

اثر بخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، بر شاخصه‌های مدل فرایند دوگانه کنار آمدن با فقدان؛ امیدواری و سلامت معنوی

davodfathi69@gmail.com

داود فتحی / دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی
 مرتضی مرادی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
 ناهید حسینی‌نژاد / کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران
 حسین قمری کیوی / استاد مشاوره خانواده دانشگاه محقق اردبیلی
 محسن علیپور / کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه شهید چمران اهواز
 دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۱۸ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۲

چکیده

هدف این پژوهش، مطالعه اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، بر شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان امیدواری و سلامت معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده است. پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از دانشجویان سوگ‌دیده در دانشگاه محقق اردبیلی، ۳۰ دانشجوی سوگ‌دیده، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسش‌نامه امیدواری اشنایدر و پرسش‌نامه سلامت معنوی، به‌عنوان پیش‌آزمون - پس‌آزمون در این پژوهش استفاده شد. داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که درمان شناختی - رفتاری گروهی بر افزایش امیدواری و سلامت معنوی افراد سوگ‌دیده سودمند می‌باشد و بین دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معناداری حاصل شده است ($P < 001$). براین اساس، می‌توان گفت: گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، در بهبود شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان اثربخش است و با کمک به افراد سوگ‌دیده، در تخلیه هیجانی و پذیرش مرگ، امیدواری و سلامت معنوی آنان را می‌توان افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری، امیدواری، سلامت معنوی، سوگ.

مرگ، سرنوشت محتوم تمامی افراد، گروه‌ها و جوامع می‌باشد که ممکن است به اشکال گوناگون رخ دهد. مثلاً، ممکن است ناگهانی، تدریجی، فجیع یا مبهم باشد. در این میان، آنچه مهم است نوع واکنش به مرگ و اشکال آن، بخصوص مرگ عزیزان است که می‌تواند در پیوستاری از بهنجار تا نابهنجار رخ دهد. از جمله واکنش‌های نابهنجار، به فقدان و مرگ یک عزیز، واکنش سوگ می‌باشد. سوگ، حالت غم و اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص یا عقیده‌ای خاص است که آثار فراگیری بر فرد داغدار دارد (شاپتر و زیسوک (Shuchter & Zisook)، ۱۹۹۳؛ بایلی (Bailey) و همکاران، ۲۰۰۰)؛ به طوری که شخص سوگوار هم از نظر جسمانی و هم از نظر روان‌شناختی، به مصیبت وارده پاسخ می‌دهد و علائمی را آشکار می‌سازد (لورابگ (Loraberg)، ۲۰۰۷، ص ۴۲۹).
واردن (Vorden) (۲۰۰۹) علائم حاصل از سوگ را در پنج دسته قرار می‌دهد:

۱. علائم جسمانی: مثل اختلال در خواب و خوراک، کاهش شدید وزن، گرفتگی عضلات سینه، احساس فشار در گلو، سردرد، میگردن و غیره؛
 ۲. علائم شناختی: مانند سردرگمی، مشغولیت ذهنی و سواس گونه نسبت به متوفی، بروز مشکلات حافظه و کاهش تمرکز، تأکید بیش از حد بر خاطرات گذشته با متوفی و انکار؛
 ۳. علائم عاطفی: همچون شوک و ناباروری، اندوه عمیق، خشم، درماندگی (ناامیدی)، غم، اضطراب، افسردگی، تنهایی، خستگی، بی‌حوصلگی و کرختی و گنجی؛
 ۴. علائم معنوی: از جمله شک در اعتقادات، باورها و تلاش برای معنایی؛
 ۵. علائم رفتاری: همانند گوشه‌گیری، گریه کردن، آه کشیدن، بی‌قراری، مشکل در تصمیم‌گیری، افزایش نیاز به محبت، دیدن متوفی در خواب، تحریک‌پذیری و بروز رفتارهای خود - تخریب.
- در این میان با توجه به مدل فرایند دوگانه کنار آمدن با فقدان، توجه به علائم عاطفی و معنوی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تأثیرات ترمیم‌کننده و شفابخش دارد (استروب و شات، ۱۹۹۹). این مدل معتقد است: کنار آمدن مؤثر با سوگ، مستلزم این است که افراد هم به پیامدهای هیجانی فقدان و هم به تغییرات زندگی خود واکنش نشان می‌دهند. مطابق مدل یاد شده در این پژوهش، به نمایندگی از علائم عاطفی - شناختی و پیامدهای هیجانی، مفهوم «امید» و به نمایندگی از علائم معنوی و توجه به تغییرات (مثلاً در اعتقادات)، مفهوم «سلامت معنوی» گزینش شده است.
- امید، شرط حرکت است. نقش مؤثر امید در زندگی، چه پیش از بروز مشکل و یا پس از آن، به کرات تأیید شده است (اشنایدر Snyder) و همکاران، ۲۰۰۲). *اشنایدر*، به‌عنوان خالق نظریه امید، معتقد است: «امید حاوی مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت، ناشی از گزینش منابع گوناگون، تصمیم‌های جهت‌دار و مسیرهای انتخاب شده، برای نیل به اهداف است» (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). همچنین، *اشنایدر* (۲۰۰۲) امیدواری را درخواستی می‌داند که یک فرد برای آینده خود تعریف می‌کند.

