

مقایسه اثربخشی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر نشانه‌های سوگ و امید به زندگی زنان با تجربه فقدان

اصغر آقایی^۱ و پریسا طاهری پور^۲

غم ناشی از فقدان یک فرد عزیز از بزرگ‌ترین بحران‌هایی است که انسان باید با آن روبرو شود. امید به زندگی می‌تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود که نقش مهمی در سازش یافتگی با فقدان دارد. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر نشانه‌های سوگ و امید به زندگی در زنان با تجربه فقدان بود. بدین منظور طی یک طرح نیمه آزمایشی سه گروهی سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری) ۴۲ نفر از زنان با سابقه فقدان به صورت نمونه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. آزمودنیها در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از نظر سوگ و امید به زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثربخشی تکنیک غم اصیل بر نشانه‌های سوگ بیشتر از درمان ذهن آگاهی بود اما بین دو گروه «تکنیک غم اصیل» و «درمان ذهن آگاهی» بر امید به زندگی تفاوت معناداری وجود نداشت. این پژوهش تأیید می‌کند که تکنیک غم اصیل می‌تواند مداخله‌ای قوی‌تر در مدیریت سوگ باشد، درحالی‌که برای افزایش امید به زندگی، هر دو روش می‌تواند به کار گرفته شوند. این نتایج برای درمانگران و مشاوران سوگ اهمیت دارند، زیرا نشان می‌دهند که انتخاب نوع مداخله باید بر اساس هدف درمانی (کاهش سوگ یا افزایش امید) صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: تکنیک غم اصیل، درمان ذهن آگاهی، نشانگان سوگ، امید به زندگی

مقدمه

فقدان یک موقعیت بالقوه یا واقعی است که در آن چیزی ارزشمند از شخص تغییر کرده یا از دستش می‌رود. مردم ممکن است از دست دادن عزیزان، احساس رفاه و بهزیستی، شغل، دارایی‌های شخص، تصویر از بدن یا اعتقادات خود را تجربه کنند. اغلب بیماری و بستری شدن با وقوع فقدان همراه است.

۱ دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران aghaeipsy@gmail.com

۲ دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسوول)

taheripoor.parisa@yahoo.com

نهایتاً هر فردی در طول زندگی خود فقدان را تجربه خواهد کرد. فقدان، می تواند یک حادثه استرس زای شدید باشد و منجر به علایم اندوه حاد و دردناک مانند پرداختن مداوم به منبع فقدان، درد شدید عاطفی، مشکل در پذیرش فقدان یا بی حسی عاطفی، گردد (استیل، گاترمن، هریسون، استارک و شوارتزکف، ۲۰۱۸).

آشکار است که مرگ، دائمی و شدیدترین شکل از دست دادن است. گرچه مرگ غیرقابل اجتناب است، اما می تواند مردم را تحریک کند که به خودشناسی بهتر رسیده یا دیگران را بهتر بشناسند. سوگ، رنج عاطفی شدیدی است که در پی فقدان، فاجعه یا اتفاقی ناگوار تجربه می شود. سوگ، سوگواری و داغ دیدگی، اصطلاحاتی هستند که به واکنش های روانی بازماندگان یک فقدان بزرگ اطلاق می شوند. اندوه هر شخص، مختص خود اوست و همه به یک شکل سوگواری نمی کنند (موکگل، ۲۰۱۸). سوگ به طور گسترده ای علایمی را گزارش می کند که افسردگی توسط بسیاری از همان ویژگی ها مشخص می شود (لوماس، ۲۰۱۸). بر اساس شواهد بالینی، بسیاری از افراد داغ دیده، در معرض خطر نشانگان افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری های جسمی، بدکارکردی سیستم ایمنی و افزایش احتمال مرگ و میر قرار دارند (تومیتا و کیتامورا، ۲۰۰۲). اگرچه روند غم و اندوه هر شخص متفاوت است، اما الگوهای خاصی وجود دارد که برای بسیاری از غم ها استفاده می شود. به طور مثال واکنش های غم و اندوه که به صورت گریه، ترس و عصبانیت ابراز می شود، چنان رایج است که جهانی تلقی می شود (گیجن، هویر، بونکامپ، ۲۰۱۶). اهمیت ملاحظات فرهنگی هنگام ارزیابی افراد با اندوه پیچیده، بسیار اهمیت دارد (شاو و میکس، ۲۰۱۲). برای کسانی که سال ها متأهل بوده اند، یادآوری زندگی قبل از همسر دشوار است و حتی ایجاد زندگی جدید پس از، از دست دادن او دشوارتر است (شیر، گنسکور، کاتزکه، ۲۰۱۳).

در زمینه درمان سوگ رویکردهای متعددی وجود دارد. یکی از راه های درمان مشکلات غم و اندوه ناشی از فقدان، تکنیک غم اصیل است. این تکنیک متشکل از ۱۵ گام است که برای بیماران داغ دیده، سوگوار، افسرده و افراد دچار فقدان تدوین و طراحی گردیده است. برای درمان مشکل بی معنایی ناشی از فقدان معنای بیمار، همچنین برای درمان بی معنایی ناشی از حیرت زدگی شدید معنایی از تکنیک غم اصیل می توان استفاده کرد. منظور از توانایی درک غم اصیل یعنی: توانایی درک جنبه های هیجانی مثبت یک رویداد غم انگیز در کنار هیجان های منفی آن و توانایی رسیدن سریع تر به مرحله پذیرش نسبت به اکثر مردم در رویدادی مشابه است (آقای، ۲۰۱۹). منظور از اصطلاح غم اصیل، غمی است که لازمه رشد و تکامل انسان است. آگاهانه پذیرفته می شود و شخص

غمگین با پذیرش آن، به شکلی عاقلانه و منطقی با غم مواجه شده و با صبر و وقار و بزرگ منشی مراحل سوگواری و درد و رنج ناشی از آن را پشت سر می گذارد. برای غم احترام خاص قائل است و وجودش را گرامی و مقدس می دارد. مصیبت غم بار و حزن آور را فرصت و نعمتی می داند که او را محک می زند و عبور سالم از آن، دنیا و زندگی تازه، زلال و شسته تری را فرارویش قرار می دهد غم اصیل، غمی است که همانند یک ماده شوینده در مسیر خود خورده غم ها و اندوه ها و کدورت های از قبل انباشته شده را شسته و با خود از ذهن و وجود شخص مبتلا به غم، پاک می کند. پس از عبور تند غم اصیل از دنیای ذهن صاحب غم، دیگر هیچ کینه و عداوتی باقی نمی ماند، دیگر نفرت و بیزاری وجود ندارد. مهربانی و عطوفت از ویژگی های آنی و بلافاصله درک غم اصیل است (آقایی، ۲۰۱۹).

