MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 1

Published online 2026 Mar. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Emotion-focused Therapy on Life Satisfaction, Resilience, and Hope in Bereaved Parents

Najafi S[1], *Pouyamanesh J[2], Babakhani V[1], Alijani F[1]

Author Address
1. Counseling Department, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran;
2. Psychology Department, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** 2899742450@iau.ir

Received: 2025 August 17; **Accepted:** 2025 September 20

Abstract

Background & Objectives: Grief is a profoundly complex human experience, particularly intense for bereaved parents due to the loss of a child, significantly impacting their life satisfaction, resilience, and hope for life. Life satisfaction, defined as an individual's overall assessment of their quality of life, declines in bereaved parents due to a sense of lost purpose and diminished enjoyment in daily activities. Resilience, the capacity to cope with adversity and regain psychological balance, is compromised, while hope for life, a cognitive–motivational construct involving belief in achieving goals and finding pathways, also decreases, potentially leading to helplessness and heightened risk of psychological disorders like depression and anxiety. Various psychological interventions, such as cognitive–behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, group therapy, and mindfulness–based approaches, have been developed to support bereaved individuals. However, schema therapy and emotion–focused therapy stand out due to their focus on deep emotional and cognitive aspects of grief. This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and emotion–focused therapy on life satisfaction, resilience, and hope for life among bereaved parents.

Methods: This quasi–experimental study employed a pretest–posttest and 3–month follow–up design with a control group. The study population consisted of bereaved parents attending counseling centers in Tabriz City, Iran, in 2023. Sample size was determined using G*Power with 0.80 statistical power, 0.05 significance level, and 0.6 effect size. Thirty–six eligible participants (20 women, 16 men) were selected via purposive sampling and randomly assigned (using a lottery method) to three groups of 12: schema therapy, emotion–focused therapy, and control. To select participants, information was first disseminated through advertisements and on virtual social networks, such as Telegram, WhatsApp, and ETA, in medical and psychological centers. Parents who volunteered to participate in the study participated in an in–person initial screening session. In this session, the researcher provided explanations of the study objectives, the implementation process, and the participants' commitments. The inclusion criteria included a score of 102 or higher on the Grief Experience Questionnaire (indicating severe grief), loss of a child within the past 12 months, aged 25–55 years, minimum middle school education, and no psychotherapy in the prior three months. The exclusion criteria included non–cooperation, missing more than three sessions, failure to complete assignments, or unforeseen events. Instruments included the Grief Experience Questionnaire (Barrett & Scott, 1989), the Life Satisfaction Questionnaire (Endicott et al., 1993), the Life Expectancy Scale (Snyder et al., 1991), and the Connor–Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003). Interventions were delivered in eight 90–minute group sessions for each experimental group. The schema therapy protocol (Young's model) included assessment and cognitive, emotional, and behavioral techniques (CVR = 0.68). The emotion–focused protocol (Johnson's model) covered empathy, emotional tracking, and consolidation (CVR =0.72). Before the intervention, a briefing session was held for participants, during which the objectives of the study, the meeting process, and the obligations (such as regular attendance and completing questionnaires) were explained. Written consent forms were obtained from all participants, and they were informed of their right to withdraw from the study at any time. Participant information was recorded with unique codes to maintain confidentiality. Data were analyzed using descriptive (mean, standard deviation) and inferential statistics (the Chi–Square test, repeated measures ANOVA, Tukey's post–hoc test) in SPSS version 25, with a 0.05 significance level.

Results: Schema therapy and emotion–focused therapy produced significant improvements in life satisfaction (p<0.001), resilience (p<0.001), and hope for life (p<0.001) compared to the control group. Also, schema therapy was more effective than emotion–focused therapy in increasing life satisfaction (p<0.001) and hope for life (p=0.011). However, no significant difference was observed between the two therapy approaches in improving resilience (p=0.13).

Conclusion: According to the findings, schema therapy and emotion–focused therapy effectively improve bereaved parents' psychological well–being. However, schema therapy shows greater efficacy in life satisfaction and hope due to its cognitive focus. So, these interventions are recommended for counseling centers supporting bereaved parents.

Keywords: Schema therapy, Emotion–focused therapy, Life satisfaction, Resilience, Hope for life, Bereaved parents.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

Copyright © 2026, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۱۶ (۱۴۰۵)، انتشار پیوسته، مقاله ۱

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی، تاب‌آوری و امید به زندگی در والدین سوگوار

سولماز نجفی[۱]، *جعفر پویامنش[۲]، وحیده باباخانی[۱]، فاطمه علیجانی[۱]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: 2899742450@iau.ir

تاریخ دریافت: ۲۶ مرداد۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ شهریور۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف: سوگ در والدین سوگوار به‌دلیل فقدان فرزند شدت بیشتری دارد و بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد. این پژوهش باهدف مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در والدین سوگوار انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را والدین سوگوار مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از این جامعه ۳۶ نفر (بیست زن و شانزده مرد) داوطلب واجد شرایط با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه دوازده‌نفره (طرح‌واره‌درمانی، رویکرد هیجان‌مدار، گواه) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامهٔ تجربهٔ سوگ (بارت و اسکات، ۱۹۸۹)، پرسش‌نامهٔ رضایت از زندگی (اندیکت و همکاران، ۱۹۹۳)، مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و مقیاس امید به زندگی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) بود. اجرای مداخلات برای هر گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای صورت گرفت. داده‌ها بااستفاده از آزمون خی‌دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، دو مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار درمقایسه با گروه گواه، بهبود معناداری در رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی ایجاد کرد ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین طرح‌واره‌درمانی در افزایش رضایت از زندگی ($p<۰/۰۰۱$) و امید به زندگی ($p=۰/۰۱۱$) اثربخشی بیشتری درمقایسه با رویکرد هیجان‌مدار داشت؛ اما بین دو رویکرد در بهبود تاب‌آوری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۱۳$).

نتیجه‌گیری: طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار هر دو در بهبود وضعیت روان‌شناختی والدین سوگوار مؤثر است؛ اما طرح‌واره‌درمانی به‌دلیل تمرکز بر بازسازی شناختی، در افزایش رضایت از زندگی و امید به زندگی برتری دارد. پیشنهاد می‌شود از این مداخلات در مراکز مشاوره برای حمایت از والدین سوگوار استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی، رویکرد هیجان‌مدار، رضایت از زندگی، تاب‌آوری، امید به زندگی، والدین سوگوار.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

۱ مقدمه

سوگ[1]، از تجارب بسیار پیچیده و عمیق انسانی است که در پاسخ به فقدان یک فرد یا رابطهٔ معنادار رخ می‌دهد. این تجربه، به‌ویژه هنگامی که به ازدست‌دادن فرزند مربوط می‌شود، می‌تواند اثرات عاطفی و شناختی و رفتاری شدیدی بر افراد به‌جا بگذارد (۱). این پدیده در والدین سوگوار به‌دلیل پیوند عمیق عاطفی با فرزند و نقش محوری فرزند در هویت والدینی، شدت بیشتری دارد (۲). والدین سوگوار گروهی هستند که با چالش‌های روان‌شناختی و اجتماعی منحصربه‌فردی مواجه می‌شوند. ازدست‌دادن فرزند نه‌تنها فقدانی عاطفی است، بلکه هویت والدینی و نقش‌های اجتماعی و حتی روابط خانوادگی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۳).

پیامدهای سوگ بر والدین به‌ویژه از منظر روان‌شناختی و عاطفی گسترده و عمیق است. رضایت از زندگی که به‌عنوان ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی‌اش تعریف می‌شود، در والدین سوگوار به‌طور درخورتوجهی کاهش می‌یابد (۴). این کاهش ممکن است ناشی‌از احساس ازدست‌دادن هدف و کاهش لذت از فعالیت‌های روزمره و تغییر در دیدگاه درقبال آینده باشد. به‌علاوه تاب‌آوری[2]، یعنی توانایی مقابله با ناملایمات و بازگشت به حالت تعادل روانی که در این گروه به‌علت شدت استرس ناشی‌از فقدان تضعیف می‌شود (۵). کاهش تاب‌آوری، توانایی و امید والدین را برای مقابله با چالش‌های روزمرهٔ زندگی مانند مسئولیت‌های شغلی یا خانوادگی، محدود می‌کند. امید به زندگی[3]، به‌منزلهٔ سازه‌ای شناختی‌انگیزشی شامل باور به امکان دستیابی به اهداف و یافتن مسیرهای رسیدن به آن‌ها نیز در والدین سوگوار کاهش می‌یابد (۶). کاهش امید به زندگی می‌تواند به احساس درماندگی و ناامیدی منجر شود که خود خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد (۹ـ۷).

