



The efficacy of narrative exposure therapy on resilience, mindfulness, and quality of life in individuals with prolonged grief disorder

Fatemeh Rezaei Shahy¹, Mohammad Reza Shaeiri², Mohammad Ebrahim Sarichloo³

1. M.A. of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: fateme.rezaei.shahy@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: shairi@shahed.ac.ir

3. Assistant Professor, Clinical Research Development Unit, 22 Bahman Hospital, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. E-mail: mesarichloo@qums.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 10 March 2025
Received in revised form
07 April 2025
Accepted 13 May 2025
Published Online 23 July
2025

Keywords:
narrative exposure
therapy,
resilience,
quality of life,
mindfulness

ABSTRACT

Background: Narrative Exposure Therapy (NET) is a trauma-focused treatment. The effectiveness of NET has been examined for some variables. Still, there is a research gap regarding its impact on resilience, quality of life, and mindfulness in individuals with prolonged grief disorder.

Aims: The aim of this study was to determine the effectiveness of Narrative Exposure Therapy on resilience, quality of life, and mindfulness in individuals with prolonged grief disorder.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with a pre-test and post-test, including a control group. The statistical population included all adults (aged 18 to 60 years) diagnosed with prolonged grief disorder based on DSM-5-TR criteria in Qazvin City in 2022. 16 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups (8 participants in each group). These groups were matched based on gender. The research tools included the Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder (SCIP) (Holly et al., 2022), the Connor-Davidson Resilience Scale (2003), the World Health Organization Quality of Life Scale (1996), and the Five-Factor Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006). The protocol used in this study was the Narrative Exposure Therapy session program (Schauer et al., 2011). The therapy was delivered in 5 individual sessions of 90 minutes each for the participants in the experimental group. Data were analyzed using SPSS version 24 and independent t-tests were applied to compare the pre-test and post-test scores.

Results: The results showed that Narrative Exposure Therapy significantly increased resilience ($t = -2.367$, $P = 0.033$), quality of life ($t = -4.608$, $P = 0.001$), and mindfulness ($t = -8.306$, $P = 0.001$) in individuals with prolonged grief disorder.

Conclusion: It can be suggested to implement narrative exposure therapy, considering clinical considerations for improving resilience, quality of life, and mindfulness in patients.

Citation: Rezaei Shahy, F., Shaeiri, M.R., & Sarichloo, M.E. (2025). The efficacy of narrative exposure therapy on resilience, mindfulness, and quality of life in individuals with prolonged grief disorder. *Journal of Psychological Science*, 24(149), 221-241. [10.52547/JPS.24.149.221](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.221)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 149, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.149.221](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.221)



✉ **Corresponding Author:** Mohammad Reza Shaeiri, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

E-mail: shairi@shahed.ac.ir, Tel: (+98) 21-51212470

Extended Abstract

Introduction

Grief is a normal process, but this process can go awry and lead to complicated grief or prolonged grief disorder in bereaved individuals (Sabucedo et al., 2025). Moreover, the loss of a loved one can cause serious physical and psychological health problems (Neimeyer & Currier, 2009; Ostadhashemi et al., 2024). Narrative Exposure Therapy (NET) (Schauer et al., 2011) is a trauma-focused psychotherapy intervention that is effective in treating anxiety disorders following trauma and other forms of trauma-spectrum disorders across various cultural contexts (Schauer et al., 2024). This therapy is based on the principles of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), narrative therapy, and exposure therapy (Raghuraman et al., 2021). There are likely many factors involved in the development of prolonged grief disorder as well as in the adaptation and recovery from grief following a period of illness (Eslah-kar et al., 2021). In this context, resilience, quality of life, and mindfulness seem to play important roles in relation to grief. Resilience refers to positive adaptation or the ability to maintain or regain mental health despite experiencing adversity (Margooob et al., 2024; Herrman et al., 2011). The results of one study showed that resilience plays an important role in improving grief (Vegsund et al., 2019). The World Health Organization (2022) defines quality of life as an individual's perception of their position in life within the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns. Several studies show a negative relationship between grief symptoms and quality of life (Mohebbi, 2024; Boelen & Prigerson, 2007; Maccallum & Bryant, 2020; Tsai et al., 2020). Mindfulness refers to the ability to pay attention to internal stimuli (e.g., emotions, cognitions, and their behavioral and physical consequences) and external stimuli (e.g., social interactions and the surrounding environment) (Glomb et al., 2011). Narrative Exposure Therapy, through the patient's confrontation with trauma memories in a safe place and with an emphasis on the present moment (Schauer et al., 2011), may be

effective in increasing mindfulness in individuals. In a study, Hang demonstrated a negative relationship between grief and mindfulness, with emotion regulation playing a mediating role (Huang, 2022). Despite existing research on the effectiveness of Narrative Exposure Therapy on certain variables, studies on Narrative Exposure Therapy and its effectiveness on resilience, quality of life, and mindfulness in individuals with prolonged grief disorder are limited, and further research is needed in this area.

Method

The research method of the present study is quasi-experimental, with a pre-test and post-test design and a control group. The target population of this study includes adults (18 to 60 years old) who are grieving in the city of Qazvin in 2022, having lost a close loved one (such as a father, mother, spouse, sibling, child, or close friend), with at least 12 months (one year) having passed since the death of their loved one. The sample consisted of 16 participants selected through convenience sampling, who were randomly assigned into two groups of 8 participants. That these groups were matched based on gender. The tools used in this study included: Connor-Davidson Resilience Scale (2003), the World Health Organization Quality of Life Scale (1996), the Five-Factor Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006), the Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder (SCIP) (Holly et al., 2022), and a summary of Narrative Exposure Therapy sessions (Schauer et al., 2011). The intervention consisted of 5 individual sessions, each lasting 90 minutes, for each participant in the experimental group. Data were analyzed using SPSS software and an independent t-test was employed to analyze the difference in scores between the pre-test and post-test.

Results

The descriptive results related to the demographic characteristics of the participants in both the experimental and control groups, as well as the comparison between them using the Chi-square test, showed no significant differences between the two groups in terms of gender (matched), age ($t = 0.659$ and $P = 0.082$), education ($\chi^2 = 4.8$ and $P = 0.091$),

occupation ($\chi^2= 1.432$ and $P= 0.767$), marital status ($\chi^2= 1.067$ and $P= 0.302$), relationship to the deceased ($\chi^2= 2.2$ and $P= 0.532$), and the duration of bereavement ($t= 0.85$ and $P= 0.052$). The assumptions for parametric tests were met for all variables, and therefore, the use of the independent t-test for data analysis was deemed appropriate.

The tables below present the mean, standard deviation, and the results of the independent t-test for the variables of resilience, mindfulness, and quality of life in the participants of the the experimental and the control group.

Table 1. Mean, standard deviation, and independent t-test for the resilience Scale

variable	groups	Pre-test		Post-test		Post_pre test		Independent t-test		
		M	SD	M	SD	M	SD	df	t value	sig
resilience	experimental	50.5	14.392	64.75	12.544	-14.25	18.211	14	-2.367	0.033
	control	66.25	21.035	64.375	20.262	1.875	6.289			

The results presented in Table 1 indicate that narrative therapy exposure led to a significant

reduction in the scores of the resilience scale ($t= -2.367$, $P= 0.033$).

Table 2. Mean, standard deviation, and independent t-test for the quality of life Scale

variable	groups	Pre-test		Post-test		Post_pre test		Independent t-test		
		M	SD	M	SD	M	SD	df	t value	sig
quality of life	experimental	60.875	10.078	85.875	10.176	-25	14.432	14	-4.608	0.001
	control	76.625	9.273	76.25	6.923	0.375	5.854			

The results presented in Table 2 indicate that narrative therapy exposure led to a significant

increase in the scores of the quality of life scale ($t= -4.608$, $P= 0.001$).

Table 3. Mean, standard deviation, and independent t-test for the mindfulness Scale

variable	groups	Pre-test		Post-test		Post_pre test		Independent t-test		
		M	SD	M	SD	M	SD	df	t value	sig
mindfulness	experimental	78.5	20.347	133.875	17.643	-46.375	15.883	14	-8.306	0.001
	control	130.875	16.374	125.75	14.14	5.125	7.434			

The results presented in Table 2 indicate that narrative therapy exposure led to a significant increase in the scores of the mindfulness scale ($t= -8.306$, $P= 0.001$).

Conclusion

The results of the present study indicated that narrative exposure therapy led to an increase in resilience in individuals with prolonged grief disorder. The findings of this study are consistent with the research of Kiani et al. (2020), Chamani et al. (2019), Rahnamaei and Aghei (2020), and Makvandi (2021), which suggest that resilience improves in individuals with grief disorder after undergoing a therapeutic intervention. This can be explained by the negative relationship between grief and resilience found in some studies (Barboza & Seedall, 2021; Skalski et al., 2021).

The other findings of this study indicated that the use of narrative exposure therapy led to an improvement in the quality of life and all its dimensions in individuals with prolonged grief disorder. The results of this study are consistent with the findings of Mohebbi (2024), Boelen & Prigerson (2007), Maccallum & Bryant (2020), and Tsai et al. (2020), which show a negative relationship between grief and quality of life. Grief is associated with symptoms such as decreased occupational and social functioning and may also lead to physical illnesses (Palitsky et al., 2023), which in turn reduces quality of life. Narrative exposure therapy, by reducing grief symptoms and working to restore individuals to their previous level of functioning, has led to an increase in the quality of life in various dimensions.

The final results of the present study indicated that narrative exposure therapy led to an increase in

mindfulness and all of its subscales in individuals with prolonged grief disorder. These results are consistent with the findings of Huang (2022), which showed a negative relationship between grief and mindfulness, as well as with the findings of Alonso et al. (2020), Hasha (2015), Bryant et al. (2024), Downar et al. (2022), Hong (2021), Aslani et al. (2019), and Javidnia et al. (2021), which demonstrate the effectiveness of mindfulness-based treatments on grief. This means that narrative exposure therapy reduces grief symptoms and, as a result, increases individuals' mindfulness during the treatment period. The limitations of the present study include the small sample size in both the control and experimental groups, the use of a convenience and voluntary sample, the lack of appropriate conditions for conducting follow-up sessions, the selection of participants from adults (18 to 60 years old) residing in Qazvin, as well as the inability to use a placebo treatment. Based on these limitations, future researchers are encouraged to assess the effectiveness of Narrative Exposure Therapy in larger samples, across different cultures, using placebo treatments, and by conducting follow-up sessions. The results of the present study indicate that narrative exposure therapy led to an increase in resilience, quality of life, and mindfulness in individuals with prolonged grief disorder. Therefore, it can be recommended to use this therapy, with clinical precautions, to enhance resilience, quality of life, and mindfulness in individuals with prolonged grief disorder.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study is based on the master's thesis of the first author in Clinical Psychology at Shahed University, defended with honors on 2023.09.12. At the beginning of the study, clear and detailed information was provided to the sample group regarding the overall research process, the steps to be followed, the required time for the study, and its interventions. Full consent was obtained from the participants before the commencement of the research. Throughout the study, participants had the option to withdraw at any time. The principles of confidentiality and anonymity of the participants, as well as the confidentiality of the results, were strictly maintained. It should be noted that the current research, while adhering to ethical codes, successfully obtained the ethics code with the number IR.SHAHED.REC.1401.099 from the Ethics Committee of Shahid University.