در زمینه سلامت روان، آموزش ذهن آگاهی افراد را ترغیب به آگاهی از ماهیت زودگذر پدیده های هیجانی شناختی می کند. از این طریق با افکار و احساسات خود، رابطه ی دلسوزانه و پذیراتری برقرار می کنند؛ مثل یادگیری تعلیق عادات و رفتارهای ناسازگار (کلانیتسکی، اسمیت، آندریوس و نیوبای، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه های شرقی و فلسفه ی بودائی است (کیندل و رافوت، ۲۰۱۹؛ ویلگنس، کریگ، دلوکا، دسانتو و فورنزا، ۲۰۱۶). آموزش ذهن آگاهانه بر «نفس» تمرکز می کند و فرد را آموزش می دهد تا در لحظه ی حاضر کاملاً توجه کند. آزاد کردن فرد از نگرانی در مورد آینده یا شایعات مربوط به گذشته (کیندل و رافوت، ۲۰۱۹).

فقدان بخشی اجتناب ناپذیر از هستی همه موجودات است و سوگ تجربه ای جهان شمول و واکنش بهنجار به فقدان به حساب می آید (رفیعی، اسکندری، برجعلی، فرخی، ۲۰۱۹؛ مک کارتی، ۲۰۰۲). هر دو این پدیده ها به واسطه بخش ذهنی غالبشان دارای ماهیتی مبهم هستند که به این واسطه تعاریف متعدد و بعضاً متضادی را ایجاد می کنند. سوگ یک واکنش متداول و جهانی در برابر فقدان است و به عنوان یک واکنش روانی و جسمی تعریف می شود که ممکن است شامل علایم احساسی، شناختی، رفتاری و جسمانی باشد (نیلسن، کارلسن، نیرگارد، بیدستروپ و گالدین، ۲۰۱۹؛ شیر، ۲۰۱۵).

یکی از متغیرهایی که در حوادث تنش زای زندگی نقش اساسی ایفا می کند، امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی است که می تواند باعث غنای زندگی شود و افراد را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببیند (صفریان طوسی، ثوابی و خوئی نژاد، ۲۰۱۸). افرادی که دچار رخدادهای استرس زا شده اند با درجات متفاوتی از امید در انتظار همه چیز حتی معجزه بوده و از آنجاکه افراد به دنبال پیش گویی خودکام بخش هستند، مایل اند در جهت پیش بینی های خود رفتار کنند (اشنایدر، ریشل، راوید و برگ، ۲۰۰۶). کاربست نظریه امید اشنایدر در

روان درمانگری، منجر به شکل گیری و طراحی برنامه های مداخلاتی برای افزایش نظام مند امید در مراجعان شده است (صفریان طوسی و همکاران، ۲۰۱۸). امید به زندگی می تواند به عنوان یک عامل شفاف دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازش یافتگی با فقدان دارد (علی پور، دهکردی، امینی و هاشمی، ۲۰۱۶).

روش

در پژوهش حاضر از روش نیمه آزمایشی و طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری یک ماهه استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال با تجربه فقدان در تابستان ۱۳۹۹ ساکن شهر اصفهان بود. تعداد نمونه پژوهش شامل ۴۲ آزمودنی بود. برای جمع آوری نمونه های مربوط ابتدا به مراکز عمومی و کتابخانه ها مراجعه شد و پرسشنامه های تحقیق در اختیار زنانی که سابقه سوگ ۶ ماه داشتند، قرار داده شد. پس از بررسی داده های استخراج شده از پرسشنامه ها، نمونه های دارای تجربه سوگ ناشی از فقدان انتخاب و به صورت نمونه برداری تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (گروه تکنیک غم اصیل و گروه ذهن آگاهی) و یک گروه کنترل، هر گروه ۱۴ نفر، جایگزین شدند. ملاک هایی که محقق جهت ورود افراد به پژوهش در نظر گرفته بود، عبارت بودند از: فاصله سنی ۲۵-۴۵ سال، حداقل گذشت ۶ ماه از تجربه سوگ و تکمیل فرم رضایت نامه درمان. در مرحله بعد، جهت تعیین اعضای گروه های آزمایش و کنترل، در یک جلسه با حضور تمامی زنان واجد شرایط، پرسشنامه های پژوهش توسط آن ها تکمیل گردید. پس از بررسی پرسشنامه ها، ۴۲ زن که در پرسشنامه سیاهه سوگ هوگان نمراتی بالا کسب کرده بودند، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش (تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی) و کنترل گمارش شدند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی (۲۰۱۳) رعایت گردید که از جمله آن ها می توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد. در این پژوهش از سیاهه آثار سوگ هوگان^۱ و پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر^۲ استفاده شد. سیاهه آثار سوگ هوگان یکی از ابزارهای معتبر در حیطه سنجش سوگ است که توسط هوگان در سال

