

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

Najafi S¹, *Pouyamanesh J², Babakhani V¹, Alijani F¹

Author Address

1. Counseling Department, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran;
2. Psychology Department, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

*Corresponding Author E-mail: 2899742450@iaui.ir

Received: 2025 August 17; Accepted: 2025 September 20

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

توضیحات نویسندگان

۱. گروه مشاوره، واحد ایهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ایهر، ایران؛
 ۲. گروه روان‌شناسی، واحد ایهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ایهر، ایران.
 *وابانامه نویسنده مسئول: 2899742450@iaui.ir

تاریخ دریافت: ۲۶ مرداد ۱۴۰۴؛ تاریخ پذیرش: ۲۹ شهریور ۱۴۰۴

چکیده

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

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

یافته‌ها: نتایج نشان داد، دو مداخله طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار در مقایسه با گروه گواه، بهبود معناداری در رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی ایجاد کرد ($p < 0/001$)؛ همچنین طرح‌واره‌درمانی در افزایش رضایت از زندگی ($p < 0/001$) و امید به زندگی ($p = 0/011$) اثربخشی بیشتری در مقایسه با رویکرد هیجان‌مدار داشت؛ اما بین دو رویکرد در بهبود تاب‌آوری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p = 0/13$).

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

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

می‌کنند؛ زیرا برای بازسازی باورهای ناکارآمد کمک‌کننده است. طرح‌واره‌درمانی با استفاده از فوننی مانند بازسازی شناختی^۷ و تجربه‌های عاطفی هدایت‌شده^۸، به والدین کمک می‌کند این باورها را شناسایی و اصلاح کنند. این رویکرد با تمرکز بر ریشه‌های عمیق شناختی و عاطفی مشکلات، به والدین امکان می‌دهد الگوهای ناسالم را تغییر دهند و به سمت بهبودی حرکت کنند. مطالعات نشان داد، طرح‌واره‌درمانی به‌ویژه در کاهش علائم سوگ و بهبود رضایت از زندگی و تاب‌آوری مؤثر است (۱۳).

رویکرد هیجان‌مدار، به‌ویژه مدل توسعه‌یافته توسط جانسون، بر کمک به افراد برای تجربه و پذیرش و تنظیم هیجان‌ها مرتبط با سوگ تأکید می‌کند. این رویکرد ریشه در نظریه‌های دلبستگی و پردازش هیجانی دارد و به افراد کمک می‌کند با هیجان‌ها در دناک خود مانند غم، خشم یا احساس گناه، به صورت سازنده مواجه شوند (۱۴). در مدل جانسون مشخص شد، تمرکز بر ایجاد محیط امن عاطفی است که در آن افراد قادر باشند هیجان‌ها خود را کاوش کنند و معنای جدیدی در زندگی بیابند. فوننی مانند صندلی خالی و گفتم‌وگویی هدایت‌شده^۹ در این رویکرد به‌کار می‌رود تا والدین سوگوار بتوانند با احساسات خود ارتباط برقرار سازند و آن‌ها را پردازش کنند. این روش به‌ویژه برای والدین مواجه با هیجان‌ها شدید و گواه‌ناپذیر، مناسب است؛ زیرا به آنان کمک می‌کند به‌جای اجتناب از هیجان‌ها، آن‌ها را بپذیرند و به سمت بازسازی معنای زندگی در حرکت باشند (۱۵).

