

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ‌دیده

مسعود مرادی^{✉*} و داوود فتحی^{**}

چکیده

در ادبیات تروما و ضربه روانی، مباحث زیادی درباره سوگ و سوگواری مطرح شده است. در صورت طولانی شدن مدت سوگواری، مداخله و درمان افراد سوگ‌دیده ضروری به نظر می‌رسد که در این راستا، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ‌دیده انجام شد. پژوهش حاضر کاربردی و از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون باگروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان سوگ‌دیده دانشگاه محقق اردبیلی سال ۹۴-۱۳۹۳ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ دانشجوی سوگ‌دیده انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند، گروه آزمایش در جلسات درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی شرکت کردند. در این پژوهش، از پرسشنامه امیدواری اسنایدر و پرسشنامه بهزیستی معنوی به‌عنوان پیش‌آزمون- پس‌آزمون استفاده شد و داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افزایش امیدواری و بهزیستی معنوی اثربخش است و بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشته است. با توجه به نتایج این پژوهش گروه درمانی شناختی رفتاری امیدواری و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ‌دیده را افزایش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری؛ امیدواری؛ بهزیستی معنوی؛ دانشجویان سوگ‌دیده

* دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی Massod76@yahoo.com

** کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۵

مقدمه

سوگ^۱ حالت غم و اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص یا عقیده و فکری خاص است. سوگ پدیده‌ای همگانی و بسیار شخصی و چند بعدی است و اثرات فراگیری بر فرد داغدار^۲ دارد (شاجتر و زیسوک، ۱۹۹۳) و فرایندی است که در طی زمان تکامل می‌یابد، ولی مفهوم سوگ معمولاً به کثرت واکنش‌های پیچیده‌ای اشاره دارد که پس از جدایی و از دست دادن، و علی‌الخصوص پس از فقدان و مرگ یک عزیز به وجود می‌آید (بایلی، دانهام و کرال^۴، ۲۰۰۰). شیوه‌های مرگ یکسان نیستند و مرگ ممکن است ناگهانی، فجیع، تدریجی یا مبهم باشد و واکنش به آن می‌تواند بهنجار یا نابهنجار باشد (احمدی، ۱۳۸۸) و دوام و تظاهر داغ‌دیدگی بهنجار در میان گروه‌های مختلف فرهنگی به میزان ملاحظه‌پذیری متفاوت است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۳۷۴). سوگ موجب برهم خوردن شرایط زندگی و بروز علائم زیادی در افراد می‌شود. دانشجویان به خاطر دوری از خانواده، ارتباطات احساسی که به اقتضای دوره جوانی پیش می‌آید و از دست دادن عزیزان ممکن است در شرایط سوگواری قرار بگیرند که علاوه بر افت تحصیلی، آسیب‌های روان‌شناختی خاصی را تجربه کنند. واردن (۲۰۰۹) علائم سوگ را در ۵ گروه تقسیم کرد که عبارت هستند از: ۱) علائم جسمانی شامل اختلال در خواب و خوراک، از دست دادن وزن، گرفتگی عضلات سینه، احساس فشار در گلو، سردرد و میگرن و غیره است؛ ۲) علائم شناختی شامل سردرگمی، مشغولیت ذهنی و سواس گونه نسبت به متوفی، بروز مشکلات حافظه و کاهش تمرکز، تأکید بیش از حد بر خاطرات گذشته با متوفی و انکار است؛ ۳) علائم احساسی شامل شوک و ناباروری، اندوه عمیق، خشم، درماندگی، غم، اضطراب، افسردگی، تنهایی، خستگی، بی‌حوصلگی و کرختی و گیجی؛ ۴) نشانه‌های معنوی شامل شک در اعتقادات و باورها و تلاش برای معنایابی؛ ۵) علائم رفتاری شامل گوشه‌گیری، گریه کردن، آه کشیدن، بی‌قراری، مشکل در تصمیم‌گیری، افزایش نیاز به محبت، دیدن متوفی در خواب،

-
1. grief
 2. bereavment
 3. Shuchter & Zisook
 4. Bailley, Dunham & Kral

تحریک‌پذیری و بروز رفتارهای خود تخریب. از بین بردن این علائم نیازمند درمان فوری است که فرد بتواند امید به زندگی خود را بازیابد و سلامت روانی، جسمی و معنوی خود را حفظ کند.

