

بررسی اثر بخشی آموزش صبر به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی و فشار روانی حاصل از داغدیدگی در مادرانی که فرزند خود را از دست داده اند¹

زهرا نعمتی پور²، محمود گلزاری³ و فریبرز باقری⁴

تاریخ وصول: 90/3/18 تاریخ پذیرش: 91/6/3

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی آموزش صبر به شیوه گروهی، بر کاهش افسردگی و فشار روانی حاصل از داغدیدگی در مادرانی که فرزند خود را از دست داده اند، انجام شد.

روش: روش این پژوهش شبه آزمایشی بود و در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، عبارت بودند از: پرسشنامه افسردگی بک-2، پرسشنامه استرس ادراک شده. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران داغدار فرزندی بود که مدت سه ماه تا یک سال از مرگ فرزندانشان می گذشت و نمرات افسردگی آن ها در پرسشنامه افسردگی بک در محدوده افسردگی شدید قرار داشت. نمونه شامل 18 مادر داغدیده بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار

1. این مقاله مستخرج از پایان نامه می باشد.

2. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات (نویسنده مسئول): Email:

z_nematipour@yahoo.com

3. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران Email: mahmoud.golzari@gmail.com

4. استادیار دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات Email: f_bagheri@yahoo.com

گرفتند. سپس مداخله آموزش صبر، در طی 10 جلسه 90 دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، برای گروه آزمایش به اجرا در آمد و پس از اتمام برنامه درمانی، پس از آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها، از طریق آزمون تی گروه‌های مستقل انجام شد و آزمون فرضیات نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در متغیرهای افسردگی و استرس ادراک شده معنادار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش صبر، در کاهش میزان افسردگی و استرس ادراک شده مادران داغ‌دیده موثر است.

واژگان کلیدی: آموزش صبر، افسردگی، فشار روانی

مقدمه

فقدان محبوب، بزرگترین مصائب، در طول زندگی هر انسانی می‌باشد. این بحران، تنش‌زا ترین¹ واقعه‌ای است که هر فردی می‌تواند در زندگی خود تجربه کند (بوئلن²، 2006). فشار روانی³ شماری از اختلال‌هایی را که با علائم جسمی واقعی مشخص می‌شوند، به وجود می‌آورد یا می‌تواند باعث تشدید این علائم شود. فشار روانی باعث بروز علائمی مانند: اختلال‌های قلبی عروقی (پرفشاری خون اساسی و بیماری‌های کرونری قلب)، آسم، تغییرات مشکل‌آفرین در دستگاه ایمنی (که عامل مهمی در بیماری‌های عفونی، سرطان، بیماری‌های خود ایمنی هستند) و همچنین بیماری‌های دیگر مانند سردرد و التهاب معده شود. به این اختلالات، اختلالات روانی- فیزیولوژیایی⁴ می‌گویند (کرینگ⁵، 2007، ترجمه شمسی پور، 1388).

1. sessful
2. Boelen
3. stress
4. psycho physiological disorder
5. Kring

به اعتقاد نساباومر و راسل¹ (2003)، سخت ترین و دردناک ترین تجربه داغدیدگی از دست دادن فرزند است؛ از دست دادن فرزند، سوگی بخصوص و بی مانند است که از انواع دیگر سوگ شدیدتر می باشد و منجر به ایجاد نشانه های جدی تری می شود که مدت بیشتری نیز باقی می مانند. کودکان نقش های مهمی را در خانواده ایفا می کنند و مرگشان موجب برهم خوردن تعادل خانواده می شود. تاثیرات نامطلوب مرگ کودک بر توازن خانواده، می تواند برای سال های متمادی بر جای بماند (وردن²، 1992، ترجمه فیروز بخت، 1374). همچنین مرگ فرزند، از عوامل مهم خطر آفرین برای ایجاد سوگ پیچیده یا پاتولوژیک³ می باشد (کرسٹینگ⁴ و همکاران، 2011). سوگ پیچیده یا پاتولوژیک، شکل طولانی شده و درمانده کننده سوگ است که به دلیل پیچیده شدن عوامل شناختی، رفتاری و محیطی - اجتماعی ایجاد می شود (شیر⁵ و همکاران، 2007). سوگ پاتولوژیک اختلال عمده ای را در کیفیت زندگی ایجاد می کند و در فردی که دچار این نشانگان شده است، خطر ابتلا به بیماری های مزمن جسمی، سوء مصرف مواد و خودکشی، افزایش پیدا می کند (سیمون⁶ و همکاران، 2007). تحقیقات نشان می دهد که شدت سوگ پاتولوژیک، با گذر زمان و حتی پس از سال ها که از واقعه سوگ می گذرد، کاهش پیدا نمی کند و در مورد کسانی که از آن رنج می برند، سال های متمادی باقی می ماند و به طور خود به خودی درمان نمی یابد (فوجیسوا⁷ و همکاران، 2010). این طولانی شدن مدت زمان برای سازگاری با واقعه فقدان، درجاتی از ناتوانی در عملکردهای فردی و اجتماعی را برای فرد داغدیده به دنبال دارد که در نهایت می تواند اثرات نامطلوبی بر روی ساختار خانواده و حتی جامعه داشته باشد (وردن، 1992، ترجمه فیروز بخت، 1374).

-
1. Nassbaumer & Russel
 2. Worden
 3. complicated grief
 4. Kersting
 5. Shear
 6. Simon
 7. Fujisawa

در رابطه با سوگ و داغیدگی 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 پاتولوژیک هستند یا در معرض خطر ابتلا به آن قرار دارند، به کار می‌رود (وردن، 1992، ترجمه فیروز بخت، 1374). هاون¹ و همکاران (2010)، در زمینه مشاوره سوگ و تسهیل فرآیند سوگواری، پژوهشی در قالب مداخله اینترنتی کوتاه مدت کمک به خود² انجام دادند که این مداخله از طریق پست الکترونی، صورت گرفت؛ نتایج این پژوهش نشان داد که نوشتن احساسات در مورد متوفی، باعث کاهش دلتنگی، افزایش هیجانات مثبت و تسهیل فرآیند سوگواری در داغ‌دگان می‌شود، ولی این عمل روی کاهش علائم سوگ، تاثیری ندارد. در زمینه درمان سوگ، کیسان³ (2006) در پژوهشی، درمان سوگ متمرکز بر خانواده را بر روی خانواده‌هایی که در معرض خطر ضعیف شدن کارکرد روانی-اجتماعی بودند، انجام داد؛ این درمان در طی 3 ماه با بهبود قابل توجهی در افسردگی و نشانه‌های سوگ پاتولوژیک اعضای 8 خانواده شرکت‌کننده در طرح پژوهشی همراه بود؛ نیمیر⁴ و همکاران (2010)، درمان سازندگی گرای سوگ⁵ که بر ایجاد معنا در زندگی داغ‌دگان تاکید دارد را، بر کاهش نشانه‌های سوگ داغ‌دگان موثر ارزیابی کردند. امروزه شواهد مبتنی بر این امر که درمان انتخابی برای سوگ، درمان شناختی-رفتاری⁶ است، افزایش پیدا کرده است (بوئلن، 2006). در این راستا، بوئلن⁷ و همکاران (2007) در پژوهشی به مقایسه

-
1. Houwen
 2. Brief Internet-Based Self-Help Intervention
 3. Kissane
 4. Neimeyer
 5. constructivist grief therapy
 6. Cognitive Behavior Therapy (CBT)
 7. Boelen

درمان شناختی- رفتاری و مشاوره حمایتی¹ پرداختند و نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری که آموزش روانی و بازسازی شناختی را با هم ترکیب می کند، برای درمان سوگ و برطرف ساختن نشانه های سوگ و افسردگی داغدیدگان موثر است. شیر و همکاران (2005)، درمان شناختی- رفتاری را بر نشانه های سوگ پاتولوژیک و بهبود وضعیت سلامت روان داغدیدگان، موثر ارزیابی کردند. مداخلات شناختی- رفتاری صورت گرفته در پژوهش آن ها عبارت بودند از: بازسازی شناختی، تمرین برقراری ارتباط با فرد از دست رفته، کمک به ایجاد هدف و معنا در زندگی، برنامه ریزی وقایع لذت بخش در زندگی؛ پژوهش های دیگری نیز، درمان شناختی- رفتاری را بر بازیابی حافظه خودکار زندگی نامه ای²، کاهش علائم سوگ و جلوگیری از ایجاد سوگ پاتولوژیک، موثر ارزیابی کردند (واگنر و مرکز³، 2008؛ مک کالوم و بریانت⁴، 2011؛ مورای⁵ و همکاران، 2008؛ دی گروت⁶ و همکاران، 2007).

