



اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی زنان سالمند سوگوار

✉ زهرا رفیعی دلفان

دانشگاه رازی

دکتر خدامراد مؤمنی

دانشگاه رازی

افراد سالمند به دلیل مواجه شدن با شرایطی چون تغییرات جسمانی، ضعف در برابر بیماری‌ها، معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان (سوگ و فقدان)، زمینه تفکر در خصوص مرگ و اضطراب ناشی از آن را دارند. از این رو هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی زنان سالمند سوگوار بود. روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این مطالعه، کلیه زنان سالمند دارای تجربه سوگ در مراکز سالمندان شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند که از میان آنها، تعداد ۲۴ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. گروه آزمایش، تحت مداخله گروه درمانی شناختی-رفتاری، در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر، اضطراب مرگ تمپلر، تجربه سوگ بارت و اسکات و آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی فولشتین و همکاران استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق روش آماری تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت. نتایج نشان داد بین میانگین نمرات اضطراب مرگ و مؤلفه‌های سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین نتایج در دوره پیگیری نشان داد نمرات اضطراب مرگ و مؤلفه‌های سلامت عمومی در گروه آزمایش، همچنان متفاوت از نمرات گروه کنترل بود ($P < 0/05$). بنابراین، با توجه به بالا بودن میزان اضطراب مرگ و ضعف سلامت عمومی سالمندان سوگوار، یافته‌های این پژوهش، ضرورت کاربرد جلسات درمانی آموزش شناختی-رفتاری در راستای کاهش اضطراب مرگ و بهبود سلامت عمومی سالمندان سوگوار را خاطر نشان می‌سازد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۴

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۶

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی شناختی-رفتاری، اضطراب مرگ، سلامت عمومی، سالمندان سوگوار

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

مؤمنی، خ.، و رفیعی دلفان، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی زنان سالمند سوگوار. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۴۱-۱۳۱.

خدامراد مؤمنی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛ زهرا رفیعی دلفان، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به زهرا رفیعی دلفان، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران باشد.

پست الکترونیکی: zahra.r3606@gmail.com

کرال، ۲۰۰۰). سوگواری در بر گیرنده مجموعه‌ای از واکنش‌های مختلف شامل احساسات، رفتار و افکاری است که افراد پس از رویارویی با فقدان و یا حتی تهدید فقدان و از دست دادن عزیزان، تجربه خواهند کرد. اگرچه موضوع سوگواری در تمامی جوامع مختلف، یک مسأله طبیعی تلقی

یکی از تجاربی که در زندگی همه افراد، رخ داده است و پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است، تجربه سوگواری است (هورتا و یپ، ۲۰۰۶). سوگواری از این نظر در مباحث روان‌شناسی مهم تلقی می‌شود که واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد مختلف به دنبال خواهد داشت (بیلی، دونهام، مایکل و

واکنش‌های افراد نسبت به پدیده مرگ، با همدیگر متفاوت بوده و هرکسی دارای واکنش و برداشت منحصر به خود می‌باشد. اضطراب مرگ به منزله نگرانی، ترس و وحشت فرد نسبت به واقعیت مرگ و یا مواردی که به مرگ مرتبط می‌شوند، می‌باشد. این اضطراب در میان افراد با قومیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف و حتی دوره‌های سنی مختلف، متفاوت است. اضطراب مرگ در دوران سالمندی، بیشتر از دوره‌های دیگر است، چرا که در دوران سالمندی، تغییرات مختلفی در زندگی فرد رخ می‌دهد، از جمله تغییر در ساختار خانواده و ترتیبات زندگی (آشیانه‌خالی)، تغییر در الگوی کار و رسیدن به سن بازنشستگی، تغییر در وضعیت سلامت و تغییر هویتی (هوئرتا و یپ، ۲۰۰۶).

عبدالخالک و الصبوح (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای مطرح نمودند، اضطراب مرگ در دوره سالمندی، پیامدهای بسیاری به همراه دارد. از جمله اینکه موجب درماندگی، تغییرات جسمانی، عدم کنترل روانی، و کاهش سطح شادمانی می‌شود. مطالعه‌ای نشان داده است، اضطراب مرگ برای سالمندان پیامدهای منفی بسیاری دارد از جمله اینکه موجب کاهش عملکرد عمومی و بهزیستی روانی خواهد شد (پوترز، گانگنون، تویر و پریولت، ۲۰۱۶). قدم پور و مشرقی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای مطرح نمودند، اضطراب مرگ می‌تواند موجب کاهش سطح بهزیستی ذهنی و سلامت معنوی در میان افراد سالمند شود. مطالعه دیگری نشان داد، یکی از پیامدهای اضطراب مرگ، کاهش میزان رضایت از زندگی در سالمندان است (نادری و صفرزاده، ۱۳۹۳). اضطراب مرگ می‌تواند، وضعیت روانی فرد را تحت تأثیر قرار داده و فرد دچار مسائل و مشکلات روانی همانند افسردگی، اضطراب منتشر و حتی گرایش به خودکشی و افکار خودکشی شود و تمامی این حالت‌های نابهنجار روانی، وضعیت سلامت عمومی فرد را به خطر خواهد انداخت (ازایزا، رون، شوهام و گگینی، ۲۰۱۰).

سلامت عمومی، یک مسأله چند بعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت و یا بیماری بر یکدیگر اثر داشته و تحت تأثیر یکدیگر، قرار دارند. بنابراین در اقدامات انجام شده برای ارتقاء سلامت عمومی، باید به تمام جوانب سلامت فردی توجه داشت (عبادی فرد اذر و شجاعی، ۱۳۸۷). امروزه این اتفاق نظر حاصل شده است که سلامت در دوران سالمندی محدود به سلامت جسمی و مسأله ژن‌ها نیست، بلکه حفظ و تعادل در سلامت به

می‌شود، اما میزان واکنش‌های افراد نسبت به این پدیده و پیامدهای حاصل از سوگواری، در میان افراد مختلف و جوامع مختلف، متفاوت است (موریس، ۲۰۰۸).