1 Hogan

2 Life Expectancy Scale of Snyder

۱۹۸۸ ساخته شده است و از این امتیاز برخوردار می باشد که بر اساس مطالعات تجربی بر روی داغ دیدگان تدوین گردیده و بنابراین نسبت به ابزارهایی که صرفاً اساس نظری دارند، برتری قابل ملاحظه ای دارد (هوگان، ۱۹۹۸). هوگان، گرینفیلد و اسکمیت (۲۰۰۱) براین عقیده هستند که زیر مقیاس های این سیاهه علاوه بر ارایه اطلاعات معتبر و قابل اعتماد درباره الگوهای داغ دیدگی بهنجار، نسبت به تغییرات فرایند داغ دیدگی، به عنوان تابعی از زمان نیز حساس هستند. این پرسشنامه را برخی پژوهشگران به دلیل سهولت استفاده برای مراجعان و فراهم کردن ارزشیابی چندبعدی از فرایند مقابله با داغ دیدگی، پیشنهاد کرده اند (گریوس، ۲۰۰۹). پیشنهاد ساخت سیاهه آثار سوگ هوگان نشان می دهد که ماده های آن بیشتر بر اساس اطلاعات گردآوری شده از مصاحبه با والدین داغ دیده تنظیم شده و پس از چندین مرحله اجرا در گروه های مختلف و تحلیل عوامل، فرم نهایی ۶۱ ماده ای با شش زیر مقیاس ناامیدی، رفتارهای وحشت زدگی، سرزنش و خشم، درهم ریختگی، کناره گیری و رشد شخصی آماده گردیده است (هوگان، وردن، اسکمیت، ۲۰۰۴). پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (به هیچ وجه من را توصیف نمی کند تا خیلی خوب من را توصیف می کند) می باشد. یکی از امتیازات این سیاهه، توجه به هر دو جنبه آسیب شناختی و تغییرات روان شناختی مثبت است. اعتبار سیاهه آثار هوگان در چندین مطالعه تأیید شده است. هوگان و همکاران (۲۰۰۱)، همسانی درونی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ و با استفاده از روش باز آزمایی در دامنه ای از ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ گزارش کرده اند. پژوهش های دیگری نیز روایی و پایایی این ابزار را تأیید کرده اند. کاینون، پایوی، پانون و ایرجانی (۲۰۰۰) در دو پژوهش در فنلاند، ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس های آن را بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۲ و لاکسو، پاینون و ایمونن (۲۰۰۳) بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۴ به دست آورده اند. در پژوهش حاضر همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹۲ بدست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر (۲۰۰۲) برای سنجش امیدواری ساخته شد و دارای ۱۲ سوال است که به صورت خود سنجی اجرا می شود. چهار سوال برای سنجش تفکر عاملی، چهار سوال برای سنجش تفکر راهبردی و چهار سوال هم انحرافی است. بنابراین، پرسشنامه دو مقیاس عامل و راهبرد را در برمی گیرد. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای است. این پرسشنامه برای افراد ۱۵ سال به بالا طراحی شده است تحقیقات زیادی از پایایی و روایی مطلوب این ابزار حکایت دارد. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان بالاتر است (اشنايدر و لویز، ۲۰۰۷). همسانی درونی زیرمقیاس عاملی

۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیرمقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر همسانی درونی کل آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰۸ می باشد.

شیوه اجرا

پس از جایگزینی آزمودنی ها در گروه های آزمایش و کنترل و اخذ پیش آزمون، برای شرکت کنندگان گروه های آزمایش، مداخله تکنیک غم اصیل در ۸ جلسه یک و نیم ساعته و درمان ذهن آگاهی در ۸ جلسه یک و نیم ساعته به شیوه گروهی و به شکل هفتگی ارائه شد؛ اما آزمودنی های گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان، مجدداً اعضای هر دو گروه به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. پروتکل جلسات مداخله نیز در مورد تکنیک غم اصیل بر اساس کتاب نظریه سالم (آقایی، ۲۰۱۸) و معنا و حیرت (آقایی، ۲۰۱۹) و در مورد درمان ذهن آگاهی بر اساس پروتکل ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۵) طراحی گردید. خلاصه ای از شیوه اجرای هر دو درمان در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل تکنیک غم اصیل

جلسه	سرفصل
اول	معارفه و آشنایی افراد با یکدیگر، ارائه مفاهیم کلی (گام ها)، تعریفی از غم و اندوه، بحث در مورد اینکه غم و اندوه چه تأثیری بر روی زندگی دارد، توضیح مراحل سوگ، ارائه مفهوم غم اصیل، معرفی افراد با ویژگی درک غم اصیل، ارائه تکالیف خانگی
دوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، غم فقط یک هیجان منفی نیست، ارائه توضیحاتی در مورد جنبه های مثبت غم، تاب آوری و ویژگی های آن، بازخورد گرفتن از شرکت کنندگان درباره مباحث جلسه، ارائه تکالیف خانگی
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، تنها قربانی غم نبودن، نگاه کردن به غم و اندوه دیگران، غم و اندوه های بزرگ تر و شدیدتر، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، سوءاستفاده نکردن از غم، فراموش نکردن همه خاطرات مرتبط با غم، تبدیل کردن غم به قطعات کوچک تر و قابل تحمل تر، ارائه تکالیف خانگی
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، جلوگیری از رسوب غم، بخشش و گذشت در دوران غم و اندوه، ارائه تمرین هایی برای گذشت و بخشش، ارائه تکالیف خانگی
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بازگشت به روند عادی زندگی، مسافرت در دوران غم و اندوه، ارائه تکالیف خانگی
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، برنامه سوگواری، اختصاص دادن مدت زمان خاص و محدود برای سوگواری
هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، مراسم خداحافظی (با غم، افسردگی و...)

جدول ۲. خلاصه جلسات پروتکل ذهن آگاهی

جلسه	سرفصل
اول	معرفی شرکت کنندگان، ارائه توضیحاتی در مورد سوگ، فقدان و امید به زندگی و تأثیر آن بر امور خانواده، تمرین خوردن کشمش، بحث درباره اینکه بسیاری از مردم به شیوه ذهن آگاهانه ای زندگی می کنند اغلب به آنچه انجام می دهند توجهی نمی کنند، تمرین مراقبه متمرکز بر تمرکز، تمرین واری بدن.
دوم	تمرین واری بدن، دعوت از شرکت کنندگان در ارتباط با صحبت درباره تجربه هایشان از تمرینات ذهن آگاهی، بررسی موانع، بحث در ارتباط با برخی ویژگی های ذهن آگاهی همچون غیر قضاوتی بودن و یا رها کردن، تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس.
سوم	تمرین کوتاه دیدن و یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس های بدنی، فضای تنفس سه دقیقه ای، تمرین حرکات آگاهانه بدن
چهارم	مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار (به اصطلاح مراقبه نشسته با چهار مؤلفه اصلی)، بحث درباره استرس و واکنش های معمول افراد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و واکنش های جایگزین، راه رفتن آگاهانه
پنجم	تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره اذعان و پذیرش واقعیت موقعیت حاضر همان طور که هست، تمرین سری دوم حرکات آگاهانه بدن
ششم	فضای تنفس سه دقیقه ای، بحث درباره افکار که محتوای اغلب واقعی نیست
هفتم	تمرین مراقبه نشسته و آگاهی باز (به هر چیزی که لحظه به لحظه وارد هشیاری می شود)، بحث درباره بهترین راه برای مراقبت از خود چیست، تمرین بررسی فعالیت های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند و یادگیری برنامه ریزی برای فعالیت های خوشایند، تمرین مراقبه عشق و مهربانی
هشتم	تمرین واری بدن، بحث از آنچه تاکنون آموخته اید، ارزیابی آموزش، ارائه منابع بیشتر