محققان معتقدند که مفیدترین و منطقی ترین 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 بر روی راهبردهای مقابله ای آن ها تمرکز شود (رابینسون و مارویت⁷، 2006). در این راستا کاکس⁸ و همکاران (2007)، با آموزش مهارت های مقابله با فشار روانی حاصل از سوگ، به نوجوانان بوسنیایی جنگ زده، به کاهش نشانه های سوگ و بهبود سلامت روان آن ها کمک کردند؛ پارگامنت⁹ (1992)، دین را به عنوان راهبردی برای مقابله یا کنار آمدن¹⁰ با فشار روانی و حل مشکلات شخصی معرفی کرد (به نقل از وولف¹¹، 1997؛ ترجمه دهقانی، 1386). میزان

-
1. supportive counseling
 2. autobiographical memory
 3. Wagner & Mearcker
 4. Maccallum & Bryant
 5. Murray
 6. De Groot
 7. Robinson & Marwit
 8. Cox
 9. Pargament
 10. coping
 11. Wulff

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 تهدید کننده و بیشتر قابل کنترل و مدیریت ادراک کند (موریرا¹، 2006). در این زمینه ازهر² و همکاران (1995)، پژوهشی با هدف بررسی اثر روان‌درمانی مذهبی، به عنوان روشی برای مدیریت داغدیدگی انجام دادند که در آن بیماران داغداری که اعتقادات مذهبی بالاتری داشتند، وقتی که روان‌درمانی مذهبی به رویکرد درمانی شناختی-رفتاری اضافه شده بود، بهبود سریع‌تری را نشان دادند. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از اثر بخش بودن این مداخلات در بهبود نشانه‌های سوگ از جمله افسردگی و فشار روانی حاصل از داغدیدگی می‌باشد.

مداخله درمانی که در پژوهش حاضر بر روی مادران داغدیده صورت گرفته است، یک مداخله ابداعی است که برگرفته از رویکرد شناختی-رفتاری به درمان می‌باشد. به این صورت که در این مداخله، به افراد داغدیده کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه وارد شدن این مصیبت در آن‌ها ایجاد شده، تغییر بدهند. 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 مساله فقدان صورت گرفته است. در این مداخله، صبر به عنوان یکی از مهمترین راهبردهای مقابله‌ای دینی در برابر مصائب و سختی‌ها (پسندیده، 1384)، در نظر گرفته شده است. صبر یعنی مقاومت در برابر سختی‌ها و از دست ندادن تاب و قرار. صبر فقط به معنای درون‌ریزی غم و اندوه‌ها نیست؛ بلکه صبر یعنی مقاومت در برابر ضربه‌های حوادث و مهارت در به حداقل رساندن فشارهای روانی حاصل از آن‌ها (پسندیده، 1384).

1. Moreira
2. Azhar

همسو با پژوهش حاضر، دو پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش صبر، در ایران انجام شده است که در هر دوی آن ها روش پرورش صبر، با روشی که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است، متفاوت می باشد. این پژوهش ها عبارتند از: پژوهش حسین ثابت (1386) که با هدف بررسی اثر بخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی، انجام شد؛ این پژوهش نشان داد که آموزش صبر، منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش شادکامی شده است و پژوهش ایزدی تامه (1387)، که با هدف بررسی مقایسه تاثیر آموزش صبر، حل مساله و ترکیب این دو مداخله، بر مولفه های سخت رویی، میزان پرخاشگری و انتخاب راهبردهای مقابله در برابر فشار روانی، بر روی دانشجویان انجام شده است.

ضرورت استفاده از مداخله ای با رویکرد دینی در پژوهش حاضر، بدین علت احساس شد که فرهنگ جامعه ایران، یک فرهنگ اسلامی است که آموزه ها و اعتقادات دینی، به طور چشمگیری با زندگی مردم آمیخته شده است (فقیهی، 1384) و در عین حال در زمینه بهداشت روانی، این عقیده به طور رایج وجود دارد که روان درمانی های مبتنی بر فرهنگ، موثرتر و از نظر پذیرش درمانی برترند (تسنگ¹، 2004)؛ در حالی که بر اساس بررسی های انجام شده، پژوهش های صورت گرفته در زمینه کاهش شدت تجربه سوگ در ایران - شامل: تاثیر فیلم درمانی بر کاهش شدت تجربه سوگ نوجوانان دختر داغدیده (مولایی، 1388) و اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه های مرتبط با سوگ ناشی از واقعه زلزله بم (محمودی قرایی و همکاران، 1385) - از راهبردهای مقابله ای که به طور ویژه، برخاسته از فرهنگ دینی و اسلامی ما باشد، استفاده نشده است. به علاوه، تحقیقات نشان می دهند که باورها و مداخلات معنوی و مذهبی می تواند در پیشگیری و بهبود طیف وسیعی از بیماری های مزمن و کنار آمدن با مرگ عزیزان، موثر باشد (ریچاردز و برگین²، 2005). در زمینه سوگ، نیاز به مداخله ای با

1. teseng

2. Richards & Bergin

رویکردی دینی، بیشتر از سایر اختلالات روانشناختی احساس می‌شود. زیرا فقدان فرد محبوب باعث ایجاد احساس گم‌گشتگی در اعتقادات، جهت و هدف زندگی فرد داغدیده می‌شود که این امر، خود عاملی در جهت ایجاد احساس گناه بیشتر و طولانی شدن سوگ می‌باشد (وردن، 1992، ترجمه فیروز بخت، 1374).

علت انجام پژوهش حاضر بر روی مادران داغدیده این است که تحقیقات نشان می‌دهد، افرادی که زمان بیشتری را با فرد متوفی گذرانده‌اند و دلبستگی بیشتری با او داشته‌اند، به طور قابل توجهی، امکان بیشتری برای تجربه سوگ پاتولوژیک نشان می‌دهند (فراریو¹، 2004). در میان اعضای خانواده، مادر به دلیل نزدیکی بیشتر به فرزند، سوگ را با شدت بیشتری تجربه کرده و احتمال عارضه دار شدن سوگ در وی، بیش از سایر افراد خانواده می‌باشد. در عین حال، مادران نقش مهمی را در کمک به برقراری تعادل در خانواده، بعد از وقوع این بحران زندگی، دارا هستند (استرب²، 2006).