میزان و حیطه مشکلات روانی به دنبال پدیده سوگواری به عوامل متعددی بستگی دارد. از جمله، نوع فرهنگ، ویژگی‌های شخصیتی فرد سوگوار، مرگ افراد خانواده یا دوستان به صورت ناگهانی و بسیاری از عوامل دیگری که می‌تواند در طولانی شدن و افزایش عمق سوگواری فرد سوگوار، نقش داشته باشد (فوجیساوا و همکاران، ۲۰۱۰). اگرچه بیشتر افراد به صورت طبیعی پدیده سوگواری را پشت سر می‌گذارند، بعضی از افراد، در مقابل سوگواری و داغدیدگی، مشکلات روانی از جمله اضطراب و افسردگی، نشان می‌دهند (شیر، ۲۰۱۲). به صورت طبیعی، واکنش‌های ناشی از تجربه سوگ، به تدریج کاهش پیدا کرده و طول مدت سوگواری در حالت بهنجار بیشتر از ۶ ماه نخواهد بود (ربین، مالکیسون و ویتستوم، ۲۰۰۸). به نقل از عصاره، فیروزکوهی مقدم، کریمی و حسینی، ۱۳۹۳). اما در واکنش‌های نابهنجار و غیر طبیعی نسبت به پدیده سوگ، سوگواری فرد به صورت آشفتگی‌های روانی و در بازده زمانی طولانی‌تر و با شدت بیشتر، صورت می‌گیرد (وردن، ۲۰۱۸). تجربه سوگ، یک پدیده شایع در سالمندان است. از دست دادن دوستان و همسالان از یک سو و پدیده پیری و نزدیک شدن به سال‌های پایانی زندگی، موجب افزایش برانگیختگی ذهنی و اضطراب سالمندان، نسبت به پدیده مرگ می‌شود (قمری کیوی، زاهد بابلان و فتحی، ۱۳۹۴).

افراد سوگوار تجارب هیجانی بسیاری دارند که این تجارب به طور معمول در حالت و وضعیت طبیعی افراد رخ نمی‌دهد. یکی از این تجارب، اضطراب مرگ است (بلسکی، ۱۹۹۹). با توجه به اینکه افراد سالمند، استرس‌ها و فشارهای روانی مختلفی را در طی زندگی خود تجربه کرده‌اند، بنابراین با مشکلاتی همچون تغییرات جسمانی، ضعف در برابر بیماری‌ها، معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان (سوگ و فقدان)، مواجه شده‌اند که تجربه این مشکلات، شواهد بیشتری برای اندیشیدن به مرگ و اضطراب ناشی از آن را موجب شده است (گولدرویگ، بایدر، اندریچ و روتنبرگ، ۲۰۱۶).

مرگ یکی از حقایق زندگی است که نمی‌توان از آن اجتناب کرد و برای هر کسی اتفاق خواهد افتاد.

زمینه کیفیت رویکرد شناختی-رفتاری بر روی افراد بزرگسال مبتلا به افسردگی انجام شد، نشان دادند که این شیوه با کاهش افکار ناکارآمد، سبب بهبود افسردگی می‌شود و در چهار پژوهش با دارو درمانی برابر بود. همچنین نتایج پژوهش فریدلند، کرنی، ریچ، اسیت مایر و روبین (۲۰۱۵) حاکی از آن بود که مداخله شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و بهبود خود مراقبتی بیماران قلبی اثر داشت.

بنابراین دوران سالمندی به دلیل ویژگی‌های خاص خود، شرایط خاصی برای سالمندان و به خصوص زنان سالمند، ایجاد می‌کند. تجربه فقدان‌های متعدد در بازده سنی سالمندی و تجربه داغدیدگی می‌تواند، به عنوان یک تجربه طبیعی و عادی انسانی در نظر گرفته شود که با این وجود دوره‌های رنج و خطر فزاینده‌ای را برای سلامت عمومی افراد به خصوص سالمندان به همراه داشته است. این در حالی است که سالمندان به عنوان یکی از اقشار قابل احترام جامعه، نیازمند توجه خاص برای بهبود وضعیت سلامت روانی هستند. بنابراین با توجه به اهمیت دوره سنی سالمندی و همچنین عواقب ناشی از اضطراب مرگ و کاهش سلامت عمومی، ضرورت انجام این مطالعه احساس شد. با وجود اهمیت موضوع، تا به حال، پژوهشگران این مطالعه، مطالعه‌ای در این حوزه نیافتند. از این رو هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش سلامت عمومی در زنان سالمند سوگوار، بود که بر این اساس فرضیه‌های پژوهش عبارت از این بود که (۱) درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ در زنان سالمند سوگوار، اثربخش است و (۲) درمان شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی در زنان سالمند سوگوار، اثربخش است.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون دارای گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این مطالعه، کلیه زنان سالمند دارای تجربه سوگ در مراکز سرای سالمندان شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند. از میان آنها، تعداد ۲۴ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل، جای‌دهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از (۱) حداقل سن ۶۰ سال، (۲) داشتن تجربه فقدان و سوگ (از دست دادن یکی از اعضاء

صورت عمومی، می‌تواند در زندگی سالمندان نتایج مؤثری بر جا گذارد (پاچانا و لیدلاو، ۲۰۱۲).

طبق مطالعات محمدی و کمالی (۱۳۹۷) با بکارگیری معنادرمانی در سالمندان می‌توان، سلامت‌روان را افزایش داد. همچنین مطالعه‌ای نشان داد، بر اساس میزان حمایت اجتماعی و کیفیت خواب، می‌توان سلامت روانی در دروه سالمندی را پیش بینی کرد (پورشریفی و فرهنگد ثابت، ۱۳۹۴). عباسی، ادواری و حجتی (۱۳۹۵) مطرح نمودند، سلامت روانی در سالمندان را می‌توان طریق افزایش باورهای مذهبی و ایجاد طریق هدفمندی در زندگی و ادراک مثبت از پیری، افزایش داد. مطالعه‌ای دیگر نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش سلامت روانی سالمندان، نقش مؤثری دارد (پیرحیاتی و برقی ایرانی، ۱۳۹۶). در پژوهشی مطرح شد، سلامت روانی و اضطراب مرگ در سالمندان بر اساس میزان معنویت، منبع کنترل، حمایت اجتماعی قابل پیش بینی است (حبیب‌اللهی، سوداگر، بنی‌جمالی و صبحی قراملکی، ۱۳۹۶).