امید لازمه حرکت به سوی سلامتی است. نقش مؤثر امید در زندگی، هم قبل از بروز یک مشکل در زندگی و هم پس از بروز آن ثابت شده است (اشنایدر، شوتی، چیونز، مانپولورز، آدامز و ویکلونند^۱، ۲۰۰۰). امیدواری^۲ را می‌توان به عنوان عنصری از زندگی معنادار به حساب آورد (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). نظریه مبتنی بر امید را در سال‌های ۱۹۷۴-۲۰۰۲ اسنایدر مطرح کرد شده است. روان‌شناسان، توجه خود را بر منابع بالقوه احساس‌های مثبت، نظیر احساس شادکامی معطوف کرده‌اند (کوهن و پرسمن^۳، ۲۰۰۵). شادی سه جزء اصلی دارد هیجان‌ات مثبت، مشغولیت و معنا (سلیگمن، ۲۰۰۲). اسنایدر، هریس، اندرسون، هلرن، لرگوین، زیگموند^۴ و همکاران (۱۹۹۱) امید را مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم‌های هدف‌مدار) و مسیرها (شیوه‌های انتخاب شده برای نیل به اهداف) است. از نظر کینز^۵ (۲۰۰۲)؛ به نقل از علاء‌الدینی و باقر کجباف، (۱۳۸۶) امیدواری به عنوان درخواستی تعریف شده که یک فرد برای آینده خود دارد. طبق نظریه اسنایدر اهداف منبع اصلی هیجان هستند و هیجان مثبت ناشی از دستیابی به هدف یا تصور نزدیک شدن به آن است، در حالی که هیجان منفی ناشی از شکست در دستیابی به هدف یا تصور دور شدن از آن است. سوگواری و از دست دادن نوعی احساس شکست در فرد ایجاد می‌کند که فرد احساس ناامیدی و ناکامی را احساس کند. در این نظریه ناامیدی، حالت تکان‌دهنده‌ای است که با احساسی از ناممکن بودن امور، احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به زندگی آشکار می‌شود و فرد در اثر ناامیدی به شدت غیر فعال شده و نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و تصمیم بگیرد (حسینیان، سودانی و مهربانی زاده ی هنرمند، ۱۳۸۸). در این شرایط مداخلات درمانی مبتنی بر تغییر دیدگاه افراد و جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار ناکارآمد و

-
1. Snyder, Shotey, Cheavens, Mann Pulvers, Adams & Wiklund
 2. happiness
 3. Cohen & Pressman
 4. Snyder, Hartis, Anderson, Holleran, Irving & Sigmon
 5. Kinz

ناکام‌کننده می‌تواند در بهبود سلامتی فرد مؤثر باشد. علاء‌الدینی، کجباف و مولوی (۱۳۸۷) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امیدواری و سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که امید درمانی گروهی موجب افزایش امیدواری و سلامت روانی در افراد می‌شود.

در سال‌های اخیر به معنویت^۱ به عنوان یک جنبه مهم از کنش انسان‌گرایانه توجه شده است که با سلامت و بهبودی ارتباط دارد. بهزیستی معنوی یکی از ابعاد سلامت انسان محسوب می‌شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (کراون و هیرنل^۲، ۲۰۰۳). در طبقه‌بندی اختلالات روانی^۳ سازمان بهداشت جهانی بیان شده که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به هم ارتباط دارند و بر هم تأثیر می‌گذارند، ابعاد روحی انسان و بهزیستی معنوی او با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و تأثیرگذار است، که برای ارتقاء سلامت بهتر است به آن توجه شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقاء سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند که این کار باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می‌شود (رضایی، سیدفاطمی و حسینی، ۱۳۸۷؛ به نقل از عصارودی، گل‌افشانی و اکابری، ۱۳۹۰). بهزیستی معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز است: الف) بهزیستی مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی در هنگام ارتباط داشتن با قدرتی بالاتر متمرکز است؛ ب) بهزیستی وجودی که درباره نگرانی‌های اجتماعی و روانی و چگونگی سازگاری اجتماعی انسان با خود و محیط بحث می‌کند (هاوکس، هال، سالامان و ریچنز^۴، ۱۹۹۵). لایونه لوت و آنتوناک (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان دادند که معنویت در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌ها نقش مهمی دارد. حمید، کیخسروانی، بابامیری و دهقانی (۱۳۹۱) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری

-
1. spiritual
 2. Craven , Hirnle
 3. ICD: international classification disorder
 4. Hawks, Hull, Thalman & Richins

دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به این نتیجه رسیدند که فراهم کردن عوامل حمایتی (مانند مذهب و معنویت) به منظور افزایش سلامت روان و هوش معنوی می‌تواند به تاب آوری منجر شود.

