

## Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Grief Syndrome in Women with Covid-19 Grief Disorder

**Soheila Javidnia** 

PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Iran,

**Mina Mojtabaei** \*

Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Iran

**Simin Bashardost** 

Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Iran,

### Abstract

The prevalence of grief disorder syndrome has been one of the consequences of the outbreak of Covid-19 virus. The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness based cognitive therapy on grief syndrome in women with Covid-19 grief disorder. The method of the present study was quasi-experimental with pre-test, post-test and two-month follow-up with a control group. From 25 to 45 years old women with grief disorder (caused by Covid-19) in Tehran in 2020-2021, 45 people were selected by voluntary sampling and randomly assigned to three groups (15 people in each group). The research instruments included Hogan grief reaction checklist (2001). One group received emotion-based therapy (10 sessions of one and a half hours) and one group received mindfulness-based cognitive therapy (9 sessions of one and a half hours). The control group was placed on a waiting list and did not receive any intervention during the study. To analyze the data, repeated measures analysis of variance was used using the assumptions. The results showed that both interventions were significantly more effective in all six components of grief syndrome

\* Corresponding Author: r.academic.u@gmail.com

**How to Cite:** Javidnia, M., Sanamloo, M., Sanamloo, M. (2022). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Grief Syndrome in Women with Covid-19 Grief Disorder, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 13(51), 115-147.

compared to the control group and emotion-focused therapy was significantly more effective than cognitive therapy based on mindfulness syndrome (other than personal growth) ( $p<0/05$ ). The results showed more efficiency of emotion-focused therapy compared to cognitive therapy based on Covid-19 grief syndrome in women.

**Keywords:** Grief Disorder, Emotion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Covid – 19.



## مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان سوگ زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران،

سهیلا جاویدنیا

دانشیار گروه روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن ایران

مینا مجتبابی \*

استادیار گروه روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران

سیمین بشردوست

### چکیده

شیوع نشانگان اختلال سوگ از جمله پیامدهای شیوع ویروس کووید -۱۹ بوده است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان سوگ زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل بود. از زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله مبتلا به اختلال سوگ (ناشی از کووید - ۱۹) شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل سیاهه نشانگان سوگ هوگان (۲۰۰۱) بود. یک گروه درمان مبتنی بر هیجان (۱۰ جلسه یک و نیم‌ساعته) و یک گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۹ جلسه یک و نیم‌ساعته) را دریافت کردند. گروه کنترل در حین اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با رعایت پیش‌فرض‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل به هر شش

مؤلفه نشانگان سوگ اثربخشی معناداری دارند و درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان سوگ (به‌غیر از رشد شخصی) به‌صورت معناداری اثربخشی بیشتری دارد. نتایج بیانگر کارآمدی بیشتر درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر نشانگان سوگ ناشی از کووید - ۱۹ در زنان بود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال سوگ، درمان متمرکز بر هیجان، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کووید - ۱۹.

## مقدمه

شیوع ویروس کووید-۱۹ از دسامبر ۲۰۱۹ از شهر ووهان چین آغاز شد و تقریباً تمام دنیا درگیر این بیماری عفونی شد. بر اساس جدیدترین آمارها، مرگ‌میر ناشی از آن به بیش از ۵ میلیون رسیده است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). علاوه بر این برای هر مرگ بر اثر کووید-۱۹، حدود ۹ نفر از اعضای خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرند و سوگ ناشی از آن را تجربه می‌کنند (وردری، اسمیت - گریناوی، مارگولیس و داو<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). نرخ شیوع سوگ در این جمعیت بین ۲۹/۳ تا ۳۷/۸ است که در مقایسه با جمعیت عادی بیشتر است (تانگ و ایکسیانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). به عبارتی به نظر می‌رسد که مواردی مانند مراسم خاکسپاری و فقدان مراسم و منابع حمایت اجتماعی، روند معمول سوگواری را مختل می‌کند و منجر به غم و اندوه طولانی‌مدت و ناتوان‌کننده غیرمعمول می‌گردد (زه‌های و دو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). نشانه‌های مانند دردهای شدید عاطفی، اشتیاق برای متوفی، مشغول شدن به خاطرات متوفی و مرگ از جمله نشانه‌های سوگ هستند. برای اکثر افراد، سوگ در هفته‌ها و ماه‌های اولیه پس از فقدان فروکش می‌کند. باین‌حال، برای برخی افراد سطوح غم و اندوه افزایش یافته و مختل تا سال‌ها پس از مرگ باقی می‌ماند. این افزایش طولانی‌مدت علائم سوگ ناتوان‌کننده را اختلال سوگ می‌نامند (کاپلو، لاین، اوسترهوف، گولدنتال، هول، وامسر - نانی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

مبارهای تشخیصی اختلال سوگ بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی اختلال‌های روانی که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۶</sup> (۲۰۱۳) منتشر شده شامل وجود علائمی مانند تمایل مداوم به شخص مرد، درد هیجانی شدید، دشواری در پذیرش مرگ،

1. Covid - 19
2. World Health Organization
3. Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., Margolis, R., & Daw, J.
4. Tang, S., & Xiang, Z.
5. Zhai, Y., & Du, X.
6. Kaplow, J. B., Layne, C. M., Oosterhoff, B., Goldenthal, H., Howell, K. H., Wamser-Nanney, R.,
7. American Psychiatric Association

اجتناب از یادآوری فقدان و مواردی از این قبیل به مدت حداقل ۱۲ ماه که عملکرد اجتماعی و شغلی فرد را مختل کرده و با موازین فرهنگی یا مذهبی جامعه سازگاری ندارد. درد عاطفی که ناشی از وابستگی عاطفی است، به‌عنوان نقش اصلی در ساختار اختلال سوگ شناسایی شده است و در کنار افکار مرگ، اجتناب، اشتیاق، افکار مرتبط با متوفی و به‌طور بالقوه تمایل به نزدیکی با متوفی به‌عنوان نشانه‌های اصلی سوگ در نظر گرفته شده‌اند (روینا، بلانس، ولتیچ و مک‌نالی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد که غیرمنتظره بودن فقدان، شناخت‌های ناسازگار و رفتارهای اجتنابی در بروز نشانگان سوگ دخیل هستند (بولن، اسمید، میتیما - ورلوپ، دکیجر و لنفرینک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). به طور خاص به نظر می‌رسد افرادی که بر اثر کووید-۱۹ دچار نشانه‌های اختلال سوگ شده‌اند، با خسارات ثانویه مانند از دست دادن شغل، از دست دادن منبع حمایت عاطفی و افزایش نیاز به مراقبت‌های بهداشتی روبرو می‌شوند (زه‌ای و دو، ۲۰۲۰). همچنین به نظر می‌رسد که حوادث با تلفات زیاد مانند شیوع ویروس کووید-۱۹ به طور کلی منجر به سطح بالاتری از نشانگان اختلال سوگ در میان بازماندگان داغ‌دیده، نسبت به موارد دیگر مرگ می‌شود؛ به گونه‌ای که یک چهارم از بازماندگان داغ‌دیده علائم اختلال سوگ را تجربه می‌کنند (ایسما، لنفرینک، چو، چان و لی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). بر همین اساس ارائه مداخله‌های روان‌شناختی در وقوع بحران‌هایی نظیر شیوع ویروس کووید-۱۹ ضروری به نظر می‌رسد (ریتسما، بولن، کیجر و بنفرینک<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱).

درمان متمرکز بر هیجان<sup>۵</sup> با توجه به اینکه از ماهیت انسان‌گرایانه برخوردار است تا حدودی برای درمان نشانه‌های اختلال سوگ مناسب دانسته شده است (دیویس، ادواردس و واتسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). مدل فردی درمان متمرکز بر هیجان که توسط گرینبرگ<sup>۷</sup> (۲۰۰۴)

1. Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Vuletich, H. A., & McNally, R. J.
2. Boelen, P. A., Smid, G. E., Mitima-Verloop, H. B., de Keijser, J., & Lenferink, L. I.
3. Eisma, M. C., Lenferink, L. I., Chow, A. Y., Chan, C. L., & Li, J.
4. Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L.
5. emotion-focused therapy
6. Davis, P. S., Edwards, K. J., & Watson, T. S.
7. Greenberg, L. S.