در نظریه/اشنایدر، اهداف منبع اصلی هیجان هستند. هیجان مثبت، ناشی از دستیابی به هدف یا تصور نزدیک شدن به آن است، درحالی‌که هیجان منفی، ناشی از شکست در دستیابی به هدف یا تصور دور شدن از آن است (علاءالدینی و کجباف، ۱۳۸۶). مطابق تئوری/اشنایدر، سوگ‌دیدگی و فقدان (که برخلاف برنامه‌ریزی و اهداف فرد است)، نوعی احساس شکست در فرد ایجاد می‌کند و فرد را به ناامیدی و ناکامی دچار می‌سازد. در نظریه مذکور، ناامیدی حالت تکان‌دهنده‌ای است که با احساسی از ناممکن بودن، ناتوانی و فقدان علاقه به زندگی مشخص می‌شود؛ به طوری که فرد مبتلا به ناامیدی، به شدت غیرفعال شده و نمی‌تواند موقعیت‌ها و شرایط مختلف خود را برای اخذ تصمیم واری کند (حسینیان و همکاران، ۱۳۸۸). پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که مواجه شدن با سوگ و حالات ناشی از سوگ از جمله ناامیدی، بدون رهایی و تسکین، عواقب جدی برای سلامت جسمانی و روانی دارد (لورابراک، ۲۰۰۷، ص ۵۰۰). بنابراین، مداخلات درمانی مبتنی بر تغییر دیدگاه افراد و جایگزینی افکار منطقی، به جای افکار ناکارآمد و ناکام‌کننده، می‌تواند در بهبود سلامتی فرد مؤثر باشد. مثلاً با گذردن روزه‌های جدید و کمک به تعریف اهداف تازه در زندگی فرد سوگوار، می‌توان به کاهش علائم سوگ و تخلیه هیجانی حاصل از آن، کمک کرد و وی را به انجام مسئولیت‌های روزمره رهنمون کرد (همان). در تأیید مطلب بیان شده، علاءالدینی و همکاران (۱۳۸۶)، نشان دادند که امیددرمانی گروهی، موجب افزایش امیدواری و سلامت روانی در افراد می‌شود.

