



MARCH 10, 2024 | TEHRAN

۲۰ اسفند ۱۴۰۲
محل برگزاری: تهران

اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت، تعلیم و تربیت در آموزش و پرورش

سوگ در کودکان و نوجوانان

ملیکا نامدار

دانشجوی کارشناسی رشته آموزش ابتدایی دانشگاه فرهنگیان بنت الهدی صدر قزوین
Melikanamdar305@gmail.com

فاطمه قربانی

دانشجوی کارشناسی رشته آموزش ابتدایی دانشگاه فرهنگیان بنت الهدی صدر قزوین
fatemegh650@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف آشنایی با سوگ و آثار و نتایج آن بر کودکان و نوجوانان شکل گرفته است. روش پژوهش مروری بوده و سعی شده است که از منابع معتبر و به روز و به خصوص خارجی استفاده شود. طی این پژوهش ابتدا با مفهوم سوگ و نظریه های مختلف مرتبط با آن آشنا شده و سپس تاثیرات مختلف آن بر دوره های مختلف سنی از چارچوب ها و نظریات مختلف و از دیدگاه اندیشمندان معروف متفاوت بررسی کرده ایم. طی پژوهش و جست و جو راجب موضوع مورد نظر یافته های محققین و اندیشمندان و صاحب نظران ایرانی نیز مورد بررسی قرار گرفته است تا تفاوت های قومی و فرهنگی نیز لحاظ شده باشد. یافته های پژوهش نشان دهنده این موضوع است که کودکان گروه آسیب پذیری در برابر فقدان هستند و توجه به آن ها امری ضروری است چراکه ممکن است به نیازهای متعدد کودکان داغدیده در محیط خانواده به خوبی پاسخ داده نشود. بنابراین برخی از کودکان با مشکلات قابل توجهی مواجه می شوند و مربیان و کارکنان بهداشت روانی با چالش بزرگی برای کمک به کودکان در جهت کنار آمدن با نه فقط فقدان والدین بلکه مقابله با طیف وسیعی از مشکلات هیجانی، روان شناختی و تحصیلی کودکان روبه رو هستند. صحبت کردن با دیگران فرصتی برای دریافت دیدگاه های مختلف، سهیم کردن دیگران در خاطرات و ارزیابی احساسات از طریق کلامی کردن آن ها فراهم می کند. همچنین صحبت کردن از طریق به اشتراک گذاشتن داستان های افراد داغدیده در محیط اجتماعی به آن ها کمک می کند تا به تجربیاتشان معنا ببخشند.

واژگان کلیدی: سوگ، کودکان، نوجوانان

مقدمه

سوگ^۱ به عنوان تجربه ای انسانی، هم طبیعی است و هم ساختاریافته؛ طبیعی به این دلیل که ما موجوداتی زیستی و اجتماعی هستیم و مخدوش شدن پیوندهای دلبستگی که برایمان حیاتی است، باعث پاسخ ما به فقدان می شود. در سطح ساختاریافته این پاسخ به گونه ای نمادین و در قالب یافتن معنا از واقعه مرگ و تغییرات در هویت فردی و جمعی نمودار می شود (پارکس و پریرسون^۲، ۲۰۱۳). فقدان و سوگ، از جمله تجارب انسانی همگانی است و وقتی فرد عزیزی می میرد، نشان



دادن واکنش اندوه طبیعی است؛ بنابراین با وجود اینکه اندوه طبیعی چند ویژگی مشترک مانند خلق غمگین و انزوای اجتماعی با افسردگی دارد؛ اما عموماً به درمان نیازی ندارد (سوزا^۳، ۲۰۱۹). بنابراین سوگواری به دنبال مرگ عزیزان، فرایندی طبیعی و لازم است که بسیاری از افراد آن را تجربه می کنند؛ ولی گروهی نیز مهارت ها و توانایی های لازم برای حل مشکل سوگ را ندارند که این می تواند منشأ بسیاری مشکلات دیگر گردد (اوماهونی^۴، ۲۰۲۰). بررسی ها نشان داده اند که نزدیک به ۱۰ تا ۱۵ درصد افرادی که عزیزی را از دست داده اند، به سوی واکنش سوگ پیچیده پیش می روند (سیم کو^۵، ۲۰۲۱).

یکی از چهارچوب های نظری مهم در مورد تجربه سوگ دیدگاه کوبلر رأس (کوبلر-راس^۶، ۲۰۱۴)، در مورد مراحل سوگواری است. او پنج مرحله متداول سوگ را در همه انواع سوگواری شناسایی کرد که شامل مرحله اول شوک و انکار است که واکنش ابتدایی بیمار شوک و سپس انکار واقعیت مرگ عزیز است. مرحله دوم خشم و عصبانیت در مورد مرگ و احساس فقدان است. مرحله سوم معامله یا چانه زنی است که در این مرحله نیز هنوز واقعیت مرگ پذیرفته نشده است؛ اما به جای خشمگین بود فرد در یک موضع انفعال دست به چانه زنی می پردازد. در مرحله چهارم که افسردگی است فرد ناامید و افسرده می شود و علائم فرد به صورت گوشه گیری، کندی روانی - حرکتی، اختلالات خواب، ناامیدی و احتمالاً افکار خودکشی ظهور می کند. در آخرین مرحله که پذیرش است فرد درمی یابد که مرگ غیرقابل اجتناب است و برای همه اتفاق می افتد.

از دست دادن یکی از اعضای مهم خانواده بزرگ ترین بحران است که فرد باید با آن روبه رو شود. اگر این فقدان، فاقد منابع لازم برای تطبیق با وضعیت جدید باشد، ممکن است سبب از بین رفتن سیستم خانواده گردد (بک استروم^۷، ۲۰۲۰). اشکال مختلف سوگ به خودی خود اختلال محسوب نمی شود و ۶ ماه بعد از فقدان، اکثر نشانه های سوگ کاهش می یابد (کانینگام و همکاران^۸، ۲۰۱۸). سوگ نابهنجار وقتی اتفاق می افتد که شدت ماتم به اندازه ای باشد که فرد را تحت فشار قرار دهد به طوری که به رفتارهای ناسازگارانه پناه برد یا آن که مدتی طولانی اسیر ماتم باشد بدون آن که باگذشت زمان فراگشت ماتم پایان پذیرد (وردن^۹، ۲۰۱۸). در ویراست پنجم طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلال های روانی^{۱۰} (DSM-5)، برای تشخیص سوگ نابهنجار تأکید شده است که سوگ باعث اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و سایر عملکردهای مهم در زندگی فرد می شود و واکنش های سوگ باید خارج از هنجارهای فرهنگی، اجتماعی و معنوی فرد باشد. همچنین علائم روان شناختی همانند دشواری در پذیرش واقعیت فقدان، کرختی هیجانی پیرامون مرگ، خود مقصر بینی، اجتناب از یادآورهای فقدان، آرزوی مرگ برای بودن در کنار متوفا، احساس تنهایی و گسستگی از دیگران، احساس بی معنا و تهی بودن زندگی، اغتشاش نقش ها و وظایف فرد در زندگی و دشواری در دنبال نمودن علائق و برنامه ریزی برای زندگی از زمان مرگ برای آن ذکر شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا^{۱۱}، ۲۰۱۳).

