

# Investigating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Reducing the Symptoms of Grief in Women With Persistent Complex Bereavement Disorder

Motamed Jalali M<sup>1</sup>, \*Monirpoor N<sup>1</sup>, Zarghami Hajebi M<sup>1</sup>

## Author Address

1. Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

\*Corresponding Author Email: [Monirpoor@qom-iau.ac.ir](mailto:Monirpoor@qom-iau.ac.ir)

Received: 2022 April 5; Accepted: 2022 June 2

## Abstract

**Background & Objectives:** Grief is an inevitable experience in every person's life. However, the ability of individuals to cope with grief ranges from accepting grief to having serious consequences. In many cases, the period of mourning is naturally experienced by the bereaved as a fact of life. Some people suffer from severe psychological and physical problems during this period. When the loss of a person with whom a person has an intimate relationship and the symptoms of grief continue for more than half a day from the time of her death, a sustained complex grief disorder is diagnosed that has several negative physical and psychological consequences. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in reducing the symptoms of grief in women with persistent complex bereavement disorder

**Methods:** The method of present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population includes all female clients of Shervin Mourning Center who have lost a first-degree relative in the past 1 year. A total of 24 people eligible volunteers were included in the study by random sampling and assigned to the experimental group (n = 12) and the control group (n = 12). The inclusion criteria were as follows: willingness to participate in the study, loss of a first-degree relative, about 1 year after the mourning event, and not receiving medication and psychological treatment at the same time as the cognitive-behavioral group therapy session. The exclusion criteria included unwillingness to participate in further research, lack of cooperation, and absence for more than 2 sessions. Ensuring that information was kept confidential and that participants were psychologically prepared to participate in the study was one of the ethical points of the study. The research instruments included the Grief Experience Inventory (Bart and Scott, 1998) and the Cognitive-Behavioral Therapy Protocol package, administered to the experimental group in eight 90-minute sessions. Descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics including univariate covariance analysis (to measure the difference in the effectiveness of groups on the dependent variable) were used to analyze the research data. All tests were analyzed at a significance level of  $\alpha=0.05$  in SPSS software version 21.

**Results:** The results showed that the cognitive-behavioral therapy group reduced the symptoms of bereavement in the experimental group, including symptoms of a feeling of guilt ( $p=0.013$ ), trying to justify ( $p=0.038$ ), somatic reaction ( $p=0.006$ ), feelings of abandonment ( $p=0.016$ ), personal judgment ( $p=0.001$ ), embarrassment/shame ( $p<0.001$ ) and stigmatization ( $p=0.042$ ) had a significant effect.

**Conclusion:** According to the present results, the training package of cognitive-behavioral group therapy can be used as an effective intervention to reduce the symptoms of chronic grief in women with persistent complex grief disorder.

**Keywords:** Grief, Cognitive-Behavioral therapy, Persistent complex bereavement, Women.

## بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم سوگ در زنان مبتلا به اختلال سوگ پیچیده پایدار

مژده معتمد جلالی<sup>۱</sup>، \* نادر منیرپور<sup>۱</sup>، مجید ضرغامی حاجبی<sup>۱</sup>

توضیحات نویسندگان  
 ۱. گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.  
 \*وابانامه نویسنده مسئول: Monirpoor@qom-iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۶ فروردین ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ خرداد ۱۴۰۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** سوگ، پاسخ شناختی، هیجانی، فیزیولوژیک و رفتاری در مواجهه با فقدان است و اگر بیش از شش ماه در کودکان و یک سال در بزرگسالان به طول بینجامد، به‌عنوان سوگ پیچیده پایدار شناخته می‌شود که پیامدهای جسمی و روانی منفی متعددی به‌همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر علائم سوگ در زنان مبتلا به اختلال سوگ پیچیده پایدار انجام گرفت.

**روش‌پژوهشی:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری مراجعان زن به مرکز سوگ‌درمانی شروین در سال ۱۳۹۹ بودند که طی یک سال گذشته یکی از بستگان درجه یک خود را از دست داده بودند. از این جامعه آماری ۲۴ نفر واجد شرایط داوطلب به‌روش نمونه‌گیری تصادفی وارد مطالعه شدند و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه دوازده نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه سوگ (بارت و اسکات، ۱۹۹۸) و بسته پروتکل درمان شناختی- رفتاری بود که در هشت جلسه نوددقیقه‌ای صرفاً برای گروه آزمایش اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره صورت گرفت. همه آزمون‌ها در سطح معناداری ( $\alpha=0/05$ ) در نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم سوگ در گروه آزمایش شامل نشانه‌های احساس گناه ( $p=0/013$ )، تلاش برای توجیه ( $p=0/038$ )، واکنش‌های بدنی ( $p=0/006$ )، احساس ترک‌شدن ( $p=0/016$ )، قضاوت شخصی ( $p=0/001$ )، خجالت/شرمندگی ( $p<0/001$ ) و بدنامی سوگ ( $p=0/042$ ) تأثیر معناداری داشت.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، بسته آموزشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش علائم سوگ مزمن در زنان مبتلا به اختلال سوگ پیچیده پایدار استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** سوگ، درمان شناختی- رفتاری، سوگ پیچیده پایدار، زنان.