همان‌طور که گذشت، مطابق مدل فرایند دوگانه کنار آمدن با فقدان، به نمایندگی از علائم معنوی و توجه به تغییرات، مفهوم سلامت معنوی گزینش شده است. در سال‌های اخیر، معنویت به‌عنوان یک جنبه مهم از کنش انسان‌گرایانه که با سلامت و بهبودی ارتباط دارد، مورد توجه قرار گرفته و حتی مفهوم جدیدی به نام «سلامت معنوی» تشکیل داده است. سلامت معنوی، به‌عنوان چهارمین بُعد سلامت انسان، ارتباط هماهنگ و یکپارچه با نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (کراون و هیرنل (Craven & Hirml)، ۲۰۰۳). سازمان جهانی بهداشت در تقسیم‌بندی بیماری‌ها در ICD_10، «بُعد روحی» را اضافه کرده است. به عبارت دیگر، همان‌گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با هم ارتباط دارند و بر هم تأثیر می‌گذارند، ابعاد روحی انسان و سلامت معنوی او، با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و تأثیرگذار است و برای ارتقای سلامت، بهتر است به آن توجه شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). سلامت معنوی در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، موجب ارتقا سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ کرده، موجب افزایش توان‌سازگاری و کارکرد روانی شخص می‌شود (عصارودی و همکاران، ۱۳۹۰). تجربه معنوی انسان، در دو چشم‌انداز نمودار می‌شود:

الف. سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است؛

ب. سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری انسان با خود و محیط بحث می‌کند (هاوکس و همکاران، ۱۹۹۵).

پژوهش‌های بسیاری بر نقش معنویت در ارتقای سلامت افراد به انجام رسیده است. برای نمونه، لایونه (Livneh) و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که معنویت، نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌ها دارد. همچنین، از نظر حمید و همکاران (۱۳۹۱) فراهم کردن عوامل حمایتی مانند مذهب و معنویت، می‌تواند منجر به تاب‌آوری در برابر ناملایمات زندگی شود.

وجود علائم حاصل از سوگ، در کنار جانکاه بودن سوگ، فرهنگ‌های مختلف را بر آن داشته تا راه‌هایی را به وجود آورند و بدان‌وسیله به اعضای خود کمک کنند تا سوگ را پشت سر گذاشته و با زندگی پس از مرگ فرد عزیز کنار آیند (واردن، ۲۰۰۹). مراسم‌هایی همچون جمع شدن اعضای خانواده و دوستان، پوشیدن لباس سیاه، شرکت در تشییع جنازه و انجام یک دوره سوگواری مقرر شده با تشریفات خاص، در بین جوامع و گروه‌های قومی، بسیار متنوع است. اما هدف مشترک همه آنها، این است که به افراد کمک کنند تا سوگ خود را پشت سر بگذارند و در دنیای بدون متوفی، با زندگی کنار بیایند (لورابراگ، ۲۰۰۷، ص ۴۹۹). در واقع، نقطه اشتراک فرهنگ‌های گوناگون، در کمک به افراد برای بهبودی و برگشت به زندگی رضایت‌بخش، به صورت یک رشته تکالیف شامل پذیرفتن واقعیت فقدان، پایان دادن به عذاب سوگ، سازگار شدن با دنیای بدون فرد عزیز و برقراری پیوند درونی با متوفی و ادامه دادن به زندگی می‌باشد (همان).

حمایت‌های ناشی از بافت فرهنگی و شبکه‌های اجتماعی، در کاهش استرس و ناراحتی‌های حاصل از سوگ، بسیار مؤثر است و به سازگاری اکثر افراد سوگ‌دیده، با تغییرات پس از فقدان و بازگشت به زندگی کمک شایانی می‌کند (هافمن (Hofmann)، ۲۰۰۶). در این میان، برخی افراد سوگ‌دیده، حمایت‌های یاد شده به زندگی عادی بر نمی‌گردند و ممکن است فرایند سوگ را یک عمر ادامه دهند و پاسخی طولانی‌مدت به فقدان عزیز از دست رفته بدهند (ساندرز (Sanders)، ۱۹۹۹). براین اساس، به‌کارگیری روش‌های درمانی دیگر برای متعادل‌سازی زندگی فرد سوگوار و انطباق او با شرایط جدید ضرورت می‌یابد. از جمله این درمان‌ها، درمان شناختی - رفتاری (CBT) است.