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

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

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

پیامدهای سوگ بر والدین به‌ویژه از منظر روان‌شناختی و عاطفی گسترده و عمیق است. رضایت از زندگی که به‌عنوان ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی‌اش تعریف می‌شود، در والدین سوگوار به‌طور درخور توجهی کاهش می‌یابد (۴). این کاهش ممکن است ناشی از احساس ازدست‌دادن هدف و کاهش لذت از فعالیت‌های روزمره و تغییر در دیدگاه در قبال آینده باشد. به‌علاوه تاب‌آوری^۲، یعنی توانایی مقابله با ناملایمات و بازگشت به حالت تعادل روانی که در این گروه به‌علت شدت استرس ناشی از فقدان تضعیف می‌شود (۵). کاهش تاب‌آوری، توانایی و امید والدین را برای مقابله با چالش‌های روزمره زندگی مانند مسئولیت‌های شغلی یا خانوادگی، محدود می‌کند. امید به زندگی^۳، به‌منزله سازه‌ای شناختی‌انگیزشی شامل باور به امکان دستیابی به اهداف و یافتن مسیرهای رسیدن به آن‌ها نیز در والدین سوگوار کاهش می‌یابد (۶). کاهش امید به زندگی می‌تواند به احساس درماندگی و ناامیدی منجر شود که خود خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد (۷-۹).

مداخلات روان‌شناختی مختلفی برای حمایت از افراد سوگوار طراحی شده است. درمان شناختی‌رفتاری^۴، از رویکردهای بسیار رایج برای کاهش علائم سوگ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ با تأکید بر پذیرش هیجان‌ها منفی و تقویت ارزش‌های زندگی، نتایج مثبتی در بهبود کیفیت زندگی افراد سوگوار نشان داده است (۱۰). گروه‌درمانی و مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۶، به‌عنوان روش‌هایی برای کاهش علائم سوگ و افزایش تاب‌آوری به‌کار رفته است (۱۱)؛ با این حال، دو رویکرد طرح‌واره‌درمانی^۷ و هیجان‌مدار^۸ به دلیل تمرکز بر جنبه‌های عمیق عاطفی و شناختی سوگ، توجه ویژه‌ای را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است.

طرح‌واره‌درمانی توسط یانگ و همکاران توسعه یافت (۱۲). این درمان در مطالعات اخیر به‌روزرسانی شده است. طرح‌واره‌درمانی بر شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار^۹ تمرکز دارد که ممکن است در نتیجه تجارب سوگ تشدید شوند. این رویکرد به‌ویژه برای والدینی مؤثر است که با احساسات عمیق گناه، بی‌ارزشی یا طردشدن دست‌وپنجه نرم

7. Schema Therapy

8. Emotion-Focused Therapy

9. Maladaptive schemas

10. Cognitive restructuring

11. Guided emotional experiences

12. Guided dialogue

1. Grief

2. Resilience

3. Hope for life

4. Cognitive Behavioral Therapy

5. Acceptance and Commitment Therapy

6. Mindfulness-based interventions

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

با وجود پیشرفت‌های صورت‌گرفته در زمینه مداخلات روان‌شناختی برای سوگ، همچنان شکاف‌های درخور توجهی در پژوهش‌ها وجود دارد. یکی از مشکلات اصلی آن است که در بیشتر مطالعات بر جمعیت عمومی سوگوار تمرکز شده و کمتر به طور خاص به والدین سوگوار پرداخته شده است. والدین سوگوار به دلیل شدت عاطفی و پیچیدگی‌های هویتی ناشی از فقدان فرزند، نیاز به مداخلات تخصصی‌تری دارند که جنبه‌های شناختی و نیز هیجانی را هدف قرار دهد (۱۶). به علاوه، مقایسه مستقیم اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار جانسون در این جمعیت به ندرت صورت گرفته است. این شکاف پژوهشی باعث شد متخصصان سلامت روان در انتخاب بهترین رویکرد برای حمایت از والدین سوگوار با چالش‌هایی مواجه شوند. همچنین، تأثیر مداخلات مذکور بر متغیرهای کلیدی مانند رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی به طور خاص در والدین سوگوار کمتر بررسی شده است (۱۷). این مسئله ضرورت انجام پژوهشی را برجسته می‌سازد که به طور خاص متغیرهای بیان‌شده را در والدین سوگوار بررسی کند. مطالعه حاضر می‌تواند به توسعه برنامه‌های درمانی مؤثرتر منجر شود. در نهایت، پژوهش کنونی به پرکردن شکاف‌های موجود در پیشینه پژوهشی کمک می‌کند و مبنایی برای مطالعات آینده فراهم می‌آورد؛ لذا اجرای آن ضرورت دارد.