تلاش می‌کند تا افکار منفی را تغییر دهد، به فرد کمک کند تا معانی جدیدی از اقدامات روزمره و مشکل‌ساز بیرون بیاورد و انگیزه ایجاد زندگی سازگاران و هدف‌محور را خلق کند (۱۳). از نظر بسیاری از متخصصان، این نوع درمان هنوز در خط اول درمان‌های روان‌شناختی اختلالات افسردگی قرار دارد (۱۴).

به‌طور اختصاصی، روان‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های شناختی، جسمانی و رفتاری اختلالات افسردگی از طریق کاربرد روش‌های خاص شامل آرام‌سازی<sup>۷</sup>، حساسیت‌زدایی منظم<sup>۸</sup>، بازسازی شناختی<sup>۹</sup>، جلوگیری از پاسخ<sup>۱۰</sup>، حل مسئله<sup>۱۱</sup>، فعال‌سازی رفتاری<sup>۱۲</sup> و آموزش مهارت‌های بین‌فردی<sup>۱۳</sup> متمرکز است (۱۵). در درمان شناختی-رفتاری سعی می‌شود افکار خودآیند منفی، باورها، طرح‌واره‌ها و فرایندهای غلط فکری بیماران افسرده، شناسایی شود و درکی جامع از ساختار شناختی فرد و شیوه‌های کارآمد تفکر، ارائه گردد (۱۶).

مرور مطالب مذکور نشان می‌دهد، ابتلا به سوگ پیچیده پایدار اثرات جبران‌ناپذیری برای افراد، خانواده‌ها و در نهایت جامعه دارد و موجب هزینه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی طولانی‌مدت و شدیدی می‌شود؛ بنابراین، از یک سو با توجه به ضرورت مداخله بهنگام به‌منظور کاهش علائم سوگ پیچیده برای جلوگیری از صدمات جسمی و روانی ناشی از آن و از طرفی با توجه به پیشینه‌های نظری و تجربی قوی در حمایت از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد مختلف زندگی نمونه‌های پژوهشی متعدد (۱۷، ۱۸)، هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر علائم سوگ در زنان مبتلا به اختلال سوگ پیچیده پایدار بود.

## ۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری تمامی مراجعه‌کنندگان زنانی بودند که طی یک سال گذشته یکی از بستگان درجه یک خود را از دست دادند و به مرکز سوگ‌درمانی شروین مراجعه کردند. از میان جامعه آماری اشاره‌شده، ۲۴ نفر (دوازده نفر برای گروه آزمایش و دوازده نفر برای گروه گواه) افراد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. حداقل حجم نمونه لازم برای این پژوهش با استفاده از جدول کوهن (۱۹) و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، سطح احتمال ۵۰ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد، برابر با ده نفر برآورد شد که با توجه به احتمال ریزش اعضای گروه‌ها، در نهایت دوازده نفر در هر گروه گمارده شدند. مدنظر قرار دادن مدت یک سال از زمان مرگ به این دلیل بود که مداخله درمانی سوگ نباید با فاصله زمانی خیلی کوتاه پس از وقوع فقدان انجام

سوگ<sup>۱</sup> تجربه‌ای اجتناب‌ناپذیر در زندگی هر فرد است؛ با وجود این، توانایی افراد هنگام مواجهه با سوگ، در طیف گسترده‌ای از پذیرش سوگ تا به‌وجود آمدن عواقب جدی ناشی از آن قرار دارد (۱). در بسیاری از مواقع، دوره سوگواری به‌طور طبیعی توسط فرد داغ‌دیده به‌عنوان واقعیت زندگی سپری می‌شود (۲). گاهی بعضی افراد در این دوره به برخی از مشکلات روان‌شناختی و جسمی شدید مبتلا می‌شوند و فرد داغ‌دیده تنهایی، خستگی مزمن و حتی شوک روان‌شناختی<sup>۲</sup> را تجربه می‌کند (۳). علاوه بر نشانه‌های روان‌پزشکی، برخی تظاهرات جسمی از قبیل حساسیت به صدا، کوتاه‌شدن تنفس، ضعف عضلانی و ضعف عمومی ممکن است در این افراد ظاهر شود. همچنین به‌دنبال تجربه سوگ امکان دارد به‌هم‌خوردگی در خواب و اشتها، انزوا و بدکارکردی اجتماعی روی دهد. عده‌ای سوگ را شامل دو بُعد درونی (افکار و احساسات) و بیرونی (رفتارهای مربوط به سوگ مانند گریه‌کردن) می‌دانند (۴). سوگ موجب برهم‌خوردن شرایط زندگی و بروز علائم زیادی در افراد می‌شود (۵). وقتی از فقدان شخصی می‌گذرد که فرد با او رابطه‌ای صمیمانه‌ای داشته است و از زمان مرگ شخص، فرد داغ‌دیده بیش از نیمی از روزها در حد درخور توجه علائم سوگ ادامه داشته باشد، اختلال سوگ پیچیده پایدار<sup>۳</sup> تشخیص داده می‌شود (۶).