رویکرد روان‌درمانی شناختی - رفتاری، یکی از معروف‌ترین درمان‌های شناخته شده است که حجم عظیمی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است. در این رویکرد، به مراجعان در پرورش مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، کشف افکار تحریف شده، به چالش کشیدن باورها و نگرش‌های غیرمنطقی، و بازسازی شناختی کمک می‌شود (بک، ۲۰۰۸). نخستین اقدام درمانی در درمان‌های شناختی - رفتاری، این است که به مراجعان کمک شود تا با دقت سازگارانه‌ترین و معقول‌ترین تفسیر را از یک موقعیت برداشت کرده و رفتارهایی را پیشه خود سازند تا با زاویه دید جدید، هماهنگ باشد. ماهیت رویکرد شناختی - رفتاری این است که محصولات شناختی آن، میان موقعیت‌ها و پاسخ‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی واسطه می‌شود. بدین ترتیب، این رویکرد، یک بسط مهم از الگوی محرک - پاسخ رفتار انسان است (اسکات و همکاران، ۱۹۹۵). همسو با این مطالب، آفاباقری و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی مبتنی بر حضور

ذهن، بر افزایش امیدواری و بهزیستی بیماران مؤثر است. همچنین، پژوهش پدرام و همکاران (۱۳۸۹) بیانگر اثربخشی این درمان، در افزایش امید به زندگی بیماران بود.

در مجموع، می‌توان گفت: سوگ آثار مخرب بسیاری بر افراد گذاشته، موجب کاهش عملکرد کلی فرد می‌شود و بدون رهایی و تسکین آن، عواقب جدی برای سلامت جسمانی و روانی دارد (لورابکر، ۲۰۰۷، ص ۵۰۰). مطابق برخی پژوهش‌ها (از جمله اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۲؛ لایونه و همکاران، ۲۰۰۴)، تریق امید و ارتقای سلامت معنوی افراد، موجب انگیزه‌دهی به فرد برای حرکت و افزایش بهبودی وی، جهت مقابله با شرایط ناگوار زندگی می‌شود. از آنجاکه افراد سوگ‌دیده در مؤلفه‌های امید و سلامت معنوی دچار مشکل می‌شوند، و این مشکل بر تحلیل رفتن بیشتر فرد در فرایند سوگ می‌افزاید، هدف این پژوهش، مطالعه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان امیدواری و سلامت معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده می‌باشد.

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه پژوهش شامل همه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۹۴-۱۳۹۳ است. از این تعداد، ۳۰ دانشجوی دارای تجربه سوگ، با مصاحبه تشخیصی بر اساس راهنمای تشخیص بیماری‌های روانی (DSM-IV) و پرسش‌نامه تجربه سوگ (GSQ)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شکل تصادفی، در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در اندازه‌گیری اول پرسش‌نامه امید/اشنایدر (۱۹۹۱) و پرسش‌نامه سلامت معنوی (SWB)، به‌عنوان پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. سپس، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل، یعنی برنامه درمانی شناختی-رفتاری در هشت جلسه قرار گرفت (جدول ۱). در پایان و اندازه‌گیری دوم، پس‌آزمون یعنی تکمیل پرسش‌نامه‌های مزبور توسط دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. آزمودنی‌ها بر اساس جنسیت، سن و مقطع تحصیلی، هم‌تاسازی شده‌اند و دانشجویان پسر ۲۰ تا ۲۵ سال در دوره کارشناسی به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش، داشتن تجربه فقدان و سوگ، نداشتن اختلال روان‌پزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. ملاک خروج از پژوهش نیز عدم رضایت اعضا از ادامه شرکت در پژوهش و ناتوانی درمان‌جویان از انجام برنامه‌های طرح درمانی بود. همچنین، پیش از اجرای درمان، هدف از اجرای طرح پژوهش با آزمودنی‌ها مطرح و آزمودنی‌ها، آزادانه وارد پژوهش شدند. همچنین محیط مناسبی برای اجرای درمان در نظر گرفته شد. در این پژوهش، از ابزارهای زیر بهره گرفته شد.

پرسش‌نامه امید: نوعی مقیاس خودگزارشی و دارای ۱۲ گزاره می‌باشد که ۶ گزاره آن مربوط به مؤلفه کارگزار و ۶ گزاره دیگر مربوط به مؤلفه گذرگاه است. این مقیاس، دارای طیف لیکرتی از یک (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) است. دامنه نمرات آن از ۸ تا ۳۸ می‌باشد. همسانی درونی کل آزمون، از ضریب ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ می‌باشد.