مداخلات روان‌شناختی مختلفی برای حمایت از افراد سوگوار طراحی شده است. درمان شناختی‌رفتاری[4]، از رویکردهای بسیار رایج برای کاهش علائم سوگ است. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[5] با تأکید بر پذیرش هیجانات منفی و تقویت ارزش‌های زندگی، نتایج مثبتی در بهبود کیفیت زندگی افراد سوگوار نشان داده است (۱۰). گروه‌درمانی و مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[6]، به‌عنوان روش‌هایی برای کاهش علائم سوگ و افزایش تاب‌آوری به‌کار رفته است (۱۱)؛ بااین‌حال، دو رویکرد طرح‌واره‌درمانی[7] و هیجان‌مدار[8] به‌دلیل تمرکز بر جنبه‌های عمیق عاطفی و شناختی سوگ، توجه ویژه‌ای را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است.

طرح‌واره‌درمانی توسط یانگ و همکاران توسعه یافت (۱۲). این درمان در مطالعات اخیر به‌روزرسانی شده است. طرح‌واره‌درمانی بر شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار[9] تمرکز دارد که ممکن است درنتیجهٔ تجارب سوگ تشدید شوند. این رویکرد به‌ویژه برای والدینی مؤثر است که با احساسات عمیق گناه، بی‌ارزشی یا طردشدن دست‌وپنجه نرم می‌کنند؛ زیرا برای بازسازی باورهای ناکارآمد کمک‌کننده است. طرح‌واره‌درمانی بااستفاده از فنونی مانند بازسازی شناختی[10] و تجربه‌های عاطفی هدایت‌شده[11]، به والدین کمک می‌کند این باورها را شناسایی و اصلاح کنند. این رویکرد با تمرکز بر ریشه‌های عمیق شناختی و عاطفی مشکلات، به والدین امکان می‌دهد الگوهای ناسالم را تغییر دهند و به‌سمت بهبودی حرکت کنند. مطالعات نشان داد، طرح‌واره‌درمانی به‌ویژه در کاهش علائم سوگ و بهبود رضایت از زندگی و تاب‌آوری مؤثر است (۱۳).

رویکرد هیجان‌مدار، به‌ویژه مدل توسعه‌یافته توسط جانسون، بر کمک به افراد برای تجربه و پذیرش و تنظیم هیجانات مرتبط با سوگ تأکید می‌کند. این رویکرد ریشه در نظریه‌های دلبستگی و پردازش هیجانی دارد و به افراد کمک می‌کند با هیجانات دردناک خود مانند غم، خشم یا احساس گناه، به‌صورت سازنده مواجه شوند (۱۴). در مدل جانسون مشخص شد، تمرکز بر ایجاد محیط امن عاطفی است که در آن افراد قادر باشند هیجانات خود را کاوش کنند و معنای جدیدی در زندگی بیابند. فنونی مانند صندلی خالی و گفت‌وگوی هدایت‌شده[12] در این رویکرد به‌کار می‌رود تا والدین سوگوار بتوانند با احساسات خود ارتباط برقرار سازند و آن‌ها را پردازش کنند. این روش به‌ویژه برای والدین مواجه با هیجانات شدید و گواه‌ناپذیر، مناسب است؛ زیرا به آنان کمک می‌کند به‌جای اجتناب از هیجانات، آن‌ها را بپذیرند و به‌سمت بازسازی معنای زندگی در حرکت باشند (۱۵).

انتخاب طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار جانسون در مطالعهٔ حاضر به‌دلایلی صورت گرفت و طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان درمان پایه انتخاب شد؛ زیرا شواهد پژوهشی مشخص کرد، این رویکرد در کاهش علائم سوگ و بهبود سلامت روان در گروه‌های سوگوار به‌ویژه والدین، مؤثر است (۱۳). این روش با تمرکز بر الگوهای شناختی ریشه‌دار، والدین را یاری می‌کند باورهای ناسازگارِ ممانعت‌کننده از بهبود آن‌ها را بازسازی کنند. ازسوی‌دیگر، رویکرد هیجان‌مدار جانسون به‌دلیل تأکید بر پردازش هیجانی و کمک به افراد برای یافتن معنای جدید در زندگی، به‌منزلهٔ رویکردی مکمل انتخاب شد. این رویکرد به‌ویژه برای والدینی مفید است که با هیجانات شدید و گواه‌ناپذیر مواجه هستند (۱۵). به‌کارگیری دو رویکرد مذکور امکان بررسی اثربخشی مداخلات شناختی و هیجانی را در مطالعه‌ای مقایسه‌ای فراهم می‌آورد و می‌تواند به شناسایی بهترین روش برای حمایت از والدین سوگوار کمک کند.

مروری بر پیشینهٔ پژوهش نشان داد، هر دو رویکرد طرح‌واره‌درمانی و هیجان‌مدار در کاهش علائم سوگ و بهبود سلامت روان مؤثر است. باچ و همکاران دریافتند، طرح‌واره‌درمانی در کاهش علائم سوگ در والدین سوگوار، به‌ویژه در کاهش احساس گناه و باورهای ناسازگار مرتبط با فقدان، اثربخشی درخورتوجهی دارد (۱۳). به‌طور مشابه، پژوهش جانسون نشان داد، رویکرد هیجان‌مدار به افراد سوگوار کمک می‌کند هیجانات خود را بهتر پردازش کنند و معنای جدیدی در زندگی

[1]. Grief
[2]. Resilience
[3]. Hope for life
[4]. Cognitive Behavioral Therapy
[5]. Acceptance and Commitment Therapy
[6]. Mindfulness-based interventions
[7]. Schema Therapy
[8]. Emotion-Focused Therapy
[9]. Maladaptive schemas
[10]. Cognitive restructuring
[11]. Guided emotional experiences
[12]. Guided dialogue

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

بیابند (۱۵). پری و همکاران مشخص کردند، مداخلات مبتنی‌بر پردازش هیجانی و شناختی می‌تواند مکمل یکدیگر باشد (۱۱)؛ اما نیاز به تحقیقات بیشتری برای تعیین برتری یکی بر دیگری وجود دارد. در پژوهش‌های دیگر مشخص شد، والدین سوگوار به‌دلیل پیچیدگی عاطفی و شناختی سوگشان، به مداخلاتی نیاز دارند که جنبه‌های شناختی و نیز هیجانی را هدف قرار دهد (۳)؛ بااین‌حال، مطالعات محدودی به مقایسهٔ مستقیم این دو رویکرد در جمعیت والدین سوگوار پرداخته است.