میزان شدت، مدت و حیطه مشکلات به‌وجود آمده در پدیده سوگواری به عوامل متعددی از جمله نوع فرهنگ، ویژگی‌های شخصیتی فرد سوگوار، ناگهانی بودن مرگ افراد خانواده یا دوستان و بسیاری از عوامل دیگر بستگی دارد (۷). اگرچه بیشتر افراد به‌صورت طبیعی پدیده سوگواری را پشت سر می‌گذارند، بعضی از افراد، در مقابل سوگواری و داغ‌دیدی، مشکلات روانی مانند اضطراب<sup>۴</sup> و افسردگی<sup>۵</sup> را نشان می‌دهند (۸). به‌طور طبیعی، واکنش‌های ناشی از تجربه سوگ، به‌تدریج کاهش پیدا می‌کند و طول مدت سوگواری در حالت بهنجار بیشتر از شش ماه نخواهد بود (۹)؛ اما در واکنش‌های نابهنجار و غیرطبیعی به پدیده سوگ، سوگواری فرد به‌صورت آشفتگی‌های روانی و در بازه زمانی طولانی‌تر و با شدت بیشتر است (۱۰).

برای بهبود وضعیت سلامت عمومی، امروزه به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی، گسترش بسیاری پیدا کرده است (۱۱). از درمان‌های بسیار پرکاربرد که برای طیف وسیعی از اختلالات به‌کار می‌رود، درمان شناختی-رفتاری<sup>۶</sup> (CBT) است. درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر شواهد و رویکرد روان‌درمانی فراتشخیصی بوده و بر این فرض استوار است که افکار، احساسات و رفتارها به‌هم مرتبط هستند و بنابراین تغییر افکار می‌تواند تغییرات رفتاری را تسهیل کند (۱۲). این روش درمانی

9. Cognitive reconstruction  
10. Response prevention  
11. Problem solving  
12. Behavioral activation  
13. Interpersonal skills training

1. Grief  
2. Psychological shock  
3. Persistent Complex Bereavement Disorder  
4. Anxiety  
5. Depression  
6. Cognitive-Behavioral Therapy  
7. Relaxation  
8. Regular desensitization

شود؛ زیرا ممکن است جلوی فرایند سوگواری طبیعی را بگیرد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به این پژوهش عبارت بود از: تمایل داشتن به شرکت در پژوهش؛ ازدست‌دادن یکی از بستگان درجه یک؛ سپری‌شدن حدود یک سال از واقعه سوگ؛ دریافت‌نکردن درمان‌های دارویی و روان‌شناختی هم‌زمان با جلسه گروه‌درمانی شناختی-رفتاری. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نیز تمایل نداشتن برای شرکت در ادامه پژوهش و همکاری‌نکردن و غیبت بیش از دو جلسه بود. اطمینان‌دهی درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات و آماده‌کردن شرکت‌کنندگان از لحاظ روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت‌شده این پژوهش بود.

به‌منظور اجرای پژوهش، بعد از انتخاب شرکت‌کنندگان و بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش، ابتدا پرسش‌نامه تجربه سوگ<sup>۱</sup> (۲۰) در اختیار شرکت‌کنندگان هر دو گروه (آزمایش و گواه) قرار گرفت و آن‌ها به‌صورت پیش‌آزمون به این پرسش‌نامه پاسخ دادند. ذکر این نکته لازم است که به‌دلیل شیوع بیماری کووید-۱۹ و ضرورت رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی، گروه‌های مداخله، هفته‌ای یک جلسه و به‌مدت نود دقیقه به‌شکل برخط<sup>۲</sup> در فضای اسکایپ طبق پروتکل‌ها تشکیل شد. پس از اتمام هشت جلسه مداخله، دوباره پرسش‌نامه تجربه سوگ (۲۰) به‌صورت پس‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان هر دو گروه مداخله و گواه گذاشته و تکمیل شد. سپس ضمن تشکر از مشارکت هر دو گروه، داده‌ها برای انجام تجزیه و تحلیل آماری وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد. - پرسش‌نامه تجربه سوگ: این پرسش‌نامه اولین بار توسط بارت و اسکات در سال ۱۹۸۹ برای سنجش واکنش‌های سوگ در ۳۴ گویه، طراحی و ساخته شد (۲۰). نمره‌گذاری روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ تا ۵) از هرگز تا همیشه انجام می‌شود. این پرسش‌نامه هفت مؤلفه دارد که عبارت است از: احساس گناه (چهار ماده)؛ تلاش برای توجیه و کنارآمدن (پنج ماده)؛ واکنش‌های بدنی (شش ماده)؛ احساس