Funding: This study was conducted as a master's thesis of the first author with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the participants in the study.



اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت

فاطمه رضایی شاهی^۱، محمدرضا شعیری^۲، محمدابراهیم ساریچلو^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. استادیار، واحد توسعه و تحقیقات بالینی، بیمارستان ۲۲ بهمن، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۰

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۸

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۳

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

مواجهه درمانی روایتی،

تاب‌آوری،

کیفیت زندگی،

ذهن‌آگاهی

زمینه: مواجهه درمانی روایتی یک درمان متمرکز بر ضربه-حافظه است. تاکنون اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر برخی متغیرها بررسی شده است ولی در مورد اثربخشی آن بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت شکاف پژوهشی وجود دارد.

هدف: هدف مطالعه حاضر تعیین کارآمدی مواجهه درمانی روایتی بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی بزرگسالان (۱۸ تا ۶۰ سال) مبتلا به سوگ طولانی‌مدت بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM5-TR، در شهر قزوین در سال ۱۴۰۱ بود؛ که از بین آن‌ها ۱۶ نفر به‌عنوان افراد نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۸ نفر) که از نظر جنسیت همتا شده بود، گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال سوگ طولانی‌مدت (SCIP) (هالی و همکاران، ۲۰۲۲)، مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) و پنج عاملی ذهن‌آگاهی (بائر و همکاران، ۲۰۰۶) بود. پروتکل مورد استفاده در این پژوهش برنامه جلسات مواجهه درمانی روایتی (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱) بود. درمان به‌صورت ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای فردی برای هریک از افراد گروه آزمایش ارائه شد و داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ و با استفاده از روش آماری t مستقل، در مورد تفاضل نمرات پیش-پس‌آزمون، مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که مواجهه درمانی روایتی به‌طور معناداری تاب‌آوری ($t = -2/637$ ، $P = 0/033$)، کیفیت زندگی ($t = -4/608$ ، $P = 0/001$) و ذهن‌آگاهی ($t = -8/306$ ، $P = 0/001$) را در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت افزایش داده است.

نتیجه‌گیری: می‌توان به‌کارگیری مواجهه درمانی روایتی را، با در نظر گرفتن ملاحظات بالینی، به‌منظور افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی بیماران پیشنهاد نمود.

استناد: رضایی شاهی، فاطمه؛ شعیری، محمدرضا؛ و ساریچلو، محمدابراهیم (۱۴۰۴). اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال

سوگ طولانی‌مدت. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۹، ۲۴۱-۲۴۱.

DOI: [10.52547/JPS.24.149.221](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.221) ۱۴۰۴، شماره ۲۴، دوره ۲۴



© نویسنده‌گان.

مقدمه

سوگواری^۱ برای مرگ یک عزیز تجربه‌ای تقریباً جهانی است و ممکن است چندین بار در طول زندگی تجربه شود. مطالعات اخیر نشان داده است که به ازای هر مرگ، تقریباً نه نفر از بستگان به‌طور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌گیرند (وردی و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه سوگ یک فرایند طبیعی است ولی این روند می‌تواند به اشتباه پیش رود و منجر به ایجاد سوگ پیچیده^۲ یا اختلال سوگ طولانی‌مدت^۳ در افراد داغ‌دیده بشود (سابوسیدو و همکاران، ۲۰۲۵). اختلال سوگ طولانی‌مدت با تجربه پریشانی جدایی و چندین علامت همراه در فرد به‌نوعی که در اغلب روزها در ماه گذشته تجربه شده باشند و علائم بیش از یک سال به طول انجامیده باشند، تشخیص داده می‌شود (جلتیک و همکاران، ۲۰۲۲). از دست دادن یک عزیز می‌تواند مشکلات جدی برای سلامت جسمی و روانی افراد ایجاد کند (نیمار و کرییر، ۲۰۰۹؛ استاد هاشمی و همکاران، ۲۰۲۴). شیوع اختلال سوگ در زمان پاندمی کرونا افزایش یافت به‌نوعی که در برخی پژوهش‌ها میزان شیوع اختلال سوگ حدود ۲۸٫۹ تا ۳۷٫۸ درصد گزارش شده است (داونار و همکاران، ۲۰۲۲). تجربه دردناک سوگ در سال‌های گذشته در اثر گسترش مرگ میرهای ناشی از ویروس کرونا باعث شد که لازم باشد در نگاه به سوگ و سوگواری نسبت به سال‌های گذشته تغییراتی ایجاد شود و به جهت بهبود شرایط افراد مبتلا به اختلال سوگ پژوهش‌هایی صورت گیرد (اونگوران و هال، ۲۰۲۵).

در ادبیات پژوهشی اثربخشی درمان‌های متعددی بر اختلال سوگ و متغیرهای مرتبط با آن مورد ارزیابی قرار گرفته است و نتایج حاصل از این پژوهش‌ها اثربخشی درمان‌های روایتی، مواجهه‌ای و درمان‌های مبتنی بر اصول شناختی رفتاری را نشان می‌دهند (نلسون و همکاران، ۲۰۲۴؛ دولان و همکاران، ۲۰۲۲؛ موسوی، ۱۴۰۰). مواجهه درمانی روایتی^۴ (NET) (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱) یک مداخله روان‌درمانی متمرکز بر ضربه-حافظه است که در درمان اختلالات اضطرابی پس از ضربه و سایر اشکال اختلالات طیف تروما در زمینه‌های فرهنگی مختلف مؤثر است (شوئر و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان بر اساس درمان شناختی رفتاری، روایت درمانی و

مواجهه درمانی استوار است و یک پروتکل درمانی مشخص با هدف ایجاد یک بازنمایی زندگی‌نامه‌ای منسجم و سازگار از رویداد (های) آسیب‌زا در چارچوب یک روایت دارد. این کار پردازش عاطفی خاطرات تروما را برای بهبود علائم هیجانی، شناختی و رفتاری تسهیل می‌کند (راگورامان و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها اثربخشی این درمان را بر اختلالات اضطرابی پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، علائم افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال سوء‌مصرف مواد نشان دادند (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۷؛ استیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ پابست و همکاران، ۲۰۱۴؛ لیلی و همکاران، ۲۰۱۹؛ فن و همکاران، ۲۰۲۱؛ سرپلونی و همکاران، ۲۰۲۱).

احتمالاً عوامل زیادی در ایجاد اختلال سوگ طولانی‌مدت و همچنین ایجاد سازگاری و بهبود اختلال سوگ پس از یک دوره بیماری نقش دارند (اصلاح کار و همکاران، ۱۴۰۰). در این بین به نظر می‌رسد تاب‌آوری نقش مهمی را در ارتباط با سوگ ایفا می‌کند. نتایج یک پژوهش نشان داد که تاب‌آوری نقش مهمی را در بهبود سوگ والدینی که فرزندان خود را از دست داده‌اند ایفا می‌کند (وگسون و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی فرآیندهای تاب‌آوری خانواده به‌طور منفی با علائم سوگ مرتبط است (باربوزا، سیدال، ۲۰۲۱). در تلاش برای ارائه یک تعریف واحد از تاب‌آوری پژوهشگران در مورد آن به اتفاق نظر نرسیدند، اما اساساً تاب‌آوری به سازگاری مثبت، یا توانایی حفظ یا بازیابی سلامت روان، علیرغم تجربه نامایمات اشاره دارد (مارگوب و همکاران، ۲۰۲۴؛ هرمن و همکاران، ۲۰۱۱). ریچاردسون (۲۰۰۲) مدلی را برای تبیین تاب‌آوری ارائه کرد که طی آن بیان می‌کند افراد پس از یک واقعه ناخوشایند، طی یک فرآیند انسجام‌یابی مجدد یکی از چهار حالت، انسجام‌یابی مجدد تاب آورانه^۵ (یعنی شخص با درون‌نگری به بینش و رشد پس از اختلال می‌رسد و به پرورش هرچه بیشتر ویژگی‌های تاب آور خود می‌پردازد و از حالت تعادل قبلی فراتر می‌رود که نتیجه آن پیشرفت زندگی خواهد بود)، انسجام‌یابی مجدد برای بازگشت به همان حالت تعادل زیستی روانی قبلی^۶ (یعنی جسییدن به همان منطقه امن قبلی و رد کردن فرصت‌های رشد که نتیجه آن