برای بهبود وضعیت سلامت عمومی، امروزه بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی، کاربرد بسیاری پیدا کرده است (استنلی، بتو و دیو، ۲۰۱۲). از این رو یکی از پر کاربردترین درمان‌هایی که برای طیف وسیعی از اختلالات به کار می‌رود، درمان شناختی-رفتاری است. درمان شناختی رفتاری^۱، یک رویکرد چند وجهی است که به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسأله، کشف افکار و عقاید تحریف شده، به چالش کشیدن و تغییر باورها و نگرش‌های غیر مفید و بازسازی شناختی کمک می‌کند (بک، ۲۰۱۰). قمری کیوی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب مرگ و افسردگی سالمندان می‌شود. عزیزی و مؤمنی (۱۳۹۳) در پژوهش خود، اثر بخش بودن گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب زنان سالمند را مورد تأیید قرار دادند. پژوهشی با هدف تعیین تأثیر سوگ درمانی شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی خانواده‌های سوگوار در شهرستان فلاورجان نشان داد که سوگ درمانی شناختی-رفتاری موجب افزایش سلامت عمومی افراد سوگوار می‌شود (شریفی، احمدی و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۲). کریستیا و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی بیست و شش پژوهش که در

^۱ Cognitive Behavior Therapy (CBT)

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر^۲. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد و شامل ۱۵ ماده است که نگرش به مرگ می‌سنجد. افراد پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا، معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. روایی این مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس اضطراب آشکار (۰/۲۷) و مقیاس افسردگی (۰/۴۰) و نیز ضریب پایایی این مقیاس از طریق روش باز آزمایی ۰/۸۳ گزارش شده است (تمپلر، ۱۹۷۰). ساجینو و کلین (۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش نموده‌اند (ساجینو و کلین، ۱۹۹۶). آفاجانی و میر باقر (۱۳۹۱) در پژوهش خود، ضریب پایایی این مقیاس را از طریق روش کودر ریچاردسون ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی^۳. پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، دارای ۴ زیرمقیاس است و هر زیر مقیاس ۷ عبارت دارد. زیر مقیاس‌های مذکور عبارت از علائم جسمانی^۴، علائم اضطرابی و اختلال خواب^۵، کارکرد اجتماعی^۶ و علائم افسردگی^۷ هستند. اعتباریابی آن در مطالعات مختلف شامل گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) انجام شده است که دلالت بر پایایی و روایی بالای آن دارد. یافته‌های آنها نشان داد، پرسشنامه سلامت عمومی همسانی درونی مناسبی دارد. همچنین تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی، ۴ عامل در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان شناسایی نمود و این چهار عامل ۶۰٪ از واریانس کلی را تبیین کردند و طبق یافته‌ها همه ضرایب بالاتر از ۰/۷۴ بود و این یافته بر همسانی درونی مناسب این پرسشنامه حکایت دارد. نمره‌گذاری این پرسشنامه اینگونه است که از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به زیر مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و

خانواده در یک سال گذشته)، (۳) کسب نمره بالاتر از ۲۲ در پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، (۴) کسب نمره حداقل ۶ در پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)، (۵) کسب حداقل نمره ۶۸ در پرسشنامه تجربه سوگ بارت و اسکات (۱۹۸۹)، (۶) کسب حداقل نمره ۱۷ در آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی فولشتین و همکاران (۱۹۷۵)، (۷) توانایی درک و بیان زبان فارسی و (۸) تمایل برای شرکت در گروه درمانی بودند. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت از (۱) اختلالات شناختی و نقص جسمی در میانه درمان که به طور جدی مانع از شرکت در گروه درمانی شود، (۲) عدم تمایل به ادامه درمان و (۳) غیبت بیش از ۳ جلسه در گروه‌درمانی بودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله به ترتیب برابر $75/2 \pm 3/35$ و $73/8 \pm 4/12$ بود و از نظر تحصیلات در گروه کنترل تعداد ۵ نفر سیکل و کمتر (۴۱/۶ درصد)، ۶ نفر دیپلم (۵۰ درصد) و ۱ نفر فوق دیپلم (۸/۴ درصد) و در گروه مداخله تعداد ۷ نفر سیکل (۵۸/۴ درصد) و کمتر و ۵ نفر نیز دیپلم (۴۱/۶ درصد) داشتند. همچنین در گروه کنترل تعداد ۸ نفر همسرشان در قید حیات (۶۶/۷ درصد) و ۴ نفر همسرشان فوت شده (۳۳/۳ درصد) و در گروه مداخله تعداد ۷ نفر همسرشان در قید حیات (۵۸/۴ درصد) و ۵ نفر همسرشان فوت شده (۴۱/۶ درصد) بود.

ابزار

آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی^۱. این پرسشنامه توسط فولشتین و همکاران (۱۹۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال است که حیطه‌های شناختی، جهت‌یابی، ثبت (در حافظه)، توجه، محاسبه، حافظه، زبان و توانایی انجام دستورات ساده را ارزیابی می‌نماید. نمره کمتر از ۲۵ نشان دهنده اختلال شناختی است. در پژوهش بحیرایی (۱۳۸۱) پایایی آن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. نتایج اعتبار باز آزمون نمره ۰/۷۳ را نشان داد، همچنین نتایج نشان داد که آزمون با توجه به نمره ۱۸ می‌تواند با حساسیت ۰/۹۵ و ویژگی ۰/۹۷ بیماران دچار دمانس را از افراد بهنجار افتراق دهد. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ به دست آمد.