ترک‌شدن (هشت ماده)؛ قضاوت شخص یا دیگران درمورد دلیل فوت (هشت ماده)؛ خجالت و شرمندگی (هشت ماده)؛ بدنامی (سه ماده). براساس مجموع نمرات به‌دست‌آمده توسط فرد نمره بین ۶۸ تا ۳۴۴ بیانگر تجربه سوگ کم، نمره ۶۸ تا ۱۰۲ تجربه سوگ متوسط و نمره بیشتر از ۱۰۲ نشان‌دهنده تجربه سوگ زیاد است (۲۰). پایایی این ابزار توسط بارت و اسکات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای مؤلفه‌های احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنارآمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک‌شدن، قضاوت شخص یا دیگران درمورد دلیل فوت، خجالت و شرمندگی و بدنامی به‌ترتیب ۰/۸۹، ۰/۶۹، ۰/۷۹، ۰/۸۷، ۰/۸۲، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ گزارش شد. همچنین روایی سازه نسخه اصلی این پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی به تأیید رسید (۲۰). روایی و پایایی پرسش‌نامه در ایران توسط مهدی‌پور و همکاران بررسی شد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ و مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۸۶ برای مؤلفه‌ها به‌دست آمد. همچنین، روایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه با استفاده از روایی همگرایی تأیید شد؛ به‌طوری‌که روایی همگرایی مناسبی با دو خرده‌مقیاس افسردگی و جسمانی‌سازی پرسش‌نامه سلامت عمومی نشان داد (۲۱).

- پروتکل درمان شناختی-رفتاری در سوگ، مریس (۲۰۰۸): این پروتکل شامل هشت جلسه نود دقیقه‌ای بود که به‌صورت هفتگی یک‌بار اجرا شد. محتوای این مداخله از کتاب غلبه بر سوگ با استفاده از درمان شناختی-رفتاری مریس تدوین شد (۲۲). بعد از آماده‌شدن پروتکل حاضر روایی صوری آن توسط اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهر قم به تأیید رسید. در بررسی روایی صوری از روش کیفی در گروهی شش نفره تخصصی با حضور اساتید گروه روان‌شناسی برای یافتن میزان نبود تناسب، ابهام عبارات یا وجود نارسایی در معانی کلمات استفاده شد. خلاصه جلسات این پروتکل در جدول ۱ شرح داده شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری (CBT)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی گروه و بیان قوانین و دستورکار، پذیرش بازخوردهای متفاوت اعضا درباره یکدیگر و هدف گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعیین هدف گروه و بیان قوانین گروه، بیان مفهوم بنیادین درمان شناختی-رفتاری، جمع‌بندی و پایان جلسه اول.
دوم	مرور جلسه اول و دریافت بازخورد از اعضا درباره جلسه قبل، معرفی و شناسایی اقدام‌های ناکارآمد، معرفی و شناسایی افکار غیرمنطقی و ناکارآمد و فرض‌های بنیادین به‌عنوان علت افکار و احساسات فاجعه‌بار و رفتارهای ناکارآمد، جمع‌بندی و پایان جلسه.
سوم	مرور جلسه دوم و دریافت بازخورد، به‌چالش کشیدن افکار، نشخوار فکری، احساس گناه و خشم درقبال خود و دیگران، تکنیک به‌تعویق انداختن افکار، جمع‌بندی و پایان جلسه.
چهارم	مرور جلسه قبل و دریافت بازخورد، بحث و گفت‌وگو، خطاهای شناختی، ماشین رفتار گلاسر، جمع‌بندی و پایان جلسه.
پنجم	مرور جلسه قبل و دریافت بازخورد، بازسازی شناختی، آموزش ریلکسیشن و ذهن‌آگاهی، جمع‌بندی و پایان جلسه.
ششم	مرور جلسه قبل و بازخورد، توضیح روش فعال‌سازی رفتاری و سیستم پاداش مغز، انجام سه کار خوب برای خوشحاله کردن دیگران در طول هفته آینده، جمع‌بندی و پایان جلسه.
هفتم	مرور جلسه قبل و بازخورد، بررسی روند پیشرفت اعضا و شناسایی موانع، فن ماشین زمان، فن سه اتفاق خوب، توجه به احساس گناه در خود و خشم درقبال دیگران با توجه به خطاهای شناختی، جمع‌بندی و پایان جلسه.
هشتم	مرور تمام جلسات گذشته و دریافت بازخورد، بررسی موانع درمان، آماده‌سازی برای پایان جلسات.

2. Online

1. Grief Experience Inventory

برای تحلیل داده‌های تحقیق از آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار)، شاخص شاپیرو-ویلک (برای سنجش پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها)، بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون (برای ارزیابی پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون)، آزمون لون<sup>۱</sup> (برای سنجش پیش‌فرض همگنی واریانس) و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره<sup>۲</sup> (برای سنجش تفاوت اثربخشی گروه‌ها بر متغیر وابسته) استفاده شد. تحلیل همه آزمون‌ها در سطح معناداری ( $\alpha=0/05$ ) در نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

### ۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های جمعیت‌شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان، میانگین

و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۴۲/۹۲ و ۱۱/۶۴ و در گروه گواه به ترتیب ۴۱/۰۸ و ۷/۳۲ سال به دست آمد. در گروه آزمایش فراوانی تحصیلات ۳ نفر (۲۵ درصد) کمتر از دیپلم، ۴ نفر (۳۳/۳۴ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۶/۶۶ درصد) فوق‌دیپلم و ۳ نفر (۲۵ درصد) لیسانس و بیشتر بود. همچنین در گروه گواه فراوانی تحصیلات ۴ نفر (۳۳/۳۴ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۶/۶۶ درصد) فوق‌دیپلم و ۲ نفر (۱۶/۶۶ درصد) لیسانس و بیشتر بود. میانگین و انحراف معیار زمان سپری‌شده از تجربه سوگ شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به ترتیب ۱۶/۶۷ و ۳/۱۱ و گروه گواه به ترتیب ۱۸/۰۰ و ۳/۲۵ ماه بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر علائم سوگ و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