4. Narrative exposure therapy

5. Resilient reintegration

6. Reintegration back to biopsychospiritual homeostasis

1. Mourning

2. Complicated Grief

3. prolonged grief disorder

رکود زندگی خواهد بود)، بهبود و ترمیم دوباره اما همراه با فقدان^۱ (به این معنی است که افراد می‌پذیرند که برخی از انگیزه‌ها، امیدها و خواسته‌های خود را به دلیل خواسته‌های ناشی از زندگی کنار بگذارند مثل مرگ عزیزان یا از دست دادن عضوی از بدن که نتیجه آن انحراف زندگی خواهد بود)، انسجام یابی ناکارآمد^۲ (زمانی اتفاق می‌افتد که افراد به مواد، رفتارهای مخرب یا ابزارهای دیگر برای مقابله با خواسته‌های زندگی متوسل می‌شوند) دست می‌یابد. افراد دارای تاب‌آوری بالا زمانی که با ناملایمات قابل توجهی مواجه می‌شوند، معمولاً می‌توانند علیرغم تجربه سختی، عملکرد عادی خودشان را از سر بگیرند (ریچاردسون و همکاران، ۱۹۹۰؛ ریچاردسون، ۲۰۰۲). تاب‌آوری فرآیندی پویا در هر سطحی از عملکرد است که ظرفیت سازگاری مثبت این افراد پس از ناملایمات را در برمی‌گیرد. هدف مطالعات در زمینه تاب‌آوری روشن کردن مکانیسم‌های سازگاری موفقیت‌آمیز پس از موقعیت‌های نامطلوب است و به پژوهشگران این امکان را می‌دهد تا درک بهتری از این که چرا برخی افراد بهتر از دیگران سازگار می‌شوند داشته باشند (ونمتر و سیکتی، ۲۰۲۰). با توجه به تأثیر تاب‌آوری بر کاهش علائم اختلال سوگ و افزایش سلامت روان لازم است متخصصان سلامت روان به مداخلاتی در جهت افزایش تاب‌آوری به‌منظور بهبود سلامت روان در افرادی که عزیزانشان را ازدست‌داده‌اند بپردازند (الفرز و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسکالسکی و همکاران، ۲۰۲۱). در ایران نیز پژوهشگران تاب‌آوری را به‌عنوان یک عامل مؤثر در سوگ و عاملی که در درمان سوگ احتمالاً افزایش پیدا می‌کند معرفی کرده‌اند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ چمنی و همکاران، ۱۳۹۸؛ رهنمائی و آقایی، ۱۳۹۹؛ مکوندی، ۱۴۰۰). با توجه به آنچه از اهمیت بررسی مداخلات در جهت افزایش تاب‌آوری و رابطه این متغیر با سوگ گفته شد به نظر می‌رسد بررسی تغییرات آن در روند اجرای طرح‌های تحقیقاتی حائز اهمیت باشد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۲) کیفیت زندگی را به عنوان ادراک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان تعریف می‌کند. دلایل متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد کیفیت زندگی می‌تواند به‌عنوان معیاری مرتبط برای اختلال سوگ

طولانی‌مدت در نظر گرفته شود. نخست آنکه اختلال سوگ با کاهش سلامت جسمانی، مانند مشکلات سلامت قلبی عروقی، کمبودهای ایمنی و اختلالات خواب همراه است (پراون و همکاران، ۲۰۲۲؛ ناولز و همکاران، ۲۰۱۹؛ لانسِل و همکاران، ۲۰۲۰؛ پالیسکی و همکاران، ۲۰۲۳). دیگر این که معیارهای تشخیصی اختلال سوگ طولانی‌مدت بیان می‌کند که این اختلال باید موجب ناراحتی یا اختلال قابل توجه بالینی در زمینه‌های اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم عملکردی شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) که این موضوع احتمالاً می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی افراد نمود پیدا کند. علاوه بر این مطالعات متعددی رابطه منفی میان علائم سوگ و کیفیت زندگی را نشان می‌دهند (مجبی، ۱۴۰۳؛ بولن و پریگرسون، ۲۰۰۷؛ مکالم و بریانت، ۲۰۲۰؛ تسای و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین مطالعات متعددی نشان می‌دهند که پس از یک دوره درمانی، کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال سوگ افزایش پیدا کرده است (نعمتی پور و گلزاری، ۱۳۹۴؛ علی پور دهقانی، ۱۳۹۹). مداخلاتی که در جهت آموزش شیوه‌های مقابله‌ای مسئله محوراند و به‌نوعی پردازش‌های شناختی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، می‌توانند باعث ارتقاء کیفیت زندگی روانی به‌تبع آن موجب سازگاری مطلوب و سازنده تر افراد بشوند (مهرابی و همکاران، ۱۳۹۳). مواجهه درمانی روایتی به‌وسیله بازسازی زمانمند فعال حافظه سرگذشتی و پردازش مجدد حوادث منفی (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱)، توانایی شناختی برخورد مسئله محور را در افراد تقویت می‌کند. مطالعاتی نیز اثربخشی مواجهه درمانی روایتی را بر بهبود کیفیت زندگی افراد نشان می‌دهند (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۷؛ حشمتی و همکاران، ۱۴۰۱؛ سیهل و روبجانت، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه کیفیت زندگی مبتنی بر خودمختاری و تحقق پتانسیل‌ها^۳ کیفیت زندگی زمانی بالا است که فرد احساس کند که به‌طور خودمختارانه و با توانایی کامل از پتانسیل‌های خود استفاده می‌کند و قادر به کنترل زندگی خود و تحقق اهداف شخصی می‌باشد (رایان و دیسی، ۲۰۰۰). مواجهه درمانی روایتی با تأکید بر کل زندگی به‌جای تأکید بر تجربیات منفی (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱) ممکن است بتواند موجب افزایش احساس خودمختاری در افراد بشود. با توجه به پیشینه پژوهشی و نظری و با توجه به ارتباط اختلال سوگ و کیفیت زندگی

1. Recovering with loss

2. Dysfunctional reintegration

3. Self-determination Theory

تحقیقات در زمینه بررسی تغییرات در نمرات کیفیت زندگی افراد طی یک دوره درمانی حائز اهمیت است.

ذهن‌آگاهی به توانایی توجه به محرک‌های درونی (به‌عنوان مثال، احساسات، شناخت‌ها و پیامدهای رفتاری و جسمی آن‌ها) و بیرونی (مثلاً تعامل اجتماعی و محیط اطراف) مربوط می‌شود (گلوب و همکاران، ۲۰۱۱). طی سال‌ها تعاریف متعددی برای ذهن‌آگاهی بیان شده است. برخی از تعاریف رایج ذهن‌آگاهی را به‌صورت توجه عمدی به لحظه حال و بدون قضاوت و آگاهی لحظه‌به‌لحظه (شارما و کامرا، ۲۰۲۲) توصیف کرده‌اند. نظریه تنظیم شناختی^۱ بیان می‌کند که ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا به‌طور آگاهانه و هدفمند توجه خود را مدیریت کنند. این فرآیند به کاهش واکنش‌های خودکار و غیرارادی فرد نسبت به افکار و احساسات منفی کمک می‌کند و به فرد اجازه می‌دهد تا به تجربیات خود در لحظه حال توجه بیشتری داشته باشد (کابات، ۱۹۹۰). نظریه تجربه‌گرایی نیز بر اهمیت تجربیات لحظه‌ای تأکید دارد. طبق این نظریه، ذهن‌آگاهی به فرد این امکان را می‌دهد که تجربیات درونی خود را بدون قضاوت و بدون دخالت ذهنی اضافی مشاهده کرده و بپذیرند (سیگل، ۲۰۰۷). مواجهه درمانی روایتی از طریق رویارویی بیمار با خاطرات حادثه آسیب‌زا در یک مکان امن و با تأکید بر زمان حال (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱) ممکن است در افزایش ذهن‌آگاهی افراد مؤثر باشد. در سال‌های اخیر پژوهش‌هایی در رابطه با ذهن‌آگاهی در داخل و خارج ایران صورت گرفته است. هانگ طی مطالعه‌ای رابطه منفی میان سوگ و ذهن‌آگاهی را با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان نشان داد (هانگ، ۲۰۲۲). کینات جواد و همکاران (۲۰۲۳) نیز رابطه مثبت و معناداری را میان ذهن‌آگاهی و کیفیت زندگی نشان دادند. مطالعات متعددی نیز اثربخشی درمان‌هایی که بر پایه ذهن‌آگاهی هستند را بر کاهش سوگ نشان می‌دهند (آلونسو و همکاران، ۲۰۲۰؛ هاشا، ۲۰۱۵؛ برایانت و همکاران، ۲۰۲۴؛ دوان و همکاران، ۲۰۲۲؛ هانگ، ۲۰۲۱؛ اصلانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ جاویدنیا و همکاران، ۱۴۰۰) و این امر می‌تواند نشان‌دهنده ارتباط میان علائم سوگ و مؤلفه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی باشد.

علی‌رغم وجود پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی مواجهه درمانی روایتی بر برخی متغیرها؛ تحقیقات در زمینه مواجهه درمانی روایتی و اثربخشی آن بر

تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت محدود است و نیاز است پژوهش‌های بیشتری در این خصوص صورت گیرد؛ بنابراین، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا به‌کارگیری مواجهه درمانی روایتی، می‌تواند باعث ایجاد تغییرات مثبت در تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت شود؟

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بزرگسالان (۱۸ تا ۶۰ سال) مبتلا به سوگ در شهر قزوین در سال ۱۴۰۱ بود که یکی از عزیزانشان (شامل پدر، مادر، همسر، خواهر، برادر، فرزند، دوستی صمیمی و ...) را از دست داده بودند و حداقل ۱۲ ماه (یک سال) از مرگ عزیزشان سپری‌شده بود. نمونه پژوهش حاضر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و شامل ۱۶ نفر بود که به‌صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفره آزمایش و گواه که از نظر جنسیت همتا شده بودند، جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن تجربه فقدان یکی از عزیزان، گذشت حداقل ۱۲ ماه از فقدان، پوشش دادن معیارهای سوگ طولانی‌مدت بر اساس مصاحبه بالینی انجام گرفته مبتنی بر معیارهای DSM5-TR، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، عدم وجود گرایش‌های سایکوتیک، افکار خودکشی و عدم ابتلا به بیماری‌های حاد و مزمن روانی که این معیارها توسط پرسشنامه کوتاه نشانه‌های بیماری (BSI-۵۳) (اخوان عبیری و شعیری، ۱۳۹۸) پیش از پژوهش سنجیده شده بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: پاسخ ندادن به یک‌سوم یا بیشتر از سؤالات پرسشنامه‌ها، غیبت در دو جلسه متوالی از درمان یا جلسات تکمیلی بود.

(ب) ابزار

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۲ (CD-RISC): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانر و دیویدسون ساخته شده است که حاوی ۲۵ گویه بوده و از نوع خودگزارش دهی می‌باشد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). اگرچه در نسخه

2. Conner-Davidson Resilience Scale

1. Cognitive Regulation Theory

اولیه این پرسشنامه ابعاد مختلفی برای تاب‌آوری در نظر گرفته شد، ولی از آنجایی که اعتبارسنجی این ابعاد در ایران تأیید نشده است فقط نمره کل این پرسشنامه به عنوان نمره کل تاب‌آوری که از مجموع سؤالات کل پرسشنامه حاصل می‌شود و از صفر تا ۱۰۰ متغیر است، در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. اعتبار و روایی این پرسشنامه در چندین پژوهش داخلی و خارجی مناسب ارزیابی شده است به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل تاب‌آوری در این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مابین ۰٫۶۷ تا ۰٫۹۴ گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳؛ سامانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کیهانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ عبدی و همکاران، ۱۳۹۸). نتایج بررسی ضرایب همبستگی روایی هم‌زمان این پرسشنامه حاکی از همبستگی منفی و معنادار مقیاس تاب‌آوری با مقیاس‌های پرخاشگری ب‌اس و پریشانی و همبستگی مثبت و معنادار با خودکارآمدی عمومی شوارتز و رضایت از زندگی داینر و همکاران بوده است (کیهانی و همکاران، ۱۳۹۳).

پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی^۱ (FFMQ): این پرسشنامه توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) طراحی شده است و دارای ۳۹ گویه می‌باشد که پنج عامل اصلی ذهن‌آگاهی شامل مشاهده (سؤالات ۱، ۶، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۶، ۳۱ و ۳۶)، توصیف (سؤالات ۲، ۷، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۷، ۳۲ و ۳۷)، عمل با آگاهی (سؤالات ۵، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۴ و ۳۸)، عدم قضاوت در مورد تجارب درونی (سؤالات ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۵، ۳۰، ۳۵ و ۳۹) و عدم واکنش به تجارب درونی (سؤالات ۴، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۳) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (بائر و همکاران، ۲۰۰۶). هر یک از گویه‌های پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین ۳۹ تا ۱۹۵ می‌باشد و نمره کلی از جمع نمرات همه خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید و نمره بیشتر نشانگر ذهن‌آگاهی بهتر است. نتایج حاصل از پژوهش بائر و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که همسانی درونی عوامل مناسب اند و ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل بین ۰٫۷۵ تا ۰٫۹۱ قرار داشت. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه اسپانیایی که شامل ۴۶۲ نفر بود مورد ارزیابی قرار گرفت که طی آن ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰٫۸۸ محاسبه شد (کبولا و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه‌ای

که توسط تمنایی‌فر و همکاران (۱۳۹۵) بر روی ۴۸۶ دانشجوی دانشگاه تهران انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مختلف بین ۰٫۷۶ تا ۰٫۸۶ گزارش شد که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب پرسشنامه است. تحلیل عاملی تأییدی در پژوهش مذکور، ساختار پنج عاملی پرسشنامه را تأیید کرد و شاخص‌های برازش نسبتاً مطلوبی را نشان داد. این نتایج بیانگر روایی سازه مناسب پرسشنامه در جامعه دانشجویی ایرانی است. در مطالعه‌ای دیگر پایایی ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه (با مقدار ۰٫۸۱) رضایت‌بخش به دست آمد. همچنین ضرایب روایی همگرا و واگرای پرسشنامه ذهن‌آگاهی با مقیاس‌های افسردگی، رضایت از زندگی و ویژگی‌های فراخلق به ترتیب (۰٫۴۲۴، -۰٫۲۵۷ و ۰٫۵۸۸) به دست آمد که معنادار بود (سجادیان، ۱۳۹۴). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه یک ابزار ۲۶ سؤالی است که در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه برای سنجش کیفیت زندگی افراد در چهار حوزه اصلی شامل سلامت جسمی (سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، سلامت روانشناختی (سؤالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی (سؤالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲) و محیط زندگی (سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) طراحی شده است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). هر سؤال در این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. پس از نمره‌گذاری، نمرات هر حوزه جمع‌آوری شده و به نمره‌ای در مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌شوند؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر در آن حوزه هستند. پایایی نسخه اصلی این پرسشنامه توسط سازندگان آن در ۱۰ مرکز بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی مورد بررسی قرار گرفت که طی این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن بین ۰٫۷۳ تا ۰٫۸۹ گزارش گردید (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). در ایران نیز در مطالعه‌ای که بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در حوزه‌های سلامت جسمی ۰٫۷، سلامت روانشناختی ۰٫۷۳، روابط اجتماعی ۰٫۵۵ و محیط زندگی ۰٫۸۴ محاسبه شده است و پایایی ابزار با روش بازآزمایی در هر چهار حیطه بالای

^۱. Five Facet Mindfulness Questionnaire

^۲. The World Health Organization Quality of Life

۰,۷ محاسبه شد و مشخص شد که روایتی تمایز این پرسشنامه در تمامی حیطه‌ها قابل قبول است و عامل ساختاری پرسشنامه در کل مناسب به نظر می‌رسد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). همتی و همکاران (۱۴۰۴) نیز طی پژوهشی پایایی کل ابزار را ۰,۷۹ گزارش نمودند. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال سوگ طولانی مدت^۱ (SCIP): به منظور تشخیص اختلال سوگ در افراد، برای شرکت در پژوهش حاضر، از مصاحبه بالینی ساختاریافته‌ای که بر اساس معیارهای اختلال سوگ طولانی مدت در DSM-TR طراحی شده، باهدف بررسی نشانه‌های تشخیصی فرد استفاده شده است. هالی و همکاران (۲۰۲۲) یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس معیارهای DSM-TR به منظور تشخیص دقیق تر اختلال سوگ طولانی مدت طراحی کردند. مصاحبه SCIP دارای بخش‌های مختلفی است که معیارهای مختلف تشخیصی را در بر گرفته و

نهایتاً با توجه به امتیاز کسب شده فرد در هر بخش و مجموع امتیازهای فرد در مورد تشخیص اختلال تصمیم‌گیری می‌شود. این مصاحبه شامل ۷ بخش است که هر بخش سؤالات متفاوتی را مطرح می‌کند و یکی از معیارهای مربوط به اختلال سوگ طولانی مدت در DSM-TR را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در پایان مصاحبه، مصاحبه‌کننده با توجه به دستورالعمل مصاحبه به فرد در هر بخش امتیاز می‌دهد که در مجموع منجر به تشخیص ابتلا یا عدم ابتلای فرد آزمودنی به اختلال سوگ طولانی مدت می‌شود. فرایند و محتوای جلسات مواجهه درمانی روایتی: جهت ارائه مواجهه درمانی روایتی از پروتکل کتاب مواجهه درمانی روایتی نوشته شوئر، نوینر و البرت در سال ۲۰۱۱ استفاده شده است. این پروتکل در ۵ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شده که محتوای جلسات به صورت فشرده در جدول ۱ آمده است (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات مواجهه درمانی روایتی (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱)

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تکالیف
اول	آموزش روانشناختی	ارائه یک جلسه آموزش روان‌شناختی (۹۰ دقیقه‌ای) شامل موارد: توضیح شرایط بیماری، عادی‌سازی (این که واکنش شما به موقعیت آسیب‌زای رخ داده، یعنی از دست دادن عزیزان، غیرعادی نیست و قابل فهم است)، مشروعیت بخشی (نشانه‌هایی که امروز تجربه می‌شوند، نتیجه پاسخ‌های شکل گرفته در موقعیت آسیب‌زا، یعنی همان مرگ عزیزان، هستند)، توصیف واکنش‌های مربوط به ضربه (در پژوهش ما سوگ مدنظر است)	اجرای پیش‌آزمون، برقراری رابطه درمانی، توضیح فرایند درمان برای شرکت کننده
دوم	ساخت ریسمان زندگی ^۲	توضیح معنای هریک از اشیاء به عنوان نمادها برای ترسیم ریسمان زندگی به بیماران شامل موارد: ریسمان زندگی (به عنوان نمادی از خط سیر زندگی)، سنگ‌ها (به عنوان نمادی از حوادث آسیب‌زا)، شمع‌ها (به عنوان نمادی از تجربیات سوگ)، گل‌ها (به عنوان نمادی از حوادث شاد و دوران خوب). در پایان این جلسه درمانگر و بیمار همراه یکدیگر ریسمان زندگی را جمع کرده و اشیاء را به درون جعبه بازمی‌گردانند.	ساخت ریسمان زندگی، طی جلسه درمانگر بیمار را تشویق می‌کند که هر نماد را نام گذاری کند و هر رویداد را به ترتیب زمانی به وسیله نمادها علامت گذاری کند.
سوم	شروع روایت	جمع‌آوری اطلاعات از تولد تا پیش از اولین حادثه آسیب‌زا همراه با پردازش هیجانی، روایتگری خاطره داغ (سوگ تجربه شده)، خوگیری. با بروز حالت هیجانی بهتر در بیمار جلسه پایان می‌یابد.	شناسایی حادثه آسیب‌زا (سوگ)، تعیین بافت حادثه آسیب‌زا (سوگ)، آغاز روایتگری با حرکت آهسته
چهارم	ادامه روایت حوادث آسیب‌زا	توجه به وضع هیجانی بیمار، مرور جلسه قبل به منظور مشاهده واکنش مراجع، اصلاح و افزودن جزئیات آن با هدف خوگیری بیشتر بیمار، کاوش بیشتر روبه‌جلو در زندگی بیمار، ادامه‌ی روایت توسط مراجع برای مواجهه با حادثه آسیب‌زای بعدی، ادامه جلسه تا رسیدن به روایتی که همه رویدادهای آسیب‌زای شخص را در برگیرد. مرور همه گزارش کامل برای بیمار و اعمال اصلاحات نهایی و درنهایت روایت‌های خوانده شده قبلی توسط	ادامه‌ی روایت توسط مراجع
پنجم	بازخوانی روایات	بیمار و درمانگر تأیید می‌شود، درمانگر بیمار را تشویق می‌کند تا نظرات و امیدهای خود را برای آینده بیان کند.	چینش مجدد ریسمان زندگی، اجرای پس آزمون

ج) روش اجرا

در این مطالعه، پژوهشگران از طریق انتشار اطلاعیه در فضاهای مجازی، مراکز مشاوره و مثبت زندگی تحت نظارت سازمان بهرستی شهرستان قزوین از افراد برای شرکت در این پژوهش دعوت کردند. سپس برای ۲۴

نفر داوطلب مراجعه کننده جلسه اولیه به منظور اجرای پیش‌آزمون برگزار شد که طی آن مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای اختلال سوگ طولانی مدت در DSM-TR و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، ذهن‌آگاهی

¹. Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder

². Lifeline

و تاب‌آوری توسط پژوهشگر اجرا شد. در مجموع ۱۶ نفر در مصاحبه بالینی مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت تشخیص داده شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفره آزمایش و گواه که از نظر جنسیت همتا شده بودند، جایگزین شدند. طی اجرای این پژوهش افت آزمودنی نداشتیم. یکی از افراد گروه آزمایش انتخاب و تمامی مراحل درمان برای او انجام شد. پس از آن سایر افراد گروه آزمایش ۵ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و افراد گروه گواه در انتظار ماندند. پس از اتمام جلسات درمانی از کلیه افراد نمونه پس از آزمون گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل برای مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه گواه و آزمایش استفاده شد. تحلیل‌های آماری در پژوهش حاضر، با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ انجام شده است. پس از پایان پژوهش جلسات مداخله برای ۵ نفر از افراد گروه گواه که داوطلب دریافت درمان بودند اجرا شد.