بر اساس آن چه گفته شد، سوال پژوهش حاضر این است که آیا مداخله درمانی آموزش صبر بر کاهش علائم افسردگی و فشار روانی ناشی از داغدیدگی موثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه‌آزمایشی، مشتمل بر دو گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری عبارت بود از مادران داغدیده ای که کودکانشان را در مرکز طبی کودکان شهر تهران از دست داده بودند و مدت سه ماه تا یک سال از مرگ کودکانشان گذشته بود. واحدهای نمونه شامل دو گروه (آزمایش و کنترل) 9 نفری از مادران داغدیده بودند که ابتدا موافقت آن‌ها برای شرکت در طرح پژوهشی جلب شد و به کمک پرسشنامه افسردگی بک-2³، نمرات افسردگی آن‌ها در محدوده افسردگی شدید- بر اساس پرسشنامه افسردگی

1. Ferrario
2. Storbe
3. Beck Depression Inventory-2 (BDI-II)

بک (نمرات 29 تا 63) - ارزیابی شد. بنابراین ملاک ورود به نمونه، نمرات افسردگی بین 29 تا 63 بود و در این صورت افراد در گروه نمونه باقی می ماندند و در غیر این صورت، به دلیل نداشتن ملاک ورود، حذف می شدند. نمونه گیری به این صورت انجام گرفت که از مسئولین مرکز طبی کودکان خواسته شد تا فهرستی از تمامی خانواده هایی که از زمان مرگ کودکانشان مدت سه ماه تا یک سال گذشته بود، در اختیار قرار دهند که این فهرست شامل حدود 120 خانواده بود که در میان آن ها حدود 70 خانواده ساکن تهران و بقیه ساکن دیگر شهرهای ایران بودند. با تمامی خانواده های ساکن تهران برای موافقت جهت شرکت در طرح پژوهشی تماس گرفته شد. سپس پرسشنامه های افسردگی بک و استرس ادراک شده بر روی مادران داوطلب شرکت کننده در طرح پژوهشی اجرا گردید که از میان آن ها 18 مادر داغدیده واجد شرایط شرکت در طرح پژوهشی بودند (نمره کل افسردگی آن ها، در محدوده افسردگی شدید قرار داشت). این 18 نفر، به صورت تصادفی در گروه های 9 نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی آموزش صبر، بر روی افراد گروه آزمایش انجام شد و پس از اتمام برنامه درمانی، پس از آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.

مد نظر قرار دادن مدت حداقل سه ماه و حداکثر یک سال از زمان مرگ کودک، به این دلیل بود که مداخله درمانی سوگ نباید با فاصله زمانی خیلی کوتاه پس از وقوع فقدان صورت بگیرد، زیرا ممکن است جلوی فرآیند سوگواری طبیعی را بگیرد. در عین حال مداخله زمانی بیشترین تاثیر را دارد که سوگ پیچیده تر شده و یا خطر پیچیده تر شدن سوگ بالا است (ویتاک، 2010).

طول مدت مداخله درمانی سوگ بهتر است بین 8 تا 10 جلسه در نظر گرفته شود (وردن، 1992، ترجمه فیروز بخت، 1374). لذا مداخله مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در طی 10 جلسه 90 دقیقه ای انجام گرفت که دو جلسه ابتدایی دوره درمانی، به مشاوره سوگ و تسهیل سوگواری اختصاص داده شد؛ علت تخصیص دو جلسه 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 مکانیسم‌های دفاعی ناپخته‌ای همچون انکار دارند و یا اطرافیان آن‌ها به اشتباه، به نحوی از سوگواری فرد ممانعت به عمل می‌آورند؛ لذا در این دو جلسه، تکالیف سوگواری و لزوم گذراندن آن‌ها بر اساس روش وردن¹ (1992)، شرح داده شد و اقدامات درمانی لازم جهت کمک به تسهیل طی کردن این تکالیف، صورت گرفت.

ساختار جلسات به این صورت بود که در ابتدای هر جلسه به مدت 15 دقیقه به بررسی تکالیف ارائه شده در جلسه قبل پرداخته می‌شد، سپس مدت 60 دقیقه به توضیح درس مربوط به هر جلسه و بحث و گفتگو پیرامون مطالب ارائه شده با تاکید بر مشکلات و تجربیات شخصی افراد، اختصاص داده می‌شد. در پایان هر جلسه نیز به مدت 15 دقیقه تکالیف جلسه آینده توضیح داده می‌شد. در بعضی از جلسات، برخی نکات آموزشی، در قالب اشعار حافظ مرتبط با موضوع مورد بحث، ارائه شد. بدین صورت که ابتدا کل غزل حافظ توسط اعضای گروه همخوانی می‌شد و سپس بیت‌های کلیدی مورد نظر در غزل، با استفاده از آیات و روایات اسلامی بسط داده می‌شد. از این حیث اشعار حافظ برای جلسات درمانی انتخاب شد که علاوه بر زیبایی و تاثیر گذار بودن این اشعار، حافظ نیز فرزند خود را در جوانی از دست داده بود و نحوه مقابله او با این فقدان، به عنوان الگویی برای مادران داغدیده، مسمر ثمر تشخیص داده شد. علاوه بر این، استپاکف² (2009) روش شعر خوانی را به عنوان یکی از روش‌هایی که به برونریزی هیجانی داغدیدگان کمک می‌کند، معرفی می‌کند.

در جدول شماره 1 شرح مختصری از برنامه جلسات درمانی ارائه می‌شود. مطلع غزل‌های مورد استفاده در جلسات نیز در جدول شماره 2 آمده است.

1. Worden
2. Stepakoff

جدول شماره 1: خلاصه جلسات آموزشی

شماره جلسات	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
جلسه اول	معرفی طرح و توضیح زمانبندی و قوانین جلسات - خواندن غزل و توضیح مختصری در مورد جهانیابی حافظ - معرفی افراد گروه به یکدیگر و بیان تجربه فقدانشان.	پر کردن برگه «ثبت چگونگی ایجاد هیجانانگیز توسط افکار»؛ صحبت درباره واقعه فقدان و بهره گیری از حمایت اطرافیان.
جلسه دوم	بررسی تکالیف؛ توضیح موارد زیر: داغدیدگی و آثار آن؛ واکنش های سوگ بهنجار و پاتالوژیک؛ فشار روانی و ضرورت مقابله با آن؛ گریستن و تاثیر آن در تخلیه هیجانی؛ چهار تکلیف سوگ؛ بررسی میزان پیشروی اعضا در تکالیف سوگ.	رفتن بر سر مزار فرزند؛ تهیه دفتر خاطراتی از فرزند و نوشتن نامه به او؛ توصیه به عدم مصرف دارو و تحمل دردهای معمول؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه سوم	بررسی تکالیف؛ همخوانی غزل و طرح موارد زیر در قالب غزل: قدرتمند شدن در برابر مصائب با تکیه بر منبع قدرت الهی؛ افزایش توان فرد صابر؛ تقدم وارد آمدن صبر بر بلا؛ استعانت از روزه و نماز؛ پایان پذیر بودن سختی ها و انتظار گشایش.	گرفتن یک روز روزه در هفته جاری و نوشتن احساساتی که بعد از گرفتن روزه، در اعضا ایجاد شد. مطالعه جزوه معنای سختی ها.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ توضیح معنا و فلسفه سختی ها در اسلام؛ چالش با افکار ایجاد کننده احساس گناه با استفاده از تکنیک شناختی واقعیت آزمایی.	مطالعه جزوه واقعیت شناسی دنیا؛ انجام ورزش روزانه حداقل به مدت 20 دقیقه.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ توضیح موارد زیر: واقعیت شناسی دنیا؛ کارکرد روانی زهد؛ صبر، راهبرد مقابله با فشار روانی؛ آثار صبر؛ تعریف بی تابی کردن و آثار آن؛ چرخه معیوب عدم انجام فعالیت و شدت یافتن افسردگی؛ باورهای طولانی کننده سوگ.	تهیه جدول برنامه روزانه؛ اختصاص دادن زمان مشخص برای فکر کردن به واقعه فقدان؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه ششم	بررسی تکالیف؛ همخوانی غزل و طرح موارد زیر در قالب غزل: ناپایداری نعمت های دنیا؛ آثار دل بستگی به دنیا؛ غنیمت شمردن فرصت ها؛ مثبت نگری دینی؛ توجه به نعمت های حال و عدم گسترش غم به تمام زندگی؛ شکرگزاری؛ هنر کوچک کردن سختی ها.	تهیه فهرست 50 تایی از نعمت های الهی و تشکر درباره آن ها پیش از آغاز نمازهای پنجگانه و نوشتن احساسات خود؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف انجام شده؛ همخوانی غزل و بیان عوامل ایجاد نشاط یا شادی های موقت در زندگی در قالب غزل؛ آموزش تن آرامی پیشرونده به همراه استفاده از موسیقی مناسب.	انجام هر روزه تن آرامی (حداقل روزی یک مرتبه).
جلسه هشتم	بررسی تکالیف انجام شده؛ توضیح مطالب زیر: قضا و قدر؛ فلسفه	مطالعه زندگی یکی از صابران طول تاریخ و نحوه

