخلات، احتمال اینکه مراجعان مداخله را تکمیل کنند، افزایش می‌یابد (نادیر و همکاران، ۲۰۰۱). با نگاهی به پیشینه پژوهشی تحقیق می‌توان اشاره کرد به نعمتی‌پور و گلزاری (۱۳۹۴) که طی پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزند بدین نتیجه رسیدند که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی کیفیت زندگی معنی‌دار بوده است و مداخله درمانی به‌طور معنی‌داری موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در ارتقای سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده مؤثر است. یوسف‌پور و همکاران (۱۳۹۶) طی پژوهشی

روانی و حل مشکلات شخصی معرفی کرد (ولف<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). میزان نقشی که دین در عقاید و علایق فرد دارد، به طور جدی ادراک فرد را از فشارهای زندگی تغییر می‌دهد و باعث می‌شود فرد وقایع آسیب‌زا را بهتر تحمل کند و آنها را کم‌تر تهدیدکننده و بیشتر قابل کنترل و مدیریت، ادراک کند (موریرا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). در این زمینه ازهر و واما<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) پژوهشی با هدف بررسی اثر روان درمانی مذهبی، به عنوان روشی برای مدیریت داغدیدگی، انجام دادند که در آن بیماران داغداری که اعتقادات مذهبی بالاتری داشتند، وقتی که روان درمانی مذهبی به رویکرد درمانی شناختی - رفتاری اضافه شده بود، بهبود سریع‌تری را نشان دادند. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن این مداخلات در بهبود نشانه‌های سوگ و در نتیجه آن، ارتقای سطح کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن است. در این پژوهش، از هر دو روش مداخله برای سوگ، یعنی هم مشاوره سوگ و هم درمان سوگ، استفاده شده است. مداخله درمانی که در پژوهش حاضر روی همسران داغدیده صورت گرفته است، یک مداخله ابداعی است که برگرفته از رویکرد شناختی - رفتاری به درمان است. به این صورت که در این مداخله، به افراد کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه وارد شدن این مصیبت در آنها ایجاد شده است، تغییر دهند. وجه تمایز این پژوهش با پژوهش‌های دیگری که در زمینه درمان شناختی - رفتاری سوگ صورت گرفته است، این است که تغییر در الگوی افکار ناکارآمد افراد داغدیده با استفاده از آموزه‌های دینی و با هدف ایجاد نگرشی واقع‌بینانه و اسلامی به مسئله فقدان صورت گرفته است. در این مداخله، دین به عنوان یکی از راهبردهای مؤثر مقابله با مصائب و سختی‌ها در نظر گرفته شده است (پسندیده<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

مثبتی بر سوگ و داغدیدگی دارد، اما باین حال، ناهمگنی زیادی در رابطه با این موضوع که شامل اندازه‌گیری در جمعیت و پیامدهاست، وجود دارد. باتوجه 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. کاکس و همکاران (۲۰۰۷) با آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی حاصل از سوگ به نوجوانان بوسنیایی جنگ‌زده، به کاهش نشانه‌های سوگ و بهبود سطح سلامت روان آنها کمک کردند. لذا در این پژوهش نیز طی بسته آموزشی مبتنی بر رویکرد اسلامی با عنایت به مهارت‌های مقابله‌ای و درمان سوگ در سه بخش مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری و مهارت‌های اخلاقی به ارائه جلسات و کاربرگ‌های درمانی پرداخته شده است. از آنجاکه درمان مشاوره گروهی یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی در کاهش و بهبود آسیب‌ها و اختلالات روانی است، ضرورت و اهمیت انجام این پژوهش احساس می‌شود. لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم پرداخته است.