مرگ پدیده ای است که به شیوه ی پیش بینی ناپذیر و جهانی برای همگان رخ می دهد اما کودکان و نوجوانان برخلاف بزرگسالان توانایی شناختی و هیجانی درک کامل فرایند مرگ را ندارند (سورمانتی و بالان^{۱۲}، ۲۰۱۵). کودکان و نوجوانان هنگامی که یکی از والدین، خواهر یا برادر، پدر بزرگ یا مادر بزرگ، دوست و یا حتی حیوان خانگی مورد علاقه خود را از دست



MARCH 10, 2024 | TEHRAN

۲۰ اسفند ۱۴۰۲

محل برگزاری: تهران

اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت، تعلیم و تربیت در آموزش و پرورش

می‌دهند، بسیاری از هیجان‌ها مربوط به سوگ بزرگسالان مانند غمگینی، ناامیدی، خشم، دل‌تنگی و تنهایی را تجربه می‌کنند. اما آن‌ها در مقایسه با بزرگسالان به طرز متفاوتی فقدان را تفسیر و سوگ را تجربه می‌کنند (دایرگروف و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۵). آن‌ها مرگ را برحسب سطح تحول شناختیشان درک می‌کنند و در مراحل متوالی رشد به همان اندازه که توانایی‌های شناختی و زبانی‌شان رشد می‌کند، ادراکشان از مرگ نیز تغییر می‌کند و به همین علت در هر مرحله به نحو متفاوتی به سوگواری کردن ادامه خواهند داد؛ به بیان دیگر، هنگامی که کودکان و نوجوانان در سطوح بعدی رشد پیش می‌روند و بینش عمیق‌تری درباره‌ی فقدان کسب می‌کنند، ممکن است برای یک مرگ دوباره سوگواری کنند و به‌طور متناوب سوگواری اتفاق بیفتد. در واقع در هر سطح رشدی جدید، کودک ویژگی‌های متفاوت و به‌تبع آن نیازهای متفاوتی دارد و در نتیجه برای کمک به کودکان و نوجوانان داغ‌دیده می‌بایست سطح رشد شناختی و توانایی زبانی آن‌ها در نظر گرفته شوند (فیتز جرال و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۱).

در میان فقدان‌های متعددی که ممکن است کودکان و نوجوانان تجربه کنند، بی‌تردید مرگ یکی از والدین ضربه‌ی فاجعه‌انگیزی برای کودکان و نوجوانان است، زیرا آن‌ها برخلاف بزرگسالان که عشق خود را در روابط مهم زندگی‌شان تقسیم می‌کنند، تمام احساساتشان را روی والدین سرمایه‌گذاری می‌کنند (جمشیدی سیانکی و همکاران، ۱۳۹۵). اگرچه کودکان و نوجوانان نمی‌توانند بر سوگشان غلبه کنند اما مانند بزرگسالان می‌آموزند با فقدان والدین، همشیر و یا سایر افراد مهم، زندگی کنند و با آن سازگار شوند (کیانی و سبزواری، ۱۳۹۹). سوگ سازگارانگی و نوجوانی شامل این ویژگی‌های می‌شود: ۱- کودکان و نوجوانان بتوانند رنج عمیقی که مربوط به از دست دادن فرد محبوبشان است را تجربه کنند؛ ۲- کودکان و نوجوانان بزرگ‌تر بتوانند دائمی بودن مرگ را درک کنند. بسیاری از کودکان کوچک‌تر ممکن است مکرراً پرسند کی او برمی‌گردد و لازم باشد به آن‌ها یادآوری شود که متوفی دیگر بر نخواهد گشت؛ ۳- کودکان و نوجوانان قادر به تحمل خاطرات فرد متوفی باشند و نه صرفاً خاطرات خوب، بلکه کلیت فرد را به یاد بیاورند و غالباً در فکر کردن و حرف زدن در مورد متوفی احساس راحتی کنند؛ ۴- در طول زمان شکل رابطه از اینکه کودک فرد را ببیند و با او صحبت کند تغییر پیدا کند و به‌جای آن رابطه با متوفی در خاطرات شکل بگیرد و فرد با او در افکار و ذهن خود صحبت کند؛ ۵- کودکان بتوانند به آرامی خود را در روابط جدید متعهد سازند اگرچه که روابط جدید نمی‌توانند جایگزین فرد متوفی شوند ۶- کودکان و نوجوانان در مسیر تحول سالم روبه‌جلو حرکت کنند به‌جای اینکه در یک سطح رشدی متوقف شوند و یا به سطح قبلی واپس‌روی کنند (کوهن و مانارینو^{۱۵}، ۲۰۱۶).

بیشتر کودکان و نوجوانان این ویژگی‌های را بعد از یک دوره‌ی نسبتاً کوتاه نشان می‌دهند (کروسل^{۱۶}، ۲۰۱۷). البته این نکته قابل‌ذکر است که سوگواری سازگارانگی بسیار فردی است و تجربه‌ی سوگ هر کودک با بزرگسالان و با سایر کودکان و نوجوانان تفاوت می‌کند و بستگی به سن و سطح تحول کودک و نوجوان دارد (اسوانک^{۱۷}، ۲۰۱۵). حتی کودکانی که سوگواری سازگارانگی را در چارچوب زمانی خودشان تجربه می‌کنند بعد از گذشت ماه‌ها که به حالت طبیعی برگشته‌اند، ممکن است به‌صورت ادواری و غیردائمی به دوره‌ی سخت و دردناک سوگ و ناراحتی شدید آن برگردند. از آنجایی که سوگ برای هر فردی منحصر به خود اوست بزرگسالان نباید از کودکان انتظار داشته باشند در یک مدت‌زمان از قبل مشخص‌شده سوگواری کنند و بر آن فائق بیایند. کودکانی که ویژگی‌های بالا را نشان نمی‌دهند، شرایط متفاوتی را تجربه می‌کنند که به آن سوگ طولانی گفته می‌شود (کوهن و مانارینو، ۲۰۱۶).