بر اساس مطالب یادشده، پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار جانسون در بهبود رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در والدین سوگوار انجام شد.

۲ روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی والدین سوگوار مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و روان‌شناسی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند که به علت ازدست‌دادن فرزند خود دچار سوگ شدند. نمونه پژوهش ۳۶ نفر از والدین سوگوار (بیست زن و شانزده مرد) داوطلب واجد شرایط بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند از میان مراجعان به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر تبریز وارد مطالعه شدند. با فرض توان آماری ۰/۸۰ و سطح معناداری ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۶، فرمول جی‌پاور^۱ نشان داد، حجم نمونه ۳۶ نفر (دوازده نفر در هر گروه) برای تشخیص تفاوت‌های معنادار کافی است (۱۸). به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان، ابتدا اطلاع‌رسانی از طریق

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

در پیش‌آزمون، پرسش‌نامه رضایت از زندگی^۴ (۲۰)، مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون^۵ (۲۱)، مقیاس امید به زندگی^۵ (۲۲) و پرسش‌نامه تجربه سوگ (۱۹) توسط همه شرکت‌کنندگان تکمیل شد. تکمیل این پرسش‌نامه‌ها در اتاقی آرام و با نظارت پژوهشگر صورت گرفت تا از دقت پاسخ‌ها اطمینان حاصل شود. برای گروه‌های آزمایش، جلسات درمانی به شکل گروهی (دوازده نفر در هر گروه) برگزار شد. هدایت هر گروه توسط یک درمانگر مجرب (خبره و باتجربه و آموزش‌دیده در

۱. G*Power
۲. Grief Experience Questionnaire (GEQ)
۳. Life Satisfaction Questionnaire

4. Connor-Davidson Resilience Scale

5. Life Expectancy Scale

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

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

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی شامل میزان تحصیلات و سن و جنسیت، ابزارهای معیار و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

– پرسش‌نامه تجربه سوگ: این پرسش‌نامه توسط بارت و اسکات در سال ۱۹۸۹ طراحی شد (۱۹). این ابزار دارای ۳۴ سؤال برای سنجش بُعد مختلف سوگ شامل احساس گناه، تلاش برای توجیه، واکنش‌های بدنی، احساس ترک‌شدن، قضاوت در مورد دلیل فوت، خجالت و بدنامی است. برای نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه از لیکرت پنج‌درجه‌ای (هرگز=۱، تقریباً همیشه=۵) استفاده شده است. نمره‌گذاری با جمع پاسخ‌ها انجام می‌شود و دامنه نمرات از ۳۴ تا ۱۷۰ است. نمرات بیشتر نشان‌دهنده سوگ بیشتر است (۱۹). روایی هم‌گرای پرسش‌نامه در مطالعه بارت و اسکات از طریق همبستگی معنادار با پرسش‌نامه افسردگی بک^۱ ($r=0/62$) به تأیید رسید (۱۹). بارت و اسکات آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ و برای نمره کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ به دست آوردند (۱۹). در ایران فتحی و همکاران روایی محتوایی پرسش‌نامه را با روش لاوشه ۰/۶۲ محاسبه

و تأیید کردند و روایی سازه آن با روش تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش شد. آن‌ها ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده معیار شده ($RMSEA=0/07$)، شاخص تناسب هنجار ($NFI=0/95$)، شاخص نکویی برازش ($GFI=0/93$) و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آوردند (۲۳).