محققان معتقدند که مفیدترین و منطقی‌ترین راهی که از طریق آن بتوان بیشترین کمک را به افرادی که در معرض خطر ابتلا به سوگ پاتولوژیک هستند، صورت داد، این است که روی راهبردهای مقابله‌ای آنها تمرکز شود (رابینسون و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). در این راستا، کوکس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) با آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی حاصل از سوگ به نوجوانان بوسنیایی جنگ‌زده، به کاهش نشانه‌های سوگ و بهبود سطح سلامت روان آنها کمک کردند. پارگامنت<sup>۳</sup> دین را به عنوان راهبردی برای مقابله یا کنار آمدن با فشار

به همسر، سوگ را با شدت بیشتری تجربه کرده و احتمال عارضه‌دار شدن سوگ در وی، بیش از سایر افراد خانواده است. درعین‌حال، پدران و مادران نقش مهمی در کمک به برقراری تعادل در خانواده، بعد از وقوع این بحران زندگی، دارند (استروب<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶). طول مدت مداخله درمانی سوگ بهتر است بین ۷ تا ۱۰ جلسه در نظر گرفته شود (وردن، ۱۹۹۲). لذا مداخله مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در طی هفت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. همان‌طور که پیشتر بیان شد، در این پژوهش، از هر دو روش مداخله برای سوگ، یعنی هم مشاوره سوگ و هم درمان سوگ، استفاده شده است؛ به‌طوری‌که دو جلسه ابتدایی دوره درمانی، به‌صورت مشاوره سوگ و جهت تسهیل فرایند سوگواری بوده است و جلسات سوم تا هفتم، به مداخلات درمانی سوگ اختصاص یافته است. علت تخصیص دو جلسه ابتدایی به مشاوره سوگ، این است که بسیاری از افراد داغ‌دیده برای اجتناب از تحمل درد سوگ، دوره سوگواری خود را کوتاه کرده و سعی در استفاده از سازوکارهای دفاعی ناپخته‌ای همچون انکار دارند و یا اطرافیان آنها به اشتباه، به‌نحوی از سوگواری فرد ممانعت به‌عمل می‌آورند؛ لذا در این دو جلسه، تکالیف سوگواری و لزوم گذراندن آنها، براساس روش وردن<sup>۱۴</sup> (۱۹۹۲) شرح داده شد و تمرین‌های عملی لازم، جهت کمک به تسهیل طی کردن این تکالیف، ارائه شد. از جلسه دوم تا پایان دوره درمان، مداخلات مربوط به درمان سوگ انجام شد که مداخله درمانی پژوهش حاضر، یک مداخله ابداعی برگرفته از رویکرد شناختی - رفتاری به درمان است. به این صورت که در این مداخله درمانی، با استفاده از تکنیک‌های شناختی - رفتاری سوگ به افراد داغ‌دیده کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه

ضرورت استفاده از مداخله با رویکرد دینی در پژوهش حاضر، بدین علت احساس شد که فرهنگ جامعه ایران، یک فرهنگ اسلامی است که آموزه‌ها و اعتقادات دینی، به‌طور چشمگیری با زندگی مردم آمیخته شده است (فاکیک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵). درعین‌حال، در زمینه بهداشت روانی، این عقیده به‌طور رایج وجود دارد که روان‌درمانی‌های مبتنی بر فرهنگ، مؤثرتر و از نظر پذیرش درمانی برترند (تسنگ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴). درحالی‌که براساس بررسی‌های انجام‌شده، پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینه کاهش شدت تجربه سوگ در ایران شامل: تأثیر فیلم‌درمانی بر کاهش شدت تجربه سوگ نوجوانان دختر داغ‌دیده (مولایی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹) و اثر بازی‌درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ ناشی از واقعه زلزله بم (محمودی، ۲۰۰۶) از راهبردهای مقابله‌ای که به‌طورویژه برخاسته از فرهنگ دینی و اسلامی ما باشد، استفاده نشده است. به‌علاوه، تحقیقات نشان می‌دهد که باورها و مداخلات معنوی و مذهبی می‌تواند در پیشگیری و بهبود طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن و کنارآمدن با مرگ عزیزان، مؤثر باشد (ریچارد و برینگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵). در زمینه سوگ، نیاز به مداخله‌ای با رویکردی دینی، بیشتر از سایر اختلالات روان‌شناختی احساس می‌شود. زیرا فقدان فرد محبوب باعث ایجاد احساس گم‌گشتگی در اعتقادات، جهت و هدف زندگی فرد سوگوار می‌شود که این امر، خود عاملی در جهت ایجاد احساس گناه بیشتر و طولانی‌شدن سوگ است. علت انجام پژوهش حاضر روی مادران داغ‌دیده این است که تحقیقات نشان می‌دهد، افرادی که زمان بیشتری را با فرد متوفی گذرانده و دلبستگی بیشتری با او داشته‌اند، به‌طور قابل‌توجهی، امکان بیشتری برای تجربه سوگ پاتولوژیک نشان می‌دهند (فررایو و پیردا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴). در میان اعضای خانواده، همسر به‌دلیل نزدیکی بیشتر