3



MARCH 10, 2024 | TEHRAN

۲۰ اسفند ۱۴۰۲

محل برگزاری: تهران

اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت، تعلیم و تربیت در آموزش و پرورش

اخیراً مطالعه علمی داغ‌دیدگی رو به افزایش است و پژوهشگران عوامل خطر فرآیند سوگ ناسازگارانه در جریان تجربه داغ‌دیدگی را دنبال می‌کنند. بسیاری از این مطالعات روی انواع گوناگونی از افراد که یک فرد صمیمی را ازدست‌داده‌اند، تمرکز می‌کنند؛ برای مثال، افرادی که یک شریک را ازدست‌داده‌اند، کودکانی که والدینشان را ازدست‌داده‌اند و والدینی که فرزندشان را ازدست‌داده‌اند (استروبی و همکاران^{۱۸}، ۲۰۱۴). برخی از پژوهش‌ها همچنین، روی انواع خاصی از داغ‌دیدگی به‌عنوان یک استرس آسیب‌زا تمرکز کرده‌اند؛ مانند فقدان غیرمنتظره یک فرد عزیز بر اثر جرم، تصادف یا بلای طبیعی است.

شیوع سوگ و پیامدهای آن به دلیل تفاوت‌های موجود در هنجارهای اجتماعی و انتظارات فرهنگی متفاوت است (فیرست و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۵). تعریف مراحل، طول مدت و پیچیدگی‌های سوگ به دلیل این تفاوت‌های فردی و فرهنگی، نه‌تنها دشوار است بلکه شیوع و ویژگی‌های این اختلال نیز در فرهنگ و جوامع مختلف یکسان نیست (شیر^{۲۰}، ۲۰۱۷). برآوردهای شیوع از داغ‌دیدگی منتشرشده در ادبیات، اغلب به اطلاعاتی که از طرف اداره آمار ایالات‌متحده منتشر می‌شود، بستگی دارد. اگرچه، طول مدت و شدت پاسخ‌دهی به داغ‌دیدگی، به ناگهانی بودن مرگ و ویژگی‌های فرهنگی فرد بستگی دارد، اما نشانه‌های بهنجار سوگ به‌تدریج کاهش می‌یابند و نباید بیش از ۶ ماه در طول یک سال تداوم داشته باشند (ماریس و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۹). با این‌وجود، سیر سوگ ممکن است در برخی از افراد نابهنجار باشد و بنابراین نشانه‌ها و رفتارهای همراه با سوگ ممکن است در دوره طولانی‌تری تداوم داشته باشد و مداخلات روان‌پزشکی جدی لازم باشد (فیرست و همکاران، ۲۰۱۵). اکثر مطالعات پیرامون همه‌گیرشناسی اختلال سوگ بلندمدت (سوگ تروماتیک، سوگ پیچیده) در کشورهای توسعه‌یافته (مانند آمریکا و آلمان) و در گروه‌های جمعیت خاص (مانند افراد مسن، زنان بیوه، یتیمان و مراقبان بیماران) اجرا شده است شیوع این اختلال در این مطالعات بین ۲/۴ تا ۳۸/۳ درصد گزارش شده است (گوارنیور و همکاران^{۲۲}، ۲۰۱۶؛ اسکال و همکاران^{۲۳}، ۲۰۱۷). بلک نیز اشاره کرده است که در کشورهای غربی بین ۱/۵ تا ۴ درصد کودکان، حداقل یکی از والدین خود را در کودکی ازدست‌داده‌اند. وی اذعان می‌کند که در کشورهای در حال توسعه که تحت تأثیر فجایع طبیعی، جنگ و درگیری‌های داخلی هستند، این میزان به‌مراتب بیشتر است. میزان همه‌گیرشناسی برای داغ‌دیدگی زناشویی و برای داغ‌دیدگی کودک به ترتیب ۲۰/۳ و ۲۳/۶ درصد است. مطالعات قبلی پیرامون سوگ پیچیده دامنه گسترده‌ای از آمارها که بین ۲۰ تا ۴۰ درصد قرار دارند، گزارش کرده‌اند. همچنین نتایج پژوهش عصاره و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که شیوع کلی سوگ پیچیده در جمعیت مورد مطالعه در ایران ۳/۷۳٪ برآورد شده است. همچنین نتایج مطالعه مؤمنی و سحاب نگاه (۱۳۹۹) در مورد پیچیدگی‌های سوگ در طی شیوع کوئید - ۱۹ نشان داد که در طی شیوع کوئید - ۱۹، سوگ پیچیده افزایش یافته است؛ بنابراین ضروری است افرادی که از سوگ پیچیده رنج می‌برند، شناسایی و درمان شوند.

پیشینه تجربی

اسمعیلی و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی باهدف بررسی راهبردهای اثربخش نوجوانان در برخورد با سوگ ناشی از طلاق والدین صورت دادند. این تحقیق مبتنی بر رویکرد کیفی بوده و با استفاده از طرح پدیدارشناسی به توصیف عمیق موضوع



پرداخته است. شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۲ نفر از دانش‌آموزان نوجوان بازه‌ی سنی ۱۸-۱۴ در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ متعلق به استان‌های تهران، اصفهان و لرستان بودند که به شیوه گلوله‌برفی انتخاب شدند و نمونه‌گیری مبتنی بر اصل اشباع انجام شد. داده‌ها در طول مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته جمع‌آوری و با استفاده از روش کلایزی تحلیل شدند. در نهایت پس از تحلیل داده‌ها، ۵ مقوله اصلی تحت عنوان پدیده مرکزی سوگ، عوامل علی در سازگاری، پیامدهای سوگ، عوامل میانجی‌گر سازگاران و راهبردهای مؤثر در سازگاری و ۱۴ مقوله فرعی نتیجه شد که در متن پژوهش به تفصیل به هر یک پرداخته شده است.

طاهری و همکاران (۱۴۰۰) پژوهشی را باهدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با مداخلات روان‌شناسی مثبت نگر بر علائم داغدیدگی و پرخاشگری در نوجوانان داغ‌دیده انجام دادند. نتایج نشان داد که ذهن آگاهی نوجوان محور و مداخلات روان‌شناسی مثبت نگر بر علائم داغدیدگی و پرخاشگری نوجوانان داغ‌دیده مؤثر است ($P < 0/05$) و گروه ذهن آگاهی نوجوان محور تأثیر بیشتری از روان‌شناسی مثبت نگر داشته و تغییرات در طول زمان پایدار بوده است.