دعا در اسلام و نحوه استجاب دعا؛ 4) بیان چگونگی واکنش الگوهای صبر در برابر واقعه فقدان؛ مالک بودن یا امانتدار بودن انسان، در قبال نعمت های الهی؛ پاداش صبر در برابر مصیبت.	واکنش او در برابر واقعه فقدان محبوب و یادداشت نتایج مطالعه.
جلسه نهم بررسی تکلیف انجام شده؛ توضیح موارد زیر: خلاصه ای از مبحث رویکرد وجودی در درمان روانشناختی؛ اشکال مختلف معنا، در زندگی؛ ضرورت ایجاد معنا در زندگی؛ بیان راه هایی جهت با معنا کردن زندگی در جهت کسب رضای خداوند؛ مقام رضا به قضای الهی.	سر زدن به مراکز بهزیستی و گذراندن ساعاتی در کنار بچه ها و یادداشت احساس خود بعد از انجام تکلیف؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه دهم بررسی تکلیف انجام شده؛ توضیح موارد زیر: تعریف افسردگی به عنوان حالت متضاد شادی و رضایت خاطر؛ تعریف اضطراب به عنوان حالت متضاد آرامش؛ راه های ایجاد افسردگی و اضطراب، با توجه به متون دینی و روانشناختی؛ راه های برطرف کردن اضطراب و افسردگی از دیدگاه اسلام؛ حسن ختام جلسات، همخوانی غزل مربوط به جلسه دهم.	توضیح در مورد گروه های همیاری متشکل از افراد داغدیده و در این راستا پیشنهاد به مادران جهت ادامه ارتباط با یکدیگر و تشکیل گروه همیاری.

جدول شماره 2: مطلع غزل های مورد استفاده در جلسات درمانی

شماره جلسات	مطلع غزل
جلسه اول	بلبلی خون دلی خورد و گلی حاصل کرد/ باد غیرت به صدش خار پریشان دل کرد
جلسه سوم	دردم از یار است و درمان نیز هم/ دل فدای او شد و جان نیز هم
جلسه ششم	رسید مژده که ایام غم نخواهد ماند/ چنان نماند چنین نیز هم نخواهد ماند
جلسه هفتم	ز کوی یار می آید نسیم باد نوری/ از این باد ار مدد خواهی چراغ دل برافروزی
جلسه دهم	بیا تا گل برافشانیم و می در ساغر اندازیم/ فلک را سقف بشکافیم و طرحی نو دراندازیم

از بین پرسشنامه هایی که برای سنجش افسردگی تهیه شده است، پرسشنامه افسردگی بک-2، از جمله مناسب ترین ابزارها برای ارزیابی نشانه های افسردگی در دوران داغدیدگی است (شیر و همکاران، 2005). پرسشنامه افسردگی بک دارای 21 ماده است که علائم جسمی، رفتاری و شناختی افسردگی را ارزیابی می کند. هر ماده دارای 4 گزینه است که به ترتیب از 0 تا 3 نمره

گذاری می شود. مجموع نمرات این پرسشنامه بین 0 تا 63 قرار می گیرد (گراث و مارنات¹، 2003، ترجمه پاشاشریفی، 1384).

21 ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه های عاطفی (هیجانی)، نشانه های شناختی و نشانه های جسمی طبقه بندی می شوند. مطالعات روان سنجی انجام شده بر روی پرسشنامه افسردگی بک-2 نشان می دهد که از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است. نتایج فراتحلیلی انجام شده بر روی پرسشنامه افسردگی بک نشان می دهد که ضریب همسانی درونی آن بین 0/73 تا 0/93 با میانگین 0/86 است (بک و همکاران، 1996، به نقل از گراث و مارنات، 2003، ترجمه پاشاشریفی، 1384). اعتبار این سیاهه در پژوهش عطاری و همکاران (1384)، به شیوه دو نیمه کردن 0/80 و با روش آلفای کرونباخ 0/90 گزارش شده است (به نقل از رمضان، 1386).

نمره افسردگی آزمودنی با جمع نمرات گزینه های انتخاب شده توسط فرد به دست می آید. تعیین میزان افسردگی فرد بدین صورت است: نمرات 0 تا 13 نشان دهنده افسردگی جزئی؛ نمرات 14 تا 19 نشان دهنده افسردگی خفیف؛ نمرات 20 تا 28 نشان دهنده افسردگی متوسط و نمرات 29 تا 63 نشان دهنده افسردگی شدید.

پرسشنامه استرس ادراک شده²، در سال 1983 توسط کوهن³ و همکاران تهیه شده است و دارای سه نسخه 4، 10 و 14 ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده، در یک ماه گذشته به کار می رود. این پرسشنامه افکار و حوادث فشارزا (استرس زا)، کنترل، غلبه بر فشار روانی و فشارهای روانی تجربه شده را مورد سنجش قرار می دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرآیند روابط تنش زا را نشان می دهد (کرسل⁴ و همکاران، 2008). آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه 0/84، 0/85 و

1. Groth & Marnat
2. Perceived Stress Scale (PSS-14)
3. Cohen
4. Cercle

0/86 به دست آمده است (کوهن و همکاران، 1995، به نقل از کرسل و همکاران، 2008). در پرسشنامه استرس ادراک شده 14 ماده ای، هر کدام از 14 ماده این پرسشنامه بر اساس طیف 5 درجه ای، درجه بندی می شود. در این پرسشنامه کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره 56 است. هر چه نمره کسب شده بالاتر باشد، نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است (کرسل و همکاران، 2008).

یافته ها:

به منظور تحلیل آماری داده ها، ابتدا نمرات افتراقی هر گروه (تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل) محاسبه شد، سپس تجزیه و تحلیل داده ها، از طریق آمار استنباطی و به کارگیری آزمون T گروه های مستقل، انجام شد. همچنین در مورد تمامی فرضیه ها، از آزمون لوین¹، جهت بررسی مفروضه همگن بودن واریانس های گروه های کنترل و آزمایش، استفاده شده است.

نتایج آماری فرضیه اول پژوهش:

برای مقایسه میانگین نمرات افسردگی بدست آمده از پرسشنامه افسردگی بک-2 افراد گروه آزمایش و گواه، ابتدا نمره پیش آزمون از نمره پس آزمون کسر شد و سپس از آزمون تی گروه های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول 3 قابل مشاهده است.

جدول 3: تاثیر آموزش صبر بر میزان افسردگی

افسردگی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	F	سطح معناداری
آزمایش	9	25/56	4/065	16	16/70	0/583	0/456
کنترل	9	-10/33	5				

با توجه به جدول 3 در مورد مقایسه میزان افسردگی بین دو گروه آموزش دیده (گروه آزمایش) و آموزش ندیده (گروه گواه)، چون تی محاسبه شده در سطح خطاپذیری 1% بزرگ تر از تی بحرانی جدول (2/921) می باشد، فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق تایید می شود. بنابراین نتیجه می گیریم که با احتمال 99% اطمینان، بین میانگین ها تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی آموزش صبر موجب کاهش میزان افسردگی مادران داغدیده شده است. همچنین با توجه به نتایج آزمون لوین در جدول 3، نتیجه می گیریم که بین واریانس نمرات افسردگی، در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، مفروضه همگن بودن واریانس ها، پذیرفته می شود.