درمان قرار گرفتند و پس از پایان درمان دوباره از هر دو گروه پس‌آزمون کیفیت زندگی به‌عمل آمد و داده‌های جمع‌آوری‌شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS-22 آزمون شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، داده‌ها توصیف شدند. سپس پیش‌فرض‌های آماری لازم به‌منظور استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس شامل آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی بهنجاری بودن توزیع نمرات تحلیل شدند. در نهایت فرضیه‌های پژوهش با این روش آماری تجزیه و تحلیل شدند.

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** به‌منظور سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی ویر و شربورن (۱۹۹۲) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ پرسش است که هشت بعد از کیفیت زندگی را می‌سنجد. هدف ارزیابی سلامت فرد از دو جهت وضعیت جسمانی و روانی است که به‌وسیله ترکیب نمرات حیطة‌های هشت‌گانه این پرسشنامه، به‌دست می‌آید. هشت نیم‌رخ سلامت، شامل چهار نیم‌رخ است که نمرات مؤلفه‌های جسمانی را تشکیل می‌دهند و چهار نیم‌رخ دیگر نمرات جزء روانی را تشکیل می‌دهند. مؤلفه‌های جسمانی شامل: عملکرد جسمانی (PF)، محدودیت‌های نقش جسمانی (RP)، دردهای بدنی (BP)، سلامت جسمانی عمومی (GH)، مؤلفه‌های جزء روانی نیز شامل: نیروی حیاتی یا انرژی و زنده‌دلی (VT)، عملکرد اجتماعی (SF)، محدودیت‌های ناشی از نقش هیجانی (RE) و سلامت روانی (MH) است که تمامی این اجزاء به هم وابسته‌اند (ملینسون، ۲۰۰۵). در این پرسشنامه به استثنای یک سؤال که به‌طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را در طی دوره‌ای یک‌ساله بررسی می‌نماید، بقیه سؤالات در محاسبه امتیاز یک مقیاس

وارد شدن این مصیبت در آنها ایجاد شده است، تغییر ثب افکار بدهند. در این مداخله درمانی، سعی بر آن بود که ابتدا با کمک‌گرفتن از فن شناخت درمانی به ماهیت بسیاری از این افکار تحریف‌شده پی برده شود. سپس با استفاده از آموزه‌های ایجادکننده هیجان‌های دینی و اسلامی، به بازسازی شناختی، تغییر افکار ناکارآمد، ایجاد یک جهان‌بینی واقع‌بینانه و کمک به ایجاد هدفی والا در زندگی پرداخته شد و از فنون شناخته‌شده تغییر رفتار در درمان سوگ نیز، جهت تغییر رفتارهای ناکارآمد استفاده شد. ساختار جلسات به این صورت بود که در ابتدای هر جلسه، به مدت ۱۵ دقیقه، به بررسی تکالیف ارائه‌شده در جلسه قبل پرداخته می‌شد، سپس مدت ۶۰ دقیقه به توضیح درس مربوط به هر جلسه و بحث و گفتگو پیرامون مطالب ارائه‌شده، باتأکید بر مشکلات و تجربیات شخصی افراد، اختصاص داده می‌شد؛ در پایان هر جلسه نیز، مدت ۱۵ دقیقه، تکالیف جلسه آینده توضیح داده می‌شد.