درمان شناختی - رفتاری^۱ (CBT) معروف‌ترین درمان شناخته‌شده که تحقیقات بسیاری را به خود اختصاص داده است. در رویکرد روان‌درمانی شناختی رفتاری، به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، کشف افکار و عقاید تحریف شده، به چالش کشیدن بدن و تغییر باورها و نگرش‌های غیر مفید، و بازسازی شناختی کمک می‌شود (بک، ۲۰۰۸). بسته به نوع اختلال مورد درمان، راهبردهای شناختی به طور متفاوتی ارائه می‌شوند. نخستین وظایف درمانی در درمان‌های شناختی - رفتاری، همان‌گونه که بک و ایس قبل از دیگران مطالعه کرده‌اند، این است که به مراجعان خود کمک کنند تا به دقت سازگارانه‌ترین و معقول‌ترین تفسیر را از یک موقعیت برداشت کرده و رفتارهایی را پیشه کنند که با آن زاویه دید جدید هماهنگ باشد، ماهیت رویکرد شناختی رفتاری این است، که محصولات شناختی آن میان موقعیت‌ها و پاسخ‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی واسطه می‌شوند و به این ترتیب این رویکرد، یک بسط مهم از الگوی محرک و پاسخ رفتار انسان است (اسکات، استاردینگ و درایدن، ۱۹۹۵؛ ترجمه خدایاری فرد، ۱۳۸۶). آقاباقری، محمدخوانی، عمرانی و فرهمند (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش امیدواری و بهزیستی بیماران مؤثر است. همچنین در پژوهشی که جباری (۱۳۹۱) در زمینه بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر شادکامی نشان داد که این درمان بر افزایش میزان شادکامی مؤثر است. هاشمی، علیپور و فیلی (۱۳۹۲) در پژوهشی در رابطه با اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر شادکامی زنان نابارور به این نتیجه رسید که این درمان میزان شادکامی زنان را بالا می‌برد. در زمینه درمان سوگ، پژوهش فتاحی، کلانتری و مولو (۱۳۹۳) با هدف بررسی اثربخشی سوگ درمانی اسلامی بر مشکلات برون‌سازی دختران نوجوان داغ‌دیده، از اثربخش بودن این درمان حکایت دارد. (۱۳۹۴) در پژوهشی از تأثیر درمان شناختی رفتاری بهبود سالمندان سوگ‌دیده خبر داد.

به طور کلی سوگ اثرات مخرب زیادی بر افراد می‌گذارد و موجب کاهش عملکرد

کلی فرد می‌شود. تزریق امید و تقویت بعد معنویت در افراد می‌تواند موجب تحریک فرد به حرکت و افزایش بهبودی در افراد شود. همچنین تاکنون در ایران پژوهشی به منظور بررسی تأثیر اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر امیدواری و بهزیستی معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده اجرا نشده است. در این راستا، فرضیات پژوهش حاضر به شرح زیر است:

الف: درمان شناختی رفتاری بر امید به زندگی دانشجویان سوگ‌دیده مؤثر است.

ب: درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ‌دیده مؤثر است.

روش

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۹۴-۱۳۹۳ بوده‌اند که ۳۰ دانشجو دارای تجربه سوگ، با مصاحبه تشخیصی بر اساس راهنمای تشخیص بیماری‌های روانی (DSM_IV) و پرسشنامه تجربه سوگ (GSQ) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نوع سوگ در آزمودنی‌ها سوگ بهنجار است و مدت زمان تجربه سوگ برای آزمودنی‌ها بین ۲۵ - ۴۰ روز بود که این درمان برای تسهیل مراحل سوگ طراحی شده بود. آزمودنی در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. در اندازه‌گیری اول یک پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد، سپس گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفت و درمان شناختی رفتاری در هشت جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در پایان نیز در اندازه‌گیری دوم پس‌آزمون انجام شد. ملاک ورود به پژوهش داشتن تجربه سوگ، دانشجوی بودن و نداشتن سابقه بستری به خاطر اختلال روانی و مصرف دارو بود و ملاک خروج عدم تمایل آزمودنی به ادامه درمان بوده است.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه امید اسنایدر: برای تعیین میزان امید بزرگسالان، اسنایدر (۱۹۹۱) این مقیاس را ساخته است. مقیاس امید ۱۲ سؤال دارد که ۶ سؤال آن مربوط به مؤلفه کارگزار و ۶ سؤال دیگر آن مربوط به مؤلفه گذرگاه است. این مقیاس دارای طیف لیکرتی از یک (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) است و دامنه نمرات آن از ۱۲ - ۴۸ است. همسانی درونی کل آزمون از

ضریب ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و اعتبار آن ۰/۸۰ گزارش شده است (اشنایدر و لویز^۱، ۲۰۰۷). پایایی این مقیاس را شیرین زاده و میرجعفری (۱۳۸۵) محاسبه کردند و ضریب آلفا برای مؤلفه کارگزار ۰/۷۱ و برای مؤلفه گذرگاه ۰/۶۷ به دست آمد. همچنین پایایی به دست آمده در این پژوهش برای نمره کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بوده است.

پرسشنامه بهزیستی معنوی (SWBS): آیین پرسشنامه ۲۰ سؤال دارد که بافورد، پائولوتزین و الیسون (۱۹۹۱) آن را طراحی کرده‌اند و دو بعد بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی را می‌سنجد. پاسخ دهی به پرسشنامه مذکور مبتنی بر طیف لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) است. ۱۰ گویه آن، بعد بهزیستی مذهبی و ۱۰ گویه دیگر آن، بعد بهزیستی وجودی را اندازه می‌گیرد. نمره بهزیستی معنوی که از جمع این دو بعد به دست می‌آید در دامنه بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است پائولوتزین و الیسون (۱۹۹۱) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، بعد بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین در مطالعه سیدفاطمی، رضایی، گیوری و حسینی (۱۳۸۵) بر روی بیماران سرطانی، روایی این پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا مشخص و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ، ضریب ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین پایایی به دست آمده در این پژوهش برای نمره کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بوده است.