معرفی شد، به عنوان عمل درمان با آگاهی از درک نقش هیجان در تغییر درمانی تعریف شده است. درمان متمرکز بر هیجان به سمت ارتقاء استراتژی‌هایی آگاهی، پذیرش، بیان و تنظیم هیجان‌ها و تجربیات هیجانی اصلاح‌کننده حرکت می‌کند و هدف آن استحکام خود، تنظیم هیجان و ایجاد معنی جدید در مراجع است (گرینبرگ، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر هیجان توجه ویژه‌ای به ایجاد هماهنگی همدلانه، ایمنی و همکاری رابطه‌ای می‌شود و بر پایه همین رابطه شکل گرفته مراجعه بر دنیای درونی به‌ویژه هیجان‌ها متمرکز می‌شود و با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان‌ها به رشد فردی و توانمندسازی خود می‌رسد (الیوت و مک‌دونالد<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). در کنار تکنیک‌های درمانی کارآمد مانند همدلی، صندلی خالی و گفتگوی دوصندلی جهت حل تکالیف ناتمام مرتبط با فرد متوفی، همچنین وجود مفروضات مبتنی بر رویکرد انسان‌گرایانه مانند نگاه مثبت به مراجع و ارائه همدلی باعث شده این رویکرد برای کار با جمعیت‌های آسیب‌دیده مناسب جلوه کند (دیویس و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین نشان داده‌شده که مشکلات در تنظیم هیجان و کاهش خودکارآمدی درک شده با شدت بیشتر علائم اختلال سوگ همراه است (ایسما و استروب<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). همچنین اگرچه این خلأ وجود دارد که اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نشانگان اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ مورد بررسی قرار نگرفته، با این حال نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش علی‌پور (۱۳۹۴) حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در بهبود عواقب نابهنجار سوگ نابهنجار دارد. همچنین نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های طاهری، منشئی و عابدی (۱۳۹۹)، محمودوندی، فلسفی نژاد و خدابخشی کولایی (۱۳۹۶)، دیویس و همکاران (۲۰۱۵) و کوکو - کیوهان<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) حاکی از این است که درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود علائم روان‌شناختی افراد داغ‌دیده اثربخشی معناداری دارد.

یکی دیگر از درمان‌های پرکاربرد روان‌شناختی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۴</sup> است که توسط کابات-زین<sup>۱</sup> (۱۹۹۰)، به نقل از کولکا، دگاگن، مولن و روبین<sup>۲</sup>،

1. Elliott, R., & Macdonald, J.
2. Eisma, M. C., & Stroebe, M. S.
3. Cucu-Ciuhan, G.
4. mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

۲۰۱۸) در مرکز پزشکی دانشگاه ماساچوست توسعه یافته است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل آموزش ذهن‌آگاهی و عناصر درمان شناختی-رفتاری است (تیسکل، بال، برنارد، کویکن، مارکس، پاک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی به گرایش فرد برای حفظ آگاهی از لحظه حال به شیوه غیر واکنشی و بدون قضاوت اشاره دارد (مدودو، کارگلو، ناریانان و سیگرت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی به کاهش نوشخوارهای فکری و افزایش خودآگاهی به واسطه تمرین‌های ذهن-آگاهی منجر می‌گردد (آلسوبای، ابوت، بون، دیکنس، کیل، هنلی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). روش‌های مختلف مراقبه رسمی و غیررسمی، از جمله اسکن هدایت‌شده بدن، مراقبه‌های نشستن و راه رفتن، حرکت ذهنی، آگاهی متمرکز بر فعالیت‌های روزمره، توسعه عمل مستقل و گسترش آگاهی ذهنی نسبت به رویدادهای ذهنی و مواردی که قبلاً از آنها اجتناب شده از جمله اقدامات درمانی این مداخله است (سگال، ویلیامز و تسدل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). اگرچه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانگان اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ مورد بررسی قرار نگرفته است، با این حال نشان داده شده که تمرین ذهن‌آگاهی به افراد داغدیده اجازه می‌دهد جلوی نشخوارهای طاقت فرسا و دخالت‌های عاطفی آزاردهنده را بگیرند (تیلمن، کاسیاتور و هیل<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). همچنین به نظر می‌رسد اجرای این مداخله با افزایش توانایی شناختی افراد دچار سوگ همراه است (توماسینو و فابرو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶؛ هوانگ، هسو، هسو، تسای، هوانگ، چائو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این نتایج بدست آمده از پژوهش اصلانی، حاجی حیدری، رجیبی و امان الهی (۱۳۹۸) نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نشانگان سوگ در زنان اثربخش است. با

- 
1. Kabat-Zinn, J.
  2. Kulka, J. M., De Gagne, J. C., Mullen, C. K., & Robeano, K.
  3. Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S
  4. Medvedev, O. N., Krägeloh, C. U., Narayanan, A., & Siegert, R. J
  5. Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W.
  6. Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J.
  7. Thieleman, K., Cacciatore, J., & Hill, P. W.
  8. Tomasino, B., & Fabbro, F.
  9. Huang, F. Y., Hsu, A. L., Hsu, L. M., Tsai, J. S., Huang, C. M., Chao, Y. P.



این حال نتایج این پژوهش با توجه به اینکه از طرح مطالعه موردی استفاده کرد، با این محدودیت روبرو بود که نتایج از قدرت تعمیم‌پذیری پایینی برخوردار است. در نهایت نتایج پژوهش‌های هوانگ، هسو، چائو، شانگ، تسی و وو<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) و نوتون و اوهرت<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) اگرچه به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نپرداخته‌اند، با این حال نشان داده‌اند که این مداخله می‌تواند به فرآیند سازگاری و کاهش احساس‌های نظیر انزوا در جمعیت داغ‌دیده کمک کند.

در مجموع بنابر آنچه گفته شد به نظر می‌رسد شیوع اختلال سوگ در زمان شیوع ویروس عفونی کووید-۱۹ یک مسئله روان‌شناختی پیش روی متولیان بهداشت و سلامت روان باشد، چراکه حفظ لزوم مواردی مانند رعایت فاصله اجتماعی جهت قطع زنجیره انتقال ویروس، بنابراین امکان دریافت حمایت‌های اجتماعی محدود شده است، بنابراین ارائه مداخله‌های روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد. بررسی‌های صورت گرفته که پیش‌تر به آن‌ها اشاره شد، حاکی از این خلأ بودند که اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تا حدودی بر روی نشانگان اختلال سوگ ناشی از کووید-۱۹ بررسی نشده است. علاوه بر این، بررسی تفاوت در اثربخشی این دو مداخله می‌تواند یک مسئله پژوهشی باشد، چراکه این دو مداخله بر مبنای نظریه‌های مختلفی (درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مبنای نظریه‌های شناختی و رفتاری و مداخله مبتنی بر هیجان بر مبنای نظریه دلبستگی، نظریه انسان‌گرا و رویکرد تجربه‌گرا) پایه‌ریزی شده‌اند و به همین ترتیب مفهوم‌سازی متفاوتی از بروز، رشد و حفظ پریشانی روان‌شناختی دارند (بودنمن، کسلر، خان، هوکر و راندل<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰)؛ بنابراین بررسی تفاوت در اثربخشی این دو مداخله که از دو دیدگاه نظری متفاوت است، می‌تواند به شناخت مداخله کارآمد در بهبود نشانگان اختلال سوگ کمک کند. بر همین اساس پژوهش حاضر با این مسئله روبرو بود که آیا بین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان اختلال سوگ ناشی از کووید-۱۹ در زنان تفاوت معناداری دارد؟

1. Huang, F. Y., Hsu, A. L., Chao, Y. P., Shang, C. M. H., Tsai, J. S., & Wu, C. W.

2. Newton, T. L., & Ohrt, J. H.

3. Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K.

## روش پژوهش

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله مبتلا به اختلال سوگ (ناشی از ویروس کرونا) در شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه‌گیری از میان زنانی صورت گرفت که یا خود مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و بیمارستان‌ها بودند؛ یا از طریق فراخوان حضوری در مراکز درمانی یا فراخوان کتبی و اینترنتی از طریق تلگرام و اینستاگرام که از طرف پژوهشگر اعلام شده بود، برای درمان اختلال سوگ خود اعلام آمادگی کردند. با استفاده از جدول کوهن و در سطح  $P < 0.05$  و اندازه اثر بهینه (۰/۵) و توان آزمون ۰/۷۵ و تعداد گروه‌های مورد مقایسه و فرمول ( $U-1=3-1=2$ )، از میان جامعه پژوهش، ابتدا تعداد ۴۵ نفر با روش غیرتصادفی و داوطلبانه انتخاب شدند. سپس نمونه انتخاب شده به‌طور تصادفی به‌صورت مساوی و با گمارش تصادفی، در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، تجربه سوگ در ۶ ماه الی ۲ سال گذشته بر اثر کووید - ۱۹ و تشخیص اختلال سوگ بر اساس معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیصی اختلال‌های روانی منتشر شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا با تأیید روان‌پزشک. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم تمایل به درمان و عدم حضور در حداقل دو جلسه از جلسات مداخله، مبتلا بودن به سایر اختلالات روانی دیگر با تأیید روان‌شناس تحت درمان بودن از طریق درمان‌های روان‌پزشکی و یا درمان روان‌شناختی موازی طبق اظهارنظر شرکت‌کنندگان در پژوهش. علاوه بر برگه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی (مانند سن، تحصیلات و ...) از یک پرسشنامه جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد که در ادامه به آن اشاره شده است.