بشکوه و شهاب‌زاده (۱۴۰۰) مطالعه‌ی را باهدف تأثیر سوگ والدین متأثر از کووید ۱۹ بر سلامت روان کودکان و نوجوانان شهر تهران (مطالعه موردی) صورت دادند. نتایج نشان داد که سوگ والدین متأثر از کووید ۱۹ و هر یک از مؤلفه‌های آن یعنی ناامیدی، رفتار وحشت‌زدگی، سرزنش و خشم، کناره‌گیری، درهم‌ریختگی و رشد شخصی کودکان و نوجوانان تأثیر معنی‌داری دارد بنابراین، می‌توان گفت که هر یک از ابعاد سوگ والدین یعنی درهم‌ریختگی، رشد شخصی، سرزنش و خشم، رفتار وحشت‌زدگی، کناره‌گیری و ناامیدی به ترتیب بهترین پیش‌بینی کننده متغیر وابسته (ملاک) یعنی سلامت روان کودکان و نوجوانان محسوب می‌شوند.

اسکویی و همکاران (۱۴۰۰)، پژوهشی با عنوان ماندن در سوگ: مطالعه پدیدارشناسانه تجربه سوگ نابهنجار بعد از مرگ عضوی از خانواده انجام دادند. جامعه آماری آن متشکل از ۱۲ زن و مرد با بازه سنی ۳۰-۵۰ ساله بودند که دارای تجربه ماندن در سوگ عضوی از خانواده همانند فرزند، مادر، همسر یا ... خود بودند. مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق بود. سؤالات مصاحبه باز پاسخ (تکمیلی) بودند که با یک سؤال کلی به این مضمون: از تجربه خود بعد از مرگ عزیزتان حرف می‌زنید، شروع می‌شد. در ادامه مصاحبه، برای کشف عمیق پدیده از سؤالات پیگیرانه مانند "می‌توانید در این باره بیشتر توضیح دهید"، استفاده شد. تحلیل داده‌ها به ۴ مضمون اصلی و ۱۲ زیر مضمون فرعی منجر گردید که شامل مکانیسم‌های روان‌شناختی با درون‌مایه‌های فرعی: «مکانیسم‌های هیجانی، مکانیسم‌های رفتاری و مکانیسم‌های شناختی؛ زمینه‌های خانوادگی با درون‌مایه‌های فرعی: عدم حمایت عاطفی و همراهی خانواده، عدم کارکرد و تغییر ساختار خانواده، عدم انتقال خانواده از مراحل سوگ و عدم کارکرد خرده نظام‌های خانواده؛ زمینه‌های شخصی با درون‌مایه‌های فرعی: ویژگی‌های شخصیتی مداخله‌گر، جایگاه متوفا در دنیای پدیداری فرد، تأثیر تجارب گذشته فرد و زمینه‌های نگرشی با درون‌مایه‌های فرعی نگرش دینی یا غیردینی و پذیرش یا عدم پذیرش واقعیت مرگ بود.

سیحانی (۱۴۰۰) پژوهشی را تحت عنوان نقش واسطه‌ای معنای زندگی در رابطه بین سبک دلبستگی فرد و سوگ پیش از موعد در والدین کودکان با بیماری‌های خاص صورت دادند. طبق نتایج این پژوهش نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه بین سبک دلبستگی فرد و سوگ پیش از موعد در والدین کودکان با بیماری‌های خاص ایفا نمود. در واقع، بین معنا در زندگی و سبک دلبستگی ایمن با سوگ پیش از موعد همبستگی مثبت معنادار و بین سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا با سوگ پیش از موعد همبستگی منفی برقرار شد.

اصلی‌پور و همکاران (۱۴۰۰) مطالعه‌ی تحت عنوان معرفی بسته درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر عوامل مؤثر در مشکلات روان‌شناختی کودکان سوگووار صورت دادند. نتایج نشان داد که بر اساس کدگذاری مصاحبه با متخصصان و مادران همچنین بررسی متون، چهار مضمون سازمان دهنده شامل عوامل مرتبط با کودک، خانواده، ماهیت مرگ و عوامل حمایتی به‌عنوان



مقایسه نمرات استاندارد نشان داد پس از اجرای هنر درمانی اغلب مشکلات قبلی آزمودنی اول بهبودی کامل یافتند، یعنی نمرات استاندارد این مقیاس‌ها از محدوده مرزی یا بالینی در مرحله خط پایه به محدوده طبیعی در مرحله پیگیری رسیده‌اند. همچنین نمرات استاندارد مشکلات کلی او از محدوده بالینی در خط پایه، به محدوده مرزی در پیگیری وارد شده است که نشان از بهبودی متوسط او دارد. همین‌طور تعداد زیادی از مشکلات آزمودنی دوم بهبودیافته‌اند اما نمرات استاندارد پرخاشگری، مشکلات درونی سازی شده، برون‌سازی شده و مشکلات کلی او علی‌رغم کاهش در همان محدوده‌ی بالینی خط پایه قرار دارند. همچنین نمرات استاندارد گوشه‌گیری/ افسردگی آزمودنی دوم از وضعیت طبیعی و بهنجار به وضعیت بالینی رسیده است. در مورد آزمودنی سوم نمرات استاندارد تنها دو مقیاس اضطراب/ افسردگی و رفتار قانون‌شکنی در پیگیری به وضعیت بهنجار رسیده و سایر مشکلات در همان محدوده قبلی باقی‌مانده است و تمامی مشکلات آزمودنی چهارم و پنجم در مرحله پیگیری بهبود کامل یافته‌اند.

بولدن^{۲۶} (۲۰۱۳) در پژوهش خویش گزارش کرد که افسردگی، اضطراب و مختل شدن روابط بین فردی بازماندگان، مهم‌ترین علائم حاصل از فقدان یکی از عزیزان؛ ز نشان‌های مختل‌کننده نظیر مختل شدن عملکرد شناختی و جسمانی فرد را فراهم می‌کنند. نتایج مطالعه اسلامی‌پور و مرادی (۲۰۱۴) نشان داد که سوگ و از دست دادن یکی از عزیزان تأثیرات مخربی در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و ارتباطی بر اعضای خانواده و خویشاوندان درجه یک فرد متوفی دارد و برای مدت‌زمانی عملکرد آن‌ها را در ابعاد مختلف زندگی با اختلال مواجه می‌کند.