– پرسش‌نامه رضایت از زندگی: این پرسش‌نامه توسط اندیکت و همکاران در سال ۱۹۹۳ طراحی شد و دارای چهارده سؤال است (۲۰). برای نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه از طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً یا هرگز=۱، همیشه یا بسیار زیاد=۵) استفاده شده است. نمرات کل از ۱۴ تا ۷۰ متغیر است. نمرات بیشتر به معنای رضایت زندگی بیشتر است (۲۰). در پژوهش اندیکت و همکاران، روایی خارجی پرسش‌نامه با همبستگی مثبت با پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت^۲ ($r=0/72$) و با پرسش‌نامه افسردگی بک ($r=-0/65$) تأیید شد. اندیکت و همکاران پایایی پرسش‌نامه را با روش آزمون بازآزمون در نمونه دویست نفری ($r=0/90$) در بازه چهارهفته‌ای گزارش کردند (۲۰). در پژوهش معروفی زاده و همکاران، پرسش‌نامه رضایت از زندگی با اضطراب ($r=-0/410$) و افسردگی هم‌گرای ($r=-0/434$) همبستگی منفی معناداری داشت که بیانگر روایی هم‌گرای رضایت‌بخش مقیاس است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸۷ به دست آمد (۲۴).

– مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی شد و دارای ۲۵ سؤال است (۲۱). در نمره‌گذاری سؤالات مقیاس از لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً درست نیست=صفر، تقریباً همیشه درست است=۴) استفاده شده است. نمرات کل از صفر تا ۱۰۰ متغیر است. نمرات بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است (۲۱). در پژوهش کانر و دیویدسون، روایی خارجی مقیاس از طریق همبستگی مثبت با پرسش‌نامه سخت‌رویی کوباسا^۳ ($r=0/83$) و با مقیاس استرس ادراک‌شده^۴ ($r=-0/76$) به تأیید رسید. آن‌ها با تحلیل عاملی تأییدی در نمونه پانصد نفری ساختار پنج‌عاملی شامل شایستگی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، کنترل و معنویت را تأیید کردند و شاخص‌های نکویی برازش مطلوب بود. آن‌ها ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده معیار شده ($RMSEA=0/05$) و شاخص تناسب هنجار ($NFI=0/99$) و شاخص نکویی برازش ($GFI=0/93$) را تأیید کردند و پایایی آن را با روش آزمون بازآزمون در نمونه ۱۵۰ نفری ($r=-0/87$) گزارش دادند (۲۱). در ایران حسینی و همکاران با نمونه ۳۶۱ نفری ساختار پنج‌عاملی را تأیید کردند و روایی آن را از طریق همبستگی مثبت با پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۵ ($r=0/73$) به دست آوردند. حسینی و همکاران پایایی با روش آلفای کرونباخ را ($r=0/86$) گزارش کردند (۲۵).

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

4. Perceived Stress Scale

5. Psychological Flexibility Questionnaire

1. Beck Depression Inventory

2. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)

3. Kubasa's Hardiness Questionnaire

میانگین مربعات باقی‌مانده معیار شده ($RMSEA=0/06$)، شاخص تناسب هنجار ($NFI=0/95$)، شاخص نکویی برازش ($GFI=0/92$) و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ $0/75$ به دست آوردند (۲۶).
 برنامه طرح‌واره‌درمانی: در این پژوهش قبل از استفاده، برنامه طرح‌واره‌درمانی به ده نفر از طرح‌واره‌درمانگران ارائه شد. ایشان براساس مقیاس سه‌درجه‌ای «ضروری است» و «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضروری نیست» آن را درجه‌بندی کردند. ضریب توافقی لاوشه (CVR)^۳ برای این برنامه $0/68$ محاسبه شد که گویای مناسب بودن برنامه بود. در جدول ۱، شرح مختصر برنامه طرح‌واره‌درمانی براساس مدل یانگ و همکاران (۱۲) آورده شده است.