### سیاهه نشانگان سوگ هوگان (HGRC)<sup>۱</sup>

سیاهه نشانگان سوگ توسط هوگان، داریل، گرینفیلد، لی اشمیت<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) شامل ۶۱ ماده است و برای سنجش نشانگان سوگ ساخته شده است. از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود تا شدت احساسات خود را در طول دو هفته گذشته بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=به هیچ وجه من را توصیف نمی‌کند تا ۵=خیلی خوب من را توصیف می‌کند) مشخص کند. این پرسشنامه از شش زیرمقیاس ناامیدی (گویه‌های ۱-۳-۶-۱۱-۱۴-۱۷-۲۵-۲۹-۳۳-۴۰-۴۷-۵۵-۵۹)، حشتردگی (گویه‌های ۴-۷-۱۳-۱۶-۱۸-۲۱-۲۷-۳۱-۳۲-۳۸-۴۴-۵۰-۵۲-)، سرزنش و خشم (گویه‌های ۵-۸-۱۵-۳۷-۴۲-۴۸-۵۸)، درهم‌ریختگی (گویه‌های ۲۰-۲۶-۳۲-۳۹-۴۶-۴۹-۵۷)، کناره‌گیری (گویه‌های ۹-۲۲-۲۳-۲۸-۳۵-۴۳-۵۳-۵۴) و رشد شخصی (گویه‌های ۲-۱۰-۱۲-۱۹-۲۴-۳۰-۳۶-۴۱-۴۵-۵۱-۶۰-۶۱) تشکیل شده است. هوگان و همکاران (۲۰۰۱) ضمن تأیید مدل شش عاملی پرسشنامه و روایی سازه آن، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ را گزارش کرده‌اند. شریفی، فاتحی‌زاده و احمدی (۱۳۹۲) ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را در جامعه ایرانی بررسی کرده‌اند. ضرایب همسانی درونی به وسیله آلفای کرونباخ برای عامل بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ به دست آمد. نتایج حاصل از بررسی روایی ملاک، نشان داد که بین عامل‌های سیاهه آثار سوگ هوگان با پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی، همبستگی‌های بالا و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج حاصل از روایی تشخیصی نشان داد که این مقیاس قابلیت تفکیک بین آثار سوگ در سوگ بهنجار و سوگ آسیب‌شناختی را دارد.

در جدول ۱ خلاصه جلسات مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برگرفته از درآیدن و کران<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) ارائه شده است. این مداخله در ۹ جلسه به صورت هر هفته یک جلسه به مدت تقریبی یک ساعت و نیم اجرا گردید.

1. Hogan grief reaction checklist (HGRC)
2. Huang, F. Y, Daryl B. Greenfield, Lee A. Schmidt, N.
3. Dryden, W., & Crane, R.

جدول ۱: پروتکل جلسات گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوی جلسه	تمرین‌ها و تکنیک‌ها
جلسه اول	ارائه مقدمه وانجام معارفه، رهنمودهای مشاوره، اجرای پیش‌آزمون و توضیح شرایط حضور در گروه آزمایش و کنترل و سپس ارائه کلیات و آشنایی با تعاریف، بحث باز	بحث گروهی ارائه بازخورد
جلسه دوم	ایجاد رابطه درمانی اطمینان بخشی گرفتن تعهد از مراجعین که در صورت تمایل به ادامه، نسبت به انجام تکالیف و تکمیل دوره متعهد شود.	پرواز بر روی خلبان خودکار رونوشت: تمرین خوردن کشمش ذهن آگاهی خوردن کشمش ذهن آگاهی تنفس
جلسه سوم	ورود یک نوع محاوره جدید در روند درمان مبارزه با افکار خودکار آموزش ذهن آگاهی دقیقه‌ای فضای تنفس آموزش ذهن آگاهی قدم زدن آموزش ذهن آگاهی احساسات ناخوشایند بازنگری تکلیف خانگی جلسه قبل	استفاده از متافورها (استعاره) متافور (استعاره) مردی در باتلاق؛ متافور مرد درون چاه و متافور فرزند جیغ و جیغو ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هرروز) مراقبه نشسته ۱۱ تا ۱۵ دقیقه دادن جزوه جلسه دوم به شرکت‌کننده ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	شناخت نحوه عملکرد مغز بیماران افسرده و تأثیر ذهن آگاهی بر آن (فیلم اسکن مغزی بیماران افسرده قبل و بعد از تمرین) عینی کردن مشکل تربیت مغز آموزش چند نمونه از ذهن آگاهی فعالیت‌های روزمره بازنگری تکلیف	تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری داشته باشید. همراه با حضور ذهن دراز بکشید و به بازنگری ادامه دهید. با حضور ذهن قدم بزنید و بازنگری را داشته باشید. فهرستی از وقایع ناخوشایند تهیه کنید جزوه جلسه سوم را به شرکت‌کننده بدهید. ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	تسهیل پذیرش استفاده از متافورها دقیقه ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری تمرین بازنگری تکلیف خانگی	مافورها: مهمانخانه، فرد دست‌شکسته، فنجانت را خالی کن... بررسی افکار خودکار فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای + بازنگری دادن جزوه به شرکت‌کنندگان تعیین تکلیف خانگی

جلسه	محتوی جلسه	تمرین ها و تکنیک ها
جلسه ششم	کار بر روی: شما مساوی با افکارتان نیستید شما مساوی با احساسات خود نیستید شما مساوی با باورهایتان نیستید. هدف گذاری ذهن آگاهی اسکن بدن بازنگری تکلیف خانگی	ذهن آگاهی نشستن آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش هایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حس های بدنی نشان می دهیم با تجاربمان ارتباط برقرار می کنیم؛ بیان دشواری هایی که در طی انجام تمرین روی می دهد و توجه به تأثیرات آن ها بر بدن و واکنش به آن ها بازنگری تمرین ذهن آگاهی فضای تنفس و بازنگری آن دادن جزوات جلسه پنجم بین شرکت کنندگان تعیین تکلیف خانگی
جلسه هفتم	بازنگری تکلیف خانگی خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین دادن جزوه جلسه ششم	رهایی از طریق بخشش: متافور مرد چاقو خورده آموزش ذهن آگاهی رها کردن افزایش خود ارزشمندی: متافور کوزه ترک برداشته تعیین تکلیف خانگی
جلسه هشتم	دوستی و مهربانی با خود و دیگران ایجاد رابطه با خود ذهن آگاهی گوش دادن برای بهبود روابط برنامه جلسه بازنگری تکالیف خانگی شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود / بازگشت تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس از عهده آبی می شود.	ذهن آگاهی تنفس تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق برنامه ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای فعالیت هایی لذت بخش شناسایی نشانگان عود فضای تنفس ۳ دقیقه ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی دادن جزوات جلسه هفتم به شرکت کننده دادن تکلیف خانگی
جلسه نهم	صبر کردن قدردانی کردن تأمل و تغییر سپاسگزار هر روز باشید تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می کند. نیت مثبت تقویت می شوند زیرا این تمرینات با دلایل مثبت	تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن بازنگری تکلیف خانگی بازنگری کل برنامه (آنچه یاد گرفته شده) بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفته گذشته؛ چه در تمرین های منظم و چه در تمرین های غیر منظم ایجاد شده ادامه یابد.

جلسه	محتوی جلسه	تمرین‌ها و تکنیک‌ها
	مراقبت از خود مرتبط است. اجرای پس‌آزمون و مراسم خداحافظی	وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس

در جدول ۲ خلاصه جلسات مداخله مبتنی بر هیجان مبتنی بر گلدمن و گرینبرگ (۲۰۱۵) که برای فرمول‌بندی جلسات مداخله درمان مبتنی بر هیجان تنظیم شده، ارائه گردیده است. این مداخله در ۱۰ جلسه به مدت تقریبی هر جلسه یک ساعت و نیم به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید.