یافته‌ها

نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های دو

گروه آزمایش و گواه و مقایسه آن‌ها در دو گروه با استفاده از آزمون χ^2 دو نشان دادند که در میان دو گروه گواه و آزمایش از نظر جنسیت (همتا سازی شده بودند)، سن ($t = ۰/۶۵۹$ ، $P = ۰/۰۸۲$) تحصیلات ($\chi^2 = ۴/۸$ ، $P = ۰/۰۹۱$)، شغل ($\chi^2 = ۱/۴۳۲$ ، $P = ۰/۷۶۷$)، وضعیت تأهل ($\chi^2 = ۱/۰۶۷$ ، $P = ۰/۳۰۲$)، نسبت آزمودنی‌ها با متوفی ($\chi^2 = ۲/۲$ ، $P = ۰/۵۳۲$) و مدت از دست دادن عزیز ازدست‌رفته ($t = ۰/۸۵$ ، $P = ۰/۰۵۲$) تفاوت معناداری وجود نداشت. آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشان داد که سطح معناداری محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته شده است. سطوح معناداری محاسبه شده F لوین از ۰/۰۵ بزرگتر است بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است؛ بنابراین استفاده از آزمون t مستقل برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بلامانع است. در جداول زیر شاخص‌های توصیفی و نتایج مربوط به آزمون t مستقل متغیرهای تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی را در آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گروه گواه ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی برای مقیاس‌های تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی و خرده مقیاس‌های آن‌ها در دو مرحله پیش و پس آزمون و دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	پیش آزمون		پس آزمون	
				کشیگی	کشیگی	انحراف معیار	کشیگی
تاب‌آوری	آزمایش	۵۰/۵	۱۴/۳۹۲	۰/۱۱۵	-۱/۰۲۲	۶۴/۷۵	۱۲/۵۴۴
	گواه	۶۶/۲۵	۲۱/۰۳۵	۱/۴۳۵	۳/۰۲۳	۶۴/۳۷۵	۲۰/۲۶۲
کیفیت زندگی	آزمایش	۶۰/۸۷۵	۱۰/۰۷۸	-۰/۴۸۸	-۱/۱۵۹	۸۵/۸۷۵	۱۰/۱۷۶
	گواه	۷۶/۶۲۵	۹/۲۷۳	-۰/۳۹۲	-۰/۵۶۳	۲۵/۷۶	۶/۹۲۳
سلامت جسمی	آزمایش	۱۹/۸۷۵	۶/۲۶۶	-۰/۴۲۳	-۰/۲۳۱	۲۴/۷۵	۳/۰۵۹
	گواه	۲۴/۲۵	۴/۱۳۲	۰/۷۱۹	۱/۳۸۳	۲۲/۷۵	۳/۰۵۹
سلامت روانشناختی	آزمایش	۱۱/۵	۴/۰۳۵	۰/۱۰۴	-۱/۶۵۲	۲۰/۵	۳/۳۳۸
	گواه	۱۷/۷۵	۲/۸۶۶	-۰/۸۳۱	-۰/۴۴۶	۱۸/۱۲۵	۳/۶۰۳
روابط اجتماعی	آزمایش	۹/۳۷۵	۲/۵۰۳	۰/۱۶	۲/۳۲۶	۱۱/۸۷۵	۱/۹۵۹
	گواه	۱۰/۸۷۵	۲/۲۳۲	-۱/۶۴۳	۳/۴۹۵	۱۰/۶۲۵	۱/۷۶۸
محیط اجتماعی	آزمایش	۲۰/۱۲۵	۵/۳۸۳	-۰/۱۵	۰/۶۹	۲۸/۷۵	۴/۴۶۴
	گواه	۲۵	۴/۵۰۴	-۰/۴۱۳	۰/۲۰۷	۲۴/۷۵	۴/۳۳۴
ذهن‌آگاهی	آزمایش	۸۷/۵	۲۰/۳۴۷	۰/۸۱۶	۱/۲۸۹	۱۳۳/۸۷۵	۱۷/۶۴۳
	گواه	۱۳۰/۸۷۵	۱۶/۳۷۴	-۰/۷۵۷	-۰/۶۶۹	۱۲۵/۷۵	۱۴/۱۴
مشاهده	آزمایش	۲۱/۸۷۵	۶/۳۳۴	-۰/۰۱۶	۰/۵	۳۱/۷۵	۳/۲۴
	گواه	۳۲	۴/۱۷۵	۰/۰۱۶	۰/۷۲۳	۲۹/۱۲۵	۳/۵۲۳
توصیف	آزمایش	۱۹/۵	۵/۶۳۱	-۰/۰۳۸	-۱/۳۹۹	۳۱	۵/۹۵۲
							-۱/۲۷۴

پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار
عمل با آگاهی	گواه	۲۷/۷۵	۶/۸۴	-۰/۲۰۱	-۰/۶۰۳	۲۶/۵	۶/۳۹۲
	آزمایش	۱۶/۷۵	۵/۱۷۵	-۰/۲۷۱	-۱/۱۸۸	۲۸/۶۲۵	۶/۶۱
	گواه	۳۰/۵	۵/۱۵۵	۰/۲۳۴	-۰/۷۳۷	۲۹/۲۵	۵/۰۶۴
	آزمایش	۱۶/۶۲۵	۶/۷۶	۰/۵۷۲	-۰/۷۳۳	۲۲/۵	۶/۶۲۵
عدم قضاوت در مورد تجارب درونی	گواه	۲۱/۸۷۵	۴/۹۹۸	-۰/۶۲۵	-۰/۲۳۸	۲۲/۳۷۵	۵/۰۴
	آزمایش	۱۴/۳۷۵	۴/۵۹۶	-۰/۰۸۶	-۰/۸۴۸	۲۵	۴/۳۴۲
	گواه	۱۸/۷۵	۳/۲۸۴	-۰/۸۶۷	-۰/۳۵۴	۱۸/۵	۳/۲۰۷
	آزمایش	۱۶/۶۲۵	۶/۷۶	۰/۵۷۲	-۰/۷۳۳	۲۲/۵	۶/۶۲۵

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که میانگین نمرات مقیاس‌های تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی و خرده مقیاس‌های آن‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش برخلاف گروه گواه تغییری نداشته است.

جدول ۳. نتایج مربوط به آزمون t مستقل برای مقیاس تاب‌آوری

پس‌آزمون - پیش‌آزمون			آزمون t مستقل		
متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t مشاهده شده
تاب‌آوری	آزمایش	-۱۴/۲۵	۱۸/۲۱۱	۱۴	-۲/۳۶۷
	گواه	۱/۸۷۵	۶/۲۸۹		

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که به کارگیری مواجهه درمانی روایتی باعث افزایش معنادار نمرات در مقیاس تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است ($t = -۲/۳۶۷$, $P = ۰/۰۳۳$).

جدول ۴. نتایج مربوط به آزمون t مستقل برای مقیاس کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن

پس‌آزمون - پیش‌آزمون			آزمون t مستقل		
متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t مشاهده شده
کیفیت زندگی	آزمایش	-۲۵	۱۴/۴۳۲	۱۴	-۴/۶۰۸
	گواه	۰/۳۷۵	۵/۸۵۴		
سلامت جسمی	آزمایش	-۴/۸۷۵	۶/۹۷۸	۱۴	-۲/۰۹۸
	گواه	۱/۵	۵/۰۱۴		
سلامت روانشناختی	آزمایش	-۹	۵/۸۰۶	۱۴	-۳/۸۱۷
	گواه	-۰/۳۷۵	۲/۶۶۹		
روابط اجتماعی	آزمایش	-۲/۵	۲/۱۳۸	۱۴	-۳/۰۵۱
	گواه	۰/۲۵	۱/۳۸۹		
محیط اجتماعی	آزمایش	-۸/۶۲۵	۷/۳۰۸	۱۴	-۳/۲۲
	گواه	۰/۲۵	۲/۷۱۲		

شده است. البته لازم به ذکر است که با در نظر گرفتن خطای ۰/۰۵ و چشم‌پوشی تفاوت جزئی، نمرات خرده مقیاس سلامت جسمی نیز در افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته است.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که به کارگیری مواجهه درمانی روایتی باعث افزایش معنادار نمرات کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن بجز خرده مقیاس سلامت جسمی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه

جدول ۵. نتایج مربوط به آزمون t مستقل برای مقیاس ذهن‌آگاهی و خرده مقیاس‌های آن

پس‌آزمون-پیش‌آزمون		آزمون t مستقل			
متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درجه‌آزادی	t مشاهده‌شده
ذهن‌آگاهی	آزمایش	۴۶/۳۷۵-	۱۵/۸۸۳	۱۴	۸/۳۰۶-
	گواه	۵/۱۲۵	۷/۴۳۴		
مشاهده	آزمایش	۹/۸۷۵-	۳/۹۴۴	۱۴	۵/۶۶۴-
	گواه	۲/۸۷۵	۴/۹۹۸		
توصیف	آزمایش	۱۱/۵-	۳/۷۴۲	۱۴	۸/۶۵۶-
	گواه	۱/۲۵	۱/۸۳۲		
عمل با آگاهی	آزمایش	۱۱/۸۷۵-	۶/۶۴۳	۱۴	۵/۵۲۲-
	گواه	۱/۲۵	۱/۰۳۵		
عدم قضاوت در مورد تجارب درونی	آزمایش	۵/۸۷۵-	۲/۵۳۲	۱۴	۴/۷۷۸-
	گواه	۰/۵-	۱/۹۲۷		
عدم واکنش به تجارب درونی	آزمایش	۱۰/۶۲۵-	۷/۷۰۸	۱۴	۳/۷۵۶-
	گواه	۰/۲۵	۲/۷۶۴		