## روش

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی، مشتمل بر دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری همسران شهدای مدافع حرم شهر تهران بودند. واحدهای نمونه شامل دو گروه آزمایش و کنترل از همسران شهدا مبتلا به سوگ بودند که براساس ملاک‌های DSM-IV-TR و مصاحبه بالینی تشخیص سوگ پیچیده دریافت کرده بودند. باتوجه به محدودیت در انتخاب، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. تعداد ۱۶ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۸ نفر). ابتدا پیش‌آزمون کیفیت زندگی اجرا شد، سپس گروه آزمایشی به مدت هفت جلسه در معرض

راهنمای مشاوره و درمان سوگ ویلیام وردن (۱۳۹۶)، مشاوره سوگ فیل ریچ (۱۳۹۵) و مشاوره و روان درمانی گروهی؛ نظریه و کاربردی جerald کری (۱۳۹۵) در قالب ۷ جلسه درمانی ۶۰ دقیقه‌ای در سه مرحله نگاشته و تدوین شده است که خلاصه جلسات و محتوای آموزشی آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است. در ایران نیز نعمتی‌پور و همکاران طی پژوهشی از اثربخشی آموزش رویکرد دینی صبر برای درمان سوگ استفاده کردند. در مطالعه‌ای دیگر یوسف‌پور و همکاران (۱۳۹۶) نیز از روان درمانی سوگ برای درمان اختلال سوگ استفاده نموده‌اند. لذا از بسته درمانی «مشاوره گروهی سوگ (بزرگسالان) مبتنی بر رویکرد اسلامی» استفاده شد که طی هفت جلسه، درمانگر به درمان اختلال سوگ در ابعاد آشنایی و تشخیص اولیه، شناسایی احساس و واکنش‌ها، احساس و افکار منفی، بازشناختی و جستجوی معنا، معرفت‌شناختی مرگ، یادآوری خاطره‌ها و پذیرش، سازگاری با زندگی جدید و برنامه‌ریزی با اجرای ۲۵ تکلیف و کاربرد آموزش می‌پردازد (علی‌پور دهقانی، ۱۳۹۶).

**ملاحظات اخلاقی:** کلیه ملاحظات اخلاقی اعم از محافظت از اطلاعات خصوصی و شخصی شرکت‌کنندگان و قراردادن آنان در روند اجرا در این پژوهش رعایت شده است.

مشخص به‌کار برده می‌شود. در مورد برخی سؤالات، امتیازات مجدداً کدبندی می‌شوند چنانکه تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک‌جهت پیدا می‌کنند. برای نمره‌گذاری ابتدا باید هر یک از عبارات پرسشنامه، از صفر تا ۱۰۰ ارزش‌گذاری شود، سپس امتیاز عبارات هر زیرمقیاس را با هم جمع کرده و میانگین هر زیرمقیاس را به دست می‌آوریم که عدد به دست آمده نشان‌دهنده درصد میزان سلامتی در آن بعد است. بنابراین، هرچه نمره در یک زیرمقیاس بالاتر باشد، نشان‌دهنده سلامتی بیشتر در آن بعد است. برای محاسبه نمره کل که نشان‌دهنده میزان کلی سطح کیفیت زندگی است، مجموع اعداد به دست آمده از هر زیرمقیاس را با نمره عبارت شماره ۲ جمع کرده و بر ۹ تقسیم می‌کنیم (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵). این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی، کارایی خود را ثابت کرده است (ملینسون، ۲۰۰۵). پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران با آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تأیید شده است (منتظری، ۲۰۰۵).

**مشاوره گروهی سوگ مبتنی بر رویکرد اسلامی (ویژه بزرگسالان):** در این پژوهش، با طی یک فرایند مطالعه کیفی روی منابع مختلف موجود با الگوگیری از منبع

#### جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی مشاوره گروهی سوگ با رویکرد اسلامی

جلسات	موضوع	اهداف	برنامه‌ها
جلسه اول	آشنایی و تشخیص اولیه	بیان قوانین حضور در جلسات درمانی تقسیم‌بندی گروهی بیان تجارب مرگ عزیزان ارزیابی ارتباط بین فرد و خدا تخلیه هیجانی	- ارزیابی ارتباط بین فرد و خدا تکلیف شماره (۱) - تخلیه هیجانی تکلیف شماره (۲) تکلیف شماره (۳)
جلسه دوم	شناسایی احساس و واکنش‌ها	معرفی فرایند و مراحل سوگ تشخیص احساس مرتبط با داغدیدگی شناسایی احساس و افکار منفی	- تشخیص احساس مرتبط با داغدیدگی تکلیف شماره (۴) - شناسایی احساس و افکار منفی تکلیف شماره (۵)



ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی مشاوره گروهی سوگ با رویکرد اسلامی

جلسات	موضوع	اهداف	برنامه‌ها
جلسه سوم	احساس و افکارمنفی	بررسی عقاید درباره خدا بازسازی فکری القای امید و مدیریت هیجان تکنیک‌های مقابله‌ای مذهبی هنگام مواجهه	- بررسی عقاید درباره خدا تکلیف شماره (۶) - مواجهه با خاطرات تکلیف شماره (۷) - القای امید و مدیریت هیجان تکلیف شماره (۸)
جلسه چهارم	بازشناختی و جستجوی معنا (الهی)	شناخت مفهوم مرگ و برگشت‌ناپذیری بازسازی فکری (تقدیر خداوند و آزمایش تکنیک‌های رفتاری مقابله‌ای در اسلام)	- شناخت مفهوم مرگ و برگشت‌ناپذیری تکلیف شماره (۹) - بازسازی فکری (تقدیر خداوند و آزمایش الهی) تکلیف شماره (۱۰)
جلسه پنجم	معرفت‌شناختی مرگ	مواجهه شناختی با خود و شخص محبوب مرگ‌شناسی خطاهای شناختی فرد مبتلا به سوگ	- مواجهه شناختی با خود و شخص محبوب تکلیف شماره (۱۱) تکلیف شماره (۱۲) - مرگ‌شناسی تکلیف شماره (۱۳)
جلسه ششم	یادآوری خاطره‌ها و پذیرش	یادآوری خاطره‌ها خاطرات مثبت و منفی نشانه‌ها و لحظات مهم زندگی الگوهای دینی در مقابله با سوگ	- یادآوری خاطره‌ها تکلیف شماره (۱۴) - خاطرات مثبت و منفی تکلیف شماره (۱۵) تکلیف شماره (۱۶) - نشانه‌ها و لحظات مهم زندگی تکلیف شماره (۱۷) - الگوهای دینی در مقابله با سوگ تکلیف شماره (۱۸)
جلسه هفتم	سازگاری با زندگی جدید و برنامه‌ریزی	اتمام کارهای ناتمام احساس گناه و افسوس‌های باقیمانده ایجاد مجدد روابط امید به زندگی برنامه‌ریزی نامه خداحافظی ارزیابی خود	- اتمام کارهای ناتمام تکلیف شماره (۱۹) - احساس گناه و افسوس‌های باقیمانده تکلیف شماره (۲۰) - ایجاد مجدد روابط کاربرگ شماره (۲۱) - امید به زندگی تکلیف شماره (۲۲) - برنامه‌ریزی تکلیف شماره (۲۳) - نامه خداحافظی تکلیف شماره (۲۴) - ارزیابی خود تکلیف شماره (۲۵)

## یافته‌ها

است از: مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر افزایش کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم، تأثیر معنی‌داری دارد. نتیجه بررسی و آزمون فرضیه‌ها در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است و نشان می‌دهد فرضیه تأیید شده است.

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد دینی بر کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم انجام شد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل). فرضیه پژوهش عبارت

جدول ۲. توصیف آماری کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۸/۴۴	۱۶/۶۶	۸	پیش‌آزمون	آزمایش
۱۴/۵۱	۲۷/۷۲	۸	پس‌آزمون	
۱۰/۲۴	۱۹/۱۷	۸	پیش‌آزمون	کنترل
۹/۴۱	۲۰/۲۱	۸	پس‌آزمون	

شد که نتایج در جدول ۳ مشاهده می‌شود. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار  $F$  محاسبه‌شده  $۳۵/۰۴$  با درجه آزادی ۱ و ۲۷ از مقدار  $F$  جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد دینی بر کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم مؤثر است، با اطمینان ۹۹٪ تایید می‌شود. شاخص اثر به‌دست‌آمده حاکی از این است که  $۵۵/۳$  درصد افزایش کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم در گروه آزمایش را می‌توان به مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد دینی نسبت داد.