نتایج آماری فرضیه دوم پژوهش:

برای مقایسه میانگین نمرات استرس ادراک شده بدست آمده از پرسشنامه استرس ادراک شده افراد گروه آزمایش و گواه، ابتدا نمره پیش آزمون از نمره پس آزمون کسر شد و سپس از آزمون تی گروه های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول 4 قابل مشاهده است.

جدول 4: تاثیر آموزش صبر بر میزان استرس ادراک شده

سطح معناداری (sig.)	F	T	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	استرس ادراک شده
1/734	0/206	11/75	16	4/729	16/89	9	آزمایش
				3/571	-6/33	9	کنترل

با توجه به جدول 4 در مورد مقایسه میزان استرس ادراک شده (فشار روانی) بین دو گروه آزمایش و گواه، چون تی محاسبه شده در سطح خطاپذیری 1% بزرگ تر از تی بحرانی جدول (2/921) می باشد، فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق تایید می شود. بنابراین نتیجه می گیریم که با

احتمال 99% اطمینان، بین میانگین‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی آموزش صبر موجب کاهش میزان استرس ادراک شده (فشار روانی) مادران داغ‌دیده شده است. همچنین با توجه به نتایج آزمون لوین در جدول فوق، نتیجه می‌گیریم که بین واریانس نمرات پرسشنامه استرس ادراک شده، در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، مفروضه همگن بودن واریانس‌ها، پذیرفته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی فرضیه اول پژوهش: فرضیه اول این پژوهش که بیان می‌کند «آموزش صبر موجب کاهش علائم افسردگی حاصل از داغ‌دیدگی، در مادران داغ‌دیده می‌شود»، مورد تایید قرار گرفت. علت کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش این است که در طرح درمانی آموزش صبر، مداخلات شناختی- رفتاری با رویکرد دینی، بر روی نشانه‌های عاطفی افسردگی (شامل: غمگینی، احساس گناه، تحریک پذیری و کناره‌گیری اجتماعی) و نشانه‌های شناختی افسردگی (شامل: ناامیدی نسبت به آینده، انتظار تنبیه و احساس بی‌ارزش بودن)، انجام شده بود که در نتیجه ایجاد تغییر در الگوهای تفکر تحریف شده ایجاد کننده این نشانه‌ها، بهبود در نشانه‌های جسمانی افسردگی (شامل: کم شدن انرژی، تغییر در الگوی خواب، خستگی پذیری، تغییر در اشتها و کاهش علائق جنسی)، نیز مشاهده شد.

در مداخله آموزش صبر، از روش بازسازی شناختی در جهت کاهش میزان افسردگی و غمگینی استفاده شد. فرض زیربنایی در این تکنیک آن است که افکار ما بر احساساتمان تاثیر می‌گذارد، خصوصاً افکار آشکار و صحبت با خود که پیوسته در اذهانمان جریان دارند. در این تکنیک که برای درمان سوگ بسیار مهم می‌باشد، شناسایی این افکار و واقعیت‌آزمایی آن‌ها از لحاظ تعمیم افراطی یا سوگیرانه بودن، می‌تواند از احساسات ملال‌آمیز راه‌اندازی شده توسط افکار غیر منطقی، مانند افسردگی، اضطراب یا خشم بکاهد (وردن، 1992، ترجمه فیروزبخت، 1374). به منظور بهره‌گیری از این تکنیک و برای کمک به مادران جهت شناسایی

افکار ناکارآمد و شناخت های تحریف شده ای که ایجاد کننده هیجانات منفی دوران داغدیدگی هستند (مانند غمگینی، خشم، احساس گناه و اضطراب)، به عنوان تکلیف خانگی جلسه اول، از مادران خواسته شد تا در طول هفته، هرگاه دچار هیجانات و احساسات ناخوشایند مذکور شدند، افکار به وجود آورنده این هیجانات را بدون دخل و تصرف، وارد برگه ثبت «چگونگی ایجاد هیجانات توسط افکار» کنند، حتی اگر این افکار در ارتباط با شکایت از خداوند یا خشم نسبت به او بود؛ بکارگیری این روش باعث شد تا به تمامی افکاری که باعث ایجاد احساسات ناخوشایند در مادران شده بود، پی برده و در طرح مداخله درمانی، بخش هایی جهت کمک به ایجاد تغییر در این افکار، در نظر گرفته شود.

در این مداخله درمانی، احساس گناه غیر منطقی مادران در مورد کوتاهی در مورد فرزندان، با استفاده از تکنیک شناختی واقعیت آزمایی کاهش یافت. همچنین یکی از افکاری که بسیاری از مادران در برگه «چگونگی ایجاد هیجانات توسط افکار» ثبت کرده بودند، این بود که آنان مرگ فرزند خود را نشانه ای از قهر خداوند و عذاب الهی می دانستند و یکی از نشانه های آن را نیز، عدم استجابت دعاهایشان در زمینه بهبود حال فرزندان، ذکر کرده بودند که همین امر باعث ایجاد احساس خشم نسبت به خداوند و در نتیجه ایجاد احساس گناهی مضاعف در آن ها شده بود. لذا بیان علت وارد آمدن سختی ها از دیدگاه اسلام و فلسفه دعا در اسلام و چگونگی استجابت آن با استفاده از کتاب قرآن صاعد (برازش، 1383)، به عنوان راهی برای برطرف کردن خشم نسبت به خداوند و در نتیجه کاهش این احساس گناه مضاعف، توضیح داده شد. تحریک پذیری و خشم مادران نیز، با بیان علل ایجاد کننده خشم در دوران داغدیدگی و همچنین راه های کنترل خشم طبق روش وردن (1992) در مشاوره سوگ، کاهش یافت.

با توجه به این امر که بهترین راه کنار آمدن با فقدان، حضور در محیط اجتماعی است که در آن فرد داغدیده مورد حمایت عاطفی قرار گیرد، در این مداخله درمانی و در اولین تکلیف خانگی، از اعضای شرکت کننده خواسته شد که در کنار یکی از دوستان یا بستگان حمایت گر

خود، ساعاتی را سپری کرده، درباره واقعه فقدان فرزند خود صحبت کنند و از حمایت عاطفی آن‌ها برخوردار شوند و تا پایان دوره درمانی، حداقل یک بار در برنامه هفتگی خود، برای این کار برنامه ریزی داشته باشند. بدین ترتیب، علاوه بر این که مداخلات صورت گرفته جهت تغییر در الگوی تفکرات مادران در طول دوره درمانی آموزش صبر، به کاهش کناره‌گیری از اجتماع کمک کرد، مادران از ابتدای دوره درمانی و در قالب تکلیف خانگی نیز، به برقراری روابط اجتماعی ترغیب شدند.

در مداخله آموزش صبر، برای ایجاد امید نسبت به آینده و در نتیجه کاهش افسردگی، به بحث پیرامون مساله پایان پذیر بودن سختی‌ها و انتظار گشایش، پرداخته شد. در این مداخله درمانی، با بیان معنای واقعی سختی‌ها و این امر که وارد آمدن سختی‌ها و مصائب به معنای بی‌توجهی و غضب خداوند نسبت به بنده اش نیست، احساس تنبیه شدن و بی‌ارزش بودن، در مادران کاهش یافت.

مداخله دیگری که در طرح درمانی آموزش صبر، بر روی کاهش میزان افسردگی صورت گرفت، بر اساس تعریف صبر به عنوان نقطه مقابل «جزع» به معنای بی‌تابی کردن، بود (مکارم شیرازی، 1377). بدین صورت که برای توضیح اثرات نامطلوب بی‌تابی کردن، از بعد‌رها کردن روال عادی زندگی، دست روی دست گذاشتن و عدم انجام فعالیت، یکی از مهمترین اهداف این دوره آموزشی، فعال‌سازی اعضای گروه در نظر گرفته شد و سیکل معیوب رخوت و بی‌حالی و افزایش افسردگی (برنز، 1990، ترجمه قراچه‌داغی، 1386)، توضیح داده شد و برای برطرف کردن رخوت، از راهبرد رفتاری در درمان افسردگی، یعنی روش بازنگری فعالیت‌ها، برنامه ریزی فعالیت‌ها و گنجانیدن فعالیت‌های لذت بخش در برنامه هفتگی (هاوتون، 1989، ترجمه قاسم زاده، 1382)، استفاده شد.