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهند که به کارگیری مواجهه درمانی روایتی باعث افزایش معنادار نمرات در مقیاس کلی ذهن‌آگاهی و تمامی خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین کارآمدی مواجهه درمانی روایتی بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی افراد داغ‌دیده مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت اجرا شد. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش نشان دادند که مواجهه درمانی روایتی باعث افزایش تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت شده است. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش کیانی و همکاران (۱۳۹۹)، چمنی و همکاران (۱۳۹۸)، رهنمائی و آقایی (۱۳۹۹) و مکوندی (۱۴۰۰) که نشان می‌دهند طی ارائه یک دوره درمانی به افراد مبتلا به اختلال سوگ تاب‌آوری آن‌ها افزایش می‌یابد، همسو می‌باشد. این امر با توجه به وجود رابطه منفی میان سوگ و تاب‌آوری در برخی پژوهش‌ها (باربوزا و سیدال، ۲۰۲۱؛ اسکالسکی و همکاران، ۲۰۲۱) قابل تبیین است. به عبارتی دیگر، طی ارائه یک دوره مواجهه درمانی روایتی در پی کاهش علائم سوگ در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت، تاب‌آوری در آن‌ها افزایش یافته است. مواجهه درمانی روایتی با گنجاندن خاطرات ضمنی داغ در داستانی که به وسیله خاطرات اخباری سرد تعریف می‌شود، این امکان را به اکثر بیماران می‌دهد که خوگیری پاسخ هیجانی به

خاطره آسیب‌زا را تجربه کنند (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱) و از این طریق افراد سازگاری بیشتری با مرگ عزیز ازدست‌رفته‌شان پیدا می‌کنند و این امر موجب افزایش تاب‌آوری در آن‌ها می‌شود. مدل تاب‌آوری ریچاردسون نشان می‌دهد که افراد در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا در طول زندگی ممکن است به چهار مدل فرآیند انسجام‌یابی مجدد شامل، انسجام‌یابی مجدد تاب آورانه، انسجام‌یابی مجدد برای بازگشت به همان حالت تعادل زیستی روانی قبلی، بهبود و ترمیم دوباره اما همراه با فقدان و انسجام‌یابی ناکارآمد دست یابند که نشانه سطوح متفاوت تاب‌آوری در آن‌هاست (ریچاردسون، ۲۰۰۲) مواجهه درمانی روایتی با بازیابی مجدد خاطرات آسیب‌زا در بیماران موقعیتی را فراهم می‌کند که بیماران در یک شرایط امن به پردازش ذهنی مجدد رویداد آسیب‌زا پرداخته و با بررسی دوباره وقایع رخ داده در زندگی یک کل منسجم از خود بسازند (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱) و از این طریق به انسجام‌یابی مجدد تاب‌آورانه دست پیدا کنند.

یافته‌های دیگر حاصل از این پژوهش نشان دادند که به کارگیری مواجهه درمانی روایتی موجب افزایش کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن بجز بعد سلامت جسمی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت می‌شود. البته با در نظر گرفتن خطای ۰/۰۵ و با چشم‌پوشی از اختلاف اندک خطای به‌دست آمده، مواجهه درمانی روایتی بعد سلامت جسمی را نیز در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت افزایش داده است. نتایج حاصل از این

پژوهش با یافته‌های محبی (۱۴۰۳)، بولن و پریگرسون (۲۰۰۷)، مکالوم و برایت (۲۰۲۰) و تسای و همکاران (۲۰۲۰) که رابطه منفی میان سوگ و کیفیت زندگی را نشان می‌دهند همسو است. سوگ علائمی مانند کاهش عملکردهای شغلی و اجتماعی داراست و ممکن است بیماری‌های جسمی نیز برای افراد ایجاد کند (پالیتسکی و همکاران، ۲۰۲۳) که این موضوع موجب کاهش کیفیت زندگی در افراد می‌شود. مواجهه درمانی روایتی با کاهش علائم سوگ و تلاش برای بازگرداندن فرد به سطح عملکرد قبلی، موجب افزایش کیفیت زندگی افراد در ابعاد مختلف شده است. علاوه بر این پژوهش نعمتی پور و گلزاری (۱۳۹۴) و علیپور (۱۳۹۹) نشان دادند که بعد از یک دوره درمانی برای افراد مبتلا به اختلال سوگ، کیفیت زندگی در آن‌ها افزایش یافته است که این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر اند. مواجهه درمانی روایتی به وسیله بازسازی زمانمند فعال حافظه سرگذشتی و پردازش مجدد حوادث منفی (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱)، با بررسی دوباره وقایع رخ داده در زندگی به عنوان یک کل منسجم، به افراد گذر از مسائل سخت و رویدادهای منفی در زندگی‌شان را یادآوری کرده و توانایی شناختی برخورد مسئله محور را در آن‌ها تقویت می‌کند. مهرابی و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که مداخلاتی که شیوه‌های مسئله محور را در بیماران تقویت می‌کنند موجب افزایش کیفیت زندگی در آن‌ها می‌شوند؛ بنابراین احتمالاً مواجهه درمانی روایتی با ارتقاء توانایی شناختی برخورد مسئله محور در بیماران کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داده است. طبق نظریه رایان و دیسی (۲۰۰۰) خودمختاری و باور به پتانسیل و توانایی‌ها موجب افزایش کیفیت زندگی در افراد می‌شود. مواجهه درمانی روایتی متکی بر وجه مزمن زندگی است؛ یعنی به جای اینکه بر روی بدترین حادثه فرد تمرکز کند، بیماران را وادی دارد که با تعقیب سیر زندگی‌شان از تولد تاکنون و با تمرکز بر روی گزارش مشروح تجربیات آسیب‌زای زندگی یک روایت منسجم از کل زندگی‌شان شامل وقایع خوشایند و ناخوشایند بسازند (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱) و احتمالاً این امر موجب باور بیشتر به پتانسیل‌ها و توانایی‌های خودشان شده و خودمختاری و در نتیجه کیفیت زندگی را در آن‌ها افزایش داده است.

نتایج نهایی حاصل از پژوهش حاضر نشان دادند که مواجهه درمانی روایتی موجب افزایش ذهن‌آگاهی و همه خرده مقیاس‌های آن در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت شده است. این نتایج با نتایج پژوهش هانگ

(۲۰۲۲) که رابطه منفی میان سوگ و ذهن‌آگاهی را نشان دادند و با نتایج پژوهش‌های آلونسو و همکاران (۲۰۲۰)، هاشا (۲۰۱۵)، برایت و همکاران (۲۰۲۴)، دوان و همکاران (۲۰۲۲)، هانگ (۲۰۲۱)، اصلانی و همکاران (۱۳۹۸)، جاویدنیا و همکاران (۱۴۰۰) که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوگ را نشان می‌دهند، همسو است؛ یعنی مواجهه درمانی روایتی موجب کاهش علائم سوگ و در نتیجه افزایش ذهن‌آگاهی افراد طی یک دوره درمانی شده است. طبق نظریه تنظیم شناختی، ذهن‌آگاهی واکنش‌های خودکار و غیرارادی افراد را کاهش داده و موجب توجه بیشتر افراد به هیجانات و تجربیاتشان در زمان حال می‌شود (کابات، ۱۹۹۰). نظریه تجربه‌گرایی نیز بیان می‌کند که ذهن‌آگاهی در لحظه حال بودن بدون دخالت و قضاوت‌های ذهنی است (سیگل، ۲۰۰۷) مواجهه درمانی روایتی از طریق رویارویی بیمار با خاطرات حادثه آسیب‌زا در یک مکان امن، با کمک درمانگر و در یک بستر عاری از قضاوت و همراه با همدلی برای تجربه کامل هیجانات، شناخت‌ها، فیزیولوژی، عناصر حسی و رفتاری و محتوای معنایی مربوط به حادثه آسیب‌زا، تلاش می‌کند بر لحظه حال تأکید کرده و تجربیات هیجانی افراد را متوجه همان لحظه کند (شوئر و همکاران، ۲۰۱۱) و از این طریق ذهن‌آگاهی افراد را افزایش داده است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن تعداد افراد نمونه و روش نمونه‌گیری دردسترس، عدم وجود شرایط مناسب برای برگزاری جلسات پیگیری، انتخاب افراد نمونه از بین بزرگسالان (۱۸ تا ۶۰ سال) و ساکنان شهر قزوین، عدم امکان استفاده از درمان نما، تأثیر عوامل بیرونی مانند شرایط اقتصادی و اجتماعی و حمایت‌های روانی اجتماعی شرکت‌کنندگان. با توجه به آنچه گفته شد به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که اثربخشی مواجهه درمانی روایتی را در نمونه‌های بزرگتر و در فرهنگ‌های دیگر، با استفاده از درمان نماها و با اجرای دوره‌های پیگیری مورد ارزیابی قرار دهند.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر حاکی از این امر می‌باشد که مواجهه درمانی روایتی موجب افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت شده است. لذا می‌توان استفاده از این الگوی درمانی را در صورت رعایت احتیاط‌های بالینی، برای افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال سوگ

طولانی‌مدت، در مؤسسات، کلینیک‌ها، دانشگاه‌ها و سایر مراکز مرتبط با مشاوره و درمان اختلالات روانشناختی پیشنهاد کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد است که در تاریخ ۱۴۰۲.۰۶.۲۱ با درجه عالی دفاع شده است. در ابتدای این پژوهش در مورد فرایند کلی پژوهش، مسیری که طی خواهیم کرد، میزان زمان لازم برای این پژوهش و مداخلات آن اطلاعات روشن و واضحی را به افراد گروه نمونه ارائه دادیم و رضایت کامل آن‌ها را قبل از شروع پژوهش دریافت کردیم. در تمام طول فرایند پژوهش امکان خروج از پژوهش برای شرکت‌کنندگان فراهم بود و در این پژوهش اصل رازداری و گمنام بودن شرکت‌کنندگان و محرمانه بودن نتایج نیز رعایت شد. لازم به ذکر است که پژوهش کنونی، در عین رعایت کدهای اخلاقی، موفق به دریافت کد اخلاق با شماره IR.SHAHED.REC.1401.099 از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد شده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مشارکت‌کنندگان که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

اخوان عبیری، فاطمه و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۸). رواسازی و اعتباریابی سیاهه نشانه های بیماری (SCL-90-R) و پرسشنامه کوتاه نشانه های بیماری (BSI-۵۳). *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷ (۲)، ۱۶۹-۱۹۵.

<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2916>

اصلاح کار، سعیده؛ وزیری، شهرام و لطفی کاشانی، فرح (۱۴۰۰). تعیین سهم عوامل روانشناختی در فرایند تسهیل سوگ والدین دارای کودک مبتلا به سرطان: پژوهش آمیخته. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۲۸ (۶)، ۸۲۶-۸۳۷.

https://jsums.medsab.ac.ir/article_1463.html

اصلانی، خالد؛ حاجی حیدری، مهناز؛ رجبی، غلامرضا و امان الهی، عباس (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم افراد مبتلا به نشانگان سوگ پیچیده. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۹ (۱)، ۴۲-۴۲.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23222840.1398.9.0.27.9>

بشرپور، سجاده؛ امانی، شعله؛ نریمانی، محمد و حیدری، فاضله (۱۳۹۷). تاثیر مواجهه درمانی روایتی بر بهبود شاخص‌های فیزیولوژیک استرس در زنان مبتلا به سرطان. *روانشناسی سلامت*، ۷ (۲۵)، ۱۳۳-۱۴۵.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23221283.1397.7.25.9.6>

تمنایی فر، شیماء؛ اصغر نژادفرید، علی اصغر؛ میرزایی، مصلح و سلیمانی، مهدی (۱۳۹۵). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۲ (۴۷)، ۳۲۱-۳۲۹.