عاملیت، چهار سؤال مسیره‌ها، چهار سؤال دروغ‌سنج) است. برای نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه از طیف لیکرت هشت‌درجه‌ای (کاملاً نادرست=۱، کاملاً درست=۸) استفاده شده است و سؤالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات کل از ۸ تا ۶۴ متغیر است. نمرات بیشتر نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر است (۲۲). در پژوهش استایدر و همکاران، روایی هم‌گرای مقیاس از طریق همبستگی مثبت با مقیاس خوش‌بینی^۱ ($r=0/60$) و همبستگی منفی با مقیاس ناامیدی بک^۲ ($r=-0/55$) به تأیید رسید. همچنین در مطالعه استایدر و همکاران، آزمون بازآزمون این پرسش‌نامه در نمونه دویست نفری ($r=0/85$) تأیید شد (۲۲). در ایران، نوری‌پور و همکاران روایی سازه آن را با روش تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش کردند. آن‌ها ریشه

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

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

3. Content Validity Ratio

1. Optimism Scale

2. Beck Hopelessness Scale

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

جلسات	محتوا
اول	ایجاد همدلی با والدین سوگوار، ایجاد اتحاد درمانی بین والدین و درمانگر درباره اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان، درک چگونگی شکل‌گیری درمان و آنچه والدین را برای درمان برانگیخته است.
دوم	ردگیری و توصیف زنجیره‌های تکرارشونده که آشفتنی والدین سوگوار را تداوم بخشیده است، یافتن موانع درونی و بیرونی دلبستگی ایمن و ردگیری هیجانی با هریک از والدین، تحلیل حالت‌های هیجانی همراه با چرخه‌های دشوار و آشنایی والدین با چرخه‌های منفی.
سوم	دستیابی به هیجان‌های شناخته‌نشده در موقعیت‌ها و شناسایی احساس‌های اولیه و ثانویه هریک از والدین، قاب‌گیری مجدد مشکل.
چهارم	تشدید تجربه هیجانی، افزایش درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخ‌گویی به صورت شکل دادن مجدد مشکل برحسب احساس‌های نهفته و نیازهای دلبستگی.
پنجم	کمک به والدین برای افزایش آگاهی، درگیر شدن و پذیرش مالکیت آسیب‌پذیری‌ها، صدمات و ترس‌های دلبستگی و کمک به طرف والدین برای شنیدن و پذیرش آن‌ها و عمیق‌کردن درگیری هیجانی.
ششم	پذیرش مسئولیت در موقعیت و نقش خود توسط والدین، بیان انتظارات و تسهیل پذیرش.
هفتم	تغییر الگوهای تعاملی و بازسازی تعاملات، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی و تسهیل پاسخ به درخواست‌ها، تسهیل و ارائه راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.
هشتم	بازتعریف و پرورش جوی امن و خلق اعتماد، شناسایی و حمایت الگوهای تعاملی سالم، افزایش در دسترس بودن و پاسخ‌گویی، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت‌های جدید و خاتمه درمان.

مکرر و آزمون تعقیبی توکی برای بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در والدین سوگوار استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس، ابتدا بررسی پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها و معنادار نبودن میانگین پیش‌آزمون گروه‌ها صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

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

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

برای توصیف داده‌ها در بخش توصیفی، آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به کار رفت. در بخش تحلیل‌های استنباطی، از آزمون خی‌دو برای بررسی همگنی توزیع سن، جنسیت و تحصیلات در گروه‌های پژوهش و از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری

جدول ۳. متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد مطالعه‌شده به تفکیک گروه

متغیر جمعیت‌شناختی	طرح‌واره‌درمانی		رویکرد هیجان‌مدار		گروه
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۵	۸	۶۶/۶۷	۷
	مرد	۷	۴	۳۳/۳۳	۵
سن	۲۵ تا ۳۵ سال	۵	۳	۲۵	۳
	۳۶ تا ۴۵ سال	۴	۶	۵۰	۵
	۴۶ تا ۵۵ سال	۲	۲	۱۶/۶۷	۳
	بیشتر از ۵۵ سال	۱	۱	۸/۳۳	۱
	سیکل	۲	۱	۸/۳۳	۱
میزان تحصیلات	دیپلم	۳	۲	۱۶/۶۷	۳
	کارشناسی	۴	۴	۳۳/۳۳	۶
	کارشناسی ارشد	۲	۳	۲۵	۲
	دکتری	۱	۲	۱۶/۶۷	۰