7 فرامرزی و همکاران (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلابه سوگ نابهنجار صورت دادند. نتایج نشان داد که بین عملکرد گروه شاهد و آزمایش در سازگاری کل بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.02$). همچنین بین عملکرد گروه شاهد و آزمایش در خرده مقیاس سازگاری فردی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.01$), ولی در خرده مقیاس سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($P < 0.1$). نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت که در مجموع، درمان شناختی - رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان مبتلابه سوگ نابهنجار تأثیر مثبت دارد و می‌توان از این شیوه درمانی برای کمک به سلامت و بهداشت روانی کودکان استفاده نمود. بنابراین بیشتر مطالعات داخلی و خارجی گذشته بر اثر و واکنش‌های سوگ نابهنجار تأکید کرده‌اند چنان‌که همگی گفته‌اند از دست دادن یکی از عزیزان تأثیرات مخربی در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و ارتباطی بر فرد بازمانده دارد و برای مدت‌زمانی عملکرد آن‌ها را در ابعاد مختلف زندگی با اختلال مواجه می‌کند.

تبیین آسیب‌شناسی مربوط به موضوع

متأسفانه امروز، میلیون‌ها کودک و نوجوان در جهان در محله‌ها یا جوامعی زندگی می‌کنند که در آن خشونت یا اعمال مربوط به اشکال مختلف خشونت و تروما به‌طور روزانه رخ می‌دهد و میلیون‌ها نفر نیز در معرض خطر هستند. این افراد در مواجهه با خشونت و تروما ممکن است مشکلات روانی- اجتماعی - هیجانی و مشکلات مراقبت سلامت جسمی را نشان می‌دهند (زتمر و همکاران^{۲۷}، ۲۰۱۳). بیش از نیمی از کودکان و نوجوانان در ایالات متحده آمریکا حداقل یک حادثه تروماتیک نظیر سوءاستفاده دوره کودکی، آزار و اذیت‌های جنسی، خشونت خانوادگی، ارباب و وحشت، سوانح جدی رانندگی، آتش‌سوزی، فجایع طبیعی، ترومای پزشکی یا مرگ تروماتیک یک دوست صمیمی را تجربه کرده‌اند، تقریباً یک‌چهارم آن‌ها نیز علائم روان‌پزشکی قابل‌ملاحظه‌ای به‌ویژه علائم اختلال استرس پس از سانحه را نشان می‌دهند که مرتبط با ترومای تجربه‌شده هست (اصلی‌پور و



ارائه راهکارها

اهداف مشاوره‌ی سوگ

هدف کلی مشاوره سوگ، کمک به بازمانده برای سازگاری با فقدان یک فرد عزیز و توانمند ساختن وی برای سازگاری با واقعیت جدید بدون متوفی است. اهداف خاصی، منطبق با چهار تکلیف سوگواری وجود دارد: ۱- افزایش واقعیت بخشی به فقدان ۲- کمک به مراجع برای روبه‌رویی با دردهای عاطفی و رفتاری، ۳- کمک به مراجع برای غلبه بر موانع مختلف برای سازگاری مجدد پس از فقدان و ۴- کمک به مراجع برای یافتن راهی به‌منظور حفظ پیوند با متوفی، هم‌زمان با کسب احساس آرامش برای سرمایه‌گذاری مجدد در زندگی است (کیانی و سبزواری، ۱۳۹۹).

چه کسی مشاور سوگ را دریافت می‌کند؟

اساساً سه رویکرد برای مشاوره‌ی داغ‌دیدگی وجود دارد، که ممکن است به‌صورت فلسفه‌ها نام‌گذاری شوند (برن و همکاران^{۴۴}، ۲۰۱۸). اولی پیشنهاد می‌کند که مشاوره‌ی داغ‌دیدگی برای همه‌ی افرادی که فقدان مرتبط با مرگ را تجربه کرده‌اند، ارائه شود، به‌ویژه خانواده‌هایی که مرگ والدین یا کودک در آن‌ها اتفاق افتاده است. فرض پشت این فلسفه این است که مرگ، یک رویداد بسیار ضربه‌زا برای افراد درگیر است و مشاوره باید برای همه افراد ارائه شود. درحالی‌که این فلسفه قابل‌درک است، ولی به خاطر هزینه و عوامل دیگر ممکن است برای ارائه کمک همگانی غیرممکن باشد. علاوه بر این، تحقیقات ما نشان می‌دهد که مشاوره برای همه افراد موردنیاز نیست. خیلی از آن‌ها، خیلی خوب و بدون کمک به سطح عملکرد خوبی خواهند رسید (تانگ و همکاران^{۴۵}، ۲۰۲۱). پارکز^{۴۶} (۲۰۱۴) یک جمله تند و تلخی را مطرح کرده است: «هیچ مدرکی وجود ندارد، دال بر اینکه همه مردم داغ‌دیده از مشاوره بهره‌مند می‌شوند؛ و پژوهش نشان داده هیچ منفعتی در ارجاع معمول مردم برای مشاوره، فقط بدین دلیل که از داغ‌دیدگی در رنج هستند، وجود ندارد». فلسفه دوم، فرض می‌کند که برخی از مردم برای داغ‌دیدگی خود نیازمند کمک هستند، اما صبر می‌کنند تا زمانی که مشکل را تجربه کنند و نیاز خود به کمک را تشخیص دهند و خواستار کمک شوند. این فلسفه مقرون به‌صرفه‌تر از اولی است، اما شامل افرادی می‌شود که میزانی آشفتگی را قبل از جستجوی کمک تجربه کرده باشند. با این وجود، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افرادی که به دنبال مشاوره هستند، نسبت به افرادی که مشاوره نمی‌گیرند، بهتر عمل می‌کنند. فلسفه سوم، مبتنی بر یک مدل سلامت روانی پیشگیرانه است. اگر ما بتوانیم از قبل پیش‌بینی کنیم که احتمالاً چه کسی یک یا دو سال بعد از فقدان با مشکل روبه‌رو خواهد شد، سپس می‌توانیم کارمان را از طریق مداخله‌ی اولیه برای جلوگیری از انطباق ضعیف با فقدان انجام دهیم.