جدول ۲. خلاصه جلسه‌های مداخله مبتنی بر هیجان

جلسه	محتوا	تکنیک‌ها و آموزش‌ها
اول	آشنایی اعضا گروه با یکدیگر تشریح قوانین گروه معرفی مختصر درمان هیجان مدار و روند کار ارائه آموزش مختصر در مورد هیجان تشکیل اتحاد درمانی	انعکاس محتوا و احساسات درک همدلانه پذیرش بدون قید و شرط
دوم و سوم	اجرای فاز اول (پیوند و آگاهی) درمان: (الف) تاگشایی روایت و حضور، همدلی و ارزش‌گذاری هیجان‌ها و حس کنونی خود مراجع؛ (ب) ارائه منطقی برای کار با هیجان‌ها؛ (ج) ارتقای آگاهی از تجربه درونی؛ و (د) ایجاد تمرکز مشترک.	درک همدلانه کاوش همدلانه هدایت فرآیند انعکاس احساسات و محتوا اعتباربخشی
چهارم و پنجم	اجرای فاز دوم (فراخوانی و کاوش) درمان: (الف) ایجاد حمایت از تجربه‌های عاطفی، (ب) فراخوانی و برانگیختن هیجان‌ها مشکل‌زا، (ج) خنثی کردن توقف‌کننده‌های هیجانی و (د) کمک به مراجع برای دستیابی به هیجان‌ها اولیه و یا طرح‌های ناسازگار اصلی	تصدیق همدلانه کاوش همدلانه گمانه‌زنی همدلانه پاسخ‌های فراخواننده پاکسازی فضا تکنیک صندلی خالی (در فاز دوم): به‌منظور دستیابی به هیجان‌ها اولیه

جلسه	محتوا	تکنیک‌ها و آموزش‌ها
ششم و هفتم	اجرای فاز سوم (ایجاد هیجان‌ات جدید و ایجاد معنای جدید روایت) (الف) تولید پاسخ‌های هیجانی جدید برای تبدیل طرح‌های ناسازگار اصلی، (ب) بالا بردن ظرفیت تأملی برای حس کردن تجربه، (ج) اعتبار بخشیدن به هیجان‌ات جدید و حمایت از حس ظهور کرده خود	تصدیق همدلانه اعتباربخشی تکنیک صندلی خالی (در فاز سوم: به منظور تولید و تبدیل هیجانی جدید) گمانه‌زنی / معنا سازی همدلانه
هشتم و نهم	تحکیم بخشی درمان با انعکاس احساسات و تصدیق تجربه کسب‌شده جدید در فرآیند درمان با تمرکز بر تغییرات مثبت از زمان شروع غم و افسردگی و اضطراب، به مراجعان در یادآوری دوره‌های اضطراب و افسردگی کمک گردید تا تجربیات غم و احساس گناه، خودانتقادی و نشخوار فکری و سرکوب‌ها زنده شوند. همچنین به آن‌ها آموزش داده خواهد شد تا احساسات منفی باقیمانده را با احساسات بخشش خود جایگزین کنند	گمانه‌زنی / معنا سازی همدلانه اعتباربخشی تجربه جدید کسب‌شده انعکاس احساسات تصدیق همدلانه
دهم	کمک به مراجعان به منظور شناسایی موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات، ارائه کلیاتی از کاربرد فرایند بخشش و تصدیق خود برای سایر اعمال تکانه‌ای جمع‌بندی جلسات اجرای پس‌آزمون و هماهنگی برای مرحله پیگیری اتمام کارگروه	اعتباربخشی تصدیق همدلانه

در ابتدا جهت گردآوری نمونه از طریق فراخوان پژوهشگر از طریق شبکه‌های اجتماعی از قبیل اینستا و تلگرام و یا سایت‌های تبلیغاتی اقدام شد که اصلاً کفایت نکرد و مورد رضایت نبود، در ادامه به کلینیک‌ها و مؤسسات درمانی رجوع شد که از نظر تعداد ناکافی بود. در ادامه پژوهش به‌ناچار به بیمارستان‌ها و سایر مراکز دولتی درمان کرونا مراجعه شد و پس از انتخاب تصادفی پنج بیمارستان در سطح شهر تهران (مسیح دانشوری، هفت‌تیر، فیروزگر، امام حسین، حضرت رسول)، به صورت تصادفی یک بیمارستان (حضرت رسول) از میان آن‌ها انتخاب شد. پس از اخذ مجوزهای لازم پژوهشی، حدود ۱۰۰۰ نفر اسامی

فوت‌شدگان توسط بیمارستان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. از میان اسامی متوفیان به‌صورت تصادفی با شماره تماس ۳۰۰ نفر از خانواده‌های قربانیان کرونا تماس گرفته شد تا بتوان از میان آن‌ها زنان سوگواری را که دارای ملاک‌های ورود و فاقد ملاک خروج از پژوهش بودند انتخاب کرد. درنهایت از میان ۱۸۰ نفر داوطلب درمان و بررسی ملاک‌های درمانی و مصاحبه بالینی با ایشان با تأیید روان‌شناس، تعداد ۴۵ نفر از زنان واجد شرایط، با تشخیص اختلال سوگ پیچیده انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در سه گروه (گروه درمان مبتنی بر هیجان، گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل) قرار گرفتند و پیش‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. سپس درمان هم‌زمان و به‌صورت گروهی و حضوری و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی از قبیل رعایت فاصله اجتماعی و زدن ماسک، در مورد گروه‌های آزمایشی اجرا شد. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از پایان درمان، پس‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد و پس از طی دوره دو ماهه از پایان مداخله درمانی، پرسشنامه‌های مذکور، جهت پیگیری و برای بار سوم اجرا گردید. پس‌ازاین مرحله و پایان پژوهش درمان اختلال سوگ بر روی زنانی از گروه کنترل که خواستار دریافت مداخله درمانی بودند انجام شد. برای تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین، انحراف معیار و فراوانی استفاده گردید و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت. کد اخلاق این پژوهش به شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.419 در تاریخ ۹۹/۱۰/۲۹ اخذ شد. علاوه بر اخذ کد اخلاق و اجرای کدهای اخلاقی، دیگر ملاحظات اخلاقی که در نظر گرفته شد عبارت بودند از: اخذ رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، محرمانه بودن اسرار آزمودنی‌ها، اجازه خروج از درمان در هر زمان، درمان گروه کنترل در صورت درخواست خودشان بعد از دوره پایان پژوهش.



## یافته‌ها

۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری در پژوهش حاضر شرکت کردند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه متمرکز بر هیجان به ترتیب ۳۷/۴۷ و ۶/۶۸ سال، در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب برابر با ۳۶/۰۹ و ۶/۵۲ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۳/۶۷ و ۷/۸۲ سال بود و نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد سه گروه به لحاظ میانگین سن تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ( $P=0/23$  و  $F=1/12$ ). همچنین در هر دو گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل ۶ نفر از شرکت‌کنندگان مجرد و ۹ نفر متأهل بودند و در گروه درمان متمرکز بر هیجان ۴ نفر مجرد و ۱۱ نفر متأهل بودند و نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین سه گروه به لحاظ وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P=0/68$  و  $\chi^2=0/78$ ). در گروه درمان متمرکز بر هیجان میزان تحصیلات ۵ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۷ نفر لیسانس و ۳ نفر دیگر فوق‌لیسانس و بالاتر بود. در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی میزان تحصیلات ۴ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۲ نفر فوق‌دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۳ نفر دیگر فوق‌لیسانس و بالاتر بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۶ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۱ نفر فوق‌دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق‌لیسانس و بالاتر بود. نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین سه گروه به لحاظ میزان تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P=0/84$  و  $\chi^2=2/76$ ). در نهایت علت سوگ ۸ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه درمان متمرکز بر هیجان مرگ پدر/مادر، ۲ نفر مرگ برادر/خواهر، ۴ نفر مرگ همسر/فرزند و ۱ نفر مرگ دوست/بستگان بود و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی علت سوگ ۸ نفر مرگ پدر/مادر، ۲ نفر مرگ برادر/خواهر، ۲ نفر مرگ همسر/فرزند و ۳ نفر مرگ دوست/بستگان بود و در گروه کنترل علت سوگ ۶ نفر مرگ پدر/مادر، ۱ نفر مرگ برادر/خواهر، ۳ نفر مرگ همسر/فرزند و ۵ نفر مرگ دوست/بستگان بود نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین سه گروه به لحاظ علت سوگ تفاوت معناداری وجود ندارد

شده است.  $(P=0/66$  و  $\chi^2=4/10$ ). در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی نشانگان اختلال سوگ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) نشانگان سوگ در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری

نشاتگان سوگ	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
نامیدی	درمان متمرکز بر هیجان	۴۴/۰۰ (۹/۱۹)	۲۸/۷۳ (۵/۹۷)	۲۸/۲۰ (۵/۳۷)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۴۲/۷۳ (۸/۷۵)	۳۵/۸۷ (۹/۸۴)	۳۴/۸۷ (۶/۸۳)
	کنترل	۴۴/۷۳ (۳/۴۹)	۴۵/۲۰ (۸/۵۴)	۴۵/۱۳ (۷/۳۲)
رفتار وحشت‌زدگی	درمان متمرکز بر هیجان	۴۶/۷۳ (۹/۲۱)	۳۰/۵۳ (۷/۹۳)	۳۱/۴۰ (۹/۳۸)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۴۶/۸۰ (۷/۷۶)	۳۸/۴۲ (۸/۳۸)	۳۷/۳۳ (۹/۴۳)
	کنترل	۴۵/۲۳ (۹/۱۴)	۴۶/۴۷ (۸/۲۵)	۴۷/۲۰ (۵/۷۷)
رشد شخصی	درمان متمرکز بر هیجان	۲۹/۶۰ (۶/۱۸)	۳۶/۶۷ (۵/۷۳)	۳۶/۷۲ (۵/۵۶)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۳۰/۰۷ (۷/۲۶)	۳۶/۸۰ (۵/۲۱)	۳۸/۰۰ (۵/۷۷)
	کنترل	۲۸/۸۷ (۵/۷۹)	۲۷/۵۳ (۵/۶۳)	۲۹/۲۷ (۶/۲۳)
سرزنش و خشم	درمان متمرکز بر هیجان	۲۵/۸۰ (۴/۵۸)	۱۴/۶۰ (۳/۶۸)	۱۴/۵۶ (۳/۴۵)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۴/۲۷ (۴/۹۷)	۱۹/۸۷ (۴/۵۴)	۱۸/۲۷ (۴/۹۹)
	کنترل	۲۴/۵۳ (۴/۸۸)	۲۳/۳۳ (۳/۳۷)	۲۳/۱۵ (۵/۳۰)
انفصال و کناره‌گیری	درمان متمرکز بر هیجان	۲۹/۶۷ (۵/۲۶)	۱۸/۳۶ (۴/۹۴)	۱۹/۵۳ (۵/۳۲)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۳۰/۲۷ (۶/۲۴)	۲۳/۲۴ (۴/۱۹)	۲۲/۸۰ (۴/۱۹)
	کنترل	۳۰/۲۰ (۶/۰۳)	۲۹/۱۳ (۵/۴۲)	۲۸/۲۰ (۶۵/۳۳)
درهم‌ریختگی	درمان متمرکز بر هیجان	۲۲/۸۷ (۳/۷۶)	۱۸/۶۵ (۴/۰۱)	۱۷/۷۳ (۴/۰۴)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۲/۰۰ (۳/۹۶)	۱۷/۵۳ (۳/۹۷)	۱۷/۱۳ (۳/۵۸)
	کنترل	۲۳/۴۸ (۴/۷۰)	۲۳/۸۷ (۴/۹۱)	۲۴/۰۰ (۴/۲۴)

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد هر یک از نشانگان اختلال سوگ در سه مرحله اجرا آزمون به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است. قبل از انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها، پیش‌فرض‌های آن موردبررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها ( $P>0/05$ ) و نتایج آزمون لوین

حاکمی از همگنی واریانس‌ها بود ( $P > 0/05$ ). همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد ارزش F در مقایسه پیش‌آزمون نشانگان اختلال سوگ در بین سه گروه در سطح 0/05 غیر معنادار است. این موضوع بیانگر آن بود که پیش از اجرای متغیر مستقل، بین سه گروه به لحاظ پیش‌آزمون نشانگان اختلال سوگ تفاوت معناداری وجود نداشته و مفروضه استقلال متغیر پیش‌آزمون از عضویت گروهی در بین داده‌های نشانگان سوگ برقرار بوده است. در نهایت نتایج آزمون ام‌باکس حاکمی از برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای همه نشانگان سوگ و نتایج آزمون موخلی حاکمی از برقرار بودن مفروضه کرویت برای همه نشانگان اختلال سوگ بود ( $P > 0/05$ ). در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانگان سوگ در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر نشانگان سوگ

متغیر	اثرات	مجموع مجدورات	مجموع مجدورات خطا	F	p	$\eta^2$
ناامیدی	اثر گروه	۲۹۸۱/۲۲	۲۳۷۵/۲۰	۲۶/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
	اثر زمان	۱۳۵۳/۳۴	۲۳۵۱/۸۷	۲۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۲۷۸/۱۶	۵۴۱۱/۶۰	۴/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۱۹۱
رفتار وحشت‌زدگی	اثر گروه	۲۲۸۵/۱۷	۲۶۵۸/۹۳	۱۸/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
	اثر زمان	۱۲۹۹/۶۰	۳۷۶۹/۵۳	۱۴/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵۶
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۵۵۴/۵۲	۶۳۱۱/۲۰	۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹۸
رشد شخصی	اثر گروه	۱۰۷۲/۷۳	۱۸۳۴/۳۶	۱۲/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶۹
	اثر زمان	۵۹۸/۰۴	۱۶۷۶/۱۳	۱۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶۳
	اثر تعاملی گروه×زمان	۳۷۲/۹۲	۲۶۳۳/۲۴	۲/۹۷	۰/۰۳۴	۰/۱۲۴
سرزنش و خشم	اثر گروه	۶۴۱/۲۰	۸۲۰/۵۳	۱۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
	اثر زمان	۸۶۴/۹۰	۷۵۴/۰۰	۴۸/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
	اثر تعاملی گروه×زمان	۵۰۸/۸۰	۱۷۰۳/۴۷	۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳۰
انفصال و	اثر گروه	۱۰۰۵/۳۵	۱۲۳۷/۴۷	۱۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸

متغیر	اثرات	مجموع مجدورات	مجموع مجدورات خطا	F	p	$\eta^2$
کناره‌گیری	اثر زمان	۹۶۰/۴۰	۱۴۷۳/۷۳	۲۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵
	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۵۰/۲۵	۲۴۰۷/۲۰	۳/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۱۵۸
درهم‌ریختگی	اثر گروه	۶۱۲/۴۶	۱۰۰۵/۸۷	۱۲/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸
	اثر زمان	۲۲۴/۰۴	۵۴۹/۶۰	۱۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹۰
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۷۹/۹۴	۱۱۶۷/۰۷	۳/۲۴	۰/۰۱۶	۰/۱۳۴

جدول ۴ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه × زمان برای نشانه‌های درهم‌ریختگی ( $\eta^2 = ۰/۱۳۴$ ،  $P = ۰/۰۱۶$ ،  $F = ۳/۲۴$ ) و رشد شخصی ( $\eta^2 = ۰/۱۲۴$ )،  $\eta^2 = ۰/۱۹۱$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۲/۹۷$ ) سوگ در سطح  $۰/۰۵$  و بر نشانه‌های ناامیدی ( $\eta^2 = ۰/۱۹۱$ )،  $\eta^2 = ۰/۰۰۲$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۴/۹۶$ ) رفتار وحشت‌زدگی ( $\eta^2 = ۰/۱۹۸$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۵/۱۷$ )، سرزنش و خشم ( $\eta^2 = ۰/۲۳۰$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۶/۲۷$ ) و انفصال و کناره‌گیری ( $\eta^2 = ۰/۱۵۸$ )،  $\eta^2 = ۰/۰۰۶$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۳/۹۳$ ) آن در سطح  $۰/۰۱$  معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نشانگان سوگ را به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. در ادامه جدول ۵ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به نشانگان سوگ در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر نشانگان

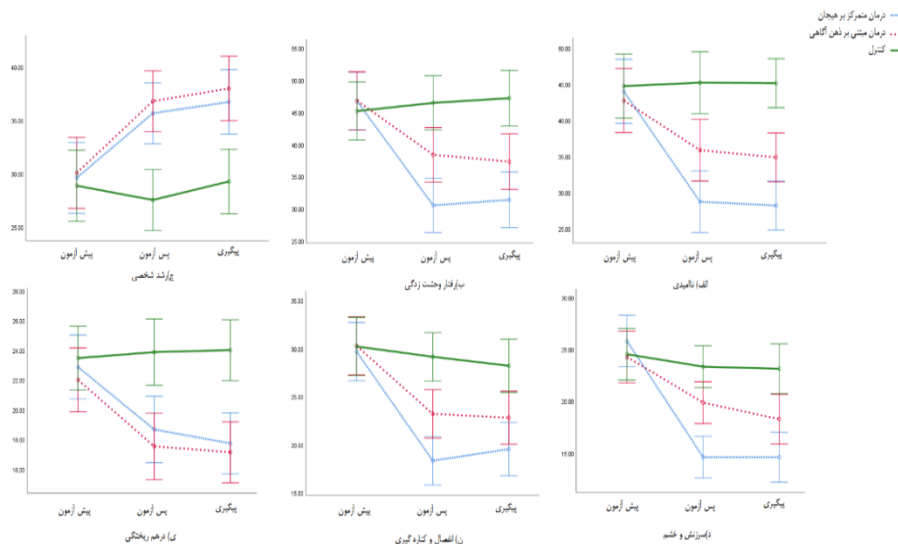
#### سوگ

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	زمان‌ها		متغیر
			پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۲	۱/۹۸	۷/۲۲	پس آزمون	پیش آزمون	ناامیدی
۰/۰۰۱	۱/۵۸	۷/۷۶	پیگیری	پیش آزمون	
۱/۰۰	۱/۴۵	۰/۵۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۸۲	۷/۷۸	پس آزمون	پیش آزمون	رفتار وحشت‌زدگی
۰/۰۰۱	۲/۰۰	۷/۶۰	پیگیری	پیش آزمون	
۱/۰۰	۱/۸۲	-۰/۱۸	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۳	۱/۰۹	-۳/۸۲	پس آزمون	پیش آزمون	رشد شخصی