<https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054978>

جاویدینیا، سهیلا؛ مجتبیایی، مینا و بشردوست، سیمین (۱۴۰۰). مقایسه تاثیر درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کوید - ۱۹. *روان پرستاری*. ۹ (۶)، ۱۳-۱۳.

<https://ijpn.ir/article-1-1901-fa.html>

چمنی قلندری، رسول؛ دکانه ای فرد، فریده و رضائی، روناک (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش معنا درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای تجربه سوگ. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۶ (۴)، ۲۶-۳۶.

<http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.4.26>

حشمتی، رسول؛ احمدی، شیرین و امانی، شعله (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی مداخله مواجهه درمانی روایتی بر بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان مطلقه شهر زرین شهر. *پژوهش های مشاوره*. ۲۱ (۸۴)، ۹۸-۱۱۹.

<http://dx.doi.org/10.18502/qjcr.v21i84.12105>

رهنمائی، سمیه و آقایی، اصغر (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی تکنیک حیرت زدایی (با تاکید بر سوگ ناشی از فقدان معنا) بر شادی و تاب‌آوری. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*. ۱۱ (۴۴)، ۲۳۵-۲۵۲.

<https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.52156.2400>

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳ (۳)، ۲۹۰-۲۹۵.

<https://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-275-fa.html>

سجادیان، ایلناز (۱۳۹۴). ویژگی های روانسنجی پرسشنامه پنج بعدی ذهن آگاهی در بین مردم. *پژوهش های علوم شناختی و رفتار*. ۵ (۲)، ۲۳-۴۰.

https://cbs.ui.ac.ir/article_20741.html

عبدی، فاطمه؛ بنی جمالی، شکوه السادات؛ احدی، حسن و کوشکی، شیرین (۱۳۹۸). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۱۳ (۲)، ۸۱-۹۹.

<http://dx.doi.org/10.52547/rph.13.2.81>

علی پور دهاقانی، فاطمه (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم. *روانشناسی نظامی*. ۱۱ (۴۱)، ۵-۱۶.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1399.11.41.1.5>

کیانی، احمدرضا؛ فتحی، داوود؛ هنرمند، پژمان و عبدی، سیما (۱۳۹۹). رابطه سبک‌های دلبستگی، حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای با تاب‌آوری روان‌شناختی در افراد دارای تجربه سوگ: ارائه مدل تحلیل مسیر. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*. ۱۱ (۴۱)، ۱۵۷-۱۸۰.

<https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.45861.2202>

کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داود؛ رجبی، ابوالفضل و امیرپور، برزو (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۱۴ (۱۰)، ۸۵۷-۸۶۵.

<https://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-fa.html>

محبی، حفیظ الله (۱۴۰۳). اختلالات سوگ ناشی از فوت خویشاوندان درجه یک بر کیفیت زندگی، *مجله پژوهش های معاصر در علوم و تحقیقات*، ۶ (۶۲)، ۳۴-۴۲.

<https://jocrisar.ir/fa/showart-5a98fec6ab4a1cb4f22e66c>

مکوندی، سمیه (۱۴۰۰). پیش بینی بهزیستی روان شناختی بر اساس تاب‌آوری و رضایت از زندگی در تجربه سوگ شهر شهر کرد. *نشریه دانش انتظامی چهارمحال و بختیاری*. ۹ (۳۳)، ۸۵-۹۸.

<https://www.magiran.com/paper/2337704/>

موسوی، مریم سادات (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب ناشی از کرونا و آثار سوگ در دوران پاندمی کووید ۱۹. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۴۷ (۱۲)، ۱۱۳-۱۲۵.

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.28222476.1400.12.47.10.3>

مهرابی، حسینعلی؛ نوروژی، ستار؛ میرزایی، غلامرضا و کاظمی، حمید (۱۳۹۳). تبیین رشد پس از ضربه بر اساس شیوه‌های مقابله با استرس، سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. پرستار و پزشک در رزم، ۲ (۴)، ۱۵۳-۱۶۱.

<http://npwj.m.ajau.ac.ir/article-1-198-fa.html>

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کورش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۴ (۴)، ۱-۱۲.

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-۱۸۷-۱-fa.html>

نعمتی پور، زهرا و گلزاری، محمود (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده فرزندان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۱)، ۵۲-۶۹.

<https://doi.org/10.22067/ijap.v5i1.28302>

همتی، محمد؛ تیزدست، طاهر و جدیدی، محسن (۱۴۰۴). اثربخشی بسته آموزش تلفیقی مبتنی بر درمان چشم انداز زمان و درمان مثبت نگر بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران افسرده. مجله علوم روانشناختی. ۲۴ (۱۴۵)، ۹۷-۱۱۸.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.24.145.97>

References

- Abdi, F., Banijamli, S., Ahadi, H., & Koushki, S. (2019). Psychometric properties of of Resilience scale (CD-RISC) among women's with breast cancer. *Journal of Research in Psychological Health*; 13 (2):81-99. (Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/rph.13.2.81>
- Akhavan Abiri, F., & Shairi, M. R. (2020). Validity and Reliability of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and Brief Symptom Inventory-53 (BSI-53). *Clinical Psychology and Personality*, 17(2), 169-195. (Persian) <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2916>

- Alipour Dehaghani, F. (2020). An Investigation into the Impact of Group Counseling and Treatment of Grief with an Islamic Approach on the Improvement of the Quality of Life of the Holy Shrine Defender Martyrs' Wives. *Military Psychology*, 11(41), 5-16. (Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1399.11.41.1.5>
- Alonso-Llácer, L., Barreto Martín, P., Ramos-Campos, M., Mesa-Gresa, P., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2020). Mindfulness and grief: The MADED program mindfulness for the acceptance of pain and emotions in grief. *Psicooncología*, 17(1), 105-116. <https://doi.org/10.5209/psic.68244>
- Aslani, K., Hajihaidary, M., Rajabi, G., & Amanelahi, A. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptom of Complicated Grief on People with Symptoms of Complicated Grief. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 9(1):42-42. (Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23222840.1398.9.0.27.9>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barboza, J., & Seedall, R. (2021). Evaluating the relationship between family resilience and grief-related symptoms: A preliminary analysis. *Death Studies*, 47(1), 10-20. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1993381>
- Basharpour, S., Amani, S., Narimani, M., & Heidari F. (2018). The effectiveness of narrative exposure therapy on improving the stress physiological indexes in women with cancer. *Health Psychology*: 7(25), 133-145. (Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23221283.1397.7.2.5.9.6>
- Boelen, P.A., & Prigerson, H.G. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 257, 444-452 (2007). <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
- Brown, R. L., LeRoy, A. S., Chen, M. A., Suchting, R., Jaremka, L. M., Liu, J., Heijnen, C., & Fagundes, C. P. (2022). Grief Symptoms Promote Inflammation During Acute Stress Among Bereaved Spouses. *Psychological Science*, 33(6), 859-873. <https://doi.org/10.1177/09567976211059502>

- Bryant, R. A., Azevedo, S., Yadav, S., et al. (2024). Cognitive Behavior Therapy vs Mindfulness in Treatment of Prolonged Grief Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 81(7):646–654. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0432>
- Cebollai, M. A. J., García Palacios, A., Soler Ribaudi, J., Guillen Botella, V., Baños Rivera, R. M., & Botella Arbona, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Chamani Ghalandari, R., Dokaneifard, F., & Rezaei, R. (2019) The effectiveness of semantic therapy training on psychological resilience and psychological well-being of mourning women. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*; 6 (4): 26-36. (Persian) <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.4.26>
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003), Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety*, 18: 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Djelantik, A. M. J., Robinaugh, D. J., & Boelen, P. A. The course of symptoms in the first 27 months following bereavement: A latent trajectory analysis of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression. *Psychiatry Res.* (2022) 311:114472. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114472>
- Dolan, N., Grealish, A., Tuohy, T. & Bright, A.-M. (2022), Are Mindfulness-Based Interventions as Effective as Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Symptoms of Complicated Perinatal Grief? A Systematic Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67: 209-225. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13335>
- Dolan, N., Grealish, A., Tuohy, T., & Bright, A. M. (2022). Are mindfulness-based interventions as effective as cognitive behavioral therapy in reducing symptoms of complicated perinatal grief? A systematic review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(2), 209-225. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13335>
- Downar, J., Parsons, H. A., Cohen, L., Besserer, E., Adeli, S., Gratton, V., ... & Lawlor, P. (2022). Bereavement outcomes in family members of those who died in acute care hospitals before and during the first wave of COVID-19: A cohort study. *Palliative Medicine*, 36(8), 1305-1312. <https://doi.org/10.1177/02692163221109711>
- Elfers, J., Hlava, P., Sharpe, F. et al. (2024). Resilience and Loss: The Correlation of Grief and Gratitude. *Int J Appl Posit Psychol* 9, 327–345 <https://doi.org/10.1007/s41042-023-00126-1>
- Eslah-kar, S., Vaziri, S., & Lotfi kashani, F. (2022). The contribution of psychological factors affecting the process of facilitating parental grief of a child with cancer: Mixed method. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 28(6), 826-837. (Persian) https://jsums.medsab.ac.ir/article_1463.html
- Fan, Y., Shi, Y., Zhang, J., Sun, D., Wang, X., Fu, G., ... & Kong, L. (2021). The effects of narrative exposure therapy on COVID-19 patients with post-traumatic stress symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 293, 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.019>
- Glomb, T.M., Duffy, M.K., Bono, J.E. & Yang, T. (2011), "Mindfulness at Work", Joshi, A., Liao, H. and Martocchio, J.J. (Ed.) Research in Personnel and Human Resources Management (Research in Personnel and Human Resources Management, Vol. 30), Emerald Group Publishing Limited, Leeds, pp. 115-157. [https://doi.org/10.1108/S0742-7301\(2011\)0000030005](https://doi.org/10.1108/S0742-7301(2011)0000030005)
- Hasha, M. H. (2015). Mindfulness practices for loss and grief. *Bereavement Care*, 34(1), 24–28. <https://doi.org/10.1080/02682621.2015.1028201>
- Hemmati, M., Tizdast, T., & Jadidi, M. (2025). The efficacy of an integrated training package based on time perspective therapy and positive therapy on the quality of life and psychological well-being of depressed patients. *Journal of Psychological Science*. 24(145), 97-118. (Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.24.145.97>
- Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is Resilience? The Canadian Journal of Psychiatry. 2011;56(5):258-265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Heshmati, R., amani, S., & ahmadi, S. (2022) The Effectiveness of narrative exposure therapy on quality of life and Emotional Regulation of Absolute Women in Zarrinshahr City. *Journal of Counseling Research*. 21 (84): 4. (Persian) <http://dx.doi.org/10.18502/qjcr.v21i84.12105>
- Holly, G., Viola, M., Lichtenthal, W., Rogers, M., Heather, M., Jou She, W., Gordon-Elliott, J., & Paul K. (2022) STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR PROLONGED GRIEF