باوجود پیشرفت‌های صورت‌گرفته درزمینهٔ مداخلات روان‌شناختی برای سوگ، همچنان شکاف‌های درخورتوجهی در پژوهش‌ها وجود دارد. یکی از مشکلات اصلی آن است که در بیشتر مطالعات بر جمعیت عمومی سوگوار تمرکز شده و کمتر به‌طور خاص به والدین سوگوار پرداخته شده است. والدین سوگوار به‌دلیل شدت عاطفی و پیچیدگی‌های هویتی ناشی‌از فقدان فرزند، نیاز به مداخلات تخصصی‌تری دارند که جنبه‌های شناختی و نیز هیجانی را هدف قرار دهد (۱۶). به‌علاوه، مقایسهٔ مستقیم اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار جانسون در این جمعیت به‌ندرت صورت گرفته است. این شکاف پژوهشی باعث شد متخصصان سلامت روان در انتخاب بهترین رویکرد برای حمایت از والدین سوگوار با چالش‌هایی مواجه شوند. همچنین، تأثیر مداخلات مذکور بر متغیرهای کلیدی مانند رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی به‌طور خاص در والدین سوگوار کمتر بررسی شده است (۱۷). این مسئله ضرورت انجام پژوهشی را برجسته می‌سازد که به‌طور خاص متغیرهای بیان‌شده را در والدین سوگوار بررسی کند. مطالعهٔ حاضر می‌تواند به توسعهٔ برنامه‌های درمانی مؤثرتر منجر شود. درنهایت، پژوهش کنونی به پرکردن شکاف‌های موجود در پیشینهٔ پژوهشی کمک می‌کند و مبنایی برای مطالعات آینده فراهم می‌آورد؛ لذا اجرای آن ضرورت دارد. براساس مطالب یادشده، پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار جانسون در بهبود رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در والدین سوگوار انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی والدین سوگوار مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و روان‌شناسی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند که به‌علت ازدست‌دادن فرزند خود دچار سوگ شدند. نمونهٔ پژوهش ۳۶ نفر از والدین سوگوار (بیست زن و شانزده مرد) داوطلب واجد شرایط بودند که ازطریق نمونه‌گیری هدفمند از میان مُراجعان به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر تبریز وارد مطالعه شدند. با فرض توان آماری ۰/۸۰ و سطح معناداری ۰/۰۵ و اندازهٔ اثر ۰/۶، فرمول جی‌پاور[1] نشان داد، حجم نمونه ۳۶ نفر (دوازده نفر در هر گروه) برای تشخیص تفاوت‌های معنادار کافی است (۱۸). به‌منظور انتخاب شرکت‌کنندگان، ابتدا اطلاع‌رسانی ازطریق آگهی‌ها و شبکه‌های اجتماعی مانند تلگرام و واتساپ و ایتا در مراکز درمانی و روان‌شناسی، انجام شد. والدینی که داوطلب شرکت در مطالعه بودند، در جلسه‌ای حضوری غربالگری اولیه شرکت کردند. در این جلسه، پژوهشگر توضیحاتی دربارهٔ اهداف مطالعه و روند اجرا و تعهدات شرکت‌کنندگان ارائه داد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: کسب نمرهٔ ۱۰۲ یا بیشتر در پرسش‌نامهٔ تجربهٔ سوگ[2] (۱۹) نشان‌دهندهٔ تجربهٔ سوگ شدید؛ ازدست‌دادن فرزند در دوازده ماه گذشته؛ قرارداشتن در دامنهٔ سنی ۲۵تا۵۵ سال؛ داشتن تحصیلات حداقل سیکل؛ دریافت‌نکردن خدمات روان‌درمانی یا روان‌پزشکی در سه ماه گذشته. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل همکاری‌نکردن در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی، انجام‌ندادن تکالیف درمانی و وقوع حوادث غیرمترقبه مانند بیماری شدید یا فوت نزدیکان در طول مطالعه بود.

برای غربالگری، مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته توسط پژوهشگر انجام شد تا از نبود اختلالات روانی همبود (مانند افسردگی شدید یا اختلال اضطراب فراگیر) اطمینان حاصل شود. پرسش‌نامهٔ تجربهٔ سوگ (۱۹) برای تأیید شدت سوگ (نمرهٔ ۱۰۲ یا بیشتر) اجرا شد. از میان شصت نفر والدین داوطلب اولیه، ۴۲ نفر معیارهای ورود را داشتند و پس از غربالگری نهایی، ۳۶ نفر داوطلب وارد مطالعه شدند. ورود شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی بااستفاده از روش قرعه‌کشی انجام گرفت؛ به‌طوری‌که هر فرد به‌طور برابر و مستقل اقبال تخصیص به هر گروه را داشت. شرکت‌کنندگان به سه گروه دوازده‌نفره تقسیم شدند: گروه آزمایش اول طرح‌واره‌درمانی؛ گروه آزمایش دوم رویکرد هیجان‌مدار؛ گروه گواه.

قبل از شروع مداخله، جلسهٔ توجیهی برای شرکت‌کنندگان برگزار شد که در آن ارائهٔ توضیح اهداف پژوهش و روند جلسات و تعهدات (مانند حضور منظم و تکمیل پرسش‌نامه‌ها) صورت گرفت. فرم رضایت‌نامهٔ کتبی از همهٔ شرکت‌کنندگان اخذ شد و آن‌ها از حق خروج از مطالعه در هر زمان آگاه شدند. اطلاعات شرکت‌کنندگان باکدهای اختصاصی ثبت شد تا محرمانگی حفظ شود. جلسات درمانی در مرکز مشاورهٔ نارون شهر تبریز برگزار شد. انتخاب این مرکز به‌دلیل همکاری مدیر مرکز برای انجام پژوهش در آن مکان و داشتن امکانات مناسب (اتاق‌های آرام، تجهیزات صوتی‌تصویری، دسترسی آسان) بود. جلسات از آبان تا دی ۱۴۰۲، به‌صورت هفتگی و هر جلسه نود دقیقه، اجرا شد. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در فهرست انتظار قرار گرفت؛ اما برنامهٔ عادی روزانهٔ خود را دنبال کرد.

در پیش‌آزمون، پرسش‌نامهٔ رضایت از زندگی[3] (۲۰)، مقیاس تاب‌آوری کانر_دیویدسون[4] (۲۱)، مقیاس امید به زندگی[5] (۲۲) و پرسش‌نامهٔ تجربهٔ سوگ (۱۹) توسط همهٔ شرکت‌کنندگان تکمیل شد. تکمیل این پرسش‌نامه‌ها در اتاقی آرام و با نظارت پژوهشگر صورت گرفت تا از دقت پاسخ‌ها اطمینان حاصل شود. برای گروه‌های آزمایش، جلسات درمانی به‌شکل گروهی (دوازده نفر در هر گروه) برگزار شد. هدایت هر گروه توسط یک درمانگر مجرب (خبره و باتجربه و آموزش‌دیده در

[1]. G*Power
[2]. Grief Experience Questionnaire (GEQ)
[3]. Life Satisfaction Questionnaire
[4]. Connor-Davidson Resilience Scale
[5]. Life Expectancy Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

طرح‌واره‌درمانی یا رویکرد هیجان‌مدار) صورت گرفت. برای اطمینان از پایبندی به برنامه‌های درمانی، جلسات توسط پژوهشگران اول و دوم نظارت شد و درمانگران گزارش‌های هفتگی ارائه دادند. درصورت غیبت موجه (مانند بیماری)، خلاصهٔ محتوای جلسه به‌شکل فایل صوتی و کاربرگ‌های مربوط برای شرکت‌کننده ارسال شد. همچنین، گروه تلگرامی برای هر گروه آزمایش ایجاد شد تا اعضا بتوانند تکالیف را ارسال کنند و تجربیات خود را به‌اشتراک بگذارند و با درمانگر در ارتباط باشند. یادآوری جلسات ازطریق پیامک، یک روز قبل از هر جلسه، انجام شد.