با توجه به این که انتخاب هدف و معنایی والا در زندگی، از عوامل مؤثر در پیشگیری و درمان افسردگی، از دیدگاه اسلام می‌باشد (کلانتری، 1378)، در طرح درمانی آموزش صبر، برای کاهش میزان افسردگی، جلسه‌ای نیز برای کمک به ایجاد معنا در زندگی مادران

داغدیده، اختصاص داده شد. در این جلسه به این مطلب اشاره شد که معنا و هدفی که انسان در زندگی به دنبال رسیدن به آن است، باید اولاً با ارزش تر از خود زندگی باشد تا ارزش تلاش کردن برای رسیدن به آن وجود داشته باشد؛ ثانیاً معنای زندگی باید پایدار باشد و در نتیجه توصیفاتی که در مورد شرایط معنا در زندگی ارائه شد، این هدف و معنا چیزی جز دستیابی به رضایت خداوند در تمامی وجوه زندگی نیست (پسندیده، 1384). لذا در جلسه درمانی، راه هایی برای با معنا کردن زندگی در جهت کسب رضای خداوند، معرفی شد. از جمله این راه ها که به تسهیل عبور از تکلیف چهارم سوگ (یعنی جابجاسازی عاطفی از متوفی به سمت افراد دیگر و حرکت به سوی زندگی)، نیز کمک می کرد، اختصاص دادن یک روز در هفته برای سر زدن به بچه های ساکن در مراکز بهزیستی بود. بدین ترتیب مادران به جای این که تمام وقت خود را به فکر کردن به فرزند از دست رفته خود اختصاص دهند، محبت خود را نثار کودکانی می کردند که در طول دوران زندگی خود، از این محبت محروم بوده اند. همچنین، در مداخله درمانی آموزش صبر، به عوامل ایجاد نشاط یا شادی های موقت در زندگی و ذکر احادیثی در این رابطه، پرداخته شد. علاوه بر این، راه های ایجاد افسردگی از دیدگاه اسلام مورد بحث قرار گرفت، سپس راه های دستیابی به شادی و رضایت از زندگی پایدار، با استناد به آیات قرآن، توضیح داده شد.

بررسی فرضیه دوم پژوهش: فرضیه دوم این پژوهش که بیان می کند «آموزش صبر باعث کاهش فشار روانی ناشی از مرگ فرزند، در مادران داغدیده می شود»، مورد تایید قرار گرفت. در این راستا، یکی از نتایج مشاهده شده در پژوهش حاضر، بهبود مشکل قطع شش ماهه عادت ماهیانه، در یکی از مادران شرکت کننده در طرح آموزش صبر بود. این مشکل که به دلیل فشار روانی بیش از اندازه ناشی از داغدیدگی ایجاد شده بود، طبق اظهارات این مادر، به دلیل آرامشی که در ایشان بعد از جلسه پنجم آموزشی به وجود آمده بود، برطرف گردید. در مداخله درمانی آموزش صبر، مداخلات گوناگونی در جهت کاهش فشار روانی ناشی از داغدیدگی، انجام شده است که به توضیح این اقدامات درمانی می پردازیم: تئوری سنتی

مقابله با فشار روانی، بر روی ارزش توجه کردن و بیان کردن هیجانات منفی، برای کاهش فشار روانی و سازگاری سریع تر با یک واقعه آسیب زا، تاکید می کند (کویفمن¹ و همکاران، 2006). همچنین برای سازگار کردن افراد داغ‌دیده با مرگ متوفی و کاهش فشار روانی ناشی از فقدان، این افراد را باید وادار کرد که با هیجانات شدید خود نسبت به فرد از دست رفته، رو به رو شوند و این هیجانات شدید را ابراز کنند (استروب، 2005). اشک ها خاصیت التیام بخشی بلقوه ای دارند. فشار روانی، موجب عدم توازن شیمیایی بدن می شود و پژوهشگران معتقدند که اشک ها مواد سمی را بیرون ریخته و به برقراری تعادل بدن کمک کرده و موجب تسکین استرس هیجانی می شوند (وردن، 1982، ترجمه فیروزبخت، 1374). لذا در این مداخله درمانی، سعی بر آن بود که افراد داغ‌دیده از تخلیه و برونریزی هیجانی، به سمت اصلاح هیجانی سوق داده شوند. بنابراین در جلسه اول مداخله درمانی، همگی افراد شرکت کننده، به بیان تجربه فقدان خویش پرداختند و از حمایت هیجانی اعضای جلسه برخوردار شدند. به علاوه، باورهای در بین اعضای شرکت کننده وجود داشت مبنی بر این که گریه کردن برای فرد متوفی، اجر اخروی را از بین می برد یا گریه کردن باعث می شود که متوفی در دیار باقی آرام نگیرد و جایی که او می نشیند، خیس شود که این باورها، برگرفته از برداشت های غلط آن ها از آموزه های دینی و آمیخته شدن آن ها با عقاید خرافی بود. لذا در جلسات درمانی، علاوه بر این که در مورد تاثیر گریستن در تخلیه هیجانی و تعادل شیمیایی بدن، توضیح داده شد، این مساله نیز مورد تاکید قرار گرفت که گریه کردن در سوگ عزیزان، در اسلام مورد نکوهش قرار نگرفته است و در این زمینه به بیان نمونه هایی از بزرگان دین که در سوگ عزیزان خود گریسته بودند، پرداخته شد. علاوه بر این، در این طرح درمانی، نوشتن نامه به فرزند از دست رفته نیز، به عنوان یکی از راه های تسهیل برون ریزی هیجانی پیشنهاد گردید.

یکی از سودمندترین روش های کاهش فشار روانی، برقراری رابطه صمیمانه با یک دوست می باشد (گرینبرگ¹، 2002، ترجمه دهقانی، 1387). در مورد فشار روانی ناشی از داغدیدگی، بودن در کنار افرادی که فرد سوگوار در کنار آن ها بتواند به راحتی به بیان تجربه فقدان و خاطرات مربوط به متوفی پردازد، بسیار کمک کننده است. در این راستا، همان طور که در تبیین فرضیه اول نیز بیان شد، از شرکت کنندگان خواسته شد که تا پایان دوره درمانی، برای ارتباط با یکی از دوستان یا بستگان حمایتگر خود، برنامه ریزی داشته باشند.

فیتزجرالد (2000)، ورزش را به عنوان روشی برای کاهش فشار روانی ناشی از داغدیدگی، پیشنهاد می کند. لذا در این طرح درمانی در مورد تاثیر ورزش در کاهش فشار روانی توضیح داده شد و از مادران خواسته شد که روزانه حداقل 20 دقیقه را به پیاده روی یا ورزش، اختصاص دهند.

فیتزجرالد (2000)، استفاده از تکنیک های آرمیدگی را نیز، به عنوان یکی از بهترین روش ها برای کاهش فشار روانی و خشم دوران داغدیدگی، پیشنهاد می کند. تن آرامی پیش رونده یکی از تکنیک های آرمیدگی است. لذا در مداخله آموزش صبر، یک جلسه به آموزش تن آرامی پیش رونده و تمرین آن در جلسه، به همراه استفاده از موسیقی مناسب، اختصاص داده شد.