در این پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. داده ها بعد از بررسی مفروضه های مرتبط با بیست و چهارمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها

تجزیه و تحلیل داده ها در قسمت توصیفی نشان داد، میانگین سن در گروه تکنیک غم اصیل $34 \pm 6/23$ سال، در درمان ذهن آگاهی $33 \pm 5/08$ سال و گروه کنترل $32/57 \pm 2/87$ سال است. یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		sd	M	sd	M	sd	M
سوگ	تکنیک غم اصیل	۲۰۶/۶۴	۲۱/۹۵	۱۲۶/۳۵	۱۹/۳۸	۱۲۰	۱۶/۲۲
	درمان ذهن آگاهی	۱۹۱/۳۵	۱۲/۱۷	۱۳۶/۰۷	۲۸/۸۸	۱۳۸	۲۵/۶۵
	کنترل	۲۰۳/۷۱	۱۸/۴۳	۲۰۳	۱۷/۰۷	۲۰۳/۷۲	۱۷/۷۸
امید به زندگی	تکنیک غم اصیل	۱۳/۹۲	۶/۵۸	۲۵/۵۷	۴/۰۹	۲۴/۷۱	۴/۱۵
	درمان ذهن آگاهی	۱۳/۷۱	۲/۷۵	۲۷/۰۷	۳/۳۶	۲۶/۲۸	۴/۲۱
	کنترل	۱۰/۸۵	۴/۱۵	۱۱/۲۱	۳/۷۴	۱۱/۳۵	۳/۶۹

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات امید به زندگی در گروه‌های مداخله (تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی) نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد؛ درحالی‌که میانگین نمرات سوگ در این مراحل کاهش نشان داده است. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مانند اندازه‌های تکراری مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش‌فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. پیش از انجام تحلیل‌ها و پیش‌فرض‌های مربوطه موردبررسی قرار می‌گیرد. هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را موردبررسی قرار دهد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه باقی است.

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در متغیر سوگ در مرحله پیش‌آزمون ($F=2/59, sig=0/087$)، پس‌آزمون ($F=2/18, sig=0/126$) و پیگیری ($F=1/98, sig=0/152$) و در امید به زندگی در پیش‌آزمون ($F=3/08, sig=0/057$)، پس‌آزمون ($F=0/284, sig=0/754$) و پیگیری ($F=0/278, sig=0/759$)، به‌دست آمده است که نتایج نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو متغیر و در هر سه مرحله تأییدشده است. نتایج آزمون ماچلی

نیز جهت بررسی یکنواختی کوواریانس ها در گروه ها برای متغیر سوگ زندگی (Mauchly's $W=0/24$ ، $\chi^2=54/29$ ، $\text{sig}=0/001$) و امید به زندگی (Mauchly's $W=0/412$ ، $\chi^2=33/66$ ، $\text{sig}=0/001$) به دست آمد که بیانگر عدم تأیید آن در متغیرهای پژوهش است. از این رو در تحلیل های درون آزمودنی در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر از آزمون محافظه کارانه ای چون گرین هاوس - گیزر استفاده می شود.

نتایج آزمون چند متغیره با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز و اثربیلایی نمرات سوگ در اثر زمان (sig=0/769، F=0/087)، تعامل زمان و پیش آزمون (sig=0/691، F=0/161) و تعامل زمان و گروه (sig=0/008، F=5/53) به دست آمد. همچنین در امید به زندگی در اثر زمان (sig=0/508، F=0/446)، تعامل زمان و پیش آزمون (sig=0/214، F=1/59) و تعامل زمان و گروه (sig=0/623، F=0/48) به دست آمد که نشان داد، در متغیرهای پژوهش تأثیر اصلی زمان به طور کلی و تعامل زمان و پیش آزمون معنی دار نشده است اما تعامل زمان و گروه ها یعنی روند مراحل پژوهش یعنی پس آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در گروه ها در متغیرهای سوگ، معنی دار شده است. نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	SS	df	MS	F	df	اندازه	توان
								اثر	آماری
آزمون	پیش آزمون	۶۶۰۷/۱۶۴	۱	۶۶۰۷/۱۶۴	۸/۹۲	۰/۰۰۵	۰/۱۹	۰/۸۲۹	
	گروه	۱۰۰۱۶۰/۳۰۶	۲	۵۰۰۸۰/۱۵۳	۶۷/۶۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱	۱/۰۰۰	
	خطا	۲۸۱۵۰/۳۳۶	۳۸	۷۴۰/۷۹۸					
درون	اثر زمان	۱/۹۳	۱	۱/۹۳	۰/۰۸۷	۰/۷۶۹	۰/۰۰۲	۰/۰۶	
	اثر زمان × پیش آزمون	۳/۵۶	۱	۳/۵۶	۰/۱۶۱	۰/۶۹۱	۰/۰۰۴	۰/۰۶۸	
	اثر زمان × گروه	۲۴۵/۱۹۹	۲	۱۲۲/۵۹۹	۵/۵۳	۰/۰۰۸	۰/۲۲۶	۰/۸۲۴	
آزمون	پیش آزمون	۱۸۵/۹۴۷	۱	۱۸۵/۹۴۷	۷/۷۹	۰/۰۰۸	۰/۱۷	۰/۷۷۶	
	گروه	۳۲۲۹/۸۸	۲	۱۶۱۴/۹۴	۶۷/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰۰	
	خطا	۹۰۶/۸۰۳	۳۸	۲۳/۸۶					
درون	اثر زمان	۰/۹۷۹	۱	۰/۹۷۹	۰/۴۴۶	۰/۵۰۸	۰/۰۱۲	۰/۱	
	اثر زمان × پیش آزمون	۳/۴۹	۱	۳/۴۹	۱/۵۹	۰/۲۱۴	۰/۰۴	۰/۲۳۴	
	اثر زمان × گروه	۲/۱۱	۲	۱/۰۵۳	۰/۴۸	۰/۶۲۳	۰/۰۲۵	۰/۱۲۳	