اعتبار آن ۰/۸۰ گزارش شده است (اشنایدر و لوپز (Lopez)، ۲۰۰۷). همچنین، پایایی این مقیاس توسط شیرین‌زاده و میرجعفری (۱۳۸۵) محاسبه شد و ضریب آلفا برای مؤلفه کارگزار ۰/۷۱ و برای مؤلفه گذرگاه ۰/۶۷ به دست آمد. پرسش‌نامه سلامت معنوی (SWB): این پرسش‌نامه، دارای ۲۰ سؤال است که توسط بافورد و همکاران (۱۹۹۱) طراحی شده و دو بُعد را می‌سنجد. پاسخ به پرسش‌نامه مذکور، مبتنی بر طیف لیکرت شش درجه‌ای، از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) می‌باشد. ۱۰ گویه آن، بُعد سلامت مذهبی و ۱۰ گویه دیگر آن، بُعد سلامت وجودی را اندازه می‌گیرد. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هریک به تفکیک بین ۱۰ تا ۶۰ می‌باشد و برای این دو زیرگروه، سطح‌بندی وجود ندارد. قضاوت بر اساس نمره به‌دست‌آمده صورت می‌گیرد. نمره سلامت معنوی که از جمع این دو نمره به دست می‌آید، در دامنه بین ۲۰ تا ۱۲۰ مشخص می‌شود. پائولترین و بافر (۲۰۰۹)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹، بُعد سلامت مذهبی ۰/۸۷ و برای بُعد سلامت وجودی ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین، در مطالعه سیلفاطمی و همکاران (۱۳۸۵)، بر روی بیماران سرطانی، روایی این پرسش‌نامه از طریق اعتبار محتوا مشخص و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است.

جدول ۱. محتوای جلسه‌های گروه درمانی شناختی- رفتاری

جلسه	محتوا
اول	مصاحبه اولیه بالینی با افراد سوگ‌دیده و ایجاد ارتباط در یک محیط امن و حمایت‌کننده با احساس همدردی، و توضیح درباره اهداف، بررسی وضعیت و شرایط فعلی به صورت کیفی و بیان احساسات و هیجانات.
دوم	بازگویی روان‌شناختی به مدت یک ساعت که شامل عادی‌سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت‌شده و بیان احساسات، هیجانات و واکنش‌ها به هنگام مواجهه.
سوم	آشنایی با مفهوم «هیجان» و آشنایی با مفهوم و علائم افسردگی، به صورت ساده و تأثیر آن بر تشدید علائم داغ‌دیدگی و ارائه تکلیف خانگی. در تمام جلسات بعدی که ابتدا موارد مطرح شده در جلسه قبل مرور می‌شود، موفقیت و یا عدم موفقیت در انجام تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل بررسی می‌گردد. در ضمن تمام جلسات همراه با تکلیف خانگی می‌باشند.
چهارم	آموزش و آرامش‌بخشی عضلانی به‌منظور کاهش نشانه‌های برانگیختگی.
پنجم	استفاده از روش‌های تجسمی شامل روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند به هنگام یادآوری خودبه‌خودی افکار و خاطرات مزاحم در رابطه با فرد از دست رفته و نیز روش کوچک کردن و دور کردن تصویر خاطرات به‌منظور مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری.
ششم	تکنیک‌های مربوط به اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت‌کننده شامل حساسیت‌زدایی تدریجی و تزریق امید.
هفتم	اجرای روش جابجایی نقش، به صورتی که فرد داغ‌دیده خود را به جای فرد از دست رفته بگذارد و حرف‌ها، خواسته‌ها و هیجاناتش را با فرد از دست رفته بیان کند و همچنین، کامل کردن جملات ناتمام، سرانجام بحث در مورد معنویت، لزوم و راه‌های ارتقای آن و معنای مرگ.
هشتم	آموزش مهارت‌ها و از سرگیری فعالیت‌های روزمره و هنردرمانی (تجسم و سمبل قرار دادن متوفی در نقاشی و ...) که موجب می‌شود فرد داغ‌دیده از نظر عاطفی، متوفی را با خود جایگزین نماید.