پارگامنت (1992)، معتقد است که تعلق به هر سنت مذهبی می تواند تعداد منابع در دسترس برای مقابله در برابر فشار روانی را چند برابر کند (به نقل از وولف، 1997، ترجمه دهقانی، 1386). لذا در این مداخله درمانی، از صبر به عنوان مهمترین راهبرد مقابله ای مذهبی که فرد را در رویارویی با بحران ها یاری می کند، استفاده شد. شیوه های پرورش صبر که در مداخله درمانی آموزش صبر به کار گرفته شد، عبارتند از:

1) از عوامل اساسی در مقابله صحیح در برابر مصائب و پرورش میزان صبر، شناخت واقع گرایانه از معنای سختی ها و مشکلات است (پسندیده، 1384). پیرو این امر، در

مداخله آموزش صبر، این مطالب عنوان شدند: واقعیت‌شناسی سختی‌ها؛ سختی‌ها آزمونی برای تکامل آدمی؛ سختی‌ها و بخشش‌گناهان؛ سختی‌ها و ترفیع مرتبه آدمی؛ واقعیت‌شناسی دنیا؛ مقایسه زمانی دنیا در برابر آخرت؛ دنیا محل سختی‌ها؛ وعده همراهی خداوند با صابران. این مباحث، با استفاده از منابع معتبر دینی مطرح شدند و جزوه‌هایی برای مطالعه در مورد این مضامین، به اعضای شرکت‌کننده در جلسات مداخله، داده شد.

(2) چگونگی ارزیابی یک موقعیت ناگوار توسط هر فردی، تعیین‌کننده میزان فشار روانی حاصل از آن موقعیت است (گرینبرگ، 2002، ترجمه دهقانی، 1387). در متون دینی نیز تاکید زیادی بر تفسیر و ارزیابی صحیح از موقعیت‌ها شده است. نکته مهم در دیدگاه دینی، هماهنگی تفسیرها با واقعیت‌ها است. دین تفسیر خیالی و غیر واقعی را نمی‌پسندد، هر چند در ظاهر کاهنده فشار روانی باشد (پسندیده، 1384). پیرو این امر، در مداخله آموزش صبر به بحث در موارد زیر پرداخته شد: مالک بودن یا امانتدار بودن انسان در قبال نعمت‌های الهی؛ قضا و قدر؛ تصادفی نبودن و خارج از برنامه نبودن وقایع دنیا؛ تقویت معرفت به حکمت و خیرخواهی خداوند؛ عنوان این مباحث با استفاده از منابع معتبر دینی صورت گرفت.

(3) برای پرورش صبر، از مثبت‌نگری دینی به معنای مثبت‌نگری واقع‌بینانه، استفاده شد. مراد از این مثبت‌نگری، تخیل مثبتی که پشتوانه‌ای از واقعیت ندارد، نیست. بلکه مثبت‌نگری دینی، مبتنی بر کشف واقعیت‌های خوشایند موجود در زندگی می‌باشد (پسندیده، 1384). پیرو این امر، یادآوری توانمندی‌ها و نعمت‌های پروردگار به هنگام وارد آمدن مصائب، یکی از راهکارهای مناسب در این مداخله درمانی بود. بر این اساس، شکرگزاری به عنوان یکی از راه‌های کاهش فشار روانی معرفی شد و نحوه شکرگزاری واقعی نیز، توضیح داده شد. همچنین به عنوان تکلیف خانگی از مادران خواسته شد تا فهرستی 50 تایی از نعمت‌هایی که خداوند به آن‌ها اعطا

فرموده است، تهیه کنند و حداقل قبل از شروع یکی از نمازهای پنجگانه روزانه، به مدت 15 دقیقه در مورد نعمت های فهرست شده، تفکر کرده و نمازی سپاسگزارانه تقدیم پیشگاه خداوند متعال کنند.

(4) پیش آمدن سختی ها، وضعیت جدیدی است که توان جدیدی نیز می طلبد. اگر این توان تامین نگردد، در کنترل موقعیت ناخوشایند، مشکل ایجاد می شود (پسندیده، 1384). پیرو این مطلب برای پرورش صبر، موارد زیر مطرح شدند: اعتماد و تکیه به منبع قدرت الهی؛ خداوند توان بردباری می دهد؛ افزایش توان فرد صابر؛ تقدم وارد آمدن صبر بر بلا و موازنه و برابر بودن میزان صبر با بلا؛ استعانت از روزه و نماز.

(5) برای پرورش صبر، همچنین کمک به ایجاد آرامش پایدار در طول دوران زندگی، موارد زیر با استفاده از منابع معتبر دینی، مطرح شدند: کارکرد روانی زهد؛ انفاق و کارکرد آن در کمک به قطع وابستگی به دنیا؛ عمل به دستورات الهی در تمامی وجوه زندگی.

(6) مبحث «هنر کوچک کردن سختی ها» جهت کمک به پرورش صبر مطرح شد. بدین ترتیب که در هنگام وارد آمدن مصائب، با در نظر گرفتن مصائب بزرگ تر، می توان فشار روانی ناشی از مصیبت وارده را کاهش داد (زین الدین بن علی، 954 ه.ق، ترجمه حجتی، 1384).

(7) در مداخله آموزش صبر، پرورش صبر با استفاده از بیان آثار مثبت صبر (به عنوان تقویتهی برای رفتار صبورانه) و در عین حال، بیان عواقب و نتایج منفی بی صبری (بی تابی کردن)، صورت گرفت (زین الدین بن علی، 954 ه.ق، ترجمه حجتی، 1384).

(8) در این مداخله درمانی، از شیوه قرآن کریم برای پرورش صبر، نیز استفاده شده است. این شیوه عبارت است از ارائه الگوها و اسطوره های صبر و بیان شرح حال آنان (خسروانی، 1397 ه.ق). از این شیوه جهت سرمشق گیری و همانند سازی با الگوهای صبر، استفاده شد.

با توجه به نتایج تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌شود پژوهشی مداخله‌ای، در جهت کاهش آثار داغدیدگی طراحی شود که برای افراد کم سواد نیز، مفید باشد. همچنین با توجه به تأثیرات نامطلوب مرگ یکی از افراد خانواده بر افراد بازمانده و نیاز جدی آن‌ها به کمک حرفه‌ای روانشناختی و اثربخش بودن مداخله آموزش صبر، پیشنهاد می‌شود که در بیمارستان‌ها بخشی برای کمک به تقویت روانی اعضای خانواده بیماران در حال احتضار اختصاص داده شود که در این بخش در صورت وقوع مرگ فرد در حال احتضار، تمهیداتی جهت برگزاری دوره‌های درمانی مشابه مداخله درمانی این پژوهش، در نظر گرفته شود.

منابع فارسی

- ایزدی تامه، احمد (1387). مقایسه تأثیر آموزش صبر، حل مساله و ترکیبی بر مولفه‌های سخت‌رویی، میزان پرخاشگری و انتخاب راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان. پایان‌نامه دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- برازش، علیرضا (1383). قرآن صاعد؛ پژوهشی پیرامون مسئله دعا در فرهنگ اسلامی. (چاپ چهارم). تهران: انتشارات امیرکبیر.
- برنز، دیوید (1386). شناخت درمانی؛ روانشناسی افسردگی. ترجمه قراچه‌داغی، مهدی. تهران: نشر دایره.
- پسندیده، عباس (1384). رضایت از زندگی. (چاپ سوم). قم: انتشارات دارالحدیث.
- حافظ، شمس‌الدین محمد (1385). دیوان غزلیات با معنی واژه‌ها و شرح ابیات. خطیب رهبر، خلیل. تهران: انتشارات صفی‌علیشاه.
- حسین‌ثابت، فریده (1386). اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب افسردگی و شادکامی. پایان‌نامه دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- خسروانی، علیرضا میرزا (1397 ه. ق.). تفسیر خسروی. (چاپ دهم). قم: انتشارات اسلامی.

رمضانی، ولی الله (1386). بررسی تاثیر انشای هیجانی نوشتاری بر افسردگی و ظرفیت حافظه فعال دانشجویان با افسردگی بالا. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی. دانشگاه بین المللی امام خمینی.