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۴، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات سوگ و امید به زندگی در دو گروه آزمایش (تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0/001$). نتایج نشان داده است که ۷۸/۱ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر سوگ و ۷۹ درصد در متغیر امید به زندگی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. بر اساس نتایج در تحلیل‌های درون آزمودنی، بین میانگین نمرات هر دو متغیر سوگ و امید به زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$)، هم‌چنین تعامل اثر زمان و پیش‌آزمون نیز در هر چهار متغیر غیر معنی‌دار است ($p > 0/05$). نتایج اما نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیر سوگ معنی‌دار است ($p < 0/05$). به عبارت دیگر تفاوت نمرات این متغیر در مراحل پژوهش در سه گروه، معنی‌دار است. میزان این تفاوت‌ها در متغیر سوگ ۰/۲۲۶ است؛ یعنی ۲۲/۶ درصد از واریانس یا تفاوت‌های فردی در متغیر سوگ به تفاوت‌های بین دو مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است.

نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش نشان داد، در هر دو متغیر سوگ و امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه تکنیک غم اصیل ($p < 0/001$) و درمان ذهن آگاهی ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان تأثیر تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر بهبود علائم سوگ در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۷۲/۶ و ۵۹/۵ درصد و در پیگیری ۷۹/۶ و ۶۳/۹ درصد حاصل شده است. تکنیک غم اصیل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب به میزان ۷۲/۸ و ۶۴/۴ درصد و درمان ذهن آگاهی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۷۷/۲ و ۷۰ درصد در بهبود امید به زندگی در زنان با سابقه فقدان تأثیر داشته است.

در مقایسه دو روش درمانی نتایج حاکی از آن است که تنها در متغیر سوگ در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی تفاوت معنی‌داری نشان داده شده است و در متغیر امید به زندگی تفاوت دو روش درمانی معنی‌دار نبوده است.

دیگر نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد که، میانگین نمرات در هر دو متغیر علائم سوگ و امید به زندگی در هر یک از گروه‌های آزمایش (تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی) و گروه کنترل در دو مرحله پژوهش در فاصله اطمینان ۹۵ درصد قرار داشته و صفر در این کران بالا و پایین نیست. هم‌چنین فواصل اطمینان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در همه گروه‌ها باهم همپوشی دارد که نشان می‌دهد بین میانگین نمرات در هر دو متغیر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر گروه تفاوت وجود

ندارد به عبارت دیگر اثربخشی هر یک از درمان‌ها در مرحله پیگیری باقی‌مانده است و تغییر معنی‌داری نسبت به پس‌آزمون ندارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی تکنیک غم‌اصیل و درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های سوگ و امید به زندگی زنان باتجربه فقدان در شهر اصفهان اجرا شد. یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تأثیر ذهن‌آگاهی بر سوگ با یافته‌های اصلانی، حاجی حیدری، رجبی و امان‌الهی (۲۰۱۹) و پژوهش رحمانی فرد، کلانترکوشه و فرامرزی (۲۰۱۷)، همسو بود. همچنین نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر در زمینه تأثیر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی با پژوهش‌های احمدآبادی، گودرزی و سعیدمنش (۲۰۱۷) و خالقی پور و زرگر، کیانی و اسدی (۲۰۱۴) همسو می‌باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر معنی‌داری اثر هر یک از روش‌های تکنیک غم‌اصیل و درمان ذهن‌آگاهی در بهبود علائم سوگ در مرحله پس‌آزمون و باقی‌ماندن تأثیر هر دو درمان در مرحله پیگیری اثبات‌شده است. ضمناً نتایج نشان داد بین اثربخشی تکنیک غم‌اصیل و درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های سوگ در زنان با سابقه فقدان تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر تکنیک غم‌اصیل بر بهبود نشانه‌های سوگ در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی مؤثرتر می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت توانایی درک غم‌اصیل یعنی توانایی درک جنبه‌های هیجانی مثبت یک رویداد غم‌انگیز در کنار هیجان‌های منفی آن و توانایی رسیدن سریع‌تر به مرحله پذیرش نسبت به اکثر مردم در رویدادی مشابه است. آگاهانه پذیرفته می‌شود و شخص غمگین با پذیرش آن به شکلی عاقلانه و منطقی با آن مواجه شده و با صبر، وقار و بزرگ‌منشی مراحل سوگواری و درد و رنج ناشی از آن را پشت سر می‌گذارد. مصیبت غم‌بار و حزن‌آور را فرصت و نعمتی می‌داند که او را محک می‌زند و عبور سالم از آن، دنیا و زندگی تازه‌ای را فرارویش قرار می‌دهد. همچنین شخص سوگوار بلافاصله و یا با سرعتی بیش از دیگران به مرحله پذیرش آن می‌رسد (آقای، ۲۰۱۹).

سوگ مؤلفه‌های شناختی (اشتغال ذهنی درباره مرگ و فرد متوفی، خودسرزنی، گنجی) و هیجانی (نامیدی، احساس اضطراب، گناه و شرمگینی) دارد که هر چه از تجربه این نشانه‌ها اجتناب بیشتری صورت گیرد و افکار و هیجان‌ها سرکوب شود، سوگ پیچیده‌تر می‌شود. افراد داغ‌دیده‌ای که مهارت‌های مقابله‌ای لازم برای کنترل نشانه‌های شناختی و هیجانی سوگ دریافت می‌کنند، این توانایی را دارند که نشانه‌های نابهنجار خویش را کنترل کنند؛ در نتیجه عوارض داغ‌دیدگی به صورت پیوسته