پس از اتمام هشت جلسهٔ درمانی، تکمیل مجدد پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون صورت گرفت. اجرای مرحلهٔ پیگیری سه ماه بعد از پس‌آزمون (اسفند ۱۴۰۲) بود و پرسش‌نامه‌ها برای ارزیابی پایداری اثرات مداخله دوباره تکمیل شد. فرایند تکمیل پرسش‌نامه‌ها در هر سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) در مرکز مشاورهٔ نارون انجام گرفت. برای گروه گواه، پس از اتمام مرحلهٔ پیگیری، امکان شرکت در جلسات درمانی (طرح‌واره‌درمانی یا رویکرد هیجان‌مدار) به‌طور اختیاری فراهم آمد تا اصول اخلاقی رعایت شود. هر جلسه با مرور تکالیف جلسهٔ قبل آغاز شد. در ادامه ارائهٔ محتوای اصلی صورت گرفت. در پایان، تکالیف جدید و کاربرگ‌ها به شرکت‌کنندگان داده شد. طراحی فضای جلسات به‌گونه‌ای بود که محیطی امن و غیرقضاوت‌گرایانه برای ابراز احساسات و تجارب فراهم آورد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه‌وتحلیل نتایج در دو سطح آماری توصیفی و استنباطی صورت گرفت. برای کورسازی، روش کورسازی دوسویه به‌کار رفت؛ بدین‌ترتیب که تحلیلگر، فردی خارج از تیم درمانی انتخاب شد و اجرای جلسات درمان توسط متخصص خارج از تیم پژوهش صورت گرفت.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی شامل میزان تحصیلات و سن و جنسیت، ابزارهای معیار و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ تجربهٔ سوگ: این پرسش‌نامه توسط بارت و اسکات در سال ۱۹۸۹ طراحی شد (۱۹). این ابزار دارای ۳۴ سؤال برای سنجش بُعد مختلف سوگ شامل احساس گناه، تلاش برای توجیه، واکنش‌های بدنی، احساس ترک‌شدن، قضاوت درمورد دلیل فوت، خجالت و بدنامی است. برای نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه از لیکرت پنج‌درجه‌ای (هرگز=۱، تقریباً همیشه=۵) استفاده شده است. نمره‌گذاری با جمع پاسخ‌ها انجام می‌شود و دامنهٔ نمرات از ۳۴تا۱۷۰ است. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ سوگ بیشتر است (۱۹). روایی هم‌گرای پرسش‌نامه در مطالعهٔ بارت و اسکات ازطریق همبستگی معنادار با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[1] (r=۰/۶۲) به‌تأیید رسید (۱۹). بارت و اسکات آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۹۲ تا۰/۸۵ و برای نمرهٔ کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۱۹). در ایران فتحی و همکاران روایی محتوایی پرسش‌نامه را با روش لاوشه ۰/۶۲ محاسبه و تأیید کردند و روایی سازهٔ آن با روش تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش شد. آن‌ها ریشهٔ میانگین مربعات باقی‌ماندهٔ معیارشده (RMSEA=۰/۰۷)، شاخص تناسب هنجار (NFI=۰/۹۵)، شاخص نکویی برازش (GFI=۰/۹۳) و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آوردند (۲۳).

ـ پرسش‌نامهٔ رضایت از زندگی: این پرسش‌نامه توسط اندیکت و همکاران در سال ۱۹۹۳ طراحی شد و دارای چهارده سؤال است (۲۰). برای نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه از طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً یا هرگز=۱، همیشه یا بسیار زیاد=۵) استفاده شده است. نمرات کل از ۱۴تا۷۰ متغیر است. نمرات بیشتر به‌معنای رضایت زندگی بیشتر است (۲۰). در پژوهش اندیکت و همکاران، روایی خارجی پرسش‌نامه با همبستگی مثبت با پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت[2] (r=۰/۷۲) و با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک (r=-۰/۶۵) تأیید شد. اندیکت و همکاران پایایی پرسش‌نامه را با روش آزمون‌بازآزمون در نمونهٔ دویست‌نفری (r=۰/۹۰) در بازهٔ چهارهفته‌ای گزارش کردند (۲۰). در پژوهش معروفی‌زاده و همکاران، پرسش‌نامه رضایت از زندگی با اضطراب (r=-۰/۴۱۰) و افسردگی (r=-۰/۴۳۴) همبستگی منفی معناداری داشت که بیانگر روایی هم‌گرای رضایت‌بخش مقیاس است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸۷ به‌دست آمد (۲۴).

ـ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی شد و دارای ۲۵ سؤال است (۲۱). در نمره‌گذاری سؤالات مقیاس از لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً درست نیست=صفر، تقریباً همیشه درست است=۴) استفاده شده است. نمرات کل از صفر تا ۱۰۰ متغیر است. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ تاب‌آوری بیشتر است (۲۱). در پژوهش کانر و دیویدسون، روایی خارجی مقیاس ازطریق همبستگی مثبت با پرسش‌نامهٔ سخت‌رویی کوباسا[3] (r=۰/۸۳) و با مقیاس استرس ادراک‌شده[4] (r=-۰/۷۶) به‌تأیید رسید. آن‌ها با تحلیل عاملی تأییدی در نمونهٔ پانصدنفری ساختار پنج‌عاملی شامل شایستگی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، کنترل و معنویت را تأیید کردند و شاخص‌های نکویی برازش مطلوب بود. آن‌ها ریشهٔ میانگین مربعات باقی‌ماندهٔ معیارشده (RMSEA=۰/۰۵) و شاخص تناسب هنجار (NFI=۰/۹۹) و شاخص نکویی برازش (GFI=۰/۹۳) را تأیید کردند و پایایی آن را با روش آزمون‌بازآزمون در نمونهٔ ۱۵۰نفری (r=-۰/۸۷) گزارش دادند (۲۱). در ایران حسینی و همکاران با نمونهٔ ۳۶۱نفری ساختار پنج‌عاملی را تأیید کردند و روایی آن را ازطریق همبستگی مثبت با پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[5] (r=۰/۷۳) به‌دست آوردند. حسینی و همکاران پایایی با روش آلفای کرونباخ را (r=۰/۸۶) گزارش کردند (۲۵).

ـ مقیاس امید به زندگی: این مقیاس توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ طراحی شد (۲۲). این ابزار دارای دوازده سؤال (چهار سؤال

[1]. Beck Depression Inventory
[2]. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)
[3]. Kubasa's Hardiness Questionnaire
[4]. Perceived Stress Scale
[5]. Psychological Flexibility Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

عاملیت، چهار سؤال مسیرها، چهار سؤال دروغ‌سنج) است. برای نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه از طیف لیکرت هشت‌درجه‌ای (کاملاً نادرست=۱، کاملاً درست=۸) استفاده شده است و سؤالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات کل از ۸تا۶۴ متغیر است. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ امید به زندگی بیشتر است (۲۲). در پژوهش اسنایدر و همکاران، روایی هم‌گرای مقیاس ازطریق همبستگی مثبت با مقیاس خوش‌بینی[1] (r=۰/۶۰) و همبستگی منفی با مقیاس ناامیدی بک[2] (r=-۰/۵۵) به‌تأیید رسید. همچنین در مطالعهٔ اسنایدر و همکاران، آزمون‌بازآزمون این پرسش‌نامه در نمونهٔ دویست‌نفری (r=۰/۸۵) تأیید شد (۲۲). در ایران، نوری‌پور و همکاران روایی سازهٔ آن را با روش تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش کردند. آن‌ها ریشهٔ میانگین مربعات باقی‌ماندهٔ معیارشده (RMSEA=۰/۰۶)، شاخص تناسب هنجار (NFI=۰/۹۵)، شاخص نکویی برازش (GFI=۰/۹۲) و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به‌دست آوردند (۲۶).

ـ برنامهٔ طرح‌واره‌درمانی: در این پژوهش قبل از استفاده، برنامهٔ طرح‌واره‌درمانی به ده نفر از طرح‌واره‌درمانگران ارائه شد. ایشان براساس مقیاس سه‌درجه‌ای «ضروری است» و «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضروری نیست» آن را درجه‌بندی کردند. ضریب توافقی لاوشه (CVR)[3] برای این برنامه ۰/۶۸ محاسبه شد که گویای مناسب‌بودن برنامه بود. در جدول ۱، شرح مختصر برنامهٔ طرح‌واره‌درمانی براساس مدل یانگ و همکاران (۱۲) آورده شده است.