- DISORDER (SCIP)
https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/file_uploads/structured_clinical_interview_for.pdf
- Huang, F. Y., Hsu, A. L., Chao, Y. P., Shang, CM. H., & Tsai, J. S. (2021) Mindfulness-based cognitive therapy on bereavement grief: Alterations of resting-state network connectivity associate with changes of anxiety and mindfulness. *Hum Brain Mapp.* 42: 510–520.
<https://doi.org/10.1002/hbm.25240>
- Huang, F. Y. (2022) How Emotion Regulation Mediates the Relationship Between Dispositional Mindfulness, Depression, and Complicated Grief Among the Bereaved Population. *Mindfulness* 13, 2092–2100. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01944-1>
- Javidnia, S., Mojtabaei, M., & Bashardost, S. (2022) Comparison of the effect of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on emotion regulation in women with Covid-19 grief disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 9 (6):1-13. (Persian) <https://ijpn.ir/article-1-1901-fa.html>
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Delacorte Press
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A., & Amirpour, B. (2015) Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female. *Iranian Journal of Medical Education*; 14 (10):857-865. (Persian) <https://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-fa.html>
- kiani, A., Fathi, D., Honarmand, P. & Abdi, S. (2020). The relationship between attachment styles, social support and coping styles with psychological resiliency in groups with grief experience: Path analysis. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 11(41), 157-180. (Persian)
<https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.45861.2202>
- Knowles, L. M., Ruiz, J. M., & O'Connor, M. F. (2019) A systematic review of the association between bereavement and biomarkers of immune function. *Psychosomatic Medicine* 81: 415–433.
<https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000693>
- Kynat Javid, Z., Mahmood, K., & Ajid Ali, A. (2023). Mediating Role of Mindfulness between Quality of Life and Workplace Stress among Working Women. *Journal of Workplace Behavior.*
<http://dx.doi.org/10.70580/jwb.04.01.0170>
- Lancel, M., Stroebe, M., & Eisma, M. C. (2020) Sleep disturbances in bereavement: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 53: 101331.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101331>
- Lely, J. C., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., W. Knipscheer, J., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1550344.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344>
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2020) A network approach to understanding QOL impairments in prolonged grief disorder. *Journal of Traumatic Stress* 33: 106–115.
<https://doi.org/10.1002/jts.22383>
- Makvandi, S. (2021). Predicting psychological well-being based on resilience and life satisfaction in women involved in the experience mourning City Shahrekord, *Journal of Chaharmahal & Bakhtiari of Police Science*, 9(33), 85-98. (Persian)
<https://www.magiran.com/paper/2337704/>
- Margoob, M., Firdosi, M., & Katshu, M. Z. U. H. (2024). Editorial: Prolonged grief disorder: vulnerability and resilience. *Front Psychiatry*. Feb 27;15:1387937.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1387937>
- Mehrabi, H. A., Nowroozi, S., Mirzaei, G. R., & Kazemi, H. (2015). An investigation the relationship between post traumatic growth and attachment styles, stress coping styles & quality of life in veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Nurse and Physician Within War*. 2015; 2 (4):153-161. (Persian)
<http://npwj.m.ajums.ac.ir/article-1-198-fa.html>
- Mohebbi, H. (1403) Grief disorders caused by the death of first-degree relatives on the quality of life, *Journal of Contemporary Research in Sciences and Research*, 6(62), 34-42. (Persian)
<https://jocrisar.ir/fa/showart-5a98fec6ab4a1cb4f22e66c>
- Mousavi, M. S. (2022). Comparison of the effectiveness of reality therapy and cognitive-behavioral therapy on coronary anxiety and the effects of grief during the Covid pandemic 19. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*: 12(47), 113-125. (Persian)
<https://dori.net/dor/20.1001.1.28222476.1400.12.4.7.10.3>
- Neimeyer, R. A., & Currier, J. M. (2009). Grief Therapy: Evidence of Efficacy and Emerging Directions. *Journal of Ethnobiology*, 18(6), 213-236.
<https://doi.org/10.2993/0278-0771-29.2.213>

- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006) The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*; 4 (4):1-12. (Persian) <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>
- Nelson, K., Lukawiecki, J., Waitschies, K., Jackson, E., & Zivot, C. (2024). Exploring the impacts of an art and narrative therapy program on participants' grief and bereavement experiences. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 90(2), 726-745. <https://doi.org/10.1177/00302228221111726>
- Nematipour, Z. and Golzari, M. (2015). The Effectiveness of Group Grief Counseling and Grief Therapy Using a Religious Approach on Improving the Quality of Life in Bereaved Mothers. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 5(1), 52-69. (Persian) <https://doi.org/10.22067/ijap.v5i1.28302>
- Ostadhashemi, L., Alipour, F., Ahmadi, S., Khoshnami, M. S., Arshi, M., & Hossein Javadi, S. M. (2024). Complicated grief: The lived experiences of those bereaved by COVID-19. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 90(2), 834-847. <https://doi.org/10.1177/00302228221111931>
- Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., Ruf-Leuschner, M., Goder, R., Elbert, T., Rosentraeger, R., Robjant, K., Aldenhoff, J., & Seeck-Hirschner, M. (2014). Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for Borderline Personality Disorder with comorbid Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 11(3), 108-117. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-0-279326>
- Palitsky, R., Wilson, D. T., Friedman, & S. E. (2023) The relationship of prolonged grief disorder symptoms with hemodynamic response to grief recall among bereaved parents. *Psychosomatic Medicine* 85: 545-550. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000001223>
- Raghuraman, S., Stuttard, N., & Hunt, N. (2021). Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *Clin Psychol Psychother.*; 28: 1-23. <https://doi.org/10.1002/cpp.2486>
- Rahnamaei, S. & Aghei, A. (2020). Effectiveness of group therapy perplexity of detoxification technique (with emphasis on the grief resulted from lack of meaning) on happiness and resilience. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 11(44), 235-252. (Persian) <https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.52156.2400>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Richardson, G.E., Neiger, B.L., Jensen, S., & Kumpfer, K.L. (1990). The Resiliency Model. *Health Education*, 21, 33-39. <https://doi.org/10.1080/00970050.1990.10614589>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being." *American Psychologist*, 55(1), 68-78 <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sabucedo, P., Andión, O., Neimeyer, R. A., Soto-Angona, O., Javkin, J., Haro, J. M., Farré, M., & González, D. (2025). Ayahuasca-assisted meaning reconstruction therapy for grief: a non-randomized clinical trial protocol. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1484736. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1484736>
- Sajjadian, I. (2016). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in People. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 5(2), 23-40. (Persian) https://cbs.ui.ac.ir/article_20741.html
- Samani, S., Jokar, B., & Sahragard, N. (2007). Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*; 13 (3):290-295. (Persian) <https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-fa.html>
- Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders (2nd ed.). Hogrefe. <https://us.hogrefe.com/shop/narrative-exposure-therapy-67506.html>
- Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders (2nd ed.). Hogrefe. <https://us.hogrefe.com/shop/narrative-exposure-therapy-67506.html>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2024). Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET). In: Landolt, M.A., Cloitre, M., Schnyder, U. (eds) Evidence-Based Treatments for Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-77215-3_11

- Serpeloni, F., Narrog, J. A., Gonçalves de Assis, S., Quintes Avanci, J., Carleial, S., & Koebach, A. (2021). Narrative Exposure Therapy versus treatment as usual in a sample of trauma survivors who live under ongoing threat of violence in Rio de Janeiro, Brazil: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 22, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05082-2>
- Sharma, P. K., & Kumra, R. (2022). Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 186(Part B), Article 111363. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111363>
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: Norton & Company
- Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(6), 695–710. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345>
- Skalski, S., Konaszewski, K., Dobrakowski, P., Surzykiewicz, J., & Lee, S. A. (2021). Pandemic grief in Poland: adaptation of a measure and its relationship with social support and resilience. *Curr Psychol* Apr 24;1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01731-6>
- Steuwe, C., Berg, M., Beblo, T., & Driessen, M. (2021). Narrative Exposure Therapy in patients with posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in a naturalistic residential setting: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 765348. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.765348>
- Tamanaeifard, SH., Asgharnejade, F., Mirzaee, M., & Soleymani, M. (2016). Psychometric Properties of Five Factor Mindfulness Questionnaire. *Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists*, 12(47), 321-329. (Persian) <https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054978>
- Tsai, W. I., Wen, F. H., Kuo, S. C., et al. (2020) Symptoms of prolonged grief and major depressive disorders: Distinctiveness and temporal relationship in the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology* 29: 751–758. <https://doi.org/10.1002/pon.5333>
- Ungureanu, I., & Hall, C. (2025). “Griefworks”: Integrating Emotional Processing and Meaning-Making into Grief Therapy. *The Family Journal*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10664807251318983>
- VanMeter, F., & Cicchetti, D. (2020). Resilience. *Handbook of Clinical Neurology*, 173:67-73. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-64150-2.00008-3>
- Vegsund, H. K., Reinfjell, T., Moksnes, U. K., Wallin, A. E., Hjemdal, O., & Eilertsen, M. B. (2019). Resilience as a predictive factor towards a healthy adjustment to grief after the loss of a child to cancer. *PLoS One*. Mar 21;14(3):e0214138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214138>
- 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. *Proc Natl Acad Sci*. 117:17695–701. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117>
- WHOQOL group. (1996) WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version, World Health Organization, Geneva. *Psychological Medicine* 28 551–558 <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- World Health Organization/. (2022) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 11th Edition. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://icd.who.int/>