کاهش می‌یابد (اصلانی و همکاران، ۲۰۱۹). خاطرات نیز بخش عمده‌ای از داشته‌های هر شخص در زندگی است. بخشی از این خاطرات و یادآوری آن‌ها نه تنها لذتی به همراه ندارد، بلکه آرامش روانی فرد را می‌تواند در هر لحظه تحت تأثیر قرار دهد. اکثر روان رنجوران، بخش مهمی از مشکل خود را ناتوانی در رهایی از بند گذشته و خاطرات بیان می‌کنند. با اجرای تکنیک غم اصیل فرد قادر است از خاطرات گذشته درس بگیرد ولی سایه آن‌ها را هر لحظه بر زندگی خود احساس نکند (آقای، ۲۰۱۸). لذا می‌توان به‌طور کلی بیان کرد که این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد داغ‌دیده از افکار خودکار و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی در نشانگان سوگ داشته باشد. با توجه به مطالب بیان‌شده و دیدگاه اختصاصی تکنیک غم اصیل بر فرآیند سوگواری، تفاوت معنادار تأثیر تکنیک غم اصیل با درمان ذهن آگاهی روشن و مبین است.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر نشانه‌های سوگ می‌توان گفت مکانیسم‌های اثرگذار ذهن آگاهی مانند مواجهه و تغییر شناختی و پذیرش سبب کاهش علائم و نشانگان سوگ شده است. زمانی که افراد مبتلا به سوگ به اجتناب از یادآورهای سوگ روی آورده و عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند، دچار پیامدهای روان‌شناختی می‌شوند. تمرین‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با پرورش آگاهی در طی تمرین‌های تفکری، افراد داغ‌دیده را قادر ساخته تا پاسخ‌های نشخوارگری منفی در ذهنشان فعال شود و آن‌ها را واضح‌تر مشاهده و ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج کنند. ذهن آگاهی از طریق تکنیک نام‌گذاری افکار و احساسات، افراد داغدار را قادر به مشاهده بدون قضاوت افکار و احساس‌های مرتبط با فقدان می‌کند (اصلانی و همکاران، ۲۰۱۹). درواقع آنچه فرد داغ‌دیده نیاز دارد تجربه هیجان‌ها و افکار خویش است تا بتواند بدون قضاوت شاهد افکار و احساساتش باشد. همچنین هیجان‌های خود را تجربه کند. درهرحال پیامدهای روان‌شناختی سوگ برای شخص اجتناب‌ناپذیر است. هیچ‌کس از داشتن فکرهای منفی ایمن نیست. پس دیر یا زود باید با این افکار و اضطراب و غمگینی ناشی از آن مواجه شد؛ زیرا افکار و خلق منفی همچنان وجود دارند؛ حتی اگر تلاش برای فرار از آن‌ها صورت گیرد.

می‌توان گفت که ذهن آگاهی به‌واسطه مجموعه‌ای از تمرین‌های مراقبه ازجمله تمرین واری بدن، مراقبه‌های نشسته و ایستاده، حرکت به شیوه ذهن آگاهی، سه دقیقه فضای تنفس و متمرکز کردن آگاهی بر اینجا و اکنون و مجموعه‌ای از تکنیک‌های شناختی ازجمله بازسازی شناختی و آموزش روانی به زنان داغ‌دیده کمک می‌کند تا روش جدیدی را برای بودن در شرایط دردناک و چالش‌برانگیز در پیش گیرند؛ روشی که به‌وسیله افزایش آگاهی فراشناختی یا توجه بر شناخت و

پذیرش تجربه‌های منفی لحظه حال مشخص می‌شود. در نهایت، تمرین‌های ذهن آگاهی می‌توانند به واسطه بازسازی شناختی و ایجاد بینش جدید، کاهش نشخوار فکری، افزایش حمایت در درون گروه، صحبت در مورد تجارب و خاطرات ناخوشایند خود، کاربر روی پریشانی هیجانی، حس هدف و معنا پس از تجربه فقدان سبب افزایش رشد زنان داغ‌دیده می‌شوند (رحمانی و منصوری، ۲۰۱۷).

همچنین بررسی تفاوت اثربخشی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی بر امید به زندگی در زنان با سابقه فقدان، نشان داد که بین این دو درمان بر امید به زندگی آزمودنی‌ها، تفاوت معنادار وجود ندارد. با این حال معنی‌داری اثر هر یک از روش‌های تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی در افزایش امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن تأثیر هر دو درمان در مرحله پیگیری، اثبات گردید.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مدیریت هیجانات منفی در افراد سوگوار حائز اهمیت می‌باشد؛ چراکه تنظیم شناختی هیجان از طریق مداخلاتی مانند درمان غم اصیل و ذهن آگاهی سبب می‌گردد که بیماران از فرآیندهای بیرونی و درونی درگیر در راه اندازی، ادامه دادن و تنظیم رخدادهای تنش‌ها و بیان احساسات استفاده کنند. تنظیم شناختی هیجان به فرآیندهای درونی که در جهت تنظیم هیجانات درگیر هستند، مثل فرآیندهای شناختی هیجان و تأثیرات بیرونی مانند رفتار اطرافیان، مربوط می‌گردد.

یکی از ویژگی‌های انسان سالم امیدواری و داشتن امید است. امیدواری یک حالت روانی و احساسی است که باعث گسترش اعتقادات و باورها و خوش‌بینی می‌شود. فرد امیدوار علی‌رغم قانع بودن و زیستن در اینجا و اکنون و رضایت از آنچه دارد، به فردایی روشن‌تر و موفق‌تر نیز مطمئن بوده و هرگز نگران آینده نیست. هرچقدر میزان درک فرد از امکان شدن و رسیدن بیشتر و روشن‌تر باشد امید در او تقویت گردیده و پایدارتر می‌شود زیرا رسیدن به آنچه انتظارش را دارد به‌خودی‌خود نقش یک پاداش و تقویت‌کننده بیرونی و درونی را ایفا می‌کند. از دیدگاه نظریه انسان سالم امید حلقه واسط بین معنا و انگیزه است. روانشناسان مفهوم انگیزش را به عواملی محدود می‌سازند که به رفتار نیرو می‌بخشند و به آن جهت می‌دهند. فرد با شناسایی عوامل استرس‌زای قابل کنترل و در اختیار خود می‌تواند آن‌ها را حذف و یا کنترل کند (آقایی، ۲۰۱۸).