در جدول ۲ توصیف آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم به تفکیک گروه‌ها آورده شده است. براساس نتایج مندرج، میانگین نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش  $۱۶/۶۶$  و در گروه کنترل  $۱۹/۱۷$  است. همچنین میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون  $۲۷/۷۲$  و در گروه کنترل  $۲۰/۲۱$  می‌باشد. باتوجه به نتایج فوق، میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش یافته است، اما در گروه کنترل میانگین نمرات کیفیت زندگی تغییر زیادی نداشته است. برای بررسی معنی‌داری میزان افزایش کیفیت زندگی در همسران شهدای مدافع حرم از آزمون تحلیل کواریانس استفاده

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس در بررسی تأثیر مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار $F$	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۸۳/۹۴	۱	۸۳/۹۴	۱/۰۵	۰/۱۵	۰/۸۲۱
گروه کنترل/آزمایش	۲۷۸۱/۲۷	۱	۲۷۸۱/۲۷	۳۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
خطا	۳۸۹۹۱/۵۶	۱۳	۷۹/۳۶			

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم انجام شد. یافته‌های پژوهش، یک افزایش معنی‌دار را در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهد. لذا حاکی از اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی شهدای همسران مدافع حرم است. این یافته‌ها با نتایج مطالعاتی پژوهش نعمتی‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، یوسف‌پور و همکاران (۱۳۹۶)، کیسان و همکاران (۲۰۰۶)، نیم‌پور و همکاران (۲۰۱۰) و کاکسو همکاران (۲۰۰۷) همسو می‌باشد. مشاوره گروهی سوگ یکی از راه‌های درمانی مؤثر بر مشکلات ناشی از فقدان است که با تلفیق این روش درمانی با آموزه‌های دینی و مذهبی می‌توان طول درمان و فشارهای روانی حاصل از مشکل را کاهش داد. حتی در طول اجرای برنامه شرکت‌کنندگان با ارتباط‌گیری با بحث و محتوای مذهبی موجود در برنامه آموزشی ابراز خرسندی و آرامش بیشتری می‌کردند و به‌نوعی بهتر به ابراز احساسات، هیجانات و حل تعارضات افکار خود می‌پرداختند و به کمک این روش درمانی مسائلی را بیان کردند که در موقعیت‌های عادی به هر دلیلی از بیان آنها منع می‌شدند. درحقیقت، این مشاوره گروهی سوگ با رویکرد اسلامی سبب ایجاد سهولت در گسترش ارتباط بین مراجعه‌کننده و درمانگر، موجب افزایش صمیمیت، خودآشکارسازی، بی‌پرده‌گویی، کسب آرامش و درمان سریع و حل مشکلات و تعارض‌های درونی و بیرونی فرد می‌شود. درکل، نتایج این پژوهش نشان داد گروهی که مشاوره گروهی با رویکرد اسلامی روی آنان اجرا شد، در کوتاه‌ترین زمان به حالت عادی زندگی خود قبل از تجربه سوگ

رسیدند؛ در صورتی که تغییری در وضعیت گروه مقابل مشاهده نشد که حاکی از تأثیر این بسته درمانی بر درمان سوگ است. زیرا اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی سبب افزایش و ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم شده است. به‌بیان دیگر می‌توان از این بسته درمانی در راستای درمان سوگ و فقدان ناشی از مرگ عزیزان، تجربه طلاق و... افراد دارای اعتقادات مذهبی استفاده نمود.