² Templer Death Anxiety Scale (DAS)

³ General Health Questionnaire (GHQ)

⁴ somatic symptoms

⁵ anxiety and sleep disorder

⁶ social Function

⁷ depression symptoms

¹ Mini Mental State Examination (MMSE)

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹). همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل ۰/۸۸ بدست آمد و برای مولفه‌ها از ۰/۷۰ تا ۰/۸۶ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۵ به دست آمد.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری. طرح کلی جلسات درمان شناختی-رفتاری که توسط کریگ (۲۰۱۱) مطرح شد، به صورت ارائه منطق درمان و مروری بر چگونگی جلسات و ارزشیابی و آموزش سطوح شناختی برای افراد، توافق بر روی اهداف درمان در چارچوب الگوی شناختی-رفتاری، توضیح نظریه شناختی اختلال سازگاری و همراه بودن خلق افسرده، اضطراب، آشفتگی هیجانی و آشفتگی سلوک همراه با آموزش سازگاری با مشکلات از طریق کنار آمدن و یادگیری آن بود. درمانگر شناختی-رفتاری با تمرکز بر روی موقعیت کنونی تا وضعیت قبلی-بیمار، از اطلاعات گذشته بیمار و سابقه اجتماعی و خانوادگی، جهت حل مشکلات فعلی او استفاده می‌کند. شناسایی و کار بر روی باورهای بنیادین ناکارآمد و تضعیف آنها، ایجاد باورهای سازگارانه‌تر و تشویق درمان جویان به ایجاد تغییر در باورها و شناسایی موقعیت‌هایی که باعث ناسازگاری، خلق افسرده، اضطراب و پریشانی هیجانی و سلوک می‌شود و استفاده از فنون تمرکز فکر و توجه برگردانی جهت تحمل حالت خلقی ناکارآمد همراه با شروع فعالیت‌های لذت‌بخش به درمان جویان، در رسیدن به سازگاری موثر بود (کریگ، ۲۰۱۱). شرح جلسات به شرح زیر می‌باشد.

موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳، تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا، بیانگر علائم مرضی است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه تجربه سوگ. توسط بارت و اسکات (۱۹۸۹) به منظور سنجش واکنش‌های سوگ، طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۴ سوال بود و طیف نمره‌گذاری آن بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای و از هرگز تا همیشه، تنظیم شده است. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل: احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنار آمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت شخص یا دیگران در مورد دلیل فوت، خجالت و شرمندگی و بدنامی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه اینگونه است که به گزینه‌های پرسشنامه نمره‌هایی شامل (هرگز: ۱ نمره و همیشه: ۵ نمره) داده می‌شود. در نهایت کلیه نمره‌ها جمع شده و کسب نمره کلی بین ۳۴ تا ۶۸ نشان دهنده تجربه سوگ کم، نمره بین ۶۸ تا ۱۰۲، نشان دهنده تجربه سوگ متوسط و نمره بالاتر از ۱۰۲، نشان دهنده تجربه سوگ زیاد است. در پژوهش مهدی‌پور، شهیدی، روشن و دهقانی (۱۳۸۸) به منظور تعیین روایی سازه از دو شیوه استفاده شد: روش تحلیل مولفه‌های اساسی و روایی همگرا از طریق محاسبه همبستگی پرسشنامه تجربه سوگ با

جدول ۱

خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری کریگ (۲۰۱۱)

جلسه	موضوع
اول	مصاحبه اولیه بالینی با افراد داغ دیده و ایجاد ارتباط در یک محیط امن، احساس همدری، توضیح درباره اهداف، بررسی وضعیت و شرایط فعلی بصورت کیفی و بیان احساسات و هیجانات؛ در این مرحله تلاش بر ایجاد همدلی با افراد گروه آزمایش است. به عبارتی تلاش بر ایجاد اعتماد در افراد مداخله است. سپس روند کلی ادامه جلسات و اهداف درمانی مطرح شد.
دوم	بازگویی روان‌شناختی به مدت یک ساعت که شامل عادی‌سازی پاسخ‌ها، تعدیل‌ها و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده و بیان احساسات و هیجانات و واکنش‌ها به هنگام مواجهه. در این مرحله برای تخلیه هیجان‌های منفی جوی در اختیار افراد نمونه قرار گرفت که طی آن هیجان‌های منفی خود را به صورت گروهی در میان گذاشته و با در نظر گرفتن اینکه بقیه اعضای گروه نیز، موقعیت و هیجان‌های مشابه را تجربه نمودند، نوعی عادی‌سازی در افراد گروه، صورت گرفته است.
سوم	آشنایی با مفهوم «هیجان» و آشنایی با مفهوم و علائم افسردگی بصورت ساده تشخیص احساسات مربوط به سوگ و تأثیر آن بر تشدید علائم داغ دیدگی و ارائه تکلیف خانگی، در تمام جلسات بعدی که ابتدا موارد مطرح شده در جلسه قبل مروری شود و موفقیت و یا عدم موفقیت در انجام تکلیف خانگی ارئه شده در جلسه قبل بررسی می‌گردد. در ضمن تمام جلسات همراه با تکلیف خانگی می‌باشند. مثال‌هایی در خصوص انواع هیجان‌های خشم، ترس، شادی، نفرت و بسیاری از هیجان‌های پرکاربرد روزمره برای افراد گروه مطرح شده و انواع واکنش‌های هیجانی افراد مورد بحث و تفسیر قرار گرفتند.