جدول ۱. برنامهٔ طرح‌واره‌درمانی براساس مدل یانگ و همکاران (۱۲)

جلسات	محتوا
اول و دوم	اجرای مرحلهٔ سنجش و آموزش طرح‌واره‌درمانی، بیان دستورعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی و توضیح مدل طرح‌واره‌درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها صورت گرفت. هدف از این دو جلسهٔ مقدماتی آن بود که آزمودنی‌ها به ماهیت تاب‌آوری و ریشه‌های تحولی آن و سازوکار آن پی ببرند. در پایان دو جلسهٔ اول ماهیت امید به زندگی طبق رویکرد طرح‌واره‌درمانی فرمول‌بندی شد.
سوم و چهارم	معرفی، آموزش و به‌کارگیری فنون شناختی چالش با طرح‌واره‌ها مانند آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدشدهٔ طرح‌واره، برقراری گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ ناسالم طرح‌واره و تدوین کارت آموزشی تکمیل فرم ثبت طرح‌واره صورت گرفت. هدف از آموزش فنون شناختی طرح‌واره‌درمانی آن بود که آزمودنی‌ها با به‌کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند درمقابل طرح‌واره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرح‌واره را زیر سؤال ببرند.
پنجم و ششم	فنون هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی بپردازند. معرفی و انجام فنون گفت‌وگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه و تصویرسازی ذهنی به‌منظور الگوشکنی رفتاری اساس دستورعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات باهدف کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی بود تا بیماران بااستفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفت‌وگو، خشم و ناراحتی خود را دربارهٔ حوادث دوران کودکی‌شان ابراز کنند و چرخهٔ تداوم طرح‌واره را در سطح هیجانی بشکنند.
هفتم و هشتم	آموزش و اجرای فنون الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رهاکردن سبک‌های مقابله‌ای و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد مثل تغییر رفتار، انگیزه‌آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامهٔ رفتار، تمرین رفتارهای سالم و آماده‌کردن افراد برای ختم جلسات صورت گرفت. در این دورهٔ زمانی، آزمودنی‌های گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند و درمان یا مداخله‌ای دریافت نکردند و صرفاً ارزیابی شدند. پس از اتمام جلسات درمان، برای آزمودنی‌های دو گروه مجدد مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون (۲۳) و مقیاس امید به زندگی (۲۵) به‌عنوان پس‌آزمون اجرا شد.

[1]. Optimism Scale
[2]. Beck Hopelessness Scale
[3]. Content Validity Ratio

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

جدول ۲. برنامهٔ رویکرد هیجان‌مدار براساس مدل جانسون (۱۴)

جلسات	محتوا
اول	ایجاد همدلی با والدین سوگوار، ایجاد اتحاد درمانی بین والدین و درمانگر دربارهٔ اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان، درک چگونگی شکل‌گیری درمان و آنچه والدین را برای درمان برانگیخته است.
دوم	ردگیری و توصیف زنجیره‌های تکرارشونده که آشفتگی والدین سوگوار را تداوم بخشیده است، یافتن موانع درونی و بیرونی دلبستگی ایمن و ردگیری هیجانی با هریک از والدین، تحلیل حالت‌های هیجانی همراه با چرخه‌های دشوار و آشنایی والدین با چرخه‌های منفی.
سوم	دستیابی به هیجان‌های شناختهٔ نهفته در موقعیت‌ها و شناسایی احساس‌های اولیه و ثانویهٔ هریک از والدین، قاب‌گیری مجدد مشکل.
چهارم	تشدید تجربهٔ هیجانی، افزایش درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخ‌گویی به‌صورت شکل‌دادن مجدد مشکل برحسب احساس‌های نهفته و نیازهای دلبستگی.
پنجم	کمک به والدین برای افزایش آگاهی، درگیرشدن و پذیرش مالکیت آسیب‌پذیری‌ها، صدمات و ترس‌های دلبستگی و کمک به‌طرف والدین برای شنیدن و پذیرش آن‌ها و عمیق‌کردن درگیری هیجانی.
ششم	پذیرش مسئولیت در موقعیت و نقش خود توسط والدین، بیان انتظارات و تسهیل پذیرش.
هفتم	تغییر الگوهای تعاملی و بازسازی تعاملات، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی و تسهیل پاسخ به درخواست‌ها، تسهیل و ارائهٔ راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.
هشتم	بازتعریف و پرورش جوی امن و خَلق اعتماد، شناسایی و حمایت الگوهای تعاملی سالم، افزایش دردسترس‌بودن و پاسخ‌گوبودن، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های جدید و خاتمهٔ درمان.

ـ برنامهٔ رویکرد هیجان‌مدار: در این پژوهش قبل از استفاده، برنامهٔ هیجان‌مدار به ده نفر از طرح‌واره‌درمانگران ارائه شد. ایشان براساس مقیاس سه‌درجه‌ای «ضروری است» و «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضروری نیست» آن را درجه‌بندی کردند. ضریب توافقی لاوشه (CVR) برای این برنامه ۰/۷۲ محاسبه شد که گویای مناسب‌بودن برنامه بود. در جدول ۲، شرح مختصر برنامهٔ رویکرد هیجان‌مدار براساس مدل جانسون (۱۴) آورده شده است.

برای توصیف داده‌ها در بخش توصیفی، آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در بخش تحلیل‌های استنباطی، از آزمون خی‌دو برای بررسی همگنی توزیع سن، جنسیت و تحصیلات در گروه‌های پژوهش و از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی برای بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در والدین سوگوار استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس، ابتدا بررسی پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال‌بودن و همگنی واریانس‌ها و معنادارنبودن میانگین پیش‌آزمون گروه‌ها صورت گرفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مطالعه‌شده در سه گروه پژوهش ازنظر جنسیت و سن و میزان تحصیلات در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد مطالعه‌شده به‌تفکیک گروه

متغیر جمعیت‌شناختی		طرح‌واره‌درمانی		رویکرد هیجان‌مدار		گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۵	۴۱/۶۷	۸	۶۶/۶۷	۷	۵۸/۳۳
	مرد	۷	۵۸/۳۳	۴	۳۳/۳۳	۵	۴۱/۶۷
سن	۲۵تا۳۵ سال	۵	۴۱/۶۷	۳	۲۵	۳	۲۵
	۳۶تا۴۵ سال	۴	۳۳/۳۳	۶	۵۰	۵	۴۱/۶۷
	۴۶تا۵۵ سال	۲	۱۶/۶۷	۲	۱۶/۶۷	۳	۲۵
	بیشتر از ۵۵ سال	۱	۸/۳۳	۱	۸/۳۳	۱	۸/۳۳
میزان تحصیلات	سیکل	۲	۱۶/۶۷	۱	۸/۳۳	۱	۸/۳۳
	دیپلم	۳	۲۵	۲	۱۶/۶۷	۳	۲۵
	کارشناسی	۴	۳۳/۳۳	۴	۳۳/۳۳	۶	۵۰
	کارشناسی‌ارشد	۲	۱۶/۶۷	۳	۲۵	۲	۱۶/۶۷
	دکتری	۱	۸/۳۳	۲	۱۶/۶۷	۰	۰

نتایج آزمون خی‌دو برای مقایسهٔ گروه‌های مطالعه‌شده براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین اعضای گروه‌های پژوهش براساس توزیع جنسی (χ^2=۲/۲۵، p=۰/۳۲۲) و سن (χ^2=۱/۸۹، p=۰/۸۳۱) و میزان تحصیلات (χ^2=۳/۶۲، p=۰/۱۹۵)، تفاوت معناداری وجود نداشت و گروه‌های پژوهش ازنظر جنسیت و میزان تحصیلات و سن اعضا همگن بودند. در جدول ۴ شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش اول (طرح‌واره‌درمانی) و گروه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

آزمایش دوم (رویکرد هیجان‌مدار) و گروه گواه بررسی مشاهده می‌شود.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار گروه‌های مطالعه‌شده در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	طرح‌واره‌درمانی	۳۱/۸۳	۰/۵۲	۳۸/۷۵	۰/۵۹	۳۷/۲۳	۰/۶۶
	رویکرد هیجان‌مدار	۳۱/۶۶	۰/۵۲	۳۶/۹۶	۰/۵۵	۳۶/۲۳	۰/۶۶
	گواه	۳۲/۱۵	۰/۶۵	۳۲/۰۸	۰/۵۹	۳۱/۳۸	۰/۶۰
تاب‌آوری	طرح‌واره‌درمانی	۴۳/۲۷	۱/۲۶	۵۲/۶۲	۱/۶۱	۴۹/۵۷	۱/۳۴
	رویکرد هیجان‌مدار	۴۳/۵	۰/۹۶	۵۰/۹۹	۱/۰۹	۴۸/۳۸	۱/۲
	گواه	۴۲/۹۸	۰/۵۴	۴۳/۹۵	۰/۵۱	۴۳/۰۶	۰/۶
امید به زندگی	طرح‌واره‌درمانی	۲۶/۵۸	۰/۷۹	۳۵/۴۸	۱/۳۸	۳۴/۳۸	۰/۸۹
	رویکرد هیجان‌مدار	۲۶/۳۷	۱/۳۱	۳۳/۷۱	۱/۱۵	۳۲/۸۴	۰/۷۴
	گواه	۲۵/۸۱	۰/۹۰	۲۶/۸۸	۰/۷۶	۲۵/۷۹	۰/۶۸