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	زمان‌ها		متغیر
			پیش‌آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۳۳	-۵/۱۶	پیش‌آزمون	پیگیری	سرزنش و خشم
۰/۶۹۷	۱/۱۰	-۱/۳۳	پس‌آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۰۳	۵/۶۰	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۸۹	۶/۲۰	پیش‌آزمون	پیگیری	سرزنش و خشم
۱/۰۰	۰/۹۲	۰/۶۰	پس‌آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۱	۰/۹۹	۶/۴۹	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	انفصال و کناره‌گیری
۰/۰۰۱	۱/۲۵	۶/۵۳	پیش‌آزمون	پیگیری	
۱/۰۰	۱/۱۳	۰/۰۴	پس‌آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۸	۰/۸۷	۲/۷۶	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	درهم‌ریختگی
۰/۰۰۱	۰/۷۶	۳/۱۶	پیش‌آزمون	پیگیری	
۱/۰۰	۰/۷۲	۰/۴۰	پس‌آزمون	پیگیری	
مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	تفاوت گروه‌ها		متغیر
۰/۰۲۵	۱/۵۹	-۴/۱۸	مبتنی بر ذهن آگاهی	متمرکز بر هیجان	نامیدی
۰/۰۰۱	۱/۵۹	-۱۱/۳۸	کنترل	متمرکز بر هیجان	
۰/۰۰۱	۱/۵۹	-۷/۲۰	کنترل	مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۲۹	۱/۶۸	-۴/۶۲	مبتنی بر ذهن آگاهی	متمرکز بر هیجان	رفتار وحشت‌زدگی
۰/۰۰۱	۱/۶۸	-۱۰/۰۷	کنترل	متمرکز بر هیجان	
۰/۰۰۷	۱/۶۸	-۵/۴۴	کنترل	مبتنی بر ذهن آگاهی	
۱/۰۰	۱/۳۹	-۰/۹۶	مبتنی بر ذهن آگاهی	متمرکز بر هیجان	رشد شخصی
۰/۰۰۱	۱/۳۹	۵/۴۴	کنترل	متمرکز بر هیجان	
۰/۰۰۱	۱/۳۹	۶/۴۰	کنترل	مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۳۴	۰/۹۳	-۲/۴۷	مبتنی بر ذهن آگاهی	متمرکز بر هیجان	سرزنش و خشم
۰/۰۰۱	۰/۹۳	-۵/۳۳	کنترل	متمرکز بر هیجان	
۰/۰۱۱	۰/۹۳	-۲/۸۷	کنترل	مبتنی بر ذهن آگاهی	

متغیر	تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
انفصال و کناره‌گیری	متمرکز بر هیجان	مبتنی بر ذهن آگاهی	-۲/۹۱	۱/۱۴	۰/۰۴۴
	متمرکز بر هیجان	کنترل	-۶/۶۷	۱/۱۴	۰/۰۰۱
	مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	-۳/۷۶	۱/۱۴	۰/۰۰۶
درهم‌ریختگی	متمرکز بر هیجان	مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۸۷	۱/۰۳	۱/۰۰
	متمرکز بر هیجان	کنترل	-۴/۰۲	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	-۴/۸۹	۱/۰۳	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل میانگین نشانگان ناامیدی، رفتار وحشت‌زدگی، سرزنش و خشم، انفصال و کناره‌گیری و درهم‌ریختگی سوگ را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش و میانگین نمرات رشد شخصی را افزایش داده است ( $P < 0/05$ ). همچنین نتایج نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، میانگین نشانگان ناامیدی، رفتار وحشت‌زدگی، سرزنش و خشم و انفصال و کناره‌گیری را به‌صورت معنادار بیشتر کاهش داده است ( $P < 0/05$ ). شکل ۱ نمودارهای مربوط به نشانگان سوگ در گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.



شکل ۱. نمودارهای مربوط به نشانگان سوگ در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا.

### بحث و نتیجه‌گیری

شیوع ویروس عفونی کووید-۱۹ در جوامع مختلف به‌ویژه ایران و افزایش مرگ‌ومیر ناشی از این ویروس تبدیل به یک معضل جهانی شده است. نبود مواردی مانند حمایت‌های اجتماعی در قالب مراسم‌های خاک‌سپاری و حمایت‌های عاطفی از جانب اطرافیان با توجه به لزوم رعایت فاصله اجتماعی بر شدت ناراحتی فوت‌وابستگان و در نتیجه شدت نشانه‌های اختلال سوگ افزوده است. در همین راستا پژوهش حاضر درصدد مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان سوگ زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید-۱۹ بود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با گروه کنترل بر هر شش مؤلفه نشانگان سوگ (نشانگان ناامیدی، رفتار وحشت‌زدگی، رشد شخصی، سرزنش و خشم، انفعال و کناره‌گیری و درهم‌ریختگی) اثربخشی معنادار و پایداری دارد. این یافته پژوهش با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های علی‌پور (۱۳۹۴)، طاهری و همکاران (۱۳۹۹)، محمودوندی و همکاران (۱۳۹۶)، دیوس و همکاران (۲۰۱۵) و کوکو - کیوهان (۲۰۱۵) که بیانگر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان

بر بهبود علائم روان‌شناختی اختلال سوگ بوده‌اند، نتایج همسویی را نشان می‌دهند. البته لازم به ذکر است پژوهش‌های ذکرشده در نمونه مورد مطالعه با پژوهش حاضر متفاوت بوده و همچنین پژوهش حاضر به‌طور خاص به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان‌برانگاز اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ پرداخته است که با پژوهش‌های قبلی تفاوت دارد. در تبیین این یافته به‌دست‌آمده می‌توان به این مورد اشاره کرد که به نظر می‌رسد درد عاطفی و بروز مشکل در تنظیم هیجان نقش کلیدی در بروز نشانگان اختلال سوگ دارد (روبینا و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا درمان متمرکز بر هیجان تلاش دارد تا به هسته مرکزی درد عاطفی دسترسی پیدا کند و با شناسایی نیازهای مرتبط با آن و ترمیم هیجان آسیب‌دیده از شدت درد عاطفی کاسته و تنظیم هیجان‌ها را بهبود بخشد. به همین منظور در مداخله ارائه‌شده تلاش شد با ایجاد یک رابطه ایمن که با همدلی درمانگر و اعتباربخشی به پیام‌های هیجانی تحکیم می‌شد، به درد عاطفی ایجادشده ناشی از فقدان دسترسی پیدا کرد. در ادامه با استفاده از تکنیک‌های تجربی مانند گفتگوی دو صندلی هیجان‌ها و نیازهای مرتبط با آن بازآفرینی گردد و به شکل سازگارانانه تجربه گردد. با توجه به اینکه در این تکنیک‌ها مواردی مانند آسیب‌های قبلی در رابطه با فرد متوفی بازآفرینی می‌شد و به پاسخ‌های سازگارانانه‌ای مانند بخشش و شفقت به خود منتهی می‌گردید، بنابراین احتمال دارد که این مداخله توانسته باشد از شدت نشانگان اختلال سوگ مانند خشم، درهم‌ریختگی و موارد دیگر را کاهش داده باشد. علاوه بر این باید توجه کرد که بخشی از علت بروز نشانگان اختلال سوگ به مشکلات وابستگی به فرد متوفی و همچنین بروز رفتارهای اجتنابی مانند اجتناب از پذیرش مرگ فرد متوفی برمی‌گردد (بولن و همکاران، ۲۰۱۹). در همین رابطه در مداخله درمان متمرکز بر هیجان تلاش شد که به رابطه دلبسته‌مدار با فرد متوفی دسترسی پیدا شود و بروز هیجان‌ها مرتبط با این رابطه و رسیدن به تجربه سازگارانانه مانند شفقت، بخشش و اعتبار نسبت به خود و فرد متوفی تسهیل گردد؛ بنابراین این احتمال وجود دارد که این مداخله‌ها منجر به کاهش نشانگان ناامیدی و رفتار وحشت‌زدگی و از افزایش رشد شخصی منجر شده باشد. در همین رابطه به نظر می‌رسد



که سوگ ناشی از کووید - ۱۹ تا حدودی ناشی از نبود منبع حمایت عاطفی باشد (زهای و دو، ۲۰۲۰)؛ بنابراین مداخله هیجان‌مدار با توجه به اینکه با حمایت و اعتباربخشی همراه است و رفتارهای خودحمایتی نظیر شفقت و بخشش را تسهیل می‌کند، احتمال دارد به‌مثابه یک منبع حمایتی منجر به کاهش نشانگان اختلال سوگ شده باشد.