چهارم	آموزش و آرامش بخشی عضلانی به منظور کاهش نشانه های برانگیختگی، در این جلسه روش‌هایی چون تمديد اعصاب در گروه انجام شده که طی آن نوعی آرامش روانی را در اثر تمرین‌های تمديد اعصاب تجربه نمودند.
پنجم	استفاده از روش‌های تجسمی، شامل روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند به هنگام یادآوری خود به خود افکار و خاطرات مزاحم در رابطه با فرد از دست رفته و نیز روش کوچک کردن و دور کردن تصویر خاطرات به منظور مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری. از افراد گروه خواسته شده افکار مزاحم خود را شناسایی نموده و مثال‌هایی در جهت واقعی نبودن بخش زیادی از افکار، به افراد نمونه ارائه شد.
ششم	فنون مربوط به اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت کننده، شامل حساسیت‌زدایی تدریجی. در این جلسه مرور خاطرات ناخوشایند افراد گروه صورت گرفت که طی این مرور خاطرات، تخلیه هیجان‌های افراد در هنگام بازگویی و مرور مجدد صورت گرفت که به نوعی حساسیت‌زدایی نسبت به خاطرات ناخوشایند انجام شد.
هفتم	اجرای روش جابه جایی نقش، بصورتی که فرد سوگوار خود را به جای فرد از دست رفته بگذارد و حرف‌ها و خواسته‌ها و هیجان‌اتش را با فرد از دست رفته بیان کند و کامل کردن جملات ناتمام. فرد سوگوار، شخص از دست رفته خود را در مقابل خود تصور نمود و در نقش آن فرد، خواسته‌ها و حرف‌هایش را زد و اینکه تمایلی برای دیدن ناراحتی فرد سوگوار، از طرف فرد از دست رفته، وجود ندارد مورد تمرین قرار گرفت.
هشتم	آموزش مهارت‌ها و از سرگیری فعالیت‌های روزمره و هنر درمانی (تجسم و سمبل قرار دادن متوفی در نقاشی و غیره) که باعث می‌شود فرد سوگوار از نظر عاطفی متوفی را با خود جایگزین نماید.

روش اجرا

شناختی-رفتاری بود، دوباره پرسشنامه‌های مطالعه در بین اعضای دو گروه توزیع گردید. در مرحله سوم، جهت پیگیری (یک ماه پس از اجرای دوره آموزشی) دوباره پرسشنامه‌های مطالعه توزیع گردید و نتایج با دوره پس‌آزمون، مقایسه شد. در نهایت از همکاری اعضا تشکر و هدایایی برای قدردانی به آنها تقدیم شد. لازم به توضیح است که مداخله توسط پژوهشگر و یک همکار صورت گرفت. در این مطالعه، ریزش نمونه وجود نداشت و تمامی افراد مداخله تا پایان جلسات در برنامه درمانی حضور داشتند. برای تحلیل یافته‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۲ ارائه شده است.

قبل از اجرای پژوهش، پژوهشگر به کسب مجوزهای مورد نیاز برای این مداخله اقدام نمود و در طی آن، زمینه‌های همکاری از سوی سرای سالمندان برای انجام مداخله فراهم شد. سپس پژوهش در سه مرحله انجام شد. در مرحله پیش‌آزمون، بر اساس پرسشنامه‌های مطرح شده و نیز با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، افراد گروه آزمایش و کنترل مشخص شدند. پس از انتخاب افراد گروه آزمایش، زمان و مکان انجام جلسه‌های مداخله به اطلاع افراد آن گروه رسید و مختصری در حوزه اهداف این مداخله توضیح داده شد. سپس برای گروه آزمایش مداخلات شناختی-رفتاری، شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد که به صورت هفته‌ای دو جلسه بود و گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در مرحله دوم یعنی پس‌آزمون، که جلسه پایانی مداخلات

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نارساکنش‌وری اجتماعی	۳۴/۱۸ (۰/۵۵)	۷/۸۹ (۰/۹۰)	۸/۵۱ (۰/۸۶)	۱۸/۲۸ (۰/۷۶)
افسردگی	۱۶/۹۴ (۰/۷۷)	۸/۴۰ (۰/۷۰)	۱۷/۰۳ (۰/۸۰)	۱۷/۰۶ (۰/۷۸)

نشانه جسمانی	(۰/۹۷)۱۴/۰۳	(۰/۸۰)۸/۸۹	(۰/۵۹)۸/۱۲	(۰/۷۵)۱۴/۱۶	(۰/۷۹)۱۴/۰۲	(۰/۷۵)۱۴/۰۴
اضطراب و اختلال خواب	(۱/۳۷)۶/۳۲	(۰/۹۰)۹/۰۱	(۰/۷۱)۸/۶۵	(۱/۴۵)۱۶/۳۰	(۱/۴۳)۱۶/۲۲	(۱/۴۱)۱۶/۲۱
نمره کل سلامت عمومی	(۴/۴۵)۶۵/۴۸	(۲/۶۴)۳۳/۲۸	(۳/۵۱)۳۴/۱۳	(۵/۰۲)۶۶/۴۲	(۴/۷۳)۶۵/۸۶	(۴/۲۷)۶۵/۳۸
اضطراب از مرگ	(۰/۲۴)۶/۸۱	(۰/۲۷)۶/۰۲	(۰/۴۴)۵/۷۷	(۰/۵۰)۶/۷۴	(۰/۴۹)۶/۷۳	(۰/۴۹)۶/۶۷

نتایج میانگین‌ها در جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های سلامت عمومی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است. اما این تغییرات در گروه کنترل بسیار ناچیز است و محسوس نیستند. همچنین با مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب از مرگ زنان سالمند سوگوار در گروه آزمایش مشاهده می‌شود که بین آنها تفاوت چشم‌گیری مشاهده می‌شود که این تفاوت در گروه کنترل چشم‌گیر نیست. با استفاده از آماره شاپیرو-ویلک نرمال بودن داده‌ها بررسی شد که مقادیر آن برای همه ابعاد نزدیک به یک بوده و مقدار معنی‌داری متناظر آن در موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بزرگتر مقدار ۰/۰۵ بود و این یعنی داده‌ها در دو گروه مورد پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند. مقدار آزمون ام. باکس برابر ۵/۵۳۹ بوده که سطح معناداری بدست آمده برای $F=۰/۸۴۴$ آن بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین پیش فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده، متغیرهای وابسته تأیید