علائم سوگ	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	شاپیرو-ویلک (مقدار احتمال)	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو-ویلک (مقدار احتمال)
احساس گناه	CBT	۲۶/۴۲	۲/۷۴	۰/۱۶۰	۱۸/۵۰	۴/۳۸	۰/۳۶۷
	گواه	۲۵/۳۳	۲/۹۴	۰/۰۸۵	۲۳/۵۸	۲/۶۲	۰/۶۱۶
تلاش برای توجیه	CBT	۲۲/۵۸	۲/۹۷	۰/۲۷۷	۱۵/۵۸	۲/۹۱	۰/۰۶۲
	گواه	۱۸/۰۸	۳/۰۶	۰/۲۵۰	۲۰/۲۵	۳/۵۷	۰/۴۸۸
واکنش‌های بدنی	CBT	۱۸/۲۵	۲/۴۲	۰/۶۴۳	۱۲/۲۵	۲/۶۷	۰/۲۹۷
	گواه	۱۷/۴۲	۲/۲۳	۰/۱۰۱	۱۷/۱۸	۲/۴۱	۰/۸۱۳
احساس ترک‌شدن	CBT	۱۶/۵۸	۲/۲۷	۰/۷۳۲	۱۱/۵۰	۲/۳۲	۰/۶۴۵
	گواه	۱۵/۲۵	۱/۷۶	۰/۰۹۱	۱۵/۴۲	۲/۱۵	۰/۰۹۲
قضاوت شخصی	CBT	۱۴/۱۷	۲/۸۶	۰/۲۰۶	۹/۴۲	۱/۵۶	۰/۰۴۰
	گواه	۱۳/۸۳	۲/۶۹	۰/۰۳۵	۱۲/۹۲	۱/۹۸	۰/۴۰۷
خجالت/شرمندگی	CBT	۱۲/۳۳	۲/۳۸	۰/۷۷۴	۸/۳۳	۲/۶۰	۰/۷۲۷
	گواه	۱۳/۴۲	۲/۳۱	۰/۸۸۲	۱۳/۹۲	۱/۷۸	۰/۹۱۶
بدنامی	CBT	۹/۹۷	۳/۰۶	۰/۸۲۶	۶/۹۲	۱/۵۰	۰/۲۰۱
	گواه	۹/۸۳	۲/۶۳	۰/۴۰۳	۹/۶۷	۱/۷۷	۰/۵۸۹

براساس نتایج، میانگین نمرات علائم سوگ در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش یافت؛ اما نمرات مرحله پس‌آزمون گروه گواه در علائم سوگ در مقایسه با نمره پیش‌آزمون این گروه تغییر چندانی را نشان نداد؛ بنابراین به منظور بررسی معناداری این تغییرات آزمون تحلیل کوواریانس و پیش‌فرض‌های آن بررسی شد.

جدول ۳. نتایج آزمون لون و شیب خطوط رگرسیون متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون لون		شیب خطوط رگرسیون	
	F	مقدار احتمال	F	مقدار احتمال
احساس گناه	۱/۸۹	۰/۱۶۷	۰/۵۹	۰/۸۹۰
تلاش برای توجیه	۱/۴۰	۰/۲۶۰	۱/۰۳	۰/۴۷۴
واکنش‌های بدنی	۲/۵۱	۰/۰۹۶	۰/۶۵	۰/۸۴۲
احساس ترک‌شدن	۰/۲۳	۰/۷۹۲	۰/۷۸	۰/۷۲۰
قضاوت شخصی	۰/۸۴	۰/۴۴۱	۰/۸۲	۰/۶۷۴
خجالت/شرمندگی	۰/۷۰	۰/۵۰۳	۱/۱۹	۰/۳۳۸
بدنامی	۱/۵۲	۰/۲۳۳	۰/۹۶	۰/۵۳۷

۲. ANCOVA

۱. Leven

قبل از تحلیل داده‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های پژوهش حاضر مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد که نتایج مربوط به هریک از این پیش‌فرض‌ها در جدول‌های ۲ و ۳ ارائه شده است. باتوجه به نتایج مربوط به آزمون شاپیرو-ویلک، مقادیر احتمال مربوط به همه علائم سوگ در نوبت‌های اجرا و در هر دو گروه پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ به دست آمد:

بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع متغیرهای بررسی شده در پژوهش حاضر فرض نرمال بودن رد نشد ( $p > 0/05$ ) (جدول ۳). براساس نتایج جدول ۳، باتوجه به معنادار نبودن آماره لون، مفروضه همگنی واریانس‌ها رد نشد ( $p > 0/05$ ). علاوه بر این، باتوجه به معنادار نبودن اثر متقابل پیش‌آزمون با متغیر مستقل، نتایج حاصل از ارزیابی پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون حاکی از رد نشدن این پیش‌فرض بود ( $p > 0/05$ ).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌طرفه در آزمون اثر متغیر مستقل بر علائم سوگ