یکی از اصول تکنیک غم اصیل که برگرفته از نظریه انسان سالم است، این است که هیچ انسانی وجود ندارد که کاملاً بدون یاس و نومیدی و یا صد درصد امیدوار و همواره همراه با امید باشد. بر این اساس جهت ایجاد فضای لازم و مناسب برای امیدواری، بایستی ابتدا یاس و نومیدی و زمینه‌های بروز و ماندگاری آن‌ها را بررسی و در حد امکان برطرف کرد. بخش عظیمی از عوامل نومیدی در

ناخودآگاه و ذهن ناهشیار جای دارند که قسمت قابل توجهی از آن مربوط به احساس گناه می‌شود. احساس گناه، احساس درونی و ذهنی است که در بسیاری از افراد سوگوار موجب می‌گردد فرد خویش را متهم به گناه کرده و حتی خویش را مستوجب مجازات بداند. این بار گناه بستر مناسبی برای یاس و نومیدی ایجاد می‌کند. تکنیک غم اصیل باعث می‌شود فرد در مراحل اولیه این احساس، بی‌گناهی خود را به خودش اثبات کند و این احساس گناه به لایه‌های زیرین ذهن رسوخ نکرده و در ناخودآگاه ذهن به شکلی سنگین نمود نکند. این راهبرد یک راهبرد مقابله شناختی مثبت است که متمرکز بر عمل می‌باشد یعنی صرفاً شناختی نیست، بلکه همراه با عمل است و رفتاری حقیقی به دنبال دارد. معنای مثبت بخشیدن به وقایع و اتفاقات دوران درمان و فکر کردن به اینکه این اتفاقات می‌توانند فرد را قوی‌تر کنند و با جستجوی جنبه‌های مثبت یک اتفاق، امیدواری و کیفیت روابط را بهبود بخشد (آقایی، ۲۰۱۸).

در تبیین تأثیر ذهن آگاهی نیز می‌توان گفت که مداخلات ذهن آگاهی نوعی مداخله‌اند که طی آن به جای اینکه فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن‌ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را در خود ایجاد می‌کند. این امر موجب می‌شود که فرد نسبت به احساسات، هیجانات و افکار، خودآگاهی بیشتری به دست آورد. ویژگی‌هایی همچون کمک به رشد مهارت‌های فراشناختی، افزایش کنترل، انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی و رفتاری، ارایه طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت اجرایی، بهبود ارتباطات بین فردی، الگوی ذهن آگاهی را نسبت به مداخلات شناختی سنتی متمایز ساخته است. ذهن آگاهی به افراد در راستای تمرین مراقبه ذهنی-بدنی کمک می‌کند و باهدف کاهش استرس و بهبود سلامتی به کاربرده می‌شود. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حال و خالی از قضاوت است (والش مارک، بالینت داوید، اسمولیرا و مادسن، ۲۰۰۹).

جلسات ذهن آگاهی و تکنیک‌های آن کمک می‌کند تا مشکلات روان‌شناختی بهبود یابند و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی افزایش یابد. امید به زندگی در افرادی بیشتر است که از سلامت روان‌شناختی بیشتری برخوردار هستند. از طرفی درمان ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا باتجربه لحظه حال و کاهش مشکلات روان‌شناختی خود، امید به زندگی در آن‌ها افزایش یابد (کلاه درازی و مدرسی مقدم، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان زنان باتجربه فقدان می‌شود. در نتیجه فاکتورهایی مانند امید به زندگی نیز در این افراد افزایش می‌یابد. در جلسات آموزش ذهن آگاهی، زنان باسابقه فقدان با ویژگی‌هایی همچون غیر قضاوتی

بودن، پذیرش، شکیبایی، اعتماد، ذهن آغازگر، تقلا نکردن و رها کردن، آشنا شدند. همچنین با انجام تن آرامی برای آرام کردن عضلات خود و انجام تنفس آرامی، استرس خود را کاهش داده و با این آرامش، امید به زندگی نیز در آن‌ها افزایش یافت.

در یک نتیجه گیری کلی به نظر می‌رسد، ضمن معنی داری اثر هر یک از روش‌های تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی در بهبود هر دو متغیر علایم سوگ و امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن تأثیر هر دو درمان در مرحله پیگیری، در مقایسه دو روش درمانی، نتایج نشان داده است که بین دو درمان در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تنها در متغیر علایم سوگ تفاوت معنی دار است به گونه‌ای که در بهبود این متغیر تکنیک غم اصیل اثربخش‌تر از درمان ذهن آگاهی بوده است و در افزایش متغیر امید به زندگی، بین دو روش درمان تفاوت معنی داری مشاهده نگردیده است.

در تبیین، مقایسه و بررسی دو روش درمانی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی و تأثیر این دو بر متغیرهای پژوهش به تفکیک موارد به دو مورد زیر می‌توان اشاره کرد:

الف) مقایسه و بررسی تأثیر هر دو روش درمانی بر متغیر علایم سوگ

می‌توان گفت ضمن معنی داری اثر هر یک از روش‌های درمانی تکنیک غم اصیل و درمان ذهن آگاهی در بهبود علایم سوگ در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن تأثیر هر دو درمان در مرحله پیگیری، در مقایسه دو روش درمانی نتایج نشان داده است که در هر دو مرحله، تکنیک غم اصیل اثربخش‌تر از درمان ذهن آگاهی در بهبود علایم سوگ بوده است. به بیان دیگر طبق نتایج به دست آمده میزان تأثیر تکنیک غم اصیل ۷۲/۶ درصد و میزان تأثیر درمان ذهن آگاهی ۵۹/۵ درصد در بهبود علایم سوگ در آزمون‌های پژوهش بوده است.

ب) مقایسه و بررسی تأثیر هر دو روش درمانی بر متغیر امید به زندگی

بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت هر دو روش درمان در مراحل اجرایی (پس‌آزمون و پیگیری) بر افزایش امید به زندگی آزمودنی‌ها تأثیر داشته‌اند ولی تفاوت بین دو روش درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار نمی‌باشد. ضمناً میزان تأثیر تکنیک غم اصیل بر امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون ۷۲/۸ درصد و تأثیر درمان ذهن آگاهی ۷۷/۲ درصد بوده است.

References

- Aghaei, A. (2018). *Healthy human theory*. Neveshteh.
- Aghaei, A. (2019). *Meaning and perplexity: A guide to treatment of depression based on healthy human theory*. Neveshteh.
- Ahmad Abadi, N., Goodarzi, N., & Saeed Manesh, R. (2017). The effect of mindfulness on psychological well-being and life expectancy in cancer patients in Yazd. *8th International and Social Sciences Conference*, Mehr Ishraq Conference Company.