این رویکرد توسط پارکز در مطالعه داغ‌دیدگی هاروارد انجام شد که در آن پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی مانند زنان و مردان بیوه‌ی کمتر از ۴۵ سال و در معرض خطر بالا را شناسایی کردند. در این پروژه، زنان و مردان بیوه‌ی داغ‌دیده به‌صورت توصیفی در فواصل منظم برای یک دوره زمانی تا ۳ سال پس از مرگ همسر، مورد مطالعه قرار گرفتند. یک گروه از آن‌هایی که بعد از ۱۳ الی ۲۴ ماه نمی‌توانستند خوب عمل کنند، شناسایی شدند و اطلاعات جمع‌آوری‌شده در داغ‌دیدگی ابتدا برای تعریف پیش‌بینی‌گری‌های مهم موجود در جمعیت در معرض خطر بالا استفاده شد. در زیر شرحی از زنان بیوه با خطر بالا ارائه می‌شود که در این مطالعه اصلی مشخص شدند. در اینجا تمرکز بیشتر روی زنان بیوه است تا مردان بیوه، زیرا زنان بیوه به‌طور قابل‌توجهی بیشتر هستند و این نسبت در ایالت متحده ۱ به ۵ است. هیچ زنی در مطالعه، همه‌ی معیارهای خطر را نداشت. این یک تصویر ترکیبی است، اما ایده‌ای از خصیصه‌ی زنان بیوهی در خطر ارائه می‌دهد و کسانی که می‌توانند زودتر



شناسایی شده و مشاوره به آن‌ها ارائه شود، که ممکن است به آن‌ها کمک کند تا سوگشان به‌طور شایسته‌ای حل و فصل شود (کیانی و سبزواری، ۱۳۹۹).

هنگامی که کودک فقدان والدین و یا یکی دیگر از عزیزان را تجربه می‌کند، درک واقعیت مرگ برای او دشوار است (شنون و ویکسون^{۴۷}، ۲۰۲۰). آن‌ها درباره‌ی علت مرگ او سردرگم هستند. ممکن است دچار احساس گناه شوند و تصور کنند عمل و یا افکار آن‌ها باعث مرگ او شده است. در قدم اول والدین یا معلم با در اختیار گذاشتن اطلاعات مناسب می‌توانند به کودک کمک کنند تا از سردرگمی پیرامون مرگ رها شود (وب^{۴۸}، ۲۰۱۶). با این وجود همان‌طور که قبلاً هم ذکر شد برای برخی کودکان و نوجوانان ممکن است مداخلات حرفه‌ای ضروری باشد. قبل از هرگونه کمک حرفه‌ای، لازم است به زمینه‌های فرهنگی کودک توجه خاصی شود و درمانگر ارزیابی دقیقی از شرایط کودک به عمل بیاورد (پهرسون، ۲۰۱۵). وب (۲۰۱۶) به سه عامل در ارزیابی کودک داغ‌دیده توجه می‌کند: ۱- عوامل فردی؛ مانند مزاج، مدرسه، حمایت اجتماعی، تجارب قبلی درباره مرگ؛ ۲- عوامل مرتبط با مرگ؛ مانند تصادفی یا قابل پیش‌بینی بودن و ارتباط کودک با متوفی؛ ۳- فرهنگ، مذهب و هنجارهای خانوادگی. از نظر وب (۲۰۱۶) فرهنگ، مذهب و هنجارهای خانواده در نحوه ابراز سوگ توسط کودک نقش مهمی را بازی می‌کند و درمانگران و مشاوران سوگ باید به این عوامل توجه ویژه‌ای داشته باشند. در هنگام کار کردن با کودکان داغ‌دیده و خانواده‌هایشان، حساس بودن نسبت به چگونگی تأثیر هویت نژادی و فرهنگی کودک، خانواده و جامعه بر نحوه‌ی ابراز هیجان کودک اهمیت زیادی دارد (اوپنهمیر^{۴۹}، ۲۰۱۷).

11 پس از انجام ارزیابی‌های دقیق از وضعیت فرهنگی، خانوادگی و فردی کودک انتخاب درمانی که با سطح تحول شناختی و هیجانی کودک و زمینه‌ی خانوادگی و فرهنگی او متناسب باشد، ضرورت دارد (داب و کین^{۵۰}، ۲۰۱۶). کلید اصلی درمان در مداخلات مربوط به سوگ صحبت کردن درباره‌ی مرگ متوفی و احساسات مربوط به آن است و ابراز این مسائل به‌عنوان یکی از مؤثرترین درمان‌ها در حوزه‌ی سوگ شناخته‌شده است (جاکوبی^{۵۱}، ۲۰۱۷). بنابراین کودکان و نوجوانان باید بتوانند در فرایند مشاوره آزادانه صحبت کنند. با توجه به بار هیجانی زیاد مسئله‌ی سوگ ممکن است آن‌ها در بیان رنج خود به بزرگ‌سالان احساس ناراحتی نمایند و یا نتوانند احساسات خود را در قالب کلمات بیان کنند. به همین دلیل لازم است مهارت‌های کلامی و مشاوره‌ای به همراه راهبردهای دیگر به کار گرفته شوند و از فعالیت‌های لذت‌بخش و مناسب نظیر داستان‌گویی، بازی، کولاژسازی، خاطره‌نویسی، نمایش، بازی نقش، کتاب‌درمانی و انواع فعالیت‌های غیرکلامی که بتوانند در تسهیل بیان احساسات و افکار به آن‌ها کمک نمایند، استفاده شود (اسمعیلی و همکاران، ۱۴۰۱).

مدل‌های مداخله برای کودکان داغ‌دیده سیستم‌های حمایتی طبیعی، مشاوره‌ی خانوادگی و فردی و گروه‌های حمایتی همسالان را شامل می‌شود (اوپنهمیر، ۲۰۱۷). سوگ درمانی می‌تواند به‌وسیله متخصصین مختلف مانند مددکاران اجتماعی، روانشناسان و مشاوران انجام شود (اسکرینر، ۲۰۱۵). هدف این مداخلات کمک به کودکان و نوجوانان است تا بتوانند با فقدان کنار بیایند و با وجود رنج کشیدن از آن بتوانند به رشد و پیشرفت خود ادامه دهند. حتی در مواردی که کودکان از لحاظ بالینی دچار اختلال نشده‌اند، سردرگمی، انزوا و احساس متفاوت بودن که در نتیجه‌ی فقدان به وجود می‌آیند، تحمل کردن شرایط را برای کودکان دشوار می‌کند. لازم است به کودکان کمک کنیم تا متوجه شوند کمک حرفه‌ای گرفتن نشان‌دهنده‌ی ضعف یا



و افکار منفی با خودگویی های مثبت عمل کنند (هاین و همکاران^{۵۵}، ۲۰۱۷). به علاوه آموزش مهارت های مقابله ای مثبت و تشویق توانایی های کودکان و نوجوانان برای پرداختن به مشکلات و هیجان هایشان، آن ها را در هدف گذاری و تحقق اهداف شخصی شان قدرتمند می کند و در نتیجه عزت نفس و مقاومت آن ها را افزایش می دهد (اسکرینر، ۲۰۱۵).