### پی‌نوشت

1. Robinson & Marwit
2. Cox
3. Pargament
4. Wulff
5. Moreira
6. Azhar & Vama
7. Pasandideh
8. Faqih
9. Teseng
10. Moulaei
11. Richards & Bergin
12. Ferrario & Piredda,
13. Strobe
14. Worden

### منابع

۱. آقا بخشی، علی و افشاری راد، مینو (۱۳۸۹)، فرهنگ علوم سیاسی، تهران: چاپار.
۲. علی‌پور دهقانی، فاطمه (۱۳۹۶)، درمان مشاوره گروهی سوگ با رویکرد اسلامی (ویژه بزرگسالان)، اصفهان، دارخوین.
۳. نعمتی‌پور، زهرا؛ گلزاری، محمود و باقری، فریبرز (۱۳۹۴)، بررسی اثربخشی آموزش صبر به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی و فشار روانی حاصل از داغدیدگی در مادرانی که فرزند خود را ازدست داده‌اند. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، شماره هفتم، سال دوم: ۳۱ تا ۵۹.
۴. یوسف‌پور، نرگس؛ اکبری، احمد، آهنگری، الهه و ثمری، علی‌اکبر (۱۳۹۶)، بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی

11. Montazeri, A. Gashtasbi, A. Vahdaninia, M. (2005). Translation, Assess the reliability and validity of Persian SF-36 standard tool. *Payesh journal*. (1)5:49-56 (in Persian)
12. Nadir, A., & Dziegielewska, S. F. (2001). *Spirituality within religious traditions in social work practice*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole
13. Neimeyer, R.A., Burke, L.A., Mackay, M.M., Van, D.S., & Jessica, G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(1), 73-83.
14. Nematipour, Zahra, Golzari, Mahmoud, Bagheri, Fariborz. (2012). Effectiveness of group-based patience training on reducing symptoms of depression and psychological stress due to failure in mothers who have lost their children, *Journal of Clinical Psychology Studies*, seventh, second, summer, pages 31 to 59.
15. Pizarro J, Silver RC, Prause J. (2006) Physical and mental health costs of traumatic war experiences among civil war veterans. *Arch Gen Psychiatry*.;63(2):193-200.[link]
16. Sadeqi, M. (2009). Effect of training life skills in the life quality of Isfahan young orphans. Thesis In partial fulfillment of MSc degree. Esfahan Payame Noor Univ. (in Persian)
17. Shafiei Kamalabadi, Marzieh, Bigdeli, Imanollah, Alavi, Kaveh, Kian Herzi, Farahnaz (2014), The prevalence of post traumatic stress disorder and its association with personality disorders among veterans of Tehran. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 6, No. 1 (PAYA 21 ) pp: 65 -75.
18. Shear, K.M., Frank, E., & Houck, P.R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Arch Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 257(8), 453-461.
19. Simon, N.M. (2007). The Prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprisal Psychiatry*, 48 (5), 395-399.
20. Worden, J.W. (1992). *Grief Counseling & Grief Therapy*. Translated by Firoozbakht, M. (1995). Abjad Publications. Tehran. (in Persian)
21. Wuthnow, R., Christiano, K., & Kuzlowski, J. (2010), Religion and bereavement: A conceptual framework, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19(3): 408-422.
- مبتلایان به سوگ پیچیده، مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۱): ۲۱ - ۳۷.
1. Abbas Nejad, Mohsen, Seyedi, Hossein, Rostami, Mohammad Hassan (2008), *Quran, Psychology and Education* (2) (Volume I of Proceedings), Mashhad: Quranic Studies Foundation and University, First Edition.
  2. 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.
  3. Cox, J.D., Burlingame, G.M., Campbell, J.E., Layne, C.M., & Katzenbach, R.J. (2007). Effectiveness of a trauma: Grief-focused group intervention: A qualitative study with war-exposed Bosnian adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 319-345.
  4. Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorder*, 127(2), 352-358.
  5. Hofmann, S.G. (2006), The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and behavioral practice*, 13 (4): 243-254.
  6. Houwen, K., Vander, S., Henk, B., Vanden, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behavior Research & Therapy*. 48(5), 359-367.
  7. Jerome, A. (2011), Comforting children and families who grieve: Incorporating spiritual support. *Journal of School Psychology International*. 32(2): 233-238.
  8. Kissane, D.W., Mchenzie, M., & Bloch, S. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trail in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 1208-1218.
  9. Lewis, N. E. (2006), spirituality as a coping mechanism for African American collegwge student facing bereavement, Department of pstchology of the state university of New york.
  10. Mallinson, S. (2002). Listening to respondents: A qualitative assessment of the short-form 36 health status questionnaire. *Social Science & Med*, 54(1), 11-21.