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	مقدار احتمال	مجذورات
احساس گناه	۷۸/۳۲	۱	۷/۸۶	۰/۰۱۳	۰/۳۴۴
تلاش برای توجیه	۴۱/۸۶	۱	۵/۸۸	۰/۰۳۸	۰/۲۶۱
واکنش‌های بدنی	۷۵/۴۶	۱	۱۰/۰۲	۰/۰۰۶	۰/۴۰۰
احساس ترک شدن	۴۵/۴۸	۱	۷/۳۱	۰/۰۱۶	۰/۳۲۸
قضاوت شخصی	۵۸/۶۶	۱	۱۸/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۲
خجالت/شرمندگی	۱۲۸/۱۱	۱	۲۵/۶۴	< ۰/۰۰۱	۰/۶۳۱
بدنامی	۱۵/۰۱	۱	۴/۹۴	۰/۰۴۲	۰/۲۴۸

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون، گروه درمانی CBT بر کاهش نشانه‌های احساس گناه ( $p = 0/013$ )، تلاش برای توجیه ( $p = 0/038$ )، واکنش‌های بدنی ( $p = 0/006$ )، احساس ترک شدن ( $p = 0/016$ )، قضاوت شخصی ( $p = 0/001$ )، خجالت/شرمندگی ( $p < 0/001$ ) و بدنامی سوگ ( $p = 0/042$ ) تأثیر معناداری داشت.

#### ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر علائم سوگ در زنان مبتلا به سوگ پیچیده پایدار بود. یافته‌ها نشان داد، گروه درمانی شناختی-رفتاری منجر به کاهش علائم سوگ شامل احساس گناه، تلاش برای توجیه، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت شخصی، ترس از بدنامی و نیز کاهش خجالت و شرمندگی ناشی از سوگ شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کم‌وبیش مشابه در این زمینه همسوست؛ برای مثال در پژوهشی با بررسی درمان سوگ: مقایسه بین درمان شناختی-رفتاری و مشاوره حمایتی<sup>۱</sup> روی ۵۴ نفر دچار اختلال سوگ پیچیده، بوئلن و ون‌دن‌بوت گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم سوگ پیچیده و آسیب‌های روانی ناشی از آن، از درمان حمایتی مؤثرتر است (۲۳). در پژوهش قمری کیوی و همکاران مشخص شد، رویکرد شناختی-رفتاری با تأکید بر فعالیت‌های عینی و رفتاری، فرد را به انجام تکالیف اجتماعی تحریک می‌کند و درگیری فرد در فعالیت‌های اجتماعی، منجر به کاهش میزان درگیری‌های ذهنی او با سوگ خواهد شد (۲۴). در پژوهش دیگری نویدیان و سراوانی به این نتیجه رسیدند که مشاوره شناختی-رفتاری به‌طور درخور توجیهی علائم سوگ را کاهش می‌دهد و امکان انتقال سریع‌تر از سوگ را فراهم می‌آورد و از اندوه پیچیده جلوگیری می‌کند (۲۵).

از منظر شناختی، تجربه فقدان از طریق مرگ، رویدادی بیرونی نامطلوب است که فرد کنترلی بر آن ندارد؛ با وجود این، سیستم اعتقادی فرد و احساسات و رفتارهای مرتبط با آن را تغییر می‌دهد؛ بنابراین، غم و اندوه ناشی از سوگ نه تنها فرایندی عاطفی است، بلکه نوعی سازگاری شناختی و رفتاری با پیامدهای فقدان نیز به‌شمار می‌رود؛ با این حال، از دیدگاه رویکرد شناختی، رویداد مرگ، دیدگاه‌های موجود فرد درباره زندگی و روابط را تغییر می‌دهد و نیازمند فرایندی درونی دردناک برای سازمان‌دهی مجدد شناختی آن چیزی است که پس از رویداد بیرونی از هم پاشیده شده است؛ پس در این حالت اصلاح دانش، افکار و احساسات فرد، از دست دادن معانی قدیمی زندگی و ایجاد معانی جدید درباره زندگی ضرورت می‌یابد (۱۷)؛ بنابراین، باتوجه به این مطالب، در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم سوگ در زنان مبتلا به سوگ پیچیده پایدار می‌توان گفت، درمان شناختی-رفتاری با استفاده از فوننی همچون جست‌وجوی شواهد یا گفت‌وگوی سقراطی به زنان دارای تجربه سوگ بلندمدت کمک می‌کند تا با به‌چالش کشیدن افکار و باورهایشان، ضمن کسب شناخت درباره افکار و باورهای ناکارآمد خود در زمینه مرگ و پایان زندگی، به بازسازی شناختی این افکار و باورها اقدام کنند که در این صورت به تبع ایجاد تغییر در بُعد شناختی این زنان به تدریج احساسات و رفتارهای مثبت و سازنده‌تری جایگزین رفتارها و احساسات قبلی خواهد شد (۲۶).