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به نمره تفاضل شاخص‌های سلامت عمومی و اضطراب از مرگ در دو گروه آزمایش و پیگیری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
پس‌آزمون						
نشانه‌های جسمانی	۱۶۹/۳۱	۱	۱۶۹/۳۱	۲۲۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴
اضطراب و اختلال خواب	۱۶۱/۰۳	۱	۱۶۱/۰۳	۱۵۲/۳۷	۰/۰۰۲	۰/۷۱
نارساکنش‌وری اجتماعی	۷۳۲/۰۹	۱	۷۳۲/۰۹	۱۱۲۹/۵	۰/۰۰۵	۰/۹۵
افسردگی	۵۸۳/۳۴	۱	۵۸۳/۳۴	۶۵۱/۶۴	۰/۰۰۲	۰/۷۴
اضطراب مرگ	۴/۴۰	۱	۴/۴۰	۴/۸۱	۰/۰۰۳	۰/۹۴
پیگیری						
نشانه‌های جسمانی	۲۱۳/۵۷	۱	۲۱۳/۵۷	۴۷۴/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۹۳
اضطراب و اختلال خواب	۱۸۹/۷۲	۱	۱۸۹/۷۲	۳۶۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱
نارساکنش‌وری اجتماعی	۷۴۲/۶۱	۱	۷۴۲/۶۱	۱۵۵۴/۶	۰/۰۰۰	۰/۹۳
افسردگی	۷۲۹/۴۲	۱	۷۲۹/۴۲	۱۲۸۴/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶
اضطراب مرگ	۴/۹۱	۱	۴/۹۱	۴/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۹۱

می‌گردد. همچنین نتایج آزمون لوین همگنی واریانس‌های خطای نمرات ابعاد سلامت عمومی و نمره اضطراب مرگ در دو گروه کنترل و آزمایش نشان داد. سطح معناداری بدست آمده برای همه مقادیر F بزرگتر از ۰/۰۵ است، پس پیش‌فرض همگنی واریانس متغیرها تأیید می‌گردد. همچنین مقدار آزمون لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۳۷ بوده که با مقدار $F=۵۳۶/۷۳$ در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد، یعنی دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از ۴ متغیر مورد مقایسه دارای تفاوت معنی‌دار هستند. به عبارت دیگر درمان شناختی-رفتاری، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است. به منظور مقایسه گروه‌ها از لحاظ تک تک متغیرها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

دیگران درباره مرگ بالا برده و با ایجاد انگیزه در آنها کمک کرده تا آنها اضطراب خود را کنترل کنند و همچنین نگرش خود نسبت به مرگ را تعدیل کنند. از سوی دیگر حضور در گروه، با افرادی که با مشکلی مشابه روبه‌رو هستند و وجود دیدگاه‌های متفاوت آنان درباره مرگ می‌تواند از بار اضطراب مرگ بکاهد. تخلیه روانی و بیان احساسات در مورد مواجهه با مرگ، شناخت باورهای خودکار و غیرمنطقی و همچنین تکالیف رفتاری و فنون شناختی از عوامل تأثیرگذار در درمان هستند که در این درمان به کار گرفته شده‌اند. هوشیار و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود به این نتایج رسیدند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب مرگ سالمندان مؤثر بود و می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری افسردگی و اضطراب مرگ در سالمندان را کاهش خواهد داد.

بنابراین می‌توان گفت درگیری سالمند سوگوار در انجام تکالیف‌های مربوط به طرح درمانی و موفقیت او در انجام این فعالیت‌ها، می‌تواند توجیه‌کننده این یافته باشد که درمان شناختی-رفتاری، موجب افزایش امیدواری در سالمندان سوگوار باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری به طور معناداری میزان اضطراب مرگ را در سالمند سوگوار کاهش داده است. از طرفی بهبود علائم و واکنش‌های منفی روان‌شناختی مرتبط با سوگ از قبیل افسردگی، احساس فقدان و تنهایی می‌تواند منجر به افزایش امیدواری فرد، معنایابی در فقدان، کاهش اضطراب مرگ و بهبود نگرش او نسبت به آینده و خود شود و در نتیجه فرد به احساس رضایت و آرامش بیشتری در دراز مدت دست می‌یابد. تشویق سالمند سوگوار به انجام فعالیت‌های مثبت و هدف‌دار منجر به افزایش خودکفایی فردی می‌شود و افزایش خودکفایی سبب افزایش امیدواری و کاهش اضطراب مرگ می‌گردد و استفاده مداوم و به موقع از فنون تن‌آرامی در جهت تسلط یافتن در کسب آرامش بسیار مفید است.

فرضیه دوم مطالعه مبنی بر اینکه گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی (و زیرمقیاس‌ها) زنان سالمند سوگوار تأثیر معنی‌داری دارد، تأیید شد. این نتایج با یافته‌های شریفی و همکاران (۱۳۹۲)، کریستیا و همکاران (۲۰۱۵) و فریدلند و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. نتایج ناهمسویی یافت نشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، مطالعات موسر (۲۰۰۳) نشان داده است، علت اثربخشی

همان طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته و با توجه به ضرایب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات مؤلفه‌های سلامت عمومی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین با توجه به مقایسه میانگین‌ها، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی و اضطراب از مرگ زنان سالمند سوگوار گروه آزمایش پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

تجربه سوگ، یک پدیده شایع در سالمندان است. از دست دادن دوستان و همسالان از یک سو و پدیده پیری و نزدیک شدن به سال‌های پایانی زندگی، موجب افزایش برانگیختگی ذهنی و اضطراب سالمندان، نسبت به پدیده مرگ می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی در زنان سالمند سوگوار انجام شد.