جدول ۱: جلسات درمان شناختی رفتاری

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	بررسی وضعیت افراد و تشخیص اولیه	مصاحبه اولیه بالینی با افراد سوگ دیده و ایجاد ارتباط در یک محیط امن و حمایت کننده با احساس همدردی، و توضیح درباره اهداف، بررسی وضعیت و شرایط فعلی به صورت کیفی و بیان احساسات و هیجانات.	ثبت افکار روزانه	آگاهی از افکار و احساسات
دوم	بازگویی شناختی و تخلیه هیجانی	بازگویی روان شناختی به مدت یک ساعت که شامل عادی سازی پاسخها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده و بیان احساسات، هیجانات و واکنشها به هنگام مواجهه.	ثبت افکار روزانه	آگاهی از افکار و احساسات

1. Lopez
2. Spiritual well- being
3. Bufford, Paloutzian & Ellison

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
سوم	آگاهی از هیجانات ناشی از سوگ	آموزش نحوه بروز هیجانات و کنترل آن‌ها و آگاهی از افکار خودکار و افسرده ساز و همچنین تأثیر آن‌ها بر تشدید علائم داغدیدگی	ثبت خطاهای شناختی و بررسی افکار جایگزین	آگاهی از خطاهای شناختی و افکار خودکار
چهارم	کاهش نشانه‌های برانگیختگی	آموزش و آرامش بخشی عضلانی	آرامش بخشی عضلانی روزانه	کاهش نشانه‌های برانگیختگی
پنجم	مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری.	استفاده از روش‌های تجسمی شامل: روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند به هنگام یادآوری خود به خودی افکار و خاطرات مزاحم در رابطه با فرد از دست رفته و نیز روش کوچک کردن و دور کردن تصویر خاطرات به منظور	شناخت خطاهای شناختی و جایگزین کردن باورهای منطقی	تغییر باورهای غیر منطقی
ششم	اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت کننده	تکنیک‌های مربوط به اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت کننده شامل: حساسیت زدایی تدریجی و تزریق امید	انجام فعالیت‌های روزانه برای اجتناب از خاطرات ناراحت کننده	افزایش فعالیت‌های شادی بخش
هفتم	جابه‌جایی نقش و توجه به معنویت در رابطه با مرگ	اجرای روش جابه‌جایی نقش، به صورتی که فرد داغ‌دیده خود را به جای فرد از دست رفته بگذارد و حرف‌ها، خواسته‌ها و هیجان‌اتش را با فرد از دست رفته بیان کند و همچنین کامل کردن جملات ناتمام. سرانجام بحث درباره معنویت، لزوم و راه‌های ارتقاء آن و معنای مرگ.	نامه نوشتن به متوفی	روشن سازی عواطف و پذیرش مرگ
هشتم	از سرگیری فعالیت‌های روزمره	آموزش مهارت‌های حل مسأله و بررسی برنامه‌ها و اهداف زندگی فرد برای از سرگیری فعالیت‌های روزمره و هنردرمانی (تجسم و سمبل قرار دادن متوفی در نقاشی و...) که باعث می‌شود فرد داغ‌دیده از نظر عاطفی، متوفی را با خود جایگزین کند.	از سرگیری فعالیت‌ها و هدف‌گزینی برای آینده	بازگشت به زندگی روزمره

یافته‌ها

داده‌های پژوهش با روش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند و جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین امید به زندگی دانشجویان سوگ دیده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب (۱۸/۱۰) و (۲۲) و در گروه آزمایش به ترتیب (۱۷/۶۲) و (۳۰/۱۲) است. همچنین میانگین بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ دیده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب (۶۷/۰۳) و (۶۸/۶۶) و در گروه آزمایش به ترتیب (۶۸/۰۱) و (۷۴/۴۱) است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای امیدواری و بهزیستی معنوی در دو گروه

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
امیدواری	۱۸/۱۰	۳/۲۰	۲۲	۳/۵۵
گروه آزمون	۱۷/۶۲	۳/۲۸	۳۰/۱۲	۳/۶۵
بهزیستی معنوی	۶۷/۰۳	۱/۸۹	۶۸/۶۶	۲/۶۱
گروه آزمایش	۶۸/۰۱	۳/۴۱	۷۴/۴۱	۲/۳۳

بر طبق جدول ۳ مقدار میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای متغیر امیدواری در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۱۸/۱۰ و ۳/۲۰ و در پس‌آزمون ۲۲ و ۳/۵۵ بوده و برای همان متغیر در گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۱۷/۶۲ و ۳/۲۸ و در پس‌آزمون ۳۰/۱۲ و ۳/۶۵ به دست آمد. همچنین مقدار میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای متغیر بهزیستی معنوی در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۶۷/۰۳ و ۱/۸۹ و در پس‌آزمون ۶۸/۶۶ و ۲/۶۱ بود و برای همان متغیر در گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۶۸/۰۱ و ۳/۴۱ و در پس‌آزمون ۷۴/۴۱ و ۲/۳۳ محاسبه شد.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است ($BOX=0/65$, $F=0/20$, $P=0/19$).