یکی دیگر از جنبه‌هایی که درمان شناختی-رفتاری از طریق آن سبب کاهش علائم سوگ پیچیده پایدار می‌شود، تقویت بُعد معنوی و به‌عبارتی سلامت معنوی در افراد با تجربه سوگ است. به‌عبارت دیگر، این درمان از طریق کمک به مراجعان در به‌چالش کشیدن معنای زندگی و جست‌وجوی معانی جدید و معنوی‌تر به آن‌ها کمک می‌کند تا به پشتوانه این معانی و باورهای جدید درخصوص مرگ یا فقدان عزیزان

1. Supportive consulting

بهتر و راحت‌تر با تجربه سوگ و درد و رنج‌های ناشی از آن کنار بیایند؛ به طوری که در تأیید این یافته نتایج برخی از مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد، درمان شناختی-رفتاری نقش مهمی در بهبود سلامت معنوی افراد با تجربه سوگ دارد (۲۷).

در تبیین دیگر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم سوگ می‌توان گفت، از نظر دیدگاه شناختی-رفتاری، مرگ (به‌ویژه مرگ ناگهانی و غیرمنتظره) ممکن است به‌عنوان رویدادی خارجی نامطلوب در نظر گرفته شود که بر سیستم اعتقادی فرد و در نتیجه بر احساسات و رفتارهای او تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین، تعامل چرخه‌ای بین رویداد، باورها درباره رویداد و پیامدهای احساسی و رفتاری رخ می‌دهد. از دیدگاه این نظریه، افکار و باورهای منفی و ناکارآمد درباره مرگ از این سبک تفکر نشئت می‌گیرد که ارزیابی و مطالبه افراد سوگوار مطلق در نظر گرفته می‌شود؛ به این صورت که آن‌ها بر این باور پافشاری می‌کنند که یا مرگ نباید برای عزیزان آن‌ها اتفاق بیفتد یا در صورت رخ دادن چنین اتفاقی قادر به تحمل آن نخواهند بود؛ بنابراین، در چنین حالتی است که تفکر مطلق باعث کاهش تحمل‌پذیری و به دنبال آن افزایش علائم ناراحتی و پریشانی در آن‌ها می‌شود؛ از این رو، واضح است که اجرای درمان شناختی-رفتاری با ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی در افراد سوگوار سبب خواهد شد آن‌ها از افکار مطلق‌گرایی خارج شوند تا راحت‌تر بتوانند با فقدان پیش‌آمده کنار بیایند (۱۷).

یکی دیگر از راه‌هایی که درمان شناختی-رفتاری از آن طریق، علائم سوگ را در زنان سوگوار کاهش می‌دهد، این است که چون زنان مذکور با نوعی ضربه روانی ناشی از سوگ نزدیکان مواجه هستند، درمان شناختی-رفتاری با کاهش علائم تروما یا ضربه روانی در این زنان می‌تواند به کاهش علائم سوگ آن‌ها کمک کند. به عبارت دیگر، چون یکی از علائم اصلی ضربه روانی ناشی از وقایع سخت، یادآوری مجدد آن واقعه و به دنبال آن بروز واکنش‌های هیجانی افراطی و منفی در افراد است (۲۸)، درمان شناختی-رفتاری با استفاده از فنون آرام‌سازی و بازسازی شناختی می‌تواند با کاهش واکنش‌های هیجانی مرتبط با وقایع پیش‌آمده برای زنان سوگوار، سبب کاهش علائم سوگوار در آن‌ها شود.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی، محدودیت‌هایی وجود داشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نبود امکان انجام مرحله پیگیری بود. همچنین، به دلیل تک‌جنسیتی بودن آزمودنی‌های پژوهش، در تعمیم یافته‌های آن به مردان باید جانب احتیاط را رعایت کرد. طبقه‌بندی شرکت‌کنندگان در تحقیق

از نظر سن، تحصیلات و شرایط اجتماعی و اقتصادی و نیز وجود اختلالات روان‌شناختی سابق بر سوگ می‌تواند نتایج دقیق‌تری را به دست دهد. محدودیت دیگر این پژوهش، برخط بودن جلسات روان‌درمانی به دلیل محدودیت‌های ناشی از شیوع ویروس کرونا و مقایسه‌نشده نتایج با سایر رویکردهای جدید بود. پیشنهاد می‌شود که برای تحقیقات آتی، پژوهش مشابهی در جامعه‌های گوناگون با توجه به بافت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و نیز طبقه‌بندی سنی و جنسیتی، با حجم نمونه بیشتر انجام پذیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج با قدرت بیشتری صورت گیرد. علاوه بر این، انجام پژوهش‌های طولی و طرح‌های پیگیری برای ارزیابی پایداری درمان و نیز مقایسه یافته‌های این تحقیق با نتایج سایر رویکردهای درمانی در زمینه سوگ پیشنهاد می‌شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج این پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که بسته آموزشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش علائم سوگ مزمن در زنان مبتلا به اختلال سوگ پیچیده پایدار استفاده شود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان از این مداخله در زمینه انواع مختلف سوگ و برای جوامع آماری دیگر با تجربه سوگ بهره ببرند.