یافته‌های پژوهش

این پژوهش، بر روی ۳۰ دانشجوی پسر سوگوار مقطع کارشناسی، با دامنه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال و میانگین سنی ۲۳ سال انجام شد. در جدول ۲، میانگین و انحراف‌معیار وضعیت امید و سلامت معنوی، در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است. طبق نتایج جدول ۲، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، در هر دو متغیر امیدواری و سلامت معنوی نسبت به گروه گواه بیشتر بوده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار وضعیت امید و سلامت معنوی در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون - پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
امیدواری	آزمایش	۱۷/۵۰	۳/۳۰	۳۰/۱۰	۳/۶۵
	گواه	۱۸/۱۰	۳/۲۰	۲۱	۳/۵۵
سلامت معنوی	آزمایش	۶۷/۰۳	۳/۳۵	۷۱/۴۱	۲/۲۳
	گواه	۶۷	۱/۸۷	۶۷/۶۰	۲/۸۲

پیش از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، برای رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون لوین، برای سنجش همگنی واریانس‌ها استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان داد که با توجه به عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط همسانی واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است. بنابراین، آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجرا می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۳. نتایج آزمون لوین جهت سنجش همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای امیدواری و سلامت معنوی

متغیر	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
امیدواری	۵/۹۴	۱	۲۸	۰/۰۷
سلامت معنوی	۱/۲۸	۱	۲۸	۰/۳۶

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره متغیرهای امیدواری و سلامت معنوی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون امیدواری	۱۲/۵۹	۱	۱۲/۵۹	۱/۳۷	۰/۳۵	۰/۰۴۹
اثر مداخله	۶۵۸/۰۷۵	۱	۰۷۵/۶۵۸	۷۲/۰۰۸	۰/۰۰	۰/۷۲
اثر پیش‌آزمون سلامت معنوی	۱۴۱/۷۱	۱	۱۴/۷۱	۲/۳۸	۰/۱۳	۰/۰۸
اثر مداخله	۱۸۶/۲۴۸	۱	۱۸۶/۲۴۸	۳۰/۱۳	۰/۰۰	۰/۵۲

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای امیدواری ($F=۷۲/۰۰۸$) و سلامت معنوی ($F=۳۰/۱۳$)، به‌طور معناداری در گروه آزمایشی بیش از گروه گواه است و بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی، بر شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان؛ امیدواری و سلامت معنوی دانشجویان سوگ‌دیده انجام شد. نتایج حاکی از اثربخشی این نوع درمان، بر شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان بود.

نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری، موجب افزایش امیدواری در دانشجویان سوگ‌دیده شده است. این نتایج، با یافته‌های علاء‌الدینی و همکاران (۱۳۸۷)، آقاباقری و همکاران، (۱۳۹۱)، پاتریزیا (Patrizia) و همکاران (۲۰۰۸) و مهری‌نژاد و رجیبی‌مقدم (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: تجربه جدایی و از دست دادن یک عزیز که در زندگی فرد نقش تأثیرگذاری داشته، فرد را با یک شوک ناگهانی روبرو می‌کند و تعادل روانی فرد را بر هم می‌زند. در نهایت، فرد دوره‌ای از افسردگی را که از مراحل سوگ است، تجربه می‌کند. احساس ناامیدی و بی‌معنایی بر فرد حاکم می‌شود. درمان شناختی-رفتاری، با تغییر در شناخت و رفتار فرد، موجب ایجاد

ظرفیت شناختی برای پذیرش سوگ و افزایش امیدواری در سوگواران می‌شود. فنون شناختی، باورهای مربوط به افکار خودآیندی را که در کشمکش‌ها نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهند. درحالی‌که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر علی با فرایند شناختی در تعامل هستند (بک و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۸۷). با توجه به ماهیت درمان شناختی - رفتاری در تغییر و اصلاح افکار و رفتار فرد، در مواقع برخورد با سوگ، همچنین، مشارکت مراجع در انجام فعالیت‌ها و موفقیت‌های او در انجام این فعالیت‌ها، می‌تواند توجیه‌کننده این یافته باشد که درمان شناختی - رفتاری، موجب افزایش امیدواری در دانشجویان سوگ دیده است.