- Alipoor, A., Dehkordi, M., Amini, F., & Hashemi, J. (2016). The relationship between perceived social support and treatment follow-up in patients with type 2 diabetes: The mediating role of resilience and hope. *Quarterly Journal of Psychological Health Research*, 10(2), 53–67.
- Aslani, K. H., Hajiheydari, M., Rajabi, G. H., & Amanolahi, A. (2019). Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing the symptoms of people with complex grief syndrome. *Journal of Disability Studies*, 42(9).
- Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., & Shahabizadeh, F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 96–103.
- Gijzen, S., L'Hoir, M. P., Boere-Boonekamp, M. M., et al. (2016). How do parents experience support after the death of their child? *BMC Pediatrics*, 16, 245.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delta Trade Paperback.
- Khaleghipoor, Sh., & Zargar, F. (2014). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy of mothers of mentally retarded children. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 12(2).
- Kiany, A., & Asadi Hasanvand, A. (2019). The effect of mindfulness on life expectancy, forgiveness, and life satisfaction in couples prone to extramarital affairs (infidelity) referred to counseling in Ahvaz.
- Kindel, H. R., & Rafoth, M. A. (2019). The effects of teaching mindfulness on stress in physical therapy students: A randomized controlled trial.
- Kladnitski, N., Smith, J., Allen, A., Andrews, G., & Newby, J. A. (2018). Online mindfulness-enhanced cognitive behavioural therapy for anxiety and depression: Outcomes of a pilot trial. *Internet Interventions*, 13, 41–50.
- Kolahderazi, A., & Modaresi Moghadam, A. (2019). Evaluation of the effectiveness of mindfulness on psychological well-being and life expectancy of the wives of the deceased veterans of Torbat Heydariyeh. *Fourth National Conference on Community Empowerment in Humanities and Psychological Studies*.
- Lomas, T. (2018). The quiet virtues of sadness: A selective theoretical and interpretative appreciation of its potential contribution to wellbeing. *New Ideas in Psychology*, 49, 18–26.
- McCarthy, M. R. (2002). Gender differences in reactions to perinatal loss: A qualitative study of couples. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 62(8-B), 3809.
- Mokgele, E. L. (2018). Death and dying: Elderly person's experiences of grief over the loss of family members. *South African Family Practice*, 60(5), 151–154.
- Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, 233, 460–469.
- Rafiee, M., Skandari, H., Borjali, A., & Farrokhi, N. (2019). Recognizing the experiences in the life history of young people living in Tehran: A phenomenological research. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 10(37), 63–98.
- Rahmani, N., & Mansuri, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and post-traumatic growth in bereaved women. *Scientific Journal of Clinical Psychology and Personality*, 7(1), 23–32.
- Rahmanifard, T., Kalantarkooshe, M., & Faramarzi, M. (2017). The effect of mindfulness-based cognitive psychotherapy on the quality of life of infertile women. *Life Quarterly*, 23(3), 277–289.
- Saffarian Toosi, M., Savabi, M., & Khooyi Nejad, G. H. (2018). The mediating role of forgiveness and hope in the influence of personality traits on marital satisfaction of divorced couples. *Journal of Positive Psychology*, 4(2).
- Shah, S. N., & Meeks, S. (2012). Late-life bereavement and complicated grief: A proposed comprehensive framework. *Aging & Mental Health*, 16(1), 39–56.
- Shear, M. K. (2015). Clinical practice: Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160.
- Shear, M. N., Ghesquire, A., & Katzke, M. (2013). Bereavement and complicated grief in older adults. In *Late Life Mood Disorder* (pp. 206–219). Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Ritschel, L. A., Ravid, L. K., & Berg, C. J. (2006). Balancing psychological assessments: Including strengths and hope in client reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 33–46.
- Steil, R., Gutermann, J., Harrison, O., Starck, A., Schwartzkopff, L., Schoular-Ocak, M., & Stangier, U. (2019). Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry*, 19, 148.

- Tomita, T., & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: A reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 95–102.
- Walsh, M. G., Balint, D. R., Smolira, S. J. L., & Stine Masden, K. F. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety, and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94–99.
- Willgens, A., Craig, S., DeLuca, M., DeSanto, C., Forenza, A., Kenton, T., & Yakimec, G. (2016). Physical therapists' perceptions of mindfulness for stress reduction: An exploratory study. *Journal of Physical Therapy Education*, 30(2), 45–51.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 57), pp.101-117, 2022

Comparing the Effectiveness of Authentic Grief Technique and Mindfulness Therapy on Bereavement Symptoms and Life Hope in Women with Loss Experience

Aghaei, Asghar¹, & Taheripour, Parisa²

Received: 2021/03/5

Accepted: 2021/9/31

Grief stemming from the loss of a loved one is one of the profound crises individuals face. Hope for life can be described as a healing, multidimensional, dynamic, and powerful factor that plays a crucial role in adjustment to loss. Therefore, the present research aimed to compare the effectiveness of the Authentic Grief Technique (AGT) and Mindfulness Therapy (MT) on bereavement symptoms and life hope in women who had experienced loss. For this purpose, a quasi-experimental, three-group, three-phase design (pre-test, post-test, and follow-up) was employed. Forty-two women with a history of loss were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Participants were assessed for grief and hope for life at three stages: pre-test, post-test, and follow-up. The AGT and MT groups received 8 sessions of intervention, respectively. The control group received no intervention. Results from repeated measures analysis of variance (ANOVA) indicated that the effectiveness of AGT on bereavement symptoms was greater than that of MT. However, there was no significant difference between the AGT and MT groups regarding their impact on hope for life. This research confirms that the Authentic Grief Technique can be a more potent intervention in grief management, while both methods can be utilized to enhance hope for life. These findings are significant for grief therapists and counselors, as they suggest that the choice of intervention should be based on the therapeutic goal (reducing grief or increasing hope).

Keywords: Authentic Grief Technique, Mindfulness Therapy, Bereavement Symptoms, Hope for Life

¹ Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) aghaipsy@gmail.com

² Dep.t of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (Corresponding Author: taheripoor.parisa@yahoo.com)