## ۶ تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در تحقیق، نهایت تشکر و قدردانی‌شان را اعلام کنند.

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از تشریح کامل هدف پژوهش و اطمینان‌دهی درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان، رضایت کتبی افراد مدنظر برای شرکت در پژوهش دریافت شد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

### در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش از طریق ارتباط با نویسنده مقاله به آدرس اینترنتی در دسترس است.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## References

1. Prigerson HG, Maciejewski PK. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: Setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):435-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053157>
2. Kowalski SD, Bondmass MD. Physiological and psychological symptoms of grief in widows. *Res Nurs Health*. 2008;31(1):23-30. <https://doi.org/10.1002/nur.20228>
3. Machin L, Spall B. Mapping grief: A study in practice using a quantitative and qualitative approach to exploring and addressing the range of responses to loss. *Couns Psychother Res*. 2004;4(1):9-17. <https://doi.org/10.1080/14733140412331384018>

4. Vardon PJ. A three-dimensional numerical investigation of the thermo–hydro–mechanical behaviour of a large–scale prototype repository [Ph.D. dissertation]. [Cardiff, Wales]: Cardiff University; 2009. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.20595.63529>
5. Rosner R, Pfoh G, Kotoučová M. Treatment of complicated grief. *Eur J Psychotraumatol.* 2011;2:1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–5. 5<sup>th</sup> ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
7. 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(1–3):352–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008>
8. Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14(2):119–28. <https://doi.org/10.31887/dcns.2012.14.2.mshear>
9. Rubin SS, Malkinson R, Witztum E. Clinical aspects of a DSM complicated grief diagnosis: Challenges, dilemmas, and opportunities. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W. *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2008. pp: 187–206. <https://doi.org/10.1037/14498-009>
10. Worden JW. *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner.* 5<sup>th</sup> ed. New York, NY, US: Springer Publishing Company; 2018. <https://doi.org/10.1891/9780826134752>
11. Estanely HB, Beto JA, Deyo RA. Cognitive behavioral therapy in self-efficacy and mental health on weighting of women’s. *Journal of Contemporary Research in Business.* 2012;3(2):267–73.
12. Agbaria Q. Cognitive behavioral intervention in dealing with internet addiction among Arab teenagers in Israel. *Int J Ment Health Addiction.* 2022. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00733-6>
13. Rodrigues MF, Campos C, Pelucio L, Barreto I, Machado S, Appolinario JC, et al. Patients’ comprehension of mindfulness-based cognitive behavioral therapy in an outpatient clinic for resistant depression: A cross-sectional study. *Front Psychol.* 2019;10:271. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00271>
14. Erickson TM, Newman MG. Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A primer. *Expert Rev Neurother.* 2005;5(2):247–57. <https://doi.org/10.1586/14737175.5.2.247>
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561–71. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
16. Rygh JL, Sanderson WC. *Treating generalized anxiety disorder: evidence-based strategies, tools, and techniques.* New York: Guilford Press; 2004.
17. Malkinson R. Cognitive–behavioral therapy of grief: A review and application. *Research on Social Work Practice.* 2001;11(6):671–98. <https://doi.org/10.1177/104973150101100603>
18. Martin CG, Everett Y, Skowron EA, Zalewski M. The role of caregiver psychopathology in the treatment of childhood trauma with trauma-focused cognitive behavioral therapy: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2019;22(3):273–89. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00290-4>
19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale: Erlbaum Associates; 1988.
20. Barrett TW, Scott TB. Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav.* 1989;19(2):201–15. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1989.tb01033.x>
21. Mehdipour S, Shahidi S, Roshan R, Dehghani M. The validity and reliability of "Grief Experience Questionnaire" in an Iranian sample. *Clinical Psychology and Personality.* 2009;7(2):35–48. [Persian] [http://cpap.shahed.ac.ir/article\\_2625\\_5e591b6501777231f1c498a30959ee40.pdf](http://cpap.shahed.ac.ir/article_2625_5e591b6501777231f1c498a30959ee40.pdf)
22. Mairs H. Overcoming grief: a self-help guide using cognitive behavioural techniques. *Mental Health Practice.* 2008;11(10):22–3. <https://doi.org/10.7748/mhp.11.10.22.s27>
23. Boelen PA, Van Den Bout J. Examination of proposed criteria for complicated grief in people confronted with violent or non-violent loss. *Death Stud.* 2007;31(2):155–64. <https://doi.org/10.1080/07481180601100541>
24. Ghamari Kivi H, Zahed bablan A, Fathi D. Effectiveness of group cognitive–behavioral therapy on death anxiety among the bereavement elderly man. *Journal of Geriatric Nursing.* 2015;1(4):60–9. [Persian] <https://jgn.medilam.ac.ir/article-1-132-en.pdf>
25. Navidian A, Saravani Z. Impact of cognitive behavioral–based counseling on grief symptoms severity in mothers after stillbirth. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2018;12(1): e9275. <https://dx.doi.org/2010.5812/ijpbs.9275>
26. Hawton K. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide.* Rostami R, Bidadian M, Bahrnizadeh H. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2010.
27. Solaimani Khashab A, Ghamari Kivi H, Fathi D. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on spiritual well–being and emotional intelligence of the elderly mourners. *Iran J Psychiatry.* 2017;12(2):93–9.
28. Behrouz B. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on post-traumatic stress disorder, coping styles, and self-efficacy in girls with abnormal grief. *Journal of Clinical Psychology.* 2015;7(4):81–92. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2220>