همچنین، نتایج پژوهش حاکی از این است که درمان شناختی - رفتاری، موجب افزایش نمره سلامت معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده شده است. یافته‌های پژوهش، با یافته‌های کوزایسکی (Koszycki) و همکاران (۲۰۱۰)، عصارودی و همکاران (۱۳۹۱)، باررا (Barrera) و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. این نتایج، به نوعی با تأکید مدل درمان شناختی - رفتاری، بر تغییر شناخت، هیجان و رفتار همسو می‌باشد. تغییر و اصلاح این ابعاد، می‌تواند در سنجش سلامت معنوی افراد مؤثر باشد. درمان شناختی - رفتاری با کمک به پذیرش سوگ، تأکید بر عوامل حمایتی و تقویت شناخت‌ها و باورهای فرد سوگوار، می‌تواند نگاه او را نسبت به تجربه سوگ تغییر دهد و سلامت معنوی را در فرد سوگوار تقویت کند. از سوی دیگر، سوگواری در فرهنگ ما به نحوی با معنویت پیوند خورده است. انجام مراسم مذهبی مانند ختم قرآن، برگزاری مراسم دعا، نماز میت، قرائت فاتحه، حلالیت خواستن برای فرد متوفی و... نشان از پیوند میان سوگواری و معنویت، در فرهنگ ما ایرانیان می‌باشد. اعتقاد به جهان پس از مرگ و باور به زنده شدن پس از مرگ، موجب می‌شود که سوگواران ارتباط معنوی با خداوند را در خود تقویت کنند. درمان شناختی - رفتاری با تمرکز بر این باورها و تقویت آنها، به مقابله با افکار غیرمنطقی می‌پردازد و از این راه، به تعدیل هیجانات منفی و کاهش علائم سوگ کمک کند. همچنین، با توجه به پیوند سوگ با مسائل معنوی در فرهنگ ما (مانند قضا و قدر، خواست خداوند و...)، به نظر منطقی می‌رسد که درمان شناختی - رفتاری، با افزایش سازگاری فرد با سوگ و پذیرش آن، سلامت معنوی را در افراد افزایش دهد. در مجموع، احتمال می‌رود به‌کارگیری گروه درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، در بهبود علائم افراد دارای تجربه سوگ و افزایش امیدواری و سلامت معنوی آنان، برای کنار آمدن با فقدان و صبوری بیشتر در مقابل اثرات سوگ سودمند باشد.

محدودیت‌های پژوهش: عدم دسترسی به تمامی جامعه پژوهش، عدم تمایل تعدادی از دانشجویان سوگ‌دیده به شرکت در پژوهش و انتخاب غیرتصادفی، از جمله محدودیت‌های این مطالعه است. همچنین، تحقیقی در ایران با زمینه بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری، بر امیدواری و سلامت معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده انجام نشده است که نتایج این پژوهش با آن مقایسه شود. نتایج این تحقیق، ضمن پر کردن خلأ نظری موجود در این حوزه، می‌تواند برای مراکز بالینی، بیمارستان‌های روانی، درمان‌گران و پژوهشگران نیز مفید و سودمند باشد.