زین الدین بن علی (شهید ثانی) (1384). اسلام در کنار داغدیدگان. ترجمه حجتی، سید محمد باقر. تهران: انتشارات جوانه رشد.

فقیهی، علی نقی. شناخت رفتار درمانگری در زمینه سبب شناسی و درمان اختلال افسردگی؛ مقایسه رویکرد اسلامی با رویکرد سنتی. سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی؛ جوان و آرامش روان. 1384؛ 12-15.

فیتز جرال، هلن (2000). نوجوانان داغدیده؛ راهنمای کنار آمدن با مرگ نزدیکان. ترجمه حیدری، عفت. تهران: انتشارات رشد (1389).

کرینگ، آن م (1388). آسیب شناسی روانی. ترجمه شمسی پور، حمید. تهران: انتشارات ارجمند (2007).

کلانتری، مهرداد (1378). طرح اندیشه اسلامی در روانشناسی بالینی. مرکز تحقیقات علوم رفتاری در قلمرو اسلام. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

گراث؛ مازنات، گری (1384). راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان. ترجمه پاشا شریفی، حسن؛ نیکخو، محمد رضا. تهران: انتشارات سخن (2003).

گرینبرگ، جرال اس (1387). کنترل فشار روانی. ترجمه دهقانی، محسن و همکاران. تهران: انتشارات رشد (2002).

محمودی قرائی، جواد و همکاران (1385). اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه های مرتبط با سوگ و آسیب شناسی ناشی از واقعی زلزله در کودکان 3 تا 6 سال بم. مجله بیماری های کودکان ایران. تابستان 85، 16 (2): 137-142.

مکارم شیرازی، ناصر (1377). پیام قرآن؛ اخلاق در قرآن. (چاپ نهم). قم: موسسه تفسیر قرآن کریم.

- مولایی، اعظم (1388). اثر فیلم درمانی بر کاهش شدت سوگ نوجوانان دختر داغ‌دیده 17 تا 19 ساله شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی.
- وردن، جی. ویلیام (1374). مشاوره و درمان سوگ. ترجمه فیروزبخت، مهرداد؛ بیگی، خشایار. تهران: انتشارات ابجد.
- وولوف، دیوید ام (1386). روانشناسی دین. ترجمه دهقانی، محمد. تهران: انتشارات رشد.
- هاتون، کرک؛ سالکودس کیس، کلارک (1386). رفتار درمانی شناختی؛ راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های درونی (جلد اول). ترجمه قاسم زاده، حبیب الله. تهران: انتشارات ارجمند (1989).

منابع لاتین

- Azhar MZ, Vama SL. Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatry Scand.* 1995; 91(4): 233-245.
- Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression and anxiety on quality of life among bereaved adults. *Eur Arch Psychiatry & Clin Neurosci.* 2006; 25(7): 444-452.
- Boelen P A, De Keijsjer J, Vanden HMA, Vanden B J. Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Couns and Clin Psychol.* 2007; 75(1): 277-284.
- Cerle A, Gadea C, Hartman A, Lourel M. Typological and factor analysis of the perceived stress measure by using the PSS scale. *Eur Rev Appl Psychol.* 2008; 58(4): 227-239.
- Coifman K. Does Repressive Coping Promote Resilience? Affective–Autonomic Response Discrepancy during Bereavement. *J Person and Soc Psychol.* 2006; 92(4): 745-758.
- Cox JD, Burlingame GM, Campbell JE, Layne CM, Katzenbach RJ. Effectiveness of a trauma: Grief-focused group intervention: A qualitative study with war-exposed Bosnian adolescents. *Int J Group Psychother.* 2007; 57(3): 319-345.
- Dalton TA, Krout RE. Development of the Grief Process Scale through music therapy songwriting with bereaved adolescents". *The Arts in Psychotherapy.* 2005; 12(2): 131–143.
- De Groot M, De Keijsjer J, Neelemen J, Kerkhof A, Nolen w, Burger H. Cognitive behavior therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomized controlled trail. *BMJ.* 2007; 334(7601): 994.

- Ferrario R, Piredda A. Counselling: a new door opens for cancer patients. *Eur J Cancer Suppl.* 2004; 1 (5): 382.
- Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord.* 2010; 127(2): 352-358.
- Houwen K, Vander S, Henk B, Vanden J, Stroebe M, Stroebe W. The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behav Res & Ther.* 2010; 48(5): 359-367.
- Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord.* 2011; 131(3): 339-343.
- Kissane DW, Mchenzie M, Bloch S. Family focused grief therapy: A randomized, controlled trail in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(1): 1208-1218.
- Moreira AA. Religiousness and mental health; A review. *Rev Brass psychiatry.* 2006; 28(3): 242-250.
- Murray LK, Cohen JA, Ellis BH, Mannarino A. Cognitive behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth. *Child & Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008; 17(3): 585-604.
- Nassbaumer A, Russel RIR. Bereavement support unexpected death in children. *J Couns Psychol.* 2003; 36(3): 308-315.
- Neimeyer RA, Burke LA, Mackay MM, Van DS, Jessica G. Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *J Contemp Psychother.* 2010; 40(1): 73-83.
- Richards PS, Bergin AE. Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *J Couns Psychol.* 2005; 34(2): 197-204.
- Robinson T, Marwit SJ. An investigation of the relationship of personality, coping, and grief involvement among bereaved mothers. *Death Stud.* 2006; 20(4): 677-696.
- Shear KM, Frank E, Houck PR. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry & Clin Neurosci.* 2007; 257(8): 453-461.
- Shear KM, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc.* 2005; 293: 2601-2608.
- Simon NM. (2007). Prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry.* 2007; 48 (5): 395-399.
- Stepakoff S. From destruction to creation, from silence to speech: Poetry therapy principles and practices for working with suicide grief. *The Arts in Psychother.* 2009; 36 (9): 105-113.
- Stroebe M, Folkman S, Hansson R, Schut H. The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Soc Sci & Med.* 2006; 23(3): 2440-2451.
- Teseng W. Culture and psychotherapy; Asian perspective. *J Ment Health.* 2004; 13(12): 151-161.

- Wagner B, Maercker A. An Internet-based cognitive-behavioral preventive intervention for complicated grief: a pilot study. *G Ital Med Lav Ergon*. 2008; 32(2): 46-58.
- Warden Jw, Davies B, Mccown D. Comparing parent loss with sibling loss. *Death stud*. 1999. 23: 10-15.
- Wittouck C, Van AS, De Jagere E, Portzky G, Van HK. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(2): 69–78.
- Huss, D. B., Bear, R. A. (2007). Acceptance and change, the integration of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in to Ongoing Dialectical Behavioral Therapy In a case of Borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 6(2): 17-33.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*. 59(1):12-19.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delacort.
- Kenny, M., Williams, G. M. J. (2007). Treatment resistant depressed patients show a good response to mindfulness based cognitive therapy. *Behavior research and therapy*. 45(3): 617-625.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., Malone, K. (2007). Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Journal of Psychology and Psychotherapy*. 80(5):193–203.
- Kupfer, D. J., Frank, E., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G., Thase, M. E., cEachran, A. B & Grochoncinski, V.J. (1992). Five-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(2):769–773.
- Longmore, R., Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 27(2): 173–187
- Ma, SH, Teasdel J. D. (2004). Mindfulness based cognitive therapy for depression: replication and exploration of deferential relapse prevention effects. *Consulting and clinical psychology*, 72(3):31-40.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(3): 569–582.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*. 7(3): 407–413.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy* 33(4):25–39.
- Teasdel, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J., Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Consulting and clinical psychology*, 68(2):615-623.
- Treynor, W. Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 27(5): 247–259.

- Watkins, E., & Baracia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric mood. *Personality and individual differences*, 32 (4): 723-734.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. UK: Guilford Press
- Williams, J. M. (2008). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 32(4):721-733.