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

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

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

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

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

پس‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری و در سه گروه طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار و گواه توزیع داده‌ها نرمال بود ($p > 0.05$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرهای بین‌گروهی و درون‌گروهی بر متغیرهای رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی در جدول ۵ گزارش شده است.

براساس نتایج جدول ۴، میانگین نمرات متغیرهای رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی، در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون، در گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه افزایش یافت. نتایج بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها با آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای پیش‌آزمون رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی نشان داد، برای رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی، در سه مرحله

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

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

باتوجه به نتایج جدول ۵، اثر گروه و اثر زمان بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری و امید به زندگی معنادار بود ($p < 0.001$)؛ همچنین اثر متقابل زمان و گروه بر متغیرهای مذکور معنادار بود ($p < 0.001$) که نشان می‌دهد بین سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در

گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی توکی به منظور مقایسه زوجی مراحل آزمون برای متغیرهای پژوهش در هر یک از سه گروه ارائه شده است.

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

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

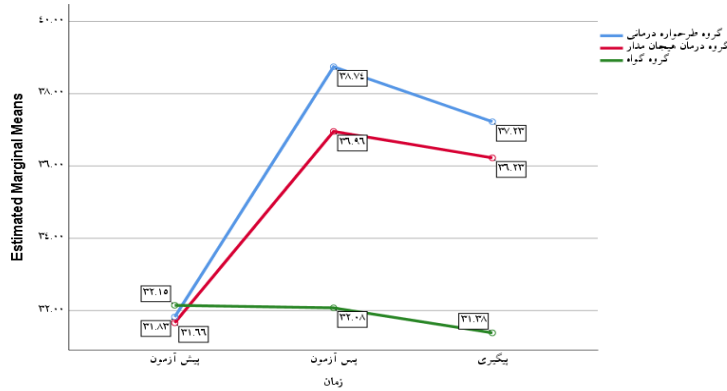
نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، در گروه طرح‌واره‌درمانی و گروه رویکرد پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون هیجان‌مدار، بین میانگین نمرات متغیرهای رضایت از زندگی و تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین بین‌گروهی متغیرهای تاب‌آوری و امید به زندگی، در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با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

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین بین‌گروهی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده

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

زندگی در جدول ۴ مشخص شد، طرح‌واره‌درمانی درمقایسه با رویکرد هیجان‌مدار بر افزایش رضایت از زندگی و امید به زندگی والدین سوگوار اثربخشی بیشتری داشت. بین تاب‌آوری در گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/13$). در شکل‌های ۱ و ۲ و ۳ تغییرات گروه‌های پژوهش در مراحل اندازه‌گیری مشخص شده است.

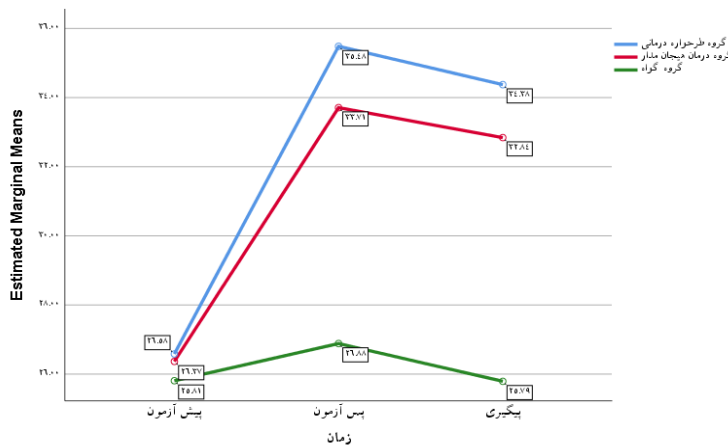
براساس جدول ۷، مداخلات دو گروه طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار درمقایسه با گروه گواه بر رضایت از زندگی و امید به زندگی و تاب‌آوری اثربخش بود ($p<0/001$). همچنین بین دو گروه طرح‌واره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار، در متغیرهای رضایت از زندگی و امید به زندگی ($p=0/011$) تفاوت معناداری وجود داشت. باتوجه به میانگین نمرات متغیرهای رضایت از زندگی و امید به