فرضیه اول مبنی بر اینکه گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ سالمندان سوگوار اثربخش است، تأیید شد. این نتایج با یافته‌های قمری کیوی و همکاران (۱۳۹۴)، هوشیار، هوشیار و شیری (۱۳۹۴)، عزیز و مومنی (۱۳۹۳)، جانی، مولایی، جنگی قوجه بیگلو و پور اسمعیلی (۱۳۹۳)، ملکینسون (۲۰۰۱) و عزیزا و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. نتایج ناهمسویی یافت نشد. در تبیین نتایج مالکینسون (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای مطرح نمود، با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری در تغییر و اصلاح افکار و رفتار فرد سالمند در مواقع برخورد با سوگ و با تأکید بر فعالیت‌های عینی و رفتاری، فرد را به انجام تکالیف اجتماعی تحریک می‌کند و با درگیری فرد در فعالیت‌های اجتماعی، می‌توان میزان درگیری‌های ذهنی با مرگ را کاهش دهد. همچنین قمری کیوی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای مطرح نمودند، رویکرد شناختی رفتاری با تأکید بر فعالیت‌های عینی و رفتاری، فرد را به انجام تکالیف اجتماعی تحریک می‌کند و با درگیری فرد در فعالیت‌های اجتماعی، می‌توان میزان درگیری‌های ذهنی با مرگ را کاهش دهد. می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری گروهی ظرفیت سالمندان را در شناخت احساسات خود و

بنابراین نتایج نشان داد، درمان شناختی-رفتاری که در آن بر ارتباط بین عناصر چهارگانه (افکار، حس‌های بدنی، احساسات عاطفی و رفتار) تأکید می‌شود، می‌تواند، برای کاهش اضطراب مرگ و بهبود شاخص‌های سلامت عمومی در سالمندان سوگوار درمانی مؤثر واقع گردد. می‌توان گفت، کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است. با این وجود انتظار می‌رود، در پژوهش‌های آتی با بکارگیری نمونه‌های بزرگتر، ارزیابی‌های حین درمان و پیگیری طولانی‌تر، نارسایی‌های این پژوهش، مرتفع گردد. پیشنهاد می‌شود، در سرای سالمندان برای کاهش میزان اضطراب مرگ در سالمندان، درمان‌های روانشناختی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری به کار رود. همچنین پیشنهاد می‌شود، مشاوران در سرای سالمندان، سالمندان دارای سلامت روان پایین‌تر از متوسط را شناسایی نموده و در مشاوره‌های شناختی-رفتاری گروهی شرکت دهند. از محدودیت‌های این مطالعه، محدودیت در انتخاب افراد نمونه بوده است که در مطالعه حاضر فقط زنان سالمند سرای سالمندان شهر کرمانشاه مورد مطالعه قرار گرفتند، بنابراین تعمیم نتایج به افراد جوامع دیگر و همچنین سالمندان مرد، با احتیاط مواجه می‌شود.

منابع

- آقاجانی، م.، و میر باقر، ن. (۱۳۹۱، آذر). بررسی ارتباط انس با قرآن و باورهای دینی با میزان اضطراب مرگ در بیماران قلبی. ویژه نامه سومین همایش استانی قرآن و سلامت، کاشان.
- بحیرایی، ا. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی کارایی ازومون معاینه مختصر وضعیت روانی در سرند سالمندان مبتلا به دمانس. مجموعه مقالات بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران: انتشارات کتاب آشنا.
- پورشریفی، ح.، و فرهنگ ثابت، م. (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با سلامت عمومی ساکنان سرای سالمندان. مجله روان‌شناسی پیری، (۱)، ۳۹-۳۱.
- پیرحیاتی، ز.، و برقی ایرانی. ز (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن. مجله روان‌شناسی پیری، (۲)، ۱۴۷-۱۳۶.
- جانی، س.، مولایی، م.، جنگی قوجه بیگلو، ش.، و پور اسمعیلی، ا. (۱۳۹۳). اثر بخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در

درمان شناختی-رفتاری در این است که در این روش درمانی، از فنون آرامیدگی نظیر (تنفس عمیق، آرمیدگی تدریجی عضلات، مدیتیشن، تصویرسازی ذهن و یوگا) در تعادل فیزیولوژی (فشار خون، ضربان قلب و تنفس) و تنظیم سیستم ایمنی بدن، استفاده می‌شود. همچنین روش‌ها و فنون درمان شناختی-رفتاری بر این تلاش است که تمرکز افراد را افزایش داده و بتوانند نوعی آگاهی در افراد شکل دهند که بتوانند در زمان رویارویی با مشکلات خود از این آگاهی بهره جویند و با کاهش سطح فشار روانی، قادر خواهند بود، زمینه افزایش سلامت عمومی را در خود ایجاد کنند (بورز، ۱۹۹۰). شریفی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که سوگ درمانی شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی خانواده‌های سوگوار مؤثر بوده است و موجب افزایش سلامت عمومی افراد سوگوار شده است.

بر این اساس، درمان شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی زنان سالمند مؤثر بوده است، چرا که در جلسه‌های آزمایشی در حیطه این نوع درمان، پژوهشگر بر ایجاد پاسخ توسط اثرات فکری نه فیزیکی تمرکز نموده است و جهت کمک به ارتقاء تغییرات قطعی در افراد تحت مداخله و کمک به تسکین رنج‌های عاطفی به مطرح ساختن تعداد زیادی از مسائل رفتاری، اجتماعی و فکری پرداخته شده است و تلاش برای تغییر افکار و شناخت‌های معیوب افراد تحت مداخله و سپس تغییر در رفتارهای حاصل شناخت‌های معیوب پرداخته شد. پژوهشگر در جلسه‌های درمانی، مشکلات ناشی از تفکر غیرمنطقی شخص، استنباط‌های غلط، افکار ناپه‌نجان و یادگیری ناقص را تشخیص داده و درمان نموده است. در آموزش‌های افراد گروه آزمایش این تأکید در جلسه‌ها صورت گرفته است که افکار و احساسات، نقش کلیدی و بنیادی در رفتار دارند، بنابراین آموزش این نکته به افراد تحت مداخله داده شد که با وجودی که آن‌ها نمی‌توانند، بر تمام جنبه‌های دنیای پیرامون‌شان کنترل داشته باشند، اما می‌توانند چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به چیزهایی که در محیطشان وجود دارد را کنترل کنند. در جلسه‌های به کار رفته توسط پژوهشگر بر افراد تحت مداخله با توجه به به کارگیری محدوده‌ای از روش‌های درمانی که بر پایه مفاهیم و اصول برآمده از مدل‌های روان‌شناختی هیجان‌ات و رفتارهای انسان قرار دارند، توانسته است بر سلامت عمومی افراد تحت مداخله، تأثیر داشته باشد.