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط همسانی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. بنابراین، آزمون

تحلیل واریانس چند متغیری قابل اجرا است.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین دربارهٔ پیش فرض تساوی واریانس دو گروه در امیدواری و سلامت

معنوی

متغیر	F	درجهٔ آزادی اول	درجهٔ آزادی دوم	معناداری
امیدواری	۵/۶۷	۱	۲۸	۰/۰۶۲
بهبودی معنوی	۱/۳۲	۱	۲۸	۰/۲۹

نتایج مشخصه آماری لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های شادکامی، امیدواری و احساس تنهایی معنادار است ($F=۳۲/۰۴, p>۰/۰۰۱$). این آزمون قابلیت استفاده از تحلیل کو واریانس چند متغیری را مجاز شمرد.

جدول ۴: نتایج آزمون معناداری (MANOVA) برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

آزمون	ارزش	F	معناداری
پیلای-بارتلت	۰/۶۵	۳۲/۰۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۳۲/۰۴	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۸۴	۳۲/۰۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۱/۸۴	۳۲/۰۴	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کو واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات امیدواری ($F=۳۹/۰۷$) و بهبودی معنوی ($F=۲۳/۵۰$) به طور معناداری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است و بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$).

جدول ۵: نتایج تحلیل کو واریانس چند متغیری روی میانگین نمره متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و

پس‌آزمون گروه‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آزمون
امیدواری	۱۸/۶۲	۱	۱۸/۶۲	۱/۶۰	۰/۲۱	۰/۰۵
سلامت معنوی	۱۱/۹۱	۱	۱۱/۹۱	۱/۸۷	۰/۱۸	۰/۰۶
امیدواری	۱۸/۶۲	۱	۱۸/۶۲	۱/۶۰	۰/۲۱	۰/۰۵
سلامت معنوی	۱۲/۹۷	۱	۱۲/۹۷	۱/۱۱	۰/۳۰	۰/۰۴
امیدواری	۴۵۴/۶۵	۱	۴۵۴/۶۵	۳۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰
سلامت معنوی	۱۵۰/۸۱	۱	۱۵۰/۸۱	۲۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷

اثر پیش‌آزمون بهبودی معنوی

اثر پیش‌آزمون امیدواری

اثر مداخله

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر امیدواری و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ دیده بود که نتایج نشان داد که بین دو گروه، درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افزایش امیدواری و بهزیستی معنوی تفاوت معناداری وجود داشته است. نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری موجب افزایش امیدواری در دانشجویان سوگ دیده شده است. این نتایج با یافته‌های علاء‌الدینی و همکاران، (۱۳۸۷) و آقاباقری و همکاران، (۱۳۹۱) همسو است. عمرانی، میرزائیان، آقاباقری و حسن‌زاده (۱۳۹۱) در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به MS به این نتیجه رسیدند که گنجاندن دوره گروه درمانی شناختی رفتاری در فرایند درمان بیماران مبتلا به MS می‌تواند به سلامت روان این بیماران و به ویژه افزایش امید به زندگی آن‌ها منجر شود. تجربه جدایی و از دست دادن یک عزیز که در زندگی فرد نقش تأثیرگذاری داشته، فرد را با یک شوک ناگهانی مواجه می‌کند و تعادل روانی فرد را برهم می‌زند که در نهایت فرد دوره‌ای از افسردگی را که از مراحل سوگ است، تجربه می‌کند و احساس ناامیدی و بی‌معنایی بر فرد حاکم می‌شود. درمان شناختی- رفتاری با تغییر در شناخت و رفتار فرد، موج به حرکت در آوردن و ایجاد آمادگی شناختی برای پذیرش سوگ و افزایش امیدواری در سوگواران می‌شود. فنون شناختی، به باورهای مربوط به افکار خودآیندی توجه می‌کند که در کشش‌ها و هوس‌ها نقش دارند، در حالی که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر علی با فرایند شناختی در تعامل هستند (بک، رایت، نیومن و لیز، ۱۳۸۰). با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری در تغییر و اصلاح افکار و رفتار فرد در مواقع برخورد با سوگ و فاجعه بار بودن این رویداد، همچنین طرح درمان و درگیری مراجع در انجام فعالیت‌ها و موفقیت‌های او در انجام این فعالیت‌ها می‌تواند توجیح‌کننده این یافته باشد که درمان شناختی رفتاری موجب افزایش امیدواری در دانشجویان سوگ دیده شده است. همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری موجب افزایش نمره بهزیستی معنوی در دانشجویان سوگ دیده شده است. این نتایج با یافته‌های اسکندری، بهینی و