همچنین نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل بر هر شش مؤلفه نشانگان سوگ (نشانگان ناامیدی، رفتار وحشت‌زدگی، رشد شخصی، سرزنش و خشم، انفصال و کناره‌گیری و درهم‌ریختگی) اثربخشی معنادار و پایداری دارد. هم‌راستا با این یافته اصلانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نشانگان سوگ در زنان اثربخش است. البته این پژوهش از لحاظ روش پژوهش و نمونه مورد مطالعه با پژوهش حاضر تفاوت داشت. همچنین نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های توماسینو و فابرو (۲۰۱۶)، هوانگ و همکاران (۲۰۱۹)، هوانگ و همکاران (۲۰۲۱) و نوتون و اوهرت (۲۰۱۸) نتایج همسویی را مبنی بر اینکه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود سازگاری با سوگ و کاهش علائم سوگ اثربخشی دارد، نشان دادند. در تبیین این یافته به‌دست‌آمده می‌توان به این مورد اشاره کرد که افراد دچار سوگ در خیلی از مواقع درگیری ذهنی شدیدی که عموماً شامل نشخوارهای ذهنی و عاطفی است را در رابطه با فرد متوفی تجربه می‌کند که درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند با کاهش این ریشانی و درگیری ذهنی، منجر به بهبود نشانگان اختلال سوگ گردد (تیلمن و همکاران، ۲۰۱۴). همان‌طور که در جلسه مداخله نیز مشاهده شد این درگیری‌های ذهنی و عاطفی عموماً شامل نحوه مرگ فرد متوفی و یا حسرت از انجام کاری و یا پشیمانی از عدم انجام کاری در ارتباط با فرد متوفی بود. چنین نشخوارهای عموماً باعث شده بود که افراد دچار آشفتگی هیجانی و شناختی شوند و نشانگان سوگ را بروز دهند. در همین رابطه نیز نشان داده‌شده که ریشه نشانگان سوگ تا حدودی نیز به همین درگیری فکری و عاطفی با فرد متوفی برمی‌گردد که به‌صورت هیجان‌ها، شناخت‌ها و رفتارهای ناسازگار بروز می‌کند (بولن و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین می‌توان استدلال کرد

که آموزش‌های ذهن‌آگاهی و تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی که بر عدم قضاوت و پذیرش تجربه تمرکز دارد تا حدودی توانسته از شدت این درگیری‌های ذهنی و هیجانی کاسته باشد. چراکه افراد را از اینکه متمرکز بر گذشته باشند، بر زمان حال متمرکز می‌کند و فرد را از یک موضع مبتنی بر قضاوت‌های عموماً منفی به سمت یک موضع مبتنی بر پذیرش و عدم قضاوت سوق می‌دهد؛ بنابراین احتمال دارد انجام این تمرین‌ها با افزایش پذیرش و عدم قضاوت از شدت نشانگانی مانند خشم، سرزنش، ناامیدی و موارد دیگر کاسته باشد. علاوه بر این باید توجه کرد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش عمل مستقل و بهبود توانایی شناختی به واسطه افزایش پذیرش تجربه فرد می‌گردد (سگال و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بنابراین می‌توان احتمال داد که این افزایش عمل مستقل و توانمندی شناختی که به واسطه تمرین‌های مراقبه و ذهن‌آگاهی در جلسه مداخله تسهیل شد، توانسته باشد به رشد شخصی و کاهش ناامیدی و درهم‌ریختگی زنان دچار نشانگان سوگ در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمک کرده باشد.

در نهایت نتایج به دست آمده نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به غیر مؤلفه رشد شخصی، بر بقیه مؤلفه‌ها به صورت معناداری اثربخشی بیشتری دارد. اگرچه پژوهش‌های قبلی به بررسی این مورد نپرداخته‌اند، با این حال می‌توان به جنبه‌های متمایز اختلال سوگ اشاره کرد که به طور خاص در درمان مبتنی بر هیجان به آن توجه می‌شود. یکی از این موارد، مربوط به کارهای ناتمامی است که فرد داغ‌دیده در قبال فرد متوفی در یک رابطه دلبسته‌مدار دارد (دیویس و همکاران، ۲۰۱۳). در همین رابطه درمان متمرکز بر هیجان با استفاده از تکنیک‌های مانند صندلی خالی و گفتگوی دو صندلی به کارهای ناتمام با فرد متوفی می‌پردازد. به نظر می‌رسد در خیلی از مواقع همین کارهای ناتمام است که باعث به وجود آمدن رفتارهای اجتنابی در قبال پذیرش مرگ فرد متوفی، شناخت‌های ناسازگار پیرامون مرگ متوفی و همچنین تجربه ناامیدی شدید و بروز عواطفی مانند سرزنش خود می‌گردد (بولن و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پذیرش تجربه و عدم قضاوت خود توجه

دارد و آن را تسهیل می‌کند، اما درمان متمرکز بر هیجان پا را فراتر می‌گذارد و با استفاده از تکنیک‌های نظیر صندلی خالی و گفتگوی دوصندلی زمینه بازآفرینی مجدد رابطه میان فرد سوگوار و فرد متوفی را فراهم می‌آورد و به حل و فصل آن‌ها کمک می‌کند؛ بنابراین می‌توان احتمال داد که درمان متمرکز بر هیجان، با توجه به اینکه به صورت ویژه به ترمیم رابطه فردی متوفی و فرد سوگوار می‌پردازد، بتواند نتایج اثربخش‌تری به دست آورد، چراکه در نهایت این مداخله با بخشش و شفقت نسبت به خود و فرد متوفی منجر می‌گردد؛ بنابراین می‌تواند استدلال کرد که درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، به‌غیر از پذیرش تجربه، بتواند با افزایش پاسخ‌های سازگارانه نظیر بخشش و شفقت همراه گردد و در نهایت به حل و فصل مسائل مرتبط با فرد متوفی و سوگ منجر گردد. در نهایت نباید از این نکته غافل شد که یکی از موارد مهم در افزایش نشانگان اختلال سوگ، نبود منابع حمایتی، به‌ویژه حمایت عاطفی است. اگرچه در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شکل‌گیری رابطه نیز توجه دارد، اما درمان متمرکز بر هیجان، با توجه به اینکه تا حدودی ریشه در نظریه‌های انسان‌گرا دارد، به استفاده از تکنیک‌های نظیر همدلی و اعتباربخشی توجه دارد که نوعی حمایت از مراجع و توانمندی او محسوب می‌گردد (بودنمن و همکاران، ۲۰۲۰؛ دیویدس و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین ارائه حمایت‌های عاطفی از طریق همدلی و اعتباربخشی که درمان متمرکز بر هیجان مشاهده می‌گردد، می‌تواند دلیل دیگری برای اثربخشی بیشتر این درمان تلقی گردد.

وقوع مرگ ناشی از ویروس کووید - ۱۹ برای وابستگان افراد متوفی به دلایلی مانند لزوم رعایت فاصله اجتماعی باعث ایجاد محدودیت در مراسم‌های مانند مراسم خاک‌سپاری شد. به عبارتی مرگ بر اثر کرونا برای وابستگان یک مرگ با شرایط معمول نیست و برخی محدودیت‌ها و شرایط خاص بر شدت اندوه و ناراحتی وابستگان افزوده و در نهایت به نظر می‌رسد منجر به شیوع بیشتر علائم اختلال سوگ در این افراد شده است. بر همین اساس بررسی مداخله‌های کارآمد جهت کمک به این افراد که بروز اختلال سوگ زندگی آن‌ها را نیز مختل کرده است، یک مسئله و ضرورت مهم به شمار می‌رود.