مهیدی پور، س.، شهیدی، ش.، روشن، ر.، و دهقانی، م. (۱۳۸۸). تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه تجربه سوگ در نمونه ایرانی. *مجله دانشور رفتار*. ۲(۳)، ۳۷-۱۶.

نادری، ف.، و صفر زاده، س. (۱۳۹۳). مقایسه اضطراب مرگ، رضایت از زندگی، نگرانی و امیدواری بین سالمندان معلول ساکن در خانواده و ساکن در سرای سالمندان. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۲(۹۸)، ۸۱-۳۲.

هوشیار، ف.، هوشیار، ج.، و شیرینی، ک. (۱۳۹۴، دی). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و اضطراب مرگ سالمندان شهرستان پاسارگاد. مقاله ارائه شده در کنفرانس ملی هزاره سوم و علوم انسانی، مرکز توسعه آموزش های نوین ایران (متانا).

Abdel-Khalek, A. M., & Al-Sabwah, M. N. (2005). Satisfaction with life and death distress. *Psychological reports*, 97(3), 790-792.

Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*, 34(4), 64-70.

Bailey, E., Dunham, K., Michael, J., & Kral, S. (2000). Factor structure of the grief experience questionnaire (GEQ). *Death Studies*, 24(8), 721-738.

Barrett, T.W., & Scott, T. B. (1989). Development of the grief experience questionnaire. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 19, 201-215.

Beck, J., S. (2010). Questions and answers about cognitive therapy. *Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy*.

Belsky, J. (1999). *The psychology of aging*. Pacific Grove, CA: Brooks.

Bowers, W., A. (1990). Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *The British Journal of Psychiatry*, 156(1), 73-78.

Cristea, I. A., Huibers, M. J., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62-71.

Estanely, H., Beto, J. A., & Deyo, R. A. (2012). Cognitive behavioral therapy in self-efficacy and mental health on weighting of women's. *Journal of*

بیماران مبتلا به سرطان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۵(۲۲)، ۱۰۳-۹۴.

حبیب‌اللهی، س.، سوداگر، ش.، بنی‌جمالی، ش.، و صبحی قراملکی، ن. (۱۳۹۶). مدل ساختاری روابط بین معنویت با سلامت‌روان و اضطراب مرگ: نقش میانجی‌گری منبع کنترل و حمایت اجتماعی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۳)، ۱۶۷-۱۳۶.

شریفی، م.، احمدی، ا.، و فاتحی زاده، م. (۱۳۹۲). تأثیر سوگ‌درمانی شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت عمومی خانواده‌های داغ‌دیده. *مجله مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۷(۱۲)، ۱۱۳-۱۳۴.

عبادی فرد آذر، ف. شجاعی، ح. (۱۳۸۵). *اصول خدمات بهداشتی*. تهران: تهران.

عباسی، م.، اداوی، ح.، و حجتی، م. (۱۳۹۵). رابطه باورهای مذهبی و سلامت روانی از طریق واسطه‌گری هدفمندی در زندگی و ادراک پیری در معلمان بازنشسته. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۲)، ۱۹۵-۲۰۴.

عزیزی، م.، و مؤمنی، خ. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند شهر کرمانشاه. *مجله تحقیقات بالینی در علوم پزشکی*، ۳(۳)، ۱۷۸-۱۸۷.

عصاره، م.، فیروزکوهی مقدم، م.، کریمی، م.، و حسینی، م. (۱۳۹۳). سوگ پیچیده مطالعه شیوع شناسی توصیفی مقطعی در ایران. *مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت*، ۱(۲)، ۴۶-۴۰.

قدم پور، ع.، و مشرقی، ش. (۱۳۹۶). رابطه سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۲)، ۱۰۶-۹۷.

قمری کیوی، ح.، زاهد بابلان، ع.، و فتحی، د. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ در سالمندان مرد سوگوار. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۱(۴)، ۶۹-۶۰.

کریگ، آ. (۱۳۹۱). *درمان شناختی-رفتاری برای اختلال‌های مزمن پزشکی* (ترجمه: رضا مولایی و کوروش فتاحی). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۱)

محمدی، ی.، و کمالی، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۳)، ۲۴-۱۲.

- Contemporary Research in Business*, 3(2), 267-73.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Rich, M. W., Steinmeyer, B. C., & Rubin, E. H. (2015). Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(11), 1773-1782.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 352-358.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Goldzweig, G., Baider, L., Andritsch, E., & Rottenberg, Y. (2016). Hope and social support in elderly grading the cognitive state of patients for the clinicians. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Huerta, A., & Yip, M. (2006). *A study of religious certainty and death anxiety*. Project Proposal. WCP: 262.
- Malkinson, R. (2001). Cognitive-behavioral therapy of grief: A review and application. *Research on Social Work Practice*, 11(6), 671-98.
- Morris, S., E. (2008). *Overcoming grief: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Constable and Robinson.
- Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., & Garvin, B. J. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive and critical care nursing*, 19(5), 276-288.
- Pachana, N. & Laidlaw, K. (2012). *Oxford Handbook of Neuropsychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Potes, A., Gagnon, G., Touré, E. H., & Perreault, M. (2016). Patient and clinician assessments of symptomatology changes on older adults following a psycho-educational program for depression and anxiety. *Journal of Psychiatric Quarterly*, 87(4), 649-662.
- Saggino, A., & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of clinical psychology*, 52(3), 329-333.
- Shear, M., K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119-125.
- Templer, D., I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82 (1), 165-177.
- Worden, J., W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.