حسنی (۱۳۹۴)، (۱۳۹۴)، المر، مک دونالد و فریدمن (۲۰۰۳)، موریتز، کلی، ژو، توز، ریکای^۱ (۲۰۱۱) همسو است. به‌طور کلی پژوهشی یافت نشد که به صورت مستقیم اثر درمان شناختی رفتاری را بر بهزیستی معنوی بررسی کند، ولی همسو با پژوهش حاضر اسکندری و همکاران (۱۳۹۴) نشان داده‌اند که درمان شناختی - وجودگرا بر افزایش بهزیستی معنوی مؤثر است. همچنین بر اساس یافته‌های المر و همکاران (۲۰۰۳) افرادی که به معنویت تمایل دارند هنگام مواجهه با آسیب (مثلاً سوگ) و تروما واکنش بهتری نسبت به درمان دارند و به آن پاسخ می‌دهند. مطالعه موریتزو همکاران (۲۰۱۱) در رابطه با برنامه آموزش معنویت نشان داد که آموزش معنویت موجب شده شرکت‌کنندگان تغییراتی را تجربه کنند، خلق آن‌ها بهبود پیدا کند، اضطراب و افسردگی کاهش یابد و نظم ذهنی و آرامش نیز بهبود یابد. این نتیجه‌گیری به نوعی با تأکید مدل درمان شناختی رفتاری بر تغییر شناخت، هیجان و رفتار همسو است و تغییر و اصلاح این ابعاد می‌تواند در سنجش سلامت معنوی افراد مؤثر باشد. درمان شناختی رفتاری با کمک به پذیرش سوگ، تأکید بر عوامل حمایتی و تقویت شناخت‌ها و باورهای فرد سوگوار، می‌تواند در بینش افراد نسبت به تجربه سوگ تغییر ایجاد کند و بهزیستی معنوی را در فرد سوگوار تقویت کند. با توجه به پیوند سوگ به مسائل معنوی در فرهنگ ما (مانند قضا و قدر، خواست خداوند و...)، به نظر منطقی می‌رسد که با افزایش سازگاری با سوگ و پذیرش آن، بهزیستی معنوی در افراد افزایش یابد.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود علائم افراد دارای تجربه سوگ و افزایش امیدواری و بهزیستی معنوی آن‌ها است، که به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری تاب‌آوری دانشجویان سوگوار را در مقابل اثرات ناشی از سوگ بالا می‌برد. در این پژوهش درباره ملاحظات اخلاقی از جمله آزادی آزمودنی‌ها برای ترک جلسات مداخله یا فقدان شرکت در پژوهش و محرمانه بودن هویت آزمودنی‌ها توافق شد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه در دسترس و محدود بودن نمونه به دانشجویان و نبود امکان کنترل برخی محدودیت‌های مربوط به طرح‌های نیمه آزمایشی اشاره کرد. نتایج این تحقیق می‌تواند برای مراکز بالینی، بیمارستان‌های روانی، درمانگران و

پژوهشگران نیز مفید و سودمند باشد. در آخر پیشنهاد می‌شود که در پژوهش های آتی نقش امید در سوگواری افراد و تأثیرات سوگ بر بهزیستی معنوی و همچنین علائم سوگ در دانشجویان ایرانی بررسی شود.

تشکر و قدردانی:

در انتها از دانشجویان عزیزی که در انجام این پژوهش با پژوهشگران همکاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

منابع

- احمدی، خدابخش (۱۳۸۸). *اصول و فنون مداخله در بحران*، تهران: مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال اهرم ایران.
- اسکات، مایکل جی.، استاردینگ، استفان جی و درایدن، ویندی (۲۰۰۷). *مشاوره شناختی- رفتاری*، ترجمه محمد خدایاری فرد، تهران: دانشگاه تهران.
- انجمن روان‌شناسی آمریکا (۱۹۹۵). *راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی (DSM-IV)*، ترجمه محمدرضا نیکخو و همکاران، تهران: سخن.
- آقا باقری، حامد.، محمد خانی، پروانه.، عمران‌ی سمیرا و فرهمند، وحید (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس، *روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱): ۲۳-۳۱.
- بک، آرون تی.، رایت، تی اف.، نیومن، سی اف و لیز، بی (۱۳۸۰). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر، ترجمه محمدعلی گودرزی، شیراز: راهگشا.
- پدرام، محمد.، محمدی، مسعود، نظیری، قاسم و آیین پرست، ندا (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اضطراب، افسردگی و امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه جامعه‌شناسی زنان، *زن و جامعه*، ۱(۴): ۴۹-۶۱.
- جباری، مهسا (۱۳۹۱). *مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مثبت‌نگر با آموزش شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس، و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- حسینیان، الهه.، سودانی، منصور و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۸). اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر امید به زندگی بیماران سرطانی، *علوم رفتاری*، ۳(۴): ۲۸۷-۲۹۲.
- حمید، نجمه.، کیخسروانی، مولود.، بابامیری، محمد و دهقانی، مصطفی (۱۳۹۱). بررسی رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. *فصلنامه علمی پژوهشی جنتا شاپیر*، ۳(۲): ۳۳۱-۳۳۸.
- سید فاطمی، نعیمه.، رضایی، محبوبه.، گیوری، اعظم و حسینی، فاطمه (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان، *فصلنامه پیش*، ۵(۴): ۲۹۵-۳۰۴.

عصارودی، عبدالقادر، گل افشان، اصغر و اکابری، سید آرش (۱۳۹۰). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳(۴): ۸۸-۸۱

علاء الدینی، زهره و محمدباقر کجیاب (۱۳۸۶). اثر بخشی امید درمانی گروهی بر سلامت روان خانواده دانشجویان دانشگاه اصفهان، *پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۱(۴): ۶۷-۷۶.