در همین راستا پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان اختلال سوگ زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ صورت گرفت. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که هر دو مداخله بر هر شش مؤلفه نشانگان سوگ (نشانگان ناامیدی، رفتار وحشت‌زدگی، رشد شخصی، سرزنش و خشم، انفعال و کناره‌گیری و درهم‌ریختگی) اثربخشی معنادار و پایداری دارند. همچنین نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان به‌غیراز مؤلفه رشد شخصی بر بقیه مؤلفه‌ها به‌صورت معناداری اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان شناختی متمرکز بر هیجان دارد. در مجموع نتایج به‌دست‌آمده حاکی از این بود که اگرچه هر دو مداخله اثربخشی معناداری دارند، بااین‌حال استفاده از درمان مبتنی بر هیجان می‌تواند اثربخشی بیشتری نشان دهد. بر همین اساس روان‌شناسان، مشاوران و متولیان این حوزه می‌توانند از هر دو مداخله به‌عنوان درمان‌های کارآمد برای بهبود نشانگان اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ استفاده کنند و برپایه نتایج به‌دست‌آمده می‌توانند برای درمان مبتنی بر هیجان اولویت بیشتری قائل شوند. البته باید توجه کرد که نمونه‌گیری پژوهش حاضر با توجه به محدودیت در دسترسی به نمونه‌ها، به‌صورت داوطلبانه صورت گرفت، بنابراین عدم نمونه‌گیری تصادفی و محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست‌آمده، محدودیت عمده پژوهش حاضر بود. همچنین باید توجه کرد نمونه مورد مطالعه فقط شامل زنان دچار نشانگان اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ بود، بنابراین نتایج به‌دست‌آمده محدود به این جمعیت بوده و قابل تعمیم به جمعیت‌های دیگر مانند مردان و یا افراد دچار سوگ ناشی از حوادث و رویدادهای دیگر نیست؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جمعیت‌های دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرند و در جهت بالا بردن تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست‌آمده جمعیت‌های مورد مطالعه قرار گیرند که امکان نمونه‌گیری تصادفی و در نتیجه بالا بردن قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، فراهم باشد. از لحاظ کاربردی علاوه بر اینکه روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند برپایه نتایج به‌دست‌آمده از دو مداخله درمان مبتنی بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با اولویت درمان مبتنی بر هیجان در جهت بهبود نشانگان

اختلال سوگ اسفاده کنند، همچنین متولیان سلامت جامعه نیز می‌توانند بر پایه نتایج بدست آمده آموزش‌های بر پایه هر دو مداخله در جهت بهبود نشانگان اختلال سوگ در وابستگان متوفیان ناشی از کووید-۱۹ تولید و در رسانه‌های دیداری و شنیداری عمومی و یا از طریق بیمارستان‌ها و سازمان‌های خدمات رسان در دسترس قرار دهند.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران از تمامی کسانی که با مشارکت خود به اجرای پژوهش کمک کردند و همچنین از مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) که با همکاری خود به اجرای پژوهش کمک کردند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

## منابع

- علی پور، مائده (۱۳۹۴). *اثربخشی گروه‌درمانی هیجان مدار بر تاب‌آوری و آثار سوگ در زنان مبتلا به سوگ نابهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- طاهری، علی؛ منشی، غلامرضا؛ و عابدی، احمد (۱۳۹۹). *مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور بر عزت‌نفس و مشکلات خواب در نوجوانان داغ‌دیده پسر*. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹ (۷۵)، ۳۴-۶۴.
- محمودوندی باهر، الهه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ و خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۹۶). *اثربخشی درمان گروهی هیجان مدار بر امید و افکار خودآیند منفی زنان مطلقه*. *سلامت اجتماعی*، ۱۵ (۱)، ۶۷-۷۶.
- اصلائی، خالد؛ حاجی حیدری، مهناز؛ رجیبی، غلامرضا؛ و امان الهی، عباس (۱۳۹۸). *بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افراد مبتلا به نشانگان سوگ پیچیده*. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۴۲ (۹)، ۱-۹.
- شریفی، مرضیه؛ فاتحی زاده، مریم‌السادات؛ و احمدی، احمد (۱۳۹۲). *ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه آثار سوگ هوگان در خانواده‌های داغ‌دیده ایرانی*. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴ (۳ (پیاپی ۵۳))، ۶۹-۷۹.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA.
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical psychology review*, 55, 74-91.
- Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences. *Clinical Psychology in Europe*, 2(3), 1-12.
- Boelen, P. A., Smid, G. E., Mitima-Verloop, H. B., de Keijser, J., & Lenferink, L. I. (2019). Patterns, predictors, and prognostic validity of persistent complex bereavement disorder symptoms in recently

- bereaved adults: A latent class analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(11), 913-920.
- Cucu-Ciuhan, G. (2015). Emotion focused therapy in posttraumatic stress disorder: a clinical case. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 13-17.
- Davis, P. S., Edwards, K. J., & Watson, T. S. (2015). Using Process-Experiential/Emotion-Focused therapy techniques for identity integration and resolution of grief among third culture kids. *The Journal of Humanistic Counseling*, 54(3), 170-186.
- Dryden, W., & Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2021). Emotion regulatory strategies in complicated grief: A systematic review. *Behavior Therapy*, 52(1), 234-249.
- Eisma, M. C., Lenferink, L. I., Chow, A. Y., Chan, C. L., & Li, J. (2019). Complicated grief and post-traumatic stress symptom profiles in bereaved earthquake survivors: a latent class analysis. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1558707.
- Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-428.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Huang, F. Y., Hsu, A. L., Chao, Y. P., Shang, C. M. H., Tsai, J. S., & Wu, C. W. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy on bereavement grief: Alterations of resting-state network connectivity associate with changes of anxiety and mindfulness. *Human brain mapping*, 42(2), 510-520.
- Huang, F. Y., Hsu, A. L., Hsu, L. M., Tsai, J. S., Huang, C. M., Chao, Y. P., ... & Wu, C. W. (2019). Mindfulness improves emotion regulation and executive control on bereaved individuals: An fMRI study. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 541-555.
- Huang, F. Y., Daryl B. Greenfield, Lee A. Schmidt, N. (2001). Development and validation of the Hogan grief reaction checklist. *Death studies*, 25(1), 1-32.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Oosterhoff, B., Goldenthal, H., Howell, K. H., Wamser-Nanney, R., Pynoos, R. (2018). Validation of the Persistent

- Complex Bereavement Disorder (PCBD) Checklist: A developmentally informed assessment tool for bereaved youth. *Journal of traumatic stress*, 31(2), 244-254.
- Kulka, J. M., De Gagne, J. C., Mullen, C. K., & Robeano, K. (2018). Mindfulness-Based stress reduction for newly graduated registered nurses. *Creative nursing*, 24(4), 243-250.
- Medvedev, O. N., Krägeloh, C. U., Narayanan, A., & Siegert, R. J. (2017). Measuring mindfulness: Applying generalizability theory to distinguish between state and trait. *Mindfulness*, 8(4), 1036-1046.
- Newton, T. L., & Ohrt, J. H. (2018). Infusing mindfulness-based interventions in support groups for grieving college students. *The Journal for Specialists in Group Work*, 43(2), 166-183.
- Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L. (2021). Online treatment of persistent complex bereavement disorder, posttraumatic stress disorder, and depression symptoms in people who lost loved ones during the COVID-19 pandemic: Study protocol for a randomized controlled trial and a controlled trial. *European Journal of psychotraumatology*, 72(4), 1-29.
- Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Vuletich, H. A., & McNally, R. J. (2014). Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *Journal of abnormal psychology*, 123(3), 510.
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Tang, S., & Xiang, Z. (2021). Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Globalization and health*, 17(1), 1-9.
- Thieleman, K., Cacciatore, J., & Hill, P. W. (2014). Traumatic bereavement and mindfulness: A preliminary study of mental health outcomes using the ATTEND model. *Clinical Social Work Journal*, 42(3), 260-268.
- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., ... & Crane, C. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services. *Mindfulness*, 11(2), 279-290.
- Tomasino, B., & Fabbro, F. (2016). Increases in the right dorsolateral prefrontal cortex and decreases the rostral prefrontal cortex activation after-8 weeks of focused attention based mindfulness meditation. *Brain and cognition*, 102, 46-54.
- Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., Margolis, R., & Daw, J. (2020). Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement



multiplier applied to the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(30), 17695-17701.

World Health Organization. (2021). *Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed: interim guidance, 12 July 2021* (No. WHO/2019-nCoV/IPC/2021.1). World Health Organization.

Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 80-81.

**استناد به این مقاله:** جاویدنیا، سهیلا، مجتبایی، مینا، بشردوست، سیمین. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان سوگ زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۳(۵۱)، ۱۱۵-۱۴۷.

DOI: 10.22054/QCCPC.2022.65527.2862



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