گروه حمایتی سوگ

گروه های حمایتی برای کودکان و نوجوانانی که با انواع مختلف فقدان مواجهه هستند قابل استفاده هستند. فلسفه ی گروه های حمایتی فراهم کردن مکان امنی برای کودکان و نوجوانان است که در آن بهتر سوگ خود را بشناسند، ابراز کنند و با آن کنار بیایند (مورگان و رابرت^{۵۶}، ۲۰۱۸). گروه همسالان کمک می کند تا اطلاعات نادرست درباره ی مرگ و سوگ تصحیح شوند و به کودکان و نوجوانان نشان می دهند که واکنش ها به سوگ طبیعی هستند (اوپنهمیر، ۲۰۱۷). برای نوجوانانی که غالباً احساس انزوا می کنند، گروه های حمایتی مکانی را برای بیان دردها، ترس ها و اضطراب هایشان با همسالانی که مانند او هستند فراهم می آورد (اسکرینر، ۲۰۱۵). عناصر عاطفی و روابط در گروه درمانی و همچنین تأکید بر پیش بینی پذیری، محبت و پشتیبانی احساس ایمنی، راحتی و دوست داشتنی بودن را در کودک ایجاد می کند و این کلید اثربخشی گروه درمانی است.

بحث و نتیجه گیری

کودکان گروه آسیب پذیری در برابر فقدان هستند و توجه به آن ها امری ضروری است چراکه ممکن است به نیازهای متعدد کودکان داغ دیده در محیط خانواده به خوبی پاسخ داده نشود. بنابراین برخی از کودکان با مشکلات قابل توجهی مواجه می شوند و مربیان و کارکنان بهداشت روانی با چالش بزرگی برای کمک به کودکان در جهت کنار آمدن با نه فقط فقدان والدین بلکه مقابله با طیف وسیعی از مشکلات هیجانی، روان شناختی و تحصیلی کودکان روبه رو هستند. برای کمک به کودکان داغ دیده نخست لازم است نشانگان بهنجار از نابهنجار تشخیص داده شوند و وضعیت کودک به ویژه عوامل خطر و حمایتی که می تواند بر پیامدهای داغ دیدگی تأثیرگذار باشد مورد ارزیابی قرار بگیرد. بدیهی است که هر چه عوامل حمایت کننده نظیر رابطه ی گرم و صمیمی با والد، ثبات شرایط زندگی پس از فقدان، انسجام خانوادگی، دریافت حمایت های مناسب از سوی اطرافیان و .. برای کودک فراهم باشد و عوامل خطر کمتری وجود داشته باشد پیش آگهی بهتر خواهد بود. به همین سبب در این مقاله نشانگان سوگ طولانی در کودکان و پیش بینی کننده های پیامدهای داغ دیدگی شرح داده شد. علاوه بر این مقاله ی حاضر به مداخلات حرفه ای برای کاهش نشانگان سوگ طولانی پرداخته است. مداخلات متمرکز بر سوگ کودکان می تواند به صورت خانوادگی، فردی و گروهی صورت بگیرد. مدل های علمی سوگ و کسانی که مشاوره ی سوگ و مراقبت داغ دیدگی را ارائه می دهند، معمولاً بر اهمیت صحبت کردن پیرامون فرد از دست داده شده و احساسات سوگ تأکید می کنند. صحبت کردن با دیگران فرصتی برای دریافت دیدگاه های مختلف، سهیم کردن دیگران در خاطرات و ارزیابی احساسات از طریق کلامی کردن آن ها فراهم می کند. همچنین صحبت کردن از طریق به اشتراک گذاشتن داستان های افراد داغ دیده در محیط اجتماعی به آن ها کمک می کند تا به تجربیاتشان معنا ببخشند (جاکوبی، ۲۰۱۷). همان طور که اشاره شد استفاده از روش های خلاقانه مانند هنر درمانی، بازی درمانی، نمایش درمانی و ... می تواند در درمان کودکان داغ دیده بسیار مؤثرتر باشد و ابراز هیجانات مرتبط با سوگ را تسهیل نماید.



فرامرزی، س.، عسگری، ک. و تقوی، ف. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلابه سوگ نابهنجار. مجله تحقیقات علوم رفتار، ۱۰ (۵) ف ۳۷۳-۳۸۲.
کیانی، ا و سبزواری، فاطمه. (۱۳۹۹). مشاوره و درمان سوگ. تهران: نشر ارجمند.
معینی، ن، بشرپور، س، حاجلو، ن، نریمانی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) و درمان مدیریت تروما (TMT) بر کاهش علائم پس آسیبی در دانش‌آموزان داغ‌دیده. پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
مؤمنی، ج، سحاب نگاه، س. (۱۳۹۹). مروری بر سوگ: پیچیدگی‌های سوگ در طی شیوع کوید - ۱۹. نوید نو، ۲۳ (ویژه‌نامه)، ۶۴-۵۱.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Alvarez, C. (2014). *A bereavement camp and support program for Latino children coping with the loss of a parent: A grant proposal (Doctoral dissertation, California State university, Long Beach)*.

15 Arizmendi, B. J., & O'Connor, M. F. (2015). What is "normal" in grief?. *Australian Critical Care*, 28(2), 58-62.

Bäckström, B. M. (2020). Death, mourning and post-death rituals of elderly migrants. *Mortality*, 25(2), 220-231.

Black, S. E., Devereux, P. J., & Salvanes, K. G. (2016). Does grief transfer across generations? Bereavements during pregnancy and child outcomes. *American Economic Journal: Applied Economics*, 8(1), 193-223.

Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: distinctiveness and correlates. *Psychiatry Research*, 207 (1-2), 68-72.

Breen, L. J., Croucamp, C. J., & Rees, C. S. (2018). What do people really think about grief counseling? Examining community attitudes. *Death Studies*.

Bui, E., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N. A., Wang, Y., Gribbin, C., . . . Reynolds, C. (2017). The structured clinical interview for complicated grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depression and Anxiety*, 32(7), 485-492.

Bylund-Grenklo, T., Fürst, C. J., Nyberg, T., Steineck, G., & Kreicbergs, U. (2018). Unresolved grief and its consequences. A nationwide follow-up of teenage loss of a parent to cancer 6-9 years earlier. *Supportive Care in Cancer*, 24(7), 3095-3103.

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2016). Supporting children with traumatic grief: What educators need to know. *School Psychology International*, 32(2), 117-131.

Creswell, J. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing answer five approach: Thousand Oaks, CA: Sage*.