فتحی، داوود (۱۳۹۴). *اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی، اضطراب مرگ و هوش هیجانی سالمندان سوگ دیده*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی.

محبوبه، رضایی، فاطمه، حسینی و نعیمه، سیدفاطمی (۱۳۸۵). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی، *حیات*؛ ۱۴ (۳، ۴): ۳۳-۳۹

مهری نژاد، ابوالقاسم و سارا، رجیبی مقدم (۱۳۹۱). اثر بخشی معنادرمانی بر امید به زندگی معتادان با ترک کوتاه- مدت، *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۲ (۸): ۲۹-۴۱.

هاشمی، فاطمه، علی پور، احمد و فیلی، علیرضا (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان مدیریت استرس (شناختی رفتاری) بر شادکامی زنان نابارور. *ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*. ۱۸ (۹): ۶۷۸-۶۸۶

- Ahmadi,; Kodabaksh,(2009). *Principles and techniques of crisis intervention*, Tehran. Higher Education Institute of Applied Science and the Red Crescent.P36(Text in persion).
- American Psychiatric Association.(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4thed., text rev.). Washington, DC: Autho.
- Aghabagheri, Hamed; Mohamadkhani, Parvaneh; Omrani, Samira, Farahmandi, Vahid.(2012). effectiveness of cognitive-behavioral therapy on increasing well-being and hope for patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*.4 (1): 31-23(Text in persion).
- Asaroody, A., Golafshan, A. & Akaberi, Sayadarash., (2011), the relationship between spiritual health and quality of life of nurses, *North Khorasan University of Medical Sciences Journal*, 3 (4): 81-88(Text in persion).
- Alaeddini, Zohrah. Kajbaf, Mohammadbagher (2007). The effectiveness of hope therapy on mental health of the family group of university students. *mental health research*, 1 (4): 67-76(Text in persion).
- Beck, Judith. (2008).Questions and Answers about Cognitive Therapy, *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research* , p: 134-75
- Bailey, S. E. , Dunham, K. , & Kral, M. J.)2000(, Factor structure of the grieve experience questionnaire (GEQ). *Death studies*, v.24, p. 721-738.
- Barrera, T. L, Darrell, Z. Amber, B.A.(2012), Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies, *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 19(2), p. 346-358.

- Beck, Aron T, Right, T. F; Newman, C.F; Liz, B (2011). *Cognitive Behavioral Therapy*, New York. The Guilford Press.
- Bufford, R. K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norms for the spiritual well-being scale. *Journal of Psychology and Theology*, v. 19(1), p. 56-70.
- Cohen, S., & Pressman, D. S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971.
- Craven, R.F, & Hirnle, C. J, (2003). *Fundamental of nursing: human health and function*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, p. 1383-1392.
- Elmer, L., MacDonald, D., & Friedman, H. (2003). Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research and practice. *Humanistic Psychologist*: 31: 159-181
- Emrani, S. Mirzaeian, B. Aghabagheri, H, Hassanzadeh, R. (2012). The investigation of Cognitive Behavioral Group Therapy on life expectancy of patients with M.S. *Journal of Medical Sciences*, 22 (93): 65-58 (Text in persian).
- Fathi, D. (2015). *The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on depression, anxiety and emotional intelligence elderly people mourning the death*. Master's thesis. University Mohaghegh Ardabili (Text in persian).
- Fattahi, R, Kalantari, M & Maulvi, H. (2014). Compare the effectiveness of the program bereavement grief therapy group therapy on the outer problems of adolescent girls bereaved. *Islamic Studies and Psychology*; 8 (15): 39-64 (Text in persian).
- Hashemi, F. Ali Pour, A. Fili, A. (2013). Effectiveness of stress management therapy (CBT) on happiness infertile women. *Armagh Danesh, Journal of medical science of Yasoj University*. 18 (9): 678-686 (Text in persian).
- Hamid, Najma; Key Khosravi, Mollod; Babamiri, Mohammad, Deghani, Mostafa (2011), investigating the relationship between mental health and spiritual intelligence and resiliency students in Kermanshah. University of Medical Sciences, *Jondy Shapyr*; 3 (2): 331-338 (Text in persian).
- Hawks, S. R. Hull, M. L., Thalman, R. L., Richins, P. M. (1995)., Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion, *American Journal Health Promot*, v. 9 (5), p. 371-378.
- Hofmann, S.G. (2006), The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and behavioral practice*, 13(4): 243-254.
- Hosainian, A., Sudan, M; MehrabiZad Honarmand, M., (2009). effectiveness of group meaning therapy on life expectancy of cancer patients. *behavioral science*; 3 (4): 287-292 (Text in persian).
- Jabari, M. (2011). *A prospective comparison of effectiveness and positive educational package with cognitive behavioral training in reducing symptoms of depression, anxiety, stress, and increasing satisfaction of life of adolescent girls*. Clinical Psychology Master's dissertation, Sahid Beheshti University of Tehran (Text in persian).
- Koszycki, D. Raab, K., Aldosary, F. & Bradwejn, J. (2010), A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial, *Journal Clinical Psychology*, v. 66(4), p. 430-441.