براساس نتایج جدول ۴، میانگین نمرات متغیرهای رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی، در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون، در گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه افزایش یافت. نتایج بررسی مفروضهٔ نرمال‌بودن داده‌ها با آزمون کلموگروف‌اسمیرنف برای پیش‌آزمون رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی نشان داد، برای رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی، در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری و در سه گروه طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار و گواه توزیع داده‌ها نرمال بود ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرهای بین‌گروهی و درون‌گروهی بر متغیرهای رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرهای بین‌گروهی و درون‌گروهی بر متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا (η^2)
رضایت از زندگی	درون‌گروهی	۳۲۱/۰۵	۱/۶۵	۱۹۴/۶۸	۶۰۰/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۵
	اثر متقابل زمان و گروه	۱۹۸/۱۴	۳/۳	۶۰/۰۸	۱۸۵/۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۲
	بین‌گروهی	۳۲۳/۶۱	۲	۱۶۱/۸	۳۰۴/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۵
تاب‌آوری	درون‌گروهی	۶۴۹/۶۹	۲	۳۲۴/۸۵	۷۵۹۹/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۹
	اثر متقابل زمان و گروه	۲۵۰/۰۷	۴	۶۲/۵۲	۱۴۶۲/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۹
	بین‌گروهی	۵۴۹/۳۹	۲	۲۷۴/۷	۸۰/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
امید به زندگی	درون‌گروهی	۶۸۳/۱۱	۱/۶۸	۵۵/۳۴۱	۲۲۰۶/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۸
	اثر متقابل زمان و گروه	۲۷۷/۱۸	۳/۴	۸۲/۴۹	۴۴۷/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۶
	بین‌گروهی	۷۲۴/۳۳	۲	۳۶۲/۱۷	۱۳۸/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۹

باتوجه‌به نتایج جدول ۵، اثر گروه و اثر زمان بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین اثر متقابل زمان و گروه بر متغیرهای مذکور معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$) که نشان می‌دهد بین سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی توکی به‌منظور مقایسهٔ زوجی مراحل آزمون برای متغیرهای پژوهش در هریک از سه گروه ارائه شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ زوجی میانگین درون‌گروهی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
رضایت از زندگی	طرح‌واره‌درمانی	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۶/۹۲–	۰/۰۵۲	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون– پیگیری	۵/۴۰–	۰/۲۲	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون– پیگیری	۱/۵۲	۰/۲۳	<۰/۰۰۱
	رویکرد هیجان‌مدار	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۵/۲۹–	۰/۰۳۸	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون– پیگیری	۴/۵۶–	۰/۲۲	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون– پیگیری	۰/۷۳	۰/۲۲	<۰/۰۰۱
	گواه	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۰/۰۷	۰/۲۶	۱
		پیش‌آزمون– پیگیری	۰/۷۶	۰/۲۸	۰/۰۶۴
		پس‌آزمون– پیگیری	۰/۶۹	۰/۲۱	۰/۰۶۹
تاب‌آوری	طرح‌واره‌درمانی	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۹/۳۵–	۰/۱۲	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون– پیگیری	۶/۳۰–	۰/۰۸	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون– پیگیری	۳/۰۵	۰/۰۹	<۰/۰۰۱
	رویکرد هیجان‌مدار	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۷/۴۹–	۰/۰۶۵	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون– پیگیری	۴/۸۸–	۰/۱۰	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون– پیگیری	۲/۶۱	۰/۰۸۹	<۰/۰۰۱
	گواه	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۰/۹۷–	۰/۰۲	۰/۰۵۳
		پیش‌آزمون– پیگیری	۰/۰۸–	۰/۰۷	۱
		پس‌آزمون– پیگیری	۰/۸۹	۰/۰۸	۰/۰۵۸
امید به زندگی	طرح‌واره‌درمانی	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۸/۹۰–	۰/۳۱	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون– پیگیری	۷/۷۹–	۰/۲۱	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون– پیگیری	۱/۱۱	۰/۱۶	<۰/۰۰۱
	رویکرد هیجان‌مدار	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۷/۳۴–	۰/۰۷۷	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون– پیگیری	۶/۴۷–	۰/۱۸	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون– پیگیری	۰/۸۷	۰/۱۳	<۰/۰۰۱
	گواه	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۱/۰۷	۰/۰۶	۰/۰۵۱
		پیش‌آزمون– پیگیری	۰/۱۲	۰/۰۷	۱
		پس‌آزمون– پیگیری	۱/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۵۱

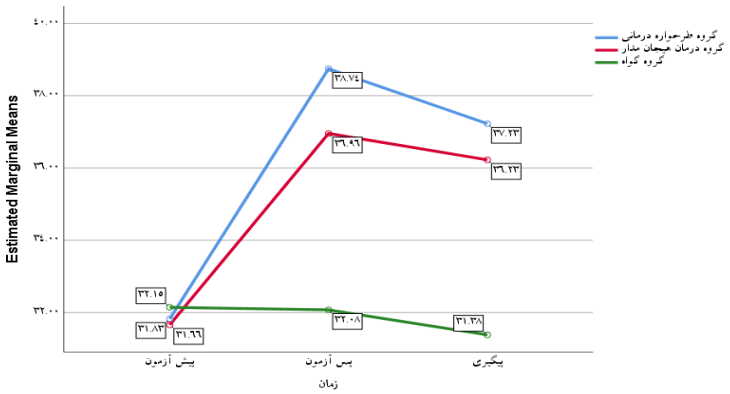
نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، در گروه طرح‌واره‌درمانی و گروه رویکرد هیجان‌مدار، بین میانگین نمرات متغیرهای رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی، در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ زوجی میانگین بین‌گروهی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروها در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ زوجی میانگین بین‌گروهی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروهای مطالعه‌شده

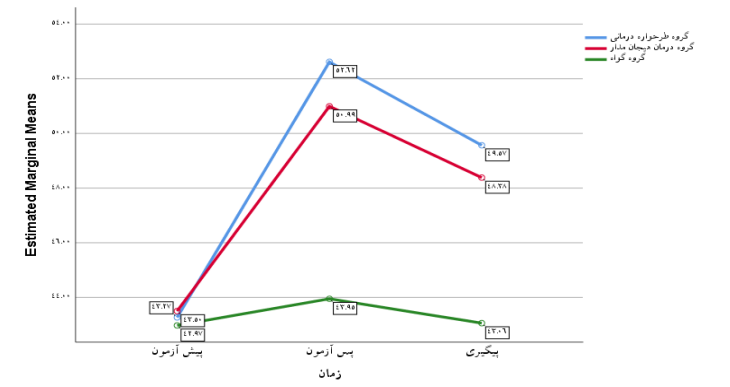
متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
رضایت از زندگی	طرح‌واره‌درمانی	رویکرد هیجان‌مدار	۰/۹۸	۰/۱۷	>۰/۰۰۱
	طرح‌واره‌درمانی	گواه	۴/۰۶	۰/۱۷	>۰/۰۰۱
	رویکرد هیجان‌مدار	گواه	۳/۰۸	۰/۱۷	>۰/۰۰۱
تاب‌آوری	طرح‌واره‌درمانی	رویکرد هیجان‌مدار	۰/۸۶	۰/۴۳	۰/۱۳
	طرح‌واره‌درمانی	گواه	۵/۱۵	۰/۴۳	>۰/۰۰۱
	رویکرد هیجان‌مدار	گواه	۴/۳۰	۰/۴۳	>۰/۰۰۱
امید به زندگی	طرح‌واره‌درمانی	رویکرد هیجان‌مدار	۱/۷۵	۰/۳۸	۰/۰۱۱
	طرح‌واره‌درمانی	گواه	۵/۹۸	۰/۳۸	>۰/۰۰۱
	رویکرد هیجان‌مدار	گواه	۴/۸۱	۰/۳۸	>۰/۰۰۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