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



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



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

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

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

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

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

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

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

پژوهش حاضر نشان داد، دو رویکرد طرح‌واره‌درمانی و هیجان‌مدار در تقویت تاب‌آوری مؤثر بود که با مدل دوفرایندی سوگ استروپ و

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

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

۵ نتیجه‌گیری

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

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت از شرکت‌کنندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.ABHRR.REC.1404.002 از کمیته اخلاق پژوهش آن دانشگاه است. معیارهای اخلاقی شامل کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان به منظور توزیع پرسش‌نامه و اجرای آموزش‌های مربوط، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن شرکت‌کنندگان و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات آن‌ها مدنظر قرار گرفت.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

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

تضاد منافع

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

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

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

References

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

10. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013;44(2):180–98. doi: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002)
11. Peri T, Hasson-Ohayon I, Garber S, Tuval-Mashiach R, Boelen PA. Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder—rationale and case study. *Eur J Psychotraumatol.* 2016;7(1):30687. doi: [10.3402/ejpt.v7.30687](https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30687)
12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide.* New York: Guilford Press; 2006.
13. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cogn Behav Ther.* 2018;47(4):328–49. doi: [10.1080/16506073.2017.1410566](https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566)
14. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection.* Second edition. London: Routledge; 2004. <https://doi.org/10.4324/9780203843871>
15. Johnson SM. *Attachment theory in practice: emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families.* New York: The Guilford Press; 2019.
16. Morris S, Fletcher K, Goldstein R. The grief of parents after the death of a young child. *J Clin Psychol Med Settings.* 2019;26(3):321–38. doi: [10.1007/s10880-018-9590-7](https://doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7)
17. Eisma MC, Rinck M, Stroebe MS, Schut HAW, Boelen PA, Stroebe W, et al. Rumination and implicit avoidance following bereavement: an approach avoidance task investigation. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015;47:84–91. doi: [10.1016/j.jbtep.2014.11.010](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.010)
18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175–91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
19. Barrett TW, Scott TB. Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav.* 1989;19(2):201–15. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1989.tb01033.x>
20. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull.* 1993;29(2):321–6.
21. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
22. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60(4):570–85. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.4.570>
23. Fathi D, Kiani A, Sadri E, Sheikholeslami A. Psychometric properties of the Farsi version of the complicated spiritual grief. *Psychological Achievements.* 2024;31(1):147–66. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_19319.html?lang=en
24. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Omani Samani R, Ezabadi Z. Psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in Iranian infertile women. *International Journal of Reproductive Biomedicine.* 2016;14(1):57–62. [Persian] <https://ijrm.ir/article-1-685-en.html>
25. Hosseini SA, Mohammadi H, Saadat Z. Investigating the psychometric properties of the Cognitive Resilience Scale in a sample of the Iranian population. *Quarterly Journal of Educational Measurement.* 2021;11(42):125–50. [Persian] https://jem.atu.ac.ir/article_13133.html?lang=en
26. Nooripour R, Farmani F, Brand S, Ghanbari N, Ilanloo H, Maticotta JJ, et al. Psychometric characteristics of Persian version of Adult Hope Scale (AHS) in Iranian females with multiple sclerosis (MS). *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2022;26(2):e123276. <https://doi.org/10.5812/jkums-123276>