- Livneh, H. Lott, Sh. Antonak, R., (2004), Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach, *Psychology, Health & Medicine*, v. 9, p. 411-430.
- Mhranizhad, A. Rajabi Moghadm, S. (2014), the effectiveness of drug therapy on life expectancy by leaving short term, *studies in clinical psychology*; 2 (8): 29-41(Text in persion).
- Moritz, S., Kelly, M. T., Xu, T. J., Toews, J., Rickhi, B.(2011). A spirituality teaching program for depression:Qualitative findings on cognitive and emotional Change. *Complementary Therapies in Medicine*. 19, 201-207.
- Patrizia, C, et al, 2008, Teaching Mindfulness Based Cagnitive Therapy (MBCT) to students: The effect of MBCT on The Levels of mindfulness and Subjective Well-being, *Journal Counselling Psychology Quarterly*, v. 4,p. 323-336.
- Pedram Mohammad, Mohamadi Massoud, Naziri Gasem, Aiinparast Nada,(2010). effectiveness of cognitive-behavioral therapyAnxiety, depression and hope for women with breast cancer community. *Woman and community of women*,; 1 (4 , 4): 61-75(Text in persion).
- Rezaei M, Seyed fatemi N, Hoseini F,(2008) Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy, *Hayat*; 14(3,4): 33-39(Text in persion)
- Sanders, M.R. (1999).Triple p-positive parenting program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, v 2, pp 71-90.
- Scott, Maikl. Astartyng, Astfahn j, Dryden, Vindy.(2007). Cognitive-behavioral counseling, translated by Mohammad Khodayarifard (the date of the original work, 1995). Tehran: Tehran University Press(Text in persion).
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *Am Psychol*, 55, 5-14.
- Seyedfatemi, Naima; Rezaei, Mahboba; Gyor, Azam; Hosseini, Fatama. (2007). The effect of prayer on spiritual health of cancer patients, *Quarterly monitoring*, Volume 5, Number 4; 295 - 304(Text in persion)
- Seyedfatemi, N.Rezaei, M, Giuri, A & Hosseini, F. (2006). The effect of prayer on spiritual health of cancer patients' feet, *Paiesh*. 5 (4): 295-304(Text in persion).
- Shuchter, S. R, & Zisook, S, (1993), The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 23-43). New York: Cambridge University Press.
- Snyder, C. R, & Lopez, S. J,(2007). *Positive psychology: The scientific and practical exploration of human strengths*, Newyork, Sage Pablication Inc.
- Snyder, C. R. Hartis, C. Anderson,J.R. Holleran, S.A. Irving. L.M. Sigmon,S.T. et al. (1991). The Wills and the Ways: Development and Validation of an Individual Differences Measure of Hope". *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 60, p. 570-585.
- Snyder, C.R, , Shotey, H S. Cheavens,J. Mann Pulvers, C. Adams, V.H .Wiklund, C, (2002). Hope and academic success in college. *Journal of educational psychology*, v. 97, p. 820-826.
- Varricchio, C. G, & Ferrans, C. E,(2010), Quality of life assessmentsin clinical

practice, *Seminars in Oncology Nursing*, v. 26 (1), p. 12-17.

WHO, (2005), International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10, 2nd Edition, Geneva, Switzerland.

Worden, J. W, (2009). *Grief counseling and grief therapy, a handbook for the mental practitioner*, springer Publisher Company, LLC.

**Effectiveness of cognitive behavioral therapy on
life expectancy and spiritual health of grieved
students**

Massod Moradi* & Davod Fathi**

Abstract

Grief is one of the most painful experiences of human after linking emotions. In the literature of trauma, grief and mourning can be seen on many topics. The longer the period of mourning, intervention and treatment of grief seems necessary. In this regard, the study aimed at examining the effectiveness of cognitive behavioral therapy on life expectancy and spiritual health of student's grief. This study was a quasi- experimental design, pretest and posttest with a control group. Population of this study were grieved students at Mohaghegh Ardabili University in 2014-2015 years. By using purposive sampling method, 30 grieved students were selected and assigned randomly into the two experimental and control groups. For gathering information, Snyder's hope questionnaire and spiritual health questionnaire were used. The two groups completed the questionnaires at pre-test and post-test, but, the experimental group participated in the cognitive behavioral therapy based on life expectancy and spiritual well-being sessions. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The data analysis showed that cognitive behavioral therapy increasing life expectancy and spiritual health and there were significant differences between the two groups score. Method of cognitive behavioral therapy helps people to confront the emotional drain and grief

* Associate Professor of Education, University Mohaghegh Ardabili

** Master of Science in Rehabilitation Counseling

Received:2015/6/26 Accepted:2016/11/23

DOI: 10.22051/psy.2016.2604

..... Psychological Studies Vol.12 , No.3, Autumn 2016

acceptance, and this increases spiritual health of students

*Keywords: Cognitive behavioral therapy;life expectancy;
Spiritual health*