پیشنهادات: توصیه می‌شود ضمن اجرای پژوهش در سایر گروه‌های جمعیتی، در پژوهش‌های آینده نقش درمان‌های شناختی - رفتاری در درمان سایر علائم سوگ مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- اسکات، مایکل جی و همکاران، ۱۹۹۵، *مشاوره شناختی- رفتاری*، ترجمه محمد خدایاری فرد، تهران، دانشگاه تهران.
- انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۵، *راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی (DSM-IV)*، ترجمه محمدرضا نیکخو و همکاران، تهران، سخن.
- آقاباقری، حامد و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس»، *روان‌شناسی بالینی*، سال چهارم، ش ۱، ص ۲۳-۳۱.
- بک، آرون تی و همکاران، ۱۳۸۰، *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*، ترجمه محمدعلی گودرزی، شیراز، راهگشا.
- پدرام، محمد و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب، افسردگی و امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه جامعه‌شناسی زنان»، *زن و جامعه*، سال اول، ش ۴، ص ۴۹-۶۱.
- حسینیان، الهه و همکاران، ۱۳۸۸، «اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر امید به زندگی بیماران سرطانی»، *علوم رفتاری*، سال سوم، ش ۴، ص ۲۸۷-۲۹۲.
- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، *جنتا سایبر*، سال سوم، ش ۲، ص ۳۳۱-۳۳۸.
- سیدفاطمی، نعیمه و همکاران، ۱۳۸۵، «اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان»، *پایش*، سال پنجم، ش ۴، ص ۲۹۵-۳۰۴.
- عصارودی، عبدالقادر و همکاران، ۱۳۹۰، «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، سال سوم، ش ۴، ص ۸۱-۸۸.
- علاءالدینی، زهره و محمدباقر کجباغ، ۱۳۸۶، «اثربخشی امیددرمانی گروهی بر سلامت روان خانواده دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *تحقیقات سلامت روان*، ش ۱، ص ۶۷-۷۶.
- لورا، برگ، ۲۰۰۷، *روان‌شناسی رشد*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران.
- مهری‌نژاد، ابوالقاسم و سارا رجیبی‌مقدم، ۱۳۹۱، «اثربخشی معنادرمانی بر امید به زندگی معنادان با ترک کوتاه‌مدت»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، سال دوم، ش ۸، ص ۲۹-۴۱.
- Bailey, S. E, et al, 2000, Factor structure of the griever experience questionnaire (GEQ), *Death studies*, n. 24, p. 721-738.
- Barrera, T. L, et al, 2012, Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies, *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 19(2), p. 346-358.
- Beck, J, 2008, Questions and Answers about Cognitive Therapy, *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*, n. 3, p. 75-134.
- Bufford, R. K, et al, 1991, Norms for the spiritual well-being scale, *Journal of Psychology and Theology*, v. 19 (1), p. 56-70.
- Craven, R.F, & Hirnle, C. J, 2003, *Fundamental of nursing: human health and function*, 4th ed, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, p. 1383-1392.
- Hawks, S. R, et al, 1995, Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion, *Am J Health Promot*, v. 9 (5), p. 371-378.
- Hofmann, S.G, 2006, The importance of culture in cognitive and behavioral practice, *Cognitive and behavioral practice*, n. 13, v. 4, p. 243-254.
- Koszycki, D, et al, 2010, A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilorandomized trial, *J Clin Psychol*, v. 66(4), p. 430-441.
- Livneh, H, et al, 2004, Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a

- cluster analytic approach, *Psychology, Health & Medicine*, n. 9, p. 411-430.
- Patrizia, C, et al, 2008, Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effect of MBCT on The Levels of mindfulness and Subjective Well-being, *J couns Psychol Q*, v. 4, p. 323-336.
- Shuchter, S. R, & Zisook, S, 1993, The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 23-43). New York: Cambridge University Press.
- Snyder, C. R, et al, 1991, "The Wills and the Ways: Development and Validation of an Individual Differences Measure of Hope", *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 60, p. 570-585.
- Snyder, C. R, & Lopez, S. J, 2007, *Positive psychology: The scientific and practical exploration of human strengths*, Newyork, Sage Pablication Inc.
- Sanders, M.R, 1999, Triple p-positive parenting program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children, *Clinical Child and Family Psychology Review*, n. 2, p. 71-90.
- Snyder, C.R, et al, 2002, Hope and academic success in college, *Journal of educational psychology*, n. 97, p. 820-826.
- Varricchio, C. G, & Ferrans, C. E, 2010, Quality of life assessments in clinical practice, *Seminars in Oncology Nursing*, v. 26 (1), p. 12-17.
- Worden, J. W, 2009, *Grief counseling and grief therapy, a handbook for the mental practitioner*, springerPublisher Company, LLC.
- WHO, 2005, *International Stastical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10*, 2nd Edition, Geneva, Switzerland.