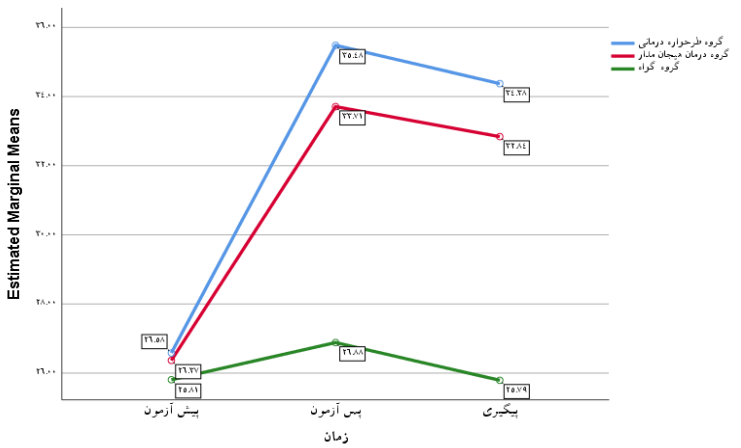
براساس جدول ۷، مداخلات دو گروه طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار درمقایسه با گروه گواه بر رضایت از زندگی و امید به زندگی و تاب‌آوری اثربخش بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین بین دو گروه طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار، در متغیرهای رضایت از زندگی ($p<۰/۰۰۱$) و امید به زندگی ($p=۰/۰۱۱$) تفاوت معناداری وجود داشت. باتوجه‌به میانگین نمرات متغیرهای رضایت از زندگی و امید به زندگی در جدول ۴ مشخص شد، طرح‌واره‌درمانی درمقایسه با رویکرد هیجان‌مدار بر افزایش رضایت از زندگی و امید به زندگی والدین سوگوار اثربخشی بیشتری داشت. بین تاب‌آوری در گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=۰/۱۳$). در شکل‌های ۱ و ۲ و ۳ تغییرات گروه‌های پژوهش در مراحل اندازه‌گیری مشخص شده است.



شکل ۱. نمودار رضایت از زندگی براساس زمان در گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار و گواه



شکل ۲. نمودار تاب‌آوری براساس زمان در گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار و گواه



شکل ۳. نمودار امید به زندگی براساس زمان در گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار و گواه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در والدین سوگوار بود. نتایج مشخص کرد، در گروه‌های آزمایش، دو مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار، در پس‌آزمون بهبود معناداری در رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی والدین سوگوار ایجاد کرد؛ اما این بهبود در مرحلهٔ پیگیری پایدار نبود؛ همچنین طرح‌واره‌درمانی در افزایش رضایت از زندگی و امید به زندگی اثربخشی بیشتری درمقایسه با رویکرد هیجان‌مدار نشان داد؛ اما دو رویکرد در بهبود تاب‌آوری دارای تأثیر مشابهی بودند و تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشد.

یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات زیر همسوست: باچ و همکاران دریافتند، طرح‌واره‌درمانی با اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار مانند احساس گناه یا بی‌ارزشی، رضایت از زندگی را در افراد سوگوار بهبود می‌بخشد (۱۳)؛ به‌طور مشابه، جانسون اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار را بر پردازش هیجانات سوگ و بازسازی معنای زندگی تأیید کرد (۱۴)؛ مانچینی و بونانو نشان دادند، مداخلات روان‌شناختی توانایی مقابله با فقدان را تقویت می‌کند (۵)؛ پژوهش پری و همکاران مشخص کرد، ترکیب مداخلات شناختی و هیجانی می‌تواند اثرات مکملی داشته باشد (۱۱)؛ اما پژوهش حاضر برتری نسبی طرح‌واره‌درمانی را در برخی متغیرها تأیید کرد.

در تبیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار بر افزایش رضایت از زندگی والدین سوگوار می‌توان گفت، طرح‌واره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار مانند باورهای مرتبط با گناه یا بی‌ارزشی، به والدین سوگوار کمک می‌کند ارزیابی مثبت‌تری از زندگی خود داشته باشند. براساس برنامهٔ یانگ و همکاران (۱۲)، فنون شناختی مانند آزمون اعتبار طرح‌واره و گفت‌وگوی طرح‌واره‌ای به والدین امکان داد باورهای ناکارآمد مانند «من مسئول مرگ فرزندم هستم» یا «زندگی‌ام دیگر معنایی ندارد» را به‌چالش بکشند. این فرایند با شواهد پژوهش باچ و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند بازسازی شناختی می‌تواند دیدگاه افراد را به زندگی تغییر دهد (۱۳). به‌علاوه، استفاده از فنون هیجانی مانند تصویرسازی هدایت‌شده در طرح‌واره‌درمانی والدین را یاری کرد با احساسات عمیق خود مواجه شوند و به‌تدریج معنای جدیدی در زندگی بیابند که به افزایش رضایت از زندگی منجر شد. درمقابل، رویکرد هیجان‌مدار بااستفاده از فنونی مانند صندلی خالی و گفت‌وگوی هدایت‌شده، بر پردازش هیجانات منفی مانند غم و خشم تمرکز داشت (۱۴). این رویکرد با ایجاد فضایی امن برای ابراز هیجانات، به والدین کمک کرد از انزوای عاطفی خارج شوند؛ اما به‌دلیل تمرکز کمتر بر بازسازی شناختی، تأثیر آن بر رضایت از زندگی کمتر از طرح‌واره‌درمانی بود. در نظریهٔ دلبستگی جانسون تأکید شد، بازسازی روابط عاطفی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی کمک کند (۱۵)؛ اما این اثر بیشتر در کاهش انزوا مشهود بود تا تغییر ارزیابی کلی از زندگی.

پژوهش حاضر نشان داد، دو رویکرد طرح‌واره‌درمانی و هیجان‌مدار در تقویت تاب‌آوری مؤثر بود که با مدل دوفرایندی سوگ استروب و اسکوت (۹) همخوانی دارد. در طرح‌واره‌درمانی، فنون الگوشکنی رفتاری و هیجانی به والدین کمک کرد سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند اجتناب یا سرزنش خود را کنار بگذارند (۱۱)؛ برای مثال، تمرین‌های رفتاری مانند رفتارهای متعهدانه و تصویرسازی ذهنی، والدین را به‌سمت پذیرش فعال فقدان و اتخاذ رفتارهای سالم هدایت کرد. این فرایند با مطالعهٔ مانچینی و بونانو هم‌راستا است. آن‌ها دریافتند تقویت منابع درونی، تاب‌آوری را افزایش می‌دهد (۵). همچنین، طرح‌واره‌درمانی با تمرکز بر بازسازی شناختی، به والدین کمک کرد باورهای منفی مانند «من نمی‌توانم با این فقدان کنار بیایم» را اصلاح کنند که به افزایش توانایی مقابله منجر شد (۱۳). در رویکرد هیجان‌مدار، فنون تجربی مانند پذیرش هیجانات نهفته و بازسازی الگوهای تعاملی (۱۴) والدین را یاری کرد با آسیب‌پذیری‌های خود مواجه شوند و روابط حمایتی را تقویت کنند. این امر با نظریهٔ دلبستگی همخوان است که تأکید داشت روابط ایمن می‌تواند تاب‌آوری را افزایش دهد (۱۵).

در تبیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار بر افزایش امید به زندگی والدین سوگوار می‌توان گفت، طرح‌واره‌درمانی در افزایش امید به زندگی مؤثرتر است که امکان دارد به تمرکز عمیق‌تر آن بر بازسازی باورهای شناختی مرتبط با اهداف و مسیرهای آینده مربوط شود. در نظریهٔ امید اسنایدر و همکاران بیان شد، امید شامل دو مؤلفهٔ عاملیت (باور به توانایی دستیابی به اهداف) و مسیرها (یافتن راه‌های رسیدن به اهداف) است (۲۲). برنامهٔ یانگ و همکاران بااستفاده از فنون شناختی مانند آزمون اعتبار طرح‌واره و فنون هیجانی مانند تصویرسازی، به والدین کمک کرد باورهای منفی مانند «آیندهٔ من بی‌معناست» را به‌چالش بکشند و مسیرهای جدیدی برای زندگی طراحی کنند. به‌علاوه، طرح‌واره‌درمانی با کمک به والدین برای شناسایی ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها (مانند تجارب گذشته که احساس درماندگی را تقویت کرده است)، به آن‌ها امکان داد دیدگاه مثبت‌تری به آینده ایجاد کنند (۱۲). درمقابل، رویکرد هیجان‌مدار با تمرکز بر پردازش هیجانات و بازسازی روابط دلبستگی (۱۵)، به کاهش احساس درماندگی و تقویت حس ارتباط با دیگران کمک کرد؛ اما تأثیر آن بر مؤلفه‌های شناختی امید کمتر بود. فنونی مانند تشدید هیجانی و پذیرش آسیب‌پذیری‌ها (۱۴) والدین را یاری کرد با هیجانات خود کنار بیایند؛ اما این فرایند کمتر بر ایجاد اهداف آینده تمرکز داشت. مطالعهٔ پری و همکاران نشان داد، مداخلات هیجانی می‌تواند معنای زندگی را بازسازی کند؛ اما برای تقویت امید، مداخلات شناختی عمیق‌تر لازم است (۱۱).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ نمونهٔ پژوهش به والدین سوگوار شهر تبریز محدود شد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر مناطق یا فرهنگ‌ها را محدود می‌کند. نبود گواه کامل بر متغیرهای مخدوش‌کننده مانند حمایت اجتماعی یا رویدادهای زندگی در طول مطالعه، ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشد. استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی می‌تواند با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد؛ به‌ویژه در والدین که هیجانات همراه سوگ را تجربه می‌کنند. بررسی‌نشدن تأثیر تفاوت‌های فردی مانند شدت سوگ یا سبک‌های

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

دلبستگی امکان دارد تحلیل جامعی از عوامل مؤثر بر اثربخشی مداخلات را محدود کرده باشد.

پیشنهاد می‌شود، مطالعات آینده بر نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر ازنظر جغرافیایی و فرهنگی انجام شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. تلفیق طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار در برنامه‌ای یکپارچه را می‌توان بررسی کرد تا مشخص شود آیا ترکیب این رویکردها اثربخشی بیشتری دارد یا خیر. استفاده از روش‌های کیفی مانند مصاحبه‌های عمیق، درک عمیق‌تری از تجارب والدین سوگوار فراهم می‌آورد. همچنین، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند حمایت اجتماعی، شدت سوگ یا سبک‌های دلبستگی می‌تواند عوامل کلیدی در موفقیت مداخلات را شناسایی کند؛ همچنین مقایسهٔ این مداخلات با سایر رویکردها مانند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به شناسایی بهترین روش برای والدین سوگوار کمک می‌کند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، دو مداخلهٔ طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار، بهبود معناداری در رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در والدین سوگوار ایجاد می‌کند؛ همچنین طرح‌واره‌درمانی در افزایش رضایت از زندگی و امید به زندگی اثربخشی بیشتری درمقایسه با رویکرد هیجان‌مدار دارد؛ اما دو رویکرد در بهبود تاب‌آوری دارای تأثیر مشابهی است؛ لذا پیشنهاد می‌شود، مشاوران و روان‌شناسان از روش‌های مذکور برای افزایش رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی مُراجعان دارای تجربهٔ سوگ استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که صبورانه در این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت از شرکت‌کنندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ مشاورهٔ دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر و دارای کد اخلاق به شناسهٔ IR.IAU.ABHRR.REC.1404.002 از کمیتهٔ اخلاق پژوهش آن دانشگاه است. معیارهای اخلاقی شامل کسب کد اخلاق از کمیتهٔ اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان به‌منظور توزیع پرسش‌نامه و اجرای آموزش‌های مربوط، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس‌ماندن شرکت‌کنندگان و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات آن‌ها مدنظر قرار گرفت.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در پژوهش حاضر به افراد اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و تحلیل داده‌های آن‌ها به‌صورت گروهی انجام می‌شود؛ اما نویسندگان متعهد شدند امکان دسترسی به داده‌های اولیهٔ پژوهش را ازطریق لینک برای داوران و سردبیر محترم فراهم آورند.

تضاد منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندهٔ اول مقاله و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

منابع مالی

منابع مالی پژوهش توسط نویسندهٔ اول مقاله و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ مبانی نظری مقاله، اجرا، جمع‌آوری داده‌ها، بازبینی و اصلاح مقاله بر عهده داشتند.

References

1. Eisma MC. Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM -5-TR: challenges and controversies. Aust N Z J Psychiatry. 2023;57(7):944–51. doi: 10.1177/00048674231154206
2. Lenferink LIM, Eisma MC, Buiter MY, De Keijser J, Boelen PA. Online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after traumatic loss: a randomized waitlist-controlled trial. Cogn Behav Ther. 2023;52(5):508–22. doi: 10.1080/16506073.2023.2225744
3. Champion MJ, Kilcullen M. Complicated grief following the traumatic loss of a child: a systematic review. Omega (Westport). 2025;91(4):2142–64. doi: 10.1177/00302228231170417
4. Diener E, Lucas RE, Oishi S. Advances and open questions in the science of subjective well-being. Collabra: Psychol. 2018;4(1):15. doi: 10.1525/collabra.115
5. Mancini AD, Bonanno GA. Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model. J Pers. 2009;77(6):1805–32. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x
6. Chan K, Wong FKY, Lee PH. A brief hope intervention to increase hope level and improve well-being in rehabilitating cancer patients: a feasibility test. SAGE Open Nursing. 2019;5:2377960819844381. doi: 10.1177/2377960819844381
7. Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged grief disorder: course, diagnosis, assessment, and treatment. FOCUS. 2021;19(2):161–72. doi: 10.1176/appi.focus.20200052
8. O'Connor MF, Seeley SH. Grieving as a form of learning: Insights from neuroscience applied to grief and loss. Curr Opin Psychol. 2022;43:317–22. doi: 10.1016/j.copsyc.2021.08.019
9. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. Omega (Westport). 2010;61(4):273–89. doi: 10.2190/OM.61.4.b

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

10. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
11. Peri T, Hasson-Ohayon I, Garber S, Tuval-Mashiach R, Boelen PA. Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder—rationale and case study. Eur J Psychotraumatol. 2016;7(1):30687. doi: 10.3402/ejpt.v7.30687
12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006.
13. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cogn Behav Ther. 2018;47(4):328–49. doi: 10.1080/16506073.2017.1410566
14. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection. Second edition. London: Routledge; 2004. https://doi.org/10.4324/9780203843871
15. Johnson SM. Attachment theory in practice: emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. New York: The Guilford Press; 2019.
16. Morris S, Fletcher K, Goldstein R. The grief of parents after the death of a young child. J Clin Psychol Med Settings. 2019;26(3):321–38. doi: 10.1007/s10880-018-9590-7
17. Eisma MC, Rinck M, Stroebe MS, Schut HAW, Boelen PA, Stroebe W, et al. Rumination and implicit avoidance following bereavement: an approach avoidance task investigation. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2015;47:84–91. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.11.010
18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175–91. https://doi.org/10.3758/BF03193146
19. 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
20. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. Psychopharmacol Bull. 1993;29(2):321–6.
21. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
22. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol. 1991;60(4):570–85. https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.4.570
23. Fathi D, Kiani A, Sadri E, SHeikholeslami A. Psychometric properties of the Farsi version of the complicated spiritual grief. Psychological Achievements. 2024;31(1):147–66. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_19319.html?lang=en
24. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Omani Samani R, Ezabadi Z. Psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in Iranian infertile women. International Journal of Reproductive Biomedicine. 2016;14(1):57–62. [Persian] https://ijrm.ir/article-1-685-en.html
25. Hosseini SA, Mohammadi H, Saadat Z. Investigating the psychometric properties of the Cognitive Resilience Scale in a sample of the Iranian population. Quarterly Journal of Educational Measurement. 2021;11(42):125–50. [Persian] https://jem.atu.ac.ir/article_13133.html?lang=en
26. Nooripour R, Farmani F, Brand S, Ghanbari N, Ilanloo H, Matacotta JJ, et al. Psychometric characteristics of Persian version of Adult Hope Scale (AHS) in Iranian females with multiple sclerosis (MS). J Kermanshah Univ Med Sci. 2022;26(2):e123276. https://doi.org/10.5812/jkums-123276

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]