Cunningham, R. M., Walton, M. A., & Carter, P. M. (2018). The major causes of death in children and adolescents in the United States. *New England Journal of Medicine*, 379(25), 2468-2475.

Dickens, N. (2018). Prevalence of complicated grief and posttraumatic stress disorder in children and adolescents following sibling death. *The Family Journal*, 22(1), 119-126.

Doka, K. (2016). *Disenfranchised Grief: Recognising Hidden Sorrow*. Lexington, New York.



- Dopp, A. R., & Cain, A. C. (2016). *The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence. Death studies, 36(1), 41-60.*
- Dyregrov, A., Salloum, A., Kristensen, P., & Dyregrov, K. (2015). *Grief and traumatic grief in children in the context of mass trauma. Current psychiatry reports, 17(6), 1-8.*
- Ener, L., & Ray, D. C. (2018). *Exploring characteristics of children presenting to counseling for grief and loss. Journal of Child and Family Studies, 27(3), 860-871.*
- First, M., Pies, R., Zisook, S. (2015). *Depression or bereavement? Defining the Distinction. Medscape.19.*
- Fitzgerald, D. A., Nunn, K., & Isaacs, D. (2021). *What we have learnt about trauma, loss and grief for children in response to COVID-19. Paediatric Respiratory Reviews, 39, 16-21.*
- Guarnerio, C., Prunas, A., Della fontana, I. Chiambretto, P. (2016). *Prevalence and Comorbidity of Prolonged Grief Disorder in a Sample of Caregivers of Patients in a Vegetative State, Psychiatr Q, 83: 65-73.*
- Jakoby, N. R. (2017). *Talking about grief: conversational partners sought by bereaved people. Bereavement Care, 33(1), 13-18.*
- Kacel, E., Gao, X., & Prigerson, H. G. (2016). *Understanding bereavement: What every oncology practitioner should know. The journal of supportive oncology, 9(5), 172.*
- Kochen, E. M., Jenken, F., Boelen, P. A., Deben, L., Fahner, J. C., van den Hoogen, A., ... & Kars, M. C. (2020). *When a child dies: a systematic review of well-defined parent-focused bereavement interventions and their alignment with grief-and loss theories. BMC palliative care, 19(1), 1-22.*
- Kubler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. Simon and Schuster.*
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2012). *The persistence of attachment: Complicated grief, threat, and reaction times to the deceased's name. Journal of affective disorders, 139(3), 256-263.*
- Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. (2019). *The grief of parents after the death of a young child. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 26(3), 321-338.*
- O'Mahony, S. (2020). *Mourning our dead in the covid-19 pandemic. BMJ, 369.*
- Oppenheimer, C. (2017). *Use of bibliotherapy as an adjunctive therapy with bereaved children: A grant proposal (Doctoral dissertation, California State University, Long Beach).*
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2014). *Bereavement: Studies of grief in adult life: Routledge.*
- Pehrsson, D. E. (2015). *Fictive Bibliotherapy and Therapeutic Storytelling with Children Who Hurt. Journal of Creativity in Mental Health, 1, 273-286.*
- Potter, D. (2013). *Psychosocial Well-Being and the Relationship Between Divorce and Children's Academic Achievement. Journal of Marriage and Family, 72(4), 933-946.*
- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Ayers, T. S., Tein, J. Y., & Luecken, L. (2016). *Family bereavement program (FBP) approach to promoting resilience following the death of a parent. Family science, 4(1), 87-94.*
- Sormanti, M., & Ballan, M. S. (2015). *Strengthening grief support for children with developmental disabilities. School Psychology International, 32(2), 179-193.*
- Scall, S., Dusingizemungu, J. P., Jacob, N., Neuner, F. & Elbert, T. (2017). *Associations Between Prolonged Grief Disorder, Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Anxiety in Rwandan Genocide Survivors, Death Studies, 36(2): 97-117.*



- Schreiner, C. (2015). *Utilizing bibliotherapy and grief resources to promote positive coping among bereaved children and families: A grant proposal* (Doctoral dissertation, CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LONG BEACH).
- Shannon, E., & Wilkinson, B. D. (2020). *The ambiguity of perinatal loss: A dual-process approach to grief counseling*. *Journal of Mental Health Counseling*, 42(2), 140-154.
- Shapiro, E. R. (2016). *Whose recovery, of what? Relationships and environments promoting grief and growth*. *Death Studies*, 32(1), 40-58.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., et al (2017). *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5*. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
- Shear, M. K. (2017). *Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief*. *Dialogues in clinical neuroscience*. 14(2): 119.
- Simko, C. (2021). *Mourning and Memory in the Age of COVID-19*. *Sociologica*, 15(1), 109-124.
- Souza, C. P. D., & Souza, A. M. D. (2019). *Funeral rituals in the process of mourning: meaning and functions*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35.
- Spuij, M., Dekovic, M., & Boelen, P. A. (2015). *An open trial of 'Grief-Help': A cognitive-behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents*. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(2), 185-192.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Van de Schoot R., Schut H., Abakoumkin G., Li, J. (2014). *Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss*.
- Swank, J. M. (2015). *Obstacles of Grief: The Experiences of Children Processing Grief on the Ropes Course*. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(3), 235-248.
- Tang, R., Xie, T., Jiao, K., Xu, X., Zou, X., Qian, W., & Wang, J. (2021). *Grief reactions and grief counseling among bereaved Chinese individuals during COVID-19 pandemic: study protocol for a randomized controlled trial combined with a longitudinal study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9061.
- Tejada, B. O. (2012). *Bereavement support for school children and adolescents*. (Master dissertation, California State University).
- Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action research pedagogy*. State University of New York Press, Albany, NY.
- Webb, N. B. (2016). *Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings*. *School Psychology International*, 32(2), 132-143.
- Webb, N. B. (2016). *Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings*. *School Psychology International*, 32(2), 132-143.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*: Springer Publishing Company.
- Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N., et al (2015). *The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief*. *Journal of affective disorders*, 170, 15-21.
- Zhang, Y., & Jia, X. (2018). *A qualitative study on the grief of people who lose their only child: From the perspective of familism culture*. *Frontiers in Psychology*, 9, 869.

1ST INTERNATIONAL CONFERENCE ON MANAGEMENT, EDUCATION AND TRAINING RESEARCHES IN EDUCATION

Archive of SID

MARCH 10, 2024 | TEHRAN

۲۰ اسفند ۱۴۰۲

محل برگزاری: تهران

اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های مدیریت، تعلیم و تربیت در